



L'Ospedale che cambia

Primo Piano

L'Ospedale che verrà

Forum

- ✓ La chirurgia: storie e paradossi di uno scenario in evoluzione
- ✓ La Cardiologia: proposte per un nuovo modello di struttura complessa

Sondaggio

L'ospedale per i medici bresciani.
Opinioni a confronto

IN QUESTO NUMERO

EDITORIALE

- Il canarino nella miniera,**
Ottavio Di Stefano..... **3**
- Ospedali, medici, pazienti**
Gianpaolo Balestrieri **5**

PRIMO PIANO

- L'Ospedale che verrà,** *Nicola Latronico* **6**
- L'Ospedale: i modelli organizzativi,** *Pierluigi Tosi* **11**
- La medicina delle reti,** *Benvenuto Antonini* **15**
- I team multidisciplinari nell'ospedale che cambia,**
Raffaele Giubbini..... **19**

FORUM

- La chirurgia e l'ospedale che cambia.**
Storie e paradossi di uno scenario in evoluzione,
a cura di Lisa Cesco **24**
- La Cardiologia e l'ospedale che cambia. Proposte per un nuovo modello di struttura complessa**
a cura di Lisa Cesco **31**

SONDAGGIO

- L'ospedale per i medici bresciani.**
Opinioni a confronto,
testo a cura di Angelo Bianchetti **42**

TESTIMONIANZE

- L'Ospedale che cambia nell'ATS di Brescia,**
Carmelo Scarcella..... **49**
- Rapporto Spedali Civili Università: in attesa di un progetto comune,** *Piero Nicolai*..... **52**
- Dipartimento di Emergenza,** *Carlo Concorreggi*..... **54**
- Medicina interna oggi,** *Andrea Salvi*..... **58**
- La cultura geriatrica e l'ospedale,**
Angelo Bianchetti, Fabio Guerini, Renzo Rozzini **61**
- La pediatria che cambia,** *Alessandro Plebani*..... **66**
- Verso un "nuovo" modello di assistenza per l'età pediatrica,** *Raffaele Spiazzi*..... **72**
- Ginecologia e Ostetricia,**
Enrico Sartori, Franco E. Odcini..... **76**
- "Per molto tempo, mi sono coricato presto la sera",**
Edoardo Donati..... **80**
- La Nefrologia che cambia,** *Giovanni Cancarini*..... **83**
- Malattie infettive,** *Francesco Castelli* **86**
- L'Oncologia medica,**
Alfredo Berruti, Vittorio Ferrari **89**



- L'Ematologia a Brescia: una realtà in crescita,**
Chiara Cattaneo..... **92**
- Diabetologia,** *Umberto Valentini* **94**
- Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo e salute mentale,** *Francesco Maria Saviotti* **97**
- Diagnostica per immagini,** *Roberto Maroldi*..... **100**
- Anatomia Patologica,** *Fabio Facchetti*..... **102**
- Cure Sub Acute: ponte tra ospedale e territorio,**
Andrea Caldonazzo..... **105**
- Percorsi di riabilitazione,** *Emanuele Facchi* **108**
- Spedali Civili di Brescia, un'esperienza di vita e di cultura,** *Paolo D'Adda*..... **111**

ASSEMBLEA

- Relazione del Presidente** *Ottavio Di Stefano* **113**
- Relazione del Presidente Commissione Albo Odontoiatri** *Luigi Veronesi*..... **118**
- Premi al Merito: Sante Riva,** *di Claudio Cuccia* **121**
- Caterina Groli,** *di Daniela Gatti*..... **122**
- Renzo Cestari,** *di Guido Missale*..... **122**

LETTERE AL PRESIDENTE

- Lettera di Giuseppe Nielfi**..... **124**
- Risposta di Piergiorgio Muffolini** **124**

PAGINA DELL'ODONTOIATRA

- Come sempre: molto rumore per nulla,**
Luigi Veronesi..... **125**

RICORDI

- Dottor Alberto Chimina, Il Figlio** **126**
- Dottor Emanuele Erba, Marta**..... **126**
- Dottor Antonio Pedrazzini, Regina Comaschi**..... **126**

INSERTO

- "La politerapia negli anziani",**
a cura di Alessandra Marengoni, Graziano Onder

DIREZIONE-REDAZIONE-AMMINISTRAZIONE: Via Lamarmora, 167, Brescia, Tel. 030 2429537, 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 Eleonora Mozzo, Dott. Piergiorgio Muffolini, Dott. Renzo Rozzini, Dott.ssa Intissar Sleiman, Dott. Raffaele Spiazzi, Dott. Erminio Tabaglio.

CONSIGLIO DELL'ORDINE 2015-2017: PRESIDENTE: Dott. Ottavio Di Stefano, VICE PRESIDENTE: Dott.ssa Luisa Antonini, SEGRETARIO: Dott. Bruno Platto, TESORIERE: Dott.ssa Graziella Iacono, CONSIGLIERI: Dott. Gianpaolo Balestrieri, Dott. Germano Bettoncelli, Dott. Angelo Bianchetti, Dott. Ovidio Brignoli, Prof. Francesco Castelli, Dott.ssa Daniela Gatti, Dott.ssa Adriana Loglio, Prof. Francesco Puccio, Dott. Cesare Spedini, Dott. Umberto Valentini, Dott. Lorenzo Zanini, Dott. Pierantonio Bortolami (Odontoiatra), Dott. Luigi Veronesi (Odontoiatra), COLLEGIO REVISORI DEI CONTI: PRESIDENTE: Dott. Raffaello Mancini, COMPONENTI EFFETTIVI: Dott. ssa Analia Carmen Perini, Dott.ssa Emanuela Tignonsini, COMPONENTE SUPPLENTE: Dott.ssa Intissar Sleiman, COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI, PRESIDENTE: Dott. Luigi Veronesi, SEGRETARIO: Dott. Aldo Francesconi, COMPONENTI: Dott. Pierantonio Bortolami, Dott. Claudio Dato, Dott. Piero Alessandro Marcoli, 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 Graziella Iacono, 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.

Il canarino nella miniera



Il Presidente
Ottavio Di Stefano

Dichiaro subito un grave conflitto di interesse. Ho vissuto tutta la mia vita professionale negli Spedali Civili di Brescia e come tanti, tantissimi colleghi, mi sento ancora orgogliosamente parte di una grande storia. Una storia che dura da più di 500 anni.

Gli Spedali Civili furono fondati nel 1427 come "*Hospitale unum magnum et universale*" con la missione di prendersi cura "*dell'infirmitas*" che "era il bisognoso di aiuto", per condizioni sociali, economiche ed occasionali, come l'essere viandante o afflitto da malattia.

Una storia che nasce dalla "misericordia" come ancora oggi iscritto nel logo con l'abbreviazione nella scrittura medioevale: MIA.

Nel 1903 dodici medici bresciani, considerati oggi i pionieri della medicina sociale, aprirono nel cuore del quartiere del Carmine un poliambulatorio dedicato alla cura dei più bisognosi.

L'iniziativa ebbe un così grande rilievo nella popolazione da rendere necessaria una nuova sede in via Calatafimi dove subentrarono nella gestione le Ancelle della Carità che ne determinarono l'evoluzione fino all'attuale, grande, polo ospedaliero: Fondazione Poliambulanza. Di più recente attivazione le spedalità, su storiche realtà bresciane, che fanno capo al Gruppo San Donato, il primo gruppo ospedaliero italiano.

E poi gli storici ospedali della provincia con la consolidata tradizione di vicinanza al territorio.

Una spedalità che ha sempre dato risposte

di qualità alle richieste di salute dei bresciani.

E allora **perché un numero dedicato all'Ospedale?**

Perché nella sanità e nella medicina, in questi ultimi pochi decenni, vi è stata una vera propria rivoluzione.

Ne abbiamo parlato tante volte.

La tecnologia ha consentito la grande evoluzione diagnostica e terapeutica e ora curiamo l'impensabile rispetto a quando molti di noi si sono laureati.

L'ospedale va quindi verso un futuro che è già, in molti ambiti, realtà di oggi.

Troverete analisi prospettiche affascinanti su come sarà l'ospedale dei prossimi anni, ma troverete anche rappresentate le criticità.

La necessità di un lavoro sempre più in *team*.

La ricerca di un progetto comune, che ancora non c'è, fra ospedalieri ed universitari.

Non abbiamo potuto dare voce alle tante realtà cliniche per esclusive ragioni di spazio. Invitiamo tutti ad inviarci contributi sul tema che sarà nostra cura diffondere.

Ed ancora il sondaggio con dati, per alcuni aspetti, sorprendenti.

Ma l'ospedale è in grado di dare risposte di valore, come nella nostra tradizione, alle nuove sfide? Ed anche qui rischio la ripetitività: il malato cronico complesso e l'interazione con il territorio che la riforma sanitaria in fieri richiede.

Non lo so. Ma so di per certo che siamo noi che curiamo i malati e se di evoluzione si parla, per poche righe parliamo di noi.



Brescia e la provincia hanno centri clinici di buono e di ottimo livello. Per affrontare la “medicina della complessità” è indispensabile che “tutta” la rete ospedaliera si strutturi con sinergie vere. La rete è un insieme di nodi autonomi che diventa virtuosa quando l’organizzazione delle interdipendenze crea valore.

C’è questo nella nostra realtà?

Tutte le mattine centinaia di medici bresciani aprono gli ambulatori di Medicina Generale e specialistici, fanno il giro nelle corsie, passano ore ed ore nelle sale operatorie, si occupano di organizzazione. Insomma fanno il loro lavoro, così da consentire a tanti decisori politici il *refrain* che la sanità lombarda e quindi bresciana è un’eccezione.??

Quindi abbiamo un ruolo e facciamo funzionare il sistema nonostante tutto.

Il tempo. Il tempo clinico. Il tempo al letto dell’ammalato. Noi dobbiamo riappropriarci di questo tempo e i decisori politici lo devono garantire.

L’evoluzione epocale, ripeto, delle possibilità di diagnosi e di cura degli ultimi 50 anni, che ha fatto un gran bene a tutti, l’aziendalizzazione con le sue giuste necessità di controllo sfociate però in una deriva burocratica asfissiante, ci hanno allontanato dal malato.

I record elettronici ci hanno portato al

malato I, dove I si sta per icona. Dobbiamo ritornare al capezzale di chi sta male.

Noi dobbiamo ripensare il nostro ruolo, ricominciare a parlare fra medici e medici, medici ed infermieri, ma per questo sono indispensabili tante altre figure professionali ed amministrative di cui i nostri ambulatori e le nostre corsie sono poveri, molto poveri.

Questo è un elemento essenziale su cui chi decide dovrebbe intervenire rapidamente.

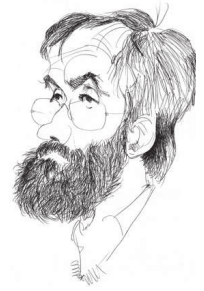
Altrimenti...

Sul *Guardian* del 21 novembre scorso, in un articolo che evidenziava le difficoltà del Servizio Sanitario Inglese (NHS), progenitore del nostro, si leggeva che le attese in pronto soccorso sono aumentate, negli ultimi sette anni, del 350% per chi verrà rinvio a domicilio e del 550% per chi attende il ricovero.

(Per altro la nostra città è in controtendenza. Riduzione dei tempi di attesa oltre 24 H Agenas dati 2014 su 2013). Un segnale drammatico, fra i tanti, per il NHS, quanto quello del **canarino che i minatori si portavano nelle gallerie; quando smetteva di cinguettare il pericolo era imminente e catastrofico.**

Il nostro canarino è forse più in salute, ma se malauguratamente, non cantasse più la colpa non può essere certo attribuita ai minatori. ●

Ospedali, medici, pazienti



Il Direttore
Gianpaolo Balestrieri

L'ospedale per chi ci lavora, l'abitudine di ogni mattina, i luoghi conosciuti, le persone che incontriamo, colleghi, infermieri, pazienti. Rapporti, consuetudini sperimentate, conoscenze, amicizie, ruoli professionali. Una *routine* eguale e diversa di giorno in giorno, stressante a volte. Ma un ambiente alla fine avvolgente, rassicurante, come una famiglia allargata. **Dall'altra parte l'ospedale vissuto da paziente.** Un'istituzione dalle regole rigide in cui ci si ritrova smarriti, privati delle certezze, dei ritmi, delle abitudini quotidiane. Si dipende da estranei, cortesi o sgarbati, frettolosi o disponibili. Appesi alle parole di medici ed infermieri, in attesa del "giro" spesso sbrigativo. Si vivono i tempi anomali della giornata, i pasti, le terapie, le notti lunghissime e disturbate. Un'esperienza di solitudine e di alienazione dove comprendi come i più fragili si possano perdere in "una gran confusione mentale".

In questo numero parliamo di ospedali, come sono, come stanno cambiando, come vorremmo che diventassero. Non vuole essere questa una rassegna esaustiva di tutte le realtà

ospedaliere così numerose e rilevanti nella nostra provincia, di tutte le specialità. Sarebbe stato impari alle nostre forze e probabilmente ridondante. Volentieri ospiteremo nei prossimi numeri altri contributi. Le testimonianze raccolte, i *forum* dei cardiologi e dei chirurghi offrono tuttavia un affresco vivace di come gli ospedali si confrontino con tecnologie in rapido avanzamento e con una domanda sanitaria mutata. La cronicità, la multi morbidità, la fragilità, il *continuum* delle cure oltre l'episodio acuto del ricovero sono le sfide di oggi. Tecnologie avanzate di diagnostica e terapia, innovazioni organizzative sono indispensabili per affrontarle. Ma un ospedale in cui la relazione di cura non veda un tempo significativo dedicato all'ascolto dei pazienti, al dialogo tra medici e tra medici e infermieri, è un ospedale in cui il *burnout* degli operatori e l'insoddisfazione dei malati sono destinati a non migliorare. ●



L'Ospedale che verrà

Nicola Latronico

Dipartimento di Specialità Medico-Chirurgiche, Scienze Radiologiche e Sanità Pubblica, Università di Brescia
Dipartimento di Anestesia, Rianimazione ed Emergenza Urgenza, ASST Spedali Civili di Brescia

*Liberamente ispirato a Lucio Dalla,
L'anno che verrà, 1978*

FuturibŠe

Nel loro articolo visionario sulle Terapie Intensive (TI) del 2050, Sharon Einav, Michael O'Connor and Luis Omar Chavez prospettano sistemi computerizzati che prendono decisioni basate su conoscenze che nessun clinico da solo potrà mai avere.¹ Così la decisione se ricoverare o meno un paziente in TI si baserà sul fatto che la persona abbia o meno telomeri che dimostrano una tendenza alla longevità e che i test genetici dimostrino o meno un rischio basso di sviluppare complicanze come la sepsi, l'ARDS e l'insufficienza renale. Una volta ricoverato poi i trattamenti saranno ritagliati sulla persona: una medicina di precisione addirittura "sartoriale" nella quale saranno possibili solo trattamenti in dosi esatte alle quali quella persona risponderà. Non ci sarà bisogno di prelievi di sangue perché i tests saranno transcutanei o sull'espriato. Il sangue sarà creato da cellule staminali pluripotenti ricavate al momento dalla persona che ne ha bisogno e nuovi organi saranno creati su mappe 3-D disponibili per tutti perché obbligatorie. Pura fantasia verrebbe da pensare, meglio essere solidi ed ancorati al possibile. Eppure nel 1943 *Thomas Watson*, presidente

dell'IBM, ancorandosi al possibile prediceva che la richiesta di *computers* nel mondo sarebbe stata irrisoria (*"I think there is a world market for maybe five computers"*) e nel 1995 *Bob Metcalfe*, scopritore di Ethernet, prevedeva il collasso di Internet entro il 1996 (*"I predict the Internet will soon go spectacularly supernova and in 1996 catastrophically collapse"*).² Insomma è vero che *"le predizioni sono difficili, soprattutto quando riguardano il futuro"*³ cosicché nell'esercizio della predizione un rischio lo si corre sempre, quello di essere eccessivamente futuristi e sognatori o all'estremo opposto di essere troppo ancorati al presente e scontati.

Scommessa sulla parola "condiviso"

Io preferisco correre il primo rischio. E se devo scommettere su una singola parola scommetto su "condiviso".

Gli ospedali del futuro avranno una cartella elettronica condivisa su tutto il territorio nazionale così che le informazioni potranno essere immediatamente disponibili per i medici, i malati, gli analisti e gli amministratori. Le cartelle elettroniche si potranno interfacciare con svariate sorgenti



d'informazione medica e scientifica così che i medici potranno confrontarsi nelle loro diagnosi e scelte terapeutiche con *network* di specialisti, i malati potranno avere la certezza di trattamenti adeguati indipendentemente dall'area geografica di residenza, gli analisti di super-big data potranno prospettare piani di sviluppo sanitario basati su statistiche aggiornate in continuo e rappresentative della popolazione e gli amministratori potranno fare scelte informate. Negli Stati Uniti l'introduzione dell'*Health Information Technology for Economic and Clinical Health (HITECH) Act* nel 2009 ha consentito in pochi anni che 5.000 ospedali e 500.000 medici utilizzassero la cartella elettronica.⁴

Certo "lungo questa strada, si sono persi i cuori e le menti dei medici",⁴ annichiliti da una quantità di lavoro amministrativo percepito come frustrante ed inutile ma per il quale sono giudicati e che li ha portati a sentirsi lontani dalla loro missione.⁵ In una qualche maniera "è come se si fossero date ai medici delle automobili imperfette senza costruire le strade per poi rimproverarli per il fatto che non guidano".⁴ Una lezione di cui far tesoro dato che il peso del lavoro amministrativo nella pratica medica quotidiana oggi in Italia è tutt'altro che trascurabile ed è vissuto con disagio.

Ci sono molte soluzioni possibili,⁶ ma indubbiamente la condivisione con i medici di quali informazioni rendere disponibili prioritariamente è un *target* essenziale. Qualunque sia la priorità, con la mole d'informazioni disponibili, ciascun malato sarà egli stesso un "big data" e si dovrà per forza considerare che la complessità della medicina avrà raggiunto limiti ben al di là della mente umana.⁷ Dovremo considerare per forza cambiamenti. Così come abbiamo "inventato microscopi, stetoscopi, elettrocardiogrammi e radiografie quando ci siamo resi conto che le nostre facoltà sensoriali erano inadeguate a visitare l'interno dei nostri pazienti",⁷ allo stesso modo dovremo stringere un'alleanza con il mondo dei *computers* che sintetizzeranno in modo efficiente le conoscenze per renderle diffusamente disponibili. Gli algoritmi probabilmente domineranno il mondo della medicina e i futuri medici dovranno eccellere anche in questo.⁷ Per farlo dovranno essere preparati in un modo diverso da quanto viene fatto oggi, ma questa è un'altra storia.⁸

Le lezioni del futuro

Gli ospedali del futuro si chiameranno di nuovo semplicemente

Ospedali, mentre la parola Azienda sarà abrogata perché sbagliata. Negli Ospedali Universitari le priorità di ricerca saranno stabilite sulla base di bisogni identificati da malati e medici dopo un esame accurato dei benefici e dei rischi e l'identificazione di misure di esito

rilevanti per i malati.⁹

Gli aspetti economici saranno sempre importanti, ma i Direttori Generali avranno lauree in management economico-umano di ospedali, saranno esperti di strategie di comunicazione efficace e *team-building* e comprenderanno fin dall'inizio delle loro carriere che gli Ospedali di eccellenza sono quelli che hanno medici ed infermieri eccellenti con i quali giocoforza condivideranno le strategie d'indirizzo. I medici e gli infermieri sapranno fin dall'inizio della loro formazione che

l'eccellenza non è una conquista *tantum*, ma un progetto "a vita".

La lezione numero 1 d'introduzione ai Corsi di Studio di Medicina, Scienze Infermieristiche e Management Economico-Umano Ospedaliero sarà condivisa e ispirata alla più grande delle pagine scritte sulla condivisione, il Paragone del Corpo nella la Prima Lettera di San Paolo ai Corinzi:¹⁰ così come "Non può l'occhio dire alla mano: «Non ho bisogno di te»; né la testa ai piedi: «Non ho bisogno di voi». Anzi quelle membra del corpo che sembrano più deboli sono più necessarie", allo stesso modo nessun professionista potrà pensare di servire i malati se non insieme a tutti gli altri. **L'Ospedale è unico anche se è fatto di tanti professionisti; se una parte muore, allora muore tutto: non si può saltare su un altro corpo.**

La lezione numero 2 sarà anche questa condivisa e spiegherà che chi lavora in ospedale lo fa per *servire* i malati con i quali medici e infermieri condivideranno le strategie terapeutiche, cercando il miglior trattamento per quel malato, in quel contesto di famiglia, in quel momento, a quella dose e per raggiungere quell'esito che insieme si è deciso essere il migliore possibile.¹¹

Nella terza lezione comune si spiegherà a tutti che gli ospedali sono dei malati e delle loro famiglie e per questo non potranno esserci visitatori, visite ed orari e che i reparti, le stanze e gli arredi dovranno somigliare il più possibile alle case¹² o residenze¹³ da cui i malati arrivano, a loro volta cambiate.

E in questi Ospedali del futuro come saranno le Terapie Intensive?

Saranno ancora quello straordinario laboratorio di ricerca medica ed etica che sono state fino

ad ora? Io scommetto che saranno ancora di più la frontiera dell'innovazione non solo tecnologica ma anche umana. Così grazie

al laboratorio tecnologico la ventilazione artificiale sarà completamente non-invasiva con piccoli campi magnetici applicati al torace per distenderlo e rilasciarlo; nello shock la pressione si misurerà in modo non invasivo e continuo con la pletismografia o il radar¹⁴ e si somministreranno nano-farmaci per via transcutanea, inalatoria o in microcapsule da ingerire a seconda delle necessità ma non più in vena; per i pazienti paralizzati s'infonderanno cellule staminali che ripareranno il danno e permetteranno la ripresa funzionale,¹⁵ ma se questo non sarà possibile comunque potranno muoversi grazie a micro-trasmettitori impiantati nel cervello;¹⁶ se poi saranno anche incapaci di parlare oltre che di muoversi, potranno farlo grazie ad altri *device*;¹⁷ i pazienti in coma non curabili saranno ibernati in attesa di tempi migliori,¹⁸ mentre per quelli curabili ci saranno a disposizione cellule staminali neurali umane multipotenti,¹⁹ si stimolerà il trasferimento di mitocondri sani ai neuroni danneggiati²⁰ e si somministreranno estratti di cervello di piccione ad alta densità neuronale:²¹ così i malati potranno svegliarsi rapidamente o anche di colpo come nelle soap opera di oggi²² e in qualche resoconto giornalistico super-entusiastico.²³

I famigliari

Grazie al laboratorio umano le famiglie diventeranno elemento

essenziale della cura, lo Stato lo riconoscerà e permetterà loro di rimanere a lungo in ospedale con incentivi economici sia alle famiglie che ai datori di lavoro. Così le famiglie potranno con calma narrare le biografie dei loro cari e aiuteranno a definire piani di cura individuali; il "fine a dove spingersi" con i supporti vitali sarà deciso considerando obiettivi possibili e voluti dai malati, come già oggi è in alcune parti del mondo.²⁴ I famigliari assisteranno nella riabilitazione precoce fisica e ancora di più in quella mentale, mantenendo i malati ancorati alla vita quotidiana: racconteranno ciò che accade a casa, sul lavoro, a scuola e nel mondo; faranno vedere foto e video; sceglieranno i programmi della web-TV e la musica da ascoltare; consiglieranno i cibi più graditi che saranno serviti agli orari di

casa; informeranno dei bisogni spirituali; terranno diari con note e foto di come sono i malati in quel momento, così che potranno capire e ricordare quanta strada hanno fatto rivedendosi mesi dopo.²⁵ Il delirium affliggerà ancora i malati generando visioni terrifiche, incubi e paure in uno spazio indefinito di *beeps*, rumori, conversazioni, prelievi di sangue e somministrazione di pozioni ed in un corpo senza sonno in cui solo la mente può muoversi e vagare.²⁶ Ma con la famiglia lì a consolare ed a tendere la mano ad ogni riemersione nel reale il delirium sarà meno grave.²⁷ Grazie alle famiglie si costruirà un'alleanza strategica con l'équipe per traghettare i malati oltre l'Ade della malattia critica nel nuovo mondo, il mondo della seconda occasione, del post-malattia critica, anche questo purtroppo irto di ostacoli. Infatti la mortalità si sarà ridotta ancora,²⁸ ma molti dei sopravvissuti continueranno a soffrire degli esiti disabilitanti della malattia critica.²⁹ I malati saranno seguiti a lungo, forse indefinitamente, da specialisti in terapia post-intensiva integrati con le riabilitazioni e il territorio. Avranno ancora disturbi cognitivi ma meno invalidanti perché il delirium che li causa³⁰ sarà meno grave e perché saranno disponibili farmaci nootropi *senza limiti*.^{31 32} Le équipes seguiranno anche le famiglie, perché allora sarà chiaro a tutti che la malattia acuta travolge le famiglie e non solo i malati.³³

La cultura del limite

Infine si riabiliterà la cultura del limite. La lezione numero Zero, per tutti i bambini, racconterà la leggenda di Buddha:³⁴ "Un

veggente aveva predetto al padre di Buddha che suo figlio avrebbe lasciato il mondo e sarebbe diventato un saggio dopo aver visto un vecchio, un malato ed un cadavere, testimoni della finitezza umana.

Allora il padre fece costruire un palazzo meraviglioso in un parco idilliaco nel quale chiunque mostrasse segni di vecchiaia o malattia e, ancora di più, chiunque morisse veniva allontanato subito.

Ma un giorno un Dio si mutò in vecchio prostrato dalla sofferenza, un altro giorno in un malato e infine, il terzo giorno in un cadavere. Così Buddha, "il risvegliato", lasciò il mondo e cercò il risveglio". La lezione zero perciò spiegherà proprio a tutti, anche ai bambini che in futuro saranno avvocati e giornalisti, che la morte è il finale di *default* delle nostre vite, che la Medicina non può curare tutto e che non è né invincibile né infallibile, che tante persone ancora si ammaleranno e che tanti malati moriranno.

Alla leggenda di Buddha e dopo un intervallo senza merendine iper-caloriche seguirà la proiezione del film "Sussurri e grida".³⁵

I bambini vedranno Agnese morente per un male incurabile e la sua famiglia, altolocata e colta ma profondamente nichilista e con un "orizzonte sbarrato dal nulla",³⁴ che si sottrae alle responsabilità e se ne distacca. Vedranno però anche la badante Anna prodigarsi maternamente per aiutare la moribonda e capiranno che è possibile prendersi cura dei morenti anche negli ultimi istanti di fiato. **E che serve cuore. E allora "senza grandi disturbi qualcuno sparirà", saranno forse i troppo gravi e gl'incurabili di ogni età.**³⁶ ●

Bibliografia

1. Einav S, O'Connor M, Chavez LO. Visit to intensive care of 2050. *Intensive Care Med* 2017;43(1):97-100. doi: 10.1007/s00134-016-4525-y
2. Strohmeyer R. The 7 Worst Tech Predictions of All Time. *PCWorld* 2008; available at: http://www.pcworld.com/article/155984/worst_tech_predictions.html [published Online First: December 31, 2008]

3. Latronico N. Prediction is very difficult, especially about the future*. *Crit Care Med* 2015;43(2):505-6. doi: 10.1097/CCM.0000000000000795

4. Halamka JD, Tripathi M. The HITECH Era in Retrospect. *N Engl J Med* 2017;377(10):907-09. doi: 10.1056/NEJMp1709851

5. Erickson SM, Rockwern B, Koltov M, et al. Putting Patients First by Reducing Administrative Tasks in Health Care: A Position Paper of the American College of Physicians. *Ann Intern Med*

- 2017;166(9):659-61. doi: 10.7326/M16-2697
6. Washington V, DeSalvo K, Mostashari F, et al. The HITECH Era and the Path Forward. *N Engl J Med* 2017;377(10):904-06. doi: 10.1056/NEJMp1703370
7. Obermeyer Z, Lee TH. Lost in Thought - The Limits of the Human Mind and the Future of Medicine. *N Engl J Med* 2017;377(13):1209-11. doi: 10.1056/NEJMp1705348
8. Wenzel RP. Medical Education in the Era of Alternative Facts. *N Engl J Med* 2017;377(7):607-09. doi: 10.1056/NEJMp1706528
9. Hoffmann T, Straus S. Sharing Knowledge for Health Care. *JAMA Intern Med* 2017;177(9):1243-44. doi: 10.1001/jamainternmed.2017.2080
10. La Sacra Bibbia. Lettere di San Paolo. Prima lettera ai Corinzi. Capitolo 12: Paragone del corpo. Available at: <http://www.lasacrabibbia.net/nuovo-testamento/le-lettere-di-san-paolo/prima-lettera-ai-corinzi/>.
11. Obama B. Remarks by the President on Precision Medicine. *The White House Office of the Press Secretary* 2015; available at: <https://obamawhitehouse.archives.gov/the-press-office/2015/01/30/remarks-president-precision-medicine>
12. Davis N, David R. Tech house of the future: take a look around. *The Guardian* 2015; available at: <https://www.theguardian.com/technology/2015/dec/04/tech-home-future-robots-living-smart>
13. Burstow P. Here's what the care homes of the future should look like. *The Guardian* 2017; available at: <https://amp.theguardian.com/social-care-network/2017/jul/31/care-homes-future-paul-burstow>
14. Steinhubl SR, Muse ED, Barrett PM, et al. Off the cuff: rebooting blood pressure treatment. *Lancet* 2016;388(10046):749. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31348-4
15. Lu P, Ceto S, Wang Y, et al. Prolonged human neural stem cell maturation supports recovery in injured rodent CNS. *J Clin Invest* 2017;127(9):3287-99. doi: 10.1172/JCI92955
16. Ajiboye AB, Willett FR, Young DR, et al. Restoration of reaching and grasping movements through brain-controlled muscle stimulation in a person with tetraplegia: a proof-of-concept demonstration. *Lancet* 2017;389(10081):1821-30. doi: 10.1016/S0140-6736(17)30601-3
17. Chaudhary U, Xia B, Silvoni S, et al. Brain-Computer Interface-Based Communication in the Completely Locked-In State. *PLoS Biol* 2017;15(1):e1002593. doi: 10.1371/journal.pbio.1002593
18. Staples JF. Metabolic suppression in mammalian hibernation: the role of mitochondria. *J Exp Biol* 2014;217(Pt 12):2032-6. doi: 10.1242/jeb.092973
19. Wang Y, Zhao Z, Rege SV, et al. 3K3A-activated protein C stimulates postischemic neuronal repair by human neural stem cells in mice. *Nat Med* 2016;22(9):1050-5. doi: 10.1038/nm.4154
20. Hayakawa K, Esposito E, Wang X, et al. Transfer of mitochondria from astrocytes to neurons after stroke. *Nature* 2016;535(7613):551-5. doi: 10.1038/nature18928
21. Letzner S, Güntürkün O, Beste C. How birds outperform humans in multi-component behavior. *Curr Biol* 2017;27(18):pR996-R998. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cub.2017.07.056>
22. Casarett D, Fishman JM, MacMoran HJ, et al. Epidemiology and prognosis of coma in daytime television dramas. *BMJ* 2005;331(7531):1537-9. doi: 10.1136/bmj.331.7531.1537
23. Voice that made coma victim weep. *The Telegraph* 2012; available at: <http://www.telegraph.co.uk/news/health/news/9316717/Voice-that-made-coma-victim-weep.html>
24. Turnbull AE, Hartog CS. Goal-concordant care in the ICU: a conceptual framework for future research. *Intensive Care Med* 2017 doi: 10.1007/s00134-017-4873-2
25. Combe D. The use of patient diaries in an intensive care unit. *Nurs Crit Care* 2005;10(1):31-4.
26. Aaronovitch A. My nightmare in hospital. *The Times* 2011; available at: <https://insanemutterings.wordpress.com/2011/11/24/itu-psycho-sa-realistic-account-from-david-aaronovitch-the-times/>
27. Giannini A. When the Letter "F" Meets the Letter "D": Beneficial Impact of Open Visiting and Family Presence on Incidence of Delirium Among ICU Patients. *Crit Care Med* 2017;45(10):1785-86. doi: 10.1097/CCM.0000000000002631
28. Zimmerman JE, Kramer AA, Knaus WA. Changes in hospital mortality for United States intensive care unit admissions from 1988 to 2012. *Crit Care* 2013;17(2):R81. doi: 10.1186/cc12695
29. Needham DM, Davidson J, Cohen H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med* 2012;40(2):502-9. doi: 10.1097/CCM.0b013e318232da75
30. Pandharipande PP, Girard TD, Jackson JC, et al. Long-term cognitive impairment after critical illness. *N Engl J Med* 2013;369(14):1306-16. doi: 10.1056/NEJMoa1301372
31. Lyon J. Chess Study Revives Debate Over Cognition-Enhancing Drugs. *JAMA* 2017;318(9):784-86. doi: 10.1001/jama.2017.8114
32. Burger N. Limitless. 2011; available at: [https://it.wikipedia.org/wiki/Limitless_\(film\)](https://it.wikipedia.org/wiki/Limitless_(film))
33. Cameron JI, Chu LM, Matte A, et al. One-Year Outcomes in Caregivers of Critically Ill Patients. *N Engl J Med* 2016;374(19):1831-41. doi: 10.1056/NEJMoa1511160
34. Clément O. I Visionari. Saggio sul superamento del nichilismo: Jaka Book 1986.
35. Bergman I. Sussurri e grida. 1972; available at: https://it.wikipedia.org/wiki/Sussurri_e_grida
36. Dalla L. L'anno che verrà. 1978; available at: <https://www.rockit.it/luciodalla/canzone/lanno-che-verra/120310>

L'ospedale: i modelli organizzativi

Pierluigi Tosi

Già direttore generale Azienda Ospedaliera
Universitaria di Siena

Modelli organizzativi:

- Future Hospital
- Intensità di cura
- Hub and Spoke

Le problematiche gestionali

Prima di parlare di nuovi modelli organizzativi sarebbe opportuno verificare quali sono ad oggi le problematiche relative alla gestione sia organizzativa che professionale delle strutture ospedaliere. L'organizzazione dei nostri ospedali è rimasta più o meno invariata dal dopoguerra a dieci anni or sono pur essendo variate normative contrattuali, ruoli professionali, ma soprattutto le esigenze di cura dei nostri pazienti dal momento che è cambiato il "contesto" all'interno del quale operiamo per il SSN.

- Già nel 2015 l'aspettativa di vita media era per gli uomini di 80,1 aa e per le donne 84,7 ma in entrambi i casi gli ultimi 8aa di vita vengono vissuti con una salute precaria ed affetti da più di una patologia. (Ciò vuol dire organizzare un sistema assistenziale orientato all'anziano con polipatologia, orientato alla cronicità, con una assistenza ospedaliera fortemente orientata all'acuzie ed una assistenza

territoriale fortemente orientata alla gestione del paziente cronico).

- Esiste inoltre un problema di natura economica in tutti i paesi occidentali che vedono crescere a dismisura la spesa sanitaria. Lo stesso Obama dichiarò che la riforma sanitaria in USA non è solo doverosa ma fondamentale; per sanare le casse dello stato "il primo passo è il taglio delle spese ormai fuori controllo". Da qui nasce la ricerca dell'appropriatezza come meccanismo di controllo della spesa.

R.H. Brook già nel BMJ del 2001 dichiarava: *"Se fossimo in grado di accrescere le cure appropriate e fare diminuire quelle inappropriate, i benefici per i pazienti e la società sarebbero enormi. Di fatto, senza metodi per individuare le cure inappropriate, la capacità della società di mantenere una copertura assicurativa universale potrebbe esaurirsi"*.

La previsione del numero dei medici presenti nel 2025 sarà inferiore di circa 70000 unità rispetto ad oggi mentre già i dati OCSE del 2010 affermavano che in Italia erano presenti, rispetto alla maggior parte degli altri paesi, 61000 medici in più e 163000 infermieri in meno. Di fronte a questa previsione i vari governi che si sono succeduti, di vario orientamento politico, hanno mantenuto il numero chiuso all'accesso a Medicina mentre hanno attivato il percorso di laurea triennale per gli infermieri, i tecnici, etc. Tutto ciò indica una volontà nei fatti, seppur non dichiarata, di procedere nel senso su indicato e pertanto **tutto ciò ci deve fare riflettere per modificare i nostri vecchi modelli organizzativi all'interno dei nostri ospedali oltre a creare una diversa organizzazione del territorio.**

La storica organizzazione ospedaliera è costruita intorno alle specialità e ciascuna separatamente cerca di rispondere alle richieste ordinarie ed ai picchi di accesso occasionali rispondendo contemporaneamente negli stessi letti di reparto alla programmazione e all'urgenza e per fare ciò riduce l'occupazione di posti letto (per lasciare letti liberi per l'urgenza) e nonostante questo vengono periodicamente attivati i cosiddetti letti appoggio durante l'iperafflusso; esiste pertanto una occupazione ondulante fra momenti di iperafflusso e momenti di bassa occupazione; contemporaneamente alcuni pazienti occupano il posto letto per tempi maggiori rispetto alla programmazione della dimissione, impedendo quindi l'ingresso di nuovi pazienti, per incapacità del territorio di farsene carico.

In sintesi, per superare tali difficoltà, sovradimensioniamo i singoli reparti, talvolta ricoveriamo in reparti non appropriati con il risultato, per es. in area chirurgica, di rinviare con frequenza interventi programmati. Il tutto senza parlare dell'assistenza

infermieristica che può essere insufficiente di fronte ad un eccesso di pazienti o ridondante di fronte a tassi di occupazione bassi.

Con **il processo di aziendalizzazione** abbiamo definito un modello all'interno del quale ogni azienda sanitaria lavora con un tetto economico finito, ricordando che finito vuol dire prefissato. Questo obbliga le direzioni aziendali a contrattare budget prefissati con i propri operatori in linea con quanto definito a livello regionale: la regione, in base alle risorse assegnate a livello nazionale, assegna budget economici alle sue aziende all'interno dei quali devono operare le direzioni aziendali.

In questo quadro economico fortemente vincolante agiscono le autonomie direzionali e, a sua volta, le professionali. In questo quadro vincolato le direzioni cercano di mantenere i livelli dei servizi, recuperando risorse economiche dove esistono "sprechi" ed in ogni organizzazione gli sprechi, di maggiore o minore entità, esistono sempre. Anche da queste osservazioni nasce un modello organizzativo dipartimentale nel quale vengono effettuate aggregazioni di strutture semplici e/o complesse in base a varie tipologie di criteri: strutture che utilizzano analoghe risorse, strutture che lavorano nello stesso processo, etc. Il dipartimento è il vero responsabile delle risorse globali che dovrebbe poi assegnare alle singole strutture afferenti. Per una erronea interpretazione del Dipartimento si assiste alla drastica riduzione delle Strutture Complesse (spesso trasformate in semplici) con taglio netto nello sviluppo di carriera dei professionisti medici.

Questo modello è poi accompagnato dalla riorganizzazione delle degenze specialmente nell'area chirurgica (visto che nell'area medica la maggior parte dei ricoveri si realizzano tramite DEA) che ricovera molti pazienti in un percorso programmato, organizzando

i posti letto in linea programmata e urgente: da quanto detto sopra nasce l'esigenza di accorpate i posti letto in **aree e per intensità di cura.**

Così facendo il mondo della sanità ruota intorno al malato rispondendo ai suoi bisogni assistenziali.

Per rispondere a tale fine è necessario operare:

- raggruppare i pazienti in base all'omogeneità dei bisogni
- integrare le risorse umane e tecnologiche
- creare nuovi rapporti di collaborazione fra professionisti medici afferenti a specialistiche diverse e interprofessionali con gli altri operatori sanitari in particolare con il personale infermieristico.

Talvolta utilizziamo termini eguali per definire oggetti diversi o termini diversi per definire cose eguali; a tal fine è necessario esplicitare che cosa intendo utilizzando i termini di letti di area e intensità di cura:

1. letti di area: non esistono più i letti di unità operativa ma tutti i letti di area omogenea sono inseriti all'interno di una singola area nella separazione dei due processi la programmazione e l'urgenza. I letti sono assegnati alla U.O. di riferimento in funzione dei bisogni e quindi in numero variabile secondo le necessità: questo permette interconnessioni professionali nel caso, sempre più frequente, di pazienti con problemi multipli di salute che vedono la necessità di un confronto fra più specialisti medici afferenti a diverse discipline;

2. intensità di cura: si intende la presa in carico dei pazienti in termini di complessità del quadro clinico e di intensità di assistenza e vede la presenza di "setting" non più suddivisi in reparti secondo le discipline dei vari professionisti, ma organizzati in base alle esigenze di

cura dei pazienti.

Il trattamento ai vari pazienti ed il loro inserimento in *setting* diversi consegue ad una valutazione sia dell'instabilità clinica associata a determinate alterazioni dei parametri fisiologici, sia della complessità assistenziale. Entrambi sono parametri interconnessi tra loro, ma non sempre sovrapponibili. Difatti alcuni pazienti clinicamente stabili hanno una complessità assistenziale molto alta; al contrario pazienti ad elevata instabilità clinica, presentano invece una bassa complessità assistenziale.

Questo contesto turba fortemente i medici che sembrano perdere il senso di appartenenza alla struttura complessa, che si trovano a lavorare con interdipendenze con colleghi di altre strutture, che si trovano a dover strettamente rispettare i propri "impegni" di dimissione, salvo complicanze imprevedibili, per non nuocere al ricovero di colleghi di altre strutture; tutto ciò crea una interdipendenza ma anche una sorveglianza reciproca a cui non siamo solitamente abituati.

Gli squilibri sono notevoli ma perché non succede cosa analoga nelle strutture private che adottano esattamente questo modello? Eppure i vantaggi di carriera di un modello simile sarebbero enormi: il limite a creare strutture è dato dall'assegnazione di personale medico, infermieristico, spazi, tecnologie, mentre nel modello dei letti di area ed intensità di cure lo sviluppo di una carriera professionale in senso apicale non sarebbe per niente difficoltoso e ciascuno avrebbe la propria realizzazione di autonomia "professionale".

Hub and spoke

Nella riorganizzazione di un sistema ospedaliero all'interno del quale esistono tecnologie ad altissimo costo, organizzazioni particolarmente costose



e pertanto non sostenibili all'interno di ogni azienda (a questi si aggiungono tutti i parametri per l'accreditamento professionale quali numero di tumori di mammella operati/anno, etc) si è pensato ad una organizzazione Hub and spoke, cioè effettuare certe tipologie di intervento (robotica, etc) o certe attività solo in certe strutture ospedaliere che possano garantire un giusto ammortamento dei costi/numero di interventi ed una giusta espertizzazione dei professionisti. Per il paziente è una garanzia di esperienza professionale in cambio di una mobilità maggiore ma da un punto di vista professionale è un sistema che rischia di impedire a molti una evoluzione professionale non per incapacità ma per impossibilità all'accesso. Secondo la mia opinione questo sistema avrà una evoluzione proponibile solo se permetteranno uno scambio di professionisti fra le aziende dando accesso a tecnologie innovative e costose a coloro che sono in grado di utilizzarle e non solo a coloro che operano in una azienda che le possiede: per questa tipologia di organizzazione è indispensabile

una mobilità professionale ben strutturata ed organizzata per evitare che molti professionisti si avviino verso un percorso professionale di serie B avendo le doti e le possibilità di giocare in serie A.

Equipe itineranti

C'è chi parla di equipe itineranti, specialmente in ambito chirurgico, per portare vicino al cittadino tipologie operatorie che in condizioni ottimali si farebbero solo nell'ospedale "madre". Se si tratta di piccoli interventi in *Day Surgery* o in chirurgia ambulatoriale posso anche condividere ma per interventi a maggior complessità trovo difficile applicare tale "filosofia" organizzativa con chirurghi che, una volta operato, lasciano il malato in gestione all'equipe del presidio che, ovviamente, non è in grado di fare quella tipologia di intervento (altrimenti non ci sarebbe bisogno del chirurgo itinerante) ma che dovrebbe intervenire in caso di complicanze. Credo che prima di applicare tali modelli dovremmo offrire serie garanzie di percorso ai cittadini ed a chi li opera. ●

La medicina delle reti

Benvenuto Antonini

Responsabile DEA - ASST del Garda

Premessa

Negli ultimi anni il concetto di “gestione in rete” in medicina si è sempre più sviluppato ed è ormai inserito nella quotidianità operativa dei clinici e nell’attività progettuale dei governanti della sanità pubblica.

Gli ambiti di applicazione sono tra i più svariati. Si va da quelli più strettamente clinici a quelli che hanno obiettivi di ricerca e di formazione; da quelli prettamente sanitari a quelli in ambito socio-sanitario.

In campo clinico si spazia dalle reti dell’emergenza e varie reti di specialità, a quelle della terapia del dolore e delle cure palliative; dalle reti per la donazione e il trapianto di organi e tessuti a quelle per le malattie rare.

La stessa Università non può prescindere da una rete di ospedali per soddisfare le esigenze formative dei futuri medici, infermieri o specializzandi delle varie discipline mediche.

Multidisciplinarietà, *evidence based medicine*, equità di accesso alle cure, continuità della presa in carico, centralità del paziente sono i principi su cui si basa la realizzazione delle reti cliniche nella sanità. Due sono inoltre i motivi che rendono queste reti sempre più di attualità nella gestione delle principali problematiche cliniche:

1. Il cambiamento della domanda di salute che richiede che l’offerta e i servizi sanitari siano capaci di dare una risposta qualitativamente adeguata a questo cambiamento;
2. L’evoluzione tecnologica e lo sviluppo di trattamenti sempre più sofisticati implicano costi sempre maggiori ponendo il problema della sostenibilità economica del servizio sanitario.

L’incremento della qualità dell’offerta in medicina si accompagna ad una sempre maggiore specializzazione. Le conoscenze aumentano, le tecnologie si sviluppano continuamente, diventano via via più sofisticate e costose. Il medico è sempre più possessore di un sapere e di una esperienza molto avanzati, ma allo stesso tempo limitati ad un settore specifico e definito.

Da qui nasce la necessità di una gestione dei malati, peraltro sempre più complessi, in maniera multidisciplinare, integrando fra loro il *know how* dei vari specialisti e le opportunità diagnostico-terapeutiche dei diversi ospedali.

Lo sviluppo di tecnologie sempre più avanzate e ovviamente più costose, insieme con l’esigenza di una gestione della sanità sempre più efficiente ed oculata, ha portato a sviluppare processi di centralizzazione

con una distribuzione mirata delle risorse, evitando elargizioni a pioggia e sviluppando ogni qualvolta possibile economie di scala. Da queste esigenze di efficacia delle cure associate ad una efficienza gestionale nascono le reti nella sanità.

Il sistema sanitario regionale lombardo da anni investe nelle reti di patologia, e anche nelle regole di sistema di quest'anno ha dato loro ampio spazio¹. Per citare solo alcuni di questi progetti riportiamo oltre alle reti dell'emergenza-urgenza (Trauma, Stroke, STEMI), la ROL (Rete Oncologica Lombarda), la rete della PMA (Procreazione Materna Assistita), la rete della Terapia del Dolore e quella delle Cure Palliative, le reti per l'assistenza alla madre e al neonato (STAM e STEN) e altre ancora.

Le reti, per i diversi obiettivi per i quali sono state costruite, possono avere strutture diverse e i rapporti tra i vari nodi sono regolamentati in maniera varia a seconda delle loro funzioni.

Il modello hub-spoke

Uno dei modelli più sviluppati in sanità, nell'ambito clinico, è certamente il modello *hub-spoke* che prevede una struttura più altamente specializzata (*hub*) al centro e una serie di ospedali satelliti (*spoke*) collegati a quello centrale per la gestione di specifiche problematiche. Vorrei quindi approfondire

maggiormente questo modello di rete che mi vede peraltro direttamente coinvolto nella mia attività quotidiana.

Le reti per la gestione delle emergenze-urgenze e per le patologie tempo dipendenti, sono tra le più sviluppate e sperimentate.

Tantissimi sono ormai gli esempi che potremmo citare a livello nazionale e internazionale.

La gestione dello *stroke* è uno degli ambiti nei quali l'esperienza delle reti di patologia ha avuto origine e si è poi maggiormente sviluppata. Le prime esperienze sono nate negli anni 90 negli Stati Uniti per servire gli ospedali delle aree rurali in modo da consentire ai pazienti con *stroke* che vi avevano accesso di poter essere sottoposti più precocemente a fibrinolisi². A livello europeo il progetto bavarese TEMPiS ha fatto scuola³.

Nella nostra realtà da diversi anni stiamo gestendo gli aspetti più rilevanti dell'emergenza attraverso una organizzazione a rete: è il caso dello STEMI e del trauma maggiore.

Altre reti sono nate per la gestione dell'ictus e delle altre patologie cerebrovascolari che richiedono un trattamento tempo-dipendente. Anche in campo cardiologico e cardiocirurgico abbiamo sviluppato un sistema di gestione integrata *hub-spoke* dove



la telemedicina assume una parte rilevante. **Il modello organizzativo *hub-spoke* è sicuramente quello che meglio si adatta alle necessità di una gestione che deve conciliare l'efficacia clinica con l'efficienza e l'ottimizzazione delle risorse.**

L'efficacia clinica è garantita dalla condivisione dei protocolli operativi che comporta una omogeneità di trattamento in tutti gli ospedali della rete e un livello qualitativo elevato nella gestione, dalle prime fasi presso lo *spoke* fino al trattamento definitivo presso l'*hub*.

L'efficienza è conseguenza di una distribuzione delle risorse differenziata e della centralizzazione dei trattamenti più sofisticati, a più elevato contenuto tecnologico e necessariamente più costosi.

Una migliore gestione clinica diventa oltretutto economicamente vantaggiosa laddove porta ad una riduzione dei tempi di ricovero, ad un miglioramento in termini di mortalità e morbilità e ad una miglior qualità di vita dopo la dimissione dall'ospedale. Numerosi studi, soprattutto nel campo dello *stroke*, hanno mostrato questi vantaggi economici a seguito dell'implementazione di una gestione in rete sul modello *hub-spoke*⁴.

Nello stesso tempo il modello organizzativo porta ad una equità di trattamento garantendo una fruibilità delle terapie migliori a chiunque, indipendentemente da quale sia l'ospedale di primo accesso. Alcune tecnologie sono nate e si sono sviluppate come strumenti per la gestione in rete dei pazienti. Mi riferisco a tutto il mondo della telemedicina che è parte integrante di molte reti di patologia, ed è fondamentale per alcune in particolare come, ad esempio, le reti per la gestione delle emergenze.

La telemedicina entra in gioco come strumento di trasmissione di immagini radiologiche, di monitoraggio in remoto di parametri clinici e di valutazione obiettiva dei pazienti.

La realtà bresciana

Nella nostra realtà bresciana la telemedicina è stata applicata dapprima alla gestione dello *stroke* ischemico all'interno di una

rete che vedeva, e tuttora vede, gli Spedali Civili come *hub* e gli ospedali delle altre ASST come *spoke*. È stata poi estesa a tutte le patologie neurologiche tempo-dipendenti che possono richiedere una valutazione neurologica, un intervento neurochirurgico oppure un trattamento di neuroradiologia interventistica in tempi rapidi. In alcune realtà il modello è stato replicato nel campo cardiologico finalizzato a problematiche che richiedono un trattamento cardiocirurgico, di emodinamica interventistica o semplicemente un consulto in tempi rapidi. Tramite la telemedicina vengono inviate immagini TC o RM, oppure filmati di coronarografie; possono essere fatte inoltre valutazioni neurologiche obiettive dei pazienti da parte di un neurologo in remoto. I risultati ottenuti sono senz'altro positivi sia in termini clinici che organizzativo/gestionali. Abbiamo incrementato la percentuale di fibrinolisi nei pazienti con ictus ischemico, ridotto i tempi per interventi neurochirurgici urgenti, migliorato la gestione di patologie cardiologiche che richiedono un trattamento urgente. Sul versante gestionale abbiamo evitato viaggi inutili per consulenze a pazienti in condizioni critiche e abbiamo evitato centralizzazioni non necessarie presso l'*Hub* di pazienti che hanno continuato ad essere cogestiti all'interno della rete, ma presso lo *spoke*, dove la supervisione degli specialisti dell'*Hub* ha garantito il più alto livello assistenziale e di trattamento.

Quali vantaggi?

I vantaggi quindi della gestione in rete dei pazienti sono molteplici. Per questo, nuovi progetti vanno implementati laddove ancora non esistono e sostenute e migliorate le realtà già presenti.

Ma affinché la rete possa dare i risultati attesi occorre che tutto funzioni all'insegna dell'efficienza e della perfetta coordinazione. Certamente gli aspetti organizzativi e gestionali sono fondamentali. Le criticità maggiori possono riguardare la collaborazione tra le figure professionali che operano in ospedali diversi, ma che devono condividere protocolli e modi di

operare e che necessitano di una attività perfettamente sincronizzata. È richiesta una omogeneizzazione dei comportamenti e una condivisione di protocolli diagnostico/terapeutico/assistenziali.

È necessaria inoltre una consapevolezza del proprio ruolo e dei doveri che ciò comporta. **L'Hub deve essere consapevole di cosa significa essere Hub e lo spoke deve essere a sua volta conscio del proprio ruolo e di cosa implichi.** Ciò non significa etichettare ospedali di serie A e ospedali di serie B, significa semplicemente riconoscere agli ospedali ruoli diversi nella gestione di patologie che vedono contemporaneamente coinvolte realtà differenti, ognuna delle quali deve saper fare la propria parte in maniera coordinata con il resto della rete. *L'hub* è il finalizzatore del trattamento quando questo implica un intervento ad esempio di neurochirurgia o di cardiocirurgia, oppure di neuroradiologia interventistica. Ma a sua volta lo *spoke* riveste un ruolo fondamentale nella gestione delle prime fasi della patologia, sia come diagnostica che come trattamento.

La collaborazione all'interno della rete può quindi proseguire anche oltre la fase iperacuta, allorché si può organizzare il *back transport* del paziente verso lo *spoke* una volta superata la fase iniziale di trattamento presso *l'hub*. Ciò può essere importante oltre che per riavvicinare il paziente al proprio domicilio anche per decongestionare *l'hub*.

“Big is better”?

Tutto ciò consente di superare anche il pregiudizio, o addirittura falso mito, del “*big is better*”. Falso mito almeno nelle nostre realtà che non sono gli ambienti rurali degli Stati Uniti o dell'Australia, dove certamente accedere ad un grosso ospedale di una grande città comporta prognosi migliori rispetto alle cure somministrate in un piccolo ospedale periferico.

Stiamo parlando di reti tra ospedali che hanno sicuramente potenzialità diverse e specialità diverse, ma che attraverso la loro collaborazione possono fornire un

risultato migliore. Lo *spoke* ha bisogno dell'*hub* e delle sue specialità, ma, a sua volta, *l'hub* ha bisogno dello *spoke* e il paziente ha bisogno che entrambi operino in maniera ben affiatata e organizzata. L'obiettivo è che il paziente abbia lo stesso tipo di trattamento e negli stessi tempi sia nel caso acceda, come primo ospedale, allo *spoke*, oppure direttamente all'*hub*. Una gestione che abbia come obiettivo quello di bypassare gli *spoke* nel campo, ad esempio, dell'emergenza, esprime una visione miope che non tiene conto delle potenzialità degli ospedali e dei risultati che può dare una rete ben organizzata.

Quali sono le aspettative per il futuro?

Certamente nella gestione della sanità futura non si può prescindere dalle reti. La collaborazione tra ospedali va implementata e migliorata e la gestione in rete dei pazienti è sicuramente un valido strumento per sperimentarla e affinarla. Non si può prescindere da questi modelli organizzativi se si vuole beneficiare di una sanità sempre più efficace ed efficiente. Sicuramente ci si aspetta che i governanti continuino a credere nella gestione in rete della salute e che continuino a legiferare con questo fine e a destinare risorse a questi progetti. Il miglioramento tecnologico degli strumenti di gestione, in particolare gli hardware e i software che gestiscono la telemedicina, rimane uno degli aspetti più critici che richiede investimenti importanti. ●

Bibliografia

1. DGR n. X/5954 del 5/12/2016: Regole di Sistema 2017. Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2017.
2. Levine SR, Gorman M. “Telestroke” : The Application of Telemedicine for Stroke. *Stroke*. 1999;30: 464-469.
3. Audebert HJ et al. Effects of the implementation of a telemedical stroke network: the Telemedic Pilot Project for Integrative Stroke Care (TEMPiS) in Bavaria, Germany. *Lancet Neurol*. 2006 Sep; 5(9): 742-48.
4. Switzer JA et al. Cost-effectiveness of hub-and-spoke telestroke networks for the management of acute ischemic stroke from the hospitals' perspectives. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2013; 6: 18-26.

I *team* multidisciplinari nell'ospedale che cambia

Raffaele Giubbini

Cattedra ed U.O. di MEDICINA NUCLEARE
Università e Spedali Civili di Brescia

Chi, come me, ha condiviso gli anni di università con l'attuale Presidente dell'Ordine ha, per motivi anagrafici, avuto la (s)fortuna di poter vivere in prima persona l'evoluzione della medicina dalla semeiologia fisica alla diagnostica strumentale.

Evoluzione in 3 fasi

Nell'evoluzione degli ultimi 40 anni possiamo sommariamente individuare tre fasi distinte: **una fase generalista** in cui prevaleva la cultura a 360° del singolo medico al quale venivano affidate in prima persona la responsabilità diagnostica ed il *decision making* terapeutico. **Il periodo dei grandi medici e dei grandi chirurghi, necessariamente "tuttologi"** e spesso con la mentalità del "primo della classe". Tutti noi ricordiamo il cosiddetto "giro" con il responsabile di sala a cui si accodavano assistenti e discepoli. Tale condizione era favorita dalle limitate conoscenze, dalla esiguità dei potenziali terapeutici sia in campo farmacologico che chirurgico che consentivano al singolo operatore di controllare l'intera potenzialità delle problematiche scientifiche e cliniche. A questa fase, durata all'incirca fino alla

fine degli anni '70, si è tumultuosamente associata **la nascita delle specialità medico chirurgiche**, favorita dal potenziamento dell'armamentario diagnostico con l'iniziale introduzione di nuove tecnologie quali la tomografia computerizzata, l'ecografia, l'angiografia, la medicina nucleare, di nuovi e potenti farmaci sul versante cardiovascolare, oncologico, nefrologico, neurologico, di nuove tecniche chirurgiche, quali la chirurgia endoscopica e laparoscopica, la chirurgia mini invasiva, la chirurgia robotica, la radiologia interventzionistica. Ogni procedura sia diagnostica che terapeutica si è arricchita di potenzialità impensabili sino a pochi anni prima, ma che per la loro complessità richiedevano personale medico e tecnico dedicato e con conoscenze superspecialistiche. Come ulteriore conseguenza abbiamo osservato una erosione progressiva delle barriere tra "clinico" e "diagnosta" entrambi consapevoli che solo dalla integrazione delle specifiche conoscenze poteva derivare una piena utilizzazione delle rispettive potenzialità. La critica prevalente a questa visione superspecialistica dell'organizzazione ospedaliera sottolineava la perdita di

una visione unitaria delle problematiche del paziente e la parcellizzazione delle conoscenze che poteva comportare una ridotta capacità di sintesi ed una sottostima delle patologie associate a quella principale. Questo limite è stato negli ultimi decenni ampiamente enfatizzato, spesso con dichiarazioni demagogiche rispetto alla unitarietà delle problematiche "dell'uomo malato" che richiedevano strumenti operativi ed organizzativi che permettessero di uscire dalla logica della sola ultraspecializzazione.

Questa legittima esigenza non può, peraltro, essere corrisposta ripercorrendo a ritroso il percorso dell'evoluzione delle scienze mediche riproponendo modelli ancestrali quali una "medicina generalista", una "chirurgia generalista" che per loro natura avrebbero dovuto garantire una visione generale e completa delle problematiche cliniche. L'integrazione delle varie competenze in unità operative multidisciplinari rappresenta, invece, la prospettiva con cui riunificare competenze di settore in una visione unitaria, coinvolgendo in modo flessibile esperti con diverse conoscenze e responsabilità.

L'acronimo MDT (*multidisciplinary team*) fa ormai parte del modello organizzativo dei paesi nord europei e rappresenta una metodologia di lavoro piuttosto che una struttura organizzativa, anche se prevede una stabile definizione operativa. Sempre utilizzando terminologie anglosassoni, anche nei nostri ospedali incominciano a muovere i primi passi ed a concretizzarsi sul piano organizzativo e gestionale *stroke units, thyroid units, lung units, breast units, heart teams* ecc. Queste aggregazioni funzionali, che dovrebbero fruire di *open space* medici o chirurgici con diversa intensità di cura, comportano riunioni su base settimanale, o bisettimanale, durante le quali i casi più complessi vengono gestiti con il contributo di varie specialità: gli esempi sono già numerosi e volendone citare alcuni si può ricordare il *tumor board* degli Spedali Civili attivo nella valutazione

di tumori gastroenterici, che si riunisce settimanalmente, in cui singoli pazienti vengono analizzati con il contributo di chirurghi con specifica esperienza in tale settore, endoscopisti, oncologi clinici, esperti di diagnostica per immagini, sia radiologi che medici nucleari, radio terapeuti, anatomopatologi.

Il gruppo LINEO gestisce con eguale organizzazione i tumori epato-pancreatici; visite congiunte definiscono i percorsi diagnostico terapeutici in soggetti affetti da neoplasie del distretto testa-collo.

La cardiologia vive del contributo coordinato di superspecialisti quali emodinamisti, elettrofisiologi, ecocardiografisti, esperti nel trattamento degli eventi acuti o dello scompenso, radiologi esperti in angiografia coronarica mediante TAC, esperti di risonanza magnetica cardiaca, cardiologi nucleari, farmacologi.

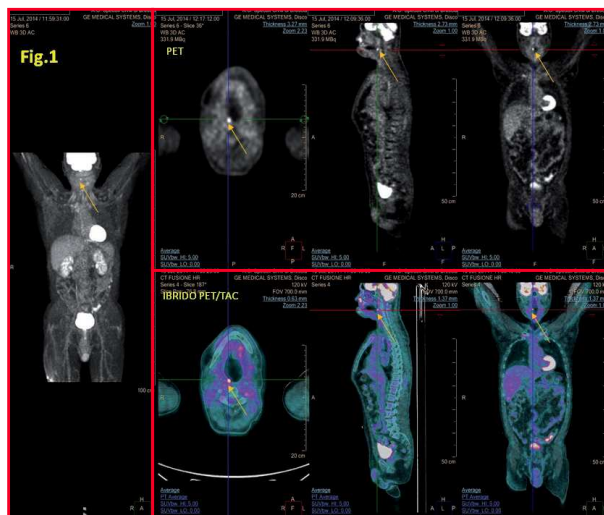
In tale contesto emerge con evidenza il fatto che la gestione del singolo paziente, sia acuto che cronico, può solo essere coordinata a livello ospedaliero, necessitando di una visione organica e multidisciplinare in relazione alla presenza di una patologia principale e di comorbilità. In tale contesto viene oggi calata una farraginoso, mal definita ed altisonante, proposta di riforma sanitaria, priva di un adeguato background culturale, che non tiene conto dell'evoluzione delle scienze mediche ma solo di modelli economici, derivati da analisi metodologicamente discutibili, anonime e mai scientificamente validate. Una definizione a *budget* della spesa sanitaria non ridurrà di certo un uso improprio delle potenzialità diagnostico terapeutiche e favorirà lo spreco di risorse generato da una visione privatistica della salute. Patologie croniche, anche se gestite prevalentemente a livello ambulatoriale, richiedono competenze super specialistiche e procedure diagnostiche e terapeutiche costose e complesse, a volte anche più impegnative di quanto richiesto nel paziente acuto. Per questo motivo la gestione di qualsiasi patologia complessa non può che

essere risolta a livello ospedaliero, con il contributo del medico di medicina generale, cui spetta la responsabilità di collaborare per la erogazione di procedure diagnostiche e di terapie concordate con il MDT.

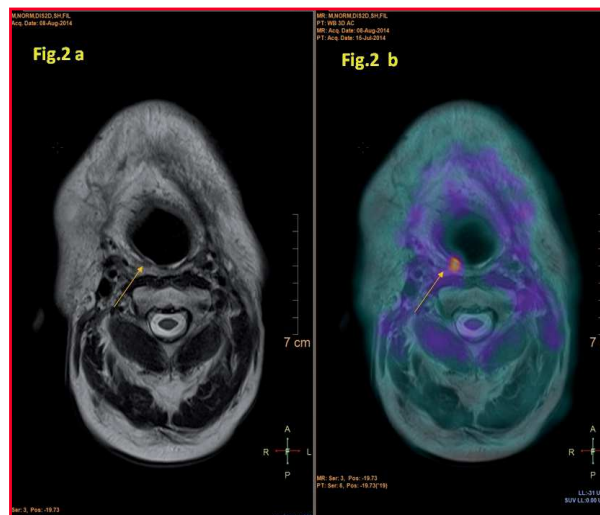
In questo contesto come è evoluta la diagnostica per immagini?

L'evoluzione tecnologica, sostenuta da una ricerca che ha visto impegnate, con ingenti investimenti, alcune tra le più importanti multinazionali del mondo ha raggiunto traguardi impensabili solo fino a qualche anno fa. I dettagli anatomici sono oggi esplorabili con tecniche tridimensionali e risoluzione submillimetrica a tutto vantaggio della diagnosi precoce. Nuovi materiali, quali i semiconduttori, hanno permesso di utilizzare rilevatori allo stato solido trasformando l'immagine analogica in immagine completamente digitale che, in associazione ai poderosi risultati dell'informatica, consentono l'applicazione di tecniche di quantificazione o la fusione di tecnologie diverse quali tomografia computerizzata, risonanza magnetica, ecografia, PET, SPECT. Nel contempo queste nuove apparecchiature hanno permesso di ridurre la dose da radiazioni ionizzanti di 4-5 volte rispetto ad apparecchiature tradizionali. A fronte di un miglioramento delle potenzialità si è verificato un parallelo incremento della complessità, con manuali di utilizzazione che raggiungono le dimensioni di vere e proprie enciclopedie. In aggiunta all'affinamento delle singole procedure si è osservata la creazione di strumentazioni ibride che integrano in una sola piattaforma potenzialità di origine diversa, quali la PET e la TAC, la PET e la risonanza, la SPECT e la TAC, per non parlare di sale ibride che offrono, simultaneamente, la possibilità di eseguire interventi chirurgici complessi unitamente a valutazioni diagnostiche ed a procedure di radiologia invasiva ed, infine, piattaforme intelligenti in grado di fondere immagini di natura diversa

in un'unica immagine tridimensionale che combina informazioni anatomiche e funzionali. Alcuni esempi sono riportati nelle figure a corredo di questa nota. Come inevitabile conseguenza si è avuta una parallela trasformazione dell'esperto in diagnostica per immagini, trasformazione che ha richiesto uno straordinario impegno individuale per il raggiungimento di conoscenze molto sofisticate, ma anche super specialistiche. Si osserva, oggigiorno, sia nei reparti di radiodiagnostica che di medicina nucleare, una redistribuzione delle responsabilità con la creazione di figure in grado di gestire al meglio le problematiche cliniche, ma che, necessariamente esprimono le loro conoscenze in specifici settori. Ad esempio neuroradiologia, radiologia della "testa e collo", radiologia epato-pancreatica, radiologia osteo-articolare, radiologia cardiovascolare, radiologia interventistica, PET oncologica, cardiologia nucleare, neurologia nucleare, radiologia senologica richiedono esperti di *imaging* dedicati che si integrano negli MDTs, condividendone il linguaggio, ma che non sono tra di loro interscambiabili. Ogni procedura è diventata particolarmente complessa, eseguibile in pochi minuti (o secondi) con macchine sempre più potenti, ma richiedendo tempi molto lunghi, dell'ordine di parecchie decine di minuti, per la refertazione. Si calcoli, ad esempio, che un radiologo deve interpretare 500-700 immagini per refertare una TAC whole body, 40-50 mammografie se l'indagine è stata eseguita con tomosintesi, un medico nucleare deve leggere centinaia di tomogrammi PET e TAC contemporaneamente. Questa progressiva trasformazione richiederebbe una ridefinizione degli organici, sostanzialmente bloccati ai tempi della radiografia del torace, dell'urografia e del clisma opaco per poter garantire una adeguata risposta alle esigenze cliniche. In carenza di questo osserviamo come apparecchiature complesse e costose siano utilizzate per una frazione delle loro

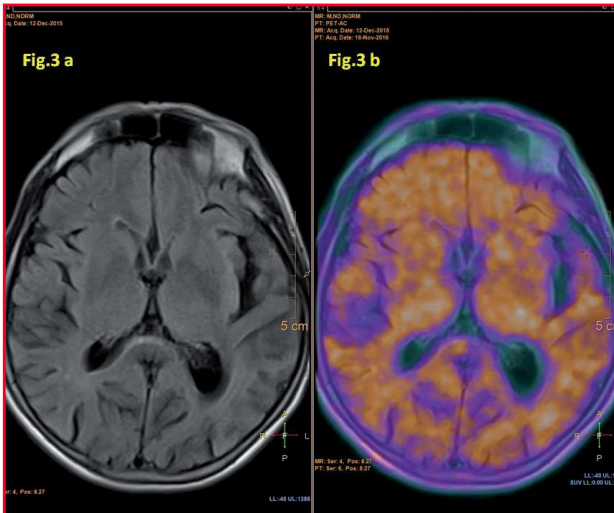


potenzialità, lasciando al privato ampi margini per compensare l'inadeguatezza dell'offerta ospedaliera e l'ampia fioritura di centri diagnostici ne è la conferma. È questo il modo di limitare la spesa e gli sprechi? Probabilmente no, soprattutto in assenza di un rigido controllo sulla appropriatezza delle prescrizioni e sulla qualità delle prestazioni erogate, sia nelle strutture pubbliche che private. Risibili controlli documentali prodotti dalle AST non sono in grado di verificare e garantire che le diagnosi siano supportate da un adeguato livello tecnologico e di conoscenze specifiche. Un triste fenomeno è rappresentato dalla necessità di ripetere esami costosi, dovuti alla inconsistenza di studi precedenti. Un aiuto in tal senso potrebbe essere garantito da una lettura combinata, attraverso il trasferimento di immagini sulla rete, cosa oggi tecnicamente gestibile anche per indagini complesse, per una "second opinion" nei casi dubbi e per controlli random, ma sistematici sulla qualità delle prestazioni. È mai stata verificata la qualità di 50-60 studi ecografici effettuati in poche ore da una sola persona o il contenuto di sequenze di risonanza di pochi minuti rispetto ad altre di 30-40 minuti, rendicontate e rimborsate in eguale misura od, ancora, chi verifica che gli studi TAC vengano effettuati con apparecchiature tecnologicamente evolute che garantiscano la riduzione della dose di radiazioni?



Conclusioni

In conclusione, tecnologie complesse e personale esperto sono oggi presenti nei nostri ospedali, ma ciò che manca è una capacità decisionale da parte di una direzione scientifica, con ampi poteri, che dovrebbe affiancare Direttore generale, Direttore sanitario, Direttore amministrativo nel definire ed ottimizzare l'attività di MDTs, oggi lasciati alla "libera spontaneità" di volenterosi e spesso contrastati da dinosauri sopravvissuti alla glaciazione. E sarebbe anche ora che le organizzazioni mediche ridiscutessero il ruolo della politica nella organizzazione e nella pianificazione strategica dell'attività sanitaria, al fine di superare i limiti di una visione economicistica (non uso volutamente il termine economia che dovrebbe prevedere rigorose conoscenze scientifiche) e burocratica che oggi soffoca la crescita degli ospedali italiani ed, ancora, sarebbe auspicabile che l'educazione sanitaria della popolazione non fosse demandata solo ad un giornalismo "poco attento" alle problematiche reali lasciando spazio ad una crescita delle "medicine alternative" che aggiungono spreco allo spreco. ●



Caso 1 - Pz sottoposto a glossectomia e svuotamento latero-cervicale bilaterale per recidiva di ca squamoso; esiti di pregresse RTT e CHT per ca ipofaringe e laringectomia. Tumefazione duro lignea orofaringea dx. La PET whole body dimostrava focale accumulo di radiofarmaco a livello della parete laterale destra dell'orofaringe (Fig. 1). Una risonanza magnetica dimostrava lesione nodulare sottomucosa del diametro di 7mm (Fig. 2a). La fusione PET - Risonanza (Fig. 2b) evidenziava come la lesione nodulare avesse un atteggiamento ipermetabolico, francamente sospetto per recidiva neoplastica.



Caso 2 - Paziente con deficit cognitivo. La risonanza magnetica dimostrava area di atrofia cerebrale (Fig. 3a). La risonanza fusa con PET con traccianti per l'amiloide dimostrava un ampio coinvolgimento cerebrale compatibile con malattia di Alzheimer (Fig. 3b).

Caso 3 - Pz con episodio di tachicardia ventricolare non sostenuta durante test da sforzo per idoneità sportiva. La TAC delle coronarie evidenziava, nel tratto intermedio della coronaria discendente anteriore, una placca focale eccentrica con rimodellamento positivo caratterizzata da un core centrale calcifico e da struttura non calcifica alla periferia; la stenosi appare subcritica (Fig 4). L'immagine 3D di fusione tra angio CT e SPECT miocardica con tracciante di perfusione evidenzia la presenza di ischemia (colore bleu) a valle della stenosi documentando, invece, la criticità della lesione coronarica sul piano funzionale (Fig. 5).



La chirurgia e l'ospedale che cambia

Storie e paradossi di uno scenario in evoluzione

Testo a cura di Lisa Cesco
giornalista

Forum con i rappresentanti della chirurgia bresciana
Lunedì 9 ottobre 2017

Sempre più specializzati ma capaci di integrazione con le altre figure della cura. Stretti fra budget e performance ma competenti a gestire pazienti anziani con fragilità sociali, e preparati a far fronte a un alto rischio di contenziosi. Nell'ospedale di domani i "bisturi" dovranno misurarsi con un orizzonte sempre più complesso. Abbiamo dato spazio alle loro considerazioni.

Hanno partecipato:

Gianpaolo Balestrieri, Direttore responsabile di Brescia Medica

Ottavio Di Stefano, Presidente Ordine dei Medici di Brescia

Germano Bettoncelli, Medico di medicina generale e responsabile Commissione Cultura dell'Ordine

Roberto Farfaglia, Direttore Chirurgia Generale, ospedale di Manerbio, Asst del Garda

Uberto Fumagalli Romario, Direttore Chirurgia Generale 2, Asst Spedali Civili di Brescia

Nazario Portolani, Ordinario di Chirurgia Generale, Università degli Studi di Brescia, direttore Chirurgia Generale 3 Asst Spedali Civili di Brescia

Edoardo Matteo Rosso, Direttore Chirurgia Generale, Fondazione Poliambulanza, Brescia

C'era una volta il chirurgo, figura ieratica dalle mani sapienti, capaci di fare diagnosi al semplice tocco dell'addome. Protagonista unico e indiscusso del teatro operatorio, fedele al dogma dell'infallibilità, al suo bisturi veloce ed esperto stava appeso il destino del paziente. Quel paziente che il chirurgo, non troppo generoso nelle parole, amava avvicinare

in modalità sterile, già accarezzato dai bagliori della lampada scialitica. Oggi quel chirurgo non esiste più, perché la tecnologia ha radicalmente modificato le modalità diagnostiche, e il contesto sanitario sempre più complesso rende necessaria un'interazione continua con le altre figure professionali. L'evoluzione della medicina ha messo all'angolo l'immagine

del chirurgo onnisciente a favore di una marcata specializzazione, e i pazienti, sempre più informati, chiedono e vogliono interagire, possibilmente vis à vis. Il cambiamento

in atto nell'universo della chirurgia è un paradigma indicativo delle più ampie trasformazioni che sta attraversando l'ospedale moderno, e può offrire indizi rilevanti sulle priorità che attendono l'ospedale del futuro.

Per questo abbiamo chiesto a quattro chirurghi tra i più rappresentativi del panorama bresciano di raccontarsi, e raccontarci come vedono questa fase di evoluzione, partendo dalla loro esperienza personale. Quattro figure con storie molto diverse fra loro. Roberto Farfaglia, che da un ospedale centrale come il Civile è stato chiamato a misurarsi con il contesto di un ospedale più periferico come quello di Manerbio. Uberto Fumagalli Romario che ha sperimentato il passaggio da un ospedale privato accreditato della "grande Milano" (è stato responsabile della sezione di Chirurgia Esofago-Gastrica dell'Istituto Clinico Humanitas di Rozzano) a un ospedale pubblico quale il Civile di Brescia. Nazario Portolani che ha potuto osservare il mondo della chirurgia da due fondamentali - ma non sempre convergenti - angolazioni: quella accademica in Università e quella clinica della vita di reparto. Edoardo Matteo Rosso, "cervello in fuga" che per realizzare il sogno di fare il chirurgo è dovuto volare da Torino a Strasburgo, al prestigioso Hôpital Hautepierre, riferimento nella chirurgia epato-bilio-pancreatica e trapianti, e solo di recente - complice la chiamata di Poliambulanza - ha fatto ritorno in Italia con un bagaglio di expertise di assoluto rilievo.

➔ La chirurgia ieri, oggi e domani

«Nel numero di BresciaMedica dedicato all'ospedale che cambia si è deciso di interpellare i responsabili di alcune realtà più rappresentative della chirurgia sul nostro territorio per restituire la complessità di visione dell'ambiente chirurgico -



afferma Balestrieri - Partendo quindi da uno sguardo al passato della chirurgia, a come l'avete vissuto, per arrivare al presente e immaginare il futuro, come è cambiata la vostra esperienza professionale, e come vedete i mutamenti in atto sia nelle tecniche chirurgiche sia nella popolazione, sempre più anziana? Come valutate il rapporto con la medicina interna e la geriatria nella cura dei pazienti chirurgici?». «Quelli che poniamo sono interrogativi di scenario, che si propongono una disamina aperta dell'ospedale com'era, com'è e come sarà - è la premessa metodologica fatta dal presidente Di Stefano - senza nessuna velleità di concentrarsi esclusivamente sulle criticità dell'ospedale attuale».

Farfaglia: «Il mio percorso professionale è stato particolare, ho iniziato nell'ambiente universitario, poi per circostanze casuali mi sono spostato nel contesto ospedaliero, e da ultimo sono passato da un grande ospedale centrale come il Civile a un ospedale di ottimo livello come quello di Manerbio. Ci sono differenze importanti da un "hub" a una struttura più piccola, dove cambia in modo radicale il rapporto con i pazienti, perché si è più esposti personalmente e si è chiamati a rispondere in modo più puntuale alle esigenze del territorio: una sfida che costringe a rivedere l'approccio col paziente, ma anche con il medico di medicina generale, i caregiver e in generale le figure che ruotano attorno al malato. Guardando indietro, un tempo il chirurgo era in un certo senso "onnipotente" perché da solo aveva in mano il destino

del paziente, l'approccio era puramente clinico e la chirurgia gravava più su scelte individuali. Ora è cambiata radicalmente la diagnostica, arriviamo all'intervento con variabili minime e la tecnologia ci aiuta moltissimo. Altrettanto determinante è stato il passaggio di relazione e umano che ha portato a un rapporto sempre più diretto e condiviso con chi si fa carico del paziente prima e dopo l'intervento. Riguardo al futuro, lo vedo fortemente segnato dalla sostenibilità del sistema. È indiscutibile che qualche cambiamento vada messo in atto, temo però che sia destinato a gravare maggiormente sulle strutture non centrali, con un "peso" che si intensificherà quanto più ci si sposterà in periferia».

Portolani: «Il carisma di cui era circondata la figura del chirurgo ora si è del tutto perso. I pazienti sono molto più informati, sentono più pareri prima di fare una scelta, e questo ritengo sia positivo. Ma c'è anche molta più competizione di una volta, legata spesso a fattori economici, che porta talvolta a farsi pubblicità indebita o a screditare i colleghi, e questo lo reputo negativo.

Il chirurgo non è più l'unico attore della scena, le diverse figure della cura hanno acquisito pari dignità, c'è più collaborazione e facilità di parlarsi, ci si confronta nei gruppi multidisciplinari. Un'integrazione sempre maggiore che ci proietta verso la chirurgia personalizzata. Quanto alle nuove tecnologie, sono importanti quando sono utili per il paziente, non per il chirurgo.

Restano due scogli: il contenzioso medico-legale sempre più accentuato e da cui nessuno esce indenne, con il rischio di un sensibile incremento della medicina difensiva, e la riduzione dei finanziamenti, soprattutto per le attrezzature, che si registra ogni anno e rischia di rappresentare un grosso problema per il futuro. Quanto invece alla prospettiva di ridefinizione del ruolo dell'ospedale, non la ritengo penalizzante e credo andrebbe valutata senza tabù».

Fumagalli: «La mia esperienza si lega al passaggio da una struttura privata, in cui



ho lavorato a lungo, a un grande ospedale pubblico. C'è un'indubbia differenza fra la sanità privata e pubblica, a partire dalle modalità organizzative: il privato "cerca" i pazienti, organizza la fase diagnostica, ottimizza i diversi passaggi per arrivare all'intervento nel minor tempo possibile, nel segno di una maggiore efficienza. Il pubblico è un universo molto differente, perché è chiamato a dare risposta ai bisogni complessivi della sanità locale, e spesso deve sostenere dei fabbisogni superiori alla stessa capacità di risposta dell'ospedale. Le dimensioni della struttura - come i 60 letti della Chirurgia - sono un aspetto non facile da governare. Complessa anche la popolazione di riferimento, che si caratterizza per comorbilità maggiori ed età avanzata, con conseguenti necessità specifiche, ad esempio quella della pre-riabilitazione.

In questo panorama diventa imprescindibile l'integrazione dei percorsi clinici all'interno del singolo reparto con figure mediche, infermieri, anestesisti, ma anche con le figure attive fuori dal reparto, per una risposta multidisciplinare ai bisogni.

Al chirurgo si chiede di essere sempre più specializzato, perché non può più esistere l'onnisciente e l'onni-facente. Un aiuto importante arriva dalla tecnologia applicata alla chirurgia, che ha favorito cambiamenti enormi negli esiti, nella qualità dell'assistenza e nella minore durata

dei ricoveri. Resta un limite importante, quello della valutazione delle performance e degli outcome complessivi: la riduzione della durata dei ricoveri, delle complicanze postoperatorie, la ripresa di una ottimale qualità di vita, i tempi di rientro al lavoro sono aspetti importanti che ad oggi non rappresentano ancora parametri di valutazione e confronto».

Rosso: «Quando ho iniziato era più semplice: l'obiettivo era operare il paziente e far sì che uscisse vivo dalla sala operatoria. Oggi la visione è molto diversa e gli stessi pazienti sono completamente cambiati. Con la chirurgia complessa non puoi "perdere di vista" il paziente, devi seguirlo con continuità costruendo un percorso *step by step* che richiede una solida organizzazione territoriale. Pensiamo ai pazienti che devono fare la chemioterapia prima, poi l'intervento, poi ancora la chemio e il follow up: se non puoi garantire loro questo percorso, il tutto ha poco senso. Bisogna partire dal territorio e tornare sul territorio, questo lo stiamo imparando adesso.

In questo senso il fenomeno della "migrazione sanitaria" di pazienti dal sud al nord Italia - quei malati che operi e che poi non vedi più - è una distorsione del sistema. Il percorso circoscritto al paziente che entra per l'intervento ed esce dall'ospedale è una prospettiva oggi insufficiente. L'intervento in sala operatoria, che può indubbiamente essere di alta qualità, va però inserito in un percorso più ampio, di cui è uno degli elementi. Il paziente va "monitorizzato" prima e dopo, per settimane e mesi. Solo così puoi capire se il tuo intervento è stato davvero un buon lavoro».

➡ I due volti della chirurgia: superspecializzata, ma attenta alle fragilità sociali

Di Stefano: «Se da un lato è migliorata l'integrazione in ambito specialistico, dal territorio arriva in ospedale un malato sempre più anziano e complesso. E anche se dal punto di vista chirurgico

l'intervento non è complicato, la situazione polipatologica del malato può diventare problematica».

Balestrieri: «Oggi la chirurgia conosce una spiccata specializzazione, con conseguenti punti di forza e criticità. Abbiamo assistito alla gemmazione dalla chirurgia generale - come avvenuto per la medicina interna - di branche divenute autonome (chirurgia toracica, cardiocirurgia, chirurgia vascolare, ecc.), ma soprattutto al maturare di un'attenzione delle équipes chirurgiche verso campi specifici, si pensi alla chirurgia gastroenterica, del fegato, pancreas, mammella, tiroide, solo per fare alcuni esempi. Come vedete queste evoluzioni?».

Bettoncelli: «A questi aspetti di cambiamento se ne aggiunge un altro, la riduzione dei posti ospedalieri e delle degenze: che organizzazione sul territorio è necessaria, a vostro parere, per seguire il paziente dimesso in fase di non completa guarigione? Come vedete l'idea di un chirurgo che "esce" sul territorio?».

Farfaglia: «È indubbio che in ambito chirurgico non possiamo "tutti fare tutto", ma è opportuno seguire delle linee di differenziazione in base alle attitudini e competenze presenti nel gruppo di lavoro. A Manerbio, ad esempio, si è puntato sulla laparoscopia, e sulla consapevolezza che la qualità deve essere leggibile e concreta: la fiducia e la stima dei pazienti deriva dai risultati.

Riguardo invece alla tipologia dei malati, il mio paziente medio è inevitabilmente cambiato rispetto a quando ero al Civile, ora mi rapporto a un'utenza più rurale che manifesta difficoltà verso la "centralizzazione". Ma soprattutto devo misurarmi con aspetti un tempo marginali, come quelli di fragilità sociale. "Vive da solo, dove abita, ha figli vicini?" sono domande che prima nessuno faceva mai, e che oggi sono di routine davanti a un paziente anziano, così come il confronto con familiari, medico di medicina generale, professioni non mediche, Unità di cura per subacuti. Si sta sviluppando una cultura

nuova, e riconosco che questo percorso sia più facile da sviluppare in un ospedale più a misura d'uomo, dove l'organizzazione è più duttile».

Portolani: «Il “dopo” è l'aspetto più carente dell'organizzazione ospedaliera. Nei reparti di chirurgia non si ha più a che fare solo con le massime questioni “di vita o di morte”, ma ci si deve confrontare anche con la perdita di indipendenza di un paziente anziano, oppure con l'impossibilità dei familiari di accudirlo, o con l'assenza di qualcuno a casa che ci porta a rivalutare per necessità la degenza post operatoria. Si tratta purtroppo di aspetti non adeguatamente compresi, così come l'importanza della valutazione geriatrica, che oggi rimane assolutamente occasionale».

Bettoncelli: «Proviamo a immaginare il caso concreto di un paziente per cui si renda necessario attivare l'Adi (assistenza domiciliare integrata). Viene fatta richiesta a un “pattante”, ovvero un'organizzazione che offre servizi, e che può assicurare anche un chirurgo che vada a vedere il malato una volta a casa. Potrebbe trattarsi di uno specialista non proveniente dalla struttura che ha avuto prima in cura il paziente. Questo potrebbe costituire un disagio per il paziente, secondo voi?».

Portolani: «Sarebbe più coerente che fosse la struttura che ha operato il paziente a seguirlo anche nella fase post dimissioni, magari ragionando su una disponibilità telefonica del chirurgo che lo aveva in carico, in dialogo costante con il medico di medicina generale e gli operatori del territorio. Il discorso della rete torna anche nell'organizzazione all'interno dell'ospedale: anche se sei tecnicamente idoneo, se manca la “cornice” intorno a te puoi essere meno performante. Penso ad esempio al tema delle complicità, e al ventaglio di servizi che servono in affiancamento alla chirurgia: l'angiografista reperibile, l'endoscopista, la Rianimazione. È tutto quello che entra in questa rete a

determinare il risultato. Ed è importante che ci siano standard qualitativi uguali nell'ospedale della grande metropoli come nel piccolo centro».

Fumagalli: «Gli aspetti sociali sono sempre più rilevanti nell'approccio al paziente, al Civile, ad esempio, ci confrontiamo con un “case mix” che è più complesso. Credo che l'ospedale debba essere sufficientemente conscio di questo tema e cercare di offrire delle risposte, anche se i tempi non saranno brevi. Riguardo invece al tema della centralizzazione, l'accettazione di un paziente in un ospedale che non è il suo di riferimento può innescare inevitabili problemi sociali ed economici, dovuti a distanze ed organizzazione familiare. È un passaggio complesso, che richiama l'attenzione anche sul rischio di togliere le competenze al centro periferico per la gestione dei casi urgenti. Dall'altro lato, tuttavia, è indubbio che la presenza di poli ospedalieri di riferimento porta vantaggi di economia sanitaria: è ormai dimostrata la relazione (inversamente proporzionale) tra la mortalità e il volume di attività ospedaliera in un determinato settore, soprattutto negli interventi maggiori. Ciò avviene anche grazie a una migliore gestione delle problematiche post operatorie, perché si ha esperienza di quanto può succedere e si è in grado di rispondere al meglio».

➔ **L'Italia non è un paese per chirurghi?**

Rosso: «Una dicotomia rilevante si manifesta fra due aspetti fondamentali del contesto ospedaliero: la funzione più squisitamente clinica, ovvero il volume degli interventi, e l'organizzazione che deve appoggiare e accompagnare queste attività. Se hai un consistente flusso di pazienti ma non hai l'organizzazione dietro, non avrai buoni risultati. Non a caso le strutture a volume più elevato non sempre sono le più performanti, perché le punte di attività chirurgica possono non coincidere con le punte

organizzative. E invece per lavorare bene è essenziale che questi due aspetti siano convergenti.

Un altro aspetto su cui è opportuno soffermarsi è quello della concorrenza: io ritengo che se c'è concorrenza fra di noi è difficile costruire un percorso comune, perché questo elemento porta a collaborare solo fino a un certo punto. Per la loro delicatezza sarebbe necessario che i processi collaborativi che coinvolgono pubblico e privato venissero mediati dal punto di vista istituzionale.

Più in generale, dal punto di vista di chi, come me, ha vissuto diverso tempo all'estero, l'Italia appare come il paese con il più alto tasso di conflitto di interessi, e sotto questa luce penso che il problema sia innanzitutto politico: nel nostro Paese non c'è equidistanza, addirittura non ci sono le stesse possibilità all'interno della stessa Regione».

Fumagalli: «Per una vera concorrenza ci vorrebbe una valutazione oggettiva dei risultati, che andrebbe fatta su parametri specifici, come misuratori di processo e di esito».

Portolani: «Aggiungo una considerazione: in un sistema come il nostro con risorse "finite" si arriverà a dare agli stessi ospedali un numero massimo di prestazioni. Per chi governa il sistema si tratta solo di un problema economico. E sotto questa angolazione non è difficile ipotizzare che verranno privilegiate le strutture meno costose per il sistema, non le più valide. Le strutture periferiche saranno quelle più nel



mirino, perché se non rispondono agli standard rischieranno la chiusura».

Bettoncelli: «Nel nostro sistema in cui convivono sanità pubblica e privata che spazio potranno avere le assicurazioni private?».

Portolani: «Da noi non è mai decollato il sistema delle assicurazioni, e non credo che il futuro sarà "all'americana", anzi penso che sarà il sistema americano ad avvicinarsi al nostro, cioè al modello del sistema sanitario universale. Resterà il problema della riduzione dei fondi per la sanità, e questo porterà il sistema ad orientarsi su un'organizzazione che porta a risparmiare».

Farfaglia: «La concorrenza, se puramente economica, è negativa, ma ce n'è un'altra che è positiva. In una prospettiva economica c'è una certa pressione sulla produzione, viene assegnato un budget e su quello si è monitorati. C'è però una concorrenza che è positiva: quella sulla qualità dei risultati, che ti spinge a confrontarti con chi ne ha di molto buoni, in una prospettiva di miglioramento continuo. In quest'ottica il Piano Nazionale Esiti di Agenas potrebbe restituirci indicatori di qualità, ma il contesto da valutare è complesso e non sempre i numeri tornano».

Rosso: «Giudicare gli esiti è molto difficile, ad esempio individuare degli indicatori precisi per patologia è un processo niente affatto banale: da tre anni stiamo cercando di farlo per il colon-retto, strutturarsi per farlo non è semplice».

➔ **Una professione sempre meno attrattiva, che richiede amore incondizionato**

Balestrieri: «Cosa direste a un giovane laureato che pensi a un futuro professionale nell'ambito della chirurgia? Gli ostacoli oggi non solo pochi, dalla complessità della formazione alla gravosità del lavoro quotidiano, dallo squilibrio di genere al peso del contenzioso medico legale».

Portolani: «In realtà stiamo assistendo a un riequilibrio di genere, con una crescita del numero delle dottoresse che vediamo anche nella nostra Scuola di specialità. Resta il fatto, segnalato dalla stessa Società di Chirurgia generale, che l'attrattività della professione del chirurgo è sempre più bassa, complice il rischio contenzioso, l'impegno richiesto, i turni faticosi: sarà una disciplina sempre meno appetibile».

Rosso: «Il nostro è un mestiere di prima linea. Portando agli estremi questa metafora, possiamo dire che siamo lì per farci sparare in faccia».

Fumagalli: «Fare il chirurgo è uno dei mestieri che ti dà le maggiori soddisfazioni, anche se è pesantissimo. A un neolaureato consiglieri di stare agganciato all'ambiente universitario e di fare esperienze all'estero».

Farfaglia: «Per scegliere questo lavoro oggi bisogna essere davvero innamorati della chirurgia».

Di Stefano: «Con la nuova legge sulla responsabilità medica sono state introdotte novità rilevanti, ad esempio dal punto di vista ospedaliero il rapporto contrattuale è tra il paziente e l'azienda, e questo potrebbe essere una limitazione alle richieste risarcitorie nei confronti del professionista.

Determinante poi è l'introduzione del concetto di risk management: potrebbe contribuire a ridurre le specialità a rischio?».

Portolani: «È ancora presto per valutare, l'ultima richiesta di risarcimento l'ho ricevuta proprio stamattina, fortunatamente non riguardava me. Il disagio del rischio contenzioso resta una sensazione diffusa che permea tutta la professione».

Rosso: «Si diceva che i giovani non si iscrivono più alle specialità chirurgiche: io ritengo che questo sia un dato estremamente positivo, perché con meno chirurghi si creeranno dei vuoti, e questo renderà più preziose le persone, favorirà una maggiore attenzione alla formazione. Lo dico anche alla luce della mia esperienza personale, che mi ha portato all'estero perché in Italia non avrei mai avuto la possibilità di avviarmi alla carriera chirurgica.

Per il futuro ritengo che si debba andare verso un assetto con meno chirurghi e équipe più piccole, perché quando c'è una gestione ottimale il numero di professionisti necessario è più basso. Mentre ora accade che li si utilizzi in modo improprio, per incombenze legate agli adempimenti burocratici e altre attività simili. In questo senso il nostro è un Paese paradossale...».

Fumagalli: «La nostra sanità è molto più avanti di tante sanità straniere, purtroppo viene gravata da dei carichi che non dovrebbero esserci. C'è poi il problema delle norme che rendono difficile l'organizzazione del lavoro e la formazione, ad esempio non è facile far operare gli specializzandi, dando loro l'opportunità di confrontarsi con la chirurgia sul campo».

Portolani: «Per operare un'appendice acuta è necessaria la presenza di due strutturati e uno specializzando: è evidente che deve cambiare l'impianto normativo e devono ridursi i vincoli legali. Deve, in una parola, cambiare l'impostazione di sistema». ●

La Cardiologia e l'ospedale che cambia

Proposte per un nuovo modello di struttura complessa

Testo a cura di **Lisa Cesco**
giornalista

Forum con i rappresentanti della cardiologia bresciana
Venerdì 13 ottobre 2017

Un reparto di Cardiologia è come un'orchestra i cui componenti devono suonare a tempo. A volte bisogna correre, per limitare i danni negli eventi tempo-dipendenti. Altre volte è necessario saper rallentare, per fare sintesi fra bisogni, obiettivi e risorse, a beneficio del paziente. In un contesto sempre più complesso, la risposta è nel confronto all'interno dell'équipe

Hanno partecipato:

Gianpaolo Balestrieri, Direttore responsabile di Brescia Medica

Ottavio Di Stefano, Presidente Ordine dei Medici di Brescia

Claudio Ceconi, Direttore U.O. Cardiologia ospedale di Desenzano del Garda, ASST del Garda

Claudio Cuccia, Direttore Dipartimento Cardiovascolare e responsabile U.O. Cardiologia Fondazione Poliambulanza

Marco Metra, Professore Ordinario di Malattie dell'Apparato Cardiovascolare, Università degli Studi di Brescia, Direttore Unità Complessa di Cardiologia ASST Spedali Civili di Brescia

«Prima o poi tutti passano da me». È una certezza che almeno una volta ha sfiorato i pensieri di ogni cardiologo. Perché le malattie cardiovascolari hanno un'ampia prevalenza nella popolazione, e nessuno può dirsi al riparo dai molteplici fattori di rischio che entrano in gioco nelle "questioni di cuore". Se il lavoro dei cardiologi è destinato a crescere, la cardiologia rappresenta un modello da indagare nella

prospettiva di un ospedale che cambia, perché è un esempio di struttura complessa, in cui convivono molteplici "anime" e specializzazioni, l'urgenza e la routine clinica, la tecnologia avanzata in ambito diagnostico-terapeutico e la difficoltà di far dialogare figure e servizi fra loro diversi. Punti di forza e criticità che Brescia Medica ha voluto approfondire attraverso il confronto con tre interlocutori esperti.

➔ **Il cardiologo generalista, un personaggio in cerca d'autore**

«La Cardiologia rappresenta un reparto emblematico nella prospettiva dell'ospedale che cambia, e può offrire un contributo importante nel delineare i contorni dello scenario che si va evolvendo: per analizzare queste tematiche abbiamo invitato i responsabili di alcune realtà più rappresentative della cardiologia sul nostro territorio», afferma Balestrieri. «La cardiologia di oggi è molto differente dalla cardiologia di ieri, abbiamo assistito in particolare allo sviluppo progressivo delle specializzazioni (come l'emodinamica, l'elettrofisiologia e aritmologia, l'interventistica), una crescita che porta con sé vantaggi, ma anche possibili limiti.

Ma in un moderno reparto di Cardiologia, tenuto conto di questo contesto di alta specializzazione, può esistere ancora il cardiologo generalista?».

Cuccia: «Ritengo di sì, e sono convinto della necessità di rivalutare la figura del cardiologo clinico, una figura capace di trovare la quadra su tante tematiche, che sa mediare tra la clinica e la tecnologia, perché ha piena conoscenza delle diverse implicazioni che ne possono derivare. Un valore aggiunto, quindi, che si affianca ai medici super-specializzati, l'emodinamista, l'elettrofisiologo, che hanno enormi responsabilità, una competenza approfondita, ma necessariamente centrata sulla loro materia. Valorizzare il cardiologo clinico significa dar ruolo a una figura che sappia "fare sintesi" a beneficio del paziente, un paziente sempre più complesso che transita in reparti sempre più specializzati, una figura insomma che sappia mantenere la rotta nella giusta direzione, l'interesse del paziente».

Cecconi: «Nella temperie di tecnicismi che sperimentiamo oggi, in cui ogni cosa si riduce a un valore metaforico di 140

caratteri, credo che la presenza di una figura capace di un efficace giudizio clinico sia un punto di forza innegabile. Poter recuperare un ruolo con queste capacità peculiari, che devono saper dialogare con il contesto contemporaneo, credo sia ciò che può fare la differenza, in ambito ospedaliero, tra un posto qualsiasi e un posto buono».

Metra: «Parto con un dato autobiografico: io sono un cardiologo generalista. E rilevo che la cardiologia, oggi, si sta evolvendo secondo prospettive, sotto molti aspetti, "divergenti". Stiamo assistendo a uno sviluppo marcato dell'aspetto tecnologico, soprattutto negli ambiti dell'emodinamica interventistica e dell'elettrofisiologia. Pensiamo che importanti malattie valvolari, come la stenosi aortica o l'insufficienza mitralica, sono oggi correggibili per via transcutanea e pensiamo agli enormi passi avanti della terapia dell'insufficienza cardiaca con dispositivi, resincronizzazione ventricolare e defibrillatori automatici, nonché all'introduzione di nuovi pacemaker senza elettrocaterteri, o al trattamento elettrico della fibrillazione atriale, o ai progressi della telemedicina. Queste metodiche si sono sviluppate per offrire risposte a malattie cardiovascolari che stanno assumendo sempre maggiore importanza, come l'insufficienza cardiaca, la fibrillazione atriale, le malattie valvolari degenerative. Tutte queste condizioni sono in aumento ed il loro incremento è dovuto al fatto che sono tipiche degli anziani e stiamo assistendo a un progressivo invecchiamento della popolazione generale.

Da un lato, quindi, lo sviluppo tecnologico tenderebbe a fare del cardiologo una specie di chirurgo, che si limita a eseguire una procedura e a dimettere il paziente. Dall'altro lato, però, è aumentata la complessità dei pazienti, la loro età e il peso delle comorbidità, e questo rende imprescindibile la necessità di una valutazione di tipo clinico con competenze anche di tipo, ad esempio, geriatrico. Sempre più procedure, oggi,

vengono eseguite su pazienti sempre più gravi e con numerose comorbilità, diabete, broncopneumopatie, insufficienza renale, neoplasie, malattie neurologiche. Quando, ad esempio, diventa possibile eseguire una sostituzione valvolare aortica per via percutanea in una persona ultranovantenne, questo non può prescindere da una valutazione generale e da una presa in carico complessiva della persona».

Cuccia: «Il cardiologo clinico, infatti, non può né deve controllare esclusivamente l'ambito cardiologico, la malattia specifica del cuore. Il cuore è un organo inserito in un sistema complesso, un sistema tanto più coinvolto quanto più grave è la patologia che assale il cuore: questa è la ragione per la quale il cardiologo clinico va visto come un sorta di direttore d'orchestra, un medico che conosca l'intero spartito che traccia la malattia, composto da patologie che si sviluppano in parallelo, e mi riferisco alle malattie nefrologiche, alle pneumologiche, alle diabetologiche e alle internistiche in genere».

Cecconi: «Deve essere una figura che "sa", non necessariamente "sa fare". Un ruolo capace di guidare il gruppo e farlo crescere, intervenendo nei momenti critici. Calato nella pratica, competente a tenere insieme la tecnologia pervasiva dell'oggi con il nodo di costi e risorse. Uno che ha sempre presente la visione d'insieme».

Balestrieri: «Avete disegnato una figura che è il leader del gruppo. Tuttavia ricordo nella mia esperienza che chi rimaneva "in sala" era considerato come qualcuno che era "rimasto indietro": non gli si riconosceva una crescita. Perché l'aspirazione era saper fare cose di livello sempre più alto e focalizzato. Questo vale a maggior ragione per la Cardiologia e le sue équipes specializzate di intensivisti, elettrofisiologi, emodinamisti. Come superare questa antinomia, e quale dovrebbe essere il percorso formativo per selezionare la figura del cardiologo clinico?»

➔ La vera sfida è fare sintesi

Cecconi: «Negli anni Ottanta "conoscenza" significava avere tante fotocopie, perché voleva dire avere accesso alle riviste scientifiche, poterne avere a disposizione i contenuti più importanti. Oggi conoscenza non è più una massa di carta, ma la capacità di raggiungere tutte le informazioni utili, confrontarle con quanto ci dice la persona che abbiamo di fronte e utilizzare la propria esperienza per comprendere cosa succede in quel momento a quella persona: ovvero entrare in contatto con i casi reali, vedere e fare sintesi».

Cuccia: «Partiamo da una considerazione di fondo: viviamo una fase storica di sviluppo tecnologico travolgente, che è di competenza di figure "tecniche". Queste figure, giocoforza orientate verso una singola direzione, devono avere l'umiltà di confrontarsi, innanzitutto tra loro, perché la tecnica non divenga fine a se stessa, e poi con i colleghi che governano il percorso del paziente. C'è stato un tempo in cui il confronto non esisteva, il confronto era addirittura inteso come un affronto. Ora, fortunatamente, non è più così. Faccio l'esempio di quanto accade nel mio reparto: abbiamo lasciato - e voluto! - che la tecnologia si sviluppasse al massimo delle proprie potenzialità, abbiamo valorizzato la figura professionale dei superspecialisti in ambito medico e anche in quello infermieristico - i sonographer, per esempio, il tecnico esperto in ecografia. In questo contesto, però, la sintesi del problema la devono fare tutti i medici insieme, e i cardiologi clinici in testa. Perché lo scopo è giudicare l'intero ciclo diagnostico e terapeutico svolto sul paziente, ne va definito l'obiettivo - sopravvivenza, libertà dalla malattia, qualità di vita - e al contempo ne va misurato l'esito».

Di Stefano: «Spesso chi è impegnato in una superspecialità non ha tempo

materiale per fare altro: per chi deve dedicarsi a un settore specifico non è possibile coltivare una visione "generalista". Ma stando così le cose, la figura del cardiologo in grado di fare sintesi non rischia di "spegnersi"?

Balestrieri: «Aggiungo un ulteriore elemento di analisi: l'evoluzione della cardiologia ha qualche elemento in comune con la medicina interna, perché un internista di "serie A" era considerato chi sapeva tutto su un ramo specifico. Specularmente la tradizione internistica, quella delle diagnosi difficili, veniva a smarrirsi (un aspetto ora in parte recuperato alla luce dei pazienti complessi che abbiamo di fronte). Per una fase anche la cardiologia è stata un po' così. Come può emergere, oggi, la figura del clinico?».

Metra: «La figura del cardiologo generalista è resa indispensabile proprio dallo sviluppo delle nuove tecnologie e dall'evoluzione delle patologie che siamo chiamati a trattare. Pensiamo all'infarto: quarant'anni fa riguardava molto spesso soggetti relativamente giovani, in piena attività lavorativa. Ora, la cardiologia moderna sta subendo un cambiamento radicale che deriva dalla progressiva riduzione della cardiopatia ischemica, grazie alla prevenzione, mentre aumentano invece le malattie legate all'invecchiamento o a condizioni dismetaboliche: di fronte a un paziente-tipo che è anziano e con malattie concomitanti riacquista importanza la necessità di integrare le diverse condizioni di rischio del paziente. A questo si giunge con un lavoro di equipe, quello che, con uno di quei termini tanto spesso abusati per risolvere ogni situazione, viene chiamato "heart team". Al di là di questo, mi sembra che però si stia rendendo sempre più necessaria, e richiesta, una figura capace di valutare clinicamente l'indicazione ad una determinata procedura, valutandone i potenziali vantaggi, i rischi, ed il ruolo di quella patologia nel contesto di tutti i problemi che affliggono quel singolo paziente.

Riacquista quindi importanza il ruolo del clinico. La prospettiva su cui bisogna proiettarsi è quella di una Cardiologia aperta, dove i trattamenti vengono valutati con un contributo multidisciplinare, attraverso il confronto fra diversi specialisti. Sarebbe davvero pericoloso limitarsi alla semplice procedura».

Cecconi: «Oggi il quadro di riferimento è in continua evoluzione: si sono evolute le tecniche, è mutata perfino la cornice di filosofia della scienza. Anche la medicina ha acquisito un'organizzazione di lavoro molto diversa, che ora avviene per processi, ed è basata sul lavoro di gruppo. La vera sfida, oggi, è fare sintesi fra bisogni, risorse e metodo di lavoro, in un sistema che si mantenga armonico. Sotto questa angolazione la legge 23 di riforma del sistema sanitario regionale ha aspetti che mi piacciono, in particolare il passaggio da una logica erogativa (quantità) a una logica di presa in carico (efficacia)».

➡ Il passista e lo scalatore: due ruoli, una sola grammatica

Cuccia: «Il cardiologo clinico o generalista - il "passista" che pedala con costanza su lunghi percorsi - ha l'obbligo di non lasciarsi staccare dal tecnico, lo "scalatore" che va veloce in salita. Ora che le immagini la fanno da padrone, ad esempio, il cardiologo clinico deve essere in grado di leggerle, queste immagini - un'angiografia, un esame ecocardiografico, una programmazione di un pace-maker -, deve saperle interpretare, deve insomma conoscere la lingua dei tecnici per poter parlare con loro. Se torniamo alla metafora del direttore d'orchestra, ecco che il generalista-direttore deve anche saper suonare il pianoforte: non sarà un virtuoso dello strumento, d'accordo, ma ne conoscerà le potenzialità e i limiti. La "misura" del sistema deve passare dall'analisi dell'appropriatezza di un intero percorso, un percorso che si sviluppa in contesti sempre più complessi».

Ceconi: «Quale che sia la complessità e i numeri di una struttura le decisioni dipendono da un "lavoro di squadra": nella nostra realtà - una realtà di provincia - la decisione finale è di uno dei medici che hanno la responsabilità clinica del paziente: un cardiologo "generalista". Ma questo avviene dopo aver interagito e acquisito le informazioni da tutti quanti hanno contribuito al processo assistenziale ovvero dagli "superspecialisti" di cui abbiamo parlato poc'anzi: le indicazioni più impegnative poi vengono prese collegialmente, con tutti presenti. Per rimanere nell'esempio ciclistico non basta un capitano: è una corsa a squadre!».

Di Stefano: «Secondo lo schema di Future hospital, il programma delineato nel Regno Unito per migliorare la cura dei pazienti e l'organizzazione ospedaliera, il campo specifico dello specialista dovrebbe restringersi a favore del "generalist", figura a metà fra il geriatra e l'internista, chiamato a tenere le fila del paziente. Una visione, questa, che si incastra nell'idea di organizzazione per intensità di cura. Qual è il vostro parere al riguardo?».

⇒ Intensità di cura o patologia prevalente?

Ceconi: «L'intensità di cura è una sirena che ha aspetti positivi e aspetti negativi. Penso che gli schemi astratti vadano sempre declinati nelle singole realtà specifiche. Ad esempio in un ambiente non metropolitano, come quello in cui io opero, quindi con complessità strutturale limitata, la rapidità nelle decisioni e nelle azioni è un valore aggiunto al di sopra dell'organizzazione per intensità».

Cuccia: «Davanti all'idea dell'intensità di cura molti medici si sono chiusi a riccio, e questo tutto sommato è comprensibile. Oggi, con una tecnologia così martellante, ritengo che il "governatore di tutto", un "tutto" troppo grande, non funzioni. Credo vada identificata la patologia prevalente, che richiederà come gestore lo specialista

di settore: l'esempio emblematico è lo scompenso cardiaco, una malattia che coinvolge molti altri organi, il rene, il polmone, l'intero sistema neuroendocrino e altro ancora, ciononostante sarà il cardiologo, competente della patologia prevalente, a tirare le fila del discorso».

Metra: «L'organizzazione per intensità di cura è un modello cui ci si riferisce spesso perché può portare a potenziali risparmi. La sanità lombarda appare poco attratta da questo schema, cui anch'io sono contrario perché ritengo che l'iperspecializzazione, in un ospedale moderno, sia necessaria. Lo abbiamo sotto gli occhi nella realtà quotidiana: un medico riesce a curare bene solo poche patologie. L'importante è che chieda aiuto agli altri per gli aspetti che non rientrano nella sua specializzazione.

Al Civile di Brescia siamo, ad esempio, centro di riferimento per le procedure di estrazione di catetere infetto, sotto la guida del prof. Curnis: sono procedure che richiedono competenze specifiche importanti, una volta effettuate il paziente deve spesso restare in Cardiologia - perché, ad esempio, rimane senza pacemaker - in attesa che l'infezione sia risolta dopo molti giorni di terapia antibiotica, che è fondamentale. Tuttavia, l'impostazione ed il monitoraggio della terapia antibiotica è pressoché totalmente a carico dei colleghi infettivologi e questi vengono a visitare i pazienti da noi ricoverati pressoché quotidianamente, se non più volte al giorno. Altro esempio è quello del paziente anziano che deve essere sottoposto a sostituzione valvolare aortica percutanea: in questo caso è necessario sentire il nutrizionista, il neurologo, l'oncologo e così via, chiunque si occupa di una delle tante patologie di cui il paziente può essere affetto. Insomma ci vuole un lavoro d'équipe. Non avvalersi dell'ausilio di altri specialisti è un rischio. E determinate procedure necessitano di grandi ospedali che possono assicurare la presenza di tutte le figure specialistiche richieste. Mi sembra evidente che questi pazienti

necessitano di ricovero in reparto cardiologico perché cardiologico è il principale intervento a cui devono sottoporsi. In altri casi, tuttavia, il coordinamento potrà essere preso da un'altra figura, più di tipo internistico o geriatrico. L'importante è che il paziente trovi sempre il medico più competente ad affrontare i suoi problemi».

Di Stefano: «Nel modello di Future hospital ci sono declinazioni diverse nell'approccio al malato a seconda delle specialità. Alcune non avranno più bisogno di letti, altre - come la cardiologia - avranno sempre un aspetto clinico irrinunciabile rispetto alla tecnologia. Quindi, a vostro parere, un ottantacinquenne con scompenso cardiaco congestizio dovrebbe essere curato dall'internista o dal cardiologo?».

Metra: «Ci si dovrebbe comunque avvalere del cardiologo. Certamente il numero di questi pazienti è tale che sarebbe impossibile pensare di ricoverarli tutti in Cardiologia. Al Civile si presenta in media più di un paziente al giorno con queste problematiche - l'età media è di 80 anni - ed i pazienti trovano accoglienza prevalentemente in Medicina interna oppure in Cardiologia. In tutti i paesi occidentali, non più del 30-40% dei pazienti affetti da insufficienza cardiaca sono ricoverati in cardiologia. Comunque, io credo che, al di là del reparto di destinazione, il cardiologo con esperienza sullo scompenso dovrebbe essere sempre coinvolto. Lo scompenso cardiaco è una sindrome importante e richiede competenze specifiche».

Cecconi: «Io penso che siano le conoscenze ad essere importanti. Future hospital propone una visione organizzativa che non è la nostra. Credo invece nel sistema che, in base alle conoscenze, gestisce la patologia prevalente. E ragionando per patologia prevalente bisogna poi pensare al singolo Paziente, alla singola Persona. Questo supera le barriere: quindi è moderno».

Cuccia: «Concordo con Cecconi, non si perda d'occhio la patologia prevalente, e non si scordi nemmeno che la malattia è un continuum, ha esacerbazioni e remissioni, e ogni momento ha il proprio governante: il paziente "di nessuno" non esiste, esiste magari il paziente che non ha la necessità di entrare in ospedale, un luogo questo che non deve più essere inteso come il *refugium peccatorum* della medicina vecchia maniera. È purtroppo vero che il territorio non sempre si dimostra preparato a trattenere le persone che tuttora vanno inutilmente, e pertanto pericolosamente, in ospedale».

Balestrieri: «Il primo Drg di un reparto di Medicina è lo scompenso. Cosa deve fare un reparto di Cardiologia per acuti a fronte di una richiesta di salute in termini di cronicità? Quante forze vanno dedicate a questo aspetto, e come dovrebbe articolarsi il rapporto con il territorio, che esprime bisogni e problematiche peculiari?»

➡ **L'Ulisse dantesco, ovvero il percorso di cura sul territorio**

Cuccia: «Mi sia concesso di dare una risposta un po' visionaria, senz'altro utopica, nella quale però credo profondamente: l'ospedale del futuro dovrebbe essere una sorta di turris eburnea - locuzione a cui ora toglierei la connotazione peggiorativa che si porta da sempre con sé - un luogo dove, 24 ore su 24, si offrano risposte immediate al paziente critico, al paziente che abbia un'indiscussa necessità di ospedalizzazione. Questo luogo 'perfetto' non dovrebbe fare altro se non garantire sempre, e nel migliore dei modi possibili, la cura al paziente altrimenti e altrove non curabile. Tutto il resto dovrebbe essere decentrato, gestito in modo del tutto autonomo dal territorio, che si organizzi con medici generalisti e specialisti, organizzati in maniera gerarchica (una gerarchia di ruolo e di competenza), e con attrezzature idonee alla gestione

del paziente cronico. Tutto nel rispetto di un continuum di controllo della malattia: nessuna prima donna, quindi, né in ospedale né fuori dall'ospedale; solo così si potrà finalmente dire di aver messo il paziente al centro del sistema. Questo dovrebbe essere il percorso ideale, luoghi perfetti, di pari dignità, luoghi che dialoghino tra loro, nel rispetto dei reciproci, difficili ruoli. "Seguir virtute e canoscenza", diceva il poeta: ecco, di questo c'è bisogno, di impegno e di competenza, questo è il motore del sistema. E di ciò ne divengo sempre più convinto quando, mandato a casa un paziente ricoverato per scompenso, lo vedo ritornare dopo un mese aumentato di sei chili».

Metra: «Ritengo giusto che la gestione di ospedale e territorio sia unica, secondo la direzione intrapresa dalla riforma del sistema sanitario lombardo. L'ospedale è strettamente connesso con il territorio, cronicità e acuzie vanno di pari passo. Se pensiamo che le malattie cardiovascolari oggi sono prevalentemente croniche capiamo l'importanza di un'interazione compiuta con il territorio, per seguire il paziente nel tempo e prevenirne possibili riacutizzazioni. Un modello già oggi funzionante è quello della Psichiatria, che attualmente rappresenta l'unica branca in cui è prevista una presa in carico sia a livello di ospedale che di territorio. L'altra cosa importante è però avere risorse sufficienti e, quindi, personale in grado di affrontare ed organizzare le novità. Difficilmente un miglioramento, anche economico, futuro, non ha un prezzo nel presente».

Di Stefano: «La moda del momento è fare follow up sul territorio, aspetto che si riallaccia al tema della presa in carico, e alla possibile presenza di una figura integrata che sa seguire il malato».

Cuccia: «Penso che il paradigma debba cambiare: biasimo gli ambulatori specialistici ospedalieri pieni di niente, ovvero di patologie banali che potrebbero

essere facilmente curate altrove: finché rimarranno gli ambulatori in ospedale, servirà una correzione di rotta nella loro organizzazione, che dovrà occuparsi di riempirli di problematiche complesse, per risolvere le quali lo specialista ospedaliero potrà dimostrare di essere un reale valore aggiunto».

Cecconi: «Se il territorio è carente è, almeno in parte, anche colpa di noi operatori della Sanità. Ritengo che il concetto acuto-cronico nel 2017 non abbia più senso: un paziente con infarto miocardico acuto è già un paziente con malattia aterosclerotica cronica. La differenza di prospettiva sta nel tempo per organizzare la gestione di queste situazioni. Dalla fine degli anni Ottanta agli anni Novanta la Cardiologia si è riorganizzata radicalmente per la rete dell'infarto miocardico, sono cambiate le strutture e migliorate le professionalità, l'Italia è diventata uno dei Paesi più avanzati in questo ambito. In quegli anni l'ospedale è stato posto al centro di un sistema e "aspettava" l'emergenza acuta. Oggi è cambiata l'epidemiologia, le patologie croniche, o le riacutizzazioni delle patologie croniche, sono



l'emergenza assistenziale che ancora attende una risposta. Per cui oggi l'organizzazione deve essere in funzione del tempo necessario per la presa in carico. In una parola: ciò che in una patologia è tempo-dipendente devi poterlo fare anche a Desenzano o essere organizzato, con un'efficacia accettabile, in ogni ambito anche disagiato del nostro territorio, in un'organizzazione di rete paritaria».

Metra: «Penso che ogni paziente dovrebbe trovare il medico più adatto in base alle competenze e alla complessità del caso. Il presupposto di fondo è l'interazione fra le diverse figure che entrano in gioco, dal medico di medicina generale al cardiologo del territorio, dall'infermiere allo specialista ospedaliero o allo specialista in una struttura per anziani o per cure palliative. Un paziente non grave, come un iperteso controllato, può essere preso in carico in maniera ottimale dal medico di medicina generale. Ma se a un paziente cronico si riconoscono possibili margini di miglioramento terapeutico grazie ai nuovi farmaci di ambito cardiologico che sono in arrivo, è giusto che venga visto dal cardiologo ospedaliero. Si dovrebbe trattare, in sostanza, di una presa in carico in cui ciascuno fa la sua parte: individuare il medico giusto per il paziente giusto, sia in termini di specializzazione che di gravità della patologia. Questo potrebbe comportare anche un alleggerimento del carico che grava sulla struttura ospedaliera centrale.

Andrebbero valorizzate, inoltre, le opportunità offerte dal Day hospital, oggi Mac, per gestire il paziente a livello ambulatoriale. L'obiettivo è mantenere il paziente fuori dall'ospedale, se ne può fare a meno. Potrebbe essere utile, a questo proposito, che lo specialista cardiologo uscisse sul territorio, assicurando ad esempio una sua presenza periodica nei poliambulatori territoriali».

➔ Se 22 Cardiochirurgie vi sembrano poche...

Balestrieri: «A proposito della "rete" in cardiologia, quale secondo voi il modello possibile di collaborazione? Il modello Hub and spoke può funzionare?».

Ceconi: «Sono convinto che, nella cornice della tempo-dipendenza, il modello *hub* e *spoke* dovrebbe funzionare e funzionare sempre meglio! Una Cardiologia come quella di Desenzano, ovvero una struttura *di provincia*, ad esempio, ha struttura, risorse ed esperienza per gestire le problematiche "tempo dipendenti": le sindromi coronariche acute sono l'esempio paradigmatico. Le situazioni invece che devono essere gestite in modo "centralizzato", ovvero che richiedono expertise e tecnologia non disseminabili - appunto la cardiocirurgia ne è l'esempio - devono prevedere un "hub" di riferimento. In Lombardia la situazione è più difficile, perché la legge di riordino del sistema sanitario regionale ha creato una rete paritaria di ASST, con la conseguenza che un ospedale di provincia, come ad esempio Desenzano, dal punto di vista organizzativo ha lo stesso ruolo di quello, ad esempio, di Bergamo. La normativa, peraltro, ha equiparato i ruoli ma non le risorse, di conseguenza ci misuriamo spesso con la difficoltà di gestire situazioni cliniche complesse. Questo problema è meno delicato per la cardiocirurgia - ci sono decenni di esperienza che hanno creato un network funzionale e funzionante. Diventa critico nel caso delle tecnologie più nuove (ad esempio l'emodinamica strutturale) per le quali questa esperienza è in via di implementazione e per le quali il modello funzionale ideale sarebbe quello dell'hub "aperto". Vedo questa come una delle sfide più importanti quando si parla di territorio e ospedale che cambia: il rischio è che l'accesso differenziale alle tecnologie crei differenze nelle chances terapeutiche dei cittadini. È una sfida soprattutto per chi la sanità deve gestirla».

Cuccia: «Accanto ai percorsi di trattamento, è necessario segnare confini geografici, identificare macroaree di competenza dei diversi ospedali, e conferire a ciascuna struttura una sua precisa identità e missione. Questo è il solo modo per non polverizzare le risorse ma per ottimizzarle (le risorse ci sono, ma sono impiegate male), ridando al contempo quella famosa centralità al paziente, una centralità che vada finalmente al di là degli slogan. Dobbiamo essere in grado di valutare l'appropriatezza e gli esiti dei nostri interventi, dobbiamo accettare il concetto di misura. Una valutazione che deve abbracciare l'intero percorso diagnostico e terapeutico, un percorso che va dalla prevenzione all'acuzie e alla cronicità, durante il quale il paziente è sempre lo stesso, non diventa un'altra persona. Determinante, in questa prospettiva, è la sua educazione: posso fare un'angioplastica coronarica a regola d'arte, ma se il paziente non ha compreso perché assume i farmaci, la loro importanza, il significato dell'aderenza alla terapia, l'intero castello crolla».

Ceconi: «In Emilia Romagna (dove peraltro la distinzione fra *hub* e *spoke* è molto rigida) ci sono 4 Cardiologie, in Lombardia ce ne sono 22: questo non risponde né a criteri geografici né ad esigenze di salute. Sulla nostra provincia ci sono più Cardiologie che nell'intera Emilia Romagna. Sono convinto che serva, più in generale, ridisegnare e riallocare le risorse. Molte procedure non avrebbero senso eseguite in periferia: meglio un'organizzazione che mi dica dove devo mandare il paziente con necessità assistenziali speciali, perché abbia un trattamento ottimale, e che mi consenta di trasferirlo efficacemente ed efficientemente».

Metra: «Il modello *hub* e *spoke*, che ha alla base la collaborazione fra i diversi ospedali, può funzionare. La base di partenza è il benessere del paziente e la razionalizzazione delle risorse: la centralizzazione di alcune procedure

nella struttura *Hub* ha senso perché è dimostrato che l'esperienza è un fattore fondamentale nella riuscita di una procedura, specie se complessa. Un ospedale ad alta specializzazione può inoltre assicurare una valutazione multispecialistica, indispensabile per il paziente con comorbidità - esempio tipico è la presenza della Nefrologia per valutare la necessità di dialisi. Resta, di fondo, un prerequisito fondamentale per far funzionare il sistema *hub* e *spoke*: la capacità di superare i personalismi e i campanilismi. Aggiungo una riflessione più generale sul tema del rapporto pubblico-privato. Queste due realtà si devono integrare garantendo tutta l'assistenza necessaria ma non più del necessario, vedi l'esempio di Claudio Ceconi per le cardiologie. Questo anche per una corretta ripartizione delle risorse. In secondo luogo, emergono delle criticità. Il privato mostra spesso una maggiore dinamicità sotto molti aspetti. Ad esempio, mi sembra possibile una maggiore flessibilità nelle assunzioni rispetto al pubblico con modalità di pagamento strettamente legate al lavoro svolto. Questo, soprattutto per uno specialista giovane, può essere molto attrattivo e, anche per un medico strutturato più anziano, può comportare lo sgravio da determinate attività quali la copertura delle notti di guardia. Anche una maggiore incertezza riguardo al posto di lavoro può essere, in certi casi, uno stimolo utile».

➔ **Università e ospedale, dalla teoria alla pratica**

Un altro tema portante è il rapporto fra ospedale e Università. Per un reparto di Cardiologia quali sono i punti di forza di questa collaborazione e quali i profili ancora migliorabili.

Metra: «L'attività universitaria si basa su tre funzioni: assistenziale, didattica e di ricerca scientifica. È innegabile che questo la renda, per me, estremamente attraente. Didattica

e ricerca arricchiscono l'attività del medico e hanno ricadute positive anche sull'attività assistenziale.

La didattica comporta un continuo contatto con persone giovani e questo è molto stimolante: questa interazione propone sollecitazioni anche ai medici strutturati, che vanno a favore della crescita generale. C'è inoltre il vantaggio pratico di poter contare su personale medico che per formarsi e imparare deve svolgere anche attività assistenziale, a costo zero per l'ospedale. Questo però non deve far dimenticare i doveri in termini di attività didattica che si hanno nei confronti di laureandi e specializzandi, alla cui formazione va dedicato tempo e impegno.

L'incardinamento dell'Università nell'ospedale è un'opportunità estremamente vantaggiosa perché il Civile - per la numerosità dei pazienti e la presenza di tutte le specializzazioni e competenze - offre condizioni eccellenti per la ricerca clinica. Anche l'apertura di un'Unità per gli studi di fase I punta a cogliere questa opportunità.

Non va dimenticato, tuttavia, che la ricerca clinica richiede impegno, necessita di forza lavoro e dovrebbe comportare degli investimenti: servirebbe uno sforzo maggiore in questa direzione e una nuova sensibilità per dare delle opportunità ai giovani impegnati nei progetti di ricerca. Quindi, così come per la riforma sanitaria lombarda, torniamo a parlare, anche in questo caso, di risorse necessarie. Ogni cosa ha un prezzo: la didattica richiede l'insegnamento, ore passate con gli studenti e gli specializzandi per trasmettere il nostro sapere e, ancor più, per ascoltare le loro domande. La ricerca richiede ancor più tempo, per raccogliere dati, analizzarli, scrivere i risultati e, soprattutto, studiare cosa è già stato fatto. Infine, è imprescindibile l'intensificazione del dialogo fra Università e ospedale. Tutti questi aspetti non possono essere sviluppati efficacemente senza una collaborazione stretta».

➔ Avvertenze per un aspirante cardiologo

Balestrieri: «Cosa direste ai giovani medici che pensano a un futuro in cardiologia? Cosa offre oggi la professione a un neolaureato che voglia fare questa scelta?».

Cuccia: «In questi anni le cose sono molto cambiate, se penso che io, nel mio percorso universitario, non ho nemmeno fatto l'esame di Cardiologia, perché allora non c'era, o era opzionale. Abbiamo poi assistito all'esplosione delle malattie cardiovascolari, per cui la Cardiologia ha trovato un'identità che prima non aveva. Ricordo le prime Scuole di specialità di Cardiologia gestite da internisti. Oggi la patologia prevalente è quella cardiovascolare, e la prospettiva di investimento di un giovane in tale settore è allettante, è il mercato delle malattie che lo richiede. Non dimentichiamo che i progressi in questo settore, dalla prevenzione alle cure, hanno contribuito per il 70% alla riduzione della mortalità complessiva nella popolazione. Quindi il mio incoraggiamento alla scelta della cardiologia è assoluto, pur nella consapevolezza che i posti in specialità sono pochi, che non sempre il percorso dello specializzando è facile, non sempre è volto a formarlo a pieno, a dargli cioè tutte le competenze necessarie e quel senso critico che, come abbiamo detto all'inizio dell'intervista, è la principale arma a disposizione dello specialista in un periodo di 'ideologia tecnocratica'; c'è da augurarsi che il sistema riesca a leggere la realtà e le sue effettive esigenze».

Ceconì: «Quello del cardiologo è un bellissimo mestiere, che può offrire soddisfazioni uniche, oggi ancora di più perché abbiamo a disposizione farmaci che funzionano e metodiche

sempre più evolute. La storia naturale del paziente cardiopatico è migliorata drammaticamente proprio per merito dei fortunati progressi della cardiologia, che è diventata una specialità così vasta che ogni giovane può trovarvi ambiti di interesse e soddisfazione culturale. Dal punto di vista pratico, viste le dinamiche occupazionali ci saranno nuovi spazi e la figura del cardiologo non credo rimarrà senza lavoro. La sfida per i giovani, piuttosto, è capire come sarà la professione trascorsi i dieci anni che vanno dall'inizio del proprio percorso formativo all'inserimento sul lavoro: capire il futuro è la sfida per chi inizia».

Metra: «La cardiologia è una specialità molto bella, sia dal punto di vista scientifico che pratico, e offre un ampio ventaglio di possibili sviluppi, dalla ricerca di base alla cardiologia clinica, dall'imaging alle branche interventistiche che stanno ritagliando spazi alla cardiocirurgia. Non va dimenticato che la cardiologia è una specialità che si occupa di una grossa fetta di popolazione, con una tipologia di pazienti oggi sempre più anziana e con comorbidità: a Brescia gli specializzandi ricevono offerte di lavoro già prima di finire la specialità, perché c'è richiesta dal territorio. Ampia, quindi, è la gamma di possibilità, tenendo conto che la scuola di Brescia è conosciuta e può offrire diverse opportunità a un giovane: penso che la chiave di volta per costruire il proprio futuro stia nella capacità di scegliere ciò che davvero piace fare o, ancora meglio, nello scegliere ciò che piace nell'ambito delle possibilità offerte».

Cuccia: «Spero che i giovani sappiano leggere la prospettiva di questa specialità, e comprendano anche che la parte scoperta è, e rimane, il territorio: se il giovane pensa che abbia dignità di lavoro solo la propria destinazione

in un ospedale ad alta tecnologia, si sbaglia; il futuro è attrezzare il territorio, che deve poter contare su un'attività specialistica che abbia lo stesso valore della specialistica ospedaliera».

Di Stefano: «Si torna, quindi, al tema della formazione di una figura con ruolo clinico».

Cuccia: «Saper fare sintesi, e farla bene, è la parte più difficile del nostro lavoro. Bisogna essere capaci di *ri-orientare* lo sguardo, poggiandolo sul proprio bagaglio di conoscenze».

Metra: «Non a caso esistono criteri per l'attività dello specializzando che prevedono, nei quattro anni di formazione, la "rotazione" fra le diverse discipline. Nei primi due anni, in particolare, lo specialista in formazione si dedica soprattutto all'attività di reparto e a quella ambulatoriale, quindi ad un'attività clinica, che è fondamentale. Al di là della "spinta" alle superspecializzazioni, infatti, è essenziale che il cardiologo abbia la capacità di gestire il paziente prima di tutto. Per questo la formazione non può prescindere da una base clinica generale».

Cecconi: «La cardiologia ha un modello di specialità complessa che deve resistere. Non è solo questione di formare una figura, ma di farla evolvere verso nuove capacità, ad esempio attraverso un lavoro di team: il gruppo in cui vengono prese le decisioni complesse, che diventa potente motore di crescita per le persone». ●

L'ospedale per i medici bresciani Opinioni a confronto

**Risultato di un sondaggio
fra gli iscritti dell'Ordine di Brescia**

Angelo Bianchetti

L'Ospedale rappresenta per il medico il luogo in cui avviene la formazione, in cui ci si avvicina per la prima volta al "malato" e si prende consapevolezza di ciò che sarà poi la professione.

L'ospedale è il luogo in cui si realizza la medicina più complessa e innovativa, a cui ci si rivolge nei casi incerti. Per molti è il luogo principale di lavoro. L'ospedale è al centro di trasformazioni, di critiche e di riflessioni sul suo significato in un sistema sanitario che cambia.

Cosa ne pensano i medici?

I medici bresciani soprattutto, che hanno vissuto una tradizione di grandi e importanti ospedali. Lo abbiamo esplorato con un questionario on line che ha interrogato la comunità medica bresciana.

Al questionario proposto on line hanno risposto 443 iscritti all'OMCEO di Brescia; di questi 343 (25%) sono medici ospedalieri (nel 78% dei casi dipendenti di struttura pubblica, i restanti di struttura privata) e 100 medici non ospedalieri (nel 41% dei casi medici di famiglia, nel 10% pediatri di libera scelta, nel 32% medici di altre strutture sanitarie e nel 14% medici dei servizi).

Fra i medici ospedalieri il 10% ha meno di 35 anni, il 33% fra 36 e 50 anni, il 46% fra 51 e 64 e l'11% 65 e oltre anni; fra i medici non ospedalieri la distribuzione delle età mostra proporzioni diverse: il 17% ha meno di 35 anni, il 19% fra 36 e 50 anni,

il 39% fra 51 e 64 e il 25% 65 e oltre anni. In entrambe i casi prevalgono i soggetti con età superiore a 50 anni. In tutti e due i gruppi prevalgono gli uomini: 58% fra gli ospedalieri e 51% fra i non ospedalieri. Sono state quindi proposte una serie di affermazioni riguardanti la trasformazione cui è andato incontro l'ospedale negli ultimi anni.

Alla affermazione *"l'ospedale moderno risponde complessivamente meglio alle complesse esigenze cliniche dei pazienti rispetto al passato"* i medici ospedalieri risultano d'accordo nel 69% dei casi e i non ospedalieri nel 57%.

Alla affermazione che

“con l’aziendalizzazione degli ospedali è stata data troppa importanza agli aspetti economici” risultano d’accordo la quasi totalità dei medici intervistati (92% dei medici ospedalieri e 95% dei non ospedalieri).

Risultati simili si ottengono alla affermazione che *“nell’ospedale moderno vi è un accesso di burocratizzazione”*, alla quale risultano d’accordo il 98% dei medici ospedalieri e 94% dei non ospedalieri.

Più articolate le risposte alla affermazione che *“l’ospedale moderno non è in grado di rispondere in modo adeguato ai bisogni dei pazienti anziani e cronici”*; risultano d’accordo l’81% degli ospedalieri e il 91% dei non ospedalieri.

Complessivamente il quadro che emerge è quello di un ospedale nel quale la burocrazia è eccessiva, troppa attenzione viene data agli aspetti economici e con scarsa capacità di rispondere ai bisogni di anziani e fragili, anche se nel complesso la qualità della risposta ai bisogni dei pazienti è migliorata.

Molto articolate sono risultate le opinioni rispetto all’ospedale come luogo della

formazione medica, ed in particolare al ruolo della Università Statale presso gli Spedali Civili. Come si evidenzia dal grafico le risposte si distribuiscono in modo quasi eguale. Anche se prevale leggermente chi pensa che *“l’Università ha ridotto il peso e il ruolo dei medici ospedalieri introducendo logiche di potere”* (28% fra gli ospedalieri e 24% fra in non ospedalieri) o che *“la presenza dell’Università sia stata importante per la formazione dei medici bresciani, ma dovevano essere maggiormente coinvolti anche gli altri ospedali della provincia, oltre all’Ospedale Civile”* (27% fra gli ospedalieri e 28% fra in non ospedalieri).

Per il 24% degli intervistati *l’Università “ha generato contrasti all’interno dell’ospedale”* e una opinione totalmente positiva è solo del 23% dei medici che hanno risposto al questionario. Sebbene quindi prevalgano le opinioni positive sul ruolo dell’Università nel panorama ospedaliero bresciano, è evidente che emergono elementi di riflessione sulla necessità di una maggiore integrazione con la comunità medica bresciana.

Relativamente alla riduzione dei posti letto per acuti negli ospedali la maggior parte dei medici ritiene che *“sebbene si tratti di una evoluzione condivisibile, vi è stata poca attenzione al territorio che quindi non è in grado di rispondere appieno alle esigenze delle persone malate”* (62% del campione); soltanto per il 14% degli ospedalieri e per il 17% dei non ospedalieri la *“riduzione dei letti per acuti è eccessiva, e compromette la possibilità di offrire cure adeguate a tutte le persone malate”* e per un altro 10% *“l’eccessiva riduzione della durata della degenza si accompagna a un livello inadeguato di cure”*; il 13% ritiene che si *“tratti di una giusta evoluzione del sistema”*. È innegabile quindi che esista una preoccupazione sulla possibilità di assicurare una adeguata assistenza extra ospedaliera senza un investimento adeguato sul territorio e, sebbene la riduzione dei posti letto per acuti sia vista come un fenomeno ineluttabile, l’assenza di valide alternative al ricovero ospedaliero rende complessa l’assistenza ai pazienti fragili. Interrogati su questo stesso tema la

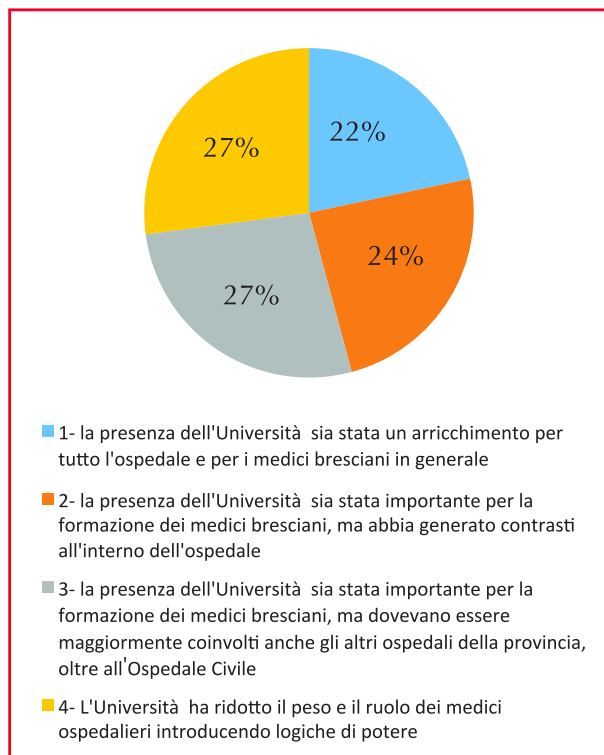


GRAFICO 1

stragrande maggioranza dei medici sia ospedalieri (88%) che extraospedalieri (82%) ritiene che *“i malati cronici, specie se molto anziani, dovrebbero accedere all’ospedale solo in casi eccezionali e i loro bisogni dovrebbero essere gestiti dal territorio”*, anche se per l’88% degli intervistati *“i malati cronici vanno spesso incontro a riacutizzazioni che non possono essere gestite efficacemente dal territorio e il ricorso all’ospedale diventa quindi talvolta necessario”*.

Ma come deve essere un ospedale in grado di affrontare i problemi dei pazienti fragili e cronici? Due gli elementi su cui vi è un accordo elevato fra gli intervistati. Innanzitutto risulta necessaria la **presenza in ogni ospedale di “specialisti in grado di affrontare i complessi bisogni dei pazienti molto anziani, dal pronto soccorso, ai reparti chirurgici e medici”** (secondo il 91% degli ospedalieri e il 94% degli extraospedalieri intervistati).

In secondo aspetto è la necessità di **“potenziare” il sistema delle dimissioni protette, visto come “momento critico del paziente cronico che spesso si trova con una rete familiare debole e con accresciuti bisogni assistenziali e clinici”** per la quasi totalità (99%) degli intervistati.

La rete ospedaliera bresciana si è arricchita negli anni di ospedali dedicati in modo specifico alla fase “post-acuta”, in particolare alla riabilitazione; abbiamo chiesto il parere dei medici bresciani su questa realtà.

Per il 78% degli intervistati *“si tratta per lo più di strutture di eccellenza che svolgono un’importante funzione”*.

Per il 67% degli intervistati i letti non andrebbero ulteriormente aumentati a scapito di una ulteriore riduzione dei letti per gli acuti e per l’87% la riabilitazione non andrebbe concentrata negli ospedali per acuti.

Mentre è chiara la posizione degli intervistati sulla utilità della riabilitazione specialistica in poli a specifica vocazione, con un giudizio positivo sull’esistente, appare più articolata la posizione sulla riabilitazione delle “grandi cronicità”

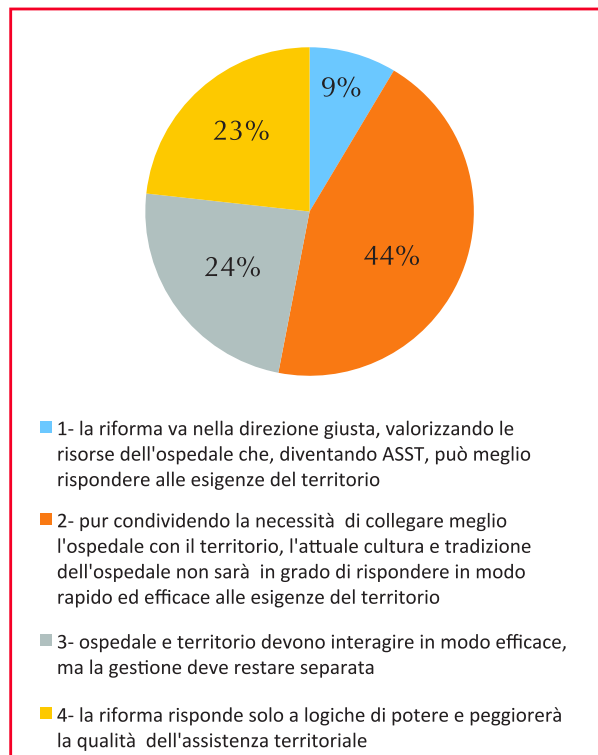


GRAFICO 2

La recente riforma della sanità lombarda assegna all’ospedale (che diventa ASST, Azienda Socio Sanitaria Territoriale) il ruolo della gestione del territorio. Si tratta di una scelta molto discussa. Cosa ne pensi?

dove per il 42% dei medici *“bastano le RSA e la rete dei servizi territoriali”*. Sul tema della cronicità è stato chiesto un giudizio sulla riforma della sanità lombarda che assegna all’ospedale (che diventa ASST, Azienda Socio Sanitaria Territoriale) il ruolo della gestione del territorio. Nel **grafico 2** la distribuzione delle risposte nel campione globale degli intervistati (non vi sono differenze fra medici ospedalieri e extra ospedalieri). Prevalgono i timori che *“l’attuale cultura e tradizione dell’ospedale non sarà in grado di rispondere in modo rapido ed efficace alle esigenze del territorio”* (44%). Per il 24% *“ospedale e territorio devono interagire in modo efficace, ma la gestione deve restare separata”* e per il 23% *“la riforma risponde solo a logiche di potere e peggiorerà la qualità dell’assistenza territoriale”*; un giudizio pienamente positivo viene dato solo dal 9% degli intervistati. Il giudizio deriva anche dalla sensazione

	Ospedalieri	Extra ospedalieri
i PS dei vari ospedali andrebbero potenziati perché oggi sottodimensionati	83%	84%
il PS viene talvolta utilizzato in modo inappropriato, per esigenze che dovrebbero trovare risposte nel territorio	99%	94%
i PS andrebbero concentrati nei grossi ospedali riducendo i piccoli PS periferici che non sono in grado di rispondere prontamente ai bisogni complessi	59%	51%
la guardia medica territoriale (servizi di continuità assistenziale) andrebbe potenziata per ridurre gli accessi in PS	71%	74%

TABELLA 1

Il Pronto Soccorso rappresenta un servizio essenziale. Accordo (in percentuale) rispetto alle varie affermazioni, suddiviso fra ospedalieri ex extraospedalieri

della comunità medica di essere stata completamente ignorata nel disegno della riforma che viene vissuta come “calata dall’alto”.

I timori sono eccessivi? Sarà compito di tutti, amministratori e gestori della cosa pubblica, operatori, verificare nel tempo l’effetto di questa riforma sulla salute dei cittadini. Speriamo che i medici siano stati troppo pessimisti nei loro giudizi...

La **tabella 1** riassume i giudizi (vengono presentate le percentuali di “accordo” alla affermazione proposta) rispetto al ruolo del pronto soccorso ed al suo utilizzo. I giudizi dei medici ospedalieri ed extraospedalieri sono sostanzialmente sovrapponibili e disegnano una realtà forse nota, sotto gli occhi di tutti: i PS ospedalieri sono sottodimensionati, spesso utilizzati in modo improprio, con una realtà territoriale che andrebbe rafforzato. Più articolato è il giudizio sulla opportunità di concentrare i PS nei grandi ospedali; in questo caso è d’accordo il 59% degli ospedalieri e solo il 51% dei medici extraospedalieri.

Un servizio importante dell’ospedale è l’ambulatorio specialistico, elemento di

collegamento con il territorio, usato e talvolta abusato. Abbiamo chiesto ai medici di esprimere il loro giudizio su ruolo dell’ambulatorio ospedaliero.

Per la maggior parte degli intervistati (77% degli ospedalieri e 69% degli extraospedalieri *“l’ambulatorio specialistico deve evolversi verso una presa in carico del paziente soprattutto quando affetto da patologia cronica (es. diabete mellito, insufficienza renale cronica, BPCO), facendosi carico dei vari aspetti della gestione del paziente”*.

Alla affermazione *“l’ambulatorio specialistico deve restare un supporto al medico di medicina generale che resta il responsabile della gestione del paziente”* è d’accordo la stragrande maggioranza degli intervistati (90%). Per l’80% degli intervistati infine *“l’ambulatorio specialistico viene utilizzato in modo eccessivo; molte delle sue funzioni potrebbero essere svolte dalla medicina di base se fornita di adeguate risorse”*.

Si disegna così un quadro ambiguo dove da un lato si chiede allo specialista ospedaliero una maggior presa in carico del paziente cronico e dall’altra si fa rimanere in carico al medico di medicina generale la gestione del paziente, pur riconoscendo che andrebbero aumentate le risorse disponibili.

L’ospedale è per molti medici il luogo principale di lavoro. Sono stati quindi esplorati alcuni aspetti legati al lavoro in ospedale.

I risultati sono riassunti nella **tabella 2**.

L’ospedale è visto dalla maggior parte degli

	Ospedalieri	Extra ospedalieri
i carichi di lavoro attuali in ospedale sono eccessivi	94%	87%
la remunerazione del medico ospedaliero è inadeguata rispetto alla aumentata complessità della professione	97%	75%
il medico ospedaliero dovrebbe avere maggiore possibilità di svolgere la libera professione anche all'esterno della struttura	50%	40%
chi lavora in un ospedale privato è avvantaggiato sul piano economico e contrattuale	43%	45%
lavorare in ospedale permette un maggiore confronto con i colleghi e questo migliora la qualità e la soddisfazione professionale	92%	80%

TABELLA 2

L'ospedale come luogo di lavoro. Accordo (in percentuale) rispetto alle varie affermazioni, suddiviso fra ospedalieri ed extraospedalieri

intervistati come un luogo con elevato carico di lavoro e con una remunerazione inadeguata rispetto alla complessità della professione (soprattutto dai medici ospedalieri), un luogo però dove il confronto con i colleghi è un importante elemento di crescita e di soddisfazione professionale. Più articolati sono i giudizi sulla possibilità di avere maggiori possibilità di attività libero professionale all'esterno (vista favorevolmente dalla metà degli ospedalieri e dal 40% degli extraospedalieri) e sul rapporto tra chi lavora nel pubblico e nel privato; il 43% degli ospedalieri e il 45% degli extraospedalieri ritiene che chi lavora nel privato abbia un vantaggio economico e contrattuale. Il tema del rapporto fra ospedale pubblico e privato è stato esplorato con una apposita domanda. Nella nostra provincia accanto agli ospedali pubblici esiste infatti una rete di ospedali privati che hanno una lunga tradizione.

Il 43% degli ospedalieri e il 52% degli extraospedalieri ritiene che *“la presenza di ospedali pubblici e privati è complessivamente utile, anche se questo determina una eccessiva attenzione agli aspetti economici dell'attività ospedaliera”*. Il 21% del campione pensa che *“la competizione fra pubblico e privato è utile e migliora il sistema ospedaliero nel suo complesso”*. Un giudizio negativo è riportato dal 24% degli ospedalieri e dal 17% degli

extraospedalieri che ritiene che *“la presenza di ospedali privati accanto a quelli pubblici porta a una svalorizzazione del pubblico e in definitiva a un peggioramento dell'offerta complessiva del sistema”*; a questi si aggiunge

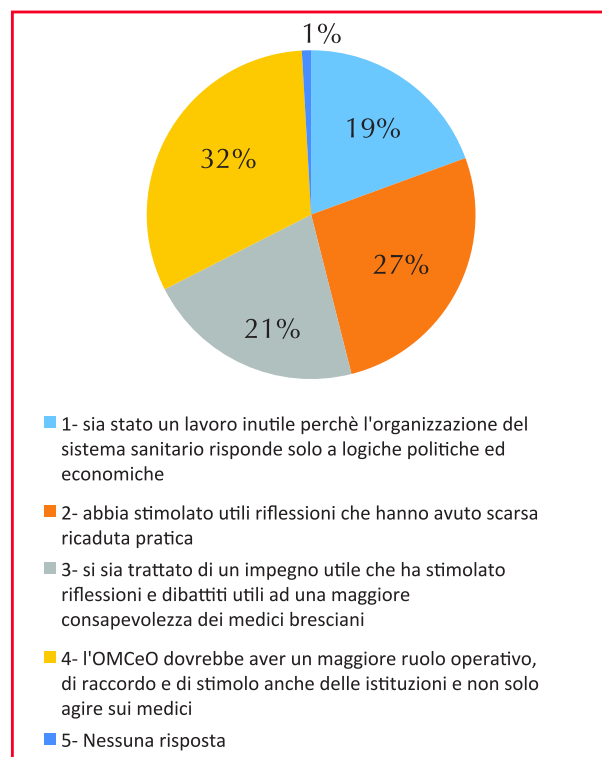


GRAFICO 4

Il ruolo dell'Ordine dei Medici rispetto alla organizzazione del sistema sanitario. I numeri rappresentano la percentuale sul campione totale.

		Completamente d'accordo	Abbastanza d'accordo	Poco d'accordo	Per nulla d'accordo
un ospedale quasi esclusivamente di alta tecnologia solo per gli acuti	Ospedalieri	16	53	25	6
	Extra - ospedalieri	20	49	29	2
ci saranno meno ospedali, resteranno solo i più grandi che potranno aggiornarsi e svilupparsi	Ospedalieri	22	49	24	5
	Extra - ospedalieri	15	48	34	3
gli ospedali saranno sempre più integrati con il territorio	Ospedalieri	31	47	20	2
	Extra - ospedalieri	30	43	25	2
l'organizzazione degli ospedali cambierà e al posto dei reparti ci saranno aree a differenti livelli di intensità di cura	Ospedalieri	25	40	27	8
	Extra - ospedalieri	20	48	28	4

TABELLA 3

L'ospedale come luogo di lavoro. Accordo (in percentuale) rispetto alle varie affermazioni, suddiviso fra ospedalieri ex extraospedalieri

un altro 12% che ritiene che *“l’offerta ospedaliera dovrebbe essere totalmente pubblica”*. Si tratta di un giudizio articolato quindi, anche se la maggior parte degli intervistati da un giudizio positivo della articolazione dell’attuale sistema ospedaliero. È stato quindi chiesto un parere su come viene immaginato l’ospedale del futuro. I risultati sono esposti nella **tabella 3**. Si tratta di risposte abbastanza articolate che mescolano una prospettiva innovativa (ospedali ad alta tecnologia solo per acuti - d'accordo il 69% del campione, di numero ridotto e di gradi dimensioni - d'accordo il 71% degli ospedalieri e il 63% degli extraospedalieri) alla necessità che venga mantenuta la tradizionale integrazione ospedale territorio (è d'accordo oltre il 70% del campione). Il 66% degli intervistati ritiene che l’attuale organizzazione degli ospedali per reparti sia superata e si debba andare

verso una organizzazione per aree a differenti livelli di intensità di cura. È stato quindi chiesto ai colleghi di esprimersi sul ruolo dell’Ordine dei Medici che si è impegnato in questi anni per avviare una riflessione fra i medici relativamente alla organizzazione del sistema sanitario. Nel **grafico 4** la distribuzione delle risposte. Accanto a giudizi negativi (per il 19% è stato *“un lavoro inutile perché l’organizzazione del sistema sanitario risponde solo a logiche politiche ed economiche”*) o parzialmente negativi (per il 27% *“ha stimolato utili riflessioni che hanno avuto scarsa ricaduta pratica”*) vi è chi ritiene si sia trattato di uno sforzo utile alla comunità medica bresciana (per il 21% è stato *“un impegno utile che ha stimolato riflessioni e dibattiti utili ad una maggiore consapevolezza dei medici bresciani”*) e chi richiama l’Ordine ad un impegno ancora maggiore con una

maggiore operatività (per il 32% *“l’ODM dovrebbe aver un maggiore ruolo operativo, di raccordo e di stimolo anche delle istituzioni e non solo agire sui medici”*).

Si tratta di un richiamo forte ad un ruolo propositivo sul piano istituzionale.

È evidente che il questionario non ha potuto che esplorare alcuni degli elementi che caratterizzano la complessità del ruolo dell’ospedale e del vissuto dei medici che ci lavorano e che utilizzano i servizi; tuttavia i dati forniscono utili elementi di riflessione che offriamo a tutti i colleghi. ●

✘ Complessivamente il quadro che emerge è quello di un ospedale nel quale la burocrazia è eccessiva, troppa attenzione viene data agli aspetti economici e con scarsa capacità di rispondere ai bisogni di anziani e fragili, anche se nel complesso la qualità della risposta ai bisogni dei pazienti è migliorata nel tempo.

✘ L’ospedale è vissuto come luogo di formazione e complessivamente il ruolo dell’Università nel panorama ospedaliero bresciano è visto positivamente, anche se emerge la necessità di una maggiore integrazione con la comunità medica bresciana.

✘ La riduzione dei posti letto per acuti è vista come un fenomeno ineluttabile, anche se esiste una preoccupazione sulla possibilità di assicurare una adeguata assistenza extra ospedaliera senza un investimento adeguato sul territorio e l’assenza di valide alternative al ricovero ospedaliero rende complessa l’assistenza ai pazienti fragili.

✘ È considerata indispensabile la presenza di personale adeguatamente preparato alla gestione della cronicità e una più efficace relazione con il territorio che va adeguatamente potenziato.

✘ Il giudizio sulla rete dei servizi di riabilitazione è considerata positiva.

✘ Perplessità suscita il ruolo di gestore della cronicità assegnato all’ospedale.

✘ I PS ospedalieri sono sottodimensionali, spesso utilizzati in modo improprio, con una realtà territoriale che andrebbe rafforzata.

✘ Il carico di lavoro ospedaliero è considerato eccessivo e la remunerazione inadeguata; l’ospedale resta però un luogo però dove il confronto con i colleghi è un importante elemento di crescita e di soddisfazione professionale.

✘ Il giudizio sulla articolazione dell’attuale sistema ospedaliero e sul rapporto pubblico-privato è prevalentemente positivo.

✘ L’ospedale del futuro sarà ad alta tecnologia prevalentemente per acuti, di numero ridotto e di grandi dimensioni, integrato con il territorio e con una organizzazione per aree a differenti livelli di intensità di cura.

✘ L’Ordine dei Medici è visto come un soggetto attivo che dovrebbe un maggiore ruolo operativo, di raccordo e di stimolo anche delle istituzioni e non solo sulla comunità dei medici.

L'Ospedale che cambia nella ATS di Brescia

Carmelo Scarcella

Direttore generale ATS Brescia

Il cambiamento demografico della nostra società porta con sé un aumento della numerosità dei pazienti cronici e l'esigenza di una maggiore presa in carico territoriale, ma anche in tale contesto l'ospedale rimane il punto centrale dell'erogazione dei servizi sanitari, anche se con modalità che evolvono.

Considerando i dati della Banca Dati Assistiti (BDA) per il 2016, che include i dati dei soli residenti nella ATS, si può notare come i ricoveri rappresentino la componente maggioritaria delle risorse consumate pari al 39,5% del totale (in blu

e azzurro nel grafico); non si esaurisce in tale voce, però, il ruolo degli ospedali che sono coinvolti anche nel fornire servizi di Specialistica Ambulatoriale/PS (21,8%) e nella distribuzione di alcuni farmaci (File F pari al 11,2%).

La rete ospedaliera presente sul territorio bresciano si caratterizza per la forte presenza di strutture private cui competono il 28% dei posti letto accreditati per Acuti e ben il 90% di quelli per riabilitazione. Il tasso di ricoveri per i residenti di ATS Brescia è storicamente più elevato sia rispetto ai tassi nazionali che regionali

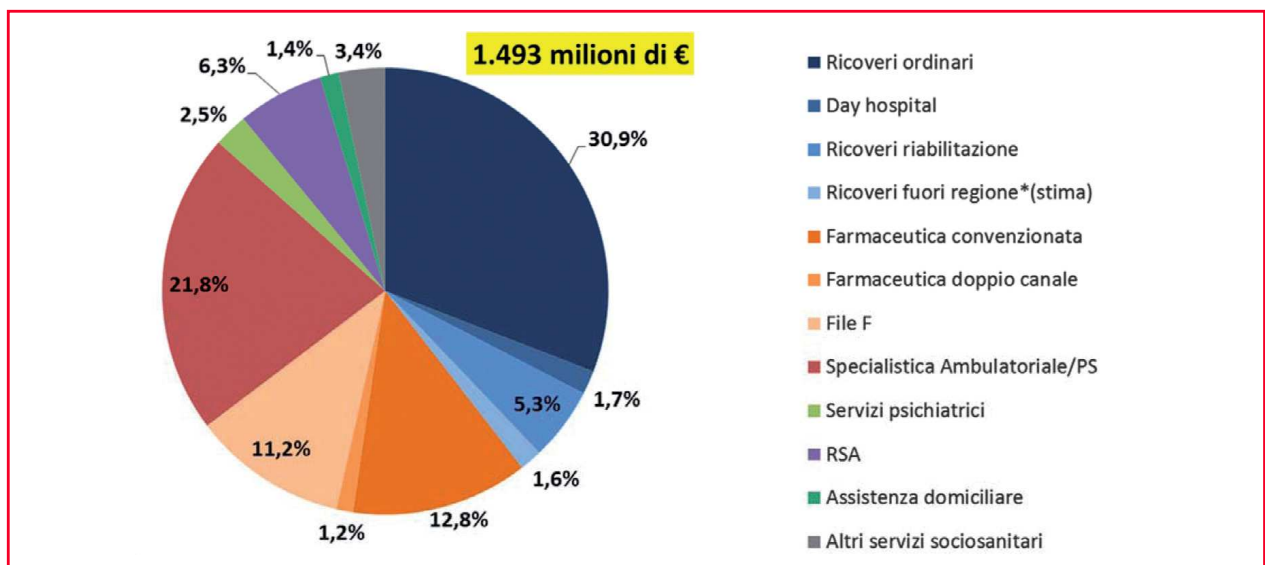


FIG. 1

BDA ATS di Brescia: Consumo di risorse per principali servizi sanitari e socio-sanitari nel 2016

	Strutture pubbliche	Strutture private	Totale	
POSTI LETTO ACCREDITATI ACUTI	3.304	1.300	4.604	
POSTI LETTO ACCREDITATI RIABILITAZIONE	109	969	1.078	
POSTI LETTO ACCREDITATI TOTALI	3.413	2.269	5.682	
POSTI TECNICI ACCREDITATI	Attività di Cure Subacute	70	57	127
	Attività di Dialisi	205	-	205
	(MAC) Macroattività ambulatoriale ad alta complessità assistenziale	183	57	240
	(BIC)Chirurgia a bassa complessità operativa ed assistenziale	42	14	56
	Strutture Residenziali Psichiatriche (escluso Residenzialità Leggera)	221	266	487
	Strutture Residenziali Neuropsichiatriche dell'Infanzia e Adolescenza (NPIA) (escluso Residenzialità Leggera)	-	19	19

TABELLA 1

Posti letto e tecnici accreditati nel 2017 in strutture pubbliche e private di ATS Brescia

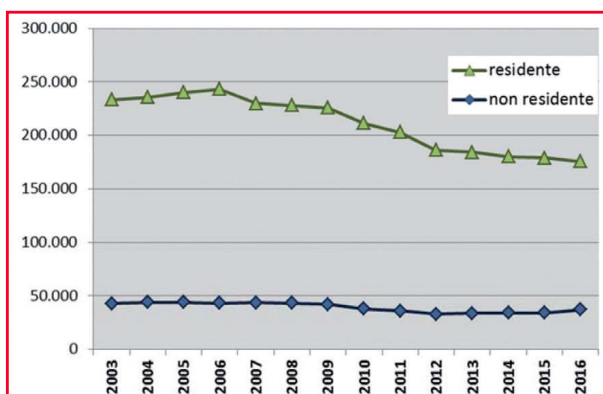


FIG. 2

Numero di ricoveri nei residenti e non residenti

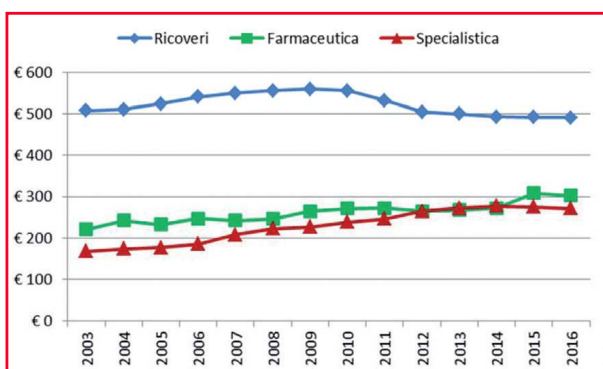


FIG. 3

BDA ATS di Brescia: Trend consumo di risorse pro-capite per le principali componenti

e per poter ridurre tale eccesso sono state effettuate riorganizzazioni che hanno portato ad una diminuzione del -6,1% dei posti letto rispetto al 2012, in particolare sono diminuiti del -3,4% quelli delle strutture pubbliche e del -10,0% quelli delle private. Tali cambiamenti hanno portato ad una netta diminuzione del numerosità dei ricoveri e del tasso di ospedalizzazione nei residenti ATS ma non degli assistiti provenienti da fuori ATS (Figura 2).

In particolare dal 2010 il consumo pro-capite per ricoveri nei residenti (Figura 3) è diminuito mentre è aumentato notevolmente quello per la Specialistica Ambulatoriale: ciò è in parte dovuto al trasferimento sotto tale voce di numerose prestazioni che prima erano effettuate in regime di ricovero.

In aumento negli ultimi anni anche il consumo pro-capite della Farmaceutica, trainato dai nuovi farmaci spesso erogati direttamente dagli ospedali (si pensi ai farmaci per l'epatite C).

Gli ospedali della ATS di Brescia hanno una elevata capacità di attrazione,

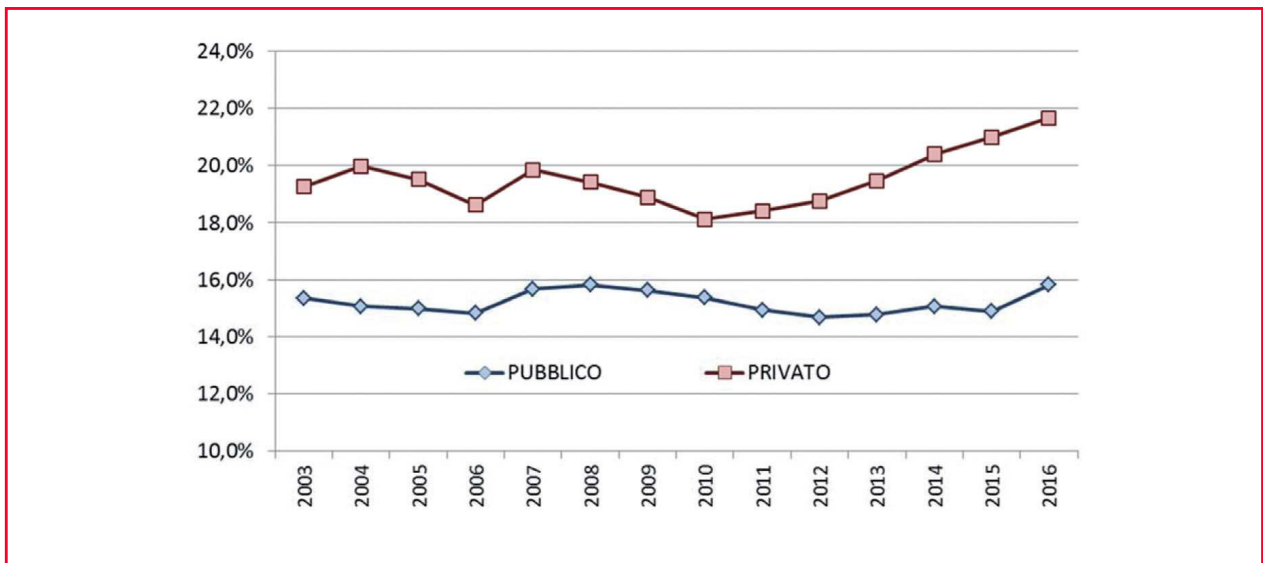


FIG. 4

Indice di attrazione ospedali della ATS di Brescia pubblici e privati

infatti i ricoveri di soggetti non residenti sono stati nel 2016 ben 35.891 pari al 16,9% del totale, mentre l'indice di fuga (ricoveri in ospedali fuori ATS di soggetti residenti) era notevolmente inferiore con 15.578 ricoveri pari al 7,3% del totale.

Tale capacità di attrazione è stata costantemente presente sia nel pubblico che nel privato, anche se quest'ultimo ha capacità relativamente superiore e in aumento negli ultimi anni (Figura 4). Gli indici di fuga più elevati (vedi figura 5) sono direttamente correlati alla residenza con un aumento graduale spostandosi verso la periferia della ATS, in particolare vi sono dei picchi nei residenti di alcuni comuni sul confine orientale vicini a presidi ospedalieri attrattivi del Veneto (Pederzoli di Peschiera del Garda), del Trentino e della ATS della Valle Padana (Castiglione, Asola). ●

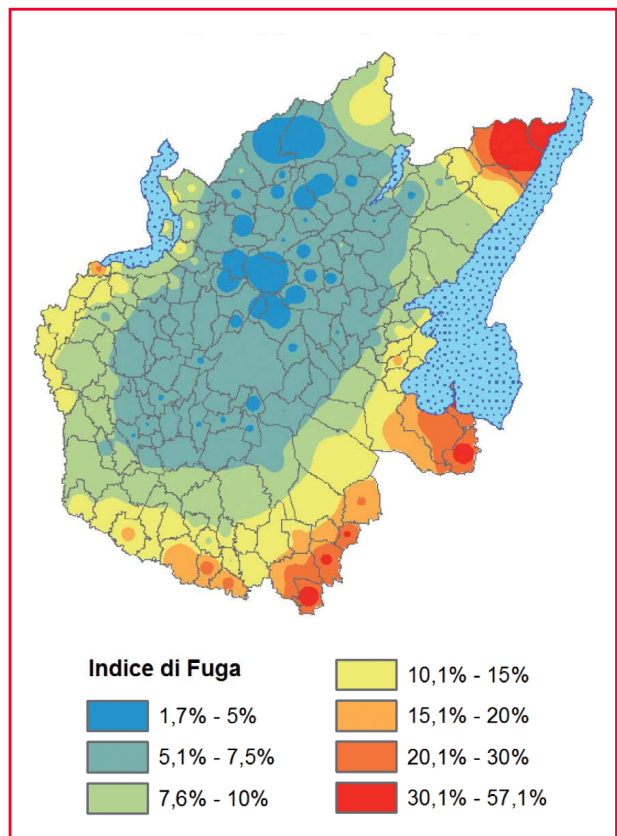


FIG. 5

Indice di fuga nel biennio 2015-16 con "livellamento" (smoothing) tramite tecnica IDW (Inverse Distance Weighted) pesata per la popolazione residente in ciascun comune

Rapporto Spedali Civili e Università: in attesa di un progetto comune

Piero Nicolai

Direttore della Unità di Otorinolaringoiatria dell'Università degli Studi di Brescia - A.O. Spedali Civili Brescia

Quando il Presidente dell'Ordine dei Medici di Brescia mi ha contattato, in qualità di Delegato del Magnifico Rettore dell'Università di Brescia ai rapporti con l'ASST Spedali Civili di Brescia, invitandomi a stendere un breve testo sui rapporti tra Spedali Civili e Università nell'ambito dell'applicazione della Legge Regionale 23 del 2015 sulla evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo, mi sono domandato quale taglio dare al mio scritto. **Piuttosto che entrare nell'ambito di regole e aspetti tecnici che ognuno può trovare dettagliati nel testo della legge ho preferito ripercorrere la storia dei rapporti Spedali Civili-Università dai tempi della fondazione di quest'ultima nel 1982 e fare il punto, a titolo del tutto personale, su quelle che sono le criticità odierne nelle relazioni tra le due Istituzioni e su quale sia oggi il territorio al quale l'Università, e in particolare la Scuola di Medicina, debba guardare non solo in termini di rapporto con il sistema socio-sanitario, ma anche in termini di reclutamento degli studenti.**

Nella mente dei padri fondatori l'Università degli Studi di Brescia, ne fa fede la sua denominazione iniziale (Ente Universitario della Lombardia Orientale), doveva intrattenere un rapporto privilegiato con le province di Brescia, Cremona e Mantova.

In area medica, questo principio si è tradotto nella creazione di Corsi di Studio come quelli delle Professioni Sanitarie, nell'inclusione di

molti reparti specialistici nella rete formativa delle Scuole di Specializzazione attivate presso la nostra Università e nel convenzionamento di reparti di diagnostica, specialità mediche e chirurgiche con il sistema sanitario nazionale. A parte pochissime eccezioni, quest'ultimo processo si è sviluppato esclusivamente con gli Spedali Civili, che oggi come agli albori resta il nostro *partner* "naturale". Ciò non toglie che vi sia un interesse condiviso da parte dell'Università e delle altre aziende del territorio bresciano, nonché di quelle dell'ATS Val Padana a rafforzare il rapporto collaborativo, con la finalità di creare una rete assistenziale e formativa che ottimizzi l'impiego di risorse umane e tecnologiche. **Veniamo ora al rapporto Università-Spedali Civili che dopo ben 35 anni di convivenza presenta ancora qualche criticità.** Questo meraviglia se si pensa che stiamo parlando di una azienda ospedaliera con una lunga tradizione di eccellenze mediche nel proprio curriculum e di una Università che nelle classifiche nazionali ed internazionali ha saputo conquistarsi una posizione di tutto rispetto tra gli "atenei di dimensione intermedia". Tuttavia, se si guarda a realtà con storia sovrapponibile (Verona, Novara) si ricava l'impressione che esse si caratterizzino per una migliore e più costruttiva integrazione tra le due componenti e per una maggior adesione ad un disegno comune. È difficile in poche righe analizzare le

motivazioni di questa situazione.

In modo piuttosto superficiale si potrebbe dire che sul versante universitario si sconta un atteggiamento, per fortuna non molto diffuso, che gli anglo-sassoni definiscono “turn the nose up”, mentre da parte ospedaliera la componente universitaria viene talora giudicata un “corpo estraneo” ancora in via di laboriosa integrazione. **Personalmente trovo questa divisione e contrapposizione tra “universitari” dediti alla ricerca e “ospedalieri” dediti all’assistenza piuttosto anacronistica.**

In un’azienda integrata ognuno è funzionale alla realizzazione di quello che chiamerei “progetto comune” e vi sono ampi dati in letteratura riguardanti il trattamento di molteplici patologie che dimostrano la superiorità dei risultati ottenuti negli ospedali nei quali si effettua ricerca clinica. È stato definito a Brescia questo “progetto comune”? In realtà è più sottinteso che esplicitato, ma non può che mirare ad aumentare la capacità d’attrazione dell’area medica, potenziando le eccellenze che già soddisfano questo criterio e rafforzando settori nei quali vengano riscontrate criticità. Le aree di crescita vanno identificate nella patologia oncologica, nelle patologie degenerative e cardio-vascolari, in quelle legate all’invecchiamento, con un’attenzione speciale allo studio delle basi genetiche delle suddette patologie, in aderenza ai principi della medicina di precisione. Un programma di questo tipo richiede il potenziamento e la creazione di laboratori con investimenti in risorse umane (medici, biologi, biostatistici, *data manager*) e tecnologiche concordati tra Ospedale e Università, limitando al massimo la moltiplicazione in laboratori diversi delle stesse attività, situazione che appaga l’ego di questo o quell’operatore più che rispondere ad un criterio di razionalizzazione. Il ben noto spirito filantropico dei cittadini bresciani e l’attaccamento che da sempre essi manifestano nei confronti di entrambe le istituzioni potranno essere di grande aiuto in un momento in cui i fondi per la ricerca e la sanità scarseggiano.

Un processo di sviluppo innovativo avviene attraverso un reclutamento virtuoso, basato su una selezione che premi la qualità e la professionalità prescindendo dalla provenienza

geografica dei candidati o da altri fattori extra-curricolari. Oggigiorno tale selezione può contare su criteri abbastanza oggettivi, che per la parte scientifica includono parametri largamente condivisi come *Impact Factor* e *Citation Index* e, per quanto attiene la parte clinica e didattica, la valutazione di attività adeguatamente documentate. Qualsiasi tipo di intervento esterno nelle valutazioni concorsuali da parte di soggetti non direttamente coinvolti nella loro gestione dovrebbe essere fermamente scoraggiato. Altro elemento rilevante in una operazione di consolidamento dei rapporti Ospedale-Università è quello di ridare forza al concetto di etica nei rapporti interpersonali. **Dissapori, invidie e, tanto meno, azioni legali promosse strumentalmente contro Colleghi non giovano a nessuno e ottengono come unico risultato quello di gettare discredito sulle istituzioni e su chi esercita con coscienza e professionalità la propria attività.**

Chi si rende protagonista di simili azioni a fini puramente personali dovrebbe essere emarginato nell’interesse di tutti.

Il lettore si domanderà quale sia il rapporto tra i punti che ho toccato e l’applicazione della Legge Regionale 23.

È mia ferma convinzione che se ASST Spedali Civili e Università degli Studi di Brescia sapranno raccogliere la sfida di potenziare la propria sinergia, non vi saranno difficoltà da parte dell’Università a diversificare le proprie attività formative, adeguandole ad una concezione assistenziale più differenziata.

Prima di chiudere vorrei brevemente toccare un argomento che in quest’ultimo periodo ha avuto ripetutamente l’onore delle cronache e, a onor del vero, riguarda più gli Spedali Civili che non l’Università: la creazione di una Fondazione degli Spedali Civili.

La settimana scorsa ero ad Amsterdam ad una riunione del *Board* della Società Europea di Oncologia Testa-Collo e abbiamo affrontato il problema del reclutamento e gestione dei fondi per la ricerca e per il miglioramento tecnologico. Partecipavano colleghi provenienti da realtà ospedaliere e universitarie di 10 differenti paesi Europei. Tutte queste strutture possiedono una fondazione, tranne al momento Brescia. *Ad maiora!* ●

Dipartimento di Emergenza

Quanto cambia e quanto non cambia mai

Carlo Concoreggi

ASST Spedali Civili di Brescia

Anestesista Rianimatore

Referente Organizzativo del Pronto Adulto

Responsabile SSVD Osservazione Breve Intensiva

Venerdì ore 20, inizio il turno di guardia, forse una delle ultime volte dopo oltre trentatré anni di Ospedale. Mi si prospettano 12 ore continue di servizio in Pronto Soccorso, il lavoro più bello e difficile che abbia mai fatto; pochi minuti per un bicchiere d'acqua, un caffè, poche altre brevi pause fisiologiche... dovrò vincere la stanchezza e il sonno. Prendo consegna di quattro codici gialli già valutati e due verdi da concludere; in attesa 12 verdi e quattro gialli; c'è chi, non grave, aspetta dalle 12.38 di essere visitato! Quasi tutte le sere così e sono certissimo che i colleghi del turno pomeridiano non si sono fermati un attimo; tante persone con bisogno di salute, più o meno urgente, si rivolgono al Pronto Soccorso, cercando soddisfazione con rapidità ed efficacia. Molti i simboli che si rincorrono per definirlo: un faro nel mare, l'ultima delle reti di sicurezza del cittadino, la medicina

difensiva di tutti gli altri medici: "vada in Pronto Soccorso, là trovano una soluzione".

Chi ci lavora, e soprattutto chi ne è responsabile ha il continuo desiderio di renderlo più efficiente, più umano, più adeguato alle necessità del mondo che cambia. Analizzare che cosa è cambiato è necessario, per capire dove andare. Il racconto di una notte di guardia, mentre visito pazienti, dispongo accertamenti, prescrivo terapie, documento dati clinici, aiuta a cercare idee, a trovare soluzioni... Entra il primo giallo in attesa, 58 anni, dolore addominale violento e insopportabile: è disteso sulla barella, sofferente e ha bisogno di me; io seduto alla scrivania; fra noi due uno schermo di computer, una tastiera che continuo a fissare, un mouse con cui continuo a fare click. Click per prendere in carico il caso, click per aprire la pagina dove devo scrivere l'anamnesi e l'esame obiettivo,

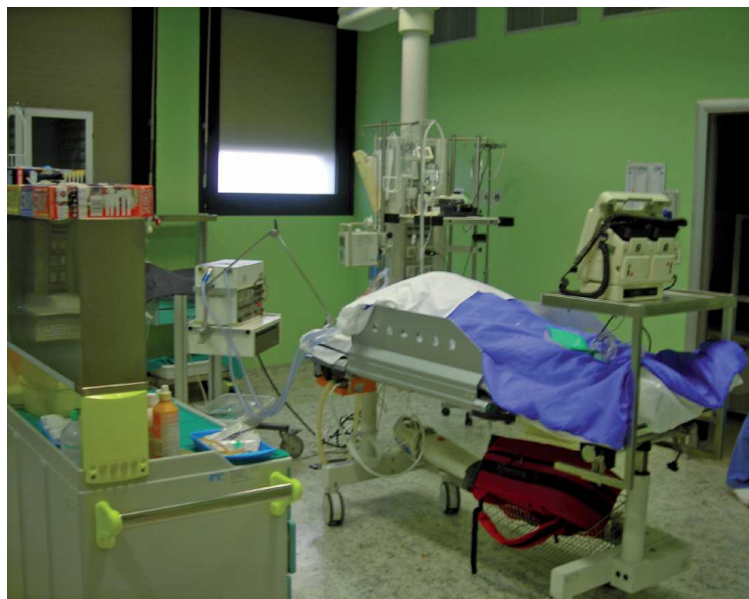
tre click per richiedere la radiografia, cinque click per gli esami, altrettanti per tornare alla pagina di prima, quattro click per scegliere la terapia; mentre clicco parlo e mi sforzo di far capire al paziente che sto cliccando più velocemente possibile perché così ho tempo per parlargli e visitarlo...

È cambiato il modo di documentare le attività cliniche perché sei schiavo dei flussi informativi:

SISS, Ricetta Elettronica, Fascicolo Sanitario, PACS, EUOL, SDO, INPS, INAIL, tutto in tempo reale registrato, tracciato, rintracciabile, controllabile, ma il rapporto fra me e il paziente si deteriora dietro allo schermo. Mi alzo in piedi, mentre chiedo, parlo, visito, prescrivo all'infermiere, tranquillizzo; cerco di farlo velocemente e il paziente se ne accorge: lui aveva bisogno che io fossi concentrato solo su di lui.

È cambiato il cittadino: da una parte più informato, dotato di smartphone, che non abbandona neppure nudo, mentre lo visito e che fa ipotesi sugli esami che servono, che non può aspettare, che ha altri impegni nella giornata, che si aspetta molti accertamenti sempre, subito e meglio se gratis; dall'altra non sa che farmaci prende perché pensa ci siano sulla sua tessera sanitaria elettronica, immagina che la sua storia clinica sia tutta a disposizione nel computer, che la medicina non possa sbagliare perché strumenti e macchine hanno superato la necessità che un uomo interpreti quello che dicono.

Chiamo a visita il quattordicesimo paziente che sto gestendo contemporaneamente; entra in piedi, non appare sofferente, lo saluto porgendogli la mano e lo faccio stendere sul lettino, gli chiedo che cosa è successo e mi risponde: "ah, se non lo sa lei, lo legga sul computer, sono quattro ore che aspetto". Autocontrollo emotivo, empatia, esperienza, il colloquio continua senza contrasti perché mi scuso per non averlo potuto visitare prima, ha febbre



da stamattina e mal di gola, con una compressa di paracetamolo è passato ma gli sta tornando...

Il paziente è cambiato anche perché troppo informato ha paura delle patologie gravi e vuole essere assicurato, spesso da esami o radiografie poco appropriati. Rivaluto uno dei quattro pazienti lasciati in consegna; ha 87 anni, respira male, da poco dimesso da un ricovero ospedaliero, con tre patologie contemporanee, in terapia con 12 farmaci diversi, uno dei quali da poco in commercio, una documentazione clinica cartacea contenuta in un faldone alto 8 cm. Il collega non ha avuto tempo di riportare note di anamnesi: ti sentiresti smarrito compilando la cartella in reparto di medicina interna con almeno mezz'ora di tempo; qui adesso tempo non c'è. Guardo il computer, due gialli in attesa da venti minuti e sta arrivando il 118 con un codice rosso, ciclista investito e sbalzato di 5 metri...probabile emorragia interna...

Cambia l'età dei pazienti: ultra 65enni triplicati in dieci anni, ultra ottantenni raddoppiati; l'utilizzo contemporaneo di più principi attivi crea nuovi quadri clinici sempre più frequenti, le reazioni avverse ai farmaci e la cascata prescrittiva; il medico ha la necessità di sofisticati software per identificare e trattare le

interazioni farmacologiche. Gli anziani hanno spesso necessità di ricovero per riacutizzazione di patologie croniche ma **cambia l'Ospedale** e i posti letto per acuti inesorabilmente si riducono. L'ospedalizzazione resta nella mentalità del cittadino l'unica soluzione non solo per le cure mediche ma talvolta per i soli bisogni assistenziali...aspetta 12 ore in corridoio dell'Ospedale in attesa del posto letto...si chiama boarding ed è un fenomeno diffuso nei Dipartimenti di Emergenza.

"Dottore sappiamo che ha poche settimane di vita ma non possiamo tenerlo a casa così; abbiamo appuntamento all'hospice fra due settimane, ma stamattina non ci rispondeva più".

È cambiata la famiglia che non è più in grado di prestare assistenza all'anziano disabile o al paziente terminale, talvolta la famiglia non c'è proprio, storie di stranieri soli che arrivano nelle nostre città in cerca di pace e lavoro. E sul territorio sforzi per organizzare regimi di cura alternativa hanno portato a poche soluzioni e non ancora integrate con il Pronto Soccorso. L'infermiere mi segnala che da 15 minuti attende piangendo una donna giovane, ha con se un bambino di 4 anni, ha lividi sul volto e alle gambe, dice che è scappata di casa perché non è la prima volta che è percossa dal compagno, padre del figlio; nessuna urgenza clinica ma dovere umano e morale di accogliere, consolare, proteggere; ho bisogno di un posto tranquillo per parlare con la donna, del tempo per ascoltarla, di qualcuno che si occupi del bambino; dove? Quale tempo? Chi?. Un uomo che attende da due ore in codice bianco con otalgia da tre giorni entra in ambulatorio di prepotenza, urla che siamo una manica di incapaci, che è impossibile sia abbandonato alle sue sofferenze e che tutti gli passano davanti, mi straccia in faccia con rabbia il foglio di accettazione a pugno teso, poi esce bestemmiando che adesso va a chiamare i carabinieri...ieri un mio operatore ha avuto una frattura di scafoide perché strattonato da un soggetto simile...

respiro di sollievo... e rabbia, ma la notte di guardia è ancora lunga, quattro pazienti hanno concluso la consulenza specialistica, esami di laboratorio pronti, radiografie refertate, devono essere dimessi. Uno si innervosisce e dice all'infermiera che è impossibile attendere due ore un foglio di carta (il verbale di PS). Entra il primo: "dottore, complimenti, non so come fate a fare questo lavoro, con certa gente..." grazie, consola almeno essere compresi.

È cambiato il rispetto verso la figura sanitaria, ognuno vuol vedere malasanità dove, forse, non c'è, aumenta il bisogno di categorie deboli della popolazione, ognuno ha una percezione del tempo solo su se stesso e sulle proprie necessità. L'infermiere che controlla i pazienti in attesa entra in ambulatorio: "guardi l'ECG di un paziente appena arrivato, con dolore toracico ora regredito; non mi sembra abbia segni ischemici in atto, posso effettuare i prelievi per esami previsti in questo caso? Un paziente con dolore da colica renale attende e sta peggio, posso prendere una vena e somministrare un analgesico?" Quei pazienti non li ho ancora visitati e non posso ora perché sto suturando una ferita che sanguina; rispondo di sì: fra un'ora, alla valutazione clinica avrò molti più elementi clinici necessari per decidere come curare il primo e il secondo sarà meno sofferente, avrà percepito attenzione.

È cambiato il ruolo del medico e dell'infermiere che devono aumentare le sinergie, lavorare per procedure standardizzate che migliorano la sicurezza e l'efficienza del sistema. L'infermiere deve poter indirizzare alla visita specialistica (fast-track), somministrare precocemente analgesici, effettuare precocemente prelievi per esami di laboratorio con procedure condivise fino ad indirizzare a diagnostica radiologica di base nei traumi minori. Anche sui mezzi di soccorso la professionalità infermieristica è valorizzata sulla base di specifici protocolli.



Quattro del mattino: nessun paziente in attesa, quelli già visitati hanno terapia in corso o aspettano esami di laboratorio; il cardiologo scende fra 30 minuti perché sta gestendo l'infarto ricoverato poco fa. Anche il collega che opera nella postazione vicina è nella stessa situazione dopo casi altrettanto complessi. Pausa irreali, non devo cliccare il mouse o pestare la tastiera, non ho nessuno da visitare, non ho nulla da decidere... non c'è abbastanza per riposare, provo a riflettere...

Le risorse sono limitate e non si deve pensare al miglioramento senza tener conto della spesa. Umanità è spazio e comunicazione: più spazio è indispensabile per migliorare la privacy, per evitare continui spostamenti dei pazienti, per poter gestire contemporaneamente i bisogni di salute di più persone; la comunicazione necessita di tempo e deve poter sfruttare la risorsa informatica, che consente più informazione, abolendo le barriere schermo e tastiera. Tablet? Dettatura vocale? Documentazione con immagini? Fascicolo sanitario realmente condiviso fra tutti i gestori del paziente? Terapia memorizzata elettronicamente? Allarme informatizzato delle interazioni farmacologiche? C'è ancora molta strada da fare perché informatica e medicina ottimizzino la loro relazione. Efficienza e riduzione dei tempi

devono essere basate su un nuovo disegno dei percorsi di cura dove il ruolo dell'infermiere assume maggiore responsabilità. Gruppi di lavoro misti lavoreranno condividendo procedure standardizzate per i quadri clinici più frequenti. Resta il problema della sicurezza e del rispetto, ma come tutte le cose che dipendono da altro, meglio non perdere tempo a fare ipotesi.

I pensieri sono interrotti dal bagliore del lampeggiante di un'ambulanza che sfreccia verso la rampa di accesso.

“Dottore, un codice rosso dalla città: 25 anni, incosciente, trovato in discoteca dopo assunzione di ecstasy e alcool, gli amici si sono spaventati e hanno chiamato il 112; poi guardi che sono arrivati i genitori del ragazzo di 19 anni traumatizzato di due ore fa, quello ricoverato in rianimazione in condizioni disperate, ubriaco senza cinture di sicurezza uscito di strada con un grave trauma cranico; non sanno ancora nulla ed è meglio parlare loro al più presto”.

Cerco un luogo e il tempo per comunicare un lutto; non è la prima volta, ma è sempre come se lo fosse. Trovare le parole giuste e l'empatia necessaria richiede concentrazione ed esperienza, e un po' turba sempre. Torno ai miei pazienti con un nodo in gola, ricordandomi una frase, ascoltata da studente, che mi aveva impressionato, ma che vivo ogni giorno: noi medici possiamo solo mettere una pezza, lavoriamo solo per rinviare la morte, chi può realmente salvare è un buon genitore o un bravo insegnante.

Questo non è cambiato...

Fra 10 giorni traslochiamo in spazi provvisori per consentire la ristrutturazione del PS; un po' di spazio in più siamo riusciti a trovarlo. Nel frattempo si lavorerà per migliorare i percorsi di cura, per migliorare l'informatizzazione e la comunicazione. Tanta strada da percorrere insieme... ●

Medicina interna oggi

Andrea Salvi

Direttore U.O. Medicina Generale 3

ASST Spedali Civili

“Internista”...cioè?

La mia esperienza di internista ospedaliero che opera all'interno di un grande ospedale inizia alla fine degli anni '70. Fino a prima degli anni '70 la Medicina Interna ospedaliera si era occupata non dico di tutto indistintamente, ma di una grossa fetta dei problemi non chirurgici dei pazienti. Con un paragone che potrebbe, ma non vuole, apparire irrispettoso, poteva ricordare certi empori dei vecchi films western, in cui si poteva acquistare un po' di tutto.

Di qui in poi è iniziato un processo, via via più accelerato, di differenziazione in varie specialità, per lo più legate all'uso di nuove tecnologie diagnostiche e terapeutiche che richiedevano una competenza specifica (nefrologia/dialisi, cardiologia/unità coronarica/elettrofisiologia/emodinamica, pneumologia/endoscopia respiratoria). Poi, con il progressivo ampliamento e approfondimento delle conoscenze mediche altre competenze reclamavano e ottenevano una propria autonomia (ematologia, oncologia, endocrinologia/diabetologia, gastroenterologia). Con il moltiplicarsi del distacco dalla madre “Medicina Interna” delle specialità “figlie”, vi è stato un periodo di crisi di identità della Medicina Interna ospedaliera, che si è vista sottrarre progressivamente il riconoscimento di

una propria specifica competenza. A molti di noi credo sia capitato di sentirsi domandare, da persone conosciute al di fuori della nostra attività professionale, quale fosse la nostra specializzazione in ospedale. Di fronte alla risposta “internista”, l'espressione del nostro interlocutore era per lo più interrogativa e subito seguita dalla imbarazzante domanda esplicita: “cioè?”.

Questa domanda ha per qualche tempo attraversato la mente anche di noi internisti ospedalieri.

Alcuni si sono ritagliati una area particolare di interesse, che garantisse soddisfazione nel mondo accademico e nel mondo professionale, e hanno progressivamente trascurato il campo specifico dell'internista ospedaliero: il trattamento del paziente acuto medico per cui non è indicato il ricovero in terapia intensiva, il trattamento del paziente polipatologico, le diagnosi difficili. Campo questo che richiede continuo aggiornamento su più fronti, condivisione delle proprie conoscenze con i colleghi, discussione collegiale dei casi difficili e delle regole della buona pratica clinica. Sono sorti contenziosi con i colleghi delle unità specialistiche, rei, agli occhi degli internisti, di scegliersi in Pronto Soccorso i pazienti più giovani e meno impegnativi: lasciando così all'internista prevalentemente i casi più impegnativi

dal punto di vista assistenziale o, per una malintesa visione dello scopo primario della medicina, i pazienti portatori di scarsa soddisfazione professionale, cioè i pazienti con una prognosi sfavorevole. A volte il contenzioso è sorto con il paziente o i suoi familiari che vedevano nel ricovero in Medicina una collocazione impropria rispetto al ricovero in altre specialità meglio definibili nella loro competenza, come Cardiologia, Pneumologia, Ematologia, Oncologia e altre. Un senso di frustrazione, un problema di identità ha talvolta messo in crisi l'internista degli anni '80 - '90.

La rivalutazione del ruolo della Medicina Interna

Da diversi anni è però in atto una rivalutazione del ruolo della Medicina Interna ospedaliera, una sorta di cammino a ritroso. Gian Battista Vico? No, semplicemente è cambiato lo scenario. Alcune specialità che avevano ottenuto una autonomia anche in termini di posti letto si sono convertite in attività di tipo ambulatoriale e il paziente acuto che necessita di ricovero viene ora allocato nelle unità di Medicina, dove trova una competenza multidisciplinare, sempre comunque con il possibile supporto dello specialista di riferimento. Ma l'evento clamorosamente più evidente è stato l'aumento esponenziale dei pazienti affetti da più patologie. L'aumento della popolazione anziana, con riacutizzazione di patologie croniche, affetta da più patologie, in trattamento polifarmacologico spesso complesso ha ridato per "stato di necessità" spazio alla Medicina Interna ospedaliera, dove questi pazienti trovano la collocazione ideale: qui ci si aspetta possano trovare preparazione e conoscenze a 360° (così dovrebbe essere) e una visione olistica, unitaria del paziente nella sua globalità, visione tipica della Medicina Interna. Una delle conseguenze è stato il sovraffollamento dei reparti di Medicina e la frequente dislocazione dei pazienti a carico degli specialisti in medicina interna in altri reparti, con gli ovvi rischi e disagi che questo comporta per medici,

pazienti e infermieri. Non tutti i medici internisti hanno però gradito questo ritorno alle origini e hanno continuato a coltivare l'interesse primario per una diversa specialità, considerando il ruolo di internista ospedaliero come una sorta di "prezzo" da pagare all'Istituzione, ma con il "cuore" altrove. Che l'internista continui a coltivare qualche interesse specifico può essere utile sotto tanti punti di vista, ma non può trascurare l'impegno e l'interesse per l'aggiornamento multidisciplinare. In caso contrario sarebbe come una etichetta applicata sull'oggetto sbagliato. Con tutto quello che ne consegue.

Il cambio di organizzazione

Sul piano dell'organizzazione qualcosa è cambiato nei reparti di Medicina nel corso di questi ultimi decenni:

- una maggiore autonomia nella gestione del paziente da parte dei singoli medici in confronto al ruolo di dipendenza del passato rispetto alla figura apicale
- un tempo sempre più contratto riservato al colloquio e all'ascolto del paziente a causa di un sempre maggiore impegno burocratico/amministrativo (lettere di dimissione, ricette per esami e terapie, certificati INPS), peraltro "appioppato" ai medici ospedalieri a "costo zero" per le Aziende
- una drastica riduzione dei ricoveri a scopo diagnostico
- un accorciamento progressivo dei tempi di degenza, reso possibile anche dal trasferimento precoce in unità riabilitative (per quelle strutture che hanno il privilegio di un accesso preferenziale) o dal trasferimento in unità per "subacuti"
- un maggior spazio alle riunioni periodiche dedicate a discussione di casi clinici, aggiornamento, problemi organizzativi
- una maggior propensione, non da tutti condivisa, a organizzare le Unità Operative secondo criteri di intensità di cura



L'internista *hospitalist*

Va ricordato un altro cambiamento rispetto agli anni 70, spesso non considerato. Una parte non trascurabile degli internisti ospedalieri fino ad allora erano anche medici di famiglia, in questo modo assomigliando, un po' alla lontana, alla figura americana del "*community physician*" che segue il proprio paziente in comunità, ma poi continua a seguirlo anche quando viene ricoverato in ospedale. In quegli anni in Italia, anticipando i tempi rispetto agli USA, si perse progressivamente, dapprima spontaneamente, poi per legge dello Stato, la possibilità di questo doppio ruolo e si impose la figura dell'internista "*hospitalist*", cioè esclusivamente ospedaliero. Fu questo un passo inevitabile, che consentì all'internista di concentrarsi e specializzarsi sulla gestione intraospedaliera del paziente. Ma, seppur necessaria, questa "medaglia" aveva una altra faccia: la perdita di quella continuità terapeutica che in qualche modo veniva garantita da queste figure "ibride". A questo va aggiunto il progressivo distacco dei medici di famiglia dalla fase ospedaliera della malattia dei propri pazienti. Alla fine degli anni 70 non era affatto raro ricevere in reparto medici di famiglia che non solo venivano a informarsi dei propri pazienti, ma ne seguivano l'itinerario ospedaliero. Qualcuno addirittura frequentava il reparto con regolarità e in questo modo si creava un rapporto di reciproca collaborazione con vantaggi:

- per il medico ospedaliero, che rimaneva in contatto con la realtà quotidiana del paziente seguito a domicilio
- per il medico di famiglia che ampliava le possibilità di aggiornamento e veniva messo in condizione di capire meglio le ragioni delle scelte effettuate in ospedale
- per il paziente stesso, che nel momento di maggiore crisi (il ricovero in ospedale) si vedeva seguito dal proprio medico di fiducia.

Ora il medico di famiglia raramente arriva in ospedale a cercare i suoi pazienti, raramente cerca o trova spazio per uno scambio di opinioni con l'internista ospedaliero.

Questo distacco sempre maggiore dei medici di famiglia trova ragioni e giustificazioni e responsabilità variamente distribuite che qui non è possibile analizzare, ma non è stato un fatto positivo. Sicuramente è andato a scapito del paziente.

Quale il futuro per la Medicina Interna ospedaliera?

Credo che il recupero in atto di un proprio spazio e di una propria identità sia destinato a proseguire nei prossimi anni. Consapevole di non essere un tuttologo, salvo casi di delirio di onnipotenza, l'internista ha potenzialmente le competenze e certamente la "*mission*" per affrontare nel modo corretto la medicina della complessità, delle polipatologie, avvalendosi del contributo a volte decisivo degli altri specialisti, ma alla fine facendo integrazione e sintesi.

La crescente presenza di pazienti anziani e con comorbilità nelle unità di ortopedia e chirurgia ha portato in alcune realtà ad affidare all'internista la gestione del paziente nel periodo di degenza: un internista "*hospitalist*" che per un certo periodo di tempo "*trasloca*" nelle unità chirurgiche, garantendo con le proprie competenze una migliore gestione delle problematiche non chirurgiche dei pazienti in attesa di intervento o già operati.

Vedremo in futuro se questa scelta potrà trovare utilmente applicazione su larga scala, risorse permettendo. E infine, "*last but not least*" certamente è necessario recuperare il rapporto con i medici di Medicina Generale, inventando nuove forme di collaborazione in qualche modo obbligatorie, e non più lasciate all'iniziativa dei singoli. È assai improbabile che siano gli *slogans*, di cui qualcuno ama abusare, a eliminare la frattura esistente tra fase ospedaliera e fase "domiciliare" della cura dei nostri pazienti. ●

La cultura geriatrica e l'ospedale

Angelo Bianchetti e Fabio Guerini

Dipartimento di Medicina e Riabilitazione,
Istituto Clinico S. Anna, Brescia

Renzo Rozzini

Dipartimento di Geriatria, Fondazione Poliambulanza
Istituto Ospedaliero, Brescia

*A cosa serve un reparto di geriatria in un ospedale moderno?
Poiché i reparti di medicina sono pieni di soggetti anziani cronici, allora dovremmo trasformarli tutti in reparti di geriatria?
L'ospedale è il luogo adatto dove curare un anziano cronico con comorbidità?*

Sono domande che vengono spesso fatte a vari livelli: il clinico ospedaliero che si interroga sul suo ruolo, il medico del territorio che deve gestire soggetti molto anziani con elevata cronicità, l'organizzatore dei servizi che è alle prese con la indisponibilità ed i costi dei servizi. Eppure a queste domande la letteratura e l'esperienza internazionale (e nazionale) hanno dato risposte da tempo...perché l'invecchiamento della popolazione è un fenomeno non nuovo, ampiamente previsto e studiato e perché la geriatria ha sviluppato negli ultimi trent'anni un numero rilevante di modelli di cura che hanno migliorato la qualità della vita delle persone a loro affidate¹.

La geriatria ha dimostrato *outcome* migliori per le persone anziane ricoverate negli ospedali per acuti (ACE Units)², nelle unità di terapia

1 Rozzini R, Bianchetti A, Patologie croniche, pazienti cronici e modelli di cura. *Brescia Medica*, 2017, 3: 28-33.

2 Flood KL, MacLennan PA, McGrew D, Green D, Dodd C, Brown CJ. Effects of an acute care for elders unit on costs and 30-day readmissions. *JAMA Intern Med*. 2013;173:981-7.

intensiva per la gestione del delirium, nelle ortopedie (Ortogeriatria)³, nei reparti di post-acuti (unità di valutazione e riabilitazione geriatrica)⁴ e nella gestione territoriale della cronicità come supporto alla medicina di famiglia, con costi ridotti⁵.

Come è possibile quindi far convivere i bisogni crescenti di salute della popolazione anziana, la qualità delle cure, i limiti derivanti dalla attuale organizzazione ospedaliera? Cerchiamo di affrontare i punti principali del problema.

1) **L'ospedale è sempre più un ospedale per i vecchi,**

soprattutto nei reparti generalisti. In una divisione di medicina generale della nostra Città (Istituto Clinico S. Anna) l'età media dei pazienti ricoverati (per il 95% dal PS) è passata da 70 anni (67 negli uomini e

3 Pioli G, Barone A, Mussi C, Tafaro L, Bellelli G, Falaschi P, Trabucchi M, Paolisso G; GIOG. The management of hip fracture in the older population. Joint position statement by Gruppo Italiano Ortogeriatrics (GIOG). *Aging Clin Exp Res*. 2014;26:547-53.

4 Boffelli S, Cassinadri A, Mercurio F, Rozzini R, Trabucchi M. Post hospital sub acute care: a new model of caring through geriatric methodology. *G Gerontol* 2014;62:21-28.

5 Daniels R, Metzeltin S, van Rossum E, de Witte L, van den Heuvel W. Interventions to prevent disability in frail community-dwelling older persons: an overview. *European Journal of Ageing*. 2010;7:37-55.

72 nelle donne) nel 2003 a 82 anni (80 negli uomini e 84 nelle donne) nel 2017; la proporzione degli ultra85enni è passata nello stesso periodo dal 20.1% al 47.8%. Se si analizzano i dati del PS emerge che l'età è un fortissimo predittore di ricovero (che passa dall'10.8% per le età fra 51 e 64 anni al 39.1% per chi ha 85 o più anni) e che i vecchi vengono più spesso ricoverati in un reparto di medicina generale (che interessa il 15.8% nei soggetti che accedono in PS con età fra 65 e 74 anni e arriva al 43.4% in quelli con 85 e più anni).

La proporzione di soggetti con demenza fra i ricoverati passa dal 15% nel 2003 al 65% nel 2017; i soggetti con disabilità significativa all'ammissione sono il 65% di chi ha età fra 75 e 84 anni e oltre il 70% di chi ha più di 85 anni.

È indubbio quindi che per fornire a questi pazienti un livello adeguato di cure è necessaria una cultura e una prassi geriatrica che non si improvvisano. Un interessante recente lavoro dimostra che l'insegnamento della geriatria (cultura) migliora la conoscenza dei problemi ma non ne cambia la prassi.⁶

2) Per far bene la medicina dei vecchi è innanzitutto necessario conoscere i principi della gerontologia e geriatria.

- a) La presentazione di una patologia è spesso diversa in un anziano perché diversa è la risposta allo stress. Il segno caratteristico dell'invecchiamento è la ridotta capacità a rispondere allo stress.
- b) La risposta dell'organismo è ciò che tipicamente genera i segni e sintomi di una malattia. La risposta nella persona anziana non è mai così attiva. Questo motivo spiega perché, in caso di infezione, è possibile non avere puntate febbrili o leucocitosi. Allo stesso modo una malattia cardiaca può essere silente.

- c) Una malattia non si presenta mai da sola; il coinvolgimento di più organi e sistemi è la regola, così come la regola è la necessità di utilizzare più farmaci contemporaneamente.
- d) Le malattie si presentano più spesso come "sindromi" (le cadute, il delirium, la sarcopenia, ecc.) e la definizione della relazione fra la presentazione clinica (sindromica), le singole patologie, i dati biologici, la risposta alla terapia ed all'assistenza in generale (in senso talvolta iatrogenico, si pensi alle conseguenze della sedazione del delirium o della contenzione fisica...) è complessa e richiede un approccio unitario (olistico) piuttosto che la frammentazione in sottosistemi.
- e) La definizione degli *outcome* dell'intervento non è automatica (quasi mai è la guarigione, più spesso è la prevenzione o riduzione della disabilità, sempre è il sollievo dei sintomi) ma richiede una precisa definizione della prognosi (che dipende più dalle condizioni del paziente che dalla gravità della malattia) che dipende a sua volta dall'interazione fra i domini fisici, mentali e socio ambientali.
- f) La morte è parte della vecchiaia e non sempre va considerata una sconfitta. L'attenzione alla qualità delle cure nel fine vita in ospedale (e non solo) è centrale nell'assistenza alla persona molto anziana ricoverata in ospedale e aiutare i pazienti e le famiglie ad avere a che fare con il fine vita, a prendere decisioni informate che definiscano e riflettano obiettivi e priorità condivise è una specifica competenza del *team* di cura.
- g) Con l'invecchiamento si assiste a:
 - Modificazioni della composizione corporea: a) si riducono i muscoli, la cosiddetta massa magra; b) aumenta il grasso o massa grassa. Quindi il rapporto massa magra/massa grassa si modifica sfavorevolmente determinando una minore capacità di risposta funzionale.

⁶ Chang C, Hung WW, Bhatia S, Thomas DC, Leipzig RM, DeCherrie LV, Callahan EH. Teaching geriatric concepts in internal medicine residency continuity clinic did not affect practice. *J Am Geriatr Soc.* 2017.

- *Resetting* dell'equilibrio tra disponibilità e domanda energetica. Complessivamente i pazienti con patologia multipla hanno bassa disponibilità di energia pur richiedendone di più, sia a riposo che durante l'attività fisica. Una persona ammalata può consumare tutta l'energia di cui dispone nello svolgimento delle attività della vita quotidiana, sperimentando fatica e venendo confinato alla sedentarietà. Lo stato energetico può essere valutato clinicamente semplicemente chiedendo al paziente il suo livello di fatica nello svolgimento delle attività di base o con semplici test di *performance* standardizzati.
- Modifica del "network" che mantiene l'omeostasi. I principali meccanismi che governano il controllo dell'omeostasi interessano gli ormoni, i mediatori dell'infiammazione e gli antiossidanti. La complessità dei meccanismi di controllo rende probabilmente ragione dell'inefficacia dei trattamenti ormonali singoli. Purtroppo non si dispongono dei criteri standard in grado di quantificare la disregolazione omeostatica.
- Fenomeni di neurodegenerazione. Le modificazioni corticali e sottocorticali producono segni neurologici "soft" non specifici, come l'instabilità della marcia, la compromissione dell'equilibrio, la riduzione dei tempi di reazione. Queste modificazioni possono essere elicitate agevolmente mediante l'esecuzione di "compiti doppi", nei quali il compito motorio e quello cognitivo sono svolti simultaneamente (test del *talking when walking*). Un paziente che mentre cammina deve fermarsi per parlare è a rischio di caduta (*dual task*). Una *performance* scadente in un compito doppio è marker di ridotta capacità globale di processazione centrale, un *processing* simultaneo è più limitato.

Le modificazioni dei sistemi descritti coesistono, si sviluppano in parallelo e interferiscono tra loro attraverso *loop* di *feed back* e *feed forward*: il fenotipo dell'invecchiamento è la risultante delle loro interazioni.

h) Fondamenti della specialità geriatrica sono ancora:

- La fragilità, la predisposizione alla rottura, al danno, vulnerabilità latente, possibile perdita di capacità adattative. L'etimologia della parola fragilità da "frango", rompere, rimanda alla nozione di qualche cosa che se sottoposto a una pressione, a un impatto, rischia di danneggiarsi facilmente. La fragilità è uno stato di facile vulnerabilità, di ridotta capacità a recuperare l'equilibrio che si è rotto dopo un evento stressante. Sebbene la fragilità non sia confinata alla popolazione anziana, questa si osserva prevalentemente nelle persone ultra 85enni (i vecchi vecchi). La fragilità viene spesso identificata da parole che esprimono una condizione simile come "vulnerabilità", o, come è accaduto più recentemente, come condizione da contrapporre a "robustezza".
- Il significato clinico e i canoni della gestione della patologia cronica che si riacutizza è difficile. La definizione della comorbilità rappresenta un avanzamento nella comprensione della salute somatica del paziente: quando messa in relazione alla eventuale co-presenza di altre patologie e della loro gravità permetterà di definire con minore incertezza le possibilità terapeutiche, l'impatto sulla disabilità e la prognosi del paziente. La ricerca ha affrontato il problema della gravità delle patologie e della loro co-presenza (polipatologia, comorbilità, multimorbilità). Questa situazione, condizione invariabile nell'anziano, rappresenta un nodo cruciale nella comprensione dello stato di

salute oggettivo, della definizione prognostica e delle possibilità terapeutiche. Ogni patologia cronica, che pesa in modo variabile su spettanza di vita e disabilità, si esprime in vecchiaia con una gravità diversa.

- La disabilità è la condizione personale di chi, in seguito ad una o più menomazioni, ha una ridotta capacità d'interazione con l'ambiente sociale rispetto a ciò che è considerata la norma, pertanto è meno autonomo nello svolgere le attività quotidiane e spesso in condizioni di svantaggio nel partecipare alla vita sociale. La disabilità nell'anziano è la conseguenza principale, la via finale comune, delle malattie croniche e della loro combinazione. Poiché la prevalenza della maggior parte delle patologie croniche aumenta con l'età, con essa aumenta anche la prevalenza della disabilità. La disabilità ha un ampio spettro di manifestazioni: può insorgere sia acutamente (disabilità catastrofica) come conseguenza di una patologia che ha un impatto rilevante sull'apparato locomotore (ad esempio uno *stroke* o una frattura di femore) oppure quando il substrato clinico è molto fragile (ad esempio la polmonite su un paziente malnutrito e con grave comorbilità) oppure può manifestarsi progressivamente iniziando in modo subclinico (caratterizzato dallo sviluppo di limitazioni funzionali minime, ancora non tali da interferire in modo rilevante con la funzione): è il caso delle condizioni cliniche non fatali.

Il fenotipo "paziente anziano" è la risultante dell'interazione tra processi biologici propri dell'invecchiamento, dalla presenza delle malattie di gravità variabile e della loro combinazione, della fragilità, della disabilità, della demenza e delle variabili sociali. Ognuno di questi aspetti è

La valutazione Multidimensionale Geriatrica:

Stato sociale

Salute somatica (comorbidità, politerapia)

Cognitività

Affettività (tono dell'umore)

Disabilità (autonomia nelle attività di vita quotidiana, test di performance motoria)

TABELLA 1

oggetto specifico di studio da parte del geriatra (tabella 1).

3) Conoscere il costrutto teorico della geriatria e gerontologia è necessario, ma non sufficiente;

la prassi (vale per il paziente in ospedale e nel territorio o in RSA) richiede un sistema organizzato di risposta che coinvolge la prassi medica, quella infermieristica, le relazioni strutturate fra i vari livelli di intensità di cura e i diversi luoghi delle cure.

La prassi geriatrica (anche in ospedale) è necessariamente multiprofessionale e deve vedere coinvolti medici, infermieri, terapisti della riabilitazione, assistenti sociali nel raggiungimento di un obiettivo clinico ed assistenziale condiviso (tabella 2).

La cura del paziente anziano in ospedale non si esaurisce nell'ospedale, ma inizia prima (il rapporto con il MMG e con la famiglia è indispensabile) e finisce dopo, nel rientro al domicilio in modo protetto (educare il paziente e la famiglia, preparare il territorio attivando i servizi necessari, interagire con il MMG) o attivando servizi di post-acuzie, di riabilitazione, di cure intermedie, di *hospice*, di assistenza residenziale, semiresidenziale. E ancora non inizia con l'arrivo del paziente in reparto, ma inizia con la sua ammissione in pronto soccorso, luogo in cui l'approccio geriatrico ha dimostrato la sua estrema

utilità con esperienze ormai consolidate⁷, ora divenute operative anche nella nostra realtà con il progetto “codice argento” dell’ATS di Brescia.

I reparti di medicina generale sono in grado di assistere secondo questi modelli e con la prassi descritta i pazienti anziani e molto anziani?

È una domanda a cui non è facile dare una risposta.

Possiamo però affermare che, senza luoghi (reparti e servizi, sistemi integrati di cure) in grado di sperimentare e di formare gli operatori (medici e non solo) a queste modalità di cura non è possibile pensare che cultura e prassi diventino diffuse. Il geriatra, nel contesto di tale complessità formativa, organizzativa e gestionale, si trova ad essere una sorta di “superspecialista” trasversale a più aree cliniche e sociosanitarie.⁸

Come possiamo quindi rispondere alle domande iniziali?

In un ospedale moderno, soprattutto se di grandi dimensioni, non può non esserci un reparto di geriatria con la funzione di ricovero dei casi più complessi, di supporto ai servizi (dal PS alle aree chirurgiche) e di formazione della “cultura geriatrica” che deve essere diffusa.

I reparti di medicina generale mantengono la loro funzione essenziale, anche se devono sempre di più adeguarsi ai principi della geriatria moderna, adeguando una prassi altrimenti obsoleta.

L’ospedale è un momento, uno snodo spesso indispensabile per la cura dell’anziano con patologia acuta o riacutizzazione di patologia cronica, che deve essere in grado di connettersi con la rete dei servizi e garantire un livello adeguato di cure. ●

Il “percorso di cura” specifico del paziente anziano in ospedale

Definizione del motivo di accesso, più spesso un quadro “sindromico”

Assessment multidimensionale con strumenti standardizzati

Valutazione clinica “classica”

Formulazione di una “ipotesi diagnostica” e di una “epicrisi” che tiene conto del quadro sindromico, della/e patologia indice, della comorbilità e della multimorbilità

Aspettative del paziente e della famiglia, struttura familiare e sociale, organizzazione della rete territoriale

Definizione della prognosi

Piani di intervento secondo una scala di priorità e definizione degli end point

Valutazione rischio-beneficio

Definizione dei luoghi e dei tempi della cura, oltre il momento dell’ospedale

Sostenibilità psicologica, organizzativa ed economica

Terapia (acuta o prolungata)

Controllo dei risultati

Adeguamento e proseguimento degli interventi, follow-up post dimissione

TABELLA 2

⁷ Di Bari M, Balzi D, Roberts AT, Barchielli A, Fumagalli S, Ungar A, Bandinelli S, De Alfieri W, Gabbani L, Marchionni N. Prognostic stratification of older persons based on simple administrative data: development and validation of the “Silver Code,” to be used in emergency department triage. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2010;65:159-64.

⁸ Morley JE. Geriatricians: The Super Specialists. *J Am Geriatr Soc.* 2017;65:866-868.

La Pediatria che cambia

Alessandro Plebani

Direttore U.O. di Pediatria, Università degli Studi di Brescia, ASST-Spedali Civili di Brescia
e Presidio Ospedale dei Bambini

Direttore della Scuola di Specializzazione in Pediatria Generale e Specialistica

La Pediatria come scienza medica autonoma

Si può dire che la pediatria nasca nel 1889 con uno scritto dell'americano Jacobi Abraham che in "Transactions of the American Pediatric Society" pubblicò un articolo dal titolo "The relations of pediatrics to general medicine".

Fino alla fine dell'800 infatti, la Pediatria era considerata come parte della medicina interna perché il bambino veniva considerato come un "adulto in miniatura" e quindi si pensava che i principi di fisiologia, di fisiopatologia e di terapia applicati all'adulto potessero essere applicati anche al bambino semplicemente "rimpicciolendo" i criteri diagnostici e i dosaggi terapeutici applicati all'adulto. In questo articolo l'autore getta le basi che porteranno la Pediatria a svilupparsi come scienza medica autonoma. Vorrei citare alcuni passi salienti di questo articolo:

"La Pediatria non si occupa di uomini e donne in miniatura con dosi ridotte e la stessa categoria di malattie in corpi più piccoli [...], essa ha i suoi propri spazi e orizzonti indipendenti [...]. "Vi sono ben pochi tessuti o organi che si comportano esattamente come in altri periodi della vita [...]. "Vi sono anomalie e malattie esclusive

del lattante e del bambino. Ve ne sono di quelle che prevalgono nei bambini o che in questi ultimi decorrono con sintomatologia particolare".

Sono concetti che oggi possono apparire banali tanto sono ovvii, ma, formulati in quel periodo, hanno rappresentato una rivoluzione e hanno dato l'avvio alla creazione degli Ospedali Pediatrici (Figura 1), alla istituzione della Società di Pediatria nel 1898, alla istituzione dell'insegnamento di Pediatria (la prima cattedra di Pediatria è stata istituita a Padova nel 1890), e allo sviluppo della Pediatria di base.

I progressi della Pediatria

Questa maggiore attenzione al bambino come entità fisiologica e patologica autonoma, insieme a una serie di interventi di natura igienico-sanitaria preventivi quali le vaccinazioni, la potabilizzazione delle acque, gli screening neonatali (fino all'anno scorso estesi a 3-4 malattie a seconda delle regioni, ed attualmente, secondo il nuovo decreto, estesi a più di 40 malattie) e all'impiego di antibiotici sempre più efficaci, al miglioramento delle condizioni di vita, ai progressi nell'alimentazione, a una maggiore attenzione al periodo della gravidanza,

allo sviluppo di subspecialità pediatriche e di discipline affini ed integrate con la pediatria quali la Neonatologia e l'Ostetricia (possono sopravvivere bene neonati venuti al mondo con un peso 6 volte inferiore a quello normale) ha contribuito in modo significativo alla riduzione della mortalità infantile, in modo particolare quella legata a cause infettive. Mentre all'inizio del secolo la mortalità infantile si aggirava attorno al 20-30% dei nuovi nati, attualmente è dello 0.4% (Figura 2).

Inoltre, i progressi delle diverse branche specialistiche pediatriche e di discipline di area pediatrica (chirurgia pediatrica, cardiocirurgia, rianimazione ecc.) hanno fatto sì che bambini con patologie croniche che prima morivano, adesso sopravvivano, raggiungano l'età dell'adulto anche con una buona qualità di vita e possano procreare, cosa impensabile fino a qualche decade fa. Questo lo dobbiamo anche al progresso scientifico che ha contribuito in modo

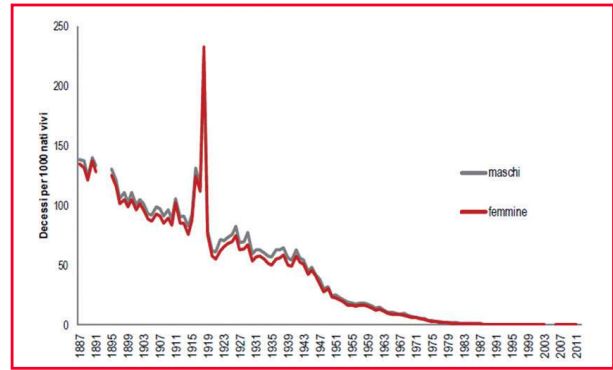


FIG. 2
Tasso di mortalità sotto i 5 anni in Italia dal 1887 al 2011

sostanziale al miglioramento delle nostre conoscenze sulle basi patogenetiche di molte malattie ad esordio in età pediatrica che hanno portato, da una parte, a disporre di test che consentono di porre diagnosi di malattia molto precocemente, e dall'altra, a sviluppare strategie

Alessandria	Cesare Arrigo (Prof. Paolo Bosio)	1886
Ancona	Ospedale dei Bambini (Prof. Alberto Caucci)	1900
Brescia	Umberto I (Prof. Pagani - Cesa)	1902
Cremona	Ospedale dei Bambini (Dott. Felice Celli)	1881
Cuneo	Regina Elena (Dott. Teresio Cattaneo)	1912
Genova	S. Filippo (Prof. Luigi Della Valle)	1888
Livorno	Santa Famiglia (Prof. Alberto Funaro)	1888
Lodi	Vittorio Emanuele II (Dott. Oreste Garzia)	1927
Mantova	Bulgarini*	1858
Milano	Ospedale dei Bambini (Prof. Girolamo Taccone)	1899
Palermo	Ospedale dei Bambini (Prof. Buccheri - Dott. Carini)	1882
Roma	Bambini Gesù (Prof. Sen. Francesco Valagussa)	1869
San Remo	A. Nuñez Del Castillo (Dott. Vincenzo Pesante)	1908
Torino	Opera Pio Barolo (S. Filomena) (Dott. G.B. Filippello)	1845
Torino	Regina Margherita (Prof. Ugo Camera)	1883
Torino	Koelliker - Mensi (Prof. Enrico Mensi)	1928
Trento	Koelliker dei Savoia (Dott. Carlo D'Anna)	1920
Trieste	Burlo Garofolo (Dott. Paolo Israeli)	1907
Venezia	Umberto I (Prof. Ettore Giorgi)	1892
Verona	Alessandri (Prof. Giuseppe Zambelli)	1912

FIG. 1
Ospedali Infantili (un'anagrafe, secondo Allaria GB. La pediatria in Italia, Milano, Stampa Medica Italiana [20] 1937)

terapeutiche più mirate ed efficaci. Si pensi ai trattamenti enzimatici per le malattie metaboliche, all'impiego di nuovi farmaci come i farmaci biologici (e non solo quelli) per le malattie reumatologiche, gastroenterologiche, auxoendocrinologiche, diabetologiche, oncoematologiche, respiratorie, immunologiche, allo sviluppo di farmaci che sono in grado di bypassare il difetto genetico consentendo la trascrizione anche parziale della proteina (impiegati nel trattamento della fibrosi cistica e di altre malattie genetiche).

Le malattie croniche e rare

Il controllo delle malattie infettive e i progressi sopracitati hanno spostato l'attenzione della Pediatria verso le malattie croniche e verso le malattie rare, la cui gestione, peraltro complessa e multidisciplinare, rappresenta la sfida della Pediatria del presente e del futuro, non solo da un punto di vista strettamente medico ma anche organizzativo. Qualche numero: circa il 9% dei bambini da 0 a 14 anni e il 12% di quelli da 15 a 17 anni risulta affetto da almeno una patologia cronica. La caratteristica fondamentale della malattia cronica, è l'impatto sullo stato di salute del paziente, sulle sue esigenze assistenziali (spesso di natura polispecialistica), sulla sua qualità di vita che comportano necessariamente una integrazione tra l'assistenza medica ospedaliera con quella territoriale e psico-sociale.

Quest'ultimo aspetto è fortemente sottolineato dal nuovo concetto di salute formulato dall'organizzazione mondiale della sanità secondo la quale la condizione di "salute" non è solo assenza di malattia, ma presuppone la presenza di uno stato di "benessere", anche psicofisico. La Pediatria pertanto, deve confrontarsi anche con questo nuovo concetto di salute che non è più il semplice curare la malattia organica, ma in senso olistico, prendersi cura di tutti gli aspetti che concorrono a raggiungere il "benessere" sopracitato. L'attuale riordinamento delle scuole di specialità prevede corsi di formazione in quest'ottica. L'integrazione tra assistenza ospedaliera e

territoriale per quanto riguarda la gestione dei pazienti con malattie croniche e rare è già in atto per alcuni aspetti assistenziali tra il pediatra specialista ospedaliero e quello del territorio ma in un prossimo futuro troverà una formulazione ufficiale e si spera, una migliore attuazione, come riportato nel recente progetto di legge regionale sull'assistenza al paziente adulto e pediatrico con malattia cronica. Viene proposta la figura di un "medico gestore", scelto dal paziente, che stilerà un programma annuale, il piano assistenziale individuale, una sorta di calendario di visite ed esami da eseguire nel corso del follow-up. Questa figura, che si suppone sarà incarnata dal pediatra di libera scelta per quel che riguarda la Pediatria, è tutta da costruire, come immagino lo sarà quella del medico di medicina generale che si occuperà del cronico adulto. Il pediatra di libera scelta è, nella nostra regione, una figura di elevata professionalità in particolare nel campo delle cure primarie (la gestione del bambino in acuto, i bilanci di salute, la grande attenzione alla prevenzione primaria e secondaria, ecc.) tanto che il nostro sistema della pediatria di base è noto nel mondo come struttura di alto livello. Manca però a tutt'oggi, al pediatra del territorio, l'esperienza nella gestione diretta delle patologie specialistiche pediatriche che sono più di competenza dello specialista ospedaliero. Per esempio, fino a questo momento il bambino con diabete mellito di tipo I veniva gestito in tutte le sue necessità assistenziali dal pediatra diabetologo ospedaliero. In questa nuova proposta, come verranno suddivisi i compiti del medico gestore territoriale rispetto allo specialista ospedaliero? Questo quesito si estende anche ad altre patologie croniche dell'età pediatrica. Si tratta di un aspetto importante e non ancora ben definito. In parte questi problemi sono stati affrontati in questi anni negli Incontri Pediatrici di Primavera organizzati dalla Clinica Pediatrica dell'Università degli Studi di Brescia, Asst-Spedali Civili di Brescia e dall'Ordine dei Medici della Provincia di Brescia, nei quali venivano condivisi

percorsi diagnostici e terapeutici per le malattie croniche tra lo specialista ospedaliero e il pediatra del territorio definendo anche i ruoli di ciascuno. Se la strada è questa, sarà necessario ripensare ad una riorganizzazione dell'attività territoriale prevedendo la strutturazione della pediatria di gruppo costituita da pediatri con competenze allargate. Una maggiore strutturazione della Pediatria in favore di forme sempre più aggregate, ed integrate di organizzazione rivolte anche ai medici di continuità assistenziale e agli specialisti ambulatoriali, che consentano in sedi uniche, la risposta ai bisogni di salute dei cittadini, inclusi i soggetti in età pediatrica eventualmente per 24 ore, 7 giorni la settimana, consentirà inoltre da una parte di ridurre gli accessi inutili al pronto soccorso e dall'altra di razionalizzare il ricovero dei pazienti in età evolutiva nelle strutture ospedaliere pediatriche. Purtroppo rimane ancora rilevante il numero dei minori ricoverati al di fuori dell'area pediatrica (30% dei pazienti tra 0-14 anni e oltre il 70% di quelli tra i 15-17 anni) con personale medico e paramedico non specificamente formato in campo pediatrico.

Il rapporto con il territorio da parte dei pediatri dell'ospedale è stretto e rappresentato anche dalla gestione comune del paziente fragile dopo la dimissione. Da tempo è stato istituito il servizio di "dimissioni protette" della nostra azienda ospedaliera. Una equipe medico-infermieristica dedicata si occupa delle esigenze del bambino fragile e della sua famiglia al momento della dimissione e successivamente ad essa. Si tratta di un'attività concreta di vero sostegno alla famiglia sul territorio, concertata con il pediatra di libera scelta e con l'ATS che risponde ai bisogni dell'assistenza post ricovero. Il futuro poi sarà di delocalizzare il più possibile il paziente cronico/fragile sul territorio e implementare la vera e propria assistenza domiciliare riducendo al minimo indispensabile il ricovero ospedaliero.

Nella gestione del paziente con malattie croniche dovranno essere sempre più

coinvolte anche strutture non sanitarie territoriali come gli organismi scolastici. È un evento relativamente frequente trovare in una classe uno o più studenti affetti da patologie croniche che richiedano la somministrazione regolare di farmaci per il controllo della loro malattia, o che possono avere necessità di un trattamento immediato per un improvviso peggioramento. Tanto per fare un esempio: il bambino/adolescente asmatico che può presentare una crisi respiratoria o un bambino/adolescente diabetico che può presentare una crisi ipoglicemica. Alcuni di questi interventi possono essere gestiti anche dal personale scolastico identificato secondo protocolli definiti dagli enti territoriali competenti con il medico specialista ospedaliero, il pediatra di libera scelta. Ovviamente questo prevede la partecipazione di questo personale a specifici corsi di formazione che vedano sempre di più la partecipazione della pediatria di territorio. Portare la Pediatria nelle scuole può essere anche una strada per implementare i programmi di prevenzione per gli adolescenti. Si tratta di rivalutare o meglio re-inventare la medicina scolastica con nuovi compiti, come quello dell'educazione alla salute, e con le finalità di fare prevenzione, elevando il livello di cultura pediatrica anche nei non pediatri. È anche in questa direzione che deve andare la pediatria: verso una maggiore informazione e coinvolgimento del territorio.

La transizione: l'adolescente diventa un giovane adulto

Un altro aspetto che sta assumendo sempre più rilevanza in ambito pediatrico è la questione della transizione del bambino con patologia cronica diventato adolescente/giovane adulto e che, come tale, dovrebbe essere preso in carico dal medico specialista dell'adulto.

Questa necessità, rimasta in sordina fino a qualche anno fa, sta attualmente assumendo maggiore rilevanza con necessità di adeguate risposte proprio perchè, come si diceva sopra, per via dei notevoli progressi in campo medico molti

pazienti con patologie croniche che prima morivano adesso sopravvivono e diventano adolescenti/giovani adulti.

Il passaggio al medico dell'adulto oltre che ad essere "fisiologico" è importante perché il medico dell'adulto è più competente nella gestione di alcune condizioni e complicità che sono rare in età pediatrica e dispone di un armamentario farmacologico più ampio e adeguato; inoltre, rimanere in una struttura pediatrica oltre misura ritarda lo sviluppo della personalità. Questo passaggio dovrà essere graduale perché non si può passare "tout court" una storia clinica che riguarda magari 18 anni di malattia. La gradualità del passaggio è da costruire nel tempo e prevede: l'individuazione all'interno dell'Azienda Ospedaliera della struttura specialistica dell'adulto che può prendersi cura del paziente divenuto adolescente/giovane adulto; l'individuazione di una figura responsabile della transizione (identificabile ragionevolmente nel pediatra) che, da una parte spieghi al paziente e alla famiglia l'opportunità della transizione e li prepari ad essa, e dall'altra, prepari con lo specialista dell'adulto un programma di transizione che può prevedere all'inizio ambulatori comuni con la co-presenza del pediatra e dello specialista dell'adulto. Progetti di questo tipo sono già stati avviati ed in fase di attivazione con varie divisioni dell'Asst-Spedali Civili.

La ricerca in pediatria

La ricerca scientifica ha come obiettivo quello di confermare la validità degli interventi medici, diagnostici e terapeutici, volti a migliorare la salute del singolo e della popolazione, costituisce il fondamento di tutte le decisioni riguardanti la salute di una popolazione e è un'attività indispensabile per migliorare l'assistenza ai pazienti. Ciò vale per tutte le branche della medicina ma in particolare vale in ambito pediatrico. L'età pediatrica infatti è quella in cui si manifestano la maggior parte delle patologie genetiche o multifattoriali, patologie che in molti casi diventeranno poi anche malattie

croniche. È proprio quindi il pediatra la prima persona a domandarsi il perché queste malattie si sviluppino e come si possa curarle al meglio, quesiti che hanno da sempre rappresentato lo stimolo per lo sviluppo dell'interesse alla ricerca. Il Pediatra pertanto è naturalmente portato alla ricerca scientifica. L'interesse scientifico del pediatra, in particolare di coloro che svolgono la loro attività in ambito ospedaliero, diventa parte integrante della attività assistenziale e spesso coinvolge anche altre figure professionali non mediche. Si tratta soprattutto nel caso degli ospedalieri non necessariamente di ricerca di base ma di ricerca applicata. L'Università gioca un ruolo fondamentale nell'alimentare, sviluppare e sostenere l'interesse alla ricerca nei suoi vari aspetti ma non meno importante è il ruolo dell'azienda ospedale perché un ospedale di eccellenza non può non fare ricerca. Una collaborazione tra Università e Ospedale attraverso una ottimale integrazione delle specifiche competenze volte anche alla ricerca di soluzioni istituzionalmente riconosciute per la ricerca (per esempio la costituzione di un IRCCS cioè di un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico) può essere la carta vincente. Il recente riconoscimento da parte di una commissione europea della Unità Operativa di Pediatria degli Spedali Civili, come centro di eccellenza per le immunodeficienze, le malattie autoinfiammatorie e le malattie autoimmuni (ERN-RITA) è la dimostrazione di questa proficua collaborazione.

La pediatria e i cambiamenti sociali

In questi ultimi anni oltre ai cambiamenti della tipologia delle malattie pediatriche sono avvenuti anche dei significativi cambiamenti sociali che stanno influenzando sempre di più i comportamenti del bambino e dell'adolescente, comportamenti dei quali il pediatra è chiamato a farsi carico dal momento che molti di essi hanno delle ripercussioni anche sullo stato di salute non solo fisica ma anche psichica.

Emergono condizioni potenzialmente evolvibili in malattie legate a fattori socio-economici, alle nuove tecnologie, alla eccessiva esposizione ai media, alla contaminazione ambientale, a stili di vita scorretti, al maltrattamento infantile per citarne alcuni. I messaggi veicolati dai media (televisione, film, videogiochi, internet, social) stanno esercitando una influenza sempre maggiore sui comportamenti dei giovani, sostituendosi alla famiglia e alla scuola, tradizionali strutture formative, nella costruzione di valori e di modelli di riferimento. I minori dedicano sempre una maggiore quantità di tempo ai media, li hanno emancipati al rango di strumenti in grado di proporre aspetti ritenuti reali della società anche quando si tratta di situazioni del tutto virtuali con possibili effetti sullo sviluppo funzionale dell'encefalo e ripercussioni, sia a breve che a lungo termine, sui comportamenti e sullo stato di salute. Un'analisi delle reazioni degli adolescenti (11-15 anni) nei confronti di immagini viste in TV ha messo in evidenza un preoccupante trend: sempre meno "paura" e sempre più "indifferenza" alla violenza. Questo fatto non deve essere letto erroneamente come il risultato che i nostri adolescenti diventano sempre più "coraggiosi", ma come ulteriore conferma di come si stia sempre più alzando la soglia di accettazione dei comportamenti violenti, che rischiano di diventare un modo di reagire alle situazioni più comuni, come tristemente testimoniano le cronache quotidiane. Da qui al "bullismo" il passo è breve.

Per non parlare che brevemente dei nocivi stili di vita assunti dagli adolescenti. I dati disponibili evidenziano un costante aumento del fumo di tabacco, di bevande alcoliche, di cannabinoidi fin dalla prima adolescenza. Abitudini alimentari scorrette, associate da una parte ad un aumento della sedentarietà e dall'altra alla "seduzione" alimentare operata da programmi televisivi, concorrono ad un significativo aumento dell'obesità che rappresenta oggi il principale disturbo nutrizionale in età

evolutiva nei paesi occidentali. Questo trend, in assenza di azioni correttive, comporterà nei prossimi anni, rilevanti problemi socio-sanitari, anche per le gravi ricadute economiche conseguenti all'aumento delle complicità.

All'opposto, sono in costante aumento i disturbi della condotta alimentare, anche per la diffusione, da parte dei media, di un modello di bellezza (alta, molto magra) che spinge le adolescenti a perseguire con sofferenza un ideale estetico magari irraggiungibile che le porta a un vero e proprio rifiuto del proprio corpo con conseguenti comportamenti anoressici.

E i bambini immigrati...

Non si possono poi non spendere due parole sulla questione dell'immigrazione che vede una tipologia di bambini molto eterogenea: bambini nati in Italia da genitori immigrati, bambini stranieri giunti in Italia per ricongiungersi alla famiglia di origine, bambini nomadi, bambini adottati dall'estero, bambini profughi e rifugiati politici, bambini stranieri non accompagnati. Ognuna di queste categorie presenta delle problematiche socio-sanitarie e basi culturali differenti tra di loro e differenti dal paese ospitante che li espongono a molteplici problematiche sanitarie e non solo. L'estensione del diritto alla salute ai bambini stranieri passa quindi attraverso strategie di politica socio-sanitaria capaci di ridurre condizioni di disuguaglianza sociale e di favorire la caduta di barriere culturali che rendono il bambino immigrato diverso, cioè "straniero" rispetto ai nostri. In questa attività il pediatra deve essere supportato da politiche sanitarie adeguate. I medici pediatri rimangono indubbiamente i migliori alleati dei minori dalla nascita all'adolescenza e delle loro famiglie. È una bella professione quella del pediatra! Ma dovremo continuare a crescere non solo in competenza elevata ("scienza") ma anche in vicinanza sociale e sensibilità umana e attenzione al nuovo e al diverso ("coscienza"): questo fa parte oggi e lo dovrà fare di più in futuro della nostra professionalità. ●

Verso un "nuovo" modello di assistenza per l'età pediatrica?

Raffaele Spiazzi

Direttore Medico dell'Ospedale dei Bambini presso l'ASST degli Spedali Civili di Brescia

L'ospedale che cambia, scena prima...

Salendo le scale verso il Ronchettino, nel giardino interno dell'ospedale, incontro ogni mattina il monumento dedicato a Pier Mattia Fontana (1851-1902), medico specialista nella scienza ostetrica e nella cura e assistenza delle donne e dei bambini, fondatore e primo Presidente dell'Ospedale dei Bambini di Brescia. La nascita dell'ospedalino a Brescia la dobbiamo soprattutto a lui, al suo entusiasmo e impegno, alla sua capacità di coinvolgere al tempo il Municipio della Città di Brescia e più in generale la società bresciana nell'impresa di fondare e sostenere la nuova istituzione. Rilette oggi, molte parole che ritroviamo negli atti di quegli anni e nei documenti fondanti dell'istituzione non suonano così diverse dall'attuale contingenza.

Un esempio. Era il 18 settembre 1900 e già all'atto dell'insediamento della Commissione incaricata degli studi per l'attuazione dell'Ospedale dei Bambini «Umberto I», il Comune di Brescia, nello stanziare cinquantamila lire (!) come primo fondo per la costruzione dell'ospedalino, auspicava fin da subito che *"pel concorso di istituti di beneficenza locali e della carità privata, si possa riuscire nell'intento dell'istituzione di un ospedale affatto autonomo"*.

Primo dilemma, l'autonomia o meno della

“Gli adulti non capiscono mai niente da soli, ed è una noia che i bambini siano sempre eternamente costretti a spiegar loro le cose...”

(Antoine de Saint-Exupéry, Il piccolo principe, 1943)

nuova istituzione dagli Spedali Civili, con i temi della sostenibilità e del concorso della beneficenza locale a giusto corollario e indirizzo. Corsi e ricorsi di una storia che continua... *"L'autonomia assoluta dell'istituendo ospedale - oltre che essere desiderabile per ragioni tecniche - meglio risponderebbe al concetto espresso dal Consiglio, di erigere un monumento alla memoria del compianto Sovrano, e molto potrebbe giovare all'avvenire di questo istituto, che materialmente distinto da altri congeneri potrà attirare maggiormente le simpatie di futuri benefattori"*. Il tutto nella convinzione che, *"impiantato l'Ospedale autonomo, anche con due o tre letti, non mancherà l'appoggio dei cittadini, per il suo sviluppo"*. L'ospedale sarebbe stato poi inaugurato il 1 giugno 1902 e subito "adottato" dalla città, con il



concorso della beneficenza pubblica e privata. Fontana morì prematuramente, sei mesi dopo l'inaugurazione, ma la sua eredità, gli scritti, i discorsi, le opere e, soprattutto, il "suo" ospedalino vivono e operano ancora. Con tutti i dilemmi ancora attuali, dall'autonomia, alla sostenibilità, all'assunzione in carico da parte della società civile. E la necessità, soprattutto, di conciliare una *vision* sostenibile del servizio con le aspettative e i bisogni della società e, in particolare, dei malati e delle loro famiglie. Noi siamo la strada che abbiamo fatto...

L'ospedale che cambia, scena seconda...

Esposto nell'atrio della direzione degli Spedali Civili, fa bella mostra di sé un dipinto di Angelo Inganni (1807-1880), commissionatogli nel 1866 dall'amministrazione dell'Ospedale Maggiore di Brescia per celebrare il generoso lascito all'ospedale della nobile Maria Caroli Rossa a sostenere le spese per i malati cronici del Comune di Brescia.

Queste spese erano al tempo oggetto di feroce contesa tra le due amministrazioni per il diritto, reclamato dal Comune - all'epoca responsabile dell'assistenza a questa classe di ammalati - alla cura gratuita dei malati cronici della città da parte dell'ospedale, verso il quale reclamava una sorta di diritto di "possesso" e, quindi, di fruizione di servizi, a fronte dell'affermazione d'autonomia dell'ospedale e della conseguente richiesta di ottenere dal Comune il rimborso delle ingenti spese sostenute per l'assistenza.

Nel dibattito sulla natura e destino delle risorse pubbliche, sul chi e a favore di chi le si dovesse impiegare e sulla loro cronica carenza (dibattito filosofico-giuridico, certo, ma anche molto concreto) interveniva già allora, a cavar d'impiccio le istituzioni, la beneficenza privata. La nobildonna Caroli Rossa è ritratta dall'Inganni mentre indica un foglio indirizzato all'ospedale e riferito ai cronici. L'amministratore dell'ospedale veste modestamente (evidenti le toppe ai pantaloni e strappi qua e là al vestito) e ringrazia la benefattrice impugnando una moneta con l'effigie di Napoleone III, certamente ricevuta dalla donna. Testimone del gesto una popolana, che, posta accanto alle due figure

principali del dipinto, leva gli occhi al cielo in segno di ringraziamento a Dio a nome del popolo. Ancora una volta la storia che ritorna. Servizio pubblico, sostenibilità, beneficenza. Persino le sfide della cronicità "*ante litteram*"... dilemmi antichi e sempre nuovi. Errore mortale di presunzione il pensare di essere oggi più intelligenti di quelli che nel tempo - remoto o recente che sia - ci hanno preceduti...

L'ospedale che cambia, scena terza...

La scena si svolge presso l'aula che, al Ronchettino, impieghiamo normalmente per le attività di educazione terapeutica per i bambini e le loro famiglie. Attori la direzione dell'ospedalino, un manipolo scelto di specialisti ospedalieri pediatrici e un gruppo di pediatri di libera scelta a rappresentare la cooperativa da loro costituita per partecipare all'attuazione del nuovo modello di presa in carico dei pazienti cronici e fragili in discussione oggi in Regione Lombardia. Il mondo dell'ospedale e quello del territorio che si incontrano, con l'intento di ridisegnare i percorsi del prendersi cura di questi pazienti. Un incontro piacevole e stimolante, buona premessa in vista di una prossima condivisione di contenuti assistenziali e di cultura gestionale.

Perché i pazienti cronici in età pediatrica sono sì numericamente pochi, ma incidono grandemente sui carichi di lavoro assistenziali. Si stima, infatti, e forse in eccesso (la verità, come tant'altri aspetti di questa riforma, "la scopriremo solo vivendo"), che i pazienti definibili cronici secondo i criteri regionali e inclusi nell'elenco delle patologie individuate, siano, nella fascia 0-18 anni, tra il 5 e il 7% della popolazione e che la malattia cronica di gran lunga più prevalente sia, in termini di numerosità, l'asma, una malattia dalla vocazione prettamente "territoriale" in età pediatrica, se ben trattata, che da sola ne rappresenta quasi i due terzi. Ma, a fronte di ciò, la metà abbondante (!) della forza lavoro medica di un centro *hub* di secondo-terzo livello quale è il nostro Ospedale dei Bambini è oggi appropriatamente dedicata in via esclusiva alla gestione della cronicità.

Spesso, però, gestita con modelli di presa in carico da parte dell'ospedale che, più o meno esplicitamente e consapevolmente, marginalizzano il ruolo del pediatra del territorio. E questo per diverse cause e non necessariamente per "colpa" di qualcuno, se non magari di un sistema costruito fino a ieri in regione "a compartimenti stagni". Ma l'elevata adesione dimostrata dai colleghi del territorio alla proposta cooperativa, testimonia di un desiderio di partecipazione e coinvolgimento anche su questi casi che costituisce una grande novità istituzionale e una preziosa opportunità. Con l'aspettativa che un disegno e una relazione diversa possano rimettere sul tavolo non solo la gestione del cronico e dei suoi percorsi diagnostici, terapeutici ed educazionali tra ospedale e territorio (liste di attesa e filtri di accesso compresi), ma anche la gestione dell'acuto e il ruolo del territorio nella prevenzione dell'accesso improprio al pronto soccorso... Se davvero non puoi fermare il mare, non ti resta che salire su una tavola di legno e provare a cavalcare l'onda...

L'ospedale che cambia costringe a cambiare...

Tanti anni d'esperienza in un ospedale pediatrico, immerso fino al collo in una realtà ospedaliera tra le più complesse del panorama nazionale, ma anche la continua frequentazione e confronto con le più grandi realtà pediatriche italiane, mi hanno nel tempo reso consapevole che lavorare con i bambini e per i bambini è, per tanti aspetti, "più facile". I problemi, per quanto complessi appaiano, sono alla fine più semplici da analizzare e da affrontare (e, qualche volta, risolvere). Ma questo non perché la complessità sia poi così diversa da quella che caratterizza la gestione dei servizi per gli adulti. Può esser magari vero che il "fattore scala", la numerosità relativa della popolazione, renda più facile aggredire il problema e ideare possibili soluzioni che si basino su proiezioni e programmazione sanitaria. Ma l'ingrediente *essenziale* che rende reale questa percezione di "semplicità" è un altro...

L'essenziale è invisibile agli occhi¹. L'essenziale sta in primo luogo nel peculiare setting assistenziale che caratterizza le realtà pediatriche, quelle ospedaliere come le territoriali, setting fatto di attenzione ai bisogni tutti particolari che il minore e la sua famiglia portano con sé e che è accoglienza e partecipazione ai processi decisionali da parte della famiglia, sostegno psicologico, offerta di spazi e ruolo per il gioco e per la scuola, volontariato come risorsa, educazione terapeutica intesa anche come pedagogia sociale. Che è fatto, soprattutto, di quella particolare, intima, partecipazione emotiva al processo di cura che caratterizza gli operatori dei servizi per il bambino. Partecipazione, empatia, accoglienza, comune sentire da parte degli operatori e di quanti partecipano al processo di prendersi cura, sono realmente punti di partenza (e di forza) e non, come in altri ambiti accade, traguardi da raggiungere, valori da affermare. Tutto questo, però, ha un costo che non viene riconosciuto e valorizzato adeguatamente dall'attuale sistema di finanziamento degli ospedali, dal sistema delle tariffe. Il solo e puro costo del personale è, per tutte le realtà pediatriche, già di per sé superiore al valore standard del "fatturato" DRG e ambulatoriale. Non c'è gara. Agli occhi del *management* di un ospedale l'assistenza pediatrica è economicamente di norma un "buco nero". Ma per gestire "decorosamente" un bambino con diabete o con fibrosi cistica servono squadre multiprofessionali e multidisciplinari che operino all'interno degli ospedali, coordinandosi e integrandosi con le figure assistenziali del territorio e che siano al servizio della famiglia e di tutto il mondo che ruota intorno al bambino, per accompagnarne la crescita consapevole verso l'età adulta. E quando parliamo di questo *setting* assistenziale pediatrico siamo a tutti gli effetti nel campo dei diritti (e dei doveri per chi offre il servizio) e non del superfluo o rinunciabile. Suonano allora ancora oggi profetiche le parole di Fontana, quando individuava la strada in quel

¹ Antoine de Saint-Exupéry, *Il piccolo principe*, 1943.

“concorso di istituti di beneficenza locali e della carità privata”; quando argomentava su un’autonomia (chiamiamola meglio “specificità”) fondata su “ragioni tecniche” e che, se valorizzata, avrebbe potuto “attirare maggiormente le simpatie di futuri benefattori”? In realtà, la società bresciana è stata nel tempo generosa con i propri figli, con i bambini. Non ha fatto mancare, per quei “due o tre letti” dai quali è partito l’Ospedale dei Bambini, “l’appoggio dei cittadini, per il suo sviluppo”.

E la costante e appassionata partecipazione della società civile, sia in termini di risorse economiche che di volontariato sociale è ancora oggi l’altra faccia dell’essenziale, di quella facilità del lavorare con i bambini e per i bambini. Per noi anche la strada per poter talvolta disporre di quelle risorse che le tariffe non assicurano. Ma perché tutto questo possa “tenere” nel tempo, perché il servizio offerto oggi si mantenga e possibilmente migliori, serve offrire una *vision* condivisa e sostenibile per i servizi pediatrici, che sappia *valorizzare e indirizzare* il contributo della società civile, declinazione nel *particolare* del più generale tema della sostenibilità del nostro servizio sanitario. Per i servizi destinati all’età pediatrica è realmente possibile (e presto diventerà necessario) disegnare nel nostro territorio una nuova rete d’offerta costruita sulla relazione tra i professionisti e che si proponga di partire dai bisogni dei cittadini, dall’analisi della domanda, dalla progettazione dei migliori e appropriati percorsi diagnostico-terapeutici-educativi, per dimensionare e collocare al giusto livello l’offerta dei servizi. Il modello di rete sanitaria integrata, che a livello internazionale è da tempo il modello di riferimento e pure è tracciato negli intenti dei documenti di programmazione sanitaria nazionale e regionale, ha le potenzialità per essere una valida risposta alle difficoltà che sempre più caratterizzeranno in Italia l’evoluzione degli ospedali per bambini e materno-infantili, entità che rappresentano in Italia un valore da non disperdere, un ingrediente ancora una volta *essenziale* del modello di assistenza. Anche per l’età adolescenziale. Ma anche venisse riconosciuto e sostenuto dalla programmazione regionale un modello di rete

pediatrica trans-aziendale per la Lombardia orientale, quale quello che è stato proposto e auspicato, per affermarsi e non rimanere pronunciamento astratto dovrà passare attraverso, se non addirittura prendere le mosse da una collaborazione dei professionisti trasversale alle aziende e ai modelli gestionali e che miri all’appropriatezza clinica prima ancora che a quella economica. In una parola, va ricercata e costruita una “programmazione partecipata”.

Il rischio, infatti, è che, specie nelle fasi di transizione, le discussioni sui modelli organizzativi, sulle regole del gioco e sui sistemi di finanziamento (fino ad arrivare alle due battaglie campali della proprietà/potere sui posti letto e della gestione dei codici bianchi sul territorio) divengano l’oggetto principale se non esclusivo del confronto tra i professionisti, quando invece questo confronto nasce per porsi l’*essenziale* obiettivo di qualificare i contenuti dell’assistenza e riprogettare e condividere i percorsi del prendersi cura. Con i temi del coordinamento e dell’integrazione come parole chiave. E la disponibilità a partecipare e a mettersi in gioco come punti di partenza.

Insomma, per quanto “facile” sia lavorare per i bambini, la prospettiva di lavoro è comunque impegnativa e il quadro in continua evoluzione non dà garanzie di stabilità né certezze fin già dai prossimi mesi. Anche se abbiamo visto in premessa che non c’è davvero nulla di così nuovo sotto il sole. Ma se questo è il quadro, perché non dovrebbe poter essere altrettanto “facile” metter mano ai servizi per gli adulti? Se i punti di forza, i valori del percorso che abbiamo tracciato, l’*essenziale*, sono l’ascolto e l’orientamento ai bisogni del paziente, la partecipazione “laica” degli operatori ai processi di progettazione e revisione dei percorsi sanitari, la rete come strumento di coordinamento e integrazione dei servizi, la programmazione sanitaria come visione di sintesi dell’offerta, il coinvolgimento delle realtà associative e della società civile, questi non sono fattori età-dipendenti e valgono e varranno a prescindere dal successo o meno delle attuali proposte di riforma...

Ne va, se ci crediamo, del futuro del nostro servizio sanitario nazionale. ●

Ginecologia e Ostetricia

Enrico Sartori

Franco E. Odicino

*Clinica Ostetrico-Ginecologica dell'Università
ASST Spedali Civili di Brescia*

Presa in carico globale

Nell'ottica di prevedere le esigenze e le necessità di salute delle donne, un dipartimento ospedaliero di ginecologia e ostetricia necessita di una particolare programmazione ed organizzazione finalizzate entrambe a provvedere assistenza alla donna sia durante la gestazione, quanto ci si deve fare carico anche della salute del nascituro, sia nelle restanti fasce di età, dalla pubertà alla vecchiaia.

La figura del professionista ginecologo accompagna infatti la donna sia durante il percorso riproduttivo che nella restante parte della vita. Il medico della donna è quindi il professionista sanitario in grado di garantire la tanto auspicata continuità assistenziale che deve essere non solo articolata per fascia di età e tipo di problematica, ma anche capace di diffondersi sul territorio al fine di intercettare disagi e/o patologie ed organizzare il trattamento, in una visione unitaria del percorso diagnostico e terapeutico.

Questo è ancora più rilevante nel caso delle malattie croniche e delle patologie che hanno subito una auspicata evoluzione verso la cronicizzazione, come nel caso di molte patologie oncologiche.

I progressi terapeutici dell'ultimo decennio hanno trasferito in tale ambito la maggior parte delle patologie oncologiche

ginecologiche, che richiedono inoltre un approccio multidisciplinare e sforzi gestionali ed organizzativi unici. Nelle realtà di cura, la paziente ginecologica oncologica è presa in carico globalmente, dalla diagnosi al trattamento, chirurgico e/o medico, sino alla fase dei controlli successivi. La collaborazione a 360 gradi di Istituzioni e Società Scientifiche con le Aziende Ospedaliere e le Industrie Farmaceutiche ha dato vita ad una rivoluzione terapeutica che negli ultimi 30 anni ha permesso l'elaborazione, la progettazione e l'attuazione di protocolli diagnostico/terapeutici di assoluto valore scientifico e clinico.

Cambiamenti profondi grazie all'innovazione

☞ **Il trattamento della patologia neoplastica** in ambito ginecologico ha subito negli ultimi decenni un profondo cambiamento, legato alle nuove conoscenze in materia di biologia molecolare, genetica, immunologia, che se da un lato hanno offerto migliori possibilità di cura, dall'altro hanno reso più complessa in termini organizzativi la gestione delle pazienti. La maggior caratterizzazione a livello molecolare delle neoplasie ha consentito di sviluppare farmaci biologici in grado

di colpire precisi bersagli molecolari che risultano fondamentali alla sopravvivenza delle cellule tumorali, aprendo la strada al concetto di “medicina di precisione”. Questo è un nuovo approccio alla cura di tali malattie che tiene in considerazione le peculiari caratteristiche della specifica patologia neoplastica in quel particolare paziente, permettendo quindi la scelta del trattamento più efficace per ogni paziente.

- ☞ I progressi scientifici in tema di **farmacogenomica** hanno consentito di sviluppare numerose molecole terapeutiche in ambito oncologico ginecologico, la maggior parte delle quali è in fase di sperimentazione. È quindi fondamentale per i centri clinici che si vogliono definire di riferimento, la partecipazione a studi clinici controllati internazionali in quanto la partecipazione a tali sperimentazioni cliniche permette di offrire alle pazienti le terapie più innovative.
- ☞ Enormi progressi conoscitivi sono stati ottenuti anche in tema di **caratterizzazione genomica delle neoplasie**; tali conoscenze hanno permesso profonde modifiche alla pratica clinica oncologica ginecologica. Le acquisizioni scientifiche nel campo dei tumori eredo-familiari, in particolare per quanto concerne la sindrome *Hereditary Breast Ovarian Cancer* (HBOC), hanno aperto nuovi scenari in ambito di prevenzione, diagnosi precoce, trattamento medico e chirurgico dei tumori della mammella e dell’ovaio. La ricerca di mutazioni patologiche dei geni BRCA 1 e BRCA 2 si configura ormai come momento fondamentale nella gestione delle pazienti affette da carcinoma ovarico e mammario. Da qui la necessità di definire, nell’ambito di centri di ginecologia oncologica di riferimento, percorsi di Consulenza Genetica Oncologica sia in ambito di patologia mammaria che ovarica, in grado di offrire, attraverso un approccio multidisciplinare, una gestione integrata e di qualità per l’identificazione

delle donne portatrici di tali mutazioni, sia già affette che a rischio di sviluppare tali neoplasie sviluppando percorsi assistenziali dedicati e diversificati.

- ☞ Anche l’**innovazione in ambito tecnologico** è parte integrante del cambiamento degli ultimi decenni. L’offerta chirurgica in ginecologia è ormai incline sempre più all’approccio endoscopico anche nella patologia oncologica. Oltre alla miniaturizzazione degli strumenti e all’adozione di sistemi di visione evoluti rispetto agli albori della laparoscopia, oggi il ruolo della chirurgia robotica (prevalentemente sviluppata sulla piattaforma Intuitive® Da Vinci) è sempre più emergente. Patologie oncologiche che fino a vent’anni fa richiedevano complesse e lunghe chirurgie demolitive eseguibili solo tramite estese incisioni addominali, oggi possono giovare dell’approccio robotico, i cui vantaggi sono cicatrici chirurgiche piccole, alta precisione del gesto chirurgico e sicurezza nella radicalità oncologica con il massimo rispetto delle strutture anatomiche e funzionali della paziente.
- ☞ Altro capitolo di innovazione in ambito ginecologico è rappresentato dalla **Medicina della Riproduzione - Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)**. Negli ultimi decenni sono state numerose le innovazioni in ambito scientifico e tecnologico che hanno portato alla messa a punto e al perfezionamento di metodiche di criopreservazione di tessuto ovarico, ovociti o embrioni. L’applicazione della PMA è aumentata esponenzialmente in relazione sia all’aumento dell’età media di procreazione della popolazione, sia alla sempre maggior attenzione nei confronti di opzioni di preservazione della fertilità in pazienti affette da patologia oncologica. Nonostante l’attuale maggior consapevolezza della comunità medica riguardo le raccomandazioni da parte di società scientifiche internazionali di perseguire, ove possibile, trattamenti *fertility-sparing*,

in giovani donne desiderose di prole, i servizi di "fertility preservation" risultano ancora scarsamente sviluppati.

⇒ **Grandi cambiamenti sono avvenuti anche in campo ostetrico.**

La moderna Ostetricia si articola nella Medicina Materno-fetale e nell'assistenza alla donna nel percorso nascita.

Negli ultimi decenni del 20° secolo il feto è stato riconosciuto come un paziente separato dalla madre, grazie ai progressi delle conoscenze e alla disponibilità di efficaci tecniche di *imaging* e di diagnostica che hanno fornito le basi scientifiche relative al normale sviluppo fetale e l'opportunità di rilevare anomalie in epoca prenatale.

In quest'ottica si collocano i migliori test di screening o diagnostici in grado di identificare, con eccezionale sensibilità e specificità, le gravide a maggior rischio di anomalie fetali.

Nell'ambito dello screening prenatale di anomalie cromosomiche, l'introduzione del test prenatale non invasivo basato sul tipizzazione del DNA fetale circolante nel sangue materno (NIPT), consente di ridurre considerevolmente il numero di procedure invasive.

Nell'ultimo decennio **l'analisi cromosomica** supportata da tecniche di genetica molecolare e tecniche di *microarray* genomici (*Chromosomal Microarray Analysis, CMA*) ha integrato, e in specifici casi sostituito, il cariotipo convenzionale nell'identificazione degli sbilanciamenti correlati alla disabilità intellettiva isolata o sindromica.

L'applicazione della tecnologia di analisi flussimetrica delle immagini ecografiche (EcoDopplervelocimetria), associata ad una migliore comprensione delle basi fisiopatologiche dell'iposviluppo fetale e della insufficienza placentare a fianco dei risultati di ampi studi clinici randomizzati, sono in grado di offrire attualmente una ottimale gestione nel monitoraggio del benessere fetale nella fase prenatale, guidando quindi la scelta dei tempi del parto nelle gravidanze complicate da restrizione della crescita intrauterina.

Oggi la medicina materno fetale si è spinta fino al trattamento intrauterino di alcune patologie molto impegnative: le procedure di *shunting*, la trasfusione intrauterina, la lasercoagulazione endoscopica di vasi anastomotici placentari in gravidanze monocoriali complicate da Sindrome da Trasfusione Gemello-Gemello severa (TTTS), le procedure EXIT (*ex utero intrapartum treatment*). Se da una parte il progresso nel campo della Medicina Materno Fetale è stato largamente attribuito agli sviluppi delle cure fetali e neonatali, dall'altra parte sta emergendo la necessità di implementare gli studi e la ricerca dedicati al miglioramento della salute materna e alla prevenzione delle complicazioni materne, anche in considerazione dei cambiamenti demografici della popolazione delle donne gravide (età avanzata, obesità, malattie croniche concomitanti, eterogeneità di etnie e origini geografiche legate alla immigrazione, gravidanze ottenute da procreazione medicalmente assistita in donne in peri- o post-menopausa).

In un moderno punto nascita, i modelli di assistenza al travaglio e al parto si fondano oggi sul triage del rischio ostetrico, che orienta sulla modalità di conduzione e monitoraggio del travaglio e di assistenza al parto, favorendo l'umanizzazione del percorso nascita e limitando la medicalizzazione a contesti di deviazione dalla fisiologica evoluzione del travaglio/parto, senza rinunciare alla sicurezza del percorso.

Infine, oltre alla cura della dimensione fisica della donna in gravidanza, la moderna Ostetricia pone grande attenzione anche al disagio psichico perinatale della madre, della coppia e della famiglia, con l'implementazione di percorsi sistematici e strutturali di screening e valutazione dei disturbi d'ansia/depressivi che occorrono durante la gestazione e nel periodo peripartum. Al momento della dimissione dal puerperio della donna, è attiva una rete integrata ospedaliero-territoriale di valenza sanitaria e sociale per il rientro

“protetto” a domicilio della madre e del neonato che favoriscono il sostegno dell’allattamento al seno ed il supporto psicologico.

Un moderno ospedale in continua evoluzione

L’ospedale che abbiamo conosciuto in passato è dunque destinato a mutare profondamente sotto la spinta di fattori culturali ed economici. La gestione dell’evoluzione dei servizi deve partire da una solida base scientifica e spetta al mondo Accademico l’elaborazione di modelli organizzativi per un moderno ospedale, in continuo aggiornamento ed evoluzione. Non è più proponibile un modello statico che offre servizi compartimentalizzati, che espongono al rischio di accumulare ritardi ed errori. Offrire un percorso standardizzato e scientificamente aggiornato può ridurre le settorializzazioni dei trattamenti e portare a una significativa riduzione dei possibili errori medici. Il passaggio dall’“ospitalità” storica all’“organizzazione scientifica” è il fulcro sul quale una moderna struttura deve porre l’accento e in tale ambito l’Accademia deve avere un ruolo preminente, in quanto sede istituzionale di scienza e progresso.

Di fronte a cambiamenti che riguardano ormai tutto il contesto in cui l’ospedale opera, è necessaria una riflessione profonda sul ruolo futuro dell’ospedale. Scienza e tecnologia porteranno a modelli organizzativi profondamente diversi dagli attuali, in cui si perderanno i rapporti fra complessità e dimensione, fra specializzazione e governo autonomo dei processi di cura, fra territorialità e distribuzione delle specialità.

Sono destinati a mutare gli strumenti di pianificazione ed è destinato a mutare

il ruolo della pubblica amministrazione, che vedrà sempre più ridotte le funzioni dirette di gestione operativa per assumere ruoli terzi rispetto alle organizzazioni che producono i servizi.

Il nuovo umanesimo della medicina

Infine si parla molto di “*medical humanity*”, umanizzazione in medicina, anche se probabilmente il termine più pertinente sarebbe “umanesimo”, nuovo umanesimo in medicina. Il centro del sapere e delle tecniche, ma soprattutto il target dell’attenzione e del bene, è l’uomo, e la donna ovviamente, l’essere umano. Si dovrebbe passare, o tornare, da un’era di traslazione terapeutica (dal laboratorio e dal computer al letto del malato) a un’era di traslazione umanistica, cioè concentrazione sulla persona, sul soggetto uomo, non solo oggetto del nostro “*to cure*” (guarire), ma oggetto e soggetto del nostro “*to care*” (aver cura). Considerazione filosofica, non solo semantica: si passa dall’esistenza all’esistenziale. Termini quantitativi quali scienza, tecnica, sopravvivenza sono fondamentali e prioritari, ma essenziali sono anche termini qualitativi esistenziali quali: coscienza, psiche, informazione, spirito, serenità, termini che declinano il significato di attenzione alla qualità della vita, ma assolutamente poco ricorrenti nel nostro quotidiano. ●



“Per molto tempo, mi sono coricato presto la sera”

Edoardo Donati

Già Direttore Unità Operativa Neurologia
Fondazione Poliambulanza

Questo, che è certamente uno dei più famosi incipit della letteratura del '900, mi è tornato alla mente quando mi è stato chiesto di parlare dei cambiamenti della neurologia in questi ultimi decenni e del ruolo che è andata acquisendo nell'ambito dell'ospedale, per cui mi sono dedicato anche alla “ricerca della neurologia perduta”.

La neurologia che cambia

Certamente la neurologia è cambiata moltissimo e in meglio, e necessariamente sono cambiati il suo contributo ed il suo ruolo nell'ambito di una struttura ospedaliera.

I progressi tecnologici, che hanno portato a fondamentali avanzamenti anche in molti altri campi della medicina, in Neurologia si sono mostrati a dir poco esplosivi. La Neurologia, ancora negli anni 70, era considerata dai colleghi di altre specialità come una branca medica in cui “ci si divertiva a fare speculazioni intellettuali”, che però non avrebbero portato a nulla di concreto ed efficace per il paziente.

Non solamente la neurologia è cambiata ma ora è divenuto ormai uso comune parlare, anche soprattutto fra i non addetti, di “cognitività”, di “empatia”, di “reti neuronali,” di visioni “olistiche” anche per problematiche e patologie del tutto lontane in termini sia causali che prospettici dalla neurologia: le parole purtroppo, anche in medicina, vengono ormai spesso usate, a mio parere, a caso.

Il grande balzo in avanti è stato favorito, anche in neurologia, dall'avanzamento

tecnologico con la comparsa della TAC e poi della RM e negli ultimi anni anche dall'enorme progresso della genetica e della farmacologia. La possibilità di diagnosticare con maggiore facilità malattie per le quali un tempo vi era solamente l'approccio anamnestico e semeiologico, ha comportato naturalmente anche la possibilità di capire sempre meglio l'etiopatogenesi di alcune malattie e introdurre nuove e più efficaci terapie. Ma tutto ciò porta sempre di più la Neurologia nel cuore della vita ospedaliera: basterebbe considerare il numero delle consulenze neurologiche richieste quotidianamente sia nei DEA che nei reparti delle varie specialità. **Vorrei esaminare in particolare due problematiche neurologiche che hanno visto grandi cambiamenti e richiesto la modifica dell'approccio medico fuori e dentro l'ospedale.**

Il disturbo cerebrovascolare acuto

L'approccio al disturbo cerebrovascolare acuto da qualche anno ha subito un cambiamento profondo. L'avvento della trombolisi sistemica e/ o endovascolare, ha modificato l'esito spesso gravemente invalidante o fatale dell'ictus cerebrale. Ciò necessita una maggiore consapevolezza dei primi sintomi “di allarme” da parte della popolazione in generale e dei medici di medicina generale ed una organizzazione particolare a livello ospedaliero. Si tratta di “perdere meno tempo possibile” per poter applicare una terapia che può molto spesso modificare in meglio la prognosi del paziente. È necessario, anzi

obbligatorio, che il paziente con ictus, giunto in ospedale, divenga il centro dell'attenzione di più specialisti e che gli venga messa a disposizione una gamma di servizi, (dal laboratorio alla neuroradiologia alla possibilità di essere ricoverato in una *stroke unit*, con personale competente e dedicato alla gestione di tali pazienti).

È noto che vi sono stati e tuttora vi sono pareri talora discordanti su chi debba effettivamente coordinare tale attività di emergenza e seguire il decorso clinico di tali malati. La neurologia dell'ictus cerebrale rappresenta, a mio giudizio, il paradigma di ciò che può fare tale specialità nell'ambito di un ospedale. Il neurologo deve poter ragionevolmente decidere cosa e quando fare. La diagnosi differenziale nel caso di un disturbo acuto di coscienza, di un deficit di linguaggio e/o della forza segmentaria, può essere ampia e non sempre facile. Il ruolo del neurologo, in vista di una terapia efficace ma comunque non priva di possibili, importanti, complicazioni, è centrale. Tutto quanto detto implica che nell'ospedale vi debbano essere servizi e personale (medico, infermieristico e tecnico) che quando necessario possano velocemente essere disponibili h24. Questo implica costi importanti ma assolutamente necessari e d'altra parte certamente compensati da una minor durata del ricovero, da una minore disabilità residua del paziente, da una minore permanenza in strutture riabilitative. Sicuramente la comparsa di tali terapie per il paziente cerebrovascolare acuto ha comportato uno dei cambiamenti più profondi nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera con un ruolo sempre più importante di una neurologia moderna in Ospedale. È altrettanto certo che una collaborazione stretta fra Neurologia Ospedaliera e Università è fondamentale per poter fare un uso proficuo di tutte le competenze tecnico scientifiche a reciproco vantaggio.

Parkinson: tante conoscenze in più poche terapie innovative

La malattia di Parkinson ed i parkinsonismi rappresentano un altro campo in cui sono stati fatti grandi progressi sia nell'inquadramento diagnostico che

nell'ambito della patogenesi, purtroppo non ancora nella terapia farmacologica. Nell'ambito di queste patologie neurodegenerative un ruolo sempre maggiore ha l'acquisizione di conoscenze riguardanti il ruolo di alcune proteine, come la alfa sinucleina e la tau, che, modificate, determinerebbero gradualmente la comparsa di tali patologie. Gli studi genetici hanno riscontrato mutazioni di vari geni, che, insieme a fattori ambientali, contribuirebbero allo sviluppo di tali quadri clinici.

Un grande aiuto tecnologico è stato dato anche dalla Medicina nucleare, con l'utilizzo della SPECT-DATscan, ma l'aspetto più interessante è la conoscenza sempre più approfondita della complessità del quadro clinico di tali disturbi: è sempre più evidente che tali forme presentano una estrema variabilità di presentazione, evoluzione, risposta ai farmaci (tuttora solo sintomatici) e prognosi, talora manifestandosi con segni e sintomi che, almeno inizialmente, possono ricordare l'una o l'altra di tali patologie. Per non parlare della frequente contiguità con il decadimento cognitivo.

Nel campo terapeutico passi avanti sono stati fatti con l'utilizzo della stimolazione cerebrale profonda e l'introduzione di levodopa in forma di gel, che viene introdotta direttamente nel digiuno tramite una pompa e, ancora, con l'uso di apomorfina s.c. anche questa somministrata via pompa. Certamente si tratta di terapie invasive, tuttavia nella maggioranza dei casi, discretamente efficaci. Ora, la presenza di tali complesse patologie estremamente invalidanti, la cui prevalenza è andata decisamente aumentando con l'aumentare dell'età media di sopravvivenza, pone problemi circa il ruolo della neurologia nell'ambito di un ospedale e dei suoi rapporti con il territorio. Servono certamente neurologi che abbiano sempre maggiori competenze in questo ambito, quindi ambulatori dedicati.

È probabile che in tempi non lunghissimi sarà possibile determinare, con maggiore facilità, la concentrazione di sinucleina alterata nel sangue, saliva, nel tratto gastroenterico, nel liquor (quindi con metodiche non particolarmente invasive), pertanto i laboratori dovranno essere attrezzati anche per queste

indagini. Servono strumentazioni nelle medicine nucleari e servizi che possano fare da tramite con il territorio per meglio seguire tali pazienti, cercando di evitare al massimo il ricovero ospedaliero (che spesso si rivela in realtà dannoso per il paziente, ad esempio per la difficoltà di mantenere una regolare somministrazione oraria dei farmaci). Molto è già stato fatto in questo senso, ma molto resta ancora da fare per ottimizzare il tutto.

Attualmente sta assumendo sempre maggiore importanza una medicina centrata sulle caratteristiche genetiche del paziente, in particolare per potere utilizzare farmaci che siano compatibili ed efficaci per quel determinato soggetto. La Medicina di precisione è attualmente l'ultima frontiera, sviluppatasi attraverso la farmacogenomica e la farmacogenetica. Naturalmente servirà ancora tempo prima che possa essere effettuata una terapia così mirata su vasta scala, ma questo è un traguardo che si spera verrà raggiunto ed il Parkinson ed i Parkinsonismi sono certamente tra le patologie neurologiche che potranno trarne beneficio.

Anche in questo ambito, vista la complessità del quadro clinico e la sua frequenza, appare evidente il ruolo centrale della neurologia in ospedale. Tali pazienti dovranno essere poi seguiti dal neurologo attraverso un coordinamento con i medici di medicina generale. Un recentissimo articolo, scritto in occasione del secondo centenario dalla pubblicazione del famoso lavoro di J. Parkinson nel 1817, sulla "Paralisi agitante" chiede: "cosa avrebbe pensato Parkinson oggi?".

La risposta è: certamente sarebbe stupefatto per tutto ciò che si conosce in più circa la "sua" malattia ma altrettanto sarebbe anche deluso dalla scarsità di terapie farmacologiche davvero innovative ed efficaci, nonostante tutti gli sforzi che neurologi, farmacologi, neurochirurghi funzionali, genetisti fanno in ogni angolo del mondo. Sarebbe d'altra parte soddisfatto perché finalmente da alcuni anni sono stati ripresi in considerazione alcuni dei sintomi (che ora vengono definiti non motori) che lui in parte aveva già descritto duecento anni fa e di cui, successivamente, si era perso il ricordo, tutti presi dai disturbi

del movimento. È proprio con i sintomi non motori che attualmente la ricerca tenta di trovare un marker biologico che possa predire la comparsa definitiva della malattia e quindi una terapia *disease-modifying*.

In definitiva, tutto bene in Neurologia?

Non si è "perso" niente in Neurologia? Direi di no. Qualcosa si è perduto e in Neurologia ancor di più, a mio giudizio, rispetto ad altre specialità. La perdita principale è quella della conoscenza della semeiotica neurologica.

Quando si parla con giovani colleghi, questi chiedono sempre come si poteva lavorare senza la TAC, per non parlare della RM. Certo le difficoltà c'erano ma conoscere bene l'anatomia del sistema nervoso centrale e periferico e quello che era noto della fisiologia, costituiva un aiuto straordinario e libri meravigliosi (fondamentali direi tutt'oggi) c'erano già. L'utilizzo del martelletto e le varie manovre utilizzate per valutare forza, sensibilità, coordinazione etc e pure la conoscenza di alcune manovre per evidenziare incongruenze dell'esame neurologico, costituivano l'essenza della semeiotica neurologica, associate ad una valutazione, seppure superficiale, dell'aspetto psichico del paziente.

Tutto ciò ora si è in gran parte perduto: solamente alcuni bravi giovani neurologi (e ce ne sono ovviamente) utilizzano costantemente e bene la semeiotica e riescono, anche senza grandi indagini, a localizzare la sede del disturbo che affligge il paziente: saranno poi le indagini strumentali a svelarne la origine (è noto che molte malattie neurologiche del tutto diverse l'una dall'altra, possono manifestarsi inizialmente con sintomi analoghi).

La Neurologia ha davanti a sé un grande futuro, sia nella clinica, sia nelle conoscenze di base, tuttavia sarebbe auspicabile che la super specializzazione, pur necessaria ormai data l'enorme mole di dati e di conoscenze, non vada a scapito di un rapporto "umano", semplice, corretto con i pazienti e tale compito deve essere affrontato anche e soprattutto negli ospedali (pure in quelli super attrezzati tecnologicamente). ●

La Nefrologia che cambia

Giovanni Cancarini

Direttore Scuola di Specializzazione in Nefrologia Università degli Studi di Brescia
Direttore U.O. di Nefrologia ASST Spedali Civili

L'Ospedale che cambia

Il ricordo è molto vivo anche se tempo è passato dal 1974, anno in cui ho iniziato a lavorare in ospedale. Ricordo le notti in cui, unico medico di guardia in un ospedale con oltre 1000 posti letto, oltre alle urgenze, si doveva passare di reparto in reparto a praticare le iniezioni endovenose di Cefalosporina (solo i medici potevano farle allora) prescritta rigorosamente alle ore 6, 12, 18 e 24. Il concetto di *disposable* non esisteva; le infermiere passavano parte della notte a "far la punta agli aghi" con la pietra pomice, strisciandoli poi su una garza per vedere se "tiravano i fili"; altre infermiere sterilizzavano nelle autoclavi decine di siringhe di vetro, da 5 a 100 ml, che spesso s'ingrippavano durante i prelievi di sangue. Su tutto vegliava la Caposala, generalmente Suora. L'esame fisico del paziente era il miglior "esame strumentale" anche se già c'erano elettrocardiogramma, elettroencefalogramma e radiologia (raggi X e immagini su lastre).

Tra gli esami di laboratorio, le "prove di labilità colloidale" erano prescritte a tutti, l'azotemia svolgeva il ruolo oggi assunto dalla creatinemia e l'odore "sui generis" era regolarmente contemplato nell'esame delle urine. La dotazione di farmaci era scarsa; imperavano penicillina, nepresol, reserpina, digitale e strofanto. Per fortuna c'era già la furosemide. Nelle crisi ipertensive o nell'edema polmonare acuto il salasso in flacone "Baxter" (flacone di vetro che permetteva poi di reinfondere il sangue al paziente a crisi terminata) era frequente. Il lavoro di tipo formale o burocratico

consisteva fondamentalmente nello scrivere le "carte da morto" quando la cura non aveva funzionato o uno scarno cartellino di dimissione per chi ce l'aveva fatta. Il rapporto coi pazienti, tutti rigorosamente italiani, avveniva in lingua o in dialetto (alcuni avevano difficoltà con l'Italiano) e il concetto di consenso informato era ben lontano da venire.

Oggi

Abbiamo un vasto (eccessivo?) numero di farmaci ed esami di laboratorio, notevole attenzione alla prevenzione delle patologie e degli effetti collaterali di terapie, apparecchi che effettuano circolazione e/o ossigenazione intra- e extracorporea, che depurano il sangue (vari metodi di dialisi), scambiano il plasma (plasmaferesi), ventilano a pressione positiva, *pacemaker*, defibrillatori impiantabili, ecc. Le tecniche di *imaging* si sono arricchite dell'ecografia, della risonanza magnetica e di tecniche di medicina nucleare e hanno avuto un drammatico miglioramento le tecniche con raggi X. Quasi tutti i dispositivi non chirurgici sono usa-e-getta.

Il rispetto del paziente è codificato nel "consenso informato"; il paziente è più attivo e partecipativo nel processo di diagnosi e cura. Tuttavia, questi miglioramenti non hanno incrementato il tempo del rapporto medico-paziente; molte ore sono impiegate per riempire moduli, certificati, esenzioni, piani di trattamento, richieste di farmaci, segnalazione di eventi avversi o cadute, assunzioni di responsabilità e controlli gestionali. Nel rimodellare l'ospedale del futuro va assunta come priorità organizzativa

il mantenimento di un adeguato tempo medico-paziente e medico-care-giver; quest'ultima figura quasi sempre presente, ma ignorata in passato, ha un importante ruolo adiuvante alla terapia.

L'età media dei pazienti è notevolmente aumentata. La patologia singola è una rarità; la policomorbilità è quasi la norma. E che dire del passaggio da un ospedale con persone di un'unica provincia a ospedale multietnico e multiculturale con problemi di conoscenze, abitudini e alimentazione diversi?

Importanti progressi recenti sono stati: la valorizzazione del dolore e della sua terapia, le cure palliative (che troveranno sempre più impiego, come trattamento a medio-lungo termine, in molte patologie croniche), il sapersi astenere dalle cure futili (da meglio definire, necessariamente con un supporto legislativo). Da punto di vista lavorativo è cambiato e sta ancora cambiando il rapporto con le altre professioni sanitarie che hanno aumentato le loro competenze e ampliato ambiti di autonomia; affrontata correttamente è un'opportunità di crescita, miglioramento e sostenibilità del sistema.

Si parla di futuri ospedali organizzati in reparti per intensità di cure, proponendo rigidamente questo unico modello, probabilmente ottimo in ospedali con 200-400 posti-letto, ma inadeguato in *hub* con più di 600-700 posti-letto dove la suddivisione in specialità (non necessariamente Unità Operative Complesse) consentirebbe anche un grado elevato di specializzazione infermieristica e del personale di supporto e quindi un "prenderci cura" più efficace.

La Nefrologia che cambia

Avevo iniziato a frequentare il settore di nefrologia e dialisi della Patologia Speciale Medica nel 1971, al quarto anno di Medicina. La diagnostica nefrologica si era da poco arricchita di un uso più esteso della biopsia renale transcutanea e nuove nefropatie furono scoperte in quegli anni (la nefropatia da depositi mesangiali di IgA o malattia di Berger, la più frequente forma di glomerulonefrite, fu definita nel 1969). In quell'epoca molta attenzione

era dedicata all'assetto elettrolitico, acido-base e del metabolismo proteico; si cominciò ad usare la dieta ipoproteica più o meno supplementata con miscele di aminoacidi poco gradevoli al palato. Montavamo il filtro dialitico "Kill" (nome infelice) stendendo fogli di *cellophane* su piastre di materiale plastico, sterilizzavamo con formalina (non si sapeva ancora fosse cancerogena), sciacquavamo e facevamo il controllo di tenuta della pressione con manometro. Se la pressione non teneva (= c'era qualche buco nel filtro), buttavamo via tutto e ricominciavamo da capo. La dialisi durava 8 ore, dalle 8 alle 16, con un pranzo normale a mezzogiorno. Gli apparecchi erano estremamente semplici e con scarsissimi controlli; si verificavano embolie gassose, emolisi da errata soluzione dialitica, rotture quasi esplosive di filtri con importante perdita ematica, e tutto questo in pazienti di color giallo-terreo (colore uremico), debilitati e anemici (non c'era l'eritropoietina e l'emoglobina media era 5-6 g/dL; si evitavano trasfusioni per non inibire ulteriormente la scarsa produzione di globuli rossi). Nei due tre anni successivi sono comparsi i primi filtri *disposable* già pronti all'uso. Erano i primi anni di esistenza di pazienti sopravvissuti alla perdita di funzione renale; le nostre conoscenze di questa nuova fisiopatologia erano più tentativi di estrapolazione della situazione renale pre-terminale che reali conoscenze. Oltre all'anemia si poneva attenzione al potassio (*killer* silenzioso), all'ipertensione e all'osteodistrofia uremica i cui danni erano ritenuti confinati all'osso.

L'assistenza era prestata da un'infermiera ogni uno/due pazienti e un medico ogni 3-4. I pazienti, età media tra 20 e 40 anni, affetti, quasi sempre, solo da insufficienza renale e senza speranza di trapianto (il primo trapianto di rene in Italia era avvenuto nel 1966, ma i trapianti erano pochissimi e le terapie anti-rigetto non ancora definite) erano troppo "coccolati" favorendo la loro regressione e deresponsabilizzazione dalla dieta e dalla terapia.

L'avvento della dialisi determinò la nascita della Nefrologia come specialità con reparti autonomi.

La Nefrologia oggi

Varie tecniche di colorazione, immunofluorescenza, microscopia elettronica, immunoistochimica hanno incrementato la capacità diagnostica e le diagnosi differenziali tra le varie glomerulopatie e interstiziopatie. La genetica sta entrando sempre più aggressivamente nella diagnostica e i risultati degli studi di genomica, proteomica, immunologia e sul microbiota fanno sperare nella possibilità di porre diagnosi evitando tecniche invasive quali la biopsia renale o fare terapie più specifiche (medicina di precisione). Le malattie renali sono sempre più frequentemente, per l'aumento di età della popolazione, secondarie a patologie vascolari, ipertensive, diabetiche, dismetaboliche. Nell'ambito delle nefropatie proteinuriche ACE-inibitori e Sartani sono divenuti un'importante terapia. Le terapie immunosoppressive permettono di curare patologie aggressive (vasculiti, sclerodermia e lupus) o di inibire il rigetto del rene trapiantato. La dialisi extracorporea dura 4 ore tre volte la settimana e offre vari tipi di trattamento con filtri di dimensioni e caratteristiche diverse che permettono un trattamento molto personalizzato. La dialisi peritoneale permette il trattamento domiciliare ad opera del paziente stesso o di eventuali *care-giver*; alcuni pazienti possono eseguire emodialisi a domicilio con particolari apparecchi. **Ma il più importante cambiamento di prospettiva avvenuto negli ultimi anni consiste nel vedere, al termine dell'evoluzione negativa di una malattia renale, il trapianto di rene come prospettiva principale, relegando la dialisi a ruolo di "ponte" in attesa del trapianto o di trattamento per persone non-trapiantabili.** Purtroppo le liste d'attesa di trapianto Italiane contano ancora 6500-6800 pazienti, con un tempo medio di 3-4 anni per ottenere il trapianto (attese fino anche a 10-12 anni!). **Una maggior sensibilizzazione della popolazione alla donazione (in Lombardia nel 2016 c'è stato il 29% di opposizione da parte dei famigliari di possibili donatori), l'utilizzo di tutte le possibilità di trapianto (rene marginale, da donatore a cuore non-**

battente, da donatore vivente) devono essere messe in atto per ridurre il numero di pazienti in lista e i loro tempi d'attesa per un trapianto.

Negli ultimi anni si è capito che la riduzione funzionale renale non è un problema epidemiologicamente marginale, infatti interessa oltre il 10% della popolazione. In uno studio italiano condotto nel Veneto su 6200 pazienti di età superiore a 40 anni¹, la prevalenza di CKD1-4 (CKD1-2: VFG 60->90 ml/min/1,73 mq S.C. e con analisi delle urine o *imaging* alterate; CKD3-4: VFG 15-60 ml/min/1,73 mq S.C.) era del 12,7%; considerando anche i pazienti CKD 5 (VFG <15 ml/min/1,73 mq S.C. o dializzati) si supera abbondantemente il 13%. Parte di questa prevalenza è dovuta alla riduzione funzionale renale dovuta all'invecchiamento (dopo i 40 si perde circa 1 ml/min/1,73 mq S.C. per ogni anno di età) e quindi va considerata disfunzione renale e non malattia renale; pur non essendo malattia, è tuttavia da considerare perché indica ridotta riserva funzionale e richiede adeguamento delle dosi di farmaci ad eliminazione renale. Questa elevata prevalenza, allineata a quella di studi effettuati negli Stati Uniti e nel Nord Europa, è giunta inaspettata poiché non esistevano dati epidemiologici precedenti; un orientamento di prevalenza era dato solamente dal numero di pazienti con esenzione dal ticket per «Insufficienza renale», base chiaramente inadeguata poiché non basata su criteri classificativi condivisi. Questa elevata prevalenza ha anche evidenziato che i Nefrologi non possono far fonte a questo elevato numero di pazienti e ha rimesso al centro del sistema di cura del nefropatico, almeno nei primi 3-4 stadi della disfunzione renale cronica, il Medico di Medicina Generale (MMG).

Compito del nefrologo sarà fare da consulente al MMG e prendersi in carico dei pazienti in stadio CKD5 e dei dializzati e trapiantati, ma anche proiettarsi sul territorio per prevenire i comportamenti e le situazioni che possono favorire l'insorgenza o la progressione delle malattie renali. ●

¹ Gambaro G, Yabarek T, Graziani MS, et al. Prevalence of CKD in northeastern Italy: results of the INCIPE study and comparison with NHANES. *Clin J Am Soc Nephrol* 2 010;5:1946-1953.

Malattie Infettive

Francesco Castelli, FRCP (London), FFM RCPS (Glasgow)

Professore Ordinario di Malattie Infettive, Università di Brescia

Direttore, Clinica di Malattie Infettive e Tropicali, ASST Spedali Civili di Brescia e Università di Brescia
Cattedra UNESCO "Training and empowering human resources for health development in resource-limited Countries"

Premessa

Mi laureo il 25 febbraio 1983 presso l'Istituto di Clinica delle Malattie Infettive della Università di Pavia, che avevo precedentemente frequentato per un biennio come studente interno. Nel reparto si osservavano molte *epatiti acute* (quasi tutte epatiti B o, come si diceva allora, NonA-NonB, a significare l'ignoranza eziologica sul virus che venne successivamente identificato come il virus HCV) nei tossicodipendenti per via endovenosa. Si osservava ancora qualche caso di *febbre tifoide*, di *leptospirosi* (progressivamente scomparse con la meccanizzazione del lavoro nei campi), qualche caso di *echinococcosi* e di *febbre bottonosa* del mediterraneo proveniente dalle regioni meridionali... Le tubercolosi polmonari erano ancora appannaggio culturale dei pneumologi e le *malariae* erano una rarità che eccitava la curiosità di noi giovani e mia in particolare per il mio già vivo desiderio di occuparmi di medicina tropicale. Erano in verità comparsi in Asia i primi ceppi di *Plasmodium falciparum* resistenti alla cloroquina, ma sembrava un fatto lontano e di antibioticoresistenza batterica ancora non si parlava. Comparivano le prime infezioni nei pazienti ematologici, soprattutto pediatrici, ma ancora i trapianti erano ai loro albori nel glorioso Policlinico San Matteo e l'infezione da HIV ancora non era arrivata in Italia. L'infettivologo era isolato nel proprio padiglione con pochi contatti con il resto dell'Ospedale. "Sequestro", "Isolamento", "Lazzaretto" erano i termini che indicavano la nostra localizzazione ai colleghi di altre discipline di allora. E l'insegnamento di

Malattie Infettive era relegato a poche ore nei Corsi complementari. Sono trascorsi quasi 35 anni da allora, ma sembra che sia trascorso un secolo da tanto la situazione è mutata nella gestione ospedaliera (e non solo...) della moderna infettivologia.

La comparsa dell'HIV e le infezioni croniche

Subito dopo la mia Laurea viene ricoverato il primo caso di AIDS, che presto dilagherà anche nel nostro Paese (come già aveva iniziato a fare nel continente africano e negli USA) seguendo gli itinerari dei comportamenti tossicomani e della sessualità promiscua. Segna l'inizio di una epoca che ha segnato la mia generazione sia professionalmente che umanamente. Brescia, purtroppo, è in prima linea ad affrontare l'epidemia. Oltre 8.000 pazienti visiteranno i nostri ambulatori nei 30 anni successivi. Di questi oltre 2.400 sono morti, soprattutto negli anni iniziali dell'epidemia quando non erano disponibili farmaci efficaci, e circa 4.000 sono tutt'ora seguiti regolarmente con una infezione che è diventata cronica. L'infezione da HIV introduce nella disciplina delle malattie infettive il paradigma della cronicità. Della possibilità di tenere sotto controllo una patologia che appariva inizialmente incurabile. Una condizione che costringe gli infettivologi ad uscire dal "Lazzaretto" e a entrare nella comunità con una attività educativa e preventiva.

Le altre cause di immunocompromissione

Mai nella storia come a partire dagli anni '80 si verifica in Italia, come in tutti i

Paesi industrializzati, un aumento rapido della aspettativa di vita, che oggi supera gli 80 anni sia nel genere maschile che, soprattutto, femminile. Se tale fatto è certamente positivo, l'elevarsi rapido della proporzione di soggetti anziani nella popolazione favorisce il riattivarsi di infezioni latenti (il ritorno della tubercolosi) e una maggiore fragilità e suscettibilità nei confronti di infezioni virali e batteriche. Malattie infettive e geriatria incominciano a parlarsi sempre più frequentemente. Negli stessi anni inoltre la scienza ematologica ed oncologica, supportate anche dall'affinarsi delle tecniche trapiantologiche, ottengono successi straordinari in termini di aspettativa di vita dei pazienti affetti da neoplasie del sangue e dei tessuti solidi. Malattie infettive e immunocompromissione costituisce un nuovo, importante paradigma. L'infettivologo diventa allora un alleato essenziale degli ematologi e degli oncologi per la prevenzione e la cura delle infezioni, spesso gravi e fatali, nei pazienti fragili.

Le infezioni nosocomiali

L'aumento delle persone con immunocompromissione patologica e iatrogena, o anche solamente anziane, fa crescere il fenomeno delle infezioni nosocomiali. Contratte in ospedale, spesso dunque sostenute da germi con gradi differenti di resistenza ai comuni antibatterici, si verificano con una prevalenza che talora supera anche l'8-10% dei pazienti ricoverati, con prolungamenti della degenza e spesso con un elevato tributo in termini di mortalità. Infezioni del tratto urinario, infezioni del sito chirurgico, polmoniti e sepsi chiamano il consulente infettivologo a consulto in ogni reparto ospedaliero, di natura medica o chirurgica. Escluse le consulenze presso il Pronto Soccorso, le consulenze richieste annualmente dalle differenti UUOO della ASST Spedali Civili alla UO di Malattie Infettive hanno ormai superato il numero di 5.400/anno! Persone anziane, allettate, affette da polipatologia trasportano inconsapevolmente dentro e fuori dalla mura per Ospedali per acuti germi multi-resistenti nella comunità e nelle Residenze per lungodegenze.

Antibioticoresistenza

Come sono lontani i tempi in cui l'era delle malattie infettive era considerata finita con l'avvento delle molecole antibiotiche! Lo stesso Fleming nel suo discorso di accettazione del premio Nobel nel 1945 aveva messo in guardia contro la tendenza dei batteri ad evadere la azione antibatterica degli antibiotici. Cattivo uso degli antibiotici in medicina umana e veterinaria, uso di molecole antibiotiche anche in agricoltura, mobilità internazionale, trasferimento plasmidico di geni di resistenza hanno concorso a far sì che oggi il 34.1% dei ceppi di *Staphylococcus aureus* nei nostri Ospedali italiani sia resistente alla meticillina, così come il 33.5% delle *Klebsielle pneumoniae* lo sia nei confronti dei carbapenemi e l'Italia condivide purtroppo con la Grecia e la Romania il record negativo di prevalenza di ceppi batterici resistenti, impegnando il nostro Governo a varare nello scorso mese di luglio 2017 il Piano Nazionale di contrasto della antimicrobico-resistenza. La gestione delle infezioni da germi multiresistenti è estremamente complessa e richiede nozioni specialistiche avanzate sia per ridurre i tassi di mortalità che per contenere gli effetti epidemiologici delle diffusione delle resistenze in ambito ospedaliero e comunitario.

L'isolamento

Patrimonio degli infettivologi di sempre, un tempo come ora, è il concetto di isolamento. Mai come ora questa pratica richiede una attenzione speciale in caso di pazienti affetti da patologie a trasmissione aerogena, oro-fecale o da contatto, sia essa autoctona o di importazione. Tubercolosi polmonare, infezioni da germi multiresistenti, ma anche infezioni prevenibile con la vaccinazione che non dovremmo più osservare in Italia quali il morbillo sono soggette a precise procedure di isolamento per le quali le strutture infettivologiche giocano un ruolo essenziale nei moderni nosocomi a protezione della collettività.

Infezioni connesse alla mobilità umana

I pochi casi di malaria che osservavo affascinato al Policlinico San Matteo di Pavia sono divenuti quasi 80/anno oggi alla

ASST degli Spedali Civili di Brescia. E oltre alla malaria le filariosi, le schistosomiasi, le amebiasi ed altre infezioni provenienti dai tropici. Certamente in maggioranza migranti, ma anche i figli degli stessi nati in Italia e dunque immunologicamente sprovvisti di difese, viaggiatori, turisti, missionari. Insomma, una dilagante mobilità umana che consente la circolazione di infezioni, ma anche di vettori. L'esempio della cosiddetta zanzara "tigre" e della infezione da Chikungunia è di scottante attualità ai giorni nostri. Poiché le infezioni tropicali possono manifestarsi anche con sintomi che conducono il paziente alla attenzione di altri specialisti, il ruolo del consulente infettivologo è divenuto essenziale. Così come essenziale è divenuto nelle aule universitarie l'insegnamento di patologie un tempo ritenute possibili solo in climi tropicali. Nella nostra realtà bresciana, inoltre, la Clinica di Malattie Infettive e Tropicali della ASST Spedali Civili di Brescia.

Le storie di successo: la epatite C

Ai miei 20 anni guardavo con trepidazione il mondo che riusciva per la prima volta a liberarsi, grazie alla aggressiva strategia vaccinale, di una malattia infettiva, il vaiolo. Avanzata, anche se purtroppo ostacolata dai conflitti in corso, è la lotta alla poliomielite, che forse sarà la seconda malattia infettiva debellata dal vaccino. Storie di successo. Così come straordinaria è oggi la possibilità di eradicare dai Paesi la epatite C dai Paesi che possono sostenere i rilevanti costi dei farmaci antivirali ad elevata efficacia, definiti DAA (*Directly Acting Antivirals*). L'infettivologo, unitamente ai Colleghi gastroenterologi ed internisti, è oggi in prima linea in questa battaglia contro una infezione dalle conseguenze potenzialmente devastanti (cirrosi, epatocarcinoma) ma oggi curabile con tassi di efficacia superiori al 90%.

Contenimento della spesa

I rilevanti successi terapeutici nella lotta alle infezioni sono tuttavia gravati da una importante spesa pubblica. I farmaci antimicrobici per uso sistemico rappresentano infatti una importante categoria terapeutica di spesa pubblica pari a 4.4. Miliardi di euro/anno, seconda solo alla spesa dei farmaci antineoplastici e immunomodulatori. Tale spesa è soprattutto in

carico alle strutture ospedaliere, per oltre l'80%. È evidente come la consulenza infettivologica, ottimizzando l'intervento terapeutico, possa rappresentare (oltre naturalmente ad un beneficio clinico atteso), anche un fattore di risparmi nell'ambito delle strutture ospedaliere italiane, dove si stima che la prevalenza di pazienti ricoverati che ricevono una antibiotico-terapia per motivi imprecisati superi il 50% in ogni giorno dell'anno.

Conclusioni

Le infezioni e le malattie infettive c'erano, ci sono e ci saranno sempre ad interessare tutte le fasce di età, entrambi i generi e tutti gli organi del nostro organismo. Vittorie e sconfitte si alternano nella lotta del genere umano con i microrganismi. Da antico medico del Lazzaretto, il moderno medico infettivologo si trova dunque oggi in una situazione completamente differente. Mantenendo immutato il proprio ruolo di medico di reparto per pazienti affetti da patologia infettiva e/o contagiosa acuta (che tuttavia adesso ha mutato epidemiologia a comprendere anche le patologie connesse alla mobilità umana e le infezioni complesse da germi multiresistenti, oltre alle complicanze della infezione da HIV ed delle epatopatie virali croniche), lo specialista in malattie infettive è divenuto un alleato prezioso dei colleghi di numerosi altri reparti di natura sia medica che chirurgica. Ma è al contempo divenuto prezioso strumento a servizio delle Direzioni Sanitarie per il controllo delle infezioni nosocomiali e dei Colleghi Farmacisti per la definizione attenta di politica di riduzione della spesa farmacologica e per il contrasto della antimicrobico-resistenza. Ma oltre a questo è interlocutore privilegiato dei Colleghi operanti nelle strutture di lungodegenza del territorio e dei Medici di Medicina Generale, con i quali interagisce nella gestione dei pazienti affetti da infezioni croniche, soprattutto la infezione da HIV e le epatopatie virali. Interagendo al contempo con le autorità di sanità pubblica per il contenimento delle epidemie che periodicamente emergono (dalla SARS, all'Ebola, allo Zika, al Chikungunia per non citare che le più recenti) e che solo grazie ad una attenta sorveglianza e contenimento non assumono dimensioni emergenziali. ●

L'Oncologia Medica

Alfredo Berruti, Vittorio Ferrari

Oncologia Medica, ASST-Spedali Civili
e Università di Brescia



Fino alla metà del secolo scorso i tumori venivano curati con la chirurgia e la radioterapia e solo nel 1950 sono stati introdotti i trattamenti sistemici, la chemioterapia in particolare. L'Oncologia Medica, quindi, è una delle branche della medicina di più recente costituzione, le Unità autonome di Oncologia Medica più "antiche" in Italia non hanno più di cinque decenni.

L'Oncologia Medica dell'attuale ASST-Spedali Civili ha compiuto nel 2017 13 anni. È nata invero come Servizio Autonomo della III Divisione di Medicina nei primi anni ottanta, ma si è strutturata come unità operativa autonoma, dotata cioè di una sezione Degenza e una di *Day Hospital* solo nel 2004. Nel 2012 è diventata una Unità a direzione Universitaria e dal 2016 è sede di Scuola di Specializzazione.

Il notevole incremento delle conoscenze sulla biologia dei tumori negli ultimi anni del secolo scorso ha portato ad una accelerazione tumultuosa nella disponibilità di farmaci efficaci. Negli anni 2000 sono state introdotte le terapie a bersaglio molecolare e quindi l'avvio di una medicina oncologica "personalizzata", mirata cioè su bersagli molecolari specifici, responsabili dell'aggressività della malattia. Dal 2010 vi è stato un altro cambiamento significativo con l'introduzione della moderna immunoterapia. Quest'ultima ha costituito una vera e propria svolta epocale in quanto si avvale di farmaci che non sono rivolti a colpire le cellule tumorali bensì a potenziare il nostro

sistema immunitario.

La disponibilità di farmaci efficaci ha cambiato il ruolo dell'Oncologo Medico, in passato consultato solo al fallimento delle terapie loco-regionali, come chirurgia e radioterapia, e oggi invece coinvolto nella gestione di pazienti alla prima diagnosi di neoplasia.

La scelta della terapia ottimale per un paziente che si ammala di tumore maligno è decisa da *equipe* multidisciplinari costituite da chirurghi, radioterapisti, radiologi, medici nucleari, patologi etc e ovviamente oncologi medici. Sono nate le unità multidisciplinari autonome come le "*Breast Unit*".

Lo sviluppo tumultuoso delle nuove terapie oncologiche negli ultimi anni implica la necessità di fare ricerca, la ricerca non è riservata agli Istituti di Ricerca a Carattere scientifico, ma deve essere condotta anche nelle moderne aziende ospedaliere, specie quando esse siano sede di Università. Nell'ASST Spedali Civili si è recentemente costituita l'Unità di Coordinamento Ricerca ed è attiva un'Unità per studi di fase I in cui si sperimentano per la prima volta farmaci nell'uomo. Un nuovo farmaco in studio è una opportunità per il paziente perché è un'opzione terapeutica aggiuntiva a quelle già disponibili.

Gli avanzamenti dei trattamenti hanno portato ad un sensibile incremento

delle guarigioni di pazienti con malattia diagnosticata precocemente e all'incremento della sopravvivenza di pazienti con malattia inoperabile/metastatica. **Pazienti con tumore maligno, che fino a non molti anni fa avevano una prognosi di pochi mesi, oggi possono convivere con la malattia per anni, inoltre sempre più pazienti con tumore maligno metastatico terminano il decorso naturale della loro vita senza che il loro tumore sia stata la causa del decesso.**

Ecco che in pochi anni l'Oncologo Medico si trova a gestire malattie croniche come i colleghi di altre branche specialistiche.

La cronicizzazione di malattie oncologiche implica l'attento monitoraggio della malattia per prevenire le potenziali complicanze che potrebbero impattare negativamente sulla qualità di vita, ma anche la gestione degli effetti collaterali a lungo termine delle terapie. I farmaci a bersaglio molecolare, ad esempio, vengono assunti continuativamente fino a che sono efficaci e la malattia è sotto controllo. Questi farmaci sono generalmente gravati da tossicità relativamente lievi, che però persistono per tutta la durata della terapia. Alla progressione vengono comunque

prescritte altre linee di terapia. Questo implica per il paziente l'assunzione continuativa di farmaci per lungo tempo e la necessità di numerosi accessi alla struttura ospedaliera per visite e esami nel corso della sua storia clinica.

A questo aggiungiamo come la popolazione italiana viva più a lungo rispetto al passato e le malattie oncologiche sono malattie più frequenti nell'anziano. Se negli anni ottanta era saltuario trattare pazienti con età superiore ai settant'anni, oggi la maggior parte della popolazione oncologica appartiene a questa fascia di età e non sono rari anche gli ottuagenari. Questo incremento della popolazione anziana implica che i pazienti oncologici siano globalmente più fragili, con coesistenza di comorbidità le più frequenti delle quali sono cardio vascolari e metaboliche, la cui gestione implica una stretta collaborazione con gli altri specialisti.

L'oncologo medico moderno deve conoscere a fondo la biologia della malattia che sta curando e deve poter scegliere con competenza il farmaco più idoneo per ciascun paziente.

L'iper tecnologia, però, può comportare il rischio che lo specialista molto concentrato alla molecola da colpire

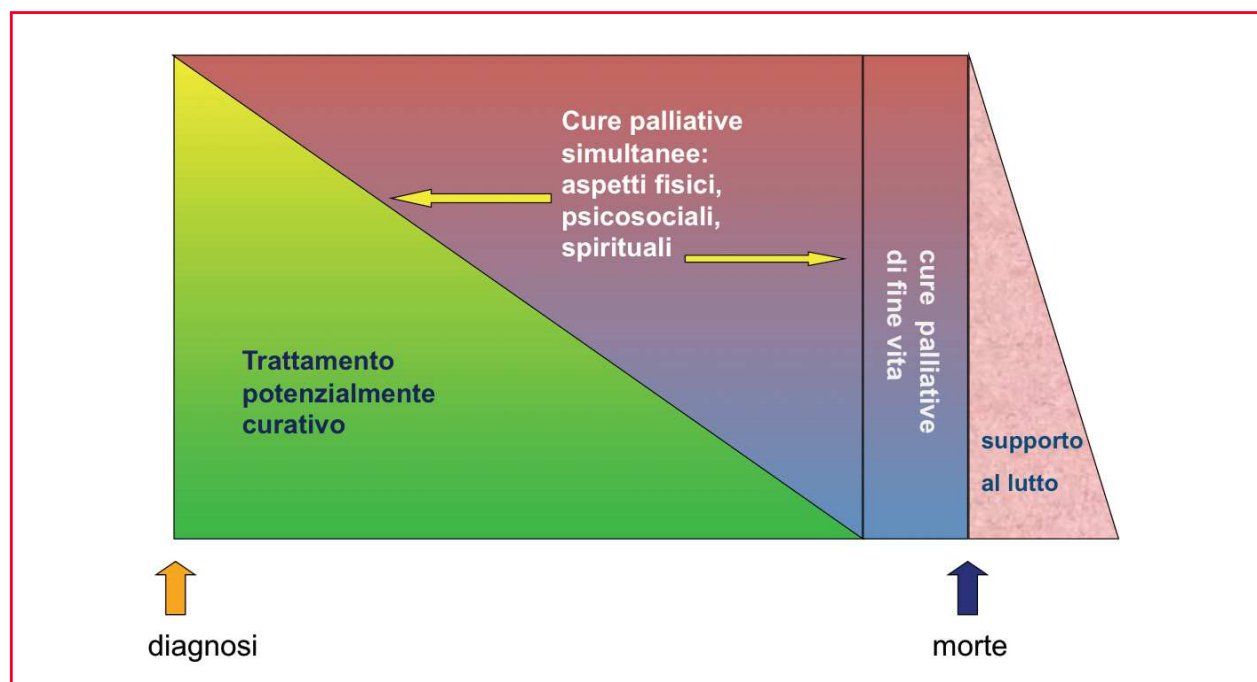


FIG. 1

L'integrazione fra cure palliative e cure attive nell'oncologia moderna

e al farmaco da utilizzare possa involontariamente mettere in secondo piano il fatto che l'obiettivo è curare un malato e non (solo) una malattia.

Nel libro intitolato "Medici umani e pazienti guerrieri, la cura è questa", edito da La Feltrinelli, Gianni Bonadonna, il più grande Oncologo Medico di tutti i tempi recentemente scomparso, ha scritto questa frase: "... *Il fascino quasi fetichistico esercitato dalle tecnologie e dalla potenza stessa dei farmaci non deve far perdere di vista il malato nella sua complessità e come essere umano*". Non è quindi sufficiente occuparsi della terapia antineoplastica ma è necessario interfacciarsi con tutti gli altri attori che partecipano alla gestione del paziente. Si affaccia quindi un altro importante cambiamento, che non riguarda i trattamenti oncologici in senso stretto, ma la moderna concezione delle cure palliative.

Oggi le cure palliative in Oncologia sono in gran parte riservate a pazienti a fine vita ma, secondo la definizione WHO del 2002, "esse sono un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle famiglie che si confrontano con i problemi associati a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo dalla sofferenza, per mezzo dell'identificazione precoce, della approfondita valutazione e del trattamento del dolore e di altri problemi, fisici, psicosociali e spirituali".

Le cure palliative possono quindi essere molto più vantaggiose se adottate più precocemente nella storia naturale della neoplasia. La dottoressa Temel, in uno studio randomizzato pubblicato nel 2010 sulla prestigiosa rivista *New England Journal of Medicine*, ha dimostrato come le cure palliative affiancate alle cure oncologiche attive abbiano aumentato sensibilmente la sopravvivenza di pazienti con tumore del polmone metastatico. Nasce quindi il **moderno concetto di "cure simultanee"** (figura 1), intese come presa in carico di pazienti con neoplasia avanzata da parte di una *equipe* oncologica e una di cure

palliative. Quest'ultima implica il coinvolgimento attivo di medici di medicina generale e infermieri del territorio in un'unica squadra nella gestione del paziente oncologico. Una organizzazione di questo tipo non si improvvisa, richiede competenze, tempo e risorse, inoltre gli operatori che dovranno occuparsi di cure simultanee devono essere formati e a questo proposito presso l'Università degli Studi di Brescia verrà istituito per il prossimo anno accademico un master di cure palliative per le professioni sanitarie. Il master rappresenta il primo passo di un percorso che riguarderà l'insegnamento delle cure palliative nei corsi di medicina e professioni sanitarie.

È dunque cambiato sensibilmente il concetto di cura oncologica e sono cambiate le richieste e le esigenze del paziente nei confronti di chi gestisce e si occupa di salute.

L'ospedale, espressione del concetto di salute e di cura, deve quindi uniformarsi a queste nuove necessità. Ospedale e territorio devono essere una unica struttura organizzativa e gestionale e l'inserimento dell'UO di Cure Palliative nel Piano Organizzativo Aziendale Strategico (P.O.A.S.) dell'ASST-Spedali Civili va nella direzione di implementare l'interazione delle cure oncologiche attive con le cure palliative e più in generale nella gestione della cronicità delle malattie, poiché le cure palliative non si applicano solo a pazienti oncologici. Il lato dolente dei cambiamenti attuali e in divenire è invece l'incremento dell'attività burocratica per l'espletamento delle richieste di esami, la prescrizione delle terapie, la rendicontazione dell'attività svolta, la compilazione di schede per la prescrizione dei farmaci costosi (quali i registri AIFA). L'informatizzazione dell'attività non ha per ora snellito queste procedure. **Il carico burocratico, frutto anche questo dell'ospedale che cambia, comporta un aumento della durata delle visite mediche e nel contempo una contrazione del tempo dedicato al paziente.**

Questo è un aspetto critico che dovrà migliorare in futuro. ●

L'Ematologia a Brescia: una realtà in crescita

Chiara Cattaneo

Unità operativa Ematologia ASST Spedali Civili

Nel 2000 - anno in cui venni assunta come medico agli Spedali Civili - l'Ematologia era ancora una Sezione Autonoma della Terza Medicina, con il reparto di degenza separato nelle parti maschile e femminile dal "corridoio del centro" e il Day Hospital situato oltre gli ambulatori dell'Oncologia. Ci vollero anni per veder nascere l'autonomia dell'UO di Ematologia, che finalmente, dopo varie trasmissioni, si ricompattava al 4° piano della scala 2, con Degenza da una parte e Day Hospital dall'altra. E poiché, come è noto, le cose non rimangono mai uguali a se stesse ma sono destinate a mutare nel tempo, gli spazi dedicati presto non furono più sufficienti e fu necessario creare due poli satelliti in provincia - Gardone e Montichiari - e inventare un nuovo spazio al Satellite per la realizzazione, grazie anche al supporto dell'AIL, del nuovo Day Hospital dedicato a linfomi e mieloma. Ancora, tutto questo sarebbe insufficiente se, come già da molti anni avviene, non fosse attivo un progetto di collaborazione con i medici di base (tramite il Dipartimento Interaziendale Provinciale Oncologico, DIPO), che permette di seguire a distanza pazienti fuori chemioterapia da anni o con patologie croniche, ritenuti stabili. **Sarebbe fin troppo semplice e anche banale pensare che questa continua espansione sia solo la risposta offerta dal servizio alla domanda crescente dei**

cittadini. Certamente la fruibilità di un servizio nasce dal buon funzionamento dello stesso, ma è pur vero che negli ultimi vent'anni le acquisizioni scientifiche e la trasversalità delle discipline hanno radicalmente cambiato l'approccio anche al paziente ematologico, ampliando gli orizzonti terapeutici con conseguente aumento del numero dei pazienti e della complessità nella gestione degli stessi. Penso in primo luogo alla popolazione generale, al progressivo innalzamento dell'età media, che ha determinato una sempre maggiore attenzione nei confronti del paziente anziano emopatico, con protocolli di terapia creati *ad hoc* e risultati fino a pochi anni fa inimmaginabili.

Penso alle straordinarie acquisizioni scientifiche degli ultimi anni, che hanno cambiato la storia naturale di patologie ematologiche la cui diagnosi era prima considerata quasi una condanna e che hanno consentito, in più casi, persino un approccio "chemo-free" a patologie neoplastiche per eccellenza, quali la leucemia acuta promielocitica, le sindromi linfoproliferative e il mieloma.

Penso infine alla capacità di dialogo tra diverse specialità, fortemente voluto e costruito a volte anche con fatica, superando la diffidenza per il "diverso". È un dialogo che ha portato da un lato al miglioramento diagnostico grazie all'acquisizione di metodiche e strumenti laboratoristici all'avanguardia e, dall'altro,

a terapie di supporto innovative in pazienti storicamente considerati non suscettibili di interventi intensivi, con risultati talora sorprendentemente soddisfacenti.

Non sono state acquisizioni facili: dietro a quello che può considerarsi una pratica terapeutica consolidata, ci sono anni in cui si è imparato a conoscere i nuovi farmaci con relativi effetti collaterali, grazie anche alla partecipazione a protocolli sperimentali multicentrici (più di 40 attivi ad oggi nel nostro Centro).

Un impegno - quello degli studi clinici - che vede coinvolte le figure dei data manager, sempre più indispensabili nella collaborazione con i medici, e che si è consolidato nell'apertura recentissima dell'Unità per gli studi di fase I, nei quali l'Ematologia è impegnata in prima persona. In tutto questo il filo conduttore irrinunciabile è lo studio costante delle novità in ambito clinico e biologico, perché è solo il rinnovarsi del sapere che può aprire nuovi orizzonti. È una crescita che ci viene riconosciuta anche da molti ospedali del circondario che individuano la nostra Divisione come riferimento ematologico.

Eppure, anche questi avanzamenti non avrebbero il sapore di una conquista se oltre alle acquisizioni scientifiche non ci fosse l'attenzione per la persona, perché nel nostro mondo tutto ha senso se ricondotto alla centralità del paziente. È quella stessa attenzione che ho la fortuna di ritrovare nella quotidianità di infermieri e operatori, che anima i volontari delle associazioni onlus (AIL e FAEL), e che so riconoscere nei colleghi, attenzione che il paziente chiede e che soprattutto percepisce nelle sue molteplici gradazioni, e che rende praticabili percorsi terapeutici lunghi e complessi.

Non c'è attenzione senza comunicazione.

Anche questo impegno implica un dispendio di energia non indifferente, ma il ritorno è incredibilmente superiore alla fatica spesa. Perché, anche se è banale ripeterlo, la comunicazione tra medico e paziente è alla base di quel rapporto di fiducia che, quando consolidato, consente di superare anche situazioni

difficili. In Reparto di degenza è forse più facile ritagliarsi uno spazio per parlare con pazienti e parenti; sicuramente più difficile poter gestire del tempo nel ritmo frenetico del Day Hospital. In questo senso si è voluto costruire un sistema che consentisse la comunicazione in tempi rapidi tra medici, infermieri e pazienti del Day Hospital, grazie ai due Front Office che garantiscono risposte ai quesiti in 24h. Un impegno notevole, se si pensa che il numero delle telefonate e dei fax ricevuti si aggira intorno a 150 al giorno.

Nonostante l'impegno, l'impressione è spesso quella di non "essere abbastanza", perché i pazienti aumentano insieme alle opzioni terapeutiche e le risorse sono comunque limitate, soprattutto quelle della Degenza che deve garantire una tempistica adeguata nella "dose-intensity" delle chemioterapie. E così, spesso i pazienti seguiti in Day Hospital, quando necessitano di ricovero, trovano posto altrove, in particolare nei Reparti di Medicina e di Malattie Infettive, sui quali si riversa maggiormente la ridondanza dell'Ematologia. A questo costante e prezioso impegno collaborativo cerchiamo di rispondere fornendo un sistema di consulenza gestito da personale dedicato. L'intento è anche quello di rendere più armonica la gestione del paziente emopatico, in modo da far percepire il meno possibile il cambiamento di reparto come un evento traumatico.

Sono dunque passati 17 anni di Ematologia per me; molte cose sono cambiate e soprattutto cresciute. Problemi risolti ma anche da risolvere, rapporti consolidati e da consolidare. Fermarsi per fare un bilancio serve sempre, per riuscire a guardare con un po' di distacco quanto è stato fatto e cogliere così i segnali di un'evoluzione positiva. Ma, soprattutto, serve per rimotivarsi nell'aver voglia ancora di costruire. ●

Diabetologia

Umberto Valentini

Direttore U.O. Diabetologia
Dipartimento di Medicina
ASST Spedali Civili di Brescia

È noto il continuo aumento della prevalenza della malattia diabetica in tutto il mondo: l'International Diabetes Federation (IDF) ha calcolato che le persone con diabete a livello mondiale sono 415 milioni e saranno 642 milioni nel 2030; in Lombardia la prevalenza dal 2000 al 2016 è cresciuta dal 3 al 6.2%; i costi sanitari diretti sono compresi tra il 12 e il 15 % dei costi sanitari diretti totali (circa 3.000 € per paziente), più del 60% di costi è dovuto ai ricoveri. Accanto al rapido aumento della prevalenza, il rischio di ospedalizzazioni è aumentato nel diabetico rispetto al non diabetico di pari sesso e età per quasi tutte le cause (+188% per scompenso cardiaco, +120% per insufficienza respiratoria, +129% per infarto miocardico, +46% per aritmia). A livello internazionale la prevalenza del diabete negli adulti ospedalizzati è stimata tra il 12 e il 25%. Nel 2000 il 12,4% delle dimissioni negli USA era riferita a pazienti con diabete. Secondo il rapporto dell'osservatorio ARNO 2015, in Italia circa il 20% delle persone con diabete ha avuto almeno un ricovero ordinario o di day hospital nell'anno 2014. I dati raccolti dalla Regione Lombardia (periodo 2000 - 2007) rilevano che circa il 20% delle persone ricoverate negli Ospedali Lombardi sono affette da diabete: la prevalenza durante gli anni si riduce (dal 24% nel 2000 al 21% nel 2007) ma i numeri assoluti aumentano (da 66.000 a 88.000)

I ricoveri sono per lo più provocati dalle complicanze della malattia: è ormai raro che il ricovero sia dovuto a scompenso metabolico o alla necessità di correggere la iperglicemia; inoltre la degenza è in media superiore a quella di una persona non diabetica di circa 2 giornate. Ridurre i ricoveri migliora la qualità della vita della persona con diabete e nel contempo riduce i costi sanitari diretti provocati dalla malattia. La presenza di diabete o di iperglicemia nelle persone ricoverate determina un peggiore esito, un rischio aggiuntivo di morbidità, un aumento della durata e dei costi di ricovero (in media 2 giornate di degenza in più rispetto alle persone senza diabete), un aumentato rischio di complicanze, come quelle infettive, e della mortalità durante la degenza e nei primi mesi dopo la dimissione. Numerose evidenze si sono accumulate sull'associazione tra i livelli glicemici durante la degenza ospedaliera e l'esito della degenza stessa in termini di morbidità e di mortalità. Lo studio NICE-SUGAR ha interessato oltre 6000 pazienti ricoverati in ICU sia chirurgiche che mediche riportando esiti significativamente più sfavorevoli, con più elevata mortalità a 90 giorni, nei soggetti sottoposti a trattamento intensivo (target glicemico 81-108 mg/dl), rispetto a quelli mantenuti a livelli glicemici meno stringenti (inferiori a 180 mg/dl). A fronte di questi risultati, si è definito un obiettivo glicemico tra 140-180 mg%, tale da contenere le gravi iperglicemie ed evitare le gravi ipoglicemie che si possono associare a rischio di mortalità superiore rispetto ai soggetti con modesta iperglicemia.

Gestire in modo appropriato il diabete e l'iperglicemia durante il ricovero permette di contenere le giornate di degenza, migliorare la qualità della vita, aumentare l'efficacia clinica e l'efficienza economica. Per ottenere questi risultati positivi è indispensabile garantire una adeguata terapia dell'iperglicemia e delle comorbidità tipiche della malattia diabetica durante la degenza e, quando necessario, garantire la presa in carico da parte della struttura specialistica diabetologica subito dopo la dimissione (ambulatorio), sino alla stabilizzazione.

Possiamo quindi affermare che:

- ✘ la malattia diabetica è frequente in Ospedale (circa il 20%)
- ✘ è una malattia complessa che si associa ad altre patologie, in particolare quelle cardiovascolari e necessita di un lavoro interdisciplinare
- ✘ il controllo della glicemia influenza l'esito del ricovero
- ✘ i ricoveri ripetuti sono frequenti e la degenza è in media superiore di due giornate rispetto ai non diabetici
- ✘ è necessario implementare processi di cura che permettano la più rapida dimissione possibile e la presa in carico ambulatoriale

Il Percorso Diagnostico Terapeutico

Nell'ospedale che cambia, l'assistenza alla persona con diabete è *"without walls"* (senza mura), un ospedale in cui i medici operano in reparto e in ambulatorio per una parte del tempo, garantendo continuità nella cura. Vi è, quindi, un equilibrio fra attività in urgenza, dovute all'iperglicemia grave o alle complicanze del diabete, e le attività per pazienti non critici, che devono essere rapidamente dimessi e seguiti in ambulatorio. La assistenza e la "regia" della cura sarà affidata ad un internista, professionalità necessaria per affrontare la complessità della malattia diabetica, che, a sua volta, si avvarrà del team diabetologico per alcuni aspetti particolari: le innovazioni tecnologiche e farmaceutiche, l'educazione terapeutica per l'*empowerment* del paziente. Sarà un ospedale in cui i medici operano in ambulatorio per una parte del tempo, per dare continuità assistenziale e portare

la persona con diabete dalla degenza all'ambulatorio e quindi riaffidarlo al MMG con un livello di stabilità clinica necessario per evitare la comparsa o l'evoluzione delle complicanze o il ritorno in ospedale. Una importanza particolare nell'ospedale che cambia ha il team specialistico diabetologico che avrà il compito di supportare il Pronto Soccorso (filtro ai ricoveri), prendersi in carico precocemente le persone con diabete ricoverate, gestire le situazioni cliniche altamente specialistiche (10% dei casi). È quindi necessario utilizzare nuove modalità organizzative tipiche della "cronicità"; il Percorso assistenziale è la risposta, permette infatti di creare un continuum di cura e di misurare le diverse fasi del processo. Il PDT si concretizza nell'analisi dell'appropriatezza dei singoli processi erogativi e nella costruzione di un processo di cura "unico" che lega insieme tutte le fasi assistenziali; non è *tout court* "esportabile" ma, pur all'interno di un quadro di riferimento comune, esso deve essere disegnato in modo coerente con le peculiarità (potenzialità e limiti) del contesto applicativo. Per una gestione adeguata sarà necessario prendere in considerazione anche aspetti non prettamente clinici, quali il passaggio di informazioni tra i diversi servizi che il paziente attraversa nel suo iter.

Il team diabetologico

La gestione del paziente diabetico in ospedale sarà condotta efficacemente dal medico internista, mentre nei reparti non internistici, il coinvolgimento del team diabetologico (medico infermiere, dietista) è in grado di migliorare il controllo glicemico e l'esito finale riducendo i tempi di degenza (del 56% rispetto a nessuna consulenza e del 35% rispetto alla consulenza tradizionale ovvero fatta dal singolo medico).

Educazione del paziente

Educare all'autogestione della malattia diabetica in ospedale è un compito difficile e impegnativo, i pazienti ospedalizzati sono sofferenti, stressati e si trovano in un ambiente che spesso non favorisce l'apprendimento. Durante la degenza è tuttavia necessario fornire un'educazione di

base, con informazioni sufficienti a rendere il paziente in grado di non correre rischi al rientro al proprio domicilio, in particolare i diabetici che hanno iniziato il trattamento insulinico devono essere addestrati in modo da garantirne una gestione sicura in ambiente extraospedaliero e avviati, al momento della dimissione, al servizio diabetologico anche per la programmazione di un regolare follow-up. Il ruolo della terapia educativa nel paziente diabetico ospedalizzato riduce il rischio di re-ospedalizzazione. La dimissione segna il passaggio di responsabilità da una situazione nella quale il personale ospedaliero gestisce il diabete a una situazione di self-management e richiede il coordinamento tra le diverse figure professionali e non (medici, infermieri, dietista, medico di base, assistente sociale,

parenti del paziente o caregiver). Una corretta dimissione deve essere pianificata fin dall'inizio del ricovero raccogliendo precocemente informazioni su capacità cognitive, livello culturale, acuità visiva, abilità manuali, contesto socioeconomico e familiare: anche la terapia insulinica più elaborata diventa inutile se il paziente non riesce a gestirla.

L'Ospedale che cambia, quindi dovrà tener conto di questi elementi: la elevata prevalenza del diabete tra i ricoverati, il peso del controllo glicemico nell'influenzare gli esiti del ricovero, la necessità di una gestione internistica con il supporto di un team specialistico per garantire una rapida dimissione; sarà infine necessario un approccio per processo di cura (PDT) che leghi insieme tutte le fasi assistenziali e le diverse figure professionali. ●



Lecture consigliate

AMD-SID - Standard italiani per la cura del diabete mellito 2016.

Future Hospital: caring for medical patients. A report from the Future Hospital Commission to the Royal College of Physicians. London : Royal College of Physicians, 2013.

Diabetes Care in the Hospital, Nursing Home, and Skilled Nursing Facility. *Diabetes Care* 2016;38:S80-S85.

Clement S, Braithwaite SS, Magee MF, et al. Management of diabetes and hyperglycemia in hospitals. *Diabetes Care* 2004;27:553-591.

Umpierrez GE, Hellman R, Korytkowski MT, et al.; Endocrine Society. Management of hyperglycemia in hospitalized patients in non-critical care setting: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2012;97:16-38.

Moghissi ES, Korytkowski MT, DiNardo M, et al. American Association of Clinical Endocrinologists and American.

Diabetes Association consensus statement on inpatient glycaemic control. *Diabetes Care* 2009;32:1119-1131.

Giorda CB, Manicardi V. Ricoveri ospedalieri nel diabete. *Il Diabete Mellito in Italia. Il Diabete* 2004;16:388-401.

Osservatorio ARNO Diabete CINECA-SID. Il profilo assistenziale della popolazione con diabete. Rapporto 2015.

www.siditalia.it/images/Documents/NEWS/Rapporto_Arno_Diabete_2015.pdf.

Greci LS, Kailasam M, Malkani S, et al. Utility of HbA1c levels for diabetes case finding in hospitalized patients with hyperglycemia. *Diabetes Care* 2003;26:1064-1068.

Umpierrez GE, Isaacs SD, Bazargan N, et al. Hyperglycemia: an independent marker of in-hospital mortality in patients with undiagnosed diabetes. *J Clin Endocrinol Metab* 2002;87:978-982.

Pomposelli JJ, Baxter JK, III, Babineau TJ, et al. Early postoperative glucose control predicts nosocomial infection rate in diabetic patients. *J Parenter Enteral Nutr* 1998;22:77-81.

Inzucchi SE, Rosenstock J. Counterpoint: Inpatient glucose management. A premature call to arms? *Diabetes Care* 2005;28:976-979.

Vasa F. Systematic strategies for improved outcomes for the hyperglycaemic hospitalised patient with diabetes mellitus. *Am J Cardiol* 2005;96:41E-46E.

Capes SE, Hunt D, Malmberg K, et al. Stress hyperglycaemia and increased risk of death after myocardial infarction in patients with and without diabetes: a systematic overview. *Lancet* 2000;355:773-778.

Bolk J, van der PT, Cornel JH, et al. Impaired glucose metabolism predicts mortality after a myocardial infarction. *Int J Cardiol* 2001;79:207-214.

Malmberg K, Ryden L, Efendic S, et al. Randomized trial of insulin-glucose infusion followed by subcutaneous insulin treatment in diabetic patients with acute myocardial infarction (DIGAMI study): effects on mortality at 1 year. *J Am Coll Cardiol* 1995;26:57-65.

Malmberg K, Ryden L, Wedel H, et al. Intense metabolic control by means of insulin in patients with diabetes mellitus and acute myocardial infarction (DIGAMI 2): effects on mortality and morbidity. *Eur Heart J* 2005;26:650-661.

Cryer PE. Hypoglycaemia: the limiting factor in the glycaemic management of type I and type II diabetes. *Diabetologia* 2002;45:937-948.

Shilo S, Berezovsky S, Friedlander Y, Sonnenblick M. Hypoglycemia in hospitalized nondiabetic older patients. *J Am Geriatr Soc* 1998;46:978-982.

Fischer KF, Lees JA, Newman JH. Hypoglycemia in hospitalized patients: causes and outcomes. *N Engl J Med* 1986;315:1245-1250. Levatan CS, Salas JR, Willets, et al. Impact of endocrine and diabetes team consultation on hospital length of stay for patients with Diabetes. *Am J Med* 1995;99:22-28.

Koproski J, Pretto Z, Poretsky L. Effects of an intervention by a diabetes team in hospitalized patients with diabetes. *Diabetes Care* 1997;20:1553-1555.

Healy SJ, Black D, Harris C, et al. Inpatient diabetes education is associated with less frequent hospital readmission among patients with poor glycaemic control. *Diabetes Care* 2013;36:2960-2967.

Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo e salute mentale

Francesco Maria Saviotti

*Direttore del Dipartimento di Salute Mentale
e delle Dipendenze (DSMD) ASST Garda*

Nell'evoluzione del sistema socio sanitario lombardo ("Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche ai Titoli V e VIII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33-Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità"), un posto di rilievo è dato all'area della salute mentale. Significativa è l'emanazione di un'ulteriore legge regionale, la n° 15 del 29 giugno 2016, che specificamente descrive il percorso in atto, coerente con il Piano Regionale Salute Mentale: la Psichiatria di Comunità in Regione Lombardia (Regione Lombardia, 2004-2012), con le Linee di indirizzo nazionale per la salute mentale (Ministero della Salute, 2008) e con il Piano di azione nazionale per la salute mentale (Ministero della Salute, 2013).

Il principio ispiratore è iscritto nel termine stesso di "area della salute mentale": si tratta di un termine inclusivo che accoglie nella sua accezione più autentica la visione di una medicina orientata alla salute, più che al difetto patologico, come a dire che, nella malattia, drammaticamente diventiamo tutti un po' più simili, mentre nello stato di benessere ognuno recupera la sua originalità.

Ed è inclusiva anche l'apertura ad ospitare discipline e strutture di intervento diverse: la psichiatria, la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza (NPIA), la psicologia clinica, la disabilità cognitiva e, finalmente, anche i Servizi per le Dipendenze patologiche (SerD) (art. 53, comma 2).

Sul piano organizzativo, la legge 15 sottolinea il ruolo del Dipartimento che, in questo caso, viene definito di salute mentale e delle dipendenze (DSMD), così come avviene anche nell'Organizzazione Mondiale della Sanità. È data facoltà alle varie ASST lombarde di interpretare questo cambiamento a patto di promuovere un cambiamento reale del profilo dipartimentale, evitando riedizioni consuete di un modello centrato sostanzialmente sulla disciplina psichiatrica.

La salute mentale è patrimonio collettivo preziosissimo, tanto da spingere l'OMS a promuovere un famoso adagio: non c'è salute senza salute mentale. Dalla psichiatria italiana negli ultimi 60 anni e per vari motivi si sono andati separando interi settori: la psichiatria infantile, il settore dipendenze, l'intera gamma

dei problemi connessi all'insufficienza mentale e alle sindromi psico-organiche come le demenze e, infine, la psichiatria forense, divenuta appannaggio della medicina legale. Il rapporto poi con la psicologia clinica ha assunto troppo spesso il sapore di una malcelata competizione.

Ora invece, l'evoluzione del sistema socio sanitario lombardo, innescata con la legge 23 del 2015, ha generato una sfida considerevole: la logica organizzativa deve adattarsi alla realtà della persona e della sua famiglia; non sono più il servizio o l'ospedale il centro del sistema, ma a queste strutture e alle persone che le animano è chiesto uno sforzo continuo di riorganizzazione flessibile e riposizionamento. Non sono più ammesse, se mai lo fossero state prima, inefficienze derivanti da mancata integrazione a vari livelli: tra dimensioni sanitarie per forme acute e per forme croniche (queste ultime le più gravose e complesse), tra dimensioni sanitarie e sociali, tra una medicina "ospedaliera" (costosissima) e una medicina territoriale, dimenticata anche dai sistemi di tariffazione degli interventi in certi campi. **Dovrebbero rimanere pura anticaglia le diatribe diagnostiche che avvalorano le patologie "organiche" come appannaggio della vera medicina e le forme "funzionali" espressione dei casi "sociali".**

Quanti errori diagnostici, anche tragici, dietro il misconoscimento delle componenti sociali e ambientali che rilevano nelle espressioni patologiche di ogni genere! Quasi a negare l'interazione geni-ambiente che, dal premio Nobel per la medicina assegnato nel 2000 a Eric Kandel non dovrebbe più essere messa in discussione, ma se mai approfondita.

Salute mentale non equivale quindi a psichiatria, psichiatria non equivale ad una forma "sociale" di medicina e così via.

I cambiamenti in atto nella società hanno già lungamente superato la capacità di intervento delle nostre strutture: ormai è raro imbattersi in un giovane con grave sofferenza psichica che non sia al contempo assorbito dall'alienazione tossicomane o, per converso, affascinato dalla tribalità dello "sballo". Necessari, quindi, percorsi *ad hoc* per la psicopatologia giovanile (sono già attive in varie ASST le *equipe* funzionali per l'adolescenza o, come in ASST Garda, l'Area Psicossociale Giovani - APG), ma forse anche percorsi specifici per coloro che manifestano contemporaneamente sofferenza psichica e uso di alcool o altre sostanze. Il termine "doppia diagnosi" rischia, anche attualmente, di riflettere più la realtà di "doppi servizi" (psichiatria/NPIA e Dipendenze) che di attenzione alla complessità della persona. L'integrazione culturale e operativa dei SerD con la psichiatria e la NPIA è forse la sfida più consistente nella nuova organizzazione dipartimentale, ma ora ci sono le condizioni per affrontarla. L'incremento "drammatico" (come dicono gli anglosassoni) di diagnosi dello spettro autistico non sembrano derivare solo da una maggiore accuratezza diagnostica e dall'ampliamento dei criteri descritti nella nosografia. Ed è quindi finito il tempo (colpevolmente avallato da più parti) di considerare l'autismo solo una forma di disabilità psichica. Nuovi programmi sono richiesti, in grado di garantire continuità dall'età dello sviluppo all'età adulta e, nel contempo, anche una soddisfacente discriminazione diagnostica e di trattamento. **E ancora, l'attenzione alla dimensione emotiva delle donne che accolgono l'esperienza della maternità:** anche questo è uno dei vari aspetti esplicitati nella legge 15. Molte sono le aperture a nuovi orizzonti generate dalla legge 15: vale la pena ricordare i cambiamenti, meno visibili, ma con l'impatto prepotente di un ghiacciaio che si scioglie, che

consistono nell'attribuzione ai DSMD delle competenze relative ai percorsi di cura per soggetti autori di reato. Dal 2008 in poi le competenze della medicina penitenziaria sono confluite nel mandato della sanità generale e, a cascata legislativa, si è arrivati a chiudere gli ospedali psichiatrici giudiziari. Ne è derivata la nascita di REMS (residenze per l'esecuzione della misura di sicurezza) che mantengono la struttura di comunità con non più di 20 posti letto e con impostazione sanitaria e non penitenziaria.

I Dipartimenti di Salute Mentale, questo in tutta Italia, mantengono la presa in carico dei soggetti ammessi (non più "internati"!) alle REMS, ma anche di tutto il resto della popolazione coinvolta nel sistema penale. Questa sommersa rivoluzione implica aggiornamenti e sviluppo di competenze nuove e capacità di comunicare, da un lato, con la Magistratura, dall'altro con tutto il territorio affinché possano essere interpretate al meglio le funzioni di una giustizia riparatrice e non più retributiva o irenisticamente educativa. Anche in questo caso gli indirizzi legislativi lombardi, dalla legge 23 in poi, sono coerenti con altre normative regionali e nazionali miranti a valorizzare l'integrazione delle realtà territoriali per rendere le comunità locali più inclusive. I DSMD hanno la funzione di "leggere" la complessità e le ricchezze del territorio facilitando l'integrazione dei Servizi sia pubblici che privati accreditati, con gli Enti locali e le realtà del terzo e quarto settore.

Questa funzione locale dei DSMD è disegnata nel quadro programmatico di macroarea coordinato da ATS (Azienda per la Tutela della Salute) dove sono attivi da vari anni (e Brescia precorse i tempi) l'Organismo di Coordinamento per la Salute Mentale e l'Organismo di Coordinamento per la NPIA. Ogni funzione locale o di macroarea si ispira poi alle norme di indirizzo regionali dove è stato attivato il Tavolo per la salute mentale (comma 4) composto

dai rappresentanti dei soggetti di base e istituzionali con compito di monitoraggio e orientamento. In conclusione, l'attenzione che viene portata proprio in questi ultimi mesi ai progetti di presa in carico della "Cronicità e fragilità" (dgr X/6551 del 4 maggio 2017 "Riordino della rete di offerta e modalità di presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili in attuazione dell'art. 9 della legge regionale N. 33/2009") risente profondamente dell'esperienza che in psichiatria è stata sviluppata nel corso degli ultimi decenni in merito alla differenziazione dei percorsi di cura, alla strutturazione di equipe territoriali per la presa in carico multidisciplinare con un reale *case (e clinical) management*, alla centralità del territorio, alla continuità territorio-ospedale-strutture intermedie. Su questa esperienza positiva abbiamo la possibilità di aprire rapidamente nuovi percorsi di trattamento per le realtà emergenti. E di questo sentiamo la massima responsabilità. ●

Diagnostica per immagini

Roberto Maroldi

Dipartimento di Radiologia, Università di Brescia

Premessa

“L’Ospedale”, inteso quale struttura dedicata all’assistenza sanitaria, è in costante cambiamento. Nuove conoscenze, nuovi strumenti diagnostici, nuove procedure terapeutiche e nuovi farmaci contribuiscono a modificare e ridefinire diagnosi e terapia. Un’innovazione al ritmo veloce del progresso scientifico.

E nel campo di cui mi occupo, la Diagnostica per Immagini, i più importanti cambiamenti - già in atto o attesi a breve - *corrono* su tre direttrici:

- ❖ introduzione di apparecchi TC e RM ancora più veloci e con sempre miglior dettaglio spaziale. Così nella TC ci si deve attendere un’ulteriore espansione nello studio non-invasivo delle coronarie, mentre nella RM una riduzione significativa del tempo richiesto per gli studi cerebrali;
- ❖ sviluppo di *device* per “usi speciali” semplificati e portatili. Ad esempio apparecchi ecografici di elevate prestazioni, ma che possono ancor più agevolmente essere impiegati a domicilio: facilitando grandemente la possibilità di “muovere la tecnologia verso il Paziente”;
- ❖ ulteriore sviluppo tecnologico di apparecchiature di *Imaging* “ibride”, che combinano, ad esempio, le informazioni derivanti dalla Risonanza Magnetica con quelle della PET: esplorano - così - sia la struttura anatomica sia gli aspetti funzionali.

Ma gli sviluppi più innovativi sono rappresentati già oggi dall’applicazione di tecniche informatiche di analisi delle immagini sia TC, sia RM e PET. Queste tecniche estraggono informazioni non percettibili dall’occhio umano: scompongono e analizzano in modo matematico la

“tessitura” stessa dell’immagine. Ad esempio, quando applicate all’esame di immagini TC o PET di una neoplasia polmonare, permettono di analizzare la distribuzione topografica sia del mezzo di contrasto in TC sia del consumo di glucosio in PET. La presenza di una forte disomogeneità tra un’area ed un’altra della lesione, misurato da parametri quali l’entropia, è risultato promettente nel predire la risposta al trattamento. La “tessitura” riflette l’architettura funzionale (distribuzione di vasi e di attività metabolica) che caratterizza modalità efficienti o meno nella crescita delle neoplasie.

Questo tipo di informazione, combinata all’analisi di altri parametri che l’informatica permette di estrarre dalle immagini, consente di individuare quei Pazienti che, pur affetti da neoplasie che hanno la stessa istologia, rispondono diversamente alle nuove terapie immunologiche. L’individuare queste caratteristiche comuni - ovvero fenotipi che condividono *pattern* comuni - attraverso l’analisi di dati “ibernati” nelle immagini, è definita “Radiomica”. È una delle strade più promettenti della Diagnostica per Immagini per contribuire ad una medicina di precisione adatta per il singolo Paziente.

Non è, però, la sola rivoluzione che l’analisi dei *big-data* sta introducendo nella Diagnostica per Immagini. Ad esempio, in “Ospedale” stiamo sperimentando - in collaborazione con il Dipartimento di Ingegneria dell’Informazione dell’Università di Brescia - il “*deep learning*”, cioè l’addestramento di reti neurali che permettono di classificare in modo automatico il testo libero contenuto nel referto di un esame radiologico. Il sistema analizza il contenuto del testo e classifica automaticamente l’indagine radiologica come negativa o positiva, l’eventuale lesione descrittavi come

neoplastica o non, ecc.. Oltre a rappresentare uno strumento innovativo (ed automatico: non costa tempo-medico) per costruire e alimentare un *data-base* scientifico riguardante la propria attività, il sistema di *“deep learning”* permette di costruire e analizzare anche un flusso amministrativo: la percentuale di esami negativi o positivi, quante neoplasie polmonari, quanti primo-esame o *follow up* Un ulteriore - e più preciso - dettaglio nel flusso di dati *“amministrativo”*? Un altro strumento di *“monitoraggio”* dell'attività di *“produzione”* di una Radiologia? No. Esso deve essere, in prima istanza, uno strumento che permetta un'analisi più approfondita dell'attività di ogni giorno per modulare - ad esempio - agende di appuntamento *calibrate* sulle necessità dei Pazienti, altrimenti difficilmente conoscibili. Tecniche di intelligenza artificiale applicata all'organizzazione funzionale di una Radiologia aperta per oltre l'80% ai Pazienti ambulatoriali. Molto più lentamente, invece, si evolve il modello organizzativo dell'“Ospedale”. Questo è *ancora* fondato su unità operative che svolgono la loro attività per lo più separate. Solo ultimamente, l'approccio inter-disciplinare ha iniziato ad integrare o sostituire i modelli organizzativi pre-esistenti. La nuova *Lung Unit* è tra gli esempi più recenti. **Almeno in parte, nell'“Ospedale” si è avviato un processo di integrazione tra diverse competenze** (nell'ambito della chirurgia e della medicina specialistica, della diagnostica strumentale e della terapia non chirurgica). **Al centro il Paziente** al quale assicurare un percorso, pre-organizzato, di diagnosi, trattamento e *follow up* e al quale offrire opzioni per il più opportuno trattamento attraverso decisioni condivise. Va sottolineato che la maggior parte dei nuovi approcci inter-disciplinari nasce dall'iniziativa e su proposta dei Medici, non certo dal governo dell'“Ospedale”. È il mondo Medico ad aver compreso che un'organizzazione dell'“Ospedale” di stampo tayloristico non è più attuale? Ma il 2018, con l'avvio della Riforma del Sistema Sanitario Regionale, porta altre - e nuove - sfide. Quali riflessi avrà sull'“Ospedale” e, in particolare, sulla Diagnostica per Immagini l'abbandono di un

sistema sanitario centrato (solo) sull'ospedale? Non è facile rispondere oggi, nel dicembre 2017. Può essere utile, però, riflettere su alcuni punti. Uno degli elementi chiave della Riforma riguarda l'attuazione di un nuovo modello organizzativo nella tutela della salute dei pazienti con patologie croniche. In questo modello si prevedono presidi ospedalieri territoriali (POT) e presidi socio sanitari territoriali (PreSST). In entrambe le articolazioni, i presidi dovrebbero garantire l'erogazione di una diagnostica di base, comprendente anche radiologia tradizionale ed ecografie. Possiamo attenderci che l'attività svolta in queste strutture rappresenti un *“filtro”* più stretto, tale da ridurre la domanda di quelle indagini radiologiche *giustificate* oggi da difficoltà di accesso? Anche a questa domanda non è facile rispondere. È forse più importante chiedersi se l'“Ospedale” stesso - trasformato dalla LR 23 in ASST - non possa (debba?) utilizzare il proprio *know-how* per affrontare con nuove strategie, anche pro-attive, il Paziente cronico. Ad esempio, quali iniziative potrebbero essere ri-organizzate in *“pacchetti inter-disciplinari”* (visite cliniche specialistiche ed esami strumentali in un percorso pre-organizzato) per il paziente vasculopatico cronico? Con sorveglianza ecografica ad escludere la presenza di aneurisma dell'aorta addominale? E che dire di una sorveglianza ecografica che ruoti nelle tante RSA (ve ne sono 86 accreditate nella provincia di Brescia) per migliorare l'informazione in merito a elementi a volte non facili da accertare con il solo esame clinico (colelitiasi, calcolosi renale, versamento pleurico...)? A fronte delle sfide che la LR 23 aggiunge al nostro immediato futuro, nell'Ospedale che cambia (Ospedale in maiuscolo, perché ho grande rispetto per “il Civile” nel quale lavoro dal maggio 1982) quanto mi preoccupa di più è che possano venire a mancare sia una visione del futuro sia delle strategie indispensabili per affrontare i cambiamenti. Visione, strategie e programmazione che, certamente, beneficerebbero dell'apporto dell'intera comunità dei Medici bresciani, dentro e fuori dall'“Ospedale”. **“Il Civile” dovrebbe “aprirsi” ed ascoltare questa comunità.** ●

Anatomia Patologica

Fabio Facchetti

*Cattedra di Anatomia Patologica, Università degli Studi di Brescia
U.O. di Anatomia Patologica, ASST Spedali Civili di Brescia*

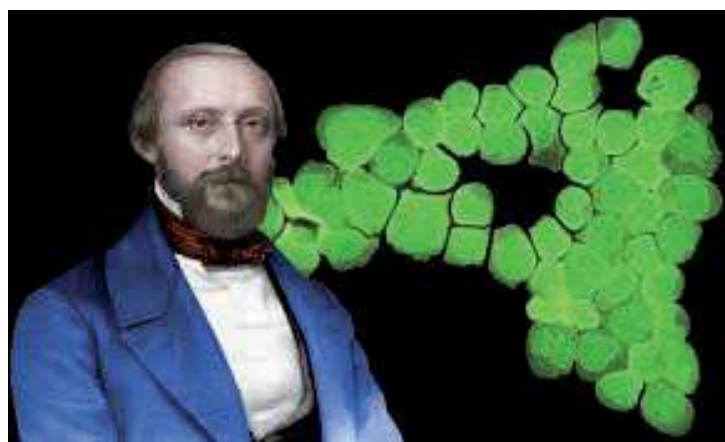
La frase attribuita a Voltaire *“L’arte medica consiste nel consolare i pazienti, ma è la Natura che guarisce le malattie”* ben riassume i limiti della medicina nel XVIII secolo. Ma nel successivo furono prorompenti l’evoluzione e la rivoluzione delle conoscenze sul funzionamento del corpo umano e sulla origine delle sue alterazioni; assumendo finalmente i caratteri di scienza sperimentale, la medicina iniziò il cammino verso l’era moderna.

L’intuizione di Rudolph Virchow (1821-1902) sulla origine “cellulare” delle malattie nacque da scrupolose osservazioni al microscopio ottico di campioni tissutali; il suo testo più famoso, pubblicato nel 1858 (*La Patologia Cellulare basata sull’Istologia Normale e Patologica*), rivoluzionò il pensiero scientifico in campo medico. Agli studenti Virchow raccomandava di pensare *“microscopicamente”* e il microscopio divenne strumento fondamentale nella ricerca in medicina. Virchow aveva così fondato una nuova disciplina, l’Anatomia Patologica, che nei primi decenni del XX secolo si diffuse negli ospedali e nelle università europee e statunitensi, diventando una distinta branca della medicina diagnostica.

Lo studio microscopico di cellule e tessuti colorati con tecniche anche molto semplici (la più nota, ematossilina ed eosina, un colorante blu e uno rosso) ha contribuito a definire malattie

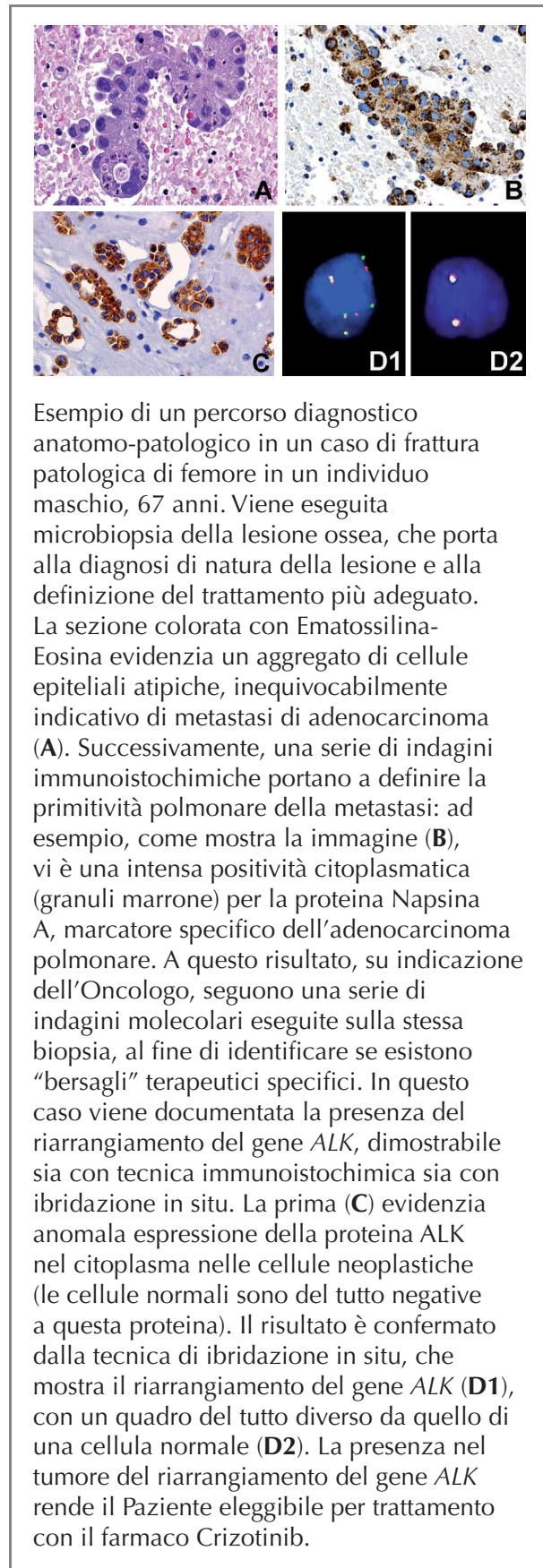
degenerative, metaboliche, infiammatorie e neoplastiche e rappresenta ancora oggi lo strumento base della diagnosi anatomicopatologica. Dagli anni ’80 il Patologo si poté avvalere di una procedura in grado di identificare la presenza e la localizzazione a livello cellulare di molecole altrimenti non visibili utilizzando i metodi tradizionali. Questo formidabile metodo, l’immunoistochimica, grazie alle sue innumerevoli applicazioni è oggi diffusamente utilizzato in tutti i laboratori di Anatomia Patologica; esso ha contribuito a migliorare sensibilmente la precisione diagnostica specie in campo oncologico; ne ha fatto le spese il microscopio elettronico, non più usato nello studio dei tumori.

Negli anni più recenti l’Anatomia Patologica è entrata nell’era molecolare.



Rudolf Virchow (1821-1902)

La patologia molecolare ha perfezionato la diagnosi e il riconoscimento di alcune neoplasie caratterizzate da specifiche e distintive anomalie genetiche, facilmente identificabili mediante tecniche di ibridazione in situ o di sequenziamento di acidi nucleici estratti dai campioni citologici o istologici. La disponibilità in ambito anatomico-patologico di diversi strumenti di analisi è coincisa con l'evoluzione e il perfezionamento delle classificazioni delle neoplasie e con la nascita della cosiddetta "medicina di precisione o personalizzata". I Linfomi ne sono esempio paradigmatico. All'inizio degli anni '60 se ne riconoscevano solo quattro tipi: Linfosarcoma, Sarcoma a cellule reticolari, Linfoma gigantomfollicolare e Malattia di Hodgkin. Queste poche categorie si rivelarono assolutamente insufficienti a spiegare l'ampio spettro di presentazione e di evoluzione clinica delle neoplasie ematologiche. Seguirono quindi negli anni diverse proposte classificative, talora in contrasto fra loro, che nel 2001 finalmente confluirono in una sola, condivisa a livello internazionale e coordinata dalla Organizzazione Mondiale della Sanità. Nel 2008 e nel 2017 questa classificazione è stata aggiornata. Essa definisce i criteri morfologici, fenotipici, molecolari e clinico-strumentali necessari a riconoscere circa sessanta distinti tipi di linfoma. Dare un preciso nome e cognome ad una neoplasia linfoide non rappresenta un mero e disperante esercizio linneiano, ma un processo fondamentale per l'inquadramento prognostico e terapeutico del Paziente. Non ultimo, è strumento basilare per impostare correttamente *trials* clinici e renderli fra loro confrontabili. Il concetto di "medicina personalizzata", di cui oggi spesso si discute, trova nello studio anatomico-patologico dei tumori un'esemplare illustrazione. Il carcinoma della mammella rappresenta la prima neoplasia nella quale l'identificazione di "bersagli" terapeutici da parte del Patologo ha condizionato l'uso di specifici farmaci. Sul tessuto neoplastico





mammario il Patologo valuta l'espressione di recettori ormonali estrogenici e di un fattore di crescita tumorale, HER2, la cui presenza è prerequisito per l'utilizzo di terapie che antagonizzano selettivamente queste molecole. Il numero di farmaci anti-tumoralmente che agiscono con meccanismi "bersaglio" ("target therapy") si sta progressivamente ampliando. Non sono irrilevanti i costi di queste terapie e in alcuni casi anche gli effetti collaterali avversi, confermando che *"La medicina un tempo era semplice, poco efficace, ma relativamente sicura. Ora è complessa, efficace e potenzialmente pericolosa"* (Chantler C., *Lancet* 1999; 353:1178). Basata sul principio di inibire la crescita neoplastica agendo su una specifica molecola o modificando gli effetti di una particolare mutazione genica, perché la terapia "target" sia efficace (e di conseguenza somministrabile) è rigorosamente necessario che *quella* molecola o *quella* mutazione siano presenti in *quel* particolare tumore. Compito del Patologo è cercare queste alterazioni, che grazie agli strumenti di ultima generazione può identificare con elevata sensibilità anche su piccoli prelievi tissutali o su campioni citologici. E il tempo prossimo venturo ci dirà quanto la cosiddetta "biopsia liquida" cambierà l'approccio alla diagnosi e alla caratterizzazione dei tumori, data la sua capacità di individuare nel sangue periferico la

presenza di mutazioni in poche molecole di DNA tumorale circolante.

Oggi l'Anatomo-Patologo è definitivamente uscito dall'isolamento nel quale l'immaginario collettivo, ahimè anche medico, lo ha spesso relegato, la sala settoria. L'interazione con le altre discipline diagnostiche e cliniche è divenuta parte integrante della sua attività e le conferenze clinico-patologiche e i gruppi multidisciplinari (vedasi ad esempio la "breast unit") hanno radicalmente modificato il suo modo di agire e di interagire. Ad esempio, non è più il tempo di referti anatomo-patologici descrittivi redatti con lessico per iniziati, ma di protocolli schematici, contenenti dati precisi e comprensibili, dettati da linee guida. È facile immaginare che il livello di precisione diagnostica richiesto porterà a una progressiva sub-specializzazione del Patologo, in analogia a quanto avviene nelle altre specialità. Là dove questo non sarà possibile, la patologia digitale potrà in parte supplire, facilitando la consulenza a distanza.

"Di tutte le discipline cliniche, l'Anatomia-Patologica è quella che più direttamente riflette la demistificazione del corpo umano e che ha reso la medicina così efficace e così umana" (Tallis R., *Hippocratic Oaths: medicine and its discontents*. London, Atlantic Books, 2004). I Patologi oggi si chiedono se questa efficacia sarà anche in futuro prevalentemente basata sulla morfologia, oppure se la patologia molecolare prenderà il sopravvento. Domande importanti nella programmazione dei laboratori e, non ultimo, della formazione dei giovani. Potrebbe non essere necessario molto tempo per avere risposte. ●

Cure Sub Acute: ponte tra ospedale e territorio

Andrea Caldonazzo

Responsabile Unità cure Sub Acute ASST del Garda

Perchè nasce l'organizzazione delle attività di Cure Sub Acute

L'invecchiamento della popolazione italiana degli ultimi decenni ha comportato un aumento significativo di persone affette da patologie croniche (malattie cardio-vascolari, demenza, diabete, BPCO), che incidono fortemente sulle condizioni di disabilità e fragilità dell'anziano.

Ciò ha comportato una situazione di difficoltà nell'assistenza alla persona non autosufficiente al momento della dimissione ospedaliera: la necessità di contenere i giorni di degenza, la complessità del soggetto, che passata la fase dell'acuzie, si trova in condizioni di fragilità, le famiglie che difficilmente sono in grado di riaccogliere e curare una persona anziana che ha perso la propria autonomia: tutto ciò ha portato il Sistema Sanitario a ricercare risposte appropriate per trovare soluzione a questo grave problema. Regione Lombardia ha cercato di affrontare la questione con l'organizzazione delle attività di Cure Sub Acute nate con la deliberazione del marzo 2011.

Quali le caratteristiche di tale tipologia di assistenza sanitaria?

Recita la delibera: si tratta di una presa in carico, che avviene in un contesto di ricovero protetto, di pazienti affetti da postumi di un evento acuto o da scompenso clinicamente

non complesso di una patologia cronica. È quindi un trattamento finalizzato ad ottenere specifici obiettivi sanitari, erogato senza soluzione di continuo dopo un ricovero acuto o in alternativa allo stesso, per trattare uno o più problemi clinici in fase attiva relativi a pazienti prevalentemente anziani ed affetti da patologie croniche.

Tale trattamento viene erogato sulla base di una valutazione multidimensionale con la predisposizione di un piano di assistenza individuale strutturato, che comprende una valutazione clinica all'ingresso, che definisce durata, terapie, trattamenti ed individua i risultati attesi.

È orientato al recupero dell'indipendenza ed al rientro dei pazienti al loro domicilio.

A) Criteri di arruolamento:

1. Il paziente non richiede le cure di un ospedale per acuti ma necessita ancora di assistenza qualificata e di terapie di media complessità
2. Il paziente ha delle necessità mediche più complesse di quelle che potrebbero essere gestite al domicilio
3. Anche se clinicamente stabile il paziente richiede ancora delle procedure diagnostiche o terapeutiche che non devono essere necessariamente eseguite in un ospedale per acuti
4. Il paziente ha in corso un preciso programma terapeutico

B) Le condizioni cliniche del paziente richiedono:

1. Coordinamento medico infermieristico continuo
2. Sulla base delle necessità dei pazienti, l'eventuale supporto di servizi intermedi quali il laboratorio analisi e la radiodiagnostica
3. Un approccio multiprofessionale e multidisciplinare fortemente orientato al risultato

L'impiego dei servizi per le cure subacute è indirizzato quindi:

- ☞ a pazienti, prevalentemente anziani, dimissibili dall'ospedale ma non in condizioni di poter essere adeguatamente assistiti al proprio domicilio per la complessità del quadro clinico. In questo modo si riduce la durata della degenza, e si assicura al paziente l'assistenza in un ambiente protetto, per il periodo necessario
- ☞ a pazienti, prevalentemente anziani e/o cronici caratterizzati da una tendenza all'instabilità clinica, che vengono segnalati dal medico curante in quanto le possibilità di assistenza domiciliare non offrono garanzie sufficienti in relazione alla situazione clinica del paziente ma che possono essere risolte con modalità diverse dal ricovero ospedaliero.

Brescia

Attualmente in provincia di Brescia sono attive le seguenti UO di Cure Sub Acute: ASST Spedali Civili con ubicazione nel presidio di Montichiari, ASST Franciacorta presso il presidio di Orzinuovi, ASST Garda, presso il Centro Cure Il Gabbiano di Pontevedo, ASST Vallecamonica presso l'Ospedale di Esine, Fondazione Don Gnocchi a Rovato, Villa Gemma a Gardone Riviera, Poliambulanza di Brescia. Ed ora alcune informazioni relative alla struttura Cure Sub Acute dove lavoro da 5 anni: abbiamo iniziato questa nuova attività dal 01/03/2012 con l'attivazione di 15 posti letto, Il personale della UCSA di Pontevedo è costituito da una equipe medico-

infermieristico-assistenziale così composta: un medico, 1 coordinatore infermieristico, 5 infermieri (IP), 5 operatori socio-sanitari (OSS), 1 fisioterapista. Il medico è presente dal lunedì al venerdì, sabato e festivi in base alle necessità di reparto. Durante le ore di assenza del medico è prevista la pronta disponibilità di un medico dell'Ospedale di Manerbio che se chiamato può dare indicazioni, eventualmente recandosi sul posto per valutare l'assistito o disporre il ritorno in urgenza in Ospedale. È garantita la presenza continua di un infermiere e di un OSS.

Per quanto riguarda il trasferimento in UCSA, la valutazione dell'appropriatezza del ricovero deriva sia dalla necessità di prosecuzione delle cure iniziate durante il ricovero in Ospedale per acuti, sia definendo una scala definita Indice di Intensità Assistenziale, che prende in considerazione: la severità della dipendenza funzionale, la necessità di assistenza del malato, il bisogno di cura infermieristica e di trattamenti (terapia endovenosa, medicazione delle lesioni o ferite).

La scala considera in gravità crescente (da 1 a 4) i seguenti 12 items: funzione cardiaca, respirazione, medicazioni, alimentazione ed idratazione, eliminazione urinaria ed intestinale, igiene ed abbigliamento, movimento, riposo e sonno, interazione nella comunicazione, ambiente sicuro/situazione sociale, terapie, altri bisogni clinici.

In base alla maggiore gravità complessiva degli item, l'indice identifica un bisogno di assistenza con un punteggio da 1 (basso bisogno) a 4 (bisogno severo).

La Regione Lombardia identifica l'appropriatezza del ricovero presso il reparto Sub Acuti di pazienti che presentano un indice di intensità assistenziale di 2 (bisogno di grado moderato) o 3 (bisogno moderato-severo), cui corrisponde una diversa quota di rimborso per giornata di degenza: 150 euro/die per la dipendenza moderata, 190 euro/die per quella moderata-severa. Nella nostra struttura vengono accolti assistiti provenienti prevalentemente dalle

U.O. dell'Ospedale di Manerbio, ma anche da altri Ospedali o dal territorio previo contatto diretto tra il medico di medicina generale ed il medico di reparto. L'arruolamento avviene in genere tramite segnalazione del reparto al Centro Servizio dell'Ospedale di Manerbio che provvede ad una prima valutazione del caso, avviando preliminarmente un colloquio coi familiari per individuare problematiche assistenziali e/o sociali dopo il ricovero e dando indicazione per eventuali domande per ammissione in RSA; la persona segnalata viene poi valutata dal medico responsabile della struttura che valuta la idoneità al ricovero.

Tale struttura assicura un ulteriore periodo di osservazione clinica avendo come scopo da un lato stabilizzare ulteriormente la patologia che ha portato al ricovero presso l'Ospedale per acuti (prosecuzione di terapie antibiotiche ev, migliorare il compenso metabolico e/o emodinamico) dall'altro monitorare l'apporto nutrizionale tramite utilizzo di scale validate (*mini nutritional assesment*) e se necessario con diario alimentare e menù rinforzato, prevedendo anche l'utilizzo di integratori alimentari e favorire la ripresa funzionale attraverso l'esecuzione di un programma fisioterapico con l'obiettivo di far recuperare i livelli di autonomia preesistenti al ricovero.

Durante la degenza viene settimanalmente monitorato l'assistito con una serie di scale di valutazione di tipo infermieristico (Conley, Braden, Barthel) e di tipo fisioterapico (Tinetti) per verificare l'andamento del programma di recupero, al fine di predisporre un'eventuale dimissione protetta (ADI, assistente alla persona a domicilio, RSA, sollievo, cure palliative) da concordare con il Centro Servizi di Manerbio.

Al momento della dimissione viene consegnato un cartellino di dimissione (medico ed infermieristico) in cui si riporta l'andamento del ricovero, i risultati conseguiti relativamente alla patologia, alla alimentazione e al livello di autonomia raggiunto, con le indicazioni terapeutiche e l'eventuale *follow up* consigliato.

Conclusioni

Alcune considerazioni conclusive relative al ruolo che tale tipologia di struttura riveste nel panorama sanitario regionale: al di là della discussione in atto se considerare tali strutture appartenenti all'organizzazione ospedaliera o territoriale, ritengo che le cure sub acute rappresentino comunque una indispensabile soluzione di continuità con l'ospedale per acuti nel percorso diagnostico (completamento di esami ematici e/o strumentali), terapeutico (stabilizzazione clinica, ripresa funzionale, riconciliazione terapeutica) ed assistenziale del paziente anziano, certamente tenendo conto dei criteri ben definiti per l'accesso, oltre a rappresentare, stante l'attuale esiguo numero di posti letto per acuti e la cronica necessità di appoggi in altri reparti per ovviare alle continue richieste di ricovero da parte dei pronti soccorsi, uno sbocco per facilitare il rapido trasferimento di assistiti una volta stabilizzati o in attesa di ingresso in strutture. Riveste, inoltre, un ruolo importante di supporto alle famiglie di assistiti così fragili, con la possibilità di procedere all'educazione sanitaria dell'assistito, del suo *care giver* (familiare, badante) per quanto concerne la conoscenza/gestione della malattia (controllo glicemico, peso corporeo, somministrazione di terapia, assistenza alla persona, mobilitazione corretta) pur nella consapevolezza che spesso tali pazienti dopo poco tempo tendono a riacutizzare le loro molteplici patologie e devono essere nuovamente ricoverati in ospedale per acuti. Un possibile ulteriore ruolo potrebbe venire dalla individuazione di una figura professionale appartenente alla struttura come case manager in grado di poter essere contattato per le prime settimane dopo la dimissione al fine di verificare se l'organizzazione domiciliare proposta è adeguata. Un'ultima considerazione, ma non meno importante, merita a mio parere il fatto che in tale struttura il medico, l'infermiere, l'OSS, la fisioterapista hanno il tempo di stare a parlare con il malato e con i familiari, ascoltando le loro storie e cercando di dare quella parola di conforto e di supporto che è una medicina altrettanto valida per "guarire" il malato. ●

Percorsi di riabilitazione

Emanuela Facchi

Direttore U.O.C.

Medicina Riabilitativa Specialistica

Riabilitazione Generale Geriatrica

Fondazione Richiedei

Cenni storici

Centralità della persona e visione olistica della stessa sono le matrici culturali proprie della riabilitazione.

Questi due capisaldi mutuano dalla cultura umanistica (l'uomo, qualunque uomo, è titolare di diritti inalienabili: Centralità della persona) e antiriduzionistica (l'uomo non va ridotto a una somma di organi ed apparati, ma è un insieme inscindibile, persona Unica: Visione olistica), sviluppatesi all'inizio del secolo scorso.

Le due guerre mondiali con il conseguente ritorno a casa di tanti feriti con disabilità complesse e l'epidemia di Poliomielite Anteriore Acuta con conseguenti disabilità non emendabili determinarono la necessità di sviluppare la riabilitazione.

All'inizio degli anni '50 negli USA nasce la Specialità "Medico-Specialistica autonoma in Medicina Fisica e Riabilitazione" che giunge in Europa negli anni successivi e trova terreno fertile in Francia, Belgio, Olanda, Italia e Spagna.

Inizialmente la riabilitazione fu solo ambulatoriale e i pochi fisiatristi che operavano in regime convenzionato erano presenti solo nelle grandi città.

La legge di riforma ospedaliera, Riforma Mariotti (n. 128 del 27 marzo 1969), istituì il Servizio di Recupero e Rieducazione Funzionale, come servizio centralizzato dell'ospedale.

L'art. 20 così recitava "il Servizio di

Recupero e Rieducazione Funzionale, unico per tutte le necessità dell'ospedale, è istituito su indicazione del piano regionale ospedaliero per gli ospedali regionali, per gli ospedali specializzati ortopedico-traumatologici, geriatrici e per gli ospedali di Riabilitazione Funzionale... il personale sanitario addetto al Servizio è costituito da terapisti della riabilitazione in numero tale da soddisfare le necessità delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali".

L'art. 24 definiva "I terapisti della riabilitazione sono alle dirette dipendenze dei sanitari del rispettivo servizio. Le loro attribuzioni si riferiscono alla riabilitazione dei minorati fisici e psichici, con particolare riguardo ai minorati per lesioni organiche del sistema nervoso ed osteo-mio-articolare, e di quelli affetti da disturbi organici, suscettibili di recupero funzionale e sociale mediante terapie fisiche, kinesiterapiche, occupazionali e di ortottica".

La Riforma Mariotti favorì la nascita di tante realtà ospedaliere, con rapida crescita, numerica e culturale dei medici che si dedicavano alla disciplina e che divenivano anche formatori del personale della riabilitazione.

Il 14 luglio 1973 compare nella G.U. della Repubblica un nomenclatore degli atti della disciplina che vede riconosciuta per la prima volta la "visita fisiatrica".

La SIMFER, Società Italiana Medicina Fisica e Riabilitazione, tra la fine degli anni '70

e l'inizio degli anni '80, getta le basi della Medicina Riabilitativa.

Lo slogan che il professor Luigi Caldana, in quegli anni, diceva spesso era "dobbiamo prenderci in carico i pazienti che nessuno vuole", intendendo i midollari, i traumatizzati cranici, i neurolesi e coloro con patologie infantili disabilitanti.

L'obiettivo era il superamento del Servizio Centralizzato e la conquista di letti propri; la spinta al superamento della distinzione tra sanitario e sociale a favore di un unico progetto riabilitativo mirante direttamente all'autonomia e all'inserimento della persona disabile (ancora oggi non sempre possibile).

Negli anni '80 vengono creati reparti ospedalieri di Riabilitazione ma solo con le Linee Guida Ministeriali pubblicate sulla G.U. della Repubblica Italiana il 30 maggio 1998 viene definita l'operatività in riabilitazione.

Le Linee Guida Ministeriali furono il documento prodotto dalla Commissione di Studio della SIMFER, costituita su iniziativa del Ministero della Sanità.

I principi, globalmente condivisi, sono:

- 1. Centralità della persona** disabile e della sua famiglia. Entrambe divengono soggetti attivi nel team riabilitativo.
- Il paziente necessita di un **approccio globale** ed è inteso come unità bio-psico-sociale. L'intervento posto in essere si connota come un processo di soluzione di problemi. Ciò è dovuto alla consapevolezza che il modello bio-medico (caratterizzante la pratica clinica dall'800 ad oggi) non considera quei fattori esterni (socio-ambientali, culturali, economici, etc..) che condizionano l'esito qualunque esso sia.
- Il passaggio da un modello orientato a erogare prestazioni a uno finalizzato su **outcome determinati**, ben definiti e misurabili. Ciò ha determinato il superamento di una visione "fideista" delle varie tecniche e dei diversi metodi che condizionavano l'organizzazione e l'operatività clinica, ponendo come punto centrale la persona disabile e i suoi bisogni di autonomia.

- 4. Il lavoro di gruppo** e in gruppo è la modalità di operare in riabilitazione. Il team è interprofessionale e opera secondo un modello integrato e coordinato per il raggiungimento di un *outcome* globale. Il team, coordinato dal medico fisiatra, formula il Progetto Riabilitativo Individuale che viene poi declinato in programmi riabilitativi specifici per ogni area.

Le Linee Guida del 1998 hanno consentito lo sviluppo della riabilitazione in Italia. La rilevazione fatta dal Ministero della Salute nel 2010, e riportata nel Piano di indirizzo della Riabilitazione (quaderno del Ministero della Salute n.8 del marzo 2011), documento redatto dai membri della SIMFER su incarico ministeriale, sulle attività riabilitative nel territorio nazionale ha evidenziato che tutte le Regioni avevano recepito le L.G. del 1998, pur con tempistica differente, e le avevano inserite nei propri piani sanitari.

Purtroppo è mancato uno sforzo comune di standardizzazione tassonomica con conseguente molteplicità di denominazione per strutture riabilitative eroganti uguali attività, oppure a un'unica denominazione per strutture che erogano attività diverse.

Le fasi dell'intervento riabilitativo sono:

- ✗ Riabilitazione intensiva (Riabilitazione Specialistica, Riabilitazione di II livello)
- ✗ Riabilitazione intensiva ad alta specializzazione (Unità Spinali, Unità per Gravi Cerebrolesioni, Unità Gravi Disabilità Età Evolutiva, Unità Turbe Neuropsicologiche Acquisite)
- ✗ Riabilitazione Estensiva (Riabilitazione Generale Geriatrica, Lungodegenza)

Vengono svolte in regime di:

- ✗ Assistenza ospedaliera in ricovero ordinario e diurno
- ✗ Day service
- ✗ Assistenza extraospedaliera a carattere residenziale a ciclo continuativo, semiresidenziale e diurno
- ✗ Assistenza ambulatoriale
- ✗ Assistenza domiciliare

Tutte le regioni (tranne la Valle d'Aosta) hanno attivato la Riabilitazione intensiva ed in alcune sono funzionanti le Unità di Riabilitazione Intensiva ad alta Specializzazione con strutture dedicate. Purtroppo **non si è ancora giunti a una omogeneizzazione delle risposte assistenziali e dei percorsi in riabilitazione**. La continuità assistenziale è perseguita, ma non sempre ottenuta per mancanza dell'adeguata concatenazione degli interventi e della precoce presa in carico globale della persona.

La crescita culturale della riabilitazione

Dal punto di vista culturale vi è omogeneità tutti identificano il Progetto Riabilitativo individuale come il punto di partenza per la definizione del percorso unico del paziente e il dipartimento riabilitativo come il modello organizzativo che unifica e coordina le diverse modalità erogative dell'intervento riabilitativo.

La crescita culturale, professionale e scientifica della riabilitazione, specialità giovane nel panorama della medicina, è stata importante e significativa.

Nel secondo decennio del XXI secolo le evidenze scientifiche ci dicono che la presa in carico globale deve essere tempestiva, appropriata ed espletata in un'ottica di tutela e benessere della persona. La persona con disabilità e limitazione della partecipazione non è più un "malato", ma una "persona avente diritti" (Conferenza di Madrid 2002- Anno Europeo della Persona con Disabilità).

Alla persona con disabilità deve essere proposto un Percorso Riabilitativo Unico Integrato nei vari *settings* terapeutici della rete riabilitativa mediante l'attuazione di uno specifico Progetto Riabilitativo Individuale, con i suoi programmi riabilitativi, che applichi i concetti di appropriatezza prescrittiva ed erogativa. Il responsabile del processo decisionale è il medico specialista in riabilitazione (responsabile clinico del paziente), che nella redazione del PRI deve considerare



la prognosi funzionale, il margine di modificabilità della disabilità, il grado di stabilità clinica del paziente e la partecipazione dello stesso al programma.

Il medico fisiatra, con il team riabilitativo, garantisce un flusso costante di informazioni alla persona con disabilità, alla famiglia, al Medico di Medicina Generale, al Pediatra di Libera Scelta e ai caregivers coinvolgendo tutti.

Il modello riabilitativo, caratterizzato dal Percorso Riabilitativo Unico, diventa, oggi, uno strumento virtuoso per la gestione a lungo termine della persona con problemi di ordine sanitario/assistenziale; problema che il SSN deve governare.

La vera differenza, nella gestione del paziente cronico, è determinata dal superamento dell'approccio "per patologia" e dell'organizzazione delle cure per "specialità d'organo" che porterebbero ad una frammentazione di interventi con la perdita della necessaria continuità della presa in carico. Per quanto riguarda le funzioni croniche disabilitanti, l'integrazione andrebbe correttamente strutturata intorno alla problematica della limitazione del funzionamento. Tale visione, "centrata sulla persona, può costituire uno strumento di "empowerment" per la persona in condizioni di cronicità/disabilità. I principi di fondo della Medicina Fisica e Riabilitativa e le competenze che oggi sono proprie della riabilitazione sono pienamente rispondenti a questa visione. ●

Spedali Civili di Brescia, un'esperienza di vita e di cultura

Paolo D'Adda

Quando, alla fine degli anni '60, iniziò la mia vita professionale di medico internista, gli Spedali Civili di Brescia erano una sede ambita, perché vi operavano medici di fama, le cure riconosciute eccellenti e all'avanguardia per quei tempi. Era l'ospedale della tua città, che cresceva anche per le risorse economiche aggiuntive dei lasciti dei tanti benefattori locali.

Quando dopo due anni di volontariato divenni assistente, le tre cosiddette divisioni di medicina disponevano di almeno 120 posti letto ciascuna con i malati distribuiti in grandi stanzoni, luminosi per le ampie vetrate.

I servizi alle persone erano precari per l'affollamento, tuttavia minuziosa la pulizia, personale medico ridotto ma ritenuto adeguato. Il medico neoassunto era presto responsabilizzato e reso autonomo nell'attività clinica.

I medici più anziani con grande disponibilità e pazienza ci insegnavano, prendendoci letteralmente per mano, come eseguire toracentesi, paracentesi, rachicentesi, cateterismi vescicali, a leggere elettrocardiogrammi e a interpretare gli esami di laboratorio.

Il loro esempio ci fu poi di guida per trasmettere ad altri futuri medici quanto d'insegnamento a noi era stato dato. Nell'attesa della nascita delle specialità strutturate e autonome le medicine erano, e rimarranno per anni, grandi contenitori

di plurime attività assistenziali nelle diverse articolazioni delle patologie non chirurgiche. Afferivano al ricovero pazienti con malattie acute o croniche con complicanze gravi, con infarto miocardico, scompenso cardiaco intrattabile, cirrosi epatica con encefalopatia, enormi asciti ed emorragie gastroesofagee devastanti, malattie endocrine e metaboliche, nefropatie in fase di insufficienza renale evoluta, malattie ematologiche, compreso leucemie acute e croniche, malattie polmonari con insufficienza respiratoria. La prognosi spesso era infausta, la mortalità elevata. Vi era insomma un'umanità dolente che richiedeva un'assistenza impegnativa con le risorse terapeutiche allora disponibili. Il processo diagnostico si fondava sul pilastro saldo dell'applicazione della metodologia clinica: l'anamnesi accurata, la visita minuziosa del corpo del malato con i criteri della semeiotica classica, usando tatto, udito, vista, olfatto. Il fonendoscopio era il nostro strumento più semplice e il più usato. I mezzi diagnostici erano allora la radiologia tradizionale, gli esami di laboratorio disponibili (pochi), l'elettrocardiogramma, il microscopio, i referti istologici. Fu di utilità disporre di un laboratorio di reparto dove in tempo reale si avevano i risultati di esami semplici (glicemia, urea, emocromo, esame urine). Ricordo la responsabile, una piccola suora, che insegnava a noi la lettura di strisci di sangue periferico e di midollo. Già allora si venivano radicanando interesse, competenze



Riunione di reparto di prima medicina, Spedali Civili, 1971

e ricerca per patologie specifiche di organi e apparati nel campo ematologico, gastroenterologico, epatologico, cardiovascolare, endocrinologico, metabolico.

Tale fermento culturale cresceva poi negli anni successivi per il rapido sviluppo della ricerca in campo medico, della tecnologia dei mezzi diagnostici, della farmacologia clinica e della biochimica medica.

Nascevano nel tempo e si strutturavano le unità specialistiche: la nefrologia, la cardiologia col reparto di cure intensive, la cardiocirurgia, l'endoscopia digestiva, l'oncologia, la rianimazione, il servizio di medicina nucleare fra i primi in Italia e quello di immunologia.

Il prestigioso istituto del radio si dotava di nuovi e più sofisticati ed efficaci mezzi di cura. Si sviluppò l'ecografia internistica con le innovative tecniche di prelievo biotipico, lo studio della fisiopatologia digestiva, applicata alle esigenze clinico- diagnostiche, per merito singolare e riconosciuto. L'arrivo e il completamento della facoltà di medicina dell'Università di Brescia trovarono quindi un terreno fertile.

Alcuni medici primari e secondari ospedalieri furono cooptati dall'Università. Altri si resero disponibili per la didattica, tenendo lezioni agli studenti,

agli specializzandi, seguendoli anche nelle esercitazioni pratiche.

L'Università determinò un'ulteriore crescita della diagnostica, dell'innovazione terapeutica, di tecniche chirurgiche avanzate. Fu così possibile realizzare il trapianto di rene, che evidenziò la preparazione professionale dell'equipe chirurgica ma anche la capacità tecnologica pluridisciplinare e l'assetto organizzativo. Gli studi della malattia ipertensiva e delle complicanze d'organo, per merito di una guida saggia e colta, tuttora ricordata, e dei suoi collaboratori, raggiunsero risultati di eccellenza apprezzati anche da prestigiose scuole medico-scientifiche internazionali. S'intensificarono gli scambi culturali sovranazionali con partecipazione ai grandi trials clinici e si pose attenzione alla valorizzazione di giovani medici ricercatori. Quando, dopo circa trent'anni, lasciai la struttura per altre responsabilità, l'Ospedale aveva raggiunto livelli di eccellenza ed era in continuo progresso.

Furono anni d'impegno per il cambiamento, anche per superare inevitabili problemi e difficoltà. I risultati positivi si realizzarono per merito della cooperazione e abnegazione di tanti medici e infermieri, delle suore Ancelle della Carità, di altri operatori, a cui va un ricordo riconoscente. ●

Assemblea Annuale

Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Brescia

3 dicembre 2017

Relazione del Presidente Ottavio Di Stefano

Quest'anno i medici e gli odontoiatri bresciani si ritrovano, dopo l'aprile scorso, una seconda volta in assemblea. Questa evenienza particolare si è determinata per una scelta di trasparenza: presentare alla vostra valutazione il bilancio preventivo dell'Ordine per il 2018 entro il 31 dicembre dell'anno in corso, evitando, se pur previsto dalle norme, l'esercizio provvisorio. La "brava" tesoriera dr.ssa Graziella Jacono lo illustrerà con la consueta chiarezza.

Al di là degli obblighi istituzionali, come sempre nelle nostre assemblee, oggi è il giorno dell'incontro, o meglio del ritrovarsi, della comunità medica bresciana. Occasione di relazione fra giovani e meno giovani. Le dottoresse e i dottori che si apprestano a giurare sul testo ippocratico devono intendere questo momento, giustamente, come riconoscimento di tanto lavoro e di tanto sacrificio degli anni di studio e di frequenza nelle corsie e negli ambulatori. La nostra, come tante, è una professione di valore e di prestigio. Valore e prestigio che qui oggi voi vi impegnate a perseguire giurando di seguire le norme del Codice Deontologico. Non è quindi solo un atto

formale, ma come ho detto tante volte, un impegno alto, civile, costituzionale. Impegno che si basa su una regola granitica: prendersi cura delle donne e degli uomini che incontrerete nella professione con la sola unica, esclusiva, motivazione di restituire qualità ad una vita sconvolta, a volte spezzata, dalla malattia. Si dice, con una frase antica, "*restitutio ad integrum*" quando la medicina porta alla guarigione. Questa è una evenienza sempre più frequente grazie alla rivoluzione tecnologica che ci permette di curare, oggi l'impensabile, rispetto a pochi anni fa. E molti di noi, meno giovani, ancora si stupiscono di come una vita professionale, effimera per durata in relazione alla storia



della scienza, ci abbia riservato magnifiche possibilità di cura.

Diceva Anton Cechov *“Perfino essere malato è piacevole quando sai che ci sono persone che aspettano la tua guarigione come una festa”*.

Ma noi, testimoni di questo mutamento epocale, e voi che avete provato il carico di uno studio, veramente gravoso, di tante nuove conoscenze, noi tutti, non dobbiamo, neanche per un attimo, scendere nel trionfalismo.

Il nostro lavoro, ci crediate o meno, non trova la sua massima espressione nella legittima e meritata soddisfazione con cui ci gratifica chi non soffre più. Il senso vero del “fare il dottore” è prendersi cura del malato quando la malattia ha vinto.

“Puoi «guarire» anche quando non puoi curare con quel semplice atto umano di essere al capezzale - la tua presenza. Che tu possa scoprire come generazioni prima di te, la grande felicità e soddisfazione della pratica della medicina, nonostante tutto”
(Abraham Verghese Stanford University Medical School)

Nel nostro tempo, che è quello dei *big data*, dell'intelligenza artificiale, della *precision medicine*, questo succede ancora e spesso. I quasi giovani, che oggi riceveranno un riconoscimento, del tutto simbolico - sia chiaro -, per il loro impegno professionale di tanti anni, sono i migliori testimoni di

quanto la vicinanza relazionale associata alla competenza possano...

“creare un clima, in cui pazienti e amilari trovano il coraggio di accettare ciò che sta loro accadendo”
(Cicely Saunders)

Il nostro dovere crea valore. Valore che non è trattabile, non è negoziabile, non è comprimibile.

Dobbiamo riprenderci il tempo. Il tempo clinico. Il tempo di ascoltare, il tempo di capire, il tempo di sbagliare e il tempo per rimediare. Il tempo per stare con lui o con lei.

Il tempo dell'esame fisico, per palpare con la mano, lasciando per un momento la sonda insostituibile e del tutto utile dell'ecografo, quel linfonodo che così bene si visualizza sullo schermo.

L'esame fisico è un rituale umanistico che crea fiducia e un legame cruciale tra medico e paziente, legame che è al centro di un'assistenza sanitaria di qualità.

Il tempo vale per tutti, dentro e fuori l'ospedale, negli ambulatori di paese, nelle corsie, nelle sale operatorie robotizzate, negli *hospice*, nei laboratori che scrutano, manipolano, aggiustano i geni.

Certo utilizzando i record elettronici e tutti i sistemi informatici, che sono ausili indispensabili, irrinunciabili. Attenzione ... ausili per la clinica e per la comunicazione fra i vari *setting* di cura cercando di realizzare quella integrazione, oramai mitica, che tutti auspichiamo.

Ed è ancora giusto che chi ci amministra possa controllare il corretto impiego delle risorse ed il rispetto degli obiettivi aziendali. Ma, nella realtà, l'informatica è votata quasi esclusivamente al controllo economico, di cui, ripeto nessuno nega la necessità.

Si è costruito, insomma, un neosistema burocratico computerizzato.

E sempre di più si ha l'impressione che i medici vengano valutati per la correttezza compilativa dei report e non sulla loro valenza clinica.

Ed ancora parliamo continuamente di

Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri di Brescia

	TOTALE	DONNE	UOMINI		
Medici Chirurghi	6008	2833	3175		
Odontoiatri	676	219	457		
Doppi	549	101	448		
M.M.G.	884	280	604		
P.L.S.	138	93	45		
Docenti	84	13	71		
Iscritti all ordine	Medici Chirurghi*	Odontoiatri*	Doppi Iscritti	Persone	
	6557	1225	549	7233	
	Medici	Odontoiatri	Uomini	Donne	Totale
Giuramento Dicembre 2017	56	10	34+3	22+7	66

* Compresi doppi iscritti

medicina della complessità. Di necessità di *team* multidisciplinari e multi professionali per affrontarla adeguatamente a beneficio del paziente.

La letteratura internazionale è ricca di esempi organizzativi di studi e di corsie con giovani medici in formazione integrati, con personale amministrativo, con infermieri, con operatori di supporto, con tecnici sanitari, con psicologi, con assistenti sociali e D13...con *case manager* (che vuol dire "condurre con la mano").

Lavorare insieme perché ognuno possa dare il meglio della propria professionalità.

E così il medico può continuare o riprendere a studiare, può ritornare al letto del paziente.

Questa può essere letta come una svolta corporativa.

In tante altre occasioni, anche con un numero dedicato della rivista, abbiamo detto che il disagio medico esiste ed è grande.

Disagio medico vuol dire che la nostra gente non ce la fa più.

"lavoro come sempre, mi piace il mio lavoro, ma passo il tempo davanti ad uno schermo non per studiare o per interagire con i miei colleghi dell'ospedale e del territorio, ma a compilare record a valenza amministrativa e formale sui cui poi verrà valutato. Amo il mio lavoro, ma se domani vinco al super enalotto non mi vedete più".

È un'analisi severa, troppo severa?

Ma non è scoramento.

Noi abbiamo le nostre responsabilità. Esiste una parte, per fortuna largamente minoritaria, che si nasconde dietro lo schermo, non si alza, non visita ed attribuisce tutte le colpe al computer.

La comunità medica bresciana resiste, resiste, resiste.

Lo testimonia la qualità della salute che garantiamo, con dati documentati, in tutti gli ambiti. Quindi nessuno scoramento, ma una denuncia realistica che indirizziamo a chi decide. La qualità della professione. Questo sarà uno degli aspetti che informerà la nostra azione nei prossimi tre anni.

I numeri, i temi affrontati nell'anno trascorso e il futuro

Continueremo a fare proposte e ipotizzare modelli in una discussione aperta e partecipata. Questi i nostri numeri relativi al 2017: 43 eventi ECM, cui hanno partecipato circa 2300 medici con l'intervento di 429 relatori. Questa è la nostra comunità. Abbiamo di fronte nuovi e affascinanti sfide di bioetica, di clinica, di nuovi modelli organizzativi. Dovremo discutere di Disposizioni Anticipate di Trattamento. Si tratta di parlare dei giorni chiusi al futuro, dove le sensibilità sono affatto diverse. Ne

parleremo con il nostro consueto approccio: rispetto e valore di tutte le opinioni.

In questi anni abbiamo affrontato argomenti che di solito non fanno notizia. Il paziente difficile: dalla disabilità, alle demenze, al malato psichiatrico.

Nella nostra sala conferenze ne abbiamo parlato con le altre professioni, con associazioni di volontariato, con le associazioni dei pazienti. Sentire cosa pensa chi vive questi drammi ci ha fatto bene. Proseguiremo.

Altri temi di assoluta importanza: uno per tutti: medicina e mutamenti climatici. Crisi climatica che potrebbe minare gli ultimi 50 anni di "guadagni" in salute, come li chiama il *Lancet*, se non interveniamo subito...ora.

Stiamo già lavorando alla quinta edizione dei pomeriggi della Medicina, occasione ormai tradizionale di incontro con i bresciani e che speriamo abbia il successo degli anni precedenti.

La riforma sanitaria. Maremoto o nuova frontiera.

L'intento, nobile, è il passare dalla cura al "prendersi cura". Incontra rilevanti difficoltà attuative che qualcuno, noi compresi, aveva previsto e segnalato. Crediamo, però, che sia terminato il tempo delle critiche, anche basate su analisi corrette.

I medici di medicina generale bresciani hanno una storia importante per quanto riguarda la cura del malato cronico.

Va qui ricordato che non siamo all'anno zero. Più dell'80% dei Medici di Medicina Generale (MMG) della ATS di Brescia (ex ASL) da tempo conferisce i dati (*clinical governance*) sulla patologia cronica consentendone il monitoraggio ed i conseguenti interventi che, negli anni, hanno prodotto importante miglioramento dell'assistenza a questi malati.

E bene ha fatto l'alta dirigenza della ATS a chiarire alcune espressioni sulla professionalità della medicina generale pronunciate nel corso di un recente convegno. Espressioni che ci avevano francamente stupito, stupore che abbiamo pubblicamente manifestato, conoscendo da anni l'impegno della ATS, e della sua

stessa dirigenza, sulla malattia cronica in collaborazione con i medici. Il Direttore Generale ha spiegato, ora in modo chiaro, che non era in discussione la professionalità dei medici bresciani, ma la sua analisi si riferiva, invece, alla necessità di riformare il sistema di cure primarie che, attualmente, penalizza lo stesso medico di medicina generale. Siamo d'accordo. L'obiettivo comune è la cura migliore del paziente.

Molti MMG (52% nella ATS di Brescia) si sono impegnati nelle nuove articolazioni previste dalla riforma e molti hanno deciso di proseguire nel loro approccio tradizionale. Sono entrambe scelte che meritano rispetto, grande rispetto. Continuiamo a pedalare insieme.

L'Ordine, in questi tempi, deve svolgere a pieno il suo ruolo "neutro" nell'accezione alta del termine.

L'ATS di Brescia ha licenziato l'elenco dei gestori (n° 39) idonei alla presa in carico dei pazienti cronici, (Cooperative MG; ASST; Strutture di degenza accreditate, una Associazione di scopo etc.).

Il paziente cronico si affiderà ad uno di questi gestori che produrrà un piano assistenziale individuale garantendo gli strumenti perché questo venga rispettato. Noi costruiremo un laboratorio di incontro, senza interferire nel lavoro in atto nelle varie agenzie.

Proporremo un confronto culturale su argomenti centrali:

- Come costruire un piano assistenziale individuale in malati con più patologie che interferiscono e si condizionano e dove i riferimenti EBM sfumano e sono difficili o per niente applicabili. Come ridurre le disomogeneità dei PAI fra i vari attori? Vorremmo, intento ardito, produrre modelli di riferimento.
- L'ospedale (aziende pubbliche ed accreditate) ha di fronte un'altra grande sfida organizzativa. E qui la riforma in atto può essere un'occasione (i nostri ospedali si chiamano infatti Aziende Socio Sanitarie Territoriali) perché prevede una strada quasi obbligata di interazione (sia come gestore che come

erogatore) con il territorio. Quante volte e da quanti anni ne parliamo. È necessario (indispensabile?) che nasca, nell'ospedale, la figura, di un nuovo o antico medico "generalista" che faccia da *clinical manager* interagendo con gli specialisti nella conduzione del malato complesso.

Ed ancora sull'ospedale (oggetto del prossimo numero in stampa della nostra rivista).

Brescia, la provincia, ha centri clinici di buon e di ottimo livello. Non pensate che la medicina della complessità sia un mantra, ma per affrontarla in modo davvero utile al malato è indispensabile che la rete ospedaliera si strutturi con sinergie vere. La rete è un insieme di nodi autonomi che diventa virtuosa quando l'organizzazione delle interdipendenze crea valore. C'è questo nella nostra realtà?

La discussione al nostro interno è appena cominciata e si presenta ardua, difficile, con pochi riferimenti in letteratura.

Abbiamo dedicato un numero della rivista alla riforma con tante analisi serie ed approfondite che ci serviranno da *incipit*. Ci vorrà l'apporto di tante professionalità, ma noi crediamo che sarà del tutto utile.

E l'Università?

Ringrazio il rettore per la disponibilità gratuita di questa splendida sede.

L'università ha fatto un gran bene alla cultura medica bresciana. L'ho vissuta fin dai corsi EULO.

L'ospedale (*Gli Spedali Civili-dichiaro un personale conflitto di interessi in quanto vi ho trascorso tutta la mia vita professionale*) è diventato più grande con l'università, ma era già un grande ospedale e la cultura ospedaliera ha contribuito in modo rilevante alla crescita della facoltà di medicina, però ancora oggi non vedo, e non sono il solo, un'integrazione completa nel rispetto dei ruoli, in un progetto comune.

Certamente vi è stata e vi è conflittualità, perché negarlo. E stupisce, allora, che quando noi mettiamo ospedalieri, universitari e medici di medicina generale

tutti intorno al tavolo nella preparazione delle nostre iniziative, quando si parla di clinica, di organizzazione, di malati, del nostro lavoro vengono fuori i buoni medici da una parte e dall'altra che collaborano. Provate e riprovate a sedervi allo stesso tavolo anche su temi più pragmatici.

Giovani Medici

Viviamo, ancora, con vera partecipazione il disagio reale dei giovani medici, di voi giovani, per quanto riguarda l'accesso alla formazione professionalizzante post laurea (Scuole di Specializzazione e Corso di formazione specifica in Medicina Generale). Accesso che è negato a moltissimi colleghi nonostante la carenza importante di professionalità che si realizzerà nei prossimi, vicini, anni. Studieremo con voi iniziative specifiche e continueremo ad appoggiare e sollecitare l'azione già intrapresa, in questi anni, dalla Federazione Nazionale degli Ordini verso le istituzioni. Continueremo a coinvolgervi in tutte le iniziative dell'Ordine.

Sulla pagina facebook dello Sportello Giovani e sul nostro sito troverete tutte le informazioni di vostro interesse. Non esitate a chiedere, a venire all'Ordine, non risolveremo tutti i quesiti, ma troverete sempre disponibilità ed ascolto.

Ringraziamenti

Ho già fatto i ringraziamenti nell'assemblea di Aprile che oggi rinnovo ai consiglieri, ai revisori, alla commissione odontoiatri ed ovviamente al personale tutto.

Concedetemi però di ringraziare, a nome di tutti, chi in questi anni si è speso con intenso e serio impegno per l'Ordine ed ha deciso di non ricandidarsi: Francesco Castelli, Daniela Gatti, Graziella Jacono e Francesco Puccio.

Non è un grazie formale, perché, vedete, il valore più grande, davvero più grande, che mi è stato dato in questi anni è stato l'uscire dalle sedute del consiglio sempre più ricco di quanto vi sono entrato. È stato un dibattito vero, acceso, ma sempre basato sull'assoluta onestà intellettuale che il signor, dottore grande, Raffaello Mancini ci ha insegnato.

Saluto ed auguro buon lavoro alle “nuove” ed ai “nuovi” che hanno dato la loro disponibilità ad unirsi a noi pattuglia stagionata, cui i medici bresciani pochi giorni fa hanno dato la loro fiducia per il prossimo triennio: Nicola Bastiani, Francesco Donato, Anna Giulia Guarneri, Alessandro Pozzi, Intissar Sleiman, Anna Lisa Voltolini.

Mi avvio a concludere

Nel 2018 la legge 833 del 23 dicembre 1978, istitutiva del Sistema Sanitario Nazionale, compie 40 anni, anniversario che vorremo celebrare con un evento di rilievo.

L'Articolo 1 recita: La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il Servizio Sanitario Nazionale. Un giornale inglese, di qualche giorno fa, lanciava un allarme sull'inarrestabile

declino del loro sistema sanitario, proprio nei principi istitutivi di solidarietà ed universalità che 40 anni fa hanno ispirato il nostro. Segnali di allarme, che il giornalista paragonava allo spegnersi del canto del canarino che i minatori portavano nelle miniere. Quando smetteva di cinguettare il pericolo era imminente e catastrofico. Anche il canto del nostro canarino rischia di affievolirsi, fino a spegnersi. Le difficoltà del nostro sistema sono reali per le tante ragioni epidemiologiche, demografiche, sociali, di finanziamento, che conosciamo o forse perché il canto del nostro canarino disturba qualcuno.

Noi non ci rassegniamo e ci spenderemo con forza per la titolarità del diritto alla salute di tutte le donne e gli uomini che a noi si affidano.

I tuoi pazienti possono essere «nessuno» per gli altri, ma so che saranno sempre qualcuno per te... AUGURI ●

Relazione del Presidente Commissione Albo Odontoiatri Luigi Veronesi

È consuetudine ogni anno in questa occasione elencare i problemi irrisolti, la contrapposizione con la solita politica sorda al buon senso e indifferente con chi alla fine lascia lacrime e sangue sul proprio cammino. Difficile sottrarsi al canto delle Sirene e non lasciarsi portare dalla piena delle negatività, ma al tredicesimo anno di presidenza vorrei anche illudermi ed illudervi che le cose possano andare diversamente. Illusione come detto, perché purtroppo la verità resta per noi medici e per le professioni in genere, Geenna, una Babele di incomprensioni volute e di reattive strategie perdenti già dalla loro genesi sulla carta, che purtroppo non

spostano il costante segno meno sui nostri diritti. Diritti che effettivamente dovrebbero essere protetti da un lato dai sindacati, ma dall'altro sostenuti da Ordini forti ed equidistanti da garanzie etiche per le terapie ai cittadini pazienti e certezze salde per la continuità deontologica della professione. In poche parole Ordini in grado di far ruotare parallelamente e convergentemente piani differenti: da un lato sicurezza di terapia e dall'altro un ambiente utile perché ciò possa avvenire. Ma l'organigramma ordinistico purtroppo presenta uno iato strutturale che impedisce alle diverse ruote dentate di operare in sincronia. I dirigenti

provinciali (noi), scrupolosamente attenti al Codice etico e inflessibili sulla salvaguardia del miglior ambiente nel quale far operare il medico, non si adoperano nelle priorità fondamentali con i rappresentanti nazionali (Comitato centrale e Federazione), sempre più attenti a sopravvivere che a rappresentare, sempre troppo compiacenti alle volontà della politica ed ai suoi voltafaccia, facendo attenzione a dire dei no a bassa voce e voltati di schiena e grandi sì di fronte e così gli Ordini per vivere abbozzano e Stamina e no vax sono gestite da Magistratura e rotocalchi. Credo di poter sollevare serie critiche alla Federazione per *deficit* di obiettivi, di visione e principalmente di coraggio sulle posizioni da tenere.

Proviamo allora a vedere come la nostra professione si è saputa porre nella *governance* dei cambiamenti e delle leggi in itinere, andando per ordine su quanto il solo 2017 ha partorito. All'inizio dell'anno, dopo un anteprima fatta di squilli di tromba, autoreferenziate soddisfazioni e proclami di vittoria ottenuta, arriva la vera stesura sulle regole all'apertura degli studi odontoiatrici. Finalmente ridisegnato quell'anelato perimetro che doveva contenere tutte le regioni: dalla Sicilia all'Alto Adige nella labirintica vicenda dell'autonomia sanitaria regionale, una legge che portasse regole nelle regioni lasciate a medioevali libertà di interpretazione e una boccata di ossigeno in quelle dove le stesse hanno monopolizzato il lavoro del dentista.

Sorpresa! Ciò che sembrava impegnabile si è riusciti a peggiorarlo e, invece di creare una sorta di equilibrio fra vasi comunicanti, si è invece ulteriormente aggravata, elevando ancor più l'asticella delle richieste, mettendo di fatto a rischio l'80% degli studi in essere.

Spazzati via 16 anni di contrattazioni con la Regione Lombardia per rendere sì visitabili gli studi, ma a condizioni logiche e sostenibili e non chiedendo di abbattere barriere architettoniche di

interi fabbricati, imponendo opere che permettessero l'accesso al loro interno a portatori di handicap, ma in aree magari inarrivabili dagli stessi pazienti. E poi perché i soli studi dentistici, notoriamente di libera professione e libera attività, al pari di avvocati, commercialisti ecc. sottoposti a vincoli di visibilità universale e quelli dei medici di medicina generale, convenzionati con il SSR e quindi sanità pubblica no? Nessuna polemica, ma la sola dimostrazione di come continuo di più sindacati forti e poteri di contrattazione politica, anche nella gestione dei soggetti fragili, piuttosto che buone idee e buon senso, all'alba del terzo millennio. Arriviamo di un balzo ad agosto, alla firma sul sofferto ddl concorrenza con la richiesta di fiducia alla Camera che dopo oltre tre anni e cinque rimpalli fra Senato e Camera, il tutto immerso in un magma di emendamenti richiesti più inutili che produttivi, diviene legge: la 124/17. Le società quindi divengono realtà riconosciute e legalizzate ed anche se esimi giuristi sostengano l'illegittimità della fatturazione da parte di queste direttamente ai pazienti, per prestazioni mediche non in regime di *quid plus*: ovvero con possibilità di mezzi superiori alle singole pratiche cliniche (vedi cliniche ed ospedali per esempio), le società continuano come nei periodi di *vacatio legis*, ed ancor più motivate dopo il varo della legge 124, a fatturare, acquistare attrezzature, scaricare responsabilità contrattuali sui professionisti, stringerli in contratti capestro a cifre da imprese di pulizie ed alla fine dopo aver eluso milioni di euro di tasse, falliscono lasciando fornitori, banche, collaboratori, dipendenti e laboratori odontotecnici in ginocchio. Ma questa tipologia d'impresa, incredibilmente, piace ai nostri governi, tutti di qualunque colore e schieramento. Perché? Cameratismo fra disonesti mi suggeriscono alcuni, o i liberi professionisti, penso io, perché pensanti sono pericolosi e vanno

eliminati? Volete Gesù o Barabba? Ricordate quale fu la scellerata decisione ancora duemila anni fa. Siamo a dicembre, inusuale mese per l'Assemblea annuale, che diverrà però da oggi consuetudine e fa capolino dietro il sipario, o siparietto come lo ha definito qualcuno, della politica il ddl Lorenzin.

Altra tempesta di emendamenti, richieste, modifiche e tutto ciò sarà il solito "molto rumore per nulla"? La politica ascolterà l'esperienza e la professionalità degli addetti ai lavori? La modifica della 348 del cpp, quello dell'abuso della professione, in esso contenuto, verrà finalmente inasprito dopo quasi cento anni o rimarranno i 560 euro di multa del Codice Rocco quale deterrente a tale gravissimo reato per la salute pubblica? O, come se fosse un contentino alla professione e non la tutela della salvaguardia della salute pubblica, quale merce di scambio per tale inasprimento, si reinfilerà lo sciagurato profilo dell'odontotecnico con laurea in ambito sanitario? Costruire altre figure a latere dell'odontoiatra per ottenere cosa? La pleora terrificante che vede un numero di esercenti pari al doppio delle richieste territoriali per qual motivo dovrebbe essere ulteriormente amplificato? Servono braccia di schiavi o teste di scienziati?

E qui entriamo nella parte a sfondo rosa del mio intervento, esiste effettivamente una via di uscita o la guerra è persa e dobbiamo solo renderci conto di essere morti e sdraiarci?

Voi giovani siete l'ago della bilancia, senza di voi e del vostro insostituibile aiuto queste società morirebbero nel volgere di pochi mesi ed i pochi, triste per loro, non più giovani odontoiatri costretti a riciclarsi per il fallimento professionale in tali strutture non potrebbero comunque salvarle dal baratro.

Domanda ovvia: perché io giovane in cerca di attività dovrei snobbare

le offerte, anche se vergognose e capestro, di tali società versus il nulla? E la risposta è: nel passaggio fra il 2014 e il 2015 si sono perse in ambito odontoiatrico oltre 1000 partite IVA e almeno altrettante se ne saranno perse fra allora ed oggi, con un incremento esponenziale che porterà da qui a due, tre anni al massimo una quantità di dentisti in pensione, cedenti i propri studi a poco o nulla, in grado di assorbire la maggior parte di voi, permettendo il risorgere della libera professione, libera ed autonoma, di rilanciare l'odontoiatria italiana fra le migliori o la migliore del mondo che, grazie a sprovveduti e disonesti venditori di prestazioni, sta perdendo credibilità e prestigio internazionale. Perché come proprietari di studi sarete l'inizio e la fine dei vostri successi, perché sarete in prima persona *stake holder* di voi stessi, perché potrete dare prestazioni che elevino la vostra professione, giustificino sei anni di università, senza doversi cimentare solo in estrazioni ed impianti anche in regime di *over treatment*, perché più remunerativi per i vostri datori di lavoro. **Non arrendetevi anche se tutto sembra difficile, se il nostro esempio ha fatto crollare tutte le certezze intorno a voi, ricordate Seneca: "un timoniere di valore continua a navigare anche con la vela a brandelli".** Siate medici, come vi definisce il Codice etico, leggetelo e traete le vostre conclusioni, studiatelo e troverete le risposte alle scelte professionali. Non lo capite? **Non esitate a venire a domandare, chiedere e pretendere di approfondire, l'Ordine è il vostro ufficio, è la vostra casa professionale, usatelo! ●**

Premi al Merito

Sante Riva

Quando, solo pochi giorni fa, il Presidente mi ha telefonato per chiedermi una prolusione in occasione della premiazione di un medico illustre, non ho esitato un secondo ad accettare l'invito. Il medico premiato è stato infatti - ed è - per me un amico e un maestro e ciò è motivo di emozione. Visto poi che amo giocare con le parole, il lemma usato da Di Stefano, prolusione, che indica un discorso che introduce un corso di studi, mi offre l'occasione, oggi, di fronte a molti giovani che iniziano il viaggio nella nostra meravigliosa professione, di indicare loro un esempio da seguire. La Medicina è una scienza umanistica, e per questo mi permetterò alcune citazioni, la prima delle quali giunge da lontano, dal 26° canto dell'Inferno, quando Ulisse, viaggiatore per eccellenza, sprona i suoi compagni ad aver coraggio, a guardare più in là, oltre i confini delle Colonne d'Ercole. "Considerate la vostra semenza", recitava Dante - oggi magari avrebbe scritto 'attenti alla vostra scemenza'...- "Fatti non foste a viver come bruti, ma per seguir virtute e canoscenza". Ecco, virtù e conoscenza, sono i due aspetti che caratterizzano da sempre il medico che oggi viene premiato per il suo impegno professionale, il dottor Sante Riva.

Parlar di lui significa fare l'elogio al medico crinico, sì, crinico, avete capito bene: crinico da krinò, distinguere, distinguere il vero dal falso, il buono dal cattivo, l'appropriato dall'inappropriato. Noi ci vantiamo di essere clinici, ma clinico trova radice in Klinè, il letto, dove il paziente giace e noi, dall'alto, giudichiamo. No, il dr. Riva è stato proprio un grande 'crinico', un medico che ha

sempre voluto comprendere e affrontare i problemi esprimendo un giudizio che fosse dettato dal pensiero, un pensiero attento, obiettivo, critico. Sante Riva, lo sappiamo, è persona gioviale: ricordo il nostro primo incontro, nel lontano 1979, quando io giovane medico mi presentai a lui, allora primario f.f. della Cardiologia degli Spedali Civili. Quando mi rivolsi intimidito dandogli del lei, ecco che mi guarda e, agitando un righello che aveva in mano, immediatamente mi dice che me l'avrebbe spaccato in testa, il righello, se da subito non gli avessi dato del tu; e così feci, e fu facile sentire il desiderio di essergli amico. Con Sante Riva abbiamo vissuto il grande sviluppo tecnologico che in questi anni ha caratterizzato la cardiologia, una tecnologia alla quale mi ha insegnato a non soccombere, a considerare le macchine solo come strumenti veloci: "Gli intelligenti siamo noi, che abbiamo inventato le macchine. Loro sono stupide, ma ci permettono di risparmiare tempo, tempo da dedicare alla nostra capacità poetica, l'astrazione, il pensiero, il sentimento". Fin dai primi incontri non ha dimenticato di ricordare a me, e a tutti quanti lavoravo con lui, che il nostro percorso sarebbe stato difficile, "un bel casino", come usa dire col suo linguaggio garbatamente colorito. Ed ecco che questo mi permette di ritornare ai giovani presenti in sala, citando una poesia che parla nuovamente di viaggio, Itaca, di Costantino Kavafis: "Quando ti metterai in viaggio per Itaca, augurati che la strada sia lunga, fertile in avventure ed esperienze. I Lestrigoni e i Ciclopi o la furia di Nettuno non temere, non sarà questo il genere di incontri se il pensiero resta alto...". Ecco, Sante Riva ha sempre considerato nel viaggio e nelle

sue difficoltà ciò che affascina del nostro lavoro, un lavoro bello proprio perché difficile. E se ma qualcuno dicesse che Riva non ha viaggiato, dice il vero; nella sua carriera professionale è stato solo per pochi mesi lontano da Brescia, primario a Lecco - ricordo le sue telefonate, che mi dicevano: "Ma cosa ci faccio io, qui?..." - . Ricordo però cosa scriveva Fernando Pessoa, nel Libro dell'inquietudine: "Viaggiare? Per viaggiare basta esistere.". E Sante Riva è esistito, eccome se lo ha fatto, e a me ha segnato la strada, una strada che mi ha visto sostituirlo come responsabile dell'Unità Coronarica degli Spedali Civili e poi come responsabile della Cardiologia di Poliambulanza. Un binario robusto, disegnato dalle sue simpatiche parole, espressione di un pensiero sempre vivace e onesto. Per cui, grazie, grazie a Sante Riva, un vero esempio di persona e di medico cui ispirarsi.

Claudio Cuccia

Caterina Groli

Donna medico negli anni '70 nel reparto di ginecologia ed ostetricia del nostro ospedale cittadino, dedicata ad un settore allora in rapida evoluzione: possiamo affermare, Caterina, che l'ecografia ostetrica a Brescia è arrivata e si è affermata grazie a te. Con l'ecografia, lo studio delle malformazioni fetali e della diagnosi prenatale, con la moltitudine di questioni etiche e culturali che porta con sé. Non è solo quel che hai fatto ma come l'hai fatto. Con il rigore metodologico che ti è proprio senza mai trascurare che la centralità del nostro agire è costituita dalla donna come paziente e come persona. Senza giudicare, ma con rispetto e con la capacità di supportare gli altri con compassione nei momenti di preoccupazione e di dolore. Analizzando, senza mai trascurare la profondità di contenuto di ogni scelta, di ogni azione. Scientificità, coerenza ed onestà intellettuale associata ad un impegno "di vita" fatto non di parole ma di azioni che

hanno sempre espresso rigore verso gli altri e verso te stessa.

Dicevo donna negli anni in cui in un ambiente medico (quello di un reparto ospedaliero di ginecologia) nulla era scontato e tutto, per una donna, da guadagnare con determinazione e capacità. Aggiornamento continuo e predisposizione ad accogliere, strada facendo, i giovani medici con attenzione alla loro necessità di apprendere, cercando di creare e mantenere sempre un ambiente stimolante per la conoscenza.

Scusate se mi permetto ora una riflessione del tutto personale, una delle fortune di cui ritengo di aver avuto il privilegio è costituita dall'aver incontrato quelle, allora, pochissime - eccezionali donne che, come Caterina, erano, all'inizio del mio percorso, la "rappresentanza femminile in un mondo maschile". Per tutto questo, grazie Caterina.

Daniela Gatti

Renzo Cestari

Il Prof. Renzo Cestari si è laureato all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma nel 1970 e si è specializzato in Chirurgia Generale e in Chirurgia dell'Apparato Digerente ed Endoscopia Digestiva. A Brescia ha iniziato l'attività clinica presso A.O. Spedali Civili con il Prof. Leonardo Lojacono ed il Prof. Bruno Salerni, effettuando per la prima volta a Brescia interventi di Chirurgia Toracica. Nell'ambito della chirurgia generale era in grado di effettuare qualunque tipo di intervento, anche quelli più complessi, con riferimento in particolare alle patologie esofago-gastriche, bilio-pancreatiche e colo-rettali. Inoltre, fin dagli anni '70, ha iniziato ad effettuare attività di Endoscopia Digestiva e, con il Dr. Alessandro Paterlini dell'Ospedale S. Orsola Fatebenefratelli, ha sempre rappresentato in questo ambito una delle figure professionali di riferimento a Brescia. Ha inoltre iniziato ad effettuare in Italia, come il Prof. Guido Costamagna del Policlinico Gemelli di

Roma, le procedure di endoscopia biliopancreatica diagnostica ed operativa con la colangiopancreatografia retrograda, con trattamenti di elevato livello tecnico effettuati nei principali Centri di riferimento europei.

Anche in relazione a queste attività è stata istituita presso l'A.O. Spedali Civili una delle poche U.O.C. di Chirurgia Endoscopica Digestiva con letti di degenza, che ha consentito di sviluppare ed effettuare le principali tecniche di endoscopia operativa nella diagnosi e nel trattamento delle patologie dell'apparato digerente (lesioni precancerose e neoplastiche dell'esofago, stomaco, vie biliari, pancreas e colon-retto), con tecniche di dissezione sottomucosa e mucosectomia, polipectomia e posizionamento di endoprotesi.

Un altro dei suoi meriti è stato quello di introdurre negli anni '80 a Brescia le tecniche di chirurgia mini-invasiva laparoscopica, in particolare per il trattamento delle patologie della colecisti e delle patologie benigne dell'esofago (acalasia e malattia da reflusso gastro-esofageo).

In relazione a tutte queste attività cliniche ha prodotto centinaia di pubblicazioni scientifiche su riviste nazionali ed internazionali, è stato docente in Scuole di specializzazione in Chirurgia Generale e Chirurgia dell'Apparato Digerente e figura di riferimento nella Società Italiana di Endoscopia Digestiva (SIED), con funzione di Presidente regionale, Consigliere nazionale, Direttore della rivista Giornale Italiano di Endoscopia Digestiva e Responsabile Nazionale di Commissioni e Gruppi di Studio. Infine uno dei suoi principali meriti è stato quello di far sì che, con la sua quiescenza, tutte le attività venissero effettuate dai suoi collaboratori senza interruzione, a dimostrazione del suo impegno quotidiano nella loro formazione e crescita professionale continua, grande merito questo per un Direttore di Unità Operativa, con un clima di collaborazione e di stima reciproca, senza contrasti o posizioni rigide, rappresentando così una figura professionale di riferimento ed un esempio positivo, condizione per la quale tutti noi ancora oggi lo ringraziamo.

Guido Missale



Caro Presidente, leggo sul n. 380 di Brescia Medica l'articolo del Dr. Piergiorgio Muffolini sulla Legge regionale 23/2015; nel testo viene erroneamente affermato, elencando le categorie di medici che operano nel territorio, che gli specialisti ambulatoriali sono ad esaurimento in quanto non considerati nella legge in questione. Quanto affermato non corrisponde al vero perché nella legge 23/2015 gli specialisti ambulatoriali sono citati due volte:

Art. 7 comma 14:

*Le ASST gestiscono i POT e i PreSST direttamente, ovvero anche mediante la stipulazione di accordi tra le stesse e altri soggetti erogatori accreditati, validati dalla competente ATS. Tali presidi possono essere preferibilmente organizzati in collegamento funzionale con le unità complesse di cura primarie, **garantendo il coordinamento con l'attività degli specialisti ambulatoriali,***

Art. 18 comma 4:

4. Gli specialisti ambulatoriali convenzionati sono parte attiva delle aziende del SSL e partecipano all'erogazione delle prestazioni specialistiche territoriali ed ospedaliere secondo gli indirizzi regionali.

Richiamando quindi come siano una delle componenti di valore del modello erogativo adottato dal Sistema Sanitario Lombardo. Inoltre per normativa nazionale la specialistica ambulatoriale non è più ad esaurimento; il vigente Accordo Collettivo Nazionale, operativo dal 17 dicembre 2015, ripristina l'assegnazione degli incarichi a tempo indeterminato agli specialisti in graduatoria non ancora titolari.

Infine la Legge Balduzzi (L. 189/2012) ribadisce come le categorie professionali a convenzione, alle quali è affidata la medicina del territorio, siano proprio gli specialisti ambulatoriali, oltre che i MMG e i PLS.

Mi dispiace rilevare inoltre come, nel presentare i diversi punti di vista sul nuovo modello assistenziale introdotto dalla Legge regionale 23/2015 e dalle delibere sul Governo della Domanda e sul Governo della Rete di Offerta, si siano raccolti tanti pareri, ma nessuno spazio sia stato riservato agli specialisti ambulatoriali convenzionati del territorio, ai quali va il merito, secondo il recente Rapporto 2017 di Cittadinanzattiva, di definire il profilo diagnostico e terapeutico di almeno il 30% di tutti i malati cronici (contro il 15% della medicina generale e il 55% della specialistica ospedaliera, categorie che presentano una numerosità ben più elevata). Ti chiedo pertanto di rettificare quanto pubblicato sulla rivista del Tuo Ordine Provinciale. Ti ringrazio e invio cordiali saluti.

Giuseppe Nielfi

Segretario Regionale Sumai (Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana)

Iseo, 29 ottobre 2017

Risposta di Piergiorgio Muffolini

Caro Presidente,

scrivo per la lettera che hai ricevuto dal segretario regionale del SUMAI dr. Giuseppe Nielfi.

Sono rimasto sorpreso non per la richiesta di rettifica dell'errore correttamente imputatomi, ma per il fatto che il mio articolo sia stato letto. Anche oggi nel rileggerlo mi rendo conto di come le mie affermazioni mettano il dito nella piaga che tutt'oggi è presente nel mondo della sanità cioè ritenere la medicina generale fanalino di coda. Mi riferisco in particolare alla stesura del PAI affidata a tavoli multi-professionali dove è disatteso il punto di vista reale del medico di famiglia. Questa affermazione deriva dalle comunicazioni che il dr. Giovanni Rolfi riporta da tali tavoli. Tecnicamente il segretario del SUMAI ha mille ragioni nel dichiarare la mia frase "medici che operano nel territorio (ad oggi: mmg, pls e specialisti ambulatoriali, questi ultimi non considerati dalla legge 23 per cui ad esaurimento)" errata. Nel darla alla stampa la frase doveva essere: "questi ultimi non considerati dal DGR 6164/2017 uno dei decreti attuativi della legge 23 per cui ad esaurimento". Leggendo e rileggendo i due decreti attuativi che riguardano cronicità e fragilità si osserva la completa assenza dello specialista ambulatoriale nella presa in carico. Quanto affermato da Cittadinanzattiva rende ancora più forte tale assenza in quanto, se lo specialista ambulatoriale non entra nel percorso dell'erogazione cronicità dove sarà il suo paziente/cliente? Mi spiace molto che Tu sia stato chiamato in causa per mettere i puntini sulle i, ripetuto tecnicamente è corretta la sua richiesta di rettifica, in pratica si tira la zappa sui piedi perché rianalizzando quanto lui non ricorda, la figura del sumaista è come dicono tanti commentatori sia della Bocconi che dei giornali di categoria, ad esaurimento.

Ti ringrazio per l'attenzione.

Come sempre: molto rumore per nulla

Gigi Veronesi

E sì che Shakespeare è morto da alcuni secoli, ma alcune realtà sono più stabili della drammaturgia storica e non si smentiscono mai. Si propone, si discute, ci si infervora, si urla, si spera ed alla fine la solita disillusione con un nulla di fatto, il "torimasen" giapponese, "attacco senza risultato".

Mi riferisco alla legge sulla concorrenza, una pagina di politica sociale e culturale di immensa importanza, un'occasione per dare al nostro paese un binario di regole che avrebbe potuto rilanciare la questione morale e ridare agli Ordini professionali una centralità di controllo storicamente di diritto. La citazione giapponese è legata al mio passato sportivo, dove nella terminologia marziale l'attacco portato all'avversario senza avere un reale costrutto viene definito con il termine "torimasen" accompagnato da un particolare movimento delle braccia dell'arbitro. In poche parole lavoro inutile, nulla di fatto dopo oltre due anni e cinque rimpalli fra Senato e Parlamento per arrivare alla chiusura forzata del documento con una richiesta di fiducia da parte del Governo a Montecitorio. Tante le responsabilità e di tutte le parte coinvolte. Responsabilità sicuramente

delle lobby che investono nella salute e dei politici ad esse vicini, dell'ignoranza di molti verso la quale qualunque considerazione diverrebbe inutile esercizio semantico e della nostra Federazione. Sì, purtroppo devo dire che ritengo anche la nostra Federazione, per una parte molto marginale, responsabile per aver chiesto di tutto e di più, ponendosi muro contro muro con queste lobby. Un buon generale sa quanto spingere e quanto arretrare, dove insistere e dove cedere per evitare l'impatto con avversari più forti. È mia convinzione che sia eccessivo, se non eticamente scorretto pretendere che società già operanti da decenni in ambito sanitario, anche se fondate in periodi di *vacatio legis*, si trasformino in STP (società tra professionisti) per rientrare nelle richieste della Federazione, demolendo asset finanziari che mai potrebbero essere tutelati con questo tipo di sigla. Quindi? Resta la resa? È qui dove occorre fermarsi e fare il punto della situazione, così come in combattimento, con un avversario più forte si sceglie la strategia dopo averlo "pesato" e lo si porta sul proprio terreno più congeniale, dove le nostre doti possano prevalere. Perché cercare di distruggere ciò che è più forte di noi e nel tentativo, rischiare di coagulare interessi differenti e a noi contrari? Perché favorire la critica di lobbismo e portarci ad un fallimento annunciato?

Così è stato ed alla fine il ddl licenziato non modifica nulla dello *status quo*, tranne il fatto che i direttori sanitari delle società che operano nel sanitario non potranno avere incarichi plurimi, ma esserlo in un'unica sede. E se invece di fare il braccio di ferro avessimo lasciato l'illusione delle decisioni a loro, richiedendo esclusivamente una semplice, ma giusta, corretta, etica e incriticabile regola: "così come i professionisti, che per operare nel proprio campo devono essere iscritti ad Ordini professionali e quindi rispettare le regole contenute nel Codice Deontologico, così anche le società, con qualunque sigla, dovrebbero essere iscritte ad Ordini ed Albi appositi e sottostare alle regole ed al disciplinare ordinistico". Questa la proposta che da tempo sostengo, espressa anche in ambito nazionale, ma purtroppo, anche se da molti condivisa, CAO nazionale compresa, la rigidità che spesso caratterizza le posizioni della Federazione ha impedito di seguire la via più semplice e più affine alle nostre caratteristiche. Senza colpo ferire, senza scontrarsi con nessuno avremmo dato valore, ma anche responsabilità, a chiunque fosse entrato nel settore sanitario e professionale. Mai dire mai e su questo tema mi sento di invitare le CAO a continuare a battere e combattere sperando di riuscire a trovare, prima o poi, qualche orecchio sensibile. ●

Dottor Alberto Chimina

Quando ero ancora un ragazzo in famiglia si aspettavano tutti che prendessi la strada di papà. Lui era medico e io avrei dovuto diventare medico. Papà non si era mai espresso chiaramente. Quando fu l'ora di decidere mi ricordo che mi rivolsi a lui. Eravamo soli e gli chiesi cosa dovevo fare. "Non è solo un lavoro" mi disse. "Lo devi fare con passione. Se non lo fai con passione fai altro".

Mi sentii libero di prendere un'altra strada.

Quelle parole rimasero importanti per me e lui le viveva ogni giorno senza retorica assistendo le persone nei momenti più difficili.

Lo ricordano tutti con grande affetto.

Visto quello che ho scritto di papà, mi è venuto in mente che qualcuno potesse pensare che fosse un idealista. Al contrario lui era un concreto e di piccole cose concrete ha vissuto la sua vita.

Il figlio

Dottor Emanuele Erba

scomparso a 42 anni

Tutti ti stimavano come Professionista instancabile e serio, preciso ed impegnato, in costante aggiornamento ma al contempo capace di instaurare con i pazienti dei rapporti umani tali da entrare in empatia con chiunque curassi, di qualsiasi età o caratteristica caratteriale.

Mancherai ai Tuoi colleghi per cui eri una risorsa importante ed ai Tuoi pazienti che negli anni hanno potuto beneficiare delle cure di un Odontoiatra esperto, sempre disponibile e sorridente, anche nei momenti più difficili.

A scrivere questi pensieri sono io, Marta, Tua compagna di vita e collega fin dall'Università nonché madre di nostra figlia Francesca, anche a nome di tutte le persone, ne sono certa, che hanno potuto conoscerti e far parte anche per breve tempo della tuo cammino.

Marta

Dottor Antonio Pedrazzini

Desidero ricordare l'esempio di generosità e grandezza d'animo di mio marito Antonio che ha onorato la sua professione esercitandola con impegno e dedizione per lunghi anni.

Ho avuto la fortuna di vivere la mia vita al suo fianco condividendo ogni istante nell'ammirazione e nel rispetto di un ruolo sociale così importante e così carico di responsabilità. Siate orgogliosi e fieri di essere, come lo è stato lui, portatori dei più alti valori, coraggiosi e determinati nella vostra missione.

Vi accompagnerò sempre col mio affetto e le mie preghiere.

Che il Cielo vi benedica.

Regina Comaschi ved. Pedrazzini

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

ricorda con rimpianto i Colleghi deceduti recentemente

Dott.ssa Maria Luisa Bogarelli

Dott. Emanuele Erba

Dott. Vincenzo Ippolito

Dott. Antonio Pedrazzini

Dott. Gianfranco Sabbadini

Dott. Stefano Simoncini

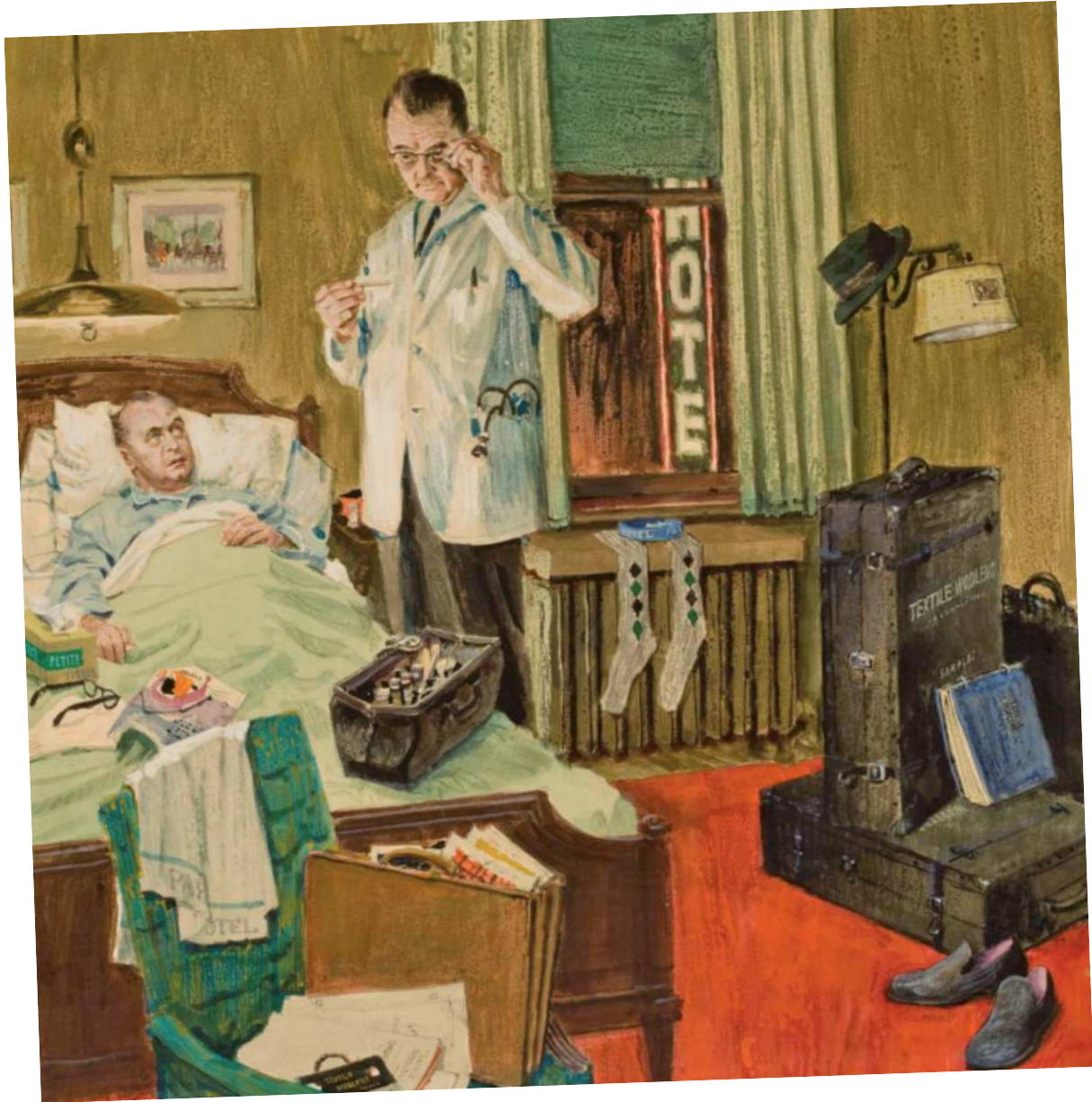
Dott. Ivo Zanardelli

ed esprime ai loro familiari le più sentite condoglianze.

seguici online **ORDINEMEDICI.BRESCIA.IT**



Credits: "A Visit From the Doctor" - Sewell Amos (1901-1983) - da MedicalTimes magazine front cover



I tuoi pazienti possono essere «nessuno»
per gli altri, ma so che saranno sempre
qualcuno per te...

Auguri