

**CREDITI
ECM**
IMPORTANTE
vedere ultima pagina



40 anni dopo passato, presente, futuro

Istituzione del
Servizio Sanitario
Nazionale
(Legge 833/78)

Legge Basaglia
(Legge 180/78)

Norme per la tutela sociale
della maternità e sull'interruzione
volontaria della gravidanza
(Legge 194/78)

IN QUESTO NUMERO

EDITORIALE

Quarant'anni dopo
di Gianpaolo Balestrieri 3

Italian Dream
di Ottavio Di Stefano 4

PRIMO PIANO

**Servizio Sanitario Nazionale 40 anni dopo:
smantellare o rilanciare?**
di Nino Cartabellotta 5

E i prossimi quarant'anni?
di Renzo Rozzini 11

PUNTI DI VISTA

Sunto storico legge 833
di Adriana Loglio 15

**Quarant'anni della legge 833: di riforma
in riforma per evitare la controriforma**
di Mariapia Garavaglia 18

**L'istituzione del Servizio
Sanitario Nazionale a Brescia**
di Sandro Albini 22

**Riflessioni sull'istituzione del
Sistema Sanitario Nazionale con la legge 833/78
nella Provincia di Brescia**
di Paolo Bonometti 26

Back to the future, 40 anni di medicina generale
di Antonio Panti 28

**40 anni di riforma sanitaria: evoluzione
dell'istituzione e dell'assistenza ospedaliera**
di Alessandro Signorini 30

Segle e acronimi per ricordare
di Erminio Tabaglio 33

Quarant'anni dopo la legge 194: Back to the future
di Tiziana Frusca 35

La riforma della psichiatria in Italia
di Fabrizio Asioli 40

I 40 anni della Legge 180
di Antonio Vita 44

Un'esperienza al manicomio di Trieste
di Angelo Bettoni 46



PAGINA DELL'ODONTOIATRA

Tempi ricchi di cambiamenti
di Luigi Veronesi 50

STORIE DI PAZIENTI

Cibo e demenza
di Renzo Rozzini 51

LIBRI

La "Repubblica dei Matti"
recensione a cura di Gianpaolo Balestrieri 52

RICORDI

Prof. Angelo Bollati 53

Dott. Giovanni Rota 53

Dott. Aldo Lanciotti 54

Dott. Gabriele Tonini 55

Prof. Giorgio Brunelli 56

DIREZIONE-REDAZIONE-AMMINISTRAZIONE: Via Lamarmora, 167, Brescia, Tel. 030 2453211, Fax 030 2429530, info@ordinemedici.brescia.it, www.ordinemedici.brescia.it
Direttore Responsabile: Dott. Gianpaolo Balestrieri, Comitato Di Redazione: Dott. Angelo Bianchetti, Prof. Giovanni Cancarini, Dott. Claudio Cuccia, Dott. Ottavio Di Stefano, Dott.ssa Anna Giulia Guarneri, Dott.ssa Adriana Loglio, Dott. Piergiorgio Muffolini, Dott. Renzo Rozzini, Dott.ssa Intissar Sleiman, Dott. Raffaele Spiazzi, Dott. Erminio Tabaglio.

CONSIGLIO DELL'ORDINE 2018-2020: PRESIDENTE: Dott. Ottavio Di Stefano, VICEPRESIDENTE: Dott.ssa Luisa Antonini, SEGRETARIO: Dott. Bruno Platto, TESORIERE: Dott.ssa Adriana Loglio, CONSIGLIERI: Dott. Gianpaolo Balestrieri, Dott. Germano Bettoncelli, Dott. Angelo Bianchetti, Dott. Ovidio Brignoli, Prof. Francesco Donato, Dott. Giovanni Gozio, Dott.ssa Anna Giulia Guarneri, Dott. Alessandro Pozzi, Dott.ssa Intissar Sleiman, Dott. Umberto Valentini, Dott. Lorenzo Zanini, Dott. Gianmario Fusardi (Odontoiatra), Dott. Luigi Veronesi (Odontoiatra), COLLEGIO REVISORI DEI CONTI: PRESIDENTE: Dott.ssa Analia Carmen Perini, COMPONENTI EFFETTIVI: Dott.ssa Emanuela Tignonsini, Dott.ssa Annalisa Voltolini, COMPONENTE SUPPLENTE: Dott. Nicola Bastiani, COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI: PRESIDENTE: Dott. Luigi Veronesi, SEGRETARIO: Dott. Pierantonio Bortolami, COMPONENTI: Dott. Claudio Giuseppe Dato, Dott. Gianmario Fusardi, Dott. Giuseppe Venturi, UFFICIO DI PRESIDENZA: COMPONENTI: Dott.ssa Luisa Antonini, Dott. Gianpaolo Balestrieri (Direttore Responsabile BresciaMedica), Dott. Germano Bettoncelli (Coordinatore Comm.ne Cultura), Dott. Ottavio Di Stefano, Dott.ssa Adriana Loglio, Dott. Bruno Platto, Dott. Umberto Valentini (Consigliere).

PROGETTO EDITORIALE: a cura di Margherita Saldi, partner Luca Vitale e Associati - Progetti di comunicazione.

STAMPA: Com&Print srl - Brescia • IMMAGINE DI COPERTINA: realizzata dal Dott. Raffaele Spiazzi.

La riproduzione di vignette e testi è libera, purchè vengano citate fonti e autori.

Quarant'anni dopo



Il Direttore
Gianpaolo Balestrieri

Il 1978. Più del tempo di una generazione è trascorso. Un anno dominato nel ricordo dal rapimento e dall'assassinio di Moro, l'attacco del terrorismo al cuore dello stato, l'ora più buia della Repubblica. Ma in quell'anno giungeva anche a conclusione un percorso di idee riformatrici e di lotte civili che aveva animato il decennio precedente. La giungla delle tante mutue di categoria con diversità di trattamento per i cittadini, i manicomi come istituzioni totali, luoghi di custodia più che di cura, le morti per aborto clandestino, vedevano finalmente la fine. Il ricordo di "come eravamo" prima del '78 è sbiadito, un Sistema Sanitario Nazionale in larga misura gratuito pare essere dato per scontato nell'opinione pubblica, quando così non è in gran parte del mondo. Non vi è su questo tema, la sostenibilità minacciata del sistema universalistico italiano, le sue criticità, una discussione, una passione paragonabili a quelle che si registrano in altri Paesi, gli Stati Uniti dell'*Obamacare*, in vista e attaccata da Trump, la Gran Bretagna della Brexit. Prevalgono nei media altri temi, i vaccini, le emergenze, la malasanità etc. In questo numero ospitiamo interventi che ricostruiscono un passato vissuto, analisi critiche del presente, idee per un futuro che salvaguardi i principi

fondamentali di una sanità equa, appropriata, sostenibile. Volentieri accoglieremo contributi dei nostri lettori. Perché gli anniversari non siano stanche commemorazioni, ma momenti di riflessione e di proposta. Ne abbiamo necessità, in questi tempi difficili. ●



Italian dream



Il Presidente
Ottavio Di Stefano

L'aereo rullava sulla pista di atterraggio dell'aeroporto milanese. Era una splendida giornata di sole.

Erano eccitati. Lui noto cronista sportivo di un giornale di Boston e lei avvocato di fama. Dopo anni di lavoro incessante finalmente quella vacanza in Italia. Li attendeva all'agenzia di noleggio una fiammante spider rossa, due ore di autostrada e poi quella villa da sogno sul grande lago.

Lui le chiese di guidare, forse il pasto sull'aereo o il jet lag, aveva un vago "fastidio" allo stomaco.

Viaggiavano con l'auto scoperta, l'autostrada solcava una campagna del tutto diversa da quella cui erano abituati. Vigneti e piccoli paesi in collina. Lei si voltò e lo guardò preoccupandosi. La fronte imperlata di sudore del marito, eppure la brezza che li circondava era piacevole, non faceva caldo. Lui la guardò. Stava bene, solo quel dolore di stomaco che si era fatto continuo. Niente di grave.

Pochi minuti e lui cercò la mano di lei appoggiata alla leva del cambio.

Ora il dolore era intenso e lui sudava copiosamente. Non riusciva a parlare.

La campagna aveva lasciato il posto a capannoni industriali, alle porte di una città?



Era terrorizzata, il respiro di suo marito si era fatto affannoso e lui si teneva stretto il braccio sinistro. Il simbolo dell'ospedale accanto alla scritta dell'uscita. Segui l'indicazione accelerando.

Non sembrava un sabato d'estate. Non si era fermato un minuto dall'inizio del turno e adesso il barelliere, di nuovo, bussava "c'è uno che non parla italiano, ha mal di stomaco". Il paziente era pallido, sudato. Con il suo inglese stentato chiese poche cose: età, da quanto il dolore, si irradiava al braccio?

La pressione 90/60, la vena e l'ecg: infarto anteriore. Il cardiologo arrivò in un minuto, il dolore si era attenuato con la morfina. La telefonata in emodinamica "ma oggi è sabato" "sì ma Lei c'è sempre".

Il giovane (allora) internista spiegò alla moglie, usando pochi verbi, la situazione. Lei gli mostrò la carta di credito con il nome del marito. Si era corretto e così l'aveva trascritto sulla base di ricovero. Le restituì la carta, lei lo guardò sconcertata.

Angioplastica con successo. Ricovero per tre giorni in UTIC e poi in reparto ed altri esami scintigrafia, eco...

Il giovane cardiologo (allora) con il suo inglese fluente spiegò ad entrambi l'evoluzione favorevole, la terapia e il programma di un periodo di riabilitazione proprio sul lago. Di nuovo Lei mostrò la carta di credito. "Si c'è un cash dispenser al piano terra, forse funziona anche con la sua carta". Probabilmente aveva bisogno di contanti. Lei lo guardò di nuovo sconcertata "...and to pay". Il giovane cardiologo (allora) sorrise e con il suo inglese oxfordiano "In Italy you do not pay, everyone has the right to care".

Episodio reale degli anni ottanta.

Ora come allora? ●

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

40 anni dopo: smantellare o rilanciare?



Nino Cartabellotta

Presidente Fondazione GIMBE

Il 40° compleanno del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), la più grande conquista sociale dei cittadini italiani, avrebbe indubbiamente richiesto un clima ben diverso, visto che ormai da anni il tema della sostenibilità del SSN è continuamente al centro del dibattito.

D'altra parte, se numerosi paesi europei hanno progressivamente abbandonato il modello di una sanità pubblica basata sulla fiscalità generale e su principi di equità e universalismo, è opportuno chiedersi a cosa serve realmente un servizio sanitario nazionale. Differenti sono le risposte che darebbero gli esperti: alla prevenzione, al controllo e al trattamento delle malattie, alla protezione e promozione della salute, oppure - citando l'atto costitutivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità - al raggiungimento dello stato di completo benessere fisico, mentale e sociale. In realtà, ciascuno di questi obiettivi è insufficiente e incompleto: innanzitutto, un "SSN per

le malattie" è troppo riduttivo dal punto di vista sociale; in secondo luogo, protezione e promozione della salute sono insufficienti a riconoscere la necessità di integrare *public health*, servizi clinico-assistenziali e socio-sanitari; infine, il concetto di



“completo benessere” è troppo astratto e poco utile a definire i principi per i quali diamo valore alla salute.

Ponendosi nella prospettiva più ampia della politica, il fine supremo di qualunque Governo è sostenere la dignità della popolazione, evitando di vedere i cittadini come uno strumento per raggiungere obiettivi politici ed economici, *in primis* l'aumento del PIL.

Se un Governo considera i cittadini come valore assoluto e vuole essere il garante della loro dignità, deve chiedersi: “Che cosa desiderano essere i cittadini? Che cosa sono in grado di fare?”. Solo così, compatibilmente con le risorse disponibili, permetterà loro di soddisfare le proprie aspirazioni: in altre parole, promuovere la dignità di una popolazione significa garantire a tutti i cittadini la capacità di fare le proprie scelte e la libertà di metterle in atto. Ovviamente, tale capacità è influenzata da abilità individuali condizionate da genetica e fattori ambientali, dal contesto politico, sociale ed economico e, ovviamente, dallo stato di salute. E sono proprio **gli indicatori relativi al nostro stato di salute che permettono al Paese di valorizzarci: la durata e la qualità di vita libera da disabilità, la capacità di mantenere la salute, il benessere psichico, la soglia del dolore, la capacità di esprimere sentimenti ed emozioni, l'attitudine a preservare l'ambiente.**

I Governi devono dunque investire nei sistemi sanitari per garantire ai cittadini la libertà di essere e fare ciò che vogliono, in quanto il fine ultimo di un sistema sanitario consiste proprio nell'offrire ai cittadini le migliori opportunità per scegliere la vita che desiderano vivere. Di conseguenza, il successo di un sistema sanitario non può essere misurato solo con set più o meno ampi di indicatori, ma deve essere valutato soprattutto sulla base delle libertà che il nostro status di salute ci concede per scegliere la vita che desideriamo vivere. Purtroppo, indipendentemente dal colore politico, limiti e contraddizioni dei Governi che si sono alternati negli ultimi 20 anni hanno offuscato aspirazioni e prospettive dei cittadini italiani e, cosa ancora più grave, quelle delle future generazioni perché:

- ✘ hanno permesso alla politica partitica (*politics*) di avvilupparsi in maniera indissolubile alle politiche sanitarie (*policies*), determinando scelte condizionate da interessi di varia natura, dai più nobili a quelli penalmente perseguibili;
- ✘ hanno fatto scelte in contrasto con il principio dell'*health in all policies*, che impone di orientare tutte le decisioni politiche (non solo sanitarie, ma anche industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali) mettendo sempre al centro la salute dei cittadini;
- ✘ hanno accettato continui compromessi con l'industria, sia perché un'elevata domanda di servizi e prestazioni sanitarie genera occupazione, sia perché l'introduzione di specifiche misure di prevenzione rischia di ridurre posti di lavoro.

In questo contesto si è insinuato progressivamente un inaccettabile paradosso. Da un lato i risultati del nostro SSN vengono continuamente osannati facendo riferimento a classifiche ormai desuete (il 2° posto dell'OMS su dati 1997¹), oppure inversamente correlate al livello di finanziamento (il 3° posto di Bloomberg²), trascurando che nei paesi industrializzati solo il 10% degli esiti di salute dipende dalla qualità del sistema sanitario: in altre parole **si continua ad attribuire all'efficienza del nostro SSN risultati che dipendono da altri fattori (genetici, ambientali, stili di vita).** Dall'altro non vengono valutate in maniera sistematica **le criticità** che condizionano la sostenibilità del SSN:

- ✘ nonostante una spesa sanitaria già sobria, negli ultimi anni il SSN è stato sottoposto a un livello di definanziamento che fa scricchiolare anche le performance delle Regioni più virtuose;
- ✘ tra le fasce di popolazione più deboli e nelle Regioni in maggiore difficoltà peggiorano le condizioni di accesso ai servizi sanitari, aumentano le diseguaglianze sociali e territoriali e

cominciano ad accendersi pericolose “spie rosse”, come la riduzione dell’aspettativa di vita in alcune province italiane;

- ✘ gli interventi effettuati nelle Regioni in piano di rientro hanno contribuito a determinare un sostanziale equilibrio finanziario del SSN, ma di fatto hanno peggiorato l’erogazione dei servizi sanitari, avendo inciso in misura minimale nella loro riorganizzazione;
- ✘ l’aspettativa di vita in buona salute e libera da disabilità continua drammaticamente a ridursi nel confronto con altri paesi europei, lasciando emergere l’inderogabile necessità di costruire al più presto un servizio socio-sanitario nazionale;
- ✘ il prezzo del definanziamento è stato pagato soprattutto dal personale sanitario, elevando l’età media e demotivando la principale risorsa su cui poggia il sistema di tutela della salute;
- ✘ alcune innovazioni *disruptive*, in particolare informatizzazione e tecnologie digitali in grado di migliorare efficienza, efficacia, trasparenza e sostenibilità del SSN, non riescono a decollare in maniera definitiva e omogenea su tutto il territorio nazionale;
- ✘ la prevenzione continua a rimanere la “sorella povera” dei LEA, sia perché molti interventi di prevenzione primaria e secondaria rimangono fortemente sottoutilizzati, sia per il limitato sviluppo di politiche per la prevenzione e la riduzione dei fattori di rischio ambientali;
- ✘ la limitata *governance* dell’intermediazione assicurativo-finanziaria sta creando veri e propri cortocircuiti del SSN, che contribuiscono a minare le basi del suo universalismo.

Ecco che allora, il dibattito pubblico sulla sostenibilità del SSN, oltre a mantenere un orizzonte a breve termine legato inevitabilmente alla scadenza dei mandati politici, continua ad essere affrontato da

prospettive di categoria (non scevre da interessi in conflitto), oppure esaminando singoli aspetti politici (rapporti Governo-Regioni, autonomie regionali), organizzativi (fusione di aziende sanitarie, sviluppo di reti e PDTA per patologia, medicina di iniziativa) ed economici (criteri di riparto, modalità di gestione dei piani di rientro, costi standard, ticket, sanità integrativa). Oppure concentrandosi sull’analisi di numeri e percentuali che documentano inequivocabili certezze (riduzione del finanziamento pubblico, aumento della spesa *out-of-pocket* e ipotrofia della spesa intermediata) la cui lettura semplicistica costituisce uno straordinario assist per chi punta a tracciare una sola strada per salvare il SSN: **compensare la riduzione del finanziamento pubblico tramite il potenziamento di un “secondo pilastro”**. Questa proposta, fortemente sostenuta dall’intermediazione assicurativo-finanziaria, ipotizza che **le complesse dinamiche che condizionano i flussi economici in sanità siano regolate dal principio dei vasi comunicanti**. In realtà, questa teoria è **assolutamente fallace** in quanto:

- ✘ una percentuale rilevante del finanziamento pubblico non produce alcun miglioramento in termini di salute in quanto alimenta varie tipologie di sprechi e inefficienze;
- ✘ numerosi bisogni di salute, per i quali sono disponibili servizi e prestazioni efficaci e appropriate, non vengono soddisfatti né dalla spesa pubblica, né dalla spesa privata per varie ragioni: mancata inclusione nei LEA, inadempimenti LEA (criticità organizzative, inappropriatazza professionale), mancata *compliance*;
- ✘ una quota consistente della spesa *out-of-pocket* non contribuisce affatto a fronteggiare le minori tutele pubbliche bensì alimenta il consumismo sanitario, per cui la sua eventuale “messa a sistema” da parte del secondo pilastro determinerebbe solo un aumento della spesa privata e totale;

- ✘ oltre il 60% delle prestazioni coperte dai fondi sanitari non è affatto integrativa ma sostitutiva, rispetto a quanto già offerto dai LEA; di conseguenza, a legislazione vigente, l'espansione incontrollata del secondo pilastro indebolisce il SSN perché sottrae risorse pubbliche tramite le agevolazioni fiscali dei fondi sanitari, aumentando al tempo stesso diseguaglianze e consumismo sanitario.

Tutti questi approcci parcellari alla valutazione della sostenibilità del SSN rischiano di far perdere di vista il rischio reale per il popolo italiano: quello di perdere, lentamente ma inesorabilmente, dopo 40 anni di onorato servizio il modello di un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico, conquista sociale irrinunciabile per l'eguaglianza di tutti i cittadini.

Con questo monito nel marzo 2013 la Fondazione GIMBE ha lanciato la campagna "Salviamo il Nostro Servizio Sanitario Nazionale" (#salviamoSSN)³: nel giugno 2016, dopo tre anni di studi, consultazioni e analisi indipendenti, il "Rapporto GIMBE per la sostenibilità del SSN 2016-2025"⁴ ha fermamente ribadito che per salvarlo è indispensabile rimettere al centro dell'agenda politica la sanità pubblica e, più in generale, l'intero sistema di welfare. Nel settembre 2016 è stato quindi lanciato l'Osservatorio GIMBE sulla sostenibilità del SSN⁵, per un monitoraggio continuo e indipendente di tutti gli *stakeholder*, ispirato a tre principi fondamentali:

- ✘ *health in all policies*: la salute delle persone deve guidare tutte le politiche, non solo sanitarie, ma anche industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali;
- ✘ *evidence for health*: le migliori evidenze scientifiche devono essere integrate in tutte le decisioni politiche, manageriali e professionali che riguardano la salute delle persone, oltre che guidare le scelte di cittadini e pazienti;
- ✘ *value for money*: il sistema sanitario deve ottenere il massimo ritorno in termini di

salute dal denaro investito in sanità, al tempo stesso un mandato etico e obiettivo economico.

Nel giugno 2017 il 2° Rapporto GIMBE⁶, escludendo l'esistenza di un piano occulto di smantellamento del SSN, ha rilevato al tempo stesso l'assenza di un esplicito piano di salvataggio per la sanità pubblica, che è stato elaborato dalla Fondazione GIMBE (figura pag. 9) e ha rappresentato la base per il *fact checking* dei programmi elettorali in occasione delle ultime consultazioni politiche⁷.

Dal monitoraggio è emerso che, per una variabile combinazione di ideologie partitiche, scarsa attenzione per la sanità e limitata visione di sistema, nessuna forza politica ancora una volta è stata in grado di elaborare un preciso "piano di salvataggio" del SSN coerente con le principali determinanti della crisi di sostenibilità. A giugno 2018, con il 3° Rapporto sulla sostenibilità del SSN⁸, la Fondazione GIMBE ha ribadito con fermezza che mettere in discussione la sanità pubblica significa compromettere non solo la salute, ma soprattutto la dignità dei cittadini e la loro capacità di realizzare ambizioni e obiettivi che, in ultima analisi, dovrebbero essere viste dalla politica come il vero ritorno degli investimenti in sanità, volando alto nel pensiero politico, nell'idea di welfare e nella (ri)programmazione socio-sanitaria. In altre parole, riprendendo le conclusioni dell'indagine sulla sostenibilità realizzata nella passata legislatura dalla 12^a Commissione Igiene e Sanità del Senato, «troppo spesso la salute e la spesa per salute è stata considerata solo un tema di sanità, dimenticando gli impatti sul sistema economico e produttivo del Paese.

La sostenibilità del sistema sanitario è prima di tutto un problema culturale e politico.

Da queste conclusioni è necessario ripartire⁹.

In tal senso, il capitolo Sanità del "Contratto per il Governo del Cambiamento" si apre con un'affermazione perentoria che non lascia adito a dubbi: "È prioritario preservare l'attuale modello di gestione del servizio sanitario a finanziamento prevalentemente

pubblico e tutelare il principio universalistico su cui si fonda la legge n. 833 del 1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale. Tutelare il SSN significa salvaguardare lo stato di salute del Paese, garantire equità nell'accesso alle cure e uniformità dei livelli essenziali di assistenza".

Questa rassicurante dichiarazione di intenti esclude perentoriamente ogni forma di privatizzazione del SSN e conferma la volontà di tutelare i principi fondanti della L. 833/78 quali equità ed universalismo. Il Contratto riporta inoltre che "È necessario recuperare integralmente tutte le risorse economiche sottratte in questi anni con le diverse misure di finanza pubblica, garantendo una sostenibilità economica effettiva ai livelli essenziali di assistenza attraverso il rifinanziamento del fondo sanitario nazionale, così da risolvere alcuni dei problemi strutturali".

Tuttavia, se il rifinanziamento del fondo sanitario nazionale rappresenta

un'inderogabile necessità per garantire la reale sostenibilità dei LEA su tutto il territorio nazionale, oltre che per il rilancio del SSN, il recupero integrale di "tutte le risorse economiche sottratte in questi anni con le diverse misure di finanza pubblica" appare un obiettivo molto ambizioso se guardiamo agli ultimi 5 anni (poco più di 12 miliardi di euro), assolutamente utopistico se riferito al periodo 2010-2018, visto che tra tagli e definanze la cifra è prossima ai 40 miliardi di euro.

A fronte delle intenzioni contenute nel Contratto di Governo tutti gli *stakeholder* della sanità aspettano con ansia di conoscere l'entità dell'ossigeno che il nuovo Esecutivo sarà in grado di erogare per rianimare il SSN. A tal proposito, il 25 luglio la Ministra della Salute Giulia Grillo nella sua audizione in Parlamento ha ribadito che "è cruciale riaprire i rubinetti degli investimenti, chiusi ormai da troppo tempo" e il 2 agosto ha confermato l'intenzione di aumentare il

SALUTE AL CENTRO DI TUTTE LE DECISIONI POLITICHE non solo sanitarie, ma anche industriali, ambientali, sociali, economiche e fiscali

PROGRAMMA NAZIONALE D'INFORMAZIONE SCIENTIFICA A CITTADINI E PAZIENTI per debellare le fake-news, ridurre il consumismo sanitario e promuovere decisioni realmente informate

RIORDINO LEGISLATIVO DELLA SANITÀ INTEGRATIVA per evitare derive consumistiche e di privatizzazione

CERTEZZE SULLE RISORSE PER LA SANITÀ: stop alle periodiche revisioni al ribasso e rilancio del finanziamento pubblico

MAGGIORI CAPACITÀ DI INDIRIZZO E VERIFICA DELLO STATO SULLE REGIONI nel pieno rispetto delle loro autonomie

RILANCIARE LE POLITICHE PER IL PERSONALE e programmare adeguatamente il fabbisogno di medici, specialisti e altri professionisti sanitari

ELIMINARE IL SUPERTICKET e definire criteri nazionali di compartecipazione alla spesa sanitaria equi e omogenei

SANA INTEGRAZIONE PUBBLICO-PRIVATO e libera professione regolamentata secondo i reali bisogni di salute delle persone

COSTRUIRE UN SERVIZIO SOCIO-SANITARIO NAZIONALE perché i bisogni sociali sono strettamente correlati a quelli sanitari

PIANO NAZIONALE CONTRO GLI SPRECHI IN SANITÀ, per recuperare almeno 1 dei 2 euro sprecati ogni 10 spesi

RIDISEGNARE IL PERIMETRO DEI LEA secondo evidenze scientifiche e principi di costo-efficacia e rivalutare la detraibilità delle spese mediche secondo gli stessi criteri

FINANZIARE RICERCA CLINICA E ORGANIZZATIVA: almeno l'1% del fondo sanitario nazionale per rispondere a quesiti rilevanti per il SSN

#salviamoSSN

GIMBE
EVIDENCE FOR HEALTH

fondo sanitario nazionale, in particolare per coprire le risorse mancanti per sbloccare i nuovi LEA.

Ma, al tempo stesso, ha invitato tutti a non farsi troppe illusioni, considerato che *“i molti impegni programmati dall’Esecutivo richiedono un notevole sforzo economico”*. Ecco perché il banco di prova per la sanità non potrà essere la Legge di Bilancio 2019, perché ad oggi mancano le risorse per rifinanziare a breve termine e in maniera consistente il SSN.

Ma se le intenzioni sul SSN dichiarate nel Contratto di Governo sono reali, il vero segnale è atteso a settembre nella nota di aggiornamento del DEF 2018, che dovrà mettere nero su bianco quell’inversione di tendenza del rapporto spesa sanitaria/PIL annunciata anche dalle parole del Premier Conte nel discorso per la fiducia: *“tornare ad investire nel settore invertendo l’attuale tendenza sancita nel DEF, che vede la spesa sanitaria scendere rispetto al PIL nei prossimi anni”*.

Se così non fosse, le rassicuranti promesse del Contratto di Governo rimarranno lettera morta, lasciando ancora una volta che sia il futuro a prendersi cura del SSN e consegnando la scena agli ammalianti seduttori del secondo pilastro che hanno già iniziato a spianare la strada alla privatizzazione. ●

- 1 World Health Organization. *The World Health Report 2000. Health systems: improving performance*. Disponibile a: www.who.int/whr/2000. Ultimo accesso: 27 agosto 2018.
- 2 Bloomberg. *Most Efficient Health Care 2014: Countries*. Disponibile a: www.bloomberg.com/graphics/best-and-worst/#most-efficient-health-care-2014-countries. Ultimo accesso: 27 agosto 2018.
- 3 Cartabellotta A. *Salviamo il Nostro SSN*. *Evidence* 2013;5(3): e1000038. Disponibile a: www.evidence.it/art/e1000038. Ultimo accesso: 27 agosto 2018.
- 4 *Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale 2016-2025*. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2016. Disponibile a: <http://www.rapportogimbe.it/2016>. Ultimo accesso: 27 agosto 2018.
- 5 Cartabellotta A. *#salviamoSSN: dal Rapporto GIMBE all’Osservatorio sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale*. *Evidence* 2016;8(9): e1000151. Disponibile a: www.evidence.it/art/e1000151. Ultimo accesso: 27 agosto 2018.
- 6 *2° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale*. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2017. Disponibile a: www.rapportogimbe.it/2017. Ultimo accesso: 27 agosto 2018.
- 7 *Monitoraggio indipendente dei programmi elettorali su sanità e ricerca biomedica*. Fondazione GIMBE: Bologna, febbraio 2018. Disponibile a: www.gimbe.org/elezioni2018. Ultimo accesso: 27 agosto 2018.
- 8 *3° Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale*. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2018. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 27 agosto 2018.
- 9 *Documento conclusivo dell’indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità approvato dalla Commissione. 12ª Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica*. Roma, 7 febbraio 2018. Disponibile a: www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/1066489.pdf. Ultimo accesso: 27 agosto 2018.

E i prossimi quarant'anni?

Renzo Rozzini

Fondazione Poliambulanza - Istituto Ospedaliero

**Come sarà la medicina,
come saranno le cure mediche,
come l'organizzazione dei servizi
sanitari negli anni a venire.**

Che ruolo avrà il medico?

**E il paziente?
Di seguito alcune rielaborazioni
di articoli scientifici pubblicati
nell'ultimo anno e qualche
riflessione conclusiva.**

a) Alla FDA (*Food and Drug Administration*) si sta lavorando per facilitare lo sviluppo di tecnologie mobili e di facile impiego (*smartwatch* e *smartphone*), in grado di registrare dati clinici importanti per pazienti e medici in modo che possano essere agevolmente trasmessi e condivisi.

Le informazioni raccolte dalla nuova generazione di dispositivi potrebbero essere di supporto alla comunità medica per meglio individuare i trattamenti utili per un singolo paziente e quelli da evitare.

Essere sani o malati non è un episodio puntiforme, ma un processo continuo, che si può estendere per tutta la vita: già oggi si hanno a disposizione strumenti portabili per la misurazione di parametri in continuo, come frequenza e ritmo cardiaci, pressione arteriosa, saturazione di ossigeno in diversi momenti della giornata, sia che si stia lavorando o facendo *jogging*.

In quest'ottica non è azzardato ipotizzare che i dati generati dai dispositivi portabili potranno essere più utili di quelli generati da *trial* clinici tradizionali, poco rappresentativi dell'esperienza del mondo reale. La cartella clinica elettronica del paziente, generata in ospedale o nell'ambulatorio del medico di famiglia potrebbe incorporare questi dati attraverso un sistema di *app* mobili, interpretando le informazioni rispetto a una traiettoria di riferimento ricavata da visite ambulatoriali, test di laboratorio e persino da sequenziamento genomico. Il medico in questo modo potrebbe utilizzare tutti i dati di cui dispone per creare un cruscotto personalizzato per la salute, definire un trattamento farmacologico *ad personam*, un programma dietetico e di esercizio fisico nonché convocare precocemente un paziente per un controllo qualora vi fosse

uno scostamento da quanto atteso o previsto. Il cruscotto sanitario non è un'aspirazione troppo futuribile: la Apple ha recentemente annunciato che aprirà la sua nuova "app salute" a sviluppatori e ricercatori; dozzine di altre *company*, tra cui Google e Amazon, si stanno avventurando in territori simili. In futuro i pazienti potranno scegliere volontariamente di condividere le loro informazioni con ospedali, medici e aziende farmaceutiche, ricevere servizi di assistenza sanitaria su misura, iscriversi a studi clinici o semplicemente contribuire alla ricerca. Quando condivisi con la FDA, i dati potrebbero fornire una prospettiva a lungo termine delle esperienze di diversi pazienti che utilizzano i prodotti regolati dall'agenzia.

b) Sempre la FDA lo scorso aprile ha dato il permesso a una società di commercializzare un dispositivo diagnostico basato sull'AI (intelligenza artificiale) e progettato per rilevare la retinopatia diabetica, che causa la perdita della vista a circa 24 mila persone ogni anno negli Stati Uniti (più di 30 milioni statunitensi hanno il diabete).

I sistemi autonomi di intelligenza artificiale hanno un enorme potenziale per migliorare la produttività sanitaria, ridurre i costi sanitari e migliorarne l'accessibilità e la qualità.

Il programma utilizza un algoritmo AI per analizzare le immagini dell'occhio adulto scattate con una speciale telecamera retinica. Un addetto carica le immagini su un server *cloud* e il *software* fornisce un risultato positivo o negativo.

Il *software* permette di fornire una valutazione immediata e affidabile della retinopatia diabetica, incluso l'edema maculare, durante una visita ambulatoriale di routine.

L'esame viene eseguito in pochi minuti e produce un'interpretazione diagnostica e il rapporto associato, comprese le indicazioni terapeutiche secondo le *best practice* dell'*American Academy of Ophthalmology* per

la retinopatia diabetica. In futuro, questa tecnologia potrebbe essere utilizzata per prevedere il rischio di malattie cardiache e persino di demenza. **L'autorizzazione della FDA per commercializzare il dispositivo ha il potenziale per avviare una trasformazione nel modo in cui viene fornita assistenza sanitaria.**

c) Lo scorso giugno è stato pubblicato uno studio che ha dimostrato l'efficacia di un test ematico in grado di prevedere il parto pretermine. La possibilità di stabilire con largo anticipo il rischio di ogni donna incinta di andare incontro a un parto prematuro è di grande interesse sanitario soprattutto nei paesi in via di sviluppo. Il test prende in considerazione 9 differenti tipi di Rna circolante (cfRna o *cell free Rna*) provenienti dai tessuti della madre e del feto e riscontrabili nel sangue materno. Frammenti di materiale genetico di cui è stato dimostrato un collegamento con mutamenti nell'organismo materno e in quello fetale. Verificandone la presenza con un test effettuato in un gruppo di donne in gravidanza, i ricercatori hanno dimostrato la possibilità di individuare l'età gestazionale (le cosiddette settimane) con una precisione paragonabile a quella degli ultrasuoni. In un secondo esperimento, un ulteriore set di 7 cfRna ha identificato con due mesi di anticipo 6 parti pretermine su 8, totalizzando un solo errore di valutazione su 26 casi di parti normali. **Dai risultati ottenuti il test potrebbe rivelarsi un alleato prezioso per identificare in anticipo le gravidanze da tenere maggiormente sotto controllo. Il test di prematurità è solo l'ultima innovazione di grande rilievo in questo campo.** Oggi possiamo disporre di **esami ematici per rilevare disordini genetici**, senza dover ricorrere ad esami invasivi, come la sindrome di Down (l'esame del sangue si effettua sulla madre alla decima settimana di gravidanza e permette di individuare eventuali anomalie cromosomiche senza

rischi sul nascituro grazie all'analisi diretta del Dna fetale del sangue materno). Solo lo scorso anno, più di 3 milioni di donne l'hanno utilizzato. Molte madri sono state in grado di evitare l'amniocentesi.

La ricerca biomedica potrà presto permettere di avere esami del sangue per le malattie infettive e persino alcuni tipi di cancro. Proprio come lo *screening* di prematurità questi test sono potenzialmente poco costosi e richiedono una formazione professionale minima: qualsiasi operatore sanitario, in qualsiasi parte del mondo, può prelevare un campione di sangue e spedirlo a un laboratorio per l'analisi.

È verosimile che le analisi del sangue non invasive rappresentino il futuro dell'assistenza sanitaria.

Una diagnosi più accurata, meno costosa e più precoce dei problemi rivoluzionerà il modo in cui trattiamo le persone e prevengono le malattie riducendo i costi.

d) Uno studio recentemente pubblicato su *Radiology*, si è posto l'obiettivo di valutare in pazienti con ipertensione polmonare, se l'insufficienza cardiaca destra e la morte possano essere previsti utilizzando modelli di *imaging* tridimensionali e analizzandoli in modo automatico con *software* ad apprendimento supervisionato. Lo studio è stato condotto su quasi trecento pazienti, ognuno dei quali è stato sottoposto a RM (Risonanza Magnetica) cardiaca. I dati, integrati con quelli di altri esami clinici e di laboratorio, hanno permesso di mettere a punto un modello 3D del cuore del paziente, in grado di evidenziare anche le più piccole anomalie. Il tutto è stato quindi messo in relazione con le condizioni specifiche del paziente e la sua storia clinica, valutando gli esami del sangue di 8 anni precedenti. Eseguendo calcoli complessi su tutti questi parametri, il *software* è stato in grado di prevedere quali tra i pazienti corressero un rischio

più elevato di sviluppare eventi cardiaci nei 5 anni successivi. Quest'analisi semi-automatica ad apprendimento supervisionato della cinetica cardiaca nei pazienti con ipertensione polmonare è risultata fattibile, precisa e riproducibile.

Il principio alla base di questo approccio è che la moltitudine di dati clinici, laboratoristici e di *imaging* di un paziente con una malattia di lunga durata sia troppo grande per potere essere gestito dalla capacità di calcolo della mente umana. Al contrario, *algoritmi, software e super-computer possono gestire i big data mostrando una capacità di diagnosi superiore a quella dell'uomo*. Ciò potrebbe valere per qualsiasi tecnica di *imaging* e in differenti contesti clinici.

e) L'apprendimento automatico e, più recentemente, il "*deep learning*" (classe di algoritmi di apprendimento automatico) stanno diventando le modalità standard dei moderni metodi computazionali di ricerca. Utilizzati inizialmente in campi non medici questi approcci ora vengono sfruttati anche per condurre studi clinici. In una recente ricerca sui fattori correlabili all'obesità, ad es., sono state analizzate 150.000 immagini satellitari di 6 città degli Stati Uniti utilizzando reti neurali convoluzionali (CNN) - una forma di *deep learning* - individuando una serie di parametri di potenziale interesse da esplorare.

Questi parametri sono stati successivamente correlati ai tassi di obesità nei diversi quartieri. I dati hanno permesso di identificare condizioni vitali precedentemente note come associate all'obesità (ad es. la disponibilità di spazi verdi) e situazioni non precedentemente identificate come tali (ad es. la prevalenza di negozi di animali) indicando in questo modo la necessità di integrare ipotesi conosciute, obesità e spazi verdi, con informazioni provenienti da fonti extra-cliniche, in particolare quelle relative all'ambiente sociale dei pazienti. Tenuto conto che le relazioni

fino ad ora conosciute non sono esaustive nella comprensione definitiva dei fenomeni, quali fattori oggi non considerati dovrebbero essere integrati nella ricerca clinica? I dati climatici e meteorologici, i dati sul comportamento sanitario dei pazienti, ecc.?

Come si devono interpretare i dati che provengono dai grandi numeri?

Con la modalità logica della relazione causa effetto?

Molte associazioni identificate non seguono necessariamente questa logica e inoltre sono potenzialmente mascherate da fattori socioeconomici. Si è autorizzati a generare nuove ipotesi? E ancora, queste analisi (che si basano su big data) renderanno superflue le sperimentazioni tradizionali?

Integrando big data, e sofisticate tecniche analitiche come il deep learning, con la conoscenza clinica, aumenta l'opportunità di scoprire relazioni più complesse.

In futuro è probabile che i metodi di apprendimento automatico diventino parte integrante della scoperta di condizioni associate a caratteristiche probabili della malattia mai sospettate in precedenza. ●

Gli anni a venire saranno anni nuovi e straordinari per la medicina, per il medico, per la salute del cittadino.

Che ruolo avranno le università, quali medici dovranno essere formati e come dovranno esserlo?

La capacità di relazione con i pazienti sarà sempre un prerequisito ineludibile anche quando l'erogazione della maggior parte delle prestazioni, diagnostiche e terapeutiche, non sarà più mediata dal medico, ma da freddi strumenti tecnologici sofisticati e precisi?

Chi si prenderà cura delle vite dei pazienti?

Figure professionali non mediche?

Che ruolo avranno i pazienti sempre più informati e sempre più protagonisti delle cure di cui hanno bisogno?

Come verranno organizzati i servizi sanitari, sempre più aziendalizzati, protocolizzati, sempre più sicuri?

Dobbiamo essere preoccupati di perdere il lavoro per l'automazione?

Molti ritengono che, man mano che il deep learning, l'intelligenza artificiale, diventerà più potente, la competenza del medico nella conoscenza della materia diventerà più, non meno, fondamentale: "saremo messi a lavorare di più quando l'intelligenza artificiale entrerà in gioco, perché scoprirà molti più problemi".

Sarà, io non ne sono convinto.

Legge 833

Sunto storico legge 833

A cura di
Adriana Loglio

8: un numero....sanitario

1888

Legge Crispi-Pagliani "Tutela dell'Igiene e della Salute Pubblica" (Istituisce il medico condotto).

1898

Introduzione dell'obbligo di Assicurazione contro infortuni.

1938

Legge Petragliani. Gli Ospedali non sono più centri di cure caritatevoli, ma vengono riconosciuti come strutture di carattere medico-scientifico.

1948

Costituzione, Art.32 : La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

1958

Istituzione del Ministero della Sanità (dal 2001 Ministero della Salute).

1968

Riforma Ospedaliera. Gli ospedali sono riformati in enti autonomi, classificati in base alle dimensioni ed alla presenza di specializzazioni e riorganizzati su tutto il territorio nazionale (Regionali, Provinciali, Zonali).

1978

Legge n. 833 del 23 dicembre 1978. Istituzione del SSN. La legge sancisce l'universalità delle cure, il definitivo superamento del sistema di assistenza sanitaria su base assicurativa obbligatoria (sistema mutualistico), lo scioglimento di tutti gli enti con finalità assistenziali e la loro confluenza verso il SSN.



Nascita ed Evoluzione del SSN un processo riformatore in tre momenti

1978 L'alba dell'era del SSN

23 dicembre 1978: Legge 833, istituzione del SSN

La Riforma Sanitaria rappresenta il superamento del sistema delle Mutue e sancisce l'universalità delle cure erogate dalle USL (Unità Sanitarie Locali) che hanno competenza per un territorio di più Comuni e si occupano di assistenza primaria, assistenza ospedaliera e attività di prevenzione.

Il SSN è "il complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio"

Principi ispiratori, secondo una concezione di welfare state, sono:

- Universalità dei destinatari: assistenza garantita a tutti i cittadini
- Uguaglianza di trattamento: tutti i cittadini hanno diritto allo stesso tipo di prestazioni
- Globalità degli interventi: prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione
- Gratuità delle prestazioni garantite, assistenza illimitata e incondizionata
- Libera scelta del cittadino

Modello centralizzato che opera attraverso tre strutture di diverso livello: Stato, Regioni ed Enti Locali. Potenziamento dei servizi assistenziali di I livello con la creazione del Distretto Sanitario di base. Finanziamento indipendente dai risultati "a piè di lista".

D.Lgs. 382/89 introduce il ticket sanitario di compartecipazione alla spesa. La legge di conversione del 1990 e la successiva del '93 ne disciplinano modalità di applicazione ed esenzioni.

1992-93 La ricerca dell'efficienza - il mito della gestione manageriale

Decreti Legislativi 502/92 e 517/93

Riordino della disciplina in materia sanitaria

1992 Seconda Riforma Sanitaria il cui punto cardine è l'Aziendalizzazione.

Inizia il processo che porterà a devolvere il potere alle Regioni e a conferire autonomia con potere di gestione ad ospedali e USL secondo il criterio dell'aziendalizzazione. Aziende Ospedaliere e Aziende sanitarie locali (ASL, le vecchie USL), hanno autonomia gestionale, organizzativa e patrimoniale e territorio di competenza esteso ad una dimensione provinciale. Ulteriore potenziamento dei Distretti (organizzazione e gestione strutture e servizi, assistenza sanitaria e attività socio-assistenziale). Introduzione e definizione del concetto di LEA Piano Sanitario Nazionale triennale: Strumento essenziale per la politica sanitaria stabilisce i livelli essenziali di assistenza (LEA) garantiti dal SSN a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, e stabilisce l'entità del Fondo Sanitario Nazionale.

Riassetto istituzionale del SSN reso necessario per l'esplosione della spesa sanitaria in assenza di un razionale impiego e utilizzo delle risorse e di una reale efficienza. Avvio di una riorganizzazione funzionale del SSN in grado di recuperare nel sistema sanitario efficienza, economicità e qualità. Introduzione di indicatori di efficienza, qualità e verifica dei risultati conseguiti.

Riordino e trasformazione del servizio sanitario: da una concezione di assistenza pubblica illimitata ed incondizionata (Welfare State) si passa ad una assistenza pubblica in cui la spesa sociale e sanitaria non possono più rapportarsi unicamente alla entità dei bisogni ma devono essere proporzionate alle entrate. Si passa al finanziamento a quota capitaria e remunerazione a tariffa.

1999 Cercando l'efficacia e il miglioramento degli esiti

1999: Approvazione D.Lgs 299/99, Legge Bindi o riforma ter "Terza riforma":

Consolidamento del processo di regionalizzazione della sanità e rafforzamento dell'Aziendalizzazione delle aziende sanitarie (locali e ospedaliere) dotate di autonomia imprenditoriale con rispetto dei vincoli di bilancio. Potenziamento del ruolo dei Distretti delle ASL, anche con funzioni di coordinamento delle figure operanti, dei servizi e delle strutture del territorio. Aziende orientate a criteri di efficacia, efficienza, economicità e qualità. Introduzione di sistemi di responsabilizzazione sui risultati. Integrazione Socio-Sanitaria attraverso percorsi assistenziali integrati. Introduzione di una reale Programmazione Sanitaria attraverso:

- Piano Sanitario Nazionale, triennale, che individua i LEA, aree di intervento, indirizzi, obiettivi e finanziamento del SSN, contiene indirizzi per Piani Sanitari Regionali (PSR) e Piani Attuativi Locali (PAL)
- Linee Guida e percorsi diagnostico terapeutici
- Criteri di verifica della qualità e degli standard minimi da rispettare per le strutture (autorizzazione, accreditamento, tariffe)
- Introduzione ECM

E poi, ancora...

2001: Legge 405/2001, Accordo Stato Regioni e Legge Costituzionale n. 3, Riforma del titolo V

La modifica del Titolo V trasferisce molti poteri e risorse inerenti alla sanità dallo Stato alle Regioni: si configurano 21 modelli diversi di SSR.

Le Regioni hanno la responsabilità diretta della realizzazione del governo e della spesa sanitaria per il raggiungimento degli obiettivi di salute del Paese.

Le Regioni hanno competenza esclusiva nella regolamentazione ed organizzazione di servizi e delle attività destinate

alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere (anche in relazione al controllo di gestione e alla valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie nel rispetto dei principi generali fissati dalle leggi dello Stato).

Lo Stato individua nell'ambito del PSN i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ossia la soglia minima delle prestazioni sanitarie a carico del SSN garantite a tutti i cittadini e le Regioni definiscono le modalità organizzative e di finanziamento delle ASL e delle Aziende Ospedaliere, svolgono la funzione di vigilanza e controllo e di valutazione della qualità delle prestazioni.

D.Lgs. 158/2012 Legge Balduzzi

- Riorganizzazione delle Cure Primarie volta a rafforzare l'assistenza sanitaria sul territorio per favorire il processo di de-ospedalizzazione
- Estensione e ampliamento dei servizi sul territorio favorendo forme organizzative e di aggregazione monoprofessionali e multiprofessionali.
- Sviluppo dell'ICT (Information and Communication Technology) quale strumento irrinunciabile per l'aggregazione funzionale e per l'integrazione delle cure territoriali e ospedaliere.
- Adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo definiti da ciascuna regione e al Sistema informativo nazionale, compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria, nonché la partecipazione attiva all'implementazione della ricetta elettronica. ●

Quaranta anni della legge 833: di riforma in riforma per evitare la controriforma

Mariapia Garavaglia
Ex Ministro della sanità

Nemmeno i medici, terminato il corso di laurea, saprebbero parlare della legge n.833, approvata il 23 dicembre 1978, eppure ha istituito il sistema nel quale lavorano.

La Riforma Sanitaria, certamente una delle leggi che ha modificato più radicalmente l'assetto sociale dalla fondazione della Repubblica, compie 40 anni.

Compie 70 anni il sistema sanitario inglese (NHS) cui per gran parte si è ispirata la nostra legge e gli inglesi lo stanno festeggiando con grande orgoglio "*[The NHS] has now become a part of the texture of our national life. No political party would survive that tried to destroy it*".

Gli Italiani forse non sono abbastanza consapevoli della grande risorsa che rappresenta per ciascuno la disponibilità del nostro sistema sanitario.

Tina Anselmi, ministro che firmò la legge 833, la presentò così: "La riforma sanitaria è una nuova politica della

salute con il cittadino utente gestore che si realizza con strutture democratiche e che vuole, appunto, diminuire - fin dove questo è possibile - l'intervento sanitario in senso stretto, tradizionale, per accogliere la difesa della integrità fisica e psichica del singolo cittadino in modo più pieno e in modo più valido.

Fino a prima della riforma, circa 2.700.000 cittadini non avevano copertura sanitaria.

Vi è anche poi una progressiva gradualità nel portare a parità le prestazioni e diciamo che il livello delle prestazioni, fissato per tutti, è quello dei lavoratori che finora erano assistiti dall'INAM".

Quando fu approvata la legge 833 la tutela della salute in Italia era decisamente confusa e differenziata fra tutti i cittadini. Le diseguaglianze sociali e quelle territoriali acuivano le profonde ingiustizie nei confronti di cittadini portatori dei medesimi bisogni sanitari. La 833 con la generalizzazione del SSN

mirava a garantire le pari opportunità per i cittadini di qualsiasi Regione. Ma ancora oggi è difficile poter affermare che non siano rimaste le stesse differenze da Udine a Lampedusa.

La spesa per la sanità nel 1978 era di 12.639 miliardi di lire e la legge di bilancio 2018 ha fissato il FSN in 112 Miliardi di Euro.

Da allora la spesa sanitaria ha registrato un continuo incremento, destinato a non arrestarsi per il concorso di diversi fattori che caratterizzano tutti i sistemi sia pubblici che privati o misti (USA, Gran Bretagna, Francia, Germania, ecc.): maggiore informazione e consapevolezza dei cittadini utenti, tecnologia e ricerca, mutamento anagrafico della popolazione e un mix di medicina e di consumi parasanitari. Da subito, quindi, si pose il tema della "sostenibilità" (anche se non era questo lo slogan divenuto oggi tanto evocato) e anche se l'incidenza della spesa sanitaria in Italia era ed è tra le più basse in Europa; il vero problema è la sua qualificazione. Il FSN "regionalizzato" impedisce una programmazione vincolante e, nel contempo, manca l'autonomia periferica nel rapporto di pubblico impiego per il personale del Ssn. Data, quindi, da allora la ricerca di un finanziamento, e del relativo riparto, secondo qualche criterio che non fosse il fabbisogno storico e il numero di abitanti delle Regioni.

Con una delibera del CIPE del 20/12/1984 si decise di allocare le risorse secondo le funzioni: ospedali, territorio, farmaceutica, prevenzione, senza vincolo di destinazione, per cui perifericamente si ripartivano le quote per popolazione residente e classi di età. Comunque bisogna ricordare che i criteri furono accettati dalle Regioni, finché i loro *deficit* venivano ripianati dallo Stato.

Col federalismo fiscale la spesa sanitaria esplose e si pose il problema di identificare qualche criterio

per contenerla. Di finanziaria in finanziaria si tentò di definire criteri che potessero premiare le Regioni virtuose e, viceversa, "punire" quelle con maggiori inefficienze: venivano puniti i cittadini e i responsabili politici rimanevano al loro posto. In particolare si intervenne con la legge delega n. 421/92 "Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale". Ha dato origine a due "riforme della riforma": il Dgls. 502/92 e il Dgls. 517/93. Il primo afferma il principio della distinzione fra erogatore di servizi e la funzione di acquirente pagatore delle prestazioni. L'USL diventa principalmente agente di acquisto di servizi per i propri assistiti dall'offerta di prestazioni ai produttori-erogatori esistenti sul mercato, sia pubblici che privati, riconoscendo al paziente piena libertà di scelta. La cosiddetta "aziendalizzazione" produce un modello a conduzione monocratica, tecnica, al fine di realizzare metodi di gestione e di controllo tipici delle aziende e il superamento della gestione e degli strumenti tipici degli enti pubblici, nonché l'introduzione di nuove regole privatistiche nel settore dei rapporti di lavoro. Si determinò la corresponsione di un corrispettivo predeterminato a fronte delle prestazioni rese (art.8, Dgls 501/92).

Alcune Regioni avanzarono ricorsi alla Corte Costituzionale, per cui con il Dgls. 517/93 si cercò di recuperare un certo regionalismo e, secondo Achille Ardigò, fu salvato l'impianto della 833, mettendola in sicurezza.

Perciò il Dgls. 229/99 sarebbe la riforma quater.

Il processo di decentramento è stato rafforzato dal sistema di pagamento delle prestazioni sanitarie. Il modello di finanziamento rispetta lo schema di ripartizione dei poteri fra Stato e Regioni. Si sarebbe definita con le leggi finanziarie ogni anno la quota

del Fondo sanitario a carico dello Stato in funzione dell'importo complessivo dei contributi di malattia; la ripartizione fra le Regioni sarebbe stata calcolata per quote capitarie omogenee in relazione alla popolazione residente, con la determinazione anche di quote di riequilibrio per fronteggiare le situazioni di squilibrio negli standard strutturali. Qualora il fabbisogno delle Regioni fosse superiore al fondo trasferito, queste avrebbero dovuto far fronte con risorse proprie ed, eventualmente, con l'aumento di contributi a carico dei cittadini. Era una coraggiosa strategia di cambiamento che mirava ad evitare le solite misure contingenti e sempre rivelatesi improduttive: imposizione o inasprimento dei ticket, tetti predeterminati di spesa, ecc. Il dato certamente utile a fare chiarezza è stata l'identificazione dei Livelli Uniformi di Assistenza da assicurare in tutto il Paese, a carico del FSN. Naturalmente il Paese presentava (e ancora la situazione non è superata) molte difformità nella spesa storica e

nella consistenza strutturale per cui fu prevista la gestione delle situazioni critiche con un apposito fondo di riequilibrio decrescente, di durata triennale.

Anche un'altra riforma non divenne un fatto compiuto; gli obiettivi di razionalizzazione del sistema produssero una nuova delega che preparò la riforma quater, il Dgls. 229/99, che riprende quasi tutti gli argomenti del precedente riordino. In particolare è stato confermato il modello di programmazione sanitaria; individuati i LEA assicurati dal SSN, contestualmente alla definizione delle risorse dedicate che, tuttavia, dovevano rispettare le compatibilità finanziarie del sistema di finanza pubblica; fissati puntuali criteri per la disciplina da parte delle Regioni dell'articolazione e attività dei distretti sanitari.

Importante il chiarimento della loro funzione programmatoria quanto ai servizi a gestione diretta e le risorse riservate alla integrazione socio-sanitaria, con l'individuazione delle quote a carico dell'USL e quelle a carico dei Comuni.

Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale", n. 360 del 28 dicembre 1978

Spedizione in abbonamento postale - Gruppo I

GAZZETTA  **UFFICIALE**
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA

ROMA - Giovedì, 28 dicembre 1978

**SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI
MENO I FESTIVI**

**DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DI GRAZIA E GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE DELLE LEGGI E DECRETI - CENTRALINO 65101
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA GIUSEPPE VERDI, 10 - 00100 ROMA - CENTRALINO 8508**

LEGGE 23 dicembre 1978, n. 833.

Istituzione del servizio sanitario nazionale.

Quanto all'assistenza ospedaliera si definiscono aziende solo gli ospedali di rilievo nazionale, che devono essere in possesso di determinati requisiti.

Una innovazione, tendente ad evitare conflitto d'interesse fra le attività pubblica e privata dei professionisti medici, è stata l'organizzazione della assistenza intramoenia.

Ovviamente il sistema sanitario vive nel contesto normativo generale e subisce le temperie politiche. Il federalismo all'inizio degli anni 2000 toccò molto da vicino il decentramento delle competenze fra Stato e Regioni.

La legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001 ha modificato parte del Titolo V e in particolare gli artt. 117 e 118. Il novellato art. 117 stabilisce che "la potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni" ed elenca le materie di esclusiva competenza dello Stato.

Per quanto riguarda la sanità lo Stato si riserva la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti diritti civili e sanitari che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale".

Ma le materie concorrenti hanno creato non poche difficoltà sia nel dialogo Stato - Regioni che fra Regioni e cittadini, date le diverse interpretazioni di autonomia legislativa delle stesse, in quanto il citato articolo prevede anche le materie di legislazione concorrente e cita precisamente la tutela della salute, le professioni, la ricerca scientifica, l'alimentazione. Il riformato art. 118 riguarda le funzioni amministrative attribuite ai Comuni e l'art. 120 regola il potere sostitutivo del Governo in caso di inadempienze da parte delle Regioni.

Il profondo e acceso dibattito nel Paese sul "federalismo fiscale" coinvolge le scelte di finanziamento del SSN.

Nel 2009, con la legge n. 42 sul federalismo, viene introdotto all'art. 2 il concetto del fabbisogno e del costo standard. Col costo standard si sarebbe dovuto contenere i costi di produzione, armonizzandoli sul territorio nazionale e calmierando la spesa, controllando gli

scostamenti patologici (ripetutamente indicati dai media come espressione di corruzione). Entro 24 mesi con decreti attuativi si sarebbero attivati i nuovi criteri: in realtà il costo standard non divenne un costo di riferimento, non un benchmark. Si intese, purtroppo, calcolare il costo di riferimento come la media di una serie di costi rilevati nelle Regioni più virtuose, e in tal modo non si fece che riconoscere ancora una sorta di "costo storico".

Il federalismo della citata legge 42 per garantire l'uguaglianza esigita dall'art. 3 Cost. si incentrava su minime ma pari garanzie, i Livelli Essenziali di Prestazioni (LEP) in generale e Livelli Essenziali di Assistenza nell'ambito del Ssn. La legge 833, più propriamente, chiedeva livelli uniformi da ottenere attraverso il Piano sanitario nazionale (art. 53 e 57) da declinare in Piani sanitari regionali. Per il triennio 1980-1982 il primo sarebbe dovuto essere approvato entro il 30 ottobre 1979, dopo che il primo nazionale fosse stato presentato in Parlamento entro il 30 aprile 1979. Non in tutte le Regioni la Riforma entrò in vigore l'1 gennaio 1979 e il primo Piano sanitario nazionale, 1994- 1996, fu presentato dal Governo Ciampi, sedici anni dopo la norma istitutiva!

I Lea, sia nella prima fase applicativa, sia i "nuovi Lea" approvati nel 2017 dopo 15 anni di attesa - e in parte già superati dall'insorgere di nuovi bisogni- non sono stati in grado di dare concretezza ad un concetto astratto, per cui col Dgls.n.68/2011 si è confermato il concetto di costi e fabbisogni standard, utilizzando i valori di costo medi, rilevati per i 3 macro livelli assistenziali nelle Regioni di riferimento e moltiplicati per la rispettiva popolazione residente pesata (art. 27, c.5). I dati delle 3 Regioni erano individuati a partire dalle 5 Regioni che risultavano aver raggiunto un equilibrio economico nell'erogare i LEA.

Al contrario, le Regioni in grave deficit sono state sottoposte ad un piano

di rientro e “commissariate”. Il dato politico stridente con la logica del commissariamento è la nomina dei Presidenti delle stesse come commissari. In realtà si sono succeduti molti provvedimenti del Governo, Ministro della salute d’intesa con la Conferenza Stato-Regioni e sempre con un “concerto” molto stretto del Ministro dell’economia e delle finanze.

Il Patto per la salute 2014-2016, coordinato con le successive leggi finanziarie, ha individuato col meccanismo d’intesa Stato-Regioni come ripartire le risorse destinate al Ssn, e indica il percorso per il raggiungimento di standard di qualità. Purtroppo, a fronte dei molti interventi normativi, rimangono aperte sostanziali difficoltà, in particolare, attualmente, riguardo al personale. Innanzitutto la carenza quantitativa che incide, ovviamente, anche sulla qualità.

Le recenti direttive europee, la diversità dei contratti e, soprattutto, una inesistente programmazione di fabbisogno per cui l’Università non prepara un numero sufficiente di specialisti e operatori, rendono problematica la sostenibilità, non finanziaria, ma di mantenimento efficiente, in quanto rispondente ai bisogni di salute. **Si è detto che “i medici (e tutti gli operatori) hanno il diritto di curare”. I cittadini hanno diritti, ma anche doveri di rispettare il servizio pubblico, così importante e complesso. Le “furbizie” nell’accedere a prestazioni gratuite, la frode fiscale (doppia iniquità, perché l’esenzione è accompagnata da infedele denuncia del proprio reddito); liste d’attesa gonfiate da bisogni “indotti” impediscono l’accesso alle prestazioni di coloro che hanno davvero urgenza (e si rivolgono perciò al privato, dopo aver pagato le tasse); appalti truccati per beni e servizi, ecc.**

Un sistema complesso coinvolge una *governance* che deve ripensare tutte le compatibilità.

Si potrebbe a buon diritto concludere che nessuno ha il diritto di lamentarsi del Sistema (amministratori, sanitari, cittadini), se prima non ha fatto una attenta analisi dei propri comportamenti. ●

L’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale a Brescia

Sandro Albini

*già dirigente Spedali Civili
e Amministratore Poliambulanza*

40 anni fa con la legge 833/1978 venne istituito il SSN sancendo il diritto di ogni cittadino a godere della assistenza sanitaria finanziata dalla fiscalità generale.

Per il precedente ordinamento veniva erogata dal sistema mutualistico ai lavoratori dipendenti e loro famigliari in funzione del contratto di lavoro di settore, pubblico (Stato o Enti locali), privato (industria, agricoltura, artigiani, commercianti).

I poveri potevano accedere alle prestazioni sanitarie se iscritti negli appositi registri comunali.

Un grande affresco, definito nella sua architettura istituzionale, organizzativa e funzionale attribuendo ai Comuni la titolarità dell’esercizio di prevenzione, cura e riabilitazione da erogare mediante le Unità Sanitarie Locali, organismi operativi degli Enti Responsabili dei Servizi di zona, espressione dei Comuni (o Comunità montane) singoli o associati, la cui declinazione operativa era demandata alla legislazione regionale.

La Regione Lombardia si apprestò a

darne applicazione introducendo alcune innovazioni: con la legge Regionale 11 aprile 1980 n.39 attribuì al nuovo organismo anche le competenze in ambito sociale fino ad allora esercitate dai Comuni, aggiungendo all'acronimo una seconda S, quindi U.S.S.L (Unità Socio Sanitarie Locali).

Le **competenze definite** dall'art. 14 della 833 vennero articolate nei seguenti servizi:

- igiene pubblica e ambientale e tutela della salute nei luoghi di lavoro;
- assistenza sanitaria di base
- assistenza sanitaria specialistica ospedaliera ed extraospedaliera
- medicina veterinaria
- assistenza sociale
- amministrativo

Questi organismi erano chiamati ad esercitare dette funzioni per ambiti zionali e distrettuali.

Un riordino complessivo, dunque, assommante le competenze dei Comuni, degli Enti Ospedalieri, delle Provincie, delle mutue e di ogni altro organismo istituzionale o consortile cui fossero attribuiti compiti sanitari, comprese le condotte mediche e ostetriche.

Va detto che **in Lombardia dal 1972 operavano Comitati Sanitari di Zona**, poi divenuti Consorzi di Comuni, istituiti dalla legge regionale n. 37/72 i quali avevano avviato un processo di riordino di alcuni comparti, in particolare le competenze igienistiche, sanitarie territoriali e assistenziali in capo ai comuni e alle Provincie. Il lavoro di questi organismi, anch'essi ricondotti in capo alle USSL, si dimostrò prezioso perché costituiva, in nuce, un modello per il nuovo ordinamento territoriale.

Gli organi della Associazione dei comuni dei quali l'USSL assume il ruolo di struttura operativa, vennero stabiliti con la Legge Regionale 5 aprile 1980 n. 35 ricalcando l'ordinamento comunale:

- l'assemblea, costituita da rappresentanti dei comuni dell'ambito territoriale
- il Comitato di Gestione
- il Presidente

corrispondenti al Consiglio, Giunta e Sindaco.

In caso di coincidenza del territorio con un ambito di Comunità Montana, gli organi di quest'ultima assumevano le funzioni dei corrispondenti organi delle USSL.

La connotazione politico culturale dell'intero impianto istituzionale era caratterizzata da una marcata impostazione partecipativa a scapito della necessità, avvertita già allora, di organizzare i servizi su ambiti territoriali di maggiori dimensioni, non foss'altro che per conseguire economie di scala.

Come avviene nei Comuni, l'Assemblea articolava i propri lavori in commissioni cui erano attribuite competenze istruttorie verso Assemblea e Comitato, sostanzialmente in tutte le materie. Così come bisognava tener conto delle articolazioni circoscrizionali dei comuni di grandi dimensioni. Il che consentiva ad ogni singolo rappresentante dei comuni associati di esprimere il proprio parere, ma comportava processi decisionali non sempre adeguati alle necessità ed urgenze di assetti delicati come quelli a tutela della salute. Uno dei primi compiti del legislatore regionale è consistito nella delimitazione degli ambiti territoriali secondo i criteri stabiliti dalla 833: limiti di popolazione tra 50.000 e 200.000 abitanti con eccezioni dovute a coincidenze con ambiti territoriali delle comunità Montane o a disagi di ordine orografico.

Con la citata legge regionale n. 35 **il territorio della Lombardia venne suddiviso in 79 ambiti e la provincia di Brescia così articolata:**

- ambito territoriale n. 34 = 11 comuni gravitanti attorno a Chiari
- ambito territoriale n. 35 = 6 comuni gravitanti attorno a Palazzolo sull'Oglio
- ambito territoriale n. 36 = 14 comuni gravitanti attorno a Iseo
- ambito territoriale n. 37 = 41 comuni della comunità Montana della Valle Camonica
- ambito territoriale n. 38 = 18 comuni della comunità Montana della Valle Trompia

- ambito territoriale n. 39 = 25 comuni della comunità Montana della Valle Sabbia
- ambito territoriale n. 40 = 24 comuni del Garda e della Valtenesi gravitanti su Desenzano
- ambito territoriali n. 41 = 24 comuni dell'Hinterland di Brescia, compresa
- ambito territoriale n. 42 = 15 comuni orbitanti attorno ad Orzinuovi
- ambito territoriale n. 43 = 18 comuni orbitanti attorno a Manerbio
- ambito territoriale n. 44 = 10 comuni orbitanti attorno a Montichiari

A parte le 3 comunità montane (Val Camonica, Trompia e Sabbia) negli altri ambiti venne costituita l'Associazione dei Comuni, dotata di personalità giuridica, di un proprio Statuto e regolamento, titolare delle competenze attribuite alle USSL da esercitare attraverso gli organi già ricordati. Gli ambiti territoriali facevano generalmente perno sui presidi ospedalieri, gli unici dotati di strutture attorno alle quali organizzare la erogazione di servizi. Peraltro in provincia i disciolti enti mutualistici disponevano di qualche sede amministrativa periferica e minime strutture ambulatoriali, prevalentemente in rapporto convenzionale. Così come in ambito convenzionale vennero regolati i rapporti tra le USSL e le strutture private presenti in città, con eccezione di piccole realtà in Valtrompia e sul Garda, secondo il criterio della tariffa per giornata di degenza il cui importo veniva stabilito dalla Regione per ogni disciplina.

La partita più rilevante riguardava l'ambito territoriale 41 comprensivo della città di Brescia con il suo popoloso Hinterland.

In città erano presenti istituzioni ospedaliere di grande rilevanza, gli Spedali Civili, l'Ospedale di Bambini, l'Ospedale Psichiatrico ed importanti presidi ambulatoriali, come quelli di Via Biseo e via Corsica già di proprietà del disciolto INAM. E così tutto il comparto igienistico



già del Medico Provinciale con i relativi laboratori.

Il legislatore Regionale si fece carico di regolare anche i presidi multizonali, quelli cioè le cui funzioni si esercitavano su più ambiti territoriali. Il problema riguardava prevalentemente gli Enti Ospedalieri classificati come regionali, nel caso di Brescia gli Spedali Civili.

Mentre tutti i rimanenti presidi ospedalieri vennero sciolti e le funzioni attribuite all'ambito territoriale nel quale avevano sede, compreso l'Ospedale dei Bambini e lo Psichiatrico, sugli Spedali Civili si aprì un lungo e sanguinoso contenzioso giuridico. La Regione dispose, con decreto 6 agosto 1985, la soppressione degli Spedali Civili così come aveva proceduto per tutti gli altri grandi ospedali della Lombardia. Il provvedimento venne impugnato da un gruppo di dipendenti e alcuni Professori dell'Università degli Studi convenzionati con l'Ospedale. Gli organi della USSL operavano per dare seguito al decreto della Regione, i ricorrenti si appellavano

ad una norma transitoria contenuta nell'art. 144 della legge Regionale 106/80 la quale stabiliva la sospensione dei provvedimenti di soppressione per quegli Enti che avessero presentato istanza di riconoscimento di Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico. Era il caso del Civile, la cui istanza era stata introdotta presso i competenti Ministeri il 5 maggio 1980 e successivamente reiterata, per cui TAR e Consiglio di Stato riconobbero la fondatezza della eccezione dei ricorrenti. La vicenda accese polemiche e tensioni tra le forze politiche, tutte orientate a sostenere il provvedimento di soppressione adottato dalla Regione mentre la società civile riteneva, al di là del merito del contenzioso, inopportuno l'accorpamento del Civile alla USSL, la cui conseguenza era la cancellazione della sua plurisecolare storia.

Le pressioni politiche furono tali da indurre il Commissario Straordinario del tempo ad assumere un atto di revoca della istanza di riconoscimento di IRCSS in modo da risolvere in radice il contenzioso. Anche questo venne impugnato, con istanza presentata il 14 novembre 1988, come quelli regionali di soppressione e anch'esso subì la stessa sorte: venne annullato. Per cui il Civile continuò a rimanere autonomo quale Ente Ospedaliero fino al riconoscimento dell'autonomia prevista per tutti i grandi ospedali nella legislazione di inizio anni 90.

Le USSL della Provincia iniziarono fin dal gennaio 1980 ad operare costituendo i servizi previsti dalla normativa.

Ebbero l'accortezza di costituire un loro coordinamento presso l'Associazione Comuni Bresciani, risultato prezioso per lo scambio di esperienze, informazioni e messa in comune sia delle difficoltà come di iniziative formative e collaborative.

Della partita furono anche gli Spedali Civili, già impegnati fin dalla costituzione della USSL 41 a collaborare per la costituzione della architettura amministrativa e organizzativa del nuovo Ente. Lo stesso Direttore Amministrativo della USSL (l'Avv. Aldo Psaro) proveniva

da identiche funzioni esercitate al Civile, così come alcuni funzionari e impiegati; quelli provenienti dai disciolti Enti Mutualistici, cresciuti in un ambito professionale meno complesso rispetto a quello ospedaliero, vennero integrati nel nuovo assetto nella sede di Via Valle, già proprietà di un Ente mutualistico soppresso. Apporti significativi vennero dalla dirigenza dell'Ospedale dei Bambini dotata di personale di grande esperienza, portatore di una cultura manageriale di spessore.

L'assetto istituzionale e organizzativo disegnato dalla 833 si rivelò presto di difficile gestione e poco incline a consentire un controllo della spesa, sul quale facevano premio le esigenze rappresentate dai Comuni.

Con la legislazione statale di inizio anni 90 e la successiva regionale del 1985/87 della riforma vennero fatti salvi i principi fondamentali (la sanità come diritto di cittadinanza secondo il principio universalistico e il carico dei costi alla fiscalità generale) ma radicalmente mutato l'impianto organizzativo affidando alla Regioni la responsabilità normativa, costituendo in aziende le ASL e i grandi Ospedali retti da un Direttore Generale di nomina regionale. E modificando il sistema remunerativo dalla vecchia giornata di degenza al riconoscimento di specifiche tariffe per caso trattato.

A distanza di 40 anni va riconosciuto alla 833 il carattere di "norma di civiltà", si trattò di un salto di qualità rispetto al precedente sistema mutualistico, fonte di grandi disparità di trattamento, di non pochi disservizi e di dissesto finanziario. Non sono mancati, come abbiamo visto, problemi anche in capo al complesso organizzativo un po' barocco delle USSL, peraltro a Brescia e provincia manifestati in misura minore rispetto ad altre sedi proprio per l'impegno puntiglioso delle Istituzioni locali e delle classi dirigenti del tempo, per le quali il "bene comune" e lo "spirito di servizio" facevano premio sulle tentazioni del potere. ●

Riflessioni sull'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale con la legge 833/78 nella Provincia di Brescia

Paolo Bonometti

già Coordinatore amministrativo USSL 43

La legge 833/78 che istituì il S.S.N. rivoluzionò il sistema assistenziale in vigore. Esso demandava agli enti mutualistici l'assistenza per le categorie ed ai comuni l'assistenza a coloro che, non iscritti agli enti mutualistici, fossero in condizioni comprovate di povertà.

La legge 833/78 garantiva a tutti i cittadini l'assistenza sanitaria a carico dello Stato. Si abbandonava il sistema centralista in vigore (il Ministero della sanità, medico provinciale, veterinario provinciale). Veniva decentralizzata alle Regioni ed ai comuni l'organizzazione e la gestione del servizio sanitario. Negli anni precedenti erano sorti in diverse comunità locali, numerosi ospedali senza alcuna programmazione. Spesso le strutture, se dislocate in comuni vicini, erano in concorrenza tra di loro e con gli stessi Spedali Civili. Questi ultimi anziché puntare alle specialità, continuavano ad espandere le medicine e le chirurgie generali.

La Regione Lombardia, in attuazione della Legge 833, emanò la Legge 39 del 1980 che istituì le U.S.S.L. suddividendo il territorio

in ambiti territoriali che facevano capo agli ospedali esistenti. Tali ambiti gestivano sia l'assistenza sanitaria che l'assistenza sociale. L'Assemblea dei Sindaci del territorio aveva compiti di programmazione e di gestione strategica, il Comitato di Gestione nominato dall'assemblea, gestiva e amministrava l'assistenza oltre a designare il Presidente tra i propri membri. I primi anni del 1980 le diverse U.S.S.L. della provincia si dedicarono all'istituzione e all'organizzazione dei servizi. Tutte le competenze che prima facevano capo al Medico Provinciale e al Veterinario Provinciale, dovevano essere ora espletate dalle U.S.S.L. stesse.

L'apparato amministrativo dell'ospedale di riferimento era l'unica organizzazione esistente sul territorio giacché gli enti mutualistici e gli apparati istituzionali erano organizzati a livello provinciale con piccole realtà a livello locale.

Dal 1980 al 1984 le U.S.S.L. della provincia organizzarono i diversi servizi approvati dalla Legge di riforma nazionale e dalla legge regionale.

Questi erano:

- igiene pubblica ed ambientale e tutela della salute nei luoghi di lavoro;
- assistenza sanitaria di base;
- assistenza sanitaria ospedaliera e specialistica;
- medicina veterinaria;
- assistenza sociale;
- amministrativa.

L'assistenza ospedaliera e specialistica e l'apparato amministrativo nell'ambito dell'ospedale erano già ben strutturati. Per gli altri servizi si doveva partire dai fondamenti senza disporre di risorse e conoscenze adeguate. Con difficoltà e con notevole dispendio di energia, nel giro di due anni vennero organizzati i vari servizi e preparati gli operatori erogando le prestazioni a tutte le realtà presenti sul territorio e a tutta l'utenza.

La riforma così come impostata dalla Regione Lombardia nelle U.S.S.L., che seppero organizzarsi, dette degli ottimi risultati. L'U.S.S.L. disponeva delle risorse ed erogava i servizi secondo la programmazione disposta dalle Assemblee dei Sindaci e dai Comitati di Gestione. Uno dei primi riscontri messi in atto dall'U.S.S.L. 43, cui appartenevo, fu il controllo dei medicinali prescritti dai medici di base delle aree di competenza, facendo un confronto tra le somme erogate alle diverse farmacie del territorio e la media dei consumi dell'intero ambito, prima ancora che le ricette fossero informatizzate. In tal modo si verificò una intensa e fattiva collaborazione con i medici di base, che erano i principali prescrittori di spesa.

Fu un periodo felice perché le U.S.S.L. che potevano contare su una buona organizzazione erano in grado di controllare l'erogazione delle spese in funzione delle risorse disponibili.

Infatti grazie ai risparmi ottenuti a seguito di un attento controllo dei costi ed alla collaborazione con i medici, le risorse che si generarono vennero in gran parte investite nella medicina preventiva.

Dal 1980 partirono le prime campagne

di prevenzione (pap - test per la diagnosi del tumore del collo dell'utero e screening mammografico per i tumori al seno). Stante la poca sensibilità esistente allora nella popolazione femminile nei riguardi della medicina preventiva, per raggiungere il maggior numero di persone, venivano invitate ad effettuare i test le persone delle stessa vie o degli stessi quartieri, in modo da facilitare un passa parola dalle persone più sensibili e quelle più scettiche. Si raggiunsero in tal modo risultati significativi. A livello istituzionale si instaurarono degli ottimi rapporti tra i Sindaci e le giunte dei Comuni dell'hinterland dell'U.S.S.L. e l'Assemblea dei Sindaci e il Comitato di Gestione. Questo portò ad una uniformità degli atti assunti dalle diverse giunte in materia di piani regolatori e normative igienico sanitarie e veterinarie, dato che gli atti, prima della loro adozione definitiva, erano vagliati dal servizio competente ed approvati dall'Ufficio di Direzione dell'U.S.S.L.

Le normative emanate dalla Regione dopo il 1987 modificarono le U.S.S.L. trasformandole in aziende e accorpendole tra di loro.

Vennero nominati degli Amministratori straordinari, che sostituivano l'Assemblea dei Sindaci e i Comitati di Gestione, ed avevano il compito di programmare e gestire l'attività delle U.S.S.L., agendo e rispondendo direttamente alla Regione.

Tale riforma peggiorò la gestione dell'U.S.S.L. perché veniva escluso l'impegno delle istituzioni locali e delle classi dirigenti che si erano strutturate nel tempo e che avevano operato con lo spirito di servizio a favore della Comunità per dare ai propri cittadini dei servizi ottimali in tutti i settori.

A mio parere, infine, **le successive riforme regionali tradirono lo spirito della riforma sanitaria 833/78.** Essa prevedeva un decentramento dei poteri a livello delle istituzioni locali ed un controllo da parte delle stesse delle prestazioni erogate, mentre in seguito si centralizzò il potere a livello regionale, abolendo ogni possibilità di controllo e di responsabilizzazione degli enti locali comunali. ●

Back to the future, 40 anni di medicina generale

Antonio Panti

già segretario nazionale FIMMG

Quest'anno ricorrono alcuni anniversari degni di celebrazione non solo per la tutela della salute ma per l'affermazione di diritti di civiltà. 40 anni fa il Parlamento Italiano promulgò la legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, ammise l'interruzione volontaria di gravidanza di fronte al dramma di moltissime donne, infine adottò la legge Basaglia sulla chiusura dei manicomi, proprio lo stesso anno in cui l'OMS approvò la Dichiarazione di Alma Ata con la quale indicava i traguardi da raggiungere entro il 2000 per la salute mondiale e ne individuava gli strumenti.

40 anni sono tanti e costringono ai bilanci

La salute mondiale è migliorata ma molto di più avrebbe potuto esser fatto se non si fossero troppo spesso seguite le sirene del mercato libero che, se non funziona per i servizi dei paesi ricchi, per lo più impedisce lo sviluppo della sanità nel terzo mondo.

Nel nostro Paese la 833 ha proseguito un cammino lento e difficile ma non vi è dubbio che le condizioni di salute della nostra popolazione sono enormemente migliorate e che i valori fondanti del servizio, l'universalità del diritto e l'uguaglianza nell'accesso alle prestazioni, sono costantemente perseguiti anche se non spesso raggiunti. Anche la legge Basaglia è tuttora fonte di discussioni, ma resta



International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 Settembre 1978

il fatto che anche i diritti dei malati psichiatrici hanno trovato rispetto se non sempre risposta. Forse la legge che ha resistito meglio è la 194, contestatissima per motivi ideologici, ma che ha portato comunque a una netta riduzione del numero degli aborti.

Ma cosa è che lega questi anniversari? Li unisce un'intuizione che i fatti hanno dimostrato vincente.

La medicina specialistica, portatrice di clamorosi successi fondati su sofisticate e costose innovazioni, rappresenta il vanto della medicina moderna, ma da sola è elitaria per censo e diretta a *target* limitati. Se si vuol realmente migliorare la salute delle popolazioni e, nello stesso tempo, garantire la sostenibilità economica del servizio, occorre disporre di

un'efficace e efficiente medicina generale. Se vogliamo trarre delle conclusioni dalle vicende di questi tormentati 40 anni, nei quali sono avvenute grandi trasformazioni sociali, enormi progressi della scienza e della tecnica, stravolgimenti politici, insomma un'epoca tumultuosa e complessa, e riferirle ai servizi medici, dobbiamo rifarci al titolo dell'articolo, *back to the future*, e far capire che occorre da un lato una grande capacità previsionale, perché le trasformazioni sono continue e onnicomprensive e, dall'altro, un forte radicamento nella tradizione medica dell'empatia e del prendersi cura delle sofferenze umane.

I servizi sanitari come li conosciamo nei paesi occidentali (il nostro è tra i migliori, questo lo dobbiamo tener presente) debbono affrontare e resistere a una doppia sfida, l'aumento dei costi per innovazione, difficilmente controllabile in un mercato quasi privo di concorrenza, e l'incremento dei bisogni per l'invecchiamento della popolazione.

La risposta ragionevole è la medicina generale organizzata in presidi territoriali che fronteggino l'ospedale di zona, in un *continuum* operativo nel quale la distinzione tra ospedale e territorio sia concretamente superata. Oggi i cittadini si lamentano spesso del loro medico di famiglia perché è troppo oberato da inutile burocrazia e dedica poco tempo alla relazione umana.

Tuttavia i servizi territoriali rappresentano la vera garanzia di poter dare assistenza a chiunque ne abbia bisogno e di offrire uguali prestazioni.

La medicina territoriale non solo agisce alla base della piramide della salute incidendo sui rischi primari ambientali e individuali, ma segue tutto il percorso di vita dei cittadini assistendo la cronicità, l'epidemia dei tempi moderni, e evitando ricoveri inappropriati e inutili eccessi diagnostici e terapeutici.

I medici generali debbono lavorare in team multiprofessionali. Congiuntamente all'infermiere domiciliare e all'assistente sociale, avvalendosi degli specialisti.

Le aggregazioni funzionali di medici generali (il lavoro individuale non dovrebbe più essere previsto dal contratto di lavoro), al contrario del sistema lombardo, debbono farsi carico della cronicità oltre che della medicina preventiva e

dell'educazione alla salute. In ciascun gruppo ci saranno medici particolarmente esperti che garantiranno il rapporto con i settori funzionali specialistici (resistenza agli antibiotici o rischi ambientali ad esempio), oltre che gli esperti nel rischio clinico o in formazione e ricerca. Insomma dei veri presidi che assorbano quanto più assistenza è possibile lasciando all'ospedale solo i veri acuti e offrendo anche assistenza alla lungodegenza.

Tutto ciò avendo tempo di parlare col paziente. Sostenere, come il codice deontologico, che "la relazione è tempo di cura" è una tautologia. La cura è relazione o è riparazione della macchina. La medicina generale rappresenta, al contrario di quel che si può pensare, il futuro della medicina se questa è ancora arte di aiuto all'uomo che soffre e che chiede risposte ai suoi dubbi. Quelle risposte che né il dr. Google né la più sofisticata intelligenza artificiale saranno mai in grado di dare.

La questione più insidiosa di fronte al disegno di un futuro ancorato ai grandi valori ma capace di declinarli e riviverli accompagnando le grandi trasformazioni sociali è certamente quella culturale. Ripensare tutta la formazione è il massimo impegno che discende dalla consapevolezza dell'inadeguatezza dell'attuale curriculum formativo del medico. Ed è proprio nella selezione motivazionale e nella formazione dei medici generali che deve esercitarsi la capacità di creare nei futuri professionisti competenze umanistiche e tecnologiche in modo che sempre prevalga l'attenzione per la persona umana nella sua assoluta singolarità. ●



La Piramide della Salute

40 anni di riforma sanitaria: evoluzione dell'istituzione e dell'assistenza ospedaliera

Alessandro Signorini

Direttore Sanitario Ospedaliero ed ex Direttore Generale Fondazione Poliambulanza

Non esiste alcun dubbio che la legge di riforma sanitaria, approvata il 23 dicembre del 1978, costituisca uno degli atti più significativi dell'intera storia repubblicana, in ragione della radicale caratterizzazione impressa, dal quel momento, nelle modalità di erogare l'assistenza sanitaria a tutti i cittadini dello Stato Italiano.

Veniva infatti individuato e concretamente realizzato lo strumento attraverso il quale lo Stato garantiva l'applicazione di uno dei principi fondamentali stabiliti, 30 anni prima, dalla Carta Costituzionale (art. 32), ovvero la tutela della salute quale "...fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività...", attraverso, finalmente, un vero e proprio Servizio Sanitario Nazionale.

L'atto di riforma introdotto 40 anni fa assumeva realmente portata storica e "rivoluzionaria" rispetto al precedente modello di welfare, trasformava profondamente il rapporto tra il cittadino e l'organizzazione della sanità, che si ridefiniva con modalità assolutamente innovative. Non determinava tuttavia una altrettanto coerente trasformazione del modello ospedaliero, pur indicando alcune significative novità per l'antico ruolo delle "strutture di ricovero e cura".

La legge 833 del 1978 dedicava infatti solo alcune indicazioni sintetiche al ruolo ed al profilo dell'ospedale, stabilendo che la funzione degli esistenti "Enti Ospedalieri" (oltre che delle altre istituzioni titolate a svolgere la funzione di "ricovero e cura") veniva collocata all'interno del nuovo modello di *governance* del neonato sistema. Di fatto le istituzioni ospedaliere perdevano la propria autonomia giuridica, trasformandosi in "presidi" delle nuove istituzioni politico amministrative del "territorio" (Unità Sanitarie Locali), responsabili della gestione integrata dei servizi sanitari, nell'ambito della programmazione sanitaria nazionale e regionale. La riforma non modificava la struttura interna degli ospedali, non definiva ulteriori indicazioni sulla modalità di erogazione delle loro prestazioni, si limitava a confermare i requisiti strutturali ed organizzativi previsti dalla precedente legge 12 febbraio 1968, n° 132.

Si era infatti completato, dieci anni prima dell'adozione della legge 833, un processo di "riforma" degli ospedali italiani, a conclusione di un complesso confronto politico sociale, anticipatorio della successiva, più ampia ed epocale "riforma sanitaria".

Il modello organizzativo-funzionale definito dalla legge 132 del 1968 entrava quindi, pressoché inalterato, nella struttura delle nuove aggregazioni territoriali e si metteva al servizio, secondo la norma entrata in vigore, di una visione integrata del bisogno di salute, senza una sostanziale revisione / aggiornamento della propria disciplina interna.

Fu questa, probabilmente, una delle maggiori criticità per la “messa a regime” dell’intero sistema che registrava, al suo interno, la compresenza di modelli istituzionali storici, dotati di un proprio assetto di *leadership* professionale e di autonoma direzione amministrativa, e di servizi di nuova costituzione, non analogamente caratterizzati da un vissuto di comune operatività.

Anche la grande frammentazione della *governance* del sistema non aiutò, soprattutto nelle fasi di avvio della “riforma”, la piena operatività del modello. Furono costituite, nella fase di attuazione della legge 833, complessivamente 695 Unità Sanitarie Locali, caratterizzate da una marcatissima diversità dimensionale (da un minimo di 2.108 abitanti ad un massimo di 380.000 abitanti circa).

Le Presidenze ed i Comitati di Direzione delle USL erano titolari del governo di una molteplicità di assetti e funzioni (dalla medicina veterinaria, alla sicurezza ambientale e dei luoghi di lavoro, dalle cure primarie alla farmaceutica territoriale) che erano destinati a spostare il baricentro dell’attenzione su fronti non necessariamente orientati alla gestione dello “stabilimento ospedaliero”.

Nonostante questa particolare condizione, molte Unità Sanitarie Locali, investite di grande autonomia nel leggere i bisogni locali e nel programmare l’offerta di servizi, scelsero spesso di investire nello sviluppo dei propri piccoli ospedali locali, trascurando le grandi opportunità di costruire la “medicina del territorio”, vero obiettivo della legge di riforma.

L’effetto pratico di tali scelte fu spesso quello di compromettere l’effettivo sviluppo di progetti utili a valorizzare la medicina preventiva, le cure primarie, la tutela

della salute e consolidare la tendenza alla frammentazione dell’offerta ospedaliera, già caratterizzata da tante “debolezze” ed individualismi e poco incline a costruire modelli di effettiva integrazione di reti di offerta.

Anche la provincia di Brescia non fu completamente immune da tale tentazione e si registrarono, in alcune sedi, velleitari tentativi di attivare, ad esempio, centri avanzati di chirurgia del fegato in ospedale privo di terapia intensiva, oltre che di centro trasfusionale e di supporti specialistici avanzati o ad avviare la costruzione di autentici “hub” per il “trauma center”, sempre in storiche strutture di ricovero prive dell’insieme delle capacità strumentali e professionali necessarie a tali ambiziose prospettive.

Certamente l’aspetto più macroscopicamente caratterizzante la fase di avvio della riforma sanitaria in provincia di Brescia, relativamente alla organizzazione dell’assistenza ospedaliera, fu il mancato inserimento degli Spedali Civili nella nuova *governance* in capo alla USSL cittadina, secondo un meccanismo che viene ben riferito in altro intervento pubblicato in questo stesso periodico. Si realizzava dunque un singolare connubio tra l’operatività di un modello ancorato ad una visione preesistente dell’ospedale e la prospettiva di un nuovo scenario integrato di servizi, unificato da una sola dirigenza politico istituzionale territoriale.

Si trattava di uno degli aspetti più caratterizzanti della “833” che non teneva conto sufficientemente della particolarità e della complessità che sempre più stava distinguendo il modello dell’ospedale moderno, ormai già in fase di consolidamento nei maggiori scenari internazionali, quale sede della complessità clinica, organizzativa e gestionale.

Non fu questo l’unico limite di “visione”, da parte della riforma nei confronti dell’ospedale, probabilmente la necessità di raccogliere il consenso necessario a sostenere un progetto di grande ambizione sociale, non consentì di mettere mano in modo sostanziale ad equilibri consolidati da appena un decennio.

È probabilmente questa una delle ragioni che condussero il neo istituito SSN a riformarsi radicalmente dopo circa 15 anni dalla sua istituzione, abbracciando il mito della “aziendalizzazione” dei servizi e dell’ospedale, in particolare.

Sarebbe troppo complesso, in questa sede ed in questo intervento, riflettere sul significato della trasformazione in senso aziendale delle vecchie USL e degli ospedali ed argomentare su quanto realmente tale trasformazione si sia posta in antitesi o meno con i principi originari della legge 833.

Valga la considerazione che, se la legge 833 merita di essere correttamente annoverata tra gli atti di autentica civiltà e i pilastri del “patto sociale” nel nostro paese, ad essa deve essere tuttavia riconosciuta una valenza di principio, di “legge quadro” cui è necessario associare costanti manutenzioni ed aggiornamenti.

Da questo punto di vista va riconosciuto che la elaborazione di un vero e proprio aggiornamento del ruolo che l’ospedale deve svolgere all’interno di un sistema di assistenza sanitaria ed all’interno di una comunità, oltre che l’indicazione di un nuovo modello organizzativo ospedaliero diverso dalla rigidità normativa dei provvedimenti di fine anni ’60, si ritrova non tanto in una norma

di legge successiva, quanto in un documento tecnico elaborato per volontà dell’allora ministro Umberto Veronesi.

Il “metaprogetto” intitolato all’architetto Renzo Piano contiene in sé tutte le previsioni utili a rendere un ospedale snodo strategico di un moderno sistema sanitario avanzato, collocandolo all’interno di una rete di servizi e funzioni ed attribuendogli ruoli e competenze.

Ulteriormente non c’è da aspettarsi contributi sostanziali da atti di politica generale per superare gli attuali disequilibri tra ospedale e territorio e tra ospedale ed ospedale.

È fondamentale che cresca una cultura innovativa, disposta a mettere in discussione equilibri storici e a definire contenuti professionali nuovi.

A solo titolo esemplificativo ricordo come sia estraneo alla visione politica, nel

nostro paese, il coraggio di individuare e valorizzare il ruolo innovativo di un medico clinico ospedaliero, titolare della competenza a garantire la continuità di cura al paziente con le strutture del territorio e coordinare gli interventi degli specialisti tradizionali ospedalieri.

Negli USA la figura professionale dell’*Hospitalist* costituisce il profilo di specialista che, negli ultimi 20 anni si è maggiormente affermato nell’organizzazione ospedaliera.

Gli “Hospitalist” sono passati da poche centinaia ad oltre 50.000 unità (più di qualsiasi altra specializzazione medica) nel periodo 2003-2016¹: è la conferma che solo la vivacità dell’iniziativa culturale medica e la coerente collaborazione delle istituzioni universitarie possono contribuire ad orientare e promuovere intelligentemente la trasformazione e l’evoluzione dei sistemi, ancora troppo bloccati, nel nostro paese, dalla necessità di definire tutto attraverso il rigore e la solennità della “Legge”. ●

¹ “Zero to 50,000 - The 20th Anniversary of the Hospitalist”
Robert M. Wachter, M.D., and Lee Goldman, M.D., M.P.H.
N Engl J Med 2016; 375:1009-1011.

Sigle e acronimi per ricordare

Erminio Tabaglio

Medico di Medicina Generale

Mi è stato chiesto di ripercorrere i 40 anni della Riforma Sanitaria 833/78 vissuti e visti nell'ottica di un medico di medicina generale. Quaranta sono tanti, nell'esperienza di un individuo, ed inevitabilmente la polvere del tempo ha ricoperto ed appannato molti ricordi. Per aiutarmi ricorrerò ad un artificio che di solito funziona: collegare nel tempo quel che resta dei ricordi agganciandoli ad eventi particolari, a canzoni, ad episodi che hanno segnato un determinato periodo.

In particolare farò riferimento a sigle ed acronimi, che hanno scandito varie fasi della Riforma ed accompagnato il mio percorso di medico generale convenzionato.

CSZ: Comitato Sanitario di Zona

Siamo nel 1980.

Ho da poco conseguito

l'abilitazione alla

professione e le mie prime esperienze lavorative si concretizzano nella "neonata" Guardia Medica ed in alcune sostituzioni di MMG. La Riforma ha meno di due anni, ed ancora molte incertezze organizzative. La Guardia

medica è gestita dal CSZ, associazione di Comuni.

Mi reco nella sede della mia zona, dove trovo due colleghi che mi accolgono a braccia aperte (ci sono molti turni ancora scoperti) e mi mettono in contatto con il responsabile, che penso fosse addirittura il sindaco. Una firmetta e la sera successiva sono già di guardia (cosa oggi impensabile).

Per quanto riguarda le sostituzioni, l'impatto è stato decisamente più traumatico. Siamo in periodo di transizione: il massimale è 1500 assistiti, ma ci sono ancora supermassimalisti con deroga a 3000-4000 assistiti. Ricordo ambulatori estenuanti, complicati dal fatto di non avere a disposizione alcuna documentazione (solo in un secondo tempo verrà posto l'obbligo della scheda paziente). Ma soprattutto, confrontando ieri con oggi, era la tipologia di malati diversa: praticamente solo acuti. Ci si recava dal medico per problemi contingenti ed anche per diabetici, ipertesi, cardiopatici non c'era programmazione. Si viveva alla giornata.

USSL: Unità Socio Sanitarie Locali

1982. Ottengo la convenzione per la medicina generale e

faccio riferimento alla mia USSL, che di lì a poco diventerà USL (Unità Sanitaria Locale). Al di là del significato e delle conseguenze di scorporare la sanità dal sociale, ricordo che quello che mi è rimasto impresso fu il fatto che, per una sola "S", furono sostituite tutte le indicazioni ed i cartelli. Evidentemente il problema delle risorse non si poneva ancora in modo impellente. Comunque, la USL di allora era quello che sarebbe poi stato il mio distretto ASL, una realtà di dimensioni contenute, direi quasi a conduzione familiare. Ricordo che il mio riferimento era un impiegato "anziano", una figura sempre presente nelle aziende di una volta, la memoria storica dell'azienda stessa, con le conoscenze e la capacità di sapere dove mettere le

mani per ogni problema.

Con il suo tutoraggio ho aperto il mio primo ambulatorio, che, stando ai criteri ed ai requisiti previsti dalle regole odierne, difficilmente avrebbe ottenuto la licenza anche come semplice magazzino.

PC: Personal Computer

Inizio anni 90. I primi timidi passi da parte dei più audaci

in quella che sarà poi croce e delizia della nostra professione. Delizia, perché impensabile poter gestire la massa di dati e la ricetta per le patologie croniche senza un supporto informatico. Croce per i numerosi, troppi inghippi e le inadeguatezze strutturali (leggi SISS), che spesso hanno intralciato ed appesantito il nostro lavoro anziché facilitarlo.

CUF: Commissione Unica del Farmaco, successivamente AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco)

1994. La riforma del prontuario farmaceutico, la stesura delle prime note CUF e, in seguito,

i LEA, hanno segnato un momento importante nella coscienza collettiva, che ha cominciato a prendere atto che le risorse non erano infinite.

Naturalmente con grossi mal di pancia da parte dei cittadini, che da un giorno con l'altro si sono visti negare la rimborsabilità del Bisolvon piuttosto che del Polase con la "mutua" (il termine resisteva e resiste ad oggi, anzi, probabilmente tornerà di moda). "Ma dove andremo a finire?" era la frase che mi sentivo ripetere più frequentemente.

Per non parlare della conflittualità generata dal fatto che, per un bel periodo di tempo, gli specialisti hanno ignorato e non applicato le note stesse, con noi MMG costretti a gestire il malcontento dei pazienti cui dovevamo negare la rimborsabilità di molte prescrizioni.

LEA: Livelli Essenziali di Assistenza

Anche qui, discussioni a non finire. "Perché alla mia vicina ha prescritto

la MOC con la mutua (sempre lei, l'Eldorado) ed a me la fa pagare?". Non voglio fare la vittima, ma bisogna ammettere che spesso, noi MMG, siamo stati lasciati soli a gestire questi conflitti ed a fare opera di informazione presso gli assistiti. Senza contare che in molti casi queste nuove regole limitative sono entrate in vigore da un giorno con l'altro in momenti topici (capodanno, ferragosto...). Devo comunque dire che, a livello professionale, note CUF e LEA hanno per me segnato un momento importante: sono state un severo monito ad una prescrizione ragionata e basata su evidenze scientifiche riconosciute. Il rammarico è che questa presa di coscienza sia stata indotta dall'esterno, sulla scorta di scandali che ben ricordiamo e che hanno interrotto bruscamente quel clima di prescrizioni "facili" in cui la maggior parte di noi si era adagiata. E' stato come una sorta di brusco risveglio, dopo di che è iniziata l'era della appropriatezza.

ASL: Azienda Sanitaria Locale

2002. È il momento della aziendalizzazione. Via la politica

dalla gestione della sanità (?). Arrivano i Direttori Generali. Ottimizzare e riallocare le risorse sono le parole d'ordine. Si spalancano le porte alle strutture sanitarie private, di fatto equiparate a quelle pubbliche nel sistema dell'accreditamento. Si fanno più stretti i controlli sulla spesa farmaceutica e sui ricoveri. La specialistica, da questo punto di vista, conta un po' meno: c'è il tetto di spesa per le strutture erogatrici, ed il problema è almeno apparentemente risolto all'origine. L'Asl ci fornisce i report trimestrali di spesa e qualcuno di noi, a breve, avrà a che fare con la Corte dei Conti in quanto "iperprescrittore".

PDTA: Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali

All'inizio del nuovo millennio irrompe sulla scena il tema

della cronicità, che non tarda a divenire un problema.

Da qui la necessità di nuovi strumenti per affrontarlo. MMG e specialisti cominciano a parlarsi, perché la gestione di questi pazienti non può che essere condivisa, con definizione dei ruoli e dei compiti dei vari attori.

E nascono i primi PDTA. A seguire l'esigenza di monitorare l'effettiva applicazione di questi percorsi tramite indicatori di processo e di esito. Nasce così il progetto Governo Clinico dell'ASL di Brescia, che negli anni successivi vedrà coinvolta la maggior parte dei MMG in una sorta di *audit* collettivo, con il positivo risultato di un concreto miglioramento nell'assistenza al cronico, documentata da dati oggettivi.

PIC: Presa in carico. PAI: Piano Assistenziale Individuale

È sempre la cronicità il problema dominante. La Presa In

Carico è la risposta di Regione Lombardia. Il tema è molto dibattuto e non è più storia, ma stringente attualità. E futuro prossimo. ●

Legge 194

Quarant'anni dopo la legge 194: Back to the future

Tiziana Frusca

già Professore Associato Università degli studi di Brescia e Responsabile UOS Medicina Materno fetale Spedali Civili di Brescia fino al 2013

Attualmente Professore Ginecologia e Ostetricia Università degli studi di Parma Direttore Clinica Ostetrica e Ginecologica -Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma

Direttore Scuola di Specializzazione di Ginecologia e Ostetricia e Presidente del Corso di laurea di Ostetricia - Università di Parma

Introduzione

Il 22 maggio 1978 veniva approvata in Italia la legge che regola l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG).

Prima della legalizzazione gli aborti clandestini oscillavano tra i 220 mila e i 600 mila per anno. Dopo l'introduzione di tale legge il ricorso ad aborti clandestini è diventato evento raro, quasi sempre oggetto di segnalazione sui media e di interventi della magistratura.

La legge che regola l'interruzione di gravidanza è stata a lungo considerata una vittoria delle donne; non credo sia questa la interpretazione corretta, poiché l'aborto non è una conquista, ma un prezzo che molte donne pagano a fronte di condizioni sociali lavorative o psicologiche che non hanno loro consentito di accedere alla contraccezione e alla scelta consapevole di una gravidanza, che è magari talvolta anche desiderata, ma difficile o impossibile da sostenere.

La legge è invece certamente stata una grossa conquista di "civiltà" e ha rappresentato un grosso miglioramento in ambito sanitario, miglioramento di cui si sono fatte carico le donne in modo trasversale, indipendentemente dalla loro collocazione politica, ideologica e dalle loro convinzioni religiose. Tuttavia non possiamo certo negare che la legge sia stata una conquista dei movimenti femminili/isti e dei partiti politici di impostazione laica che hanno saputo raggiungere una mediazione politica così importante con la componente che faceva riferimento al mondo cattolico e che ha consentito una normativa sulla regolamentazione dell'accesso alla IVG iscritta nella legge 194 dal significativo titolo "NORME PER LA TUTELA SOCIALE DELLA MATERNITÀ E SULL'INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA" ove si richiama il ruolo dei consultori nel promuovere la contraccezione e una maternità responsabile.

Troppo spesso dimentichiamo che questa legge tutela la salute fisica e psichica della donna nei confronti della maternità e che il ricorso all'aborto è consentito proprio in quanto la gravidanza possa rappresentare per quella donna un fattore di rischio importante.

Recentemente su un quotidiano italiano online (Repubblica.it, 29 marzo 2018) in un articolo dal titolo "la legge italiana è tra le più valide al mondo, ma resta lo scoglio degli obiettori" veniva riportata l'opinione dell'Istituto americano *Guttmacher*, impegnato a promuovere la salute sessuale e riproduttiva a livello americano e globale secondo cui la legge italiana è una ottima



legge, ma, come sottolineato anche da uno degli autori del rapporto del *Center of Reproductive Rights* "la legge impone un obbligo legale alle autorità di garantire alle donne l'accesso ai servizi. Tuttavia, nella pratica, spesso le donne hanno grandi difficoltà. C'è un numero insufficiente di personale non obietttore in molte regioni e strutture". E queste difficoltà riguardano anche il resto dei paesi europei: "Il Consiglio d'Europa - continua Thomasen - ha in due casi sentenziato che i problemi delle autorità italiane per assicurare l'accesso alle donne ai servizi per l'interruzione di gravidanza viola gli obblighi italiani espressi nella Carta Sociale Europea di garantire i diritti alla salute e alla non discriminazione. L'Italia è tenuta ad adottare misure efficaci per assicurare una disponibilità sufficiente di medici non obiettori". **La legge italiana rappresenta quindi tutt'oggi una importante conquista di civiltà, ma non mancano importanti criticità che sottolineeremo nel corso di queste pagine.**

Dati di applicazione della legge

La regolamentazione della interruzione di gravidanza non ha portato, come qualcuno ipotizzava, ad un aumento degli aborti, infatti dopo l'introduzione della legge 194 le interruzioni volontarie di gravidanza sono passate da 235.000 casi nel 1982-83 a 85.000 nel 2016 e 84.926 nel 2017.

Le IVG cioè si sono più che dimezzate rispetto al 1982, che è stato l'anno con il più alto numero di IVG, ma rimane anche nei dati attuali un dato allarmante, cioè che un terzo delle IVG totali in Italia continua ad essere a carico delle donne straniere (nel 2005 le IVG di donne straniere erano il 29,6% del totale). Nel corso del 2016, ad esempio in Emilia-Romagna sono state eseguite 7688 IVG (-2% rispetto all'anno precedente). L'88,3% degli interventi è stato eseguito su donne residenti in Regione (6791 casi), di cui il 42,2% cittadine straniere. Anche dai dati del 2016 emerge che la distribuzione per classi d'età si mantiene abbastanza stabile negli anni: la maggioranza delle donne che ha fatto ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza ha 25-29 anni (20,4%), 30-34 anni (22,8%) e 35-39 anni (21,3%). Il 26,5% delle IVG è stato effettuato con metodo farmacologico.

Per quanto riguarda la applicazione della legge, secondo la relazione del Ministero della Salute (*Relazione del ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78- dati definitivi del 2016. Roma, 22 dicembre 2017)*) si osserva che le IVG vengono effettuate nel 60,4% delle strutture disponibili, con una copertura adeguata,

tranne che in Campania e P.A. Bolzano, il documento cita: "l'analisi dei quaranta anni di applicazione della legge 194, effettuata dall'Istat, conferma il calo costante dell'abortività in Italia, anche nell'analisi longitudinale delle generazioni". (fig 1)

La legge italiana arrivava in Europa dopo leggi già presenti in molti altri Paesi. Come si evince dalla mappa del mondo (fig2).

In questi ultimi mesi anche nella cattolicissima Irlanda è passato il referendum sull'aborto con il 66,4% dei voti a favore e pertanto anche l'Irlanda dovrà provvedere a scrivere una legge che legalizzi la interruzione di gravidanza. Secondo una analisi del 2007 del *Guttmacher Institute* sull'aborto volontario nel mondo, tra il 1995 e il 2003 il numero di aborti indotti è diminuito nel mondo, passando da circa 46 milioni a 42 milioni. Questo declino è stato più forte nei Paesi sviluppati rispetto a quelli in via di sviluppo, dove più della metà degli aborti sono illegali e praticati senza misure di igiene e sicurezza. La diminuzione più forte si è avuta nell'Europa dell'est, dove il tasso è crollato in pochi anni da 90 a 44 per 1000 soprattutto per merito della diffusione di contraccettivi.

Circa 10 anni or sono *Lancet* 2007; 370:1338 scriveva "the number of

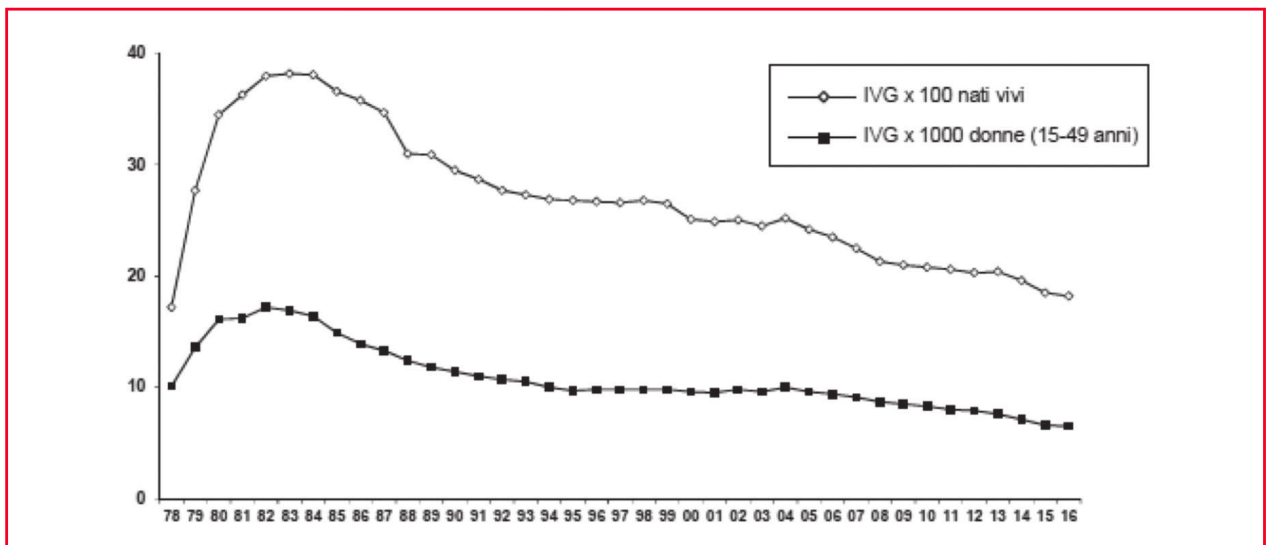


Figura 1: Tassi e Rapporti di abortività - Italia 1978-2016

abortions worldwide has decreased from about 46 million in 1995 to about 42 million in 2003. The majority of abortions, 35 million, occurred in developing countries, and 97% of all unsafe abortions - those performed either by people without the necessary skills or in a setting that does not conform to minimum medical standards".

Più recentemente in una analisi effettuata dal WHO (*Lancet Glob Health* 2014;2:e323) sulla mortalità materna l'aborto veniva individuato come causa di circa il 10% delle morti materne, ma veniva sottolineato come questo dato fosse comunque fortemente sottostimato poiché spesso la mortalità attribuibile a complicanze postabortive veniva riportata nelle classificazioni come attribuita genericamente alle categorie di sepsi o di emorragia.

Considerazioni critiche

Nella analisi critica della legge dobbiamo distinguere l'articolo 4 (aborto entro i 90 giorni) dall'articolo 6.

L'articolo 4 cita *"la donna che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la sua salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, o sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito..."* Il medico di fiducia o il consultorio sono tenuti a individuare *"le possibili soluzioni dei problemi proposti, di aiutarla a rimuovere le cause che la porterebbero alla interruzione della gravidanza, di metterla in grado di far valere i suoi diritti di lavoratrice e di madre, di promuovere ogni opportuno intervento atto a sostenere la donna, offrendole tutti gli aiuti necessari sia durante la gravidanza sia dopo il parto"*. Quindi anche nel caso della interruzione di gravidanza "su richiesta" è fatto compito al Consultorio e al medico di attivarsi per aiutare la donna a superare le difficoltà nella accettazione della gravidanza. Neanche in questo

caso quindi il Consultorio e il medico dovrebbero limitare il loro ruolo a semplici "dispensatori di certificati" ed è in queste circostanze che i servizi sociali e le associazioni di volontariato dovrebbero svolgere il loro ruolo.

L'art 6 è invece molto più complesso e in questi anni è stato oggetto di interpretazioni controverse, anche da parte della Magistratura, soprattutto per quanto concerne le richieste di risarcimento fatte nei confronti di strutture sanitarie o medici che, non avendo diagnosticato una malformazione fetale, avrebbero impedito alla donna di richiedere la applicazione della legge 194. Servirebbe una lunga trattazione per entrare nel merito delle controversie giurisprudenziali e delle sentenze diverse che hanno dato interpretazioni a volte contrastanti del principio di "tutela della maternità consapevole"; ci limitiamo a citare il testo in cui il ricorso alla interruzione di gravidanza è consentito *"L'interruzione volontaria della gravidanza, dopo i primi novanta giorni, può essere praticata: a) quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna; b) quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna."* Le ambiguità e le zone grigie di questa legge che alcuni criticano sono in realtà l'elemento forte che ne ha consentito la applicazione equilibrata, senza ricadute in leggi di tipo "eugenetico" (come in alcuni Paesi ove il fatto stesso di aver in grembo un feto portatore di anomale cromosomiche o malformazioni rende applicabile la legge). Secondo la legge italiana infatti non è di per sé il feto portatore di anomalie cromosomiche o strutturali che rende possibile la interruzione di gravidanza, ma il fatto che l'essere a conoscenza di queste anomalie pregiudichi alla donna la possibilità di una buona condizione di salute fisica o psichica. Questo elemento, apparentemente secondo letture semplicistiche, "cavilloso" è proprio

l'elemento che consente di definire questa legge non eugenetica e sostanzialmente centrata sulla salute della donna. Ma è anche l'aspetto sul quale si creano opinioni diverse, diverse interpretazioni e che hanno dato luogo a sentenze diverse. Infatti dato per scontato che la interruzione di gravidanza non è di per sé in questi casi un diritto della donna, ma la richiesta deve essere "accettata" dalla struttura che esegue l'intervento spesso si chiede di chi sia l'onere di stabilire se le anomalie siano "rilevanti"? e chi debba stabilire il grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna? Nel tempo si sono succedute interpretazioni che hanno portato a volte a scaricare sulle spalle dello psichiatra la decisione se la conoscenza delle anomalie potesse pregiudicare la salute psichica della donna o a concentrare sulla responsabilità del Direttore della UO o del Responsabile della Diagnosi

Prenatale tale decisione. Va inoltre sottolineato che il limite temporale imposto dalla legge è quello della "possibilità di vita autonoma del feto" che nel tempo, grazie ai miglioramenti della Neonatologia si è spostata sempre più in basso: capita non infrequentemente che il riscontro ecografico di malformazioni fetali anche molto gravi e la tempistica correlata alle necessita diagnostiche (amniocentesi, RMN o altro) porti ad una definizione diagnostica che rende inapplicabile la legge proprio perché si supera il limite della possibile "viability". In altri Paesi europei in questi casi non vengono posti limiti di settimane di gravidanza e la decisione se acconsentire alla richiesta della donna viene presa sulla base di considerazioni etiche discusse da organi competenti. La considerazione critica maggiore tuttavia riguarda la obiezione di coscienza.

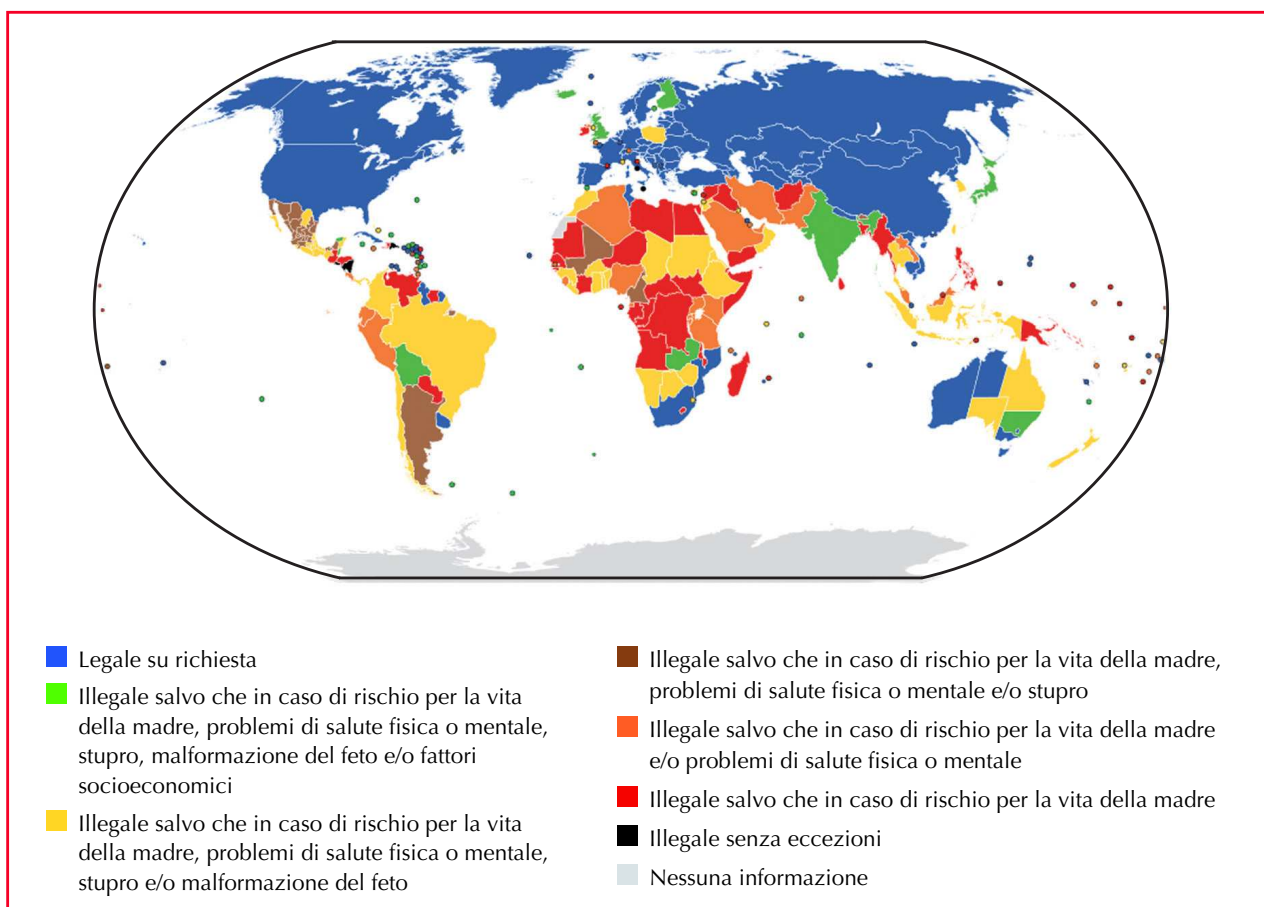


Figura 2: Mappa che sintetizza le posizioni della legislazione sull'aborto nel mondo.

Secondo il documento ministeriale precedentemente citato infatti nelle nuove generazioni “si evince un notevole aumento generale dell’obiezione di coscienza negli ultimi anni per tutte le professionalità, con percentuali pari al 69,2% per i ginecologi (rispetto al 59,6% della precedente relazione), 50,4% per gli anestesisti (rispetto a 46,3%) e 42,6% per il personale non medico (39% nella precedente relazione).

Questi valori raggiungono percentuali particolarmente elevate nel Sud. “Questo elemento concentra su pochi medici l’onere di eseguire la procedura, a fronte di nessun riconoscimento del proprio lavoro e ammette la possibilità che vi siano UO ove la legge non viene applicata. Credo che una normativa che imponga ad ogni struttura sanitaria pubblica l’obbligo di applicazione della legge e quindi un adeguato numero di medici non obiettori sarebbe da proporre. Molti del resto sostengono che poiché esiste una legge dello Stato, indipendentemente dalle proprie convinzioni religiose etiche o politiche questa legge andrebbe applicata, e non approva quindi la possibilità della “obiezione di coscienza” da parte di personale che dipende dal servizio Sanitario Nazionale .

Conclusione

La legge 194 si iscrive in un percorso di riduzione della mortalità e della morbilità materna legata agli aborti clandestini, percorso presente nella maggior parte dei Paesi sviluppati e il dibattito pro o contro l’aborto non dovrebbe esistere; nessuno infatti è pro aborto. Ciò che deve essere difeso e implementato è il rispetto e la applicazione della legge nella sua interezza e una maggiore facilitazione nel ricorso alla contraccezione.

Sono infatti poche le Regioni in cui i Consultori svolgono il loro ruolo di tutela della scelta di una maternità libera e consapevole e ancor meno le Regioni (e tra questa la Emilia Romagna) che offrono, per lo meno in alcune fase “deboli” (donne dopo IVG o dopo il parto e giovani donne) la contraccezione gratuita. ●

Legge 180

La riforma della psichiatria in Italia

Fabrizio Asioli

*Psichiatra (Reggio Emilia)**

La situazione della assistenza psichiatrica prima del 1978

L’organizzazione della assistenza psichiatrica precedente alla legge di Riforma del 1978 era in Italia, così come in tutto il mondo, molto semplice. Sia nella sua “filosofia” che nella sua pratica. Esistevano gli Ospedali psichiatrici (un centinaio sul nostro territorio nazionale) in cui venivano ricoverati pazienti quasi sempre in una fase avanzata della loro malattia, sempre contro la loro volontà, per periodi di tempo molto prolungati e a volte per tutta la vita. Ma non tutti i degenti degli Ospedali psichiatrici soffrivano di patologie psichiatriche. Fra di loro si trovavano anche handicappati, dementi, alcolisti, devianti, poveri,

anziani, persone sole. Le normative psichiatriche allora vigenti non erano infatti incentrate sulla psicopatologia, la clinica o la necessità di terapia ma sul *comportamento* e, in particolare, sulla “pericolosità per sé e per gli altri o il pubblico scandalo”, come recitava il testo della legge precedente, che risaliva al 1904. Coerentemente a questo assunto, fino a pochi anni prima della Riforma - grazie ad una norma introdotta dal Ministro Mariotti- il ricovero era *sempre* disposto coattivamente (cioè contro la volontà del paziente) e si costituiva come una misura di ordine pubblico (e non di natura sanitaria) tanto che era promosso dalle Forze di pubblica sicurezza, con o senza certificazione medica, a palese dimostrazione dell’inutilità di quest’ultima. Di conseguenza allo psichiatra veniva attribuito unicamente il ruolo di custodia del paziente (in difetto del quale erano previste gravi sanzioni di ordine penale) e non la sua cura (aspetto sul quale nel testo di legge non esisteva alcun riferimento). Non può stupire che la psichiatria fosse collocata al di fuori della sanità, dalle sue sedi, dalle sue regole e dai suoi finanziamenti; che fosse affidata all’Amministrazione delle Province, un Ente pubblico senza competenze sanitarie; che i ricoverati vivessero completamente isolati dal mondo, in Reparti sovraffollati, con grande promiscuità di bisogni assistenziali; che le loro condizioni di vita fossero all’insegna della restrizione della libertà personale e anche dei diritti civili (i ricoverati non potevano votare), quando non proprio di esplicita violenza (un paziente ricoverato all’Ospedale psichiatrico di Colorno a Parma, per esempio, all’epoca della Riforma del 1978 viveva contenuto ininterrottamente al proprio letto da 25 anni).

La legge Basaglia

Qualche anno prima della Riforma fecero molto scalpore presso l’opinione pubblica italiana le immagini drammatiche contenute nel libro bianco “Le condizioni degli Ospedali psichiatrici italiani” pubblicato dal Ministero della sanità che

testimoniavano la brutale condizione degli internati nei manicomi.

Ma oltre a queste ragioni umanitarie furono soprattutto altre a preparare il terreno per un incredibile cambiamento politico-legislativo. In tutto il mondo i risultati della assistenza psichiatrica basata sugli Ospedali psichiatrici sono stati, per usare un eufemismo, molto deludenti. I manicomi infatti hanno prodotto impressionanti e documentati fenomeni di cronicità e istituzionalizzazione, con costi umani e di gestione elevatissimi (OMS-OPS, 1994), e il bisogno di discutere l’esistenza del manicomio e di pensare a forme più efficaci di assistenza psichiatrica è sorto in molti Paesi europei ed extraeuropei, in particolare USA e Regno Unito, anche in precedenza di quanto sia poi accaduto nel nostro Paese. In Italia la riforma della assistenza psichiatrica e i grandi cambiamenti avvenuti nella cura ai malati mentali sono stati sanciti nella legge n°180 che viene approvata nel maggio del 1978 e successivamente (e coerentemente) trasferita pressoché integralmente nella legge di Riforma Sanitaria n° 833, agli articoli 33, 34 e 35, del dicembre dello stesso anno.

Questa legge (viene usato il singolare in quanto ci si riferisce alla sola 833, in quanto la 180 risulta soppressa al momento del suo trasferimento nella legge di Riforma sanitaria) ha prodotto un approccio radicalmente nuovo alla malattia mentale. In essa vengono sanciti alcuni principi assolutamente innovativi che sono contenuti in questi tre soli articoli nei quali si definiscono le norme per gli accertamenti e i trattamenti volontari e obbligatori per malattia mentale. Il vero fulcro della legge sta nell’aver rovesciato il paradigma incentrato sulla pericolosità (intrinseca!) del paziente psichiatrico e sui criteri di ricovero determinati solo da ragioni di ordine pubblico posizionando i disturbi psichiatrici, la necessità della loro cura e ragioni di ordine sanitario al centro della legislazione e della organizzazione dei Servizi.

È quindi a partire dalla definizione e dalla regolamentazione degli accertamenti e trattamenti *sanitari* volontari e obbligatori come provvedimenti di natura sanitaria (appunto!) -definiti cioè da motivazioni cliniche- che si sono determinate conseguenze importanti: innanzi tutto l'ingresso della malattia mentale, dei pazienti psichiatrici e degli psichiatri nell'ambito della Sanità; la ubicazione delle strutture di ricovero psichiatrico (i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura) nelle sedi della Medicina (gli Ospedali generali), l'istituzione di servizi decentrati nella comunità (ambulatori, Centri diurni, Strutture residenziali) sul modello della organizzazione sanitaria. Bisogna ricordare che questa rete di Servizi era, all'epoca, inesistente perché in quasi tutto il territorio nazionale, alla data della promulgazione della legge, la psichiatria veniva esercitata solo negli Ospedali psichiatrici. Queste novità hanno prodotto risultati straordinari nella collaborazione interdisciplinare fra gli psichiatri e i professionisti che operano nell'Ospedale, in modo particolare ma non solo, presso il Pronto soccorso; ha determinato forme di cooperazione quotidiana con i Medici di medicina generale e più in generale ha sviluppato interazioni fruttuose fra i medici che si occupano del corpo e quelli che si occupano della mente; infine -aspetto di non poco conto- ha fornito grandi vantaggi per i pazienti permettendo lo sviluppo di strategie orientate a interventi sempre più precoci ed una conseguente e impressionante riduzione dei fenomeni di cronicità che si ritenevano accompagnare ineluttabilmente ogni disturbo mentale. Queste stesse novità, sostenute dal mutato comportamento dei medici, hanno innescato una progressiva trasformazione degli atteggiamenti sociali verso la malattia mentale e i suoi pazienti, con una riduzione dello stigma che ha sempre accompagnato questi disturbi. Oggi, ad esempio, le persone affette da depressione, da stati di ansia o da altre patologie psichiatriche

vivono queste affezioni e ne parlano apertamente con minore vergogna sociale (o senza timore alcuno) rispetto a quanto capitasse solo 30 anni fa. La Legge di Riforma è stata associata -giustamente- al nome di Franco Basaglia perché la sua figura e le esperienze antiistituzionali da lui avviate, prima nel manicomio di Gorizia e proseguite poi a Trieste, hanno certamente avuto enorme importanza nel determinare quella che molti hanno definito una vera e propria rivoluzione (Saraceno e Tognoni, 1989). **Infine va ricordato che quanto realizzato in Italia ha un elemento di assoluta originalità in quanto è stata del tutto eliminata la utilizzazione dell'Ospedale psichiatrico per l'assistenza ai pazienti mentali -pochissimi Paesi al mondo infatti hanno chiuso i loro manicomi- e di avere ricollocato nella comunità le persone che vi erano rinchiusi** (Tansella e Williams, 1987; Scapicchio, 1997). Questa singolarità dell'esperienza italiana è stata oggetto di grande interesse da parte di molti Paesi al mondo, della Organizzazione Mondiale della Sanità e i principi ispiratori della Legge di Riforma sono stati ripresi dalla Dichiarazione di Helsinki sulla salute mentale in Europa e nella risoluzione del Parlamento europeo.

Insegnamenti ancora attuali

Franco Basaglia nel corso degli anni è stato descritto (erroneamente) di volta in volta come un antipsichiatra, un ideologo, un filantropo. In realtà, più semplicemente, egli ha dedicato la sua vita ad una critica radicale alla istituzione psichiatrica (Basaglia, 1981) ed ha agito *concretamente* per rovesciare la logica manicomiale. Tuttavia non tutti hanno colto con chiarezza che il suo non era (solo) un discorso sul e contro il manicomio ma un discorso sulla psichiatria e sulla profonda crisi vissuta da questa disciplina. Dopo qualche decennio le sue affermazioni si rivelano appropriate anche per il profondo malessere che -seppure per ragioni differenti- stanno attraversando la Medicina e le discipline mediche.

La crisi della psichiatria si fondava sullo smarrimento della soggettività e sulla oggettivazione del matto, vera e propria "cosa" - del tutto impersonale - nelle mani dello psichiatra e del manicomio.

Per rendere concretamente l'idea: pochissimi psichiatri *parlavano* con i ricoverati perché ciò semplicemente era considerato inutile.

I pazienti erano incomprensibili (quindi in-aiutabili) per definizione. E lo sono stati fino a quando, attraverso lo sviluppo della capacità di costruzione di una relazione (che talvolta non è facile da realizzare) lo psichiatra non è stato in grado di entrare nel mondo del paziente, di comprenderlo e quindi di potere interagire con lui con finalità di aiuto e di cura. **Ecco, Basaglia era una persona profondamente attratta dal desiderio di entrare in contatto con l'umanità racchiusa in ogni persona. Anche la Medicina, oggi, rischia di smarrire il senso e il valore del rapporto reale con i suoi pazienti.** Una ragione, paradossale, di questa crisi sta proprio nell'enorme sviluppo delle conoscenze e delle possibilità di cura in campo medico. Un importante storico della Medicina (Shorter, 1985) si è chiesto perché proprio da quando i pazienti hanno iniziato ad essere curati *meglio* hanno anche progressivamente cominciato a sentirsi curati *meno*. L'incredibile sviluppo delle conoscenze mediche ha prodotto la nascita delle Specialità e ciò ha comportato la "scomposizione" del corpo del paziente (gli esperti delle diverse cliniche quasi sempre si occupano esclusivamente delle "parti" del corpo ammalato di loro competenza). La relazione con i curanti risulta frammentata e il paziente spesso si trova "fra" specialisti più che "nelle mani" di un medico. In molte situazioni non è facile capire chi si occupa *davvero* di lui. Inoltre, per ragioni diverse ma che agiscono sinergicamente (enorme sviluppo della strumentistica diagnostica, informatizzazione, aumento sproorzionato dei carichi di lavoro dei medici, etc.) si è molto ridotto il *tempo* dedicato all'ascolto del paziente e il contatto *diretto* con il suo corpo (Asioli, 2014).

La "crisi di fiducia" dei pazienti verso la Medicina e i suoi professionisti, si manifesta con grande evidenza attraverso il preoccupante fenomeno del sempre maggior numero di persone che si rivolgono ad "altre" medicine - del tutto inaffidabili sul piano scientifico - ma che evidentemente riescono a soddisfare il desiderio di ascolto di chi soffre.

Un ulteriore insegnamento che deriva dalle controverse vicende della psichiatria riguarda il problema (e, soprattutto, gli effetti) della concentrazione di molti pazienti con problemi di cronicità in grandi istituzioni. Questa scelta determina immancabilmente la duplice conseguenza della riduzione delle attenzioni e della cura rivolta ai singoli ospiti e quella dell'aumento dei fenomeni di istituzionalizzazione (trascuratezza, passività, abbandono, violenza). La questione ha una sua drammatica attualità e riguarda soprattutto gli anziani e l'assistenza ai pazienti con demenza verso i quali - tranne in situazioni sfortunatamente non così numerose - la risposta prevalente, a volte l'unica, che viene offerta a questi pazienti è quella di tipo concentrazionario. ●

Bibliografia

Asioli F (2014). *Il trucco dello sciamano*. *Psicogeriatría*, 1: 17-23.

Basaglia F (1981). *Scritti*. Einaudi: Torino.

Organizzazione Mondiale Sanità/OPS (1994). *Reestructuración de la atención psiquiátrica*. OPS: Washington.

Saraceno B, Tognoni G (1989). *Methodological lessons from the Italian Psychiatric experience*. *International Journal Social Psychiatry*, 35: 98-109.

Scapicchio P.L. (1997). *Il futuro prossimo venturo della psichiatria italiana*. In: AA.VV *Lo psichiatra italiano*. Hippocrates Edizioni: Milano.

Shorter E. *The Troubled History of the Doctor-Patient Relationship*. New York: Simon & Schuster 1985.

Tansella M, Williams P (1987). *The Italian Experience and its implication*. *Psychological Medicine*, 17: 283-289.

*È stato Direttore dei Servizi di Psichiatria della USL di Parma, del Dipartimento di Salute Mentale di Reggio Emilia e del Dipartimento di Salute Mentale di Bologna.

I 40 anni della Legge 180

Antonio Vita

*Professore Ordinario di Psichiatria, Università di Brescia
Direttore Dipartimento di Salute Mentale
e delle Dipendenze, ASST degli Spedali Civili di Brescia*

Come alcune delle più importanti riforme, quella promulgata il 13 maggio 1978 è nota con un numero, 180, e un nome, Franco Basaglia. Una legge che ha segnato uno spartiacque tra un prima e un dopo, tra il chiuso dell'Ospedale Psichiatrico, da cui era eccezionale l'uscita, e l'aperto della psichiatria territoriale, in cui è eccezionale il ricovero, che peraltro avviene in un normale reparto dell'Ospedale generale. Oggi tutto ciò sembra naturale, allora fu uno strappo, una vera rivoluzione.

Come tutte le leggi destinate ad incidere radicalmente sulla vita delle persone, è una legge semplice, di pochi articoli, una legge-quadro, che restituisce diritti al malato e responsabilizza alla cura gli specialisti e i servizi, che porta la psichiatria nel Servizio Sanitario Nazionale, istituito proprio quell'anno, e indica la strada per una profonda riorganizzazione dell'assistenza psichiatrica.

Da allora la psichiatria italiana ha sviluppato e coltivato i principi della presa in carico della persona con disturbi mentali, della continuità terapeutica, dell'integrazione dell'equipe e degli interventi, in questo precorrendo i tempi di quello che sarebbe poi diventato un indirizzo che sta ora toccando gran parte dell'assistenza medica, specie quella delle patologie complesse e di lunga durata.

L'Italia è l'unico paese al mondo che ha effettivamente superato le Istituzioni Totali in psichiatria, giungendo alla definitiva chiusura dei Manicomi e, più recentemente - per effetto della legge 81 del 2014 -, degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, ed attuando una vera rete di assistenza psichiatrica di comunità, che rappresenta un modello di riferimento a livello internazionale.



Nel contempo, il nostro Paese si è dotato di un assetto giuridico-normativo di tutela dei diritti delle persone affette da disturbi mentali.

Certo, l'applicazione della legge non è stata omogenea sul territorio nazionale, ma possiamo affermare che in Lombardia in generale, e nell'area bresciana in particolare, la sua attuazione è stata piena. Possiamo anche dire che i principi sottesi all'organizzazione dell'assistenza psichiatrica hanno informato anche la parte più innovativa della recente evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo. Oggi il Dipartimento di Salute Mentale della nostra ASST ha incluso l'area delle Dipendenze, lavora in modo integrato con le altre discipline mediche tra cui la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e si integra anche con i servizi e i soggetti sociali del territorio, in un costante e quotidiano lavoro di rete. Se è vero che da queste conquiste non si può tornare indietro, è pure vero che i successi raggiunti devono essere un punto di partenza per un processo di miglioramento e di sviluppo che appare oggi inderogabile, alla luce dei limiti via via evidenziatisi del "modello italiano", ma soprattutto delle mutate richieste e bisogni di cura degli utenti e dei profondi cambiamenti avvenuti nel Paese negli ultimi quarant'anni.

Il cambiamento profondo dell'utenza dei servizi pubblici, costituita attualmente solo per il 20-25% dei casi dai disturbi dello spettro psicotico, sulle cui esigenze è stato ed è tuttora tarato il sistema di psichiatria di comunità, e la crescente richiesta di intervento per disturbi dell'umore e d'ansia, disturbi di personalità, disturbi da uso di sostanze e per le cosiddette "nuove patologie", spesso in comorbidità tra loro, richiede un aggiornamento dei modelli organizzativi e dei processi e metodi di cura dei servizi psichiatrici. Appare inoltre necessaria l'implementazione effettiva e sempre più capillare di percorsi di cura con interventi basati sulle evidenze scientifiche, che i dati disponibili indicano come ancora scarsamente diffusi nei servizi italiani. Specifico obiettivo è

Il manicomio
non serve a curare
la malattia mentale
ma solo a distruggere
il paziente
Franco Basaglia



ridurre la distanza tra i trattamenti che dovrebbero essere eseguiti perché dimostrata efficacia dalla ricerca clinica internazionale e i trattamenti che vengono di fatto erogati nei servizi pubblici. Infine, la consapevolezza del fondamentale ruolo dei fattori psicosociali nel rischio di sviluppo, mantenimento ed aggravamento di molti disturbi mentali, in particolare dei disturbi più gravi e persistenti, richiede uno sforzo maggiore di prevenzione da parte dei servizi, ma anche la consapevolezza della necessità di rivedere e potenziare gli strumenti di "welfare", soprattutto a favore delle fasce più deboli della popolazione, e di sostegno alle famiglie.

Tutto ciò non può prescindere dalla necessità di importanti investimenti nel settore della salute mentale, da destinare soprattutto a colmare la carenza sempre più evidente di personale di tutti i livelli e tipologia di professionalità. La storica disuguaglianza esistente nel sistema assistenziale richiede una rinnovata e più forte azione di indirizzo delle politiche di azione e integrazione sanitaria e sociale a favore della salute mentale, che includano anche i servizi per le dipendenze e per gli adolescenti.

C'è dunque ancora da fare, a favore dei pazienti e dei loro familiari, e il nostro Dipartimento è fortemente impegnato verso il miglioramento e l'innovazione, nello stesso solco tracciato dalla 180. Riteniamo che proprio favorendo uno sguardo verso il futuro la celebrazione della ricorrenza del quarantennale della 180 assuma ancor più senso e valore. ●

Un'esperienza al manicomio di Trieste

Angelo Bettoni
Ingegnere

“Mentre chi soffriva di altre malattie, dal raffreddore al cancro, era per tutti un individuo colpito da lievi disturbi o gravi aggressioni, il pazzo non era più un uomo, ma era solo la sua malattia; dunque una mostruosità che perdeva, nel sentire collettivo, i tratti distintivi dell'umanità, i suoi diritti fondamentali. Non era oggetto di riflessione, di pietà, di solidarietà, quanto piuttosto di indifferenza o di orrore; appunto una mostruosità più che un uomo, una malattia più che un uomo malato”

(Basaglia, una biografia, Claudio Magris, Lint editoriale)

“Ritorno in manicomio dove i pazzi mi sembrano come quegli alberi che vedi una volta in America dopo il passaggio di un uragano, con le radici in alto e i rami sotto terra”.

(La marchesa e i demoni, M.L. Marsigli, Feltrinelli)

Sono arrivato a Trieste nel luglio 1974. Sarei dovuto partire militare nel gennaio del 1973 ma eravamo i primi obiettori di coscienza dopo la legge del 1972, ed ancora il governo discuteva se metterci in prigione, o farci fare i pompieri, o, come chiedevamo noi, farci fare un servizio civile. Prevalse il buon senso, la decisione fu servizio civile, ma con 8 mesi in più del servizio militare, che allora durava 12 mesi: non si sa mai che fossimo dei lazzaroni che semplicemente non volevano fare la naia.

Ho pianto entrando al manicomio. L'ospedale psichiatrico di Trieste era bello, come dirò poi, ma il vedere i matti che giravano, sentire odore di umanità, pensare che avrei passato lì due anni della mia giovinezza, mi scioccò. E invece fu da subito un'esperienza meravigliosa.

Il manicomio di San Giovanni a Trieste era stato costruito dagli austriaci nei primi anni del 900. Prima ancora era stato il parco di caccia di un certo barone Renner, e la direzione del manicomio, un villino, si chiamò da sempre villa Renner. I padiglioni erano quindi belle costruzioni austriache, poste sul versante della collina che dal mare sale verso l'altopiano, una fila di edifici posti nel verde a destra ed a sinistra della strada che saliva.

Prima di Basaglia, arrivato a Trieste nel 1971, a sinistra stavano le donne, a destra gli uomini. Entrando dal basso, all'inizio c'erano, a destra e a sinistra, le due accettazioni, poi i padiglioni in fila, caratterizzati dal tasso crescente di violenza dei ricoverati: i tranquilli, i semi-agitati, gli agitati, e poi, vabbè, i sudici. Ho lavorato lì, con altri sei obiettori, per 20 mesi. Siamo stati usati come drappello d'attacco, di supporto agli infermieri, prima per aprire il reparto delle donne violente, delle pazze furiose, poi per aprire, per quanto possibile, il reparto dei sudici (questi erano, evidentemente, i più regrediti).

Perché aprire? Franco Basaglia così rispose ad un giornalista che gli chiedeva se esista la malattia mentale: "La malattia mentale esiste, ma il matto che noi fabbrichiamo è il doppio della sua malattia". Ecco perché distruggere i manicomi come fino ad allora conosciuti e gestiti: per non raddoppiare il già gravissimo danno che la malattia mentale determina, approfittando anche dell'utilizzo degli psicofarmaci che, da qualche tempo, permettevano di tenere sotto controllo gli eccessi comportamentali dei pazienti senza costringerli fisicamente.

Va subito premessa anche un'altra considerazione di primaria importanza, forse la più importante di tutte: Basaglia, uomo di rigorosa formazione scientifica, ha scritto diversi libri, ma è appartenuto a quella categoria di intellettuali che hanno scelto di misurare nella realtà dei fatti la portata delle loro teorie. Nel periodo in cui l'ho frequentato, dal 1974 al 1976, Basaglia viaggiava molto, ma per il resto

era il punto di riferimento per tutti gli operatori del manicomio, matti compresi, che lo conoscevano. Soprattutto il manicomio era lì con tutto il suo carico di problemi, e l'opera di Basaglia a Trieste è servita a dimostrare che l'istituzione paracarceraria poteva essere superata, a favore di piccoli centri più agili, più umani. Dai 1.106 ricoverati a Trieste nel 1971, alla fine degli anni 70 i ricoverati erano poco più di cento.

Al reparto O, quelle delle donne agitate, Basaglia assegnò un bravissimo medico, Renato Piccione (molti anni dopo direttore emerito del Dipartimento di salute mentale di Roma E), allora ventiseienne, due obiettori, ed un paio di operatori volontari (Trieste, all'epoca, ospitava volontari provenienti da tutta Italia e dall'estero).

Ogni mattina alle 8 si teneva in reparto la riunione di tutti gli operatori: il medico si informava sulla notte trascorsa, si valutavano le condizioni delle diverse pazienti, una sessantina, si decidevano le diverse occupazioni quotidiane, si parlava di medicine, ma anche di cibo, di sigarette, di abbigliamento. Poi, dopo una mezz'ora o poco più, si usciva dalla riunione, e lì c'erano le matre, c'erano tutte queste povere donne con la loro follia ed i loro dolori.

Uno dei primi argomenti affrontati in riunione fu quello dei pasti, dove al solo cucchiaino allora in uso vennero affiancati coltello e forchetta. Reinsegnammo alle degenti, in diversi casi, l'uso di questi elementari strumenti, introducemmo anche l'utilizzo dei tovagliolini, ed il pasto, con le persone che smisero di mangiare con le mani, cominciò ad essere un momento meno nauseante della vita di reparto. Per un gruppo di degenti più autonome di altre, il pasto, cucinato nella cucina centrale dell'ospedale, divenne una fase del tutto autogestita, dalla preparazione dei tavoli, alla spartizione del cibo, alla pulizia finale. Ricordo di un'oligofrenica grave (i matti di normale intelligenza convivevano con le persone con deficit, non era il tipo di malattia ad unirli, ma

il grado di violenza da loro espresso nel corso della loro vita istituzionale - e tale scelta non era certo dovuta alla volontà di inserimento degli handicappati) che, da persona abituata a subire per alcuni suoi limiti oggettivi ogni atto che la riguardasse, assunse nuova importanza sia ai propri occhi che di fronte alle altre degenti nel ruolo di colei che distribuiva la minestra alle altre commensali.

Sostituimmo le vestaglie manicomiali con abiti personali, introducendo di conseguenza l'uso dell'armadietto personale, con chiave individuale, che divenne il primo spazio privato di cui le persone dopo lunghi anni poterono usufruire. Si smise così di vedere degenti che deambulavano tenendosi stretti borse o sacchetti dove tenevano chiuse le loro povere cose.

Successivamente fu deciso di tenere, quotidianamente, l'assemblea di reparto, sempre alla presenza di tutti, operatori e degenti. Si discuteva ancora di cibo, di sigarette, di vestiti, ma anche si cercava di affrontare gli episodi della giornata precedente, si cercava di capire il perché di uno sgarbo, di una manifesta sofferenza, di un insulto, di una violenza. Ho incominciato lì a capire che dietro ad ogni episodio non c'era lo sbalzo d'umore, l'atto inconsulto, il

raptus incontenibile, ma c'era sempre una motivazione che spesso si riusciva a far emergere. Si iniziò a dare risposte diversificate a problemi individuali diversi. Queste donne, che alcuni mesi prima avevamo inutilmente cercato di far parlare, ponendo loro domande che erano rimaste per lo più prive di risposte, iniziavano pian piano ad aprirsi scoprendo che c'era chi si occupava concretamente dei loro problemi quotidiani e delle loro prospettive di vita.

Si arrivò così ad organizzare le prime uscite, brevi gite in città, alla chiesa di San Giusto, al mare di Barcola, all'altopiano di Opicina, di gruppi più o meno numerosi, con mezzi di trasporto pubblici, o nostri, o dell'ospedale. La gita o anche il semplice giretto in città divennero un momento molto importante. In un primo tempo toccava a noi stimolare le persone perché curassero il proprio aspetto prima di un'uscita, ma in un secondo momento la cura del proprio corpo e del proprio aspetto ridivenne un'abitudine per diverse persone. Andavamo nei bar, nei negozi, nei grandi magazzini a fare spese personali, cercavamo, per quanto possibile, di recarci nei luoghi della città e dei dintorni che avessero rivestito un particolare significato per le persone.



Il maggior risultato di queste gite all'esterno del manicomio fu che si poté dimostrare nei fatti la relatività del concetto di pericolosità. Benché in reparto avvenissero ancora, sporadicamente, episodi di violenza, mai mi capitò di avere la pur minima preoccupazione durante le gite all'esterno con queste persone marchiate come "pericolose a sé e agli altri".

Fu a questo punto, dopo le assemblee e le gite, che si giunse, attraverso diverse fasi, all'apertura della porta del reparto. Ciò era stato fino ad allora impossibile, perché, per evitare che si registrassero fughe massicce di degenti, bisognava prima diminuire l'angoscia e la brutalità della vita interna del reparto. Netta era stata all'inizio anche l'opposizione delle infermiere a tale novità: **aprire le porte significava un radicale cambiamento di mentalità, e comportava un deciso aumento di responsabilità.**

Il maggior problema, ampiamente discusso nelle riunioni del mattino, era costituito da due persone che, tuttora angosciate dal loro permanere in reparto, sicuramente all'atto dell'apertura sarebbero fuggite. Furono adottate le seguenti soluzioni. Una delle due, secondo le categorie giuridiche manicomiali dell'epoca, fu trasformata da "coatta" a "volontaria", riducendo così anche i rischi per la responsabilità di medico e infermiere. Entrambe furono poi assunte come lavoratrici presso una Cooperativa che svolgeva diversi servizi dentro all'ospedale, con dipendenti regolarmente pagati secondo i contratti di lavoro. Il loro ruolo all'interno del reparto assunse quindi tutta un'altra importanza, facendo venir meno l'ansia di fuga. Dopo un iniziale continuo controllo e accompagnamento da parte nostra, il rischio di una loro sparizione tramontò. Dopo sei mesi di intenso lavoro, quando la vita di reparto era ormai radicalmente mutata; quando la violenza era ormai solo un ricordo su cui capitava anche di poter scherzare, e si manifestava solo con rarissimi episodi ormai comprensibili e correttamente gestiti dalle infermiere,

indubbiamente maturatesi durante quel periodo di cambiamenti; quando una degente quarantacinquenne, già ricoverata in manicomio in Australia (dove nei primi anni 50 emigrarono circa 10.000 triestini), riportata a Trieste sotto scorta e qui ricoverata per venti anni, fu dimessa per tornare a vivere in famiglia; quando alcune anziane furono accolte in casa di riposo; quando la vita aveva ripreso ad avere un senso, perché le persone potevano, entro certi ovvi limiti, andare e venire liberamente, perché la comprensione e l'attenzione all'altro erano ormai patrimonio di cultura del reparto, fu allora che, con la disponibilità di nuove, articolate strutture, in cui ospitare le diverse persone, fu possibile smembrare definitivamente il reparto O, il reparto delle donne agitate.

Mi piace, in chiusura, ricordare un episodio occorsomi con Fedora C., che nel 1975 stava in reparto da quasi trent'anni. Figlia di un generale, aveva frequentato il liceo classico. (Sia chiaro, era un'eccezione la presenza di una persona di estrazione borghese, tutti i matti dell'ospedale psichiatrico provenivano dalle classi più povere della popolazione). Rinchiusa poi in manicomio, era, quando la conobbi, già anziana e di pessimo aspetto. Dopo un po' di frequentazione, iniziò a ridimostrare le buone abitudini di cui era stata intessuta la sua vita prima del ricovero a vita. Una volta la condussi in uno dei bellissimi caffè di Trieste, un bar molto elegante ed aristocratico della vecchia città teresiana. Dopo qualche tempo di attesa per l'ordinazione, stufa di aspettare, Fedora, visto un cameriere che ci passava accanto, sollevò un poco il posacenere di cristallo, facendolo tintinnare sul piano di cristallo del tavolino, ed apostrofò il cameriere: "Garçon!". Come un fiore che sboccia dall'asfalto, sopra i decenni di bruttezza, di violenza, di follia, di angherie, l'antica raffinatezza di Fedora era gemmata.

Un'idea che smette di essere utopia e diviene realtà, questo ha significato la vita di Franco Basaglia. ●

Cambiamenti in arrivo

Gigi Veronesi

*Cari Colleghi
tempi ricchi di cambiamenti e di
intricate vicende a sfondo legale
interessano la nostra professione
con un'onda di piena degna
delle più aggressive inondazioni.*

Cerchiamo di dare ordine alle cose e dare alcune indicazioni in merito:

✓ Legge sulla concorrenza (art.153/154/155):

le società che posseggono un'attività sanitaria, e quindi nel nostro settore studi odontoiatrici, devono avere *ope legis* un direttore sanitario. Tale direttore deve avere i requisiti per poter esercitare l'attività, essere quindi iscritto all'Albo odontoiatri e cosa importantissima e nuova: avere un unico incarico a livello nazionale. Si precisa che la direzione sanitaria è cosa differente dalla responsabilità sanitaria, ovvero essere proprietario di studi con autorizzazione a proprio nome è cosa diversa dall'essere direttore sanitario per strutture intestate a società.

✓ SDPG: ovvero nuove normative sulla privacy:

il mostro è meno orrendo di come sembrava al parto, nulla di particolarmente difficile o oneroso verrà richiesto a chi opera, come noi, in realtà sanitarie a numeri e dati ridotti. Non di meno alcune attenzioni dovranno essere poste, in particolare sulla redazione del Registro dei trattamenti e nelle parti dove si elencano le

predisposizioni alla sicurezza dei dati e chi li utilizza e perché. Data la portata dell'innovazione sarà nostra cura dare informazioni precise, quando tutte le diverse interpretazioni saranno date dal Garante, organizzando, a supporto, anche un corso a breve. Si ricorda che per legge dal 19 settembre si dovrà attrezzare gli studi alle procedure.

✓ Amalgama dentale:

dal 1/1/2019 tutti gli studi dovranno essere dotati di filtri per l'amalgama, se utilizzano o rimuovono tali materiali, non è ancora chiarito, ma a livello nazionale stiamo lavorando per pilotare il chiarimento, se tutte le unità di studio dovranno essere dotate di filtraggio o solo quelle adibite a tali manovre. L'amalgama non sarà più utilizzabile, salvo particolari problematiche certificate dal clinico, in pazienti sotto i 15 anni, in denti decidui, in donne in cinta o in allattamento.

✓ Sentenza della Cassazione civile n.21015 di agosto 2018:

la Cassazione civile definisce illegittime le richieste di pagamento operate da società di capitale per prestazioni tipiche di attività protette anche se eseguite da abilitati alla professione. Tale sentenza apre un quadro interpretativo particolare: se tale sentenza sia o meno estensibile alle società di capitale in ambito odontoiatrico e quali anche i profili di responsabilità medico legale in difesa di pazienti curati presso tali strutture una

volta definite non abilitate all'esercizio. La questione avrà certamente risvolti focosi e non mancheremo di tenervi aggiornati. Il cuore delle attività CAO nazionali in questo momento sono imperniate principalmente su: pubblicità sanitaria, ormai sfuggita a qualunque controllo etico/deontologico e legittimità delle società di capitali operanti al di fuori dell'egida ordinistica. Quindi: allestimento e riconoscimento delle sole STP (società tra professionisti) o inserimento anche delle società di capitali in apposito albo ordinistico?

✓ Equiparazione delle carriere di medico ed odontoiatra:

Il Gruppo tecnico di odontoiatria ministeriale, investito dalla Direzione generale del Ministero della salute ha sancito, nell'aprile del 2018, che le due carriere non possono essere separate e la dizione "medico dentista" è ammissibile come la possibilità di carriera nelle amministrazioni pubbliche, essendo l'odontoiatria divenuta, di fatto, professione specifica e specializzazione specifica con la legge 409/85.

Come vedete temi che, unitamente alla definita possibilità di un Ordine autonomo per gli odontoiatri sancito dalla legge Lorenzin, o una riconosciuta autonomia legale all'interno dello stesso Ordine impegneranno molto gli addetti ai lavori e spero anche stimolino il coinvolgimento fisico ed intellettuale dei colleghi.

Cibo e demenza



Renzo Rozzini

Fondazione Poliambulanza - Istituto Ospedaliero

La mamma è morta ieri mattina presto, si è addormentata nel suo letto. Io, Roby e la sua fidanzata, con l'aiuto di una badante siamo riusciti a curarla a casa. Da più di tre anni non camminava; ultimamente era diventata uno scricciolo e accudirla non era certo un problema fisico. Non ha mai avuto una piaga. Ieri e oggi sono venute a farle visita moltissime persone del paese, parenti, amici miei e di Roby. Ognuno a suo modo ha voluto ricordare un pezzo di questi lunghi anni di malattia. Molti hanno ricordato anche le diverse badanti che si sono avvicendate. Mentre ascoltavo e guardavo il corpicino di mia madre ho pensato ai cambi ineludibili delle diverse cucine che ha dovuto sopportare per ogni badante.

La bresciana Maria veniva da mia madre nei primi tempi della malattia; mangiavano insieme e se ne andava alla sera. Cibo preferito: salame, pancetta, cotechino, patate e polenta.

Poi è arrivata Liuda, moldava, la prima a fermarsi dalla mamma anche di notte. Alimenti preferiti: funghi, patate, barbabietole, cavoli, cipolle e aglio, talora salciccia.

Le ha dato il cambio Rose, filippina: "pappe" di pollo o maiale cotto con aglio, salsa di fegato e riso. Altre badanti, Valentina, Fatima, altri cibi, altre cucine.

L'ultima è stata Nadia dal Marocco: piatto principale cuscus con manzo, agnello e pollo e poi spezie, spezie, spezie: cannella, cumino, zenzero, pepe nero,

semi di anice e di sesamo, coriandolo, zafferano, menta e prezzemolo.

Al sabato e alla domenica ho sempre cucinato io: pasta, bolliti, arrosti vari.

Sono passati undici anni da quando le è stata fatta diagnosi di demenza a corpi di Levy, quante "cucine tipiche" quel fisico minuscolo ha subito in questo lungo periodo.

Poco fa in Tv stavano dando un programma di regole di una buona alimentazione e la brava dottoressa nutrizionista intervistata recitava con sicumera che... la frutta secca fa bene, le banane contengono potassio, la carne bianca è meglio di quella rossa, i cavoli contendono antiossidanti.

"Certo cara, che belle cose che dici, quanto hai ragione!". ●



La “Repubblica dei Matti”

Franco Basaglia e la psichiatria radicale in Italia 1961-1978

John Foot

**Recensione a cura di
Gianpaolo Balestrieri**

Quarant'anni sono passati dalla legge 180 che pose le basi per la riforma delle istituzioni psichiatriche in Italia, avviando la chiusura delle strutture manicomiali. Fu un punto fermo, anche se non conclusivo, di un movimento iniziato negli anni Sessanta e che vide protagonisti psichiatri, infermieri, amministratori locali, studenti, volontari, artisti.

Franco Basaglia e la sua esperienza, prima a Gorizia e poi a Trieste, sono stati certo il simbolo più noto, osannato o criticato, di quella stagione che ci appare lontana.

Il testo di John Foot, del 2014, riedito l'anno scorso da Feltrinelli, ha il pregio di ricostruire, con un vivace piglio narrativo, una complessa vicenda di trasformazione dell'assistenza psichiatrica. Foot è uno storico inglese dell'Italia contemporanea. Trovandosi a Trieste nel 2008 per studi sulla storia del confine orientale nel Novecento, fu colpito dalle iniziative che si svolgevano in città per il trentennale della 180 e fece della riforma psichiatrica italiana il proprio campo di studi. Il suo è un racconto con il distacco dato dal tempo e dal mutato clima culturale, che si differenzia dai resoconti, spesso

troppo autoreferenziali e polemici dei protagonisti di allora. Non solo Basaglia, tuttavia. Anche se la personalità, la determinazione, il carisma dello psichiatra-filosofo veneziano, sono stati imprescindibili in un'impresa che ha saputo coniugare utopia e pragmatismo. Manicomi come *l'ager*, istituzioni totali, critica radicale alla pratica psichiatrica. I temi basagliani nella Gorizia isolata degli anni Sessanta si collocano nel contesto storico e politico in rapido mutamento di quella stagione. Si avvicina la svolta antiautoritaria del 68. Si approfondiscono i legami con la psichiatria radicale inglese di Laing e Cooper. I testi di riferimento sono “Se questo è un uomo” di Primo Levi, “I dannati della terra” di Frantz Fanon, “Asylums” di Erving Goffmann. Nasce il rapporto, mediato da Giovanni Jervis, con la Einaudi che pubblica il testo culto del movimento e del '68 “L'istituzione negata” (1968). Basaglia e parte dei suoi vanno a Trieste. Si diffondono le esperienze di rinnovamento (Parma, Perugia, Arezzo) con l'impegno appassionato di amministratori locali (Tommasini a Parma, Zanetti a Trieste, Rasimelli a Perugia). Il consenso a Basaglia e la critica alle istituzioni psichiatriche guadagnano favore nell'opinione pubblica anche



grazie ai servizi televisivi di Sergio Zavoli e fotografici di Gianni Berengo Gardin e Gian Butturini. Una stagione intensa, spesso drammatica della vita italiana. Basti pensare che il 09/05/1978 il cadavere di Moro viene trovato in Via Caetani, la 180 è approvata con meccanismo d'urgenza il 16/05. I protagonisti, le vicende anche personali, i contrasti, gli eccessi ideologici. La narrazione di Foot è puntuale, critica, partecipe. La storia di una “rivoluzione”, piena di conflitti e di zone oscure. Perché, dice Foot, se uno storico non rimesta nel torbido, che storico è?

La “Repubblica dei Matti”
Franco Basaglia e la psichiatria
radicale in Italia 1961-1978
John Foot
Feltrinelli Editore Milano 2017
Pagine 392
Euro 13,00

Prof. Angelo Bollati

È con profonda tristezza che ho accolto l'invito dell'Ordine di ricordare qui l'amico e collaboratore Angelo dopo 40 anni di attività condivisa. Arrivato a Milano dalla nativa Cislago per gli studi di Medicina, nei primi anni 60, dopo il servizio militare, cominciò a frequentare la Clinica Neurochirurgica dell'Università dove io ero allora aiuto e dove si specializzò. Nel 1970 io fui chiamato ad aprire la Neurochirurgia bresciana ed egli mi chiese di seguirmi nell'impegno. Così trascorsero i successivi anni fino al mio pensionamento dall'Università nel 2002. Poco prima Angelo era risultato vincitore al Concorso Universitario per Professore Associato e così fu chiamato al mio posto di Direttore della Clinica Neurochirurgica dell'Università di Brescia, posizione che tenne fino al proprio pensionamento. Posso affermare che gli anni trascorsi insieme furono pieni di amicizia e di successi scientifici e professionali. La Neurochirurgia bresciana riuscì a divenire dal nulla il più ampio e fra i più stimati Reparti nazionali. A tutto questo l'apporto del lavoro e della stima del Prof. Bollati è stato estremamente efficace. Lasciata la Neurochirurgia, negli ultimi anni della Sua vita, si dedicò ad una antica passione: gli studi filosofici tanto da conseguire la Laurea! Le mie più sentite condoglianze e quelle dei Medici bresciani, alla cara moglie Claudia che gli è sempre stata vicina, ai figli Veronica e Luca ed all'amato nipotino.

Giovanni Marini

Dottor Giovanni Rota

Ci ha lasciato in data 12 giugno 2018 il dott. Giovanni Rota, nato a Brescia il 18 novembre 1938, laureatosi presso la Facoltà di Medicina dell'Università di Pavia. Mosse i primi passi della professione nel reparto di Medicina dell'Ospedale di Gussago per poi dedicarsi alle analisi di laboratorio. Fu, prima, Assistente presso l'Ospedale dei bambini di Brescia, poi, fino alla pensione, aiuto presso il Primo laboratorio di analisi dell'Ospedale Civile, dove per alcuni mesi ricoprì anche il ruolo di Primario incaricato. Ha svolto la sua professione con serietà e senso del dovere, lasciando in chi l'ha frequentato il ricordo di una persona preparata, colta e degna della massima fiducia.

Dott.ssa Armida Vaglia e figli

Dottor Aldo Lanciotti

A 94 anni, dopo una vita dedicata alla professione e alla famiglia, è scomparso il dottor Aldo Lanciotti, stimato medico della “vecchia guardia desenzanese”. Giunto da Modena ad appena 24 anni a bordo di una Lambretta, mandato a fare esperienza a Villa del Sole dal professor Mario Coppo, luminare specialista in malattie del fegato, percorse i vari gradini di una carriera ricca di soddisfazioni, diventando direttore della Clinica, fino alla chiusura inopinatamente causata nel 1975 dai tagli delle sovvenzioni alle strutture private, seppure d’eccellenza come nel caso di Villa del Sole. Lasciata la Clinica, che per lui era una seconda casa, il dottor Lanciotti trascorse alcuni anni lavorativi nel reparto di Medicina della Clinica Pederzoli a Peschiera e divenne poi medico di famiglia a tempo pieno, professione che già esercitava a fianco di quella ospedaliera, con grande gioia di altri pazienti che si unirono a quelli affezionatissimi che già seguiva. La sua competenza, la sua signorilità e la sua dedizione al lavoro fecero di lui uno dei medici più amati della cittadina. È stato a lungo un riferimento importante per la cittadina di Desenzano, un medico molto stimato, rimpianto da tutti i suoi pazienti quando nel 1990 optò per la pensione, per potersi dedicare a tempo pieno, dopo tanti anni di impegno e sacrifici, alla famiglia e ai suoi hobby: la filatelia, la musica, la storia, i viaggi in compagnia della moglie. Tutti lo ricordano come una figura austera ma nel contempo gentile e disponibile a elargire consigli e cure con quella classe e quell’umanità che lo contraddistinguevano in tutto. Nel 1955 si sposò con una giovane e bella ragazza, Marisa Stori, a sua volta desenzanese d’adozione, che lo supportò

e incoraggiò nella sua professione, fungendo da sostegno anche psicologico per tanti pazienti, con i quali si instaurarono rapporti di grande fiducia e spesso anche amicizia. Ebbero due figlie. La prima, Sonia, laureata in Economia e Commercio, ha seguito la carriera aziendale a fianco del marito Rodolfo e il figlio Luca (l’altro figlio, Andrea, è chirurgo, avviato brillantemente sulle orme del nonno), mentre Diana, oltre a esercitare la professione di consulente aziendale insieme al marito Gianni, è giornalista, scrittrice con all’attivo 18 libri di successo e fondatrice del Fondo Amici di Paco, associazione nazionale per la tutela degli animali. Entrambe l’hanno voluto ricordare con un commosso ritratto: Sonia con un toccante scritto letto dal sacerdote officiante durante il funerale nella Chiesa di San Michele a Rivoltella, e Diana sul suo sito www.dianalanciotti.it/2018/09/ciao-papa.

Dottor Gabriele Tonini

Il 7 aprile 2018 ci ha lasciato il dott. Gabriele Tonini, collega di grandi qualità professionali ed umane. Nativo di Collio V.T., dove ha vissuto la sua infanzia nel periodo drammatico della guerra, si allontanò dal paese montano all'età di 11 anni per motivi di studio e trascorse l'adolescenza frequentando la scuola media, il ginnasio ed il liceo classico presso l'Istituto Salesiano di Treviglio e di Milano, luoghi nei quali si è in lui consolidata una profonda fede religiosa che lo ha accompagnato per tutto il cammino della vita e guidato nel suo agire. Laureatosi brillantemente presso l'Università di Padova nel 1958, iniziò la professione medica con grande entusiasmo e passione, specializzandosi in pediatria ed in medicina del lavoro. Dopo un breve periodo come medico condotto in Valcamonica, ha svolto per molti anni in città l'attività di medico di base e di medico dell' "INAM", in qualità di coordinatore degli specialisti ambulatoriali, quivi maturando doti organizzative che lo hanno portato nel tempo ad occuparsi in modo efficace anche di sanità pubblica nell'ambito della politica. Parallelamente a ciò, a conferma del solido legame -anche affettivo- mantenuto con il paese natio ed i suoi abitanti, ha ricoperto l'incarico di Sindaco di Collio V.T. per quindici anni, dal 1975 al 1990, attività amministrativa che lo ha ulteriormente formato. Nel suo ruolo di primo cittadino, infatti, è stato capace di farsi apprezzare dalla comunità per la sua non comune capacità nell'organizzare i servizi e nel saper raggiungere anche gli

aspetti più nascosti e lontani del bisogno, manifestando grande attenzione per tutte le problematiche socio-assistenziali e del *welfare*.

Dopo aver ricoperto l'importante ruolo di Direttore Sanitario dell'USSL 41 di Brescia durante gli anni Novanta del Secolo scorso, dal 1998 al 2008 ha infine guidato con lungimiranza -in veste di Direttore Generale- l'Azienda Ospedaliera "Mellino Mellini" di Chiari riorganizzando l'attività sanitaria delle strutture ospedaliere di Chiari, Iseo, Orzinuovi, Rovato, Palazzolo, non solo modernizzandone l'apparato edilizio ma anche ottimizzandone la destinazione d'uso ed attirando valide professionalità mediche ed amministrative. Il dott. Tonini aveva infatti il dono di ascoltare tutti, dall'infermiera al primario; raccoglieva e registrava ogni dato ed ogni suggerimento e considerava le idee di ognuno come un'opportunità di arricchimento.

La disponibilità, l'autorevolezza e l'acuta intelligenza il dott. Tonini le manifestò anche nell'ambito della medicina del lavoro e della medicina legale. Per quest'ultima, in particolare, è stato punto di riferimento per molti colleghi, anche per l'equilibrio e la capacità di trovare soluzioni adeguate e personalizzate a problematiche talora estremamente complesse.

Avendo avuto l'opportunità di averlo come Maestro e di avere condiviso con lui la passione per la medicina legale, lo ricorderò sempre come uomo di grande intelligenza, estremamente pragmatico ma al contempo capace di prestare attenzione alla malattia ed al malato nella sua interezza, alle sue esigenze ed al suo vissuto.

Dott. Antonello Porteri

Prof. Giorgio Brunelli

Ci sono esseri umani destinati ad aprire nuove strade e ad indicarci la via da percorrere e Giorgio è e sarà sempre uno di quelli. Il mio lutto è la testimonianza di questa riflessione, e tuttavia per me è difficile considerare la sua morte una perdita, ma un incoraggiamento a fare meglio e ancora di più nella vita. Come lui ha sempre fatto. Migliorarsi era la sua spinta interiore, come uomo e come scienziato. Ultra horizontem proice metam, il suo motto. Giorgio vedeva "oltre" con quella sua insospettabile sensibilità che è stato il nostro linguaggio sino all'ultimo respiro. Ci si guardava e non c'era bisogno di parole. Certo, questo è il momento del dolore, ma spero sia anche l'inizio di nuovi pensieri e azioni per me e per tutti quelli che lo hanno conosciuto come uomo e come scienziato. Giorgio era un illuminato; portava la luce con sé, in sé e la diffondeva attorno come solo chi brilla di luce propria può fare. Mi ritengo veramente fortunata di aver vissuto con lui 50 anni e di aver goduto di lui tutto: il suo buon umore, la sua saggezza, la sua discrezione, la sua umiltà spiritosa, la sua genialità che fioriva all'improvviso e che gli faceva accendere di notte la lampada sul comodino per trascrivere e non perdere un'idea, una intuizione da sviluppare poi di giorno. Giorgio detestava il sarcasmo, le cose pensate e non dette o sottintese. Il suo pensiero era limpido come quello di un bambino pronto a dare fiducia e a credere nell'altro, nell'Uomo. Dio era tornato nella sua vita dopo un breve viaggio di assenza per donargli gli anni forse i più sereni di sempre. Anni che abbiamo condiviso, attimo dopo attimo insieme con quella complicità che solo il conoscersi a fondo, il compenetrarsi l'uno nell'altro, rende possibile. Grazie Giorgio per questa splendida avventura terrena vissuta assieme con tanto, tantissimo amore. A DIO.

La moglie, Luisa Monini

Quando la Filantropia si fa Scienza

Prof. Giorgio Brunelli

Mi sono sempre chiesto in tutti gli anni di lavoro trascorsi tra sala operatoria e laboratorio di ricerca se ciò che facevo era il frutto di amore per la Scienza piuttosto che per l'Uomo. Oggi a distanza di anni, con cuore calmo e sereno e con la chiarezza che solo un cambio di prospettiva consente, realizzo che in realtà la ragione era una sola e porta un nome antico: filantropia (dalgreco φιλία, *philía*, "amicizia" e ἄνθρωπος, *ànthrōpos*, «uomo»). Filantropia intesa come sentimento che nasce dalla compassione. "La sconfinata pietà per tutti gli esseri viventi è la più salda garanzia del buon comportamento morale e non ha bisogno di alcuna casistica. Chi ne è compreso" scriveva Schopenhauer "non offenderà né danneggerà nessuno...avrà invece indulgenza con tutti, aiuterà, fin dove può, e tutte le sue azioni recheranno l'impronta della giustizia e della filantropia".

È dunque con spirito filantropico che ho portato avanti le mie ricerche sulla neuroriparazione e neurorigenerazione del S.N.C. sino a dar vita 30 anni or sono alla mia Fondazione. Allora gli amici mi definivano un eretico perché osavo esplorare territori trascurati dai più in quanto, a priori, ritenuti inaccessibili.

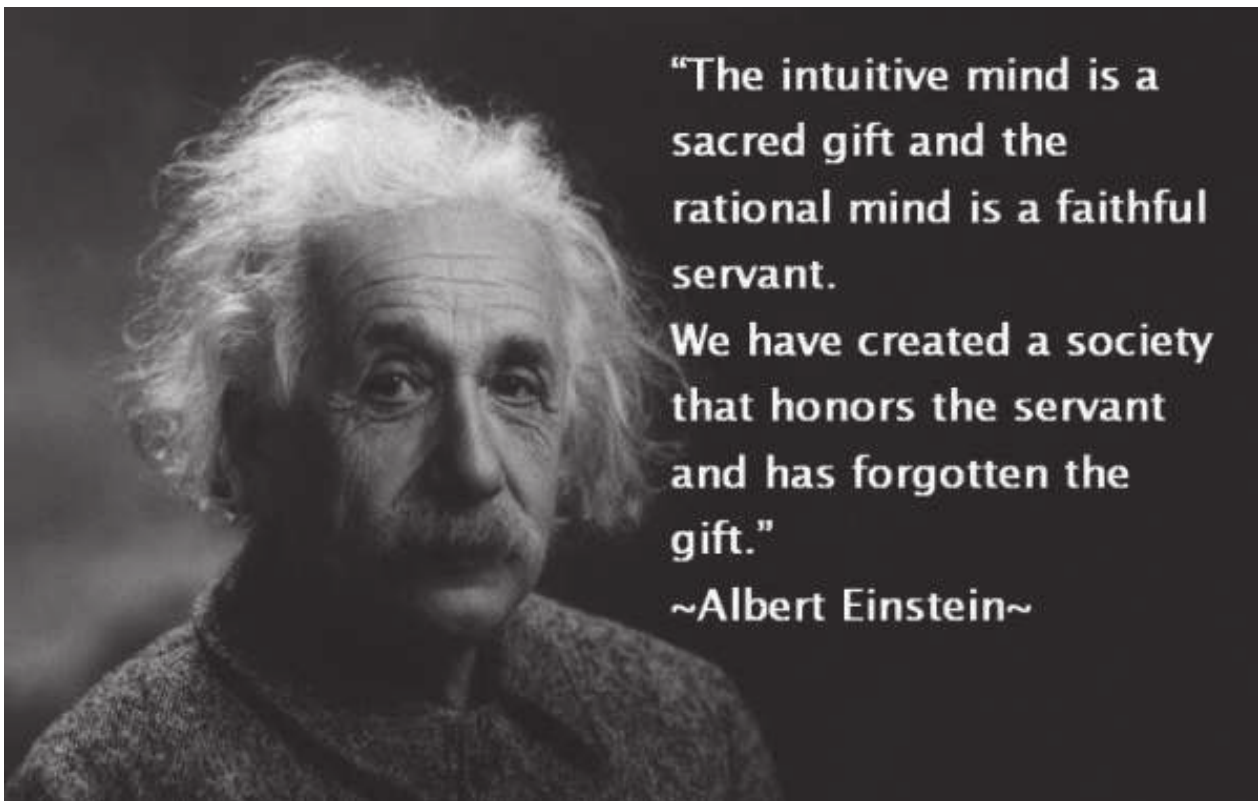
Parlo di quando il SNC era considerato né più né meno una scatola nera, chiusa con tutti i suoi segreti. Io però credevo fortemente in quello che la prof. Montalcini non si stancava mai di ripetere sulla ricerca e sui ricercatori

che Lei riteneva dovessero essere artisti, liberi di dar vita alle proprie idee e intuizioni in questo allineandosi al pensiero di Thomas Edison "Genius is 1% Inspiration and 99% Perspiration". Da ricercatore ritengo che questo aforisma ben si applichi alla ricerca con il suo 1% di intuizione e 99% di sudore.

Risparmiando al lettore il 99% delle fatiche e relativo sudore, mi soffermo sul restante 1% in cui un pensiero bizzarro può trasformarsi in una intuizione geniale e d'improvviso tutto è chiaro e tutta l'energia si concentra e si muove verso la nuova idea per realizzarla.

Riconosco di aver vissuto diverse volte questi momenti grazie ai quali ho poi avviato progetti di ricerca che hanno aperto nuovi spiragli di cura a persone affette da lesioni del midollo spinale. Oggi però è diverso perché sono in centinaia i ricercatori a lavorare sullo stesso problema. C'è una forte competizione e l'intuizione da sola non

basta più: la ricerca di base va aiutata e sponsorizzata. I giovani vanno aiutati. Alle soglie del mio 93°geretriaco, auguro a tutti loro di non demordere mai perché è solo immaginando ciò che oggi non c'è ma che domani potrebbe esserci che si potranno trovare nuove soluzioni per le tante malattie ancora oggi senza diagnosi e cura. Concludo con un pensiero di Einstein *"The **intuitive mind is a sacred gift** and the rational mind is a faithful servant. We have created a society that honors the servant and has forgotten the gift.*».



**L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della Provincia di Brescia**

ricorda con rimpianto i Colleghi deceduti recentemente

Dott. Achille Bernardini

Prof. Angelo Bollati

Prof. Giorgio Brunelli

Dott. Claudio Caglioni

Dott. Saverio De Liguori Carino

Dott. Arrigo Grazioli

Dott. Srdjan Korolija

Prof. Giovanni Momoli

Dott. Achille Mora

Dott. Aldo Romano

Dott. Giovanni Rota

ed esprime ai loro familiari le più sentite condoglianze.

IMPORTANTE CREDITI ECM

Seguiteci su:

sito dell'Ordine www.ordinemedici.brescia.it

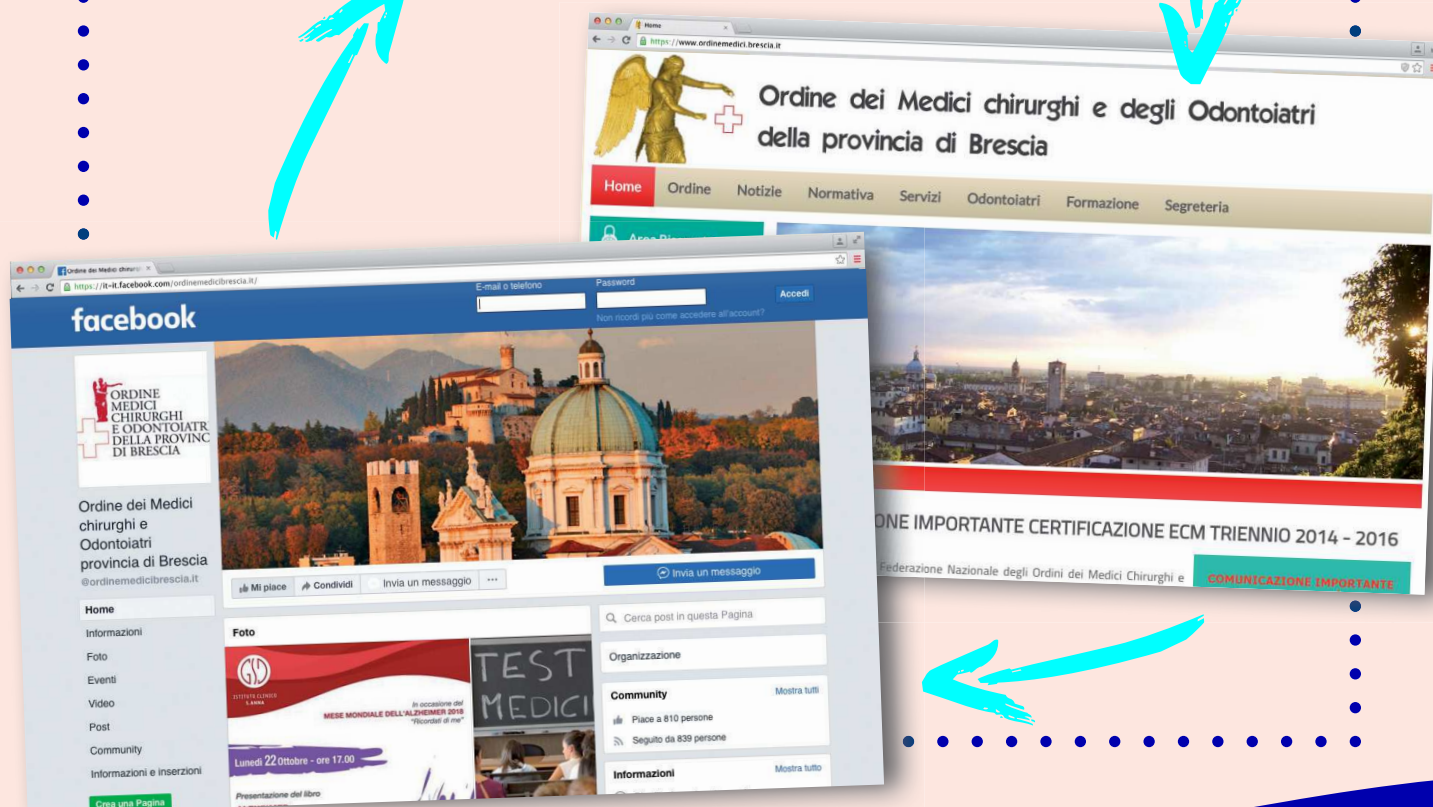
facebook dell'Ordine

 [ordinemedicibrescia.it](https://www.facebook.com/ordinemedicibrescia.it)

facebook Commissione Giovani dell'Ordine

 [GiovaniOMCEeOBrescia](https://www.facebook.com/GiovaniOMCEeOBrescia)

PER EVENTUALI NOVITÀ



seguici online ORDINEMEDICI.BRESCIA.IT

Per suggerimenti, commenti e lettere:
bresciamedica@ordinemedici.brescia.it