

I medici e le altre professioni sanitarie

Primo Piano

La relazione necessaria:
medici e altre professioni
sanitarie

Sondaggio

Il parere dei medici

Pillole di storia

Il personale sanitario
degli Spedali Civili
150 anni fa

IN QUESTO NUMERO

EDITORIALE

Noi e gli altri,
Gianpaolo Balestrieri 3

La grande paura,
Ottavio Di Stefano 4

PRIMO PIANO

Il medico e le altre figure professionali sanitarie,
Roberta Chersevani 6

FORUM

La relazione necessaria:
medici e altre professioni sanitarie,
Lisa Cesco 8

SONDAGGIO

Il parere dei medici,
Angelo Bianchetti 13

PUNTI DI VISTA

Medici e infermieri: cowboy o 'pit crews',
Ermellina Zanetti 17

Il lavoro in équipe: cardine per la cura dei cronici,
Umberto Valentini 20

La crescita infermieristica nelle competenze
in area cardiovascolare. Cosa dice l'Europa,
Sonia Tosoni 27

L'esperienza dell'ambulatorio MaReA,
Giovanni Cancarini 30

Il medico e il lavoro di gruppo nelle RSA,
Gianbattista Guerrini 31

Il successo ottenuto dalla continuità assistenziale.
Dati alla mano,
Massimo Manenti 35

PROSPETTIVE

Il medico misericordioso tra giustizia e compassione,
Renzo Rozzini 37

STORIE DI PAZIENTI

Una storia triste...,
Erminio Tabaglio 40

CHOOSING WISELY

Choosing Wisely una voce dissonante,
Raffaele Giubbini 42

SPORTELLO GIOVANI

Apri lo Sportello Giovani!,
Eleonora Mozzo e Silvia Alberti 45

PAGINA DELL'ODONTOIATRA

Cari Colleghi,
Luigi Veronesi 47



POMERIGGI DELLA MEDICINA

"First call",
Lisa Cesco 48

ASSOCIAZIONE

Associazione bresciana Artrite Reumatoide Onlus,
Alessandra Sandrini 50

MEDICINA E LETTERATURA

La trappola del comandante
di Augusto Carena e Antonio Mastrogiorgio,
Recensione a cura di Giuseppe Belleri 52

Un agopuntore italiano in Cina di Sergio Perini,
Recensione a cura di Francesco Puccio 53

L'infarto di Claudio Cuccia,
Recensione a cura di Gianpaolo Balestrieri 54

PILLOLE DI STORIA

Il personale sanitario degli Spedali Civili 150 anni fa,
Chiara Benedetti 55

LETTERA ALL'ORDINE

Se ci si crede...,
Lorenzo Magno 64

RICORDI

Professor Paolo Bianco,
Adriana Loglio 66

Dottor Elio Adamo,
La moglie Fulvia e la figlia Fiammetta 67

Dottor Sergio Maurizio Bertolini,
I figli Evelina e Ruggero 67

Dottor Italo Brocchi,
Emiliana, Gianluigi, Sergio 68

Dott.ssa Miriam Contini,
Carmelo Toscano 68

Dottor Vincenzo Di Monda,
Nanni Pelliccioli 69

Dottor Lucio Olivetti,
Gigi Grazioli 70

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. Pierantonio Bertolami (Odontoiatra), Dott. Luigi Veronesi (Odontoiatra), COLLEGIO REVISORI DEI CONTI: PRESIDENTE: Dott. Raffaele 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 Bertolami, 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).
STAMPA: Com&Print srl - Brescia • PROGETTO EDITORIALE: a cura di Luca Vitale e Associati • IMMAGINE DI COPERTINA: realizzata dal Dott. Raffaele Spiazzi
La riproduzione di vignette e testi è libera, purché vengano citate fonti e autori.

Noi e gli altri

Noi e gli altri. Un tema vasto, reso tanto più complesso dal moltiplicarsi degli attori sulla scena sanitaria. Dal profondo modificarsi del *setting* di cura.

“Il medico e il suo paziente come soli su di un’isola deserta”. L’affermazione di un medico berlinese ai primi del Novecento, nel bene e nel male è solo un lontano ricordo. Oggi ci confrontiamo ogni giorno con il lavoro di *équipe* e discutiamo di condivisione di obiettivi, *team building*, valorizzazione e rispetto dei ruoli professionali per una sanità migliore.

Questo numero dà conto di esperienze di successo, maturate nei decenni scorsi e delle tensioni e difficoltà che accompagnano inevitabilmente un processo di crescita e trasformazione.

Non rimpiangiamo il medico, se mai è esistito, che si poneva su un piedistallo, autoreferenziale, onnisciente, onnipotente. Ma la crescita degli altri ci interroga certamente sul nostro ruolo, sulle prerogative, capacità, virtù che possono delineare la nostra identità attuale.

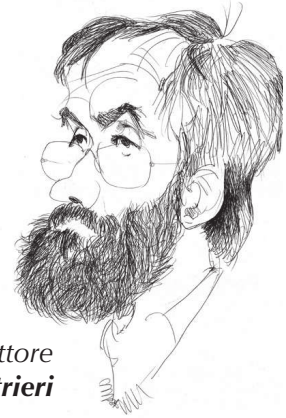
E poi il lavoro del medico è fatto anche di relazioni che si intrecciano nei luoghi della cura. Cameratismo, amicizie, antipatie, ostilità, talvolta amori sono la trama sottintesa del quotidiano.

Senso del gruppo, della comunità di lavoro tanto più profondo quanto maggiori sono le interazioni e più rilevante la tensione al risultato, la pressione ambientale (penso al Pronto Soccorso, alla sala operatoria, alle urgenze, etc).

Un paese vuol dire non essere soli diceva Cesare Pavese. E così il gruppo dà forza agli individui che ne fanno parte, nel gruppo non ci si sente soli. Dal gruppo qualcuno rimane fuori o sta ai margini. Per scelta sua di volontario isolamento o perché appartiene a figure considerate un po’ ancillari come un tempo gli infermieri prima della loro straordinaria crescita professionale.

E sono tanti gli operatori dell’assistenza, sono spesso fondamentali, decisivi per la qualità delle cure.

Per il rapporto di relazione, per il contatto fisico



Il Direttore
Gianpaolo Balestrieri

di lunghe ore di assistenza ai pazienti. Svolgono i compiti più gravosi, più intimi verso le persone fragili a loro affidate, negli ospedali, nelle RSA.

Si chiamano OTA, OSS, ASA, oscuri acronimi di un gergo alieno.

Non hanno molta voce, il proprio disagio lo esprimono spesso solo a livello individuale.

Sono gli “Invisible colleagues” di cui parla un recente articolo del *New England Journal*¹.

Il loro sentirsi riconosciuti, valorizzati nel prezioso ruolo svolto, la loro formazione, il loro benessere, penso dipenda anche da noi, non tanto per un atteggiamento “buonista” ma perché credo che una comunità di lavoro non possa funzionare bene se una parte rilevante di essa è di fatto emarginata.



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

HOME ARTICLES & MULTIMEDIA ISSUES SPECIALTIES & TOPICS FOR AUTHORS CME



Perspective

Invisible Colleagues

Benjamin J. Oldfield, M.D.

N Engl J Med 2015; 373:792-793 | August 27, 2015 | DOI: 10.1056/NEJMp1506873

Share: [f](#) [t](#) [v](#) [in](#) [+](#)

Article

References

At least twice monthly, I see Ms. F. in the hospital where I’m training. Tall, with olive skin, freckles, and short curly hair, she walks with perfect posture in immaculate sneakers. She’s in her late 20s and has moderate persistent asthma. Her two children, who occasionally visit her at work after school, both have asthma and eczema. Born and raised in East Baltimore, Ms. F. wears Ravens earrings on pregame Fridays and scorns the paucity of purple in my wardrobe.

The rest of her medical history is unknown to me, since Ms. F. is not a patient of mine. I have never seen her medical chart. Rather, we share a place of work: she as a janitor, and I, a resident. I last saw her out of the corner of my eye while discussing a case in the medical ICU, as she carted linens to and from the hospital laundry facility.

We met during my intern year when I was lost in the bowels of the hospital with an elderly patient, looking for the MRI suite. As I simultaneously steered the patient’s gurney and called my senior resident for directions, I nearly ran over Ms. F. She dodged, smiled knowingly at my distress, and escorted us to the scanner. She remembers that event, and her toothy grin has brightened each interaction since.

1 Oldfield BJ Invisible colleagues N Engl J Med 2015; 373: 792-793

La grande paura

Quarantacinque anni fa Barbara Bates (1928-2003), internista e professore di *nursing*, scriveva: *Medicine and nursing have common goals: the preservation and restoration of health*¹.

La complessità dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria legata allo sviluppo tecnologico, sosteneva, rendevano ancora più evidenti i problemi e le tensioni nelle relazioni interprofessionali.

Siamo nel 1970!

Pare che il tempo si sia fermato, che la rivoluzione delle conoscenze degli ultimi decenni e la conseguente complessità della cura e dell'assistenza, non paragonabile alla medicina "Povera" (con la P maiuscola), degli anni settanta sia passata sopra le nostre teste o meglio si sia realizzata nonostante noi.

Noi. Intendo tutti noi.

Medici, Odontoiatra, Farmacista, Medico Veterinario, Psicologo, Infermiere, Infermiere pediatrico, Ostetrico, Podologo, Fisioterapista, Logopedista, Ortottista - assistente di oftalmologia, Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, Tecnico della riabilitazione psichiatrica, Terapista occupazionale, Educatore professionale, Tecnico audiometrista, Tecnico sanitario di laboratorio biomedico, Tecnico sanitario di radiologia medica, Tecnico sanitario di neurofisiopatologia, Tecnico ortopedico, Tecnico Audioprotesista, Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionione Cardiovascolare, Igienista dentale, Dietista, Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro e Assistentes sanitario, Operatori socio-sanitari (spesso dimenticati eppure essenziali).

¹ *Doctor and Nurse: Changing Roles and Relations* Barbara Bates, M.D. *N Engl J Med* 1970

Il Presidente
Ottavio Di Stefano



Riporto per intero l'elenco, non per sfizio, ma perché è la rappresentazione "plastica" della sanità e della medicina di oggi e delle relazioni vere con cui dobbiamo fare i conti per prenderci cura del "nostro" malato in termini crudi, professionali e non retorici.

Abbiamo paura.

Noi medici abbiamo paura di perdere un'anacronistica "dominanza" e molti altri operatori di non riuscire ad eroderla utilizzando strumentalmente la nuova e vera professionalità maturata in anni di evoluzione formativa.

L'autonomia da tutti giustamente rivendicata scade, allora, in connotazione corporativa. L'atto medico, da un lato, definito per legge. Definizione che dovrebbe essere rivista continuamente e che determinerebbe confini rigidi non evidenti né praticabili nella clinica quotidiana.

Le rivendicazioni, dall'altro, di posizioni di "coordinamento" (o sconfinamento) nei campi diagnostici e terapeutici che non sono propri della formazione acquisita.

Il dibattito è acceso e dirompente.

E la realtà?

Quell'uomo che si ritrova di notte estraneo in una corsia, ancora incredulo di cosa stia succedendo, sconvolto dalla cesura drammatica dal

suo ambiente familiare, incontra altri due estranei che - ma guarda - con toni e parole, magari appropriate, si prendono cura di lui. Lui non è più un estraneo per noi, medico, infermiere, tecnico, fisioterapista... ma è il nostro malato che ha diritto alla cura e noi, tutti noi, il dovere di garantirla. Il dibattito è acceso e dirompente e non dobbiamo negarlo o sottovalutarlo.

Negli ultimi decenni le tre transizioni, epidemiologica, demografica e sociale hanno radicalmente mutato il sistema salute nel nostro paese, come in buona parte del mondo.

La continuità di cura e di assistenza richiedono ben altra organizzazione del sistema in cui il coordinamento fra i vari attori è indispensabile per far fronte, utilizzando il solito abusato termine, alla medicina della complessità, garantendo nel contempo la sostenibilità dei principi di universalità e solidarietà.

Eppure, esponendomi a giuste critiche per l'apparente semplicità della formula, credo che abbiano ragione *Amireh Ghorob e Thomas Bodenheimer in "Sharing the Care to Improve Access to Primary Care" (NEJM 2012).*

Il cambiamento culturale, sostengono, è il passare da "I" a "we", che in un percorso condiviso può anche comportare la "reallocation of responsibilities".

Attenzione non vuol dire cessione di parte del nostro ruolo, ma riconoscere ambiti di intervento che la nuova medicina "esigente" ci impone. Si pensi all'analisi dei bisogni assistenziali del paziente multipatologico sul territorio che contribuisce in modo determinante ad una strategia di cura che concili le priorità (i bisogni) del paziente e le priorità mediche (leggi: politerapia, *follow up* complesso etc).

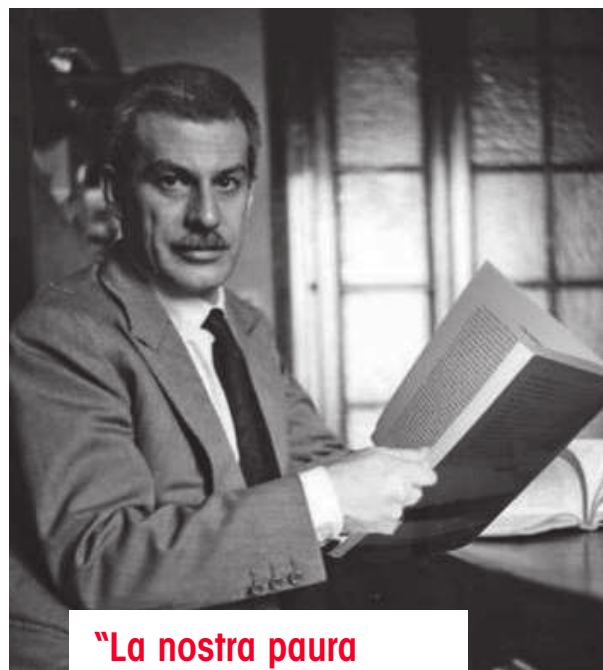
Ed ancora la presa in carico, sempre sul territorio, del paziente a media intensità assistenziale che secondo la riforma regionale dovrebbe essere prossima (?).

Come pensare di realizzarla senza un'integrazione vera fra i vari operatori (medici di medicina generale, medici specialisti, infermieri, assistenti sociali, fisioterapisti, operatori di supporto...)?

E dal lato dell'ospedale: la tecnologia sempre più complessa che rende del tutto necessaria la specializzazione anche delle figure professionali non mediche.

Ne abbiamo fatto oggetto dei nostri corsi. Non ci illudiamo che il livello, davvero alto, di relazioni raggiunto nella teoria si trasformi in prassi a breve, ma questa non è solo la strada giusta, è l'unica.

Non nascondiamoci dietro la nostra piccola paura in questo nostro tempo pervaso da ben altre e più grandi paure.



"La nostra paura del peggio è più forte del nostro desiderio del meglio"

Elio Vittorini

Il medico e le altre figure professionali sanitarie

Roberta Chersevani

Presidente Federazione Nazionale Ordine Medici

Deontologia

Il rapporto tra il medico e le altre figure professionali sanitarie si fonda sulla collaborazione, la comunicazione, l'integrazione.

L'articolo 66 del Codice di Deontologia della nostra professione (versione 2014) recita: "Il medico si adopera per favorire la collaborazione, la condivisione e l'integrazione fra tutti i professionisti sanitari coinvolti nel processo di assistenza e di cura, nel rispetto delle reciproche competenze, autonomie e correlate responsabilità.

Il medico sostiene la formazione interprofessionale, il miglioramento delle organizzazioni sanitarie nel rispetto delle attività riservate e delle funzioni assegnate e svolte e l'osservanza delle regole deontologiche."

Anche le altre professioni sanitarie hanno un codice deontologico.

Farò riferimento a quello dell'infermiere e del Tecnico Sanitario di Radiologia Medica (TSRM).

Nel codice dell'IPASVI: "L'infermiere riconosce che l'interazione tra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono



modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito. In un altro articolo: "L'infermiere conosce il progetto diagnostico-terapeutico per le influenze che questo ha sul percorso assistenziale e sulla relazione con l'assistito". E infine: "L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori di cui riconosce e valorizza lo specifico apporto all'interno dell'equipe."

Per quanto concerne i Tecnici Sanitari di Radiologia Medica, si legge che TSRM è il professionista che: pur nella sua autonoma responsabilità professionale, ai fini del proprio servizio ritiene essenziale la collaborazione con le altre professioni sanitarie delle quali riconosce e rispetta le specifiche competenze.

Il modello perfetto

La collaborazione interprofessionale si attua secondo un modello perfetto se i componenti sanno riconoscere la propria identità professionale; se si comprende il ruolo dei componenti del team, se coesistono responsabilità, *accountability*, coordinamento, comunicazione e cooperazione. Servono anche determinazione (*assertiveness*), autonomia, fiducia e rispetto verso gli altri. Si viene così a realizzare un lavoro di équipe, che definisce un gruppo di persone che svolgono un'attività con un fine comune. In un contesto ottimale si realizza il benessere organizzativo, vale a dire la capacità di un'organizzazione di promuovere e mantenere il più alto grado di benessere fisico, psichico e sociale della comunità lavorativa, nell'ottica di un miglioramento sia della prestazione che della soddisfazione dei singoli componenti l'organizzazione.

Maggiore vicinanza nei contesti difficili

La consuetudine fatta di ore trascorse assieme in contesti soprattutto ospedalieri, a portare il proprio contributo assistenziale al malato ricoverato o ambulatoriale, non mi pare sperimenti contrasti e difficoltà di cui frequentemente si legge, talora esacerbate proprio da certi articoli della stampa specialistica, e spesso anche dalla politica. Il grande carico di lavoro che in questi anni pesa sia sui medici che sulle altre professioni penso finisca con il creare un clima di maggior vicinanza, come per chi si trova a convivere in contesti difficili e onerosi.

La trasformazione della professione infermieristica

L'implementazione nel tempo delle competenze sanitarie infermieristiche origina con il decreto legislativo n. 502/92, e successivamente con il n. 739 del 1994, che individuano la figura dell'infermiere e ne definiscono i profili professionali. La legge 42 del 1999 diventa un ulteriore punto di partenza della trasformazione della professione infermieristica, abrogando il mansionario e identificando un percorso didattico universitario. La legge 43 del 2006

istituisce i relativi ordini professionali. Il percorso più recente prevede un accordo tra Governo e regioni, che definisca ruoli, competenze, relazioni professionali e le responsabilità individuali e di équipe su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione. Le aree in cui si svilupperanno le nuove competenze e quindi la formazione specialistica degli infermieri sono sei: area delle cure primarie/servizi territoriali, area intensiva emergenza/urgenza, area medica, area chirurgica, area neonatologica e pediatrica, area salute mentale e dipendenze. Io sono certa che il medico è ben contento di avere accanto un "infermiere" preparato e competente. È da auspicare tuttavia che non si verifichino fenomeni di *task-shifting*, legati ad un efficientamento prevalentemente economico.

Serve una legge sull'atto medico?

Serve definire l'atto medico per poter gestire senza equivoci la relazione tra il medico e le professioni sanitarie. Vanno evitati conflitti di competenze che ricadrebbero sul paziente e sulla sua sicurezza. Le professioni sanitarie si affiancano al medico e non lo sostituiscono. Mi piace pensare ad una similitudine con l'orchestra. Un'orchestra è costituita da tanti musicisti. Il direttore di orchestra ha un ruolo interpretativo del brano musicale e di coordinamento dei diversi musicisti. ●

La relazione necessaria: medici e altre professioni sanitarie

Come trovare la via di un'interazione possibile

Testo a cura di Lisa Cesco
giornalista



Ancora troppe le barriere culturali che impediscono una reale collaborazione fra professionisti della sanità, nel rispetto delle reciproche competenze. Per passare dall'“Io” al “Noi” serve più dialogo, una mentalità nuova (soprattutto da parte dei medici) e il riconoscimento di maggiore autonomia alle professioni sanitarie.

Hanno partecipato:

Gianpaolo Balestrieri, Direttore responsabile di Brescia Medica

Ottavio Di Stefano, Presidente dell'Ordine dei Medici

Angelo Bianchetti, Direttore Dipartimento Medicina Istituto Clinico S. Anna

Intissar Sleiman, Medico U.O. Geriatria, Fondazione Poliambulanza

Stefano Bazzana, Presidente Collegio IP.AS.VI. Brescia

Antonella Novaglio, Presidente Collegio Ostetriche di Brescia

Gilberto Contrini, Presidente Collegio Professionale Tecnici Sanitari di Radiologia Medica Brescia

Gianluca Rossi, Presidente Associazione Italiana Fisioterapisti Regione Lombardia

Pompeo Cammarosano, Infermiere Spedali Civili di Brescia

Cristian Pintossi, Infermiere Spedali Civili di Brescia

Adriano Torri, Infermiere Fondazione Poliambulanza, Brescia

Monica Murari, Infermiere Ucam Asl Brescia DGD 3 - Gardone Val Trompia

Giovanna Ghitti, Assistente sanitaria Fondazione Poliambulanza, Brescia

Nel tempo della medicina della complessità l'interazione fra medici e altre professioni sanitarie diventa un imperativo. Serve un salto di qualità nella gestione del malato, una crescita culturale per passare dall'“io” al “noi”. Oggi è necessario guardare all'assistenza e alla cura come a un lavoro d'équipe, cui ciascuno - i medici e le altre professioni sanitarie - è chiamato a contribuire in base alle proprie competenze. Nella pratica, tuttavia, il percorso è tutt'altro che semplice, perché la via dell'interazione richiede sacrificio, umiltà, sforzo nel comprendersi e nel mettersi in gioco. Molto più facile alzare barriere, far scattare difese, rivendicare primazie anacronistiche che non aiutano la condivisione delle scelte. Al rapporto con le professioni sanitarie l'Ordine dei Medici ha voluto dedicare un Forum, partecipato da medici e da una rappresentanza delle altre professioni (sono 22 quelle sanitarie normate dalla legge, per necessità sono state selezionate per il confronto solo alcune categorie, ma la rivista Brescia Medica rimane aperta ai contributi che tutte le professioni sanitarie vorranno offrire sul tema). Un momento di scambio, all'insegna della sincerità, che ha consentito di far emergere i nodi profondi dell'interazione professionale in ospedale e sul territorio, individuando possibili strategie di conciliazione fra le diverse competenze e responsabilità.

Medici giù dal piedistallo

«La nostra professione ha conosciuto negli ultimi decenni dei mutamenti profondissimi, un tempo i medici erano figure sul piedistallo, e le altre professioni sanitarie avevano con loro un rapporto ancillare - osserva il direttore di Brescia Medica, **Gianpaolo Balestrieri** -. Oggi non è più così, le cose sono cambiate in maniera radicale, nei differenti setting di cura è necessario un lavoro di équipe. Se pensiamo alle diverse figure della sanità, emerge come i tecnici di radiologia hanno sempre avuto un ruolo rilevante, lo stesso vale per le ostetriche, che vantano una storia molto antica. Da ultimo abbiamo assistito a una significativa crescita degli infermieri, favorita da percorsi formativi di tipo universitario e da una maggiore autonomia professionale».

Tutto questo ha comportato delle indubbie positività, ma anche dei problemi. «Il rischio è che accanto a questa potente crescita si sia smarrito il senso della condivisione: emblematico è l'esempio del giro visita in reparto, che viene fatto dai soli medici mentre gli infermieri sono assorbiti dal loro ruolo di cura».

Gli stereotipi sono duri a morire

Secondo **Stefano Bazzana**, presidente IPASVI, uno dei nodi ancora da sciogliere sta «in una serie di stereotipi duri a morire, quasi ci fossero professioni di livello A e altre di livello B o C. Mentre tutto andrebbe rivisto alla luce delle relazioni, dei contributi che ciascuno, con le proprie competenze, porta al risultato finale». Spesso è sul campo che ci si guadagna margini di autonomia, come racconta **Adriano Torri**, infermiere di Poliambulanza. «Svolgo questa professione da 15 anni, ho respirato i grossi cambiamenti della formazione infermieristica portati dalla legge 42 del '99, ma al mio esordio in corsia mi sono scontrato con una realtà che non rispettava queste aspettative maturate a livello accademico». Grazie all'esperienza, le cose sono gradualmente cambiate, «ma la sudditanza psicologica verso il personale medico c'è ancora, e rimangono alcune incongruenze: dagli infermieri ci si aspetta che dopo la formazione triennale sappiano svolgere la professione gestendo ad esempio un turno in completa autonomia, mentre per i medici, dopo i sei anni accademici, sono previsti ancora periodi di formazione». Una discrepanza oggi colmata in ambito universitario, con la proposta di master clinici di approfondimento.

«La professione infermieristica è comunque riuscita a ritagliarsi competenze che fino a qualche anno fa erano impensabili - sostiene **Torri** - In Poliambulanza, ad esempio, l'infermiere è in grado di utilizzare l'ecografo per gli accessi vascolari, a tutto vantaggio del paziente che non viene “punto” inutilmente».

Due isole felici

Ci sono professionisti della sanità che vivono il loro ruolo in assoluto equilibrio, come **Giovanna Chitti**, oggi assistente sanitaria in Poliambulanza, un tempo infermiera in sala operatoria all'ospedale Civile. «Ho iniziato negli anni Ottanta e ricordo che in sala

operatoria non ho mai avuto problemi, nessuno si sentiva inferiore alla categoria medica, ognuno rispettava le proprie mansioni. E anche oggi, che sono assistente sanitaria, non ho difficoltà a rapportarmi con nessuna figura. Mi considerano una professionista, e come tale gli altri mi rispettano». Alla base della non facile interazione fra figure sanitarie c'è, secondo **Chitti**, una scarsa conoscenza: «Il medico deve ancora capire le altre figure, spesso - ed è emblematico il caso dell'assistente sanitaria - non risulta chiaro cosa faccia il singolo professionista».

Un'altra "isola felice" è quella raccontata da **Monica Murari**, infermiera di prima linea sul territorio, presso l'Ucam dell'area di Gardone Val Trompia. «Lavoro con 12 medici, il Comune collabora con noi, conosciamo le problematiche del territorio, c'è un'integrazione totale che ci permette di gestire al meglio le situazioni». Vicino all'Ucam ci sono i medici della continuità assistenziale, «con loro facciamo degli aggiornamenti sul campo, su manovre che non hanno avuto possibilità di eseguire così spesso come il personale infermieristico, e abbiamo la possibilità di segnalare tempestivamente i pazienti critici». Anche con l'ospedale c'è un proficuo scambio di idee, «che ha come fine il benessere del paziente, per creare a casa le condizioni che permettano la permanenza al domicilio il più a lungo possibile».

Un'interazione in cerca d'autore

«L'interazione fra la professione medica e quelle sanitarie è ancora da compiersi - afferma **Gilberto Contrini**, presidente del Collegio Professionale Tecnici Sanitari di Radiologia Medica - Il problema è prevalentemente culturale, e soprattutto della classe medica, che trova estrema difficoltà nell'interagire con le altre professioni, forse per paura di perdere potere». In ambito radiologico, ad esempio, il medico «vuole essere il dominatore di tutto il processo, pur non essendone completamente partecipe nella realtà, perché il contatto con il paziente, prevalentemente, è gestito dal tecnico». Eppure i tempi sono cambiati, in altri Paesi il tecnico di radiologia esegue indagini ecografiche, mentre in Italia questo non accade. «C'è anche un problema di autoreferenzialità alla base delle professioni, che porta a mettere

dinanzi a sé un muro che non favorisce il dialogo costruttivo». Per uscirne è necessario ritornare al punto di partenza, ovvero il paziente con i suoi bisogni, «attorno al quale devono ruotare le diverse professioni sanitarie con le relative competenze».

Se si vuole arrivare a una effettiva condivisione delle scelte nei *setting* di cura, facendo convivere le diverse autonomie, tra le soluzioni nell'immediato la più efficace «è l'adozione di strumenti quali procedure e protocolli: se definiti con rigore metodologico e adeguato supporto scientifico, possono creare le condizioni per una cooperazione pratica sicura, efficiente ed efficace».

Aggiungi un posto al tavolo

Molto si può giocare anche sul versante della formazione, a parere di

Gianluca Rossi, presidente dell'Associazione Italiana Fisioterapisti della Lombardia.

«È maturo il tempo per pensare a una formazione universitaria a ciclo unico di cinque anni per le professioni sanitarie, anche per uniformarsi a quanto avviene in altri Paesi». Quanto ai medici, la difficoltà di interazione va ricondotta già al loro percorso formativo, «perché durante il corso di laurea in Medicina non è previsto un momento in cui gli studenti incontrano le altre professioni, a differenza di quanto accade a noi».

Da non trascurare nemmeno l'aspetto regolatorio e organizzativo: «In Regione Lombardia i processi di ambito terapeutico e organizzativo della sanità vengono gestiti per la maggior parte da medici. Sarebbe un passo fondamentale se anche le altre professioni sanitarie potessero partecipare ai tavoli tecnici dove si discutono le delibere e le azioni regionali, finora calate dall'alto».

Parola d'ordine: elasticità

«L'interazione è necessaria, e dove non si realizza chi ne paga le conseguenze è sempre il paziente. Lo vediamo nella realtà di tutti i giorni, con il paziente anziano che ha bisogno di un'équipe che si prenda cura di lui, dal medico all'infermiere al tecnico della riabilitazione», osserva **Angelo Bianchetti**, direttore del Dipartimento di Medicina dell'Istituto Clinico S. Anna. A "remare contro" è la rigidità del sistema, «un po' dettata da

regole e protocolli, un po' dalle difese alzate da ciascuno di noi».

La necessità di interazione dal basso si scontra ancora con "regole del gioco" non abbastanza flessibili, ma il presupposto da cui partire è che ogni professione «deve dimostrare sul campo la sua indispensabilità rispetto al paziente, che va messo al centro con i suoi bisogni: al di là di procedure e protocolli bisogna fare emergere all'interno di un unico obiettivo la propria specificità». Questo, nel concreto, significa molte cose: vuol dire che il ruolo di "case manager" può essere spostato dal medico all'infermiere, e che le decisioni sulle dimissioni di un paziente complesso vanno condivise fra i diversi professionisti. Con una consapevolezza di fondo: «Nessuno può stare chiuso in ambiti troppo rigidi».

Da dispensatori di pastiglie a prescrittori di farmaci?

«Noi infermieri siamo ancora "esecutori" per forza di cose, perché è l'organizzazione che ci obbliga a fare in questa maniera», sostiene **Pompeo Cammarosano**, infermiere degli Spedali Civili, orgogliosamente appartenente all'ultimo anno della Scuola professionale regionale, poi sostituita dalla formazione universitaria. Se gli infermieri non sono più presenti nel giro visita c'è un motivo preciso, perché i medici in reparto sono tanti, e seguirli tutti è quasi impossibile. «Alla fine fra schede, terapie e incombenze varie diventa un gioco ad evitarsi, a non conoscersi. E quando i pazienti ci dicono "siete dispensatori di pastiglie" non possiamo che rispondere "purtroppo sì"». Secondo **Cristian Pintossi**, infermiere degli Spedali Civili, c'è anche un problema più a monte, che sta nella rigidità del sistema. «Le modalità organizzative sono rimaste quelle di trent'anni fa, gli infermieri sono sempre meno e soprattutto mancano di strumenti. Pensiamo alla possibilità di prescrivere alcuni farmaci e ausili: è tempo di riconoscerla agli infermieri perché questo sbloccherebbe molte situazioni. I medici dovrebbero essere i primi ad accettare queste aperture, invece che alzare le barricate con i loro sindacati».

In diverse Regioni italiane, peraltro, si stanno affermando modelli organizzativi che tendono a riconoscere maggiori competenze agli infermieri, come i reparti a gestione

infermieristica o la modalità "See and treat" in Pronto soccorso per le patologie minori, sperimentata in Toscana e in altre realtà territoriali.

L'infermiere come medico-bonsai? No, grazie

La possibilità per gli infermieri di prescrivere farmaci non entusiasma, invece, il presidente IPASVI **Bazzana**. «La cosa davvero importante è il riconoscimento di autonomia e responsabilità sul nostro specifico disciplinare a tanti livelli, nella gestione del malato come nella prescrizione degli ausili che conosciamo e utilizziamo, perché in questi casi è assurdo dover rincorrere il medico per una firma». La strada giusta non è quella di trasformare l'infermiere in un mini-medico, ma quella di valorizzare e riconoscere le competenze specifiche della sua professione.

«Sui modelli organizzativi siamo molto indietro, si è ancora frammentati in tanti compiti, mentre servirebbe una coevoluzione delle professioni. Ma in questo campo sembra di tessere la tela di Penelope, anzi sulle competenze specialistiche, previste dal 2006, si fa un passo avanti e due indietro».

Un altro punto nevralgico riguarda i profili di reciproca conoscenza delle diverse professioni. «Noi conosciamo bene la professione medica, il contrario è più difficile: sarebbe importante che le altre professioni entrassero nei percorsi formativi dei futuri medici, per far capire il loro ruolo e le nuove competenze».

Obiettivo vs potere: una dinamica a due dimensioni

«Le ostetriche portano un altro punto di vista, perché si occupano di salute seguendo donne e bambini che stanno bene», dice **Antonella Novaglio**, presidente del Collegio Ostetriche di Brescia. «L'ostetrica ha ambiti di autonomia più ampi, può prescrivere esami per la gravidanza su ricettario bianco, seguire le gravidanze e i parti fisiologici». L'interazione con le altre professioni sanitarie varia molto da realtà a realtà, ma due sono le parole chiave su cui concentrare l'attenzione: "obiettivo", «dal momento che spesso non c'è un obiettivo comune chiaro, e ognuno va un po' così come gli pare», e "potere", «perché a volte vengono fatte cose dai diversi professionisti al solo scopo

di dimostrare il proprio potere: talvolta questa dinamica assume la veste di scontro di poteri, altre volte di concessione di alcune attività: in qualsiasi modo sia, non è più collaborazione». Una soluzione, secondo **Novaglio**, va trovata lavorando su più livelli, «quello della fiducia reciproca, del parlarsi, confrontarsi, discutere insieme i casi. Ma spesso a frenare la comunicazione è la mancanza di tempo, l'incapacità di reggere il conflitto, i ritmi troppo veloci».

Evitare il contatto per allontanare il conflitto

«Dal confronto emergono vari livelli di problemi nel rapporto fra medici e altre professioni sanitarie - riassume il direttore di Brescia Medica **Gianpaolo Balestrieri** - Ci sono indubbi retaggi culturali e una certa arretratezza che caratterizza il panorama italiano, anche se con diverse variabili: il *setting* concreto di assistenza e cura conta molto, perché in alcuni contesti caratterizzati dal "fattore urgenza", come la sala operatoria o il Pronto soccorso, l'équipe è molto più compatta e lavorare insieme crea uno scambio favorevole. In Pronto soccorso, ad esempio, il rapporto con l'infermiere diventa per il medico una grande opportunità di scambio professionale». Aspetto irrinunciabile è riuscire a trovare momenti di discussione e confronto, «perché se non ci si parla si rimane chiusi nella propria visione, dimenticando, al contrario, che il punto di partenza devono essere i bisogni del paziente». Per questo l'escamotage - spesso utilizzato - di evitare il contatto per evitare il conflitto alla lunga non paga, perché non consente di realizzare un dialogo fra le diverse competenze. «Tutti vedono nel medico una figura che è "contro", questo è forse vero sotto l'aspetto culturale, per l'abitudine a tenersi centrato su sé stesso e il timore di perdere il potere - sottolinea **Intissar Sleiman**, medico della Fondazione Poliambulanza - Tuttavia non sarà un intervento sul fronte legislativo che ci farà cambiare atteggiamento: serve piuttosto un cambiamento culturale».

Passare dall' "Io" al "Noi": è il malato che ce lo chiede

Anche il presidente dell'Ordine dei Medici, **Ottavio Di Stefano**, ammette che «da parte dei medici c'è un ritardo culturale (che ancora sopravvive nell'idea dura a morire che l'infermiere sia un attendente) e una autoreferenzialità di fondo che rappresenta un difetto comune, anche perché non abbiamo una struttura ordinistica in grado di valutare l'effettiva qualità del lavoro». Dall'altro lato ci sono le figure sanitarie, che vogliono emergere e che rivendicano la propria posizione di professionisti. «Talvolta la tentazione di andare per conto proprio è forte, ma è una prospettiva impraticabile: dobbiamo stare insieme perché il malato complesso per definizione richiede l'integrazione delle diverse competenze». Nella realtà quotidiana molto dipende dalla disponibilità personale all'integrazione. «Lo sforzo deve essere grande da parte nostra, perché siamo noi medici che ci portiamo appresso il peso maggiore di concezioni retrograde, che emergono sottotraccia - dice **Di Stefano** - Ma per passare davvero dall'"io" al "noi" serve anche un impegno corale, è indispensabile che ogni professione sanitaria faccia la sua parte».

«Il fatto stesso di avere aperto un canale di confronto attraverso questo Forum è un passo importante - aggiunge **Bazzana** - Chissà che il messaggio uscito da questa sede non arrivi in altri ambienti - purtroppo ancora tanti - più sordi al problema». ●

Il parere dei medici

Il rapporto fra le professioni sanitarie

Risultato di un sondaggio fra gli iscritti dell'OMCeO di Brescia

Nel tempo della medicina della complessità l'interazione fra medici e altre professioni sanitarie diventa un imperativo. Oggi è necessario guardare all'assistenza e alla cura come a un lavoro d'équipe, cui ciascuno - i medici e le altre professioni sanitarie - è chiamato a contribuire in base alle proprie competenze. Nella pratica, tuttavia, il percorso è tutt'altro che semplice. Per approfondire questi temi ospitiamo in questo numero di BresciaMedica contributi significativi. Abbiamo anche voluto analizzare come l'interazione fra medico e le altre professioni sanitarie avviene nella realtà quotidiana, quali ostacoli e barriere si frappongono e come potremo procedere nel futuro attraverso un questionario pubblicato sul sito dell'ordine, a cui hanno risposto 562 colleghi (57% di sesso maschile).

La fascia di età maggiormente rappresentata tra quelli che hanno risposto è quella di chi ha fra 51 e 64 anni (49%), seguita da quelli fra 36 e 50 anni (36%), il 14% di quelli che hanno risposto ha meno di 35 anni, mentre l'11% ha più di 65 anni.

I medici di medicina generale e quelli degli ospedali pubblici rappresentano la maggioranza dei *responder* (14% e 26% rispettivamente), significativa è la proporzione dei colleghi che lavorano negli

ospedali privati o come liberi professionisti (10% e 24%), nelle RSA (6%), i pediatri di libera scelta (4%), i medici dei servizi (4%) e gli odontoiatri (13%).

Nella prima domanda è stata indagata la frequenza con cui vi è una interazione significativa con altri professionisti della salute.

Come si può osservare dal **grafico 1**



GRAFICO 1

il 54% dei medici dichiara di avere una interazione più volte al giorno con altri professionisti della salute e l'8% almeno una volta al giorno; minoritaria è la proporzione di chi non interagisce mai (5%) o quasi mai (9%).

Gli infermieri sono i professionisti con cui la collaborazione è più frequente (70% dei casi), mentre la collaborazione e con una frequenza più bassa ma significativa con i tecnici di fisioterapia o terapeuti occupazionali (17% e 3%), con gli assistenti sociali o sanitari (10% e 9%), con i tecnici di radiologia o di laboratorio (11% e 6%) e con professioni specifiche quali l'ostetrica (4%) o l'odontotecnico (14%); il 7% dei colleghi collabora con gli psicologi.

Per il 46% degli intervistati la frequenza di collaborazione con gli altri professionisti della salute è aumentata rispetto all'inizio della attività, mentre per il 45% è rimasta uguale e solo per l'8% è diminuita.

Il **grafico 2** presenta il giudizio circa lo "stato dell'arte" della integrazione fra medici e le altre professioni sanitarie: per il 47% degli intervistati vi è una buona integrazione, mentre per il 34% l'integrazione è soprattutto "sul campo", ostacolata però da burocrazia e timori reciproci; per il 20% l'integrazione è scarsa e soffre di una mancata chiarezza nella definizione dei rispettivi ruoli.

L'interazione con altri medici è per il 48% più frequente che con gli altri professionisti della salute, mentre per il 36% è comparabile e per il 16% è addirittura meno frequente.

Alcune professioni stanno aumentando i loro spazi di intervento (es in alcuni *setting* gli infermieri usano l'ecografo per gli accessi venosi) o ne rivendicano di nuovi (maggiore autonomia nella gestione dei trattamenti farmacologici o nei percorsi riabilitativi ad esempio). Nel **grafico 3** viene presentato il giudizio dei medici intervistati rispetto a questo fenomeno. È interessante osservare come i giudizi positivi sono largamente maggioritari (66%) rispetto a quelli timorosi o addirittura negativi (12%). Per il 37% si tratta di una

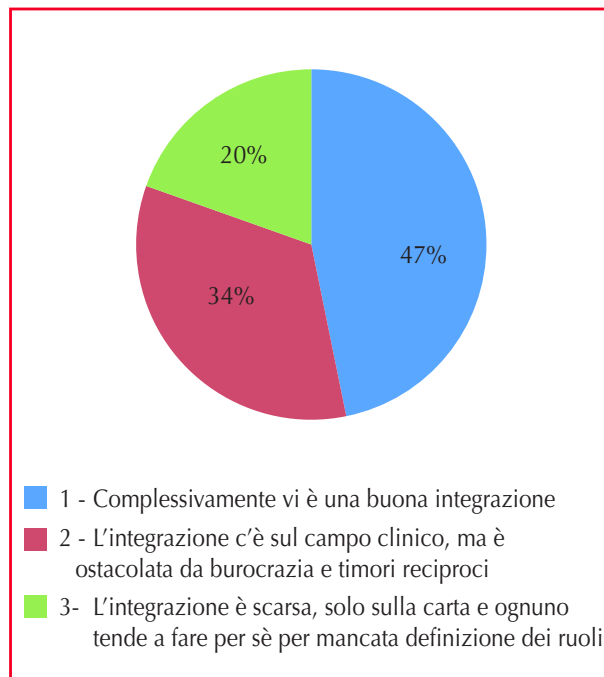


GRAFICO 2

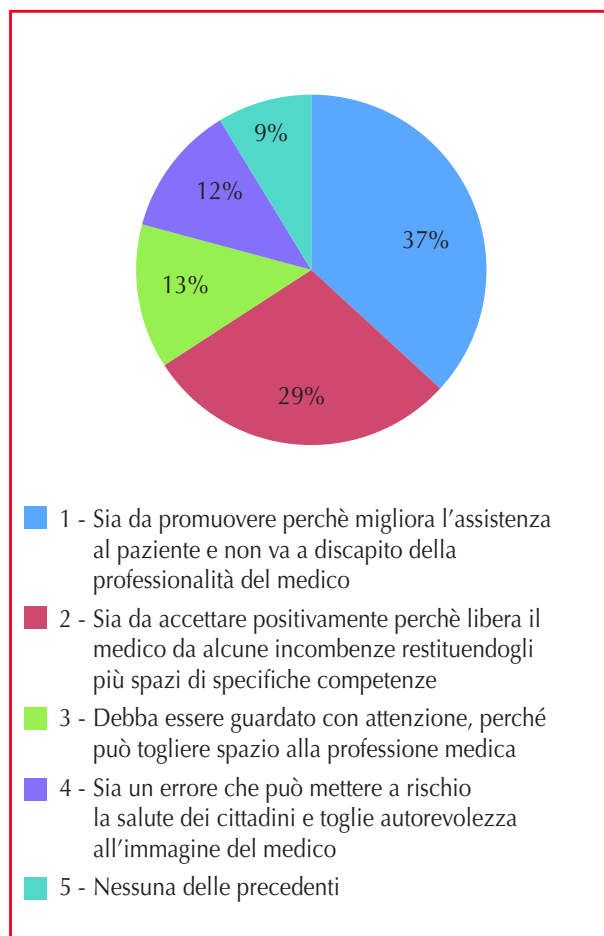


GRAFICO 3

evoluzione da promuovere perché migliora l'assistenza al paziente e non va a discapito della professionalità del medico e per il 29% libera il medico da incombenze restituendogli più spazi di specifiche competenze. Si tratta di giudizi di grande interesse che liberano il medico dalla immagine stereotipata del professionista che è incapace di collaborare con le altre professioni, geloso delle sue competenze e prerogative!

Certamente la collaborazione interprofessionale è limitata da diverse ragioni e non dipende solo da "buona" o "cattiva" volontà dei medici. Il problema della responsabilità medico legale è per il 24% dei colleghi la principale ragione ostativa ad una più fattiva collaborazione; i carichi di lavoro eccessivi (22%) e la scarsa definizione dei ruoli (17%) sono le altre ragioni strutturali ritenute di maggiore rilievo. Esistono anche ragioni interne alle rispettive categorie professionali: per il 15% il medico si ritiene il protagonista principale e per il 10% sono invece le altre professioni sanitarie che esercitano

una "eccessiva ingerenza". È interessante osservare come solo per il 5% degli intervistati il limite ad una maggiore collaborazione risiede nella "scarsa preparazione" delle altre professioni rispetto al medico.

Nel sondaggio sono state proposte una serie di "affermazioni" relative al rapporto medico-altre professioni sanitarie, chiedendo di esprimere un parere agli intervistati.

Nella tabella vengono presentati i risultati di questa inchiesta.

Per la maggior parte degli intervistati il medico deve restare al centro del processo decisionale per la salute delle persone (66%) ma l'attività clinica trarrebbe vantaggio da una collaborazione più stretta con le altre professioni sanitarie (95%). Che le ragioni della spinta dei sistemi ad un maggiore protagonismo delle professioni sanitarie non mediche sia di tipo economico lo pensa oltre la metà del campione (62%). Controverso è il tema della formazione professionale; la proposta (avanzata da alcune parti sul modello

Affermazioni	per nulla	poco	abbastanza	completamente
Il medico deve essere al centro delle decisioni per la salute delle persone. Le altre professioni sono ancillari	9	25	44	22
L'attività clinica sarebbe avvantaggiata da una maggiore possibilità di collaborazione con le altre professioni sanitarie	1	4	48	47
Le ragioni di una spinta dei sistemi sanitari ad un sempre maggior coinvolgimento delle professioni sanitarie non mediche nei percorsi di cura è soprattutto di tipo economico	7	31	43	19
Tutte le professioni sanitarie (inclusa quella del medico) dovrebbero condividere un piano comune formativo universitario nei primi anni	20	35	33	12
L'Ordine dei Medici dovrebbe favorire una maggiore integrazione dei medici con le diverse professioni sanitarie	5	15	55	25

Tabella Livello di "accordo" rispetto alle affermazioni presentate (i dati esprimono la percentuale di responders)



di altri paesi europei) di un tronco universitario comune seguito poi da percorsi differenziati trova d'accordo solo il 45% dei *responder* con una forte percentuale di "totalmente in disaccordo" (20%). Infine quale ruolo può avere l'Ordine dei Medici? Per la stragrande maggioranza (80%) l'Ordine dovrebbe favorire una maggiore integrazione dei medici con le altre figure professionali sanitarie; una risposta che ci incoraggia sulla strada intrapresa. ●

Il questionario on line permette di trarre qualche elemento di riflessione su un tema che vedrà sempre più coinvolti i medici a tutti i livelli, da quello operativo quotidiano, a quello organizzativo, a quello formativo, a quello di orientamento e di controllo.

- ✓ L'interazione fra i professionisti della salute è una realtà per la stragrande maggioranza dei medici, anche se con intensità diversa in base al luogo e al tipo di lavoro, ed appare in costante aumento.
- ✓ Gli infermieri sono i professionisti con cui la collaborazione è più frequente, ma molteplici e frequenti sono le collaborazioni con numerose altre categorie di professionisti della salute, tanto da disegnare una rete di interazione estremamente variegata e complessa.
- ✓ Il livello di integrazione professionale è adeguato sul piano operativo, anche se ostacolato da ragioni normative e burocratiche, da poca chiarezza dei ruoli, da carichi di lavoro eccessivi.
- ✓ L'aumento dello spazio di intervento delle professioni sanitarie non mediche non è visto come un fenomeno negativo o che va a discapito della salute dei cittadini, ma una evoluzione naturale dei sistemi sanitari che devono rispondere a problemi sempre più complessi e variegati.
- ✓ Il medico deve restare al centro del processo decisionale per la salute delle persone, ma sviluppando una collaborazione più stretta con le altre professioni sanitarie.
- ✓ Compito dell'Ordine dei Medici dovrebbe essere quello di favorire una maggiore integrazione dei medici con le altre professioni sanitarie.

Medici e infermieri: cowboy o 'pit crews'?

Scenari di cambiamento

Ermellina Zanetti

Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia e
Associazione Assistenza Primaria in Rete

È cambiato lo scenario, ma non i servizi

Nel suo libro *"The Youngest Science"* il medico-scrittore Lewis Thomas così descrive il suo tirocinio presso il *Boston City Hospital* nel 1937: *"l'ospedale era principalmente un luogo di custodia e se essere in un letto d'ospedale faceva la differenza era per lo più dovuto al cibo, al riposo, all'ambiente caldo, pulito e protetto, alla cura gentile e alla bravura ineguagliabile delle infermiere nel fornire queste cose. Se sopravvivevi o meno dipendeva dalla storia naturale della malattia. La medicina faceva poca o nessuna differenza"* (Thomas, 1995).

Da allora molto è cambiato: oggi abbiamo medici e ospedali altamente specializzati, farmaci per curare la maggior parte delle malattie, tecnologie che supportano la diagnostica e la pratica chirurgica. Anche la professione dell'infermiere è stata investita da un processo di cambiamento: in Italia a partire dagli anni '90 abbiamo assistito alla trasformazione da operatori, con un rigido mansionario e scarsa autonomia decisionale, a professionisti responsabili dell'assistenza e al passaggio da una formazione professionale,

fortemente orientata alle tecniche, ad una formazione universitaria dove conoscenza, tecnica e attività clinica alimentano le competenze. Cambiamenti senz'altro importanti, al passo, o rincorrendo altri paesi in Europa e nel mondo dove la professione dell'infermiere ha ampi spazi di autonomia e di specializzazione.

In questo scenario ciò che a mio parere non è cambiato, se non minimamente, è l'organizzazione dei servizi, nonostante la pressante richiesta di cura e assistenza da parte delle persone affette da malattie croniche, che rappresentano oggi una rilevante percentuale di coloro che si avvalgono dei servizi sanitari e socio sanitari. L'Italia, tra i grandi Paesi europei, è l'unico a non aver riorganizzato con una visione unica e condivisa il suo sistema di continuità assistenziale negli ultimi trent'anni.

Gli altri Paesi

Altri Paesi, europei e non, sono stati più lungimiranti e già da alcuni anni hanno attuato vere riforme per definire il problema e garantirne la sostenibilità: si pensi alle riforme delle cure a lungo termine in

Germania con l'assicurazione obbligatoria sulla non autosufficienza nel 1995, e gli ultimi provvedimenti sulle prestazioni monetarie nel 2013 e 2015, alla Francia con il sussidio personalizzato per l'autonomia (nel 2002) e alla Spagna con la promozione dell'autonomia personale (nel 2006), o alle riforme del settore sanitario che comprendevano anche le cure continuative come nel Regno Unito il *Care Act* del 2014 (NNA, 2015).

Nuove prospettive

L'ormai noto processo di invecchiamento della popolazione comporta la necessità di nuove prospettive quali l'attenzione per il livello di salute pubblica, le cure di lungo periodo per i malati cronici, la gestione delle malattie acute con una prospettiva diversa rispetto al passato e che sappia ricomprendere fragilità e complessità non come elementi di inappropriatazza, ma come condizioni che caratterizzano scelte e interventi: è questo lo scenario entro cui collocare una profonda riorganizzazione dei sistemi di cura e assistenza e una ridefinizione delle competenze delle professioni sanitarie, medici e infermieri in primis (OCSE, 2013).

La trasformazione necessaria per rispondere ai bisogni in particolare della popolazione anziana e fragile, rispettando criteri di sostenibilità, equità, appropriatezza, efficacia, efficienza e consenso, include una maggiore presenza di infermieri con formazione e competenze specifiche, in particolare nell'ambito delle cure primarie.

Oltre trent'anni fa la dichiarazione di Alma Ata proponeva la *Primary Health Care* (PHC): una politica ed una strategia articolata, pensata per migliorare lo stato di salute di tutta la popolazione, particolarmente rivolta ai più poveri (economicamente, culturalmente, socialmente) basata sulla partecipazione del singolo e delle comunità alle decisioni riguardanti la propria salute attraverso attività di prevenzione e promozione della salute, tecnologie appropriate, integrazione dei servizi sanitari con altri settori, ad esempio la scuola, i trasporti, i lavori pubblici e sostenibilità degli interventi nel medio e lungo termine. L'efficacia del modello PHC, scarsamente considerato nei paesi industrializzati, è documentata (Kruk et al. 2010). Nel nostro paese l'organizzazione

delle cure primarie richiede un cambiamento culturale: il passaggio da una medicina d'attesa a una medicina di iniziativa, come proposto nel modello della PHC (intercetto coloro che sono a rischio di sviluppare malattie o problemi di salute) con un forte investimento di risorse e nuove progettualità sul territorio.

Il modello inglese

Al riguardo è interessante l'esperienza della Gran Bretagna avviata nel 1990 e, più recentemente della Spagna: nel modello inglese si è assistito ad un ampliamento delle competenze degli infermieri (sono gli infermieri ad occuparsi di alcuni problemi clinici dei pazienti, a ripetere le prescrizioni o a farne per alcuni farmaci) con relativo strascico di polemiche e perplessità da parte dei medici come ben riassunto nell'editoriale pubblicato da Steve Iliffe sul *British Medical Journal* "Nursing and the future of primary care. *Handmaidens or agents for managed care?*" (BMJ. 2000 Apr 15; 320(7241): 1020-1021). Molto più interessante, dal punto di vista della mia professione, è il dibattito sorto tra i colleghi inglesi che temevano di essere considerati come un'espansione del medico e non come una professione autonoma (McDonald et al., 2009). Per gli infermieri inglesi il vero cambiamento risiedeva nell'orientare i loro interventi a partire dalla valutazione dei bisogni per realizzare un progetto di presa in carico orientato alla promozione, al rinforzo delle abilità della persona assistita, allo sviluppo di reti e percorsi integrati con gli altri professionisti, medici compresi.

Infermieri e sviluppo delle competenze assistenziali

Lo sviluppo richiesto alla professione infermieristica non risiede nell'acquire e agire tecniche o competenze "altrui", ma nella valorizzazione delle competenze assistenziali che le appartengono e che possono trovare piena attuazione in modelli organizzativi che valorizzano la presa in carico della persona con problemi acuti o affetta da patologie croniche e che rendano possibile, se necessario, la continuità delle cure e dell'assistenza. La letteratura riporta molte situazioni in cui gli infermieri (da soli o in team multidisciplinare) seguono nel tempo persone affette da patologie

croniche (scompenso di cuore, diabete, BPCO; demenza) con buoni risultati clinici e una riduzione dei re-ricoveri (Echeverry et al., 2015; Jones SL, 2015; Kruis AL et al., 2013; Iliffe S, et al., 2014). Un infermiere esperto nell'assistenza alla persona affetta da demenza o da diabete o da BPCO o da scompenso conosce la patologia, la sua evoluzione e il suo impatto sulle attività di vita, conosce come prevenire le complicanze e ne sa riconoscere prontamente segni e sintomi. Conosce e sa gestire le terapie, gli eventuali device. Collabora con il medico nella gestione del caso per tutto ciò che attiene gli aspetti assistenziali.

Attenzione ai risultati

Un ulteriore cambiamento, che non riguarda solo la professione infermieristica, ma tutte le professioni della salute, è l'attenzione ai risultati. In questo momento storico, di rapporti difficili fra le professioni del medico e dell'infermiere (anche se meno complicati nella realtà di quanto non appaia sulla carta o sulle piazze mediatiche) l'importanza di individuare indicatori di risultato, che nelle condizioni di cronicità spesso si raggiungono con il concorso di tutti i professionisti che operano in team, rappresenta un punto di incontro e di confronto: spostare l'attenzione dai singoli processi (cosa e come facciamo) ai risultati di salute richiede di saper valutare, pianificare, intervenire, misurare ciascuno

per il proprio ambito di competenza.

"Buoni outcome - afferma Atul Gawande professore di politica sanitaria presso la Harvard TH Chan School of Public Health di Boston- si ottengono da una squadra ben coordinata oltre che tecnicamente preparata: la sanità non ha bisogno di cowboys ma di 'pit crews', professionisti che cooperano e collaborano" (www.physicianspractice.com).

La formazione dei professionisti della salute è importantissima e necessaria per supportare il cambiamento: conoscenze, abilità, formazione clinica e, perché no, percorsi comuni per discutere un problema o un caso clinico e al contempo apprendere "sul campo" un metodo per lavorare insieme. ●

PS

"Recentemente - chiosa Atul Gawande - ho incontrato un cowboy reale. Mi descrisse come oggi lavorano i cowboys dediti alla pastorizia di migliaia di capi di bestiame: sono ben organizzati, con responsabilità e compiti a ciascuno assegnati e comunicano tra loro costantemente. Hanno protocolli e check list per il maltempo, le emergenze, le vaccinazioni che devono dispensare. Anche i cowboys, si scopre, funzionano come un team" (www.newyorker.com).



Bibliografia

Echeverry LM, Lamb KV, Miller J. Impact of APN Home Visits in Reducing Healthcare Costs and Improving Function in Homebound Heart Failure. *Home Healthc Now*. 2015 Nov-Dec;33(10):532-7

<http://www.newyorker.com/news/news-desk/cowboys-and-pit-crews>

<http://www.physicianspractice.com/mgma15/atul-gawande-patients-need-pit-crews-not-cowboys>

Iliffe S Nursing and the future of primary care. *Handmaidens or agents for managed care?* *BMJ*. 2000 April 15; 320(7241): 1020-1021.

Iliffe S, et al. The effectiveness of collaborative care for people with memory problems in primary care:

results of the CAREDEM case management modelling and feasibility study. *Health Technol Assess*. 2014 Aug;18(52):1-148

Jones SL Diabetes Case Management in Primary Care: The New Brunswick Experience and Expanding the Practice of the Certified Diabetes Educator Nurse into Primary Care. *Can J Diabetes*. 2015 Aug;39(4):322-4.

Kruis AL et al. Integrated disease management interventions for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Oct 10

Kruk ME et al. The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: A critical review of major primary care initiatives. *Social Scien-*

ce & Medicine 2010; 70: 904-911.

Lewis T. *The Youngest Science* Penguin Books, 1995

McDonald R, Campbell S, Lester H. Practice nurses and the effects of the new general practitioner contract in the English National Health service: the extension of a professional project? *Soc Sci Med* 2009; 68: 1206-12

NNA- Network Non Autosufficienza (Ed) *L'assistenza agli anziani non autosufficienti In Italia. Un futuro da ricostruire 5° Rapporto*, 2015 Maggioli Editore in press

OCSE (2013), *Public spend on health and long-term care: a new set of projections*, OECD Economic Policy papers N°06, Paris

Il lavoro in équipe: cardine per la cura dei cronici

Modello diabete

Umberto Valentini

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

Le malattie croniche

Nei paesi occidentali il miglioramento delle condizioni di vita, di nutrizione, di igiene, i progressi della medicina sia in campo farmacologico che nella prevenzione, hanno portato ad una riduzione significativa delle principali cause di malattia e di morte che hanno caratterizzato lo stato di salute delle popolazioni dei secoli precedenti.

Questi stessi successi che hanno portato all'aumento della vita media, hanno anche determinato un incremento delle patologie legate alla modificazione degli stili di vita e all'invecchiamento della popolazione: le malattie croniche.

Esse attualmente rappresentano più dell'80% delle malattie che colpiscono le popolazioni dei paesi occidentali e sono in aumento (invecchiamento della popolazione, sedentarietà, alimentazione scorretta...); assorbono più del 70% dei costi sanitari diretti e una cifra identica in costi sanitari indiretti e determinano più dell'80% dei ricoveri ospedalieri.

Questa evoluzione dei bisogni di salute, ha creato nuovi modelli assistenziali per rispondere in modo efficace ed efficiente alle malattie croniche.

Chronic Care Model

Il CCM-*Chronic Care Model* (Wagner, 1998), ampiamente affermato in campo internazionale, propone una visione d'insieme delle variabili fondamentali di un sistema organizzativo orientato a gestire i pazienti con patologia a lungo termine. Il presupposto di questo modello è che, per essere efficaci, efficienti e attenti ai bisogni globali dei pazienti, ogni componente della relazione assistenziale (operatori, pazienti ma anche sistema organizzativo) deve svolgere una funzione ben definita e valutabile.

Il CCM pone, in un unico quadro d'insieme, tutti quei fattori organizzativi ed operativi del sistema assistenziale e della comunità che risultano predisponenti per l'azione efficace delle "persone".

Con la sua impronta sistemica, il CCM fornisce, quindi, un messaggio chiaro, che può essere sintetizzabile nella maniera seguente.

Un'organizzazione che voglia applicare efficacemente il *Chronic Care Model* (CCM):

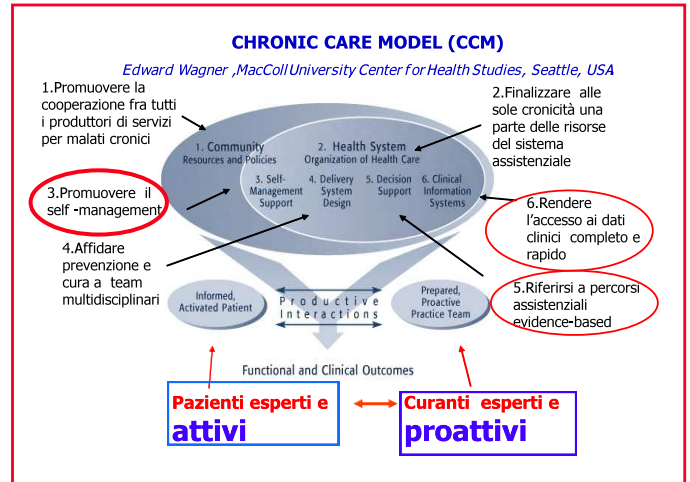
- ✓ deve rivedere una serie di "leve di sistema" (gli assetti organizzativi, i processi decisionali, il sistema informativo, etc.) per creare quelle condizioni di contesto

necessarie a gestire i fabbisogni legati alle patologie a lungo termine;

- ✓ deve, allo stesso tempo, fornire a tutti gli "attori del sistema" gli strumenti che possano facilitare quell'interazione costruttiva tra il paziente ("informato ed attivo") e il team di operatori ("preparato e proattivo") che sta alla base del generarsi dei risultati attesi.

Fondamentale nel CCM è la presa in carico "globale" del paziente e l'attivazione delle potenzialità di quest'ultimo quando è posto nelle condizioni di divenire "cosciente ed esperto" sulla malattia. Quest'area è abbastanza trascurata nelle organizzazioni sanitarie, benché vi siano numerose opportunità e strumenti per il coinvolgimento del paziente (*patient involvement*), per il rafforzamento della capacità di "fare fronte" alla malattia (*ability to cope*) e di autogestione (*self care*): l'*empowerment* rappresenta un asse portante per la gestione efficace, efficiente e *patient-centered* dei pazienti con patologia a lungo termine.

La capacità di una persona con malattia cronica di gestire correttamente e in modo consapevole la propria cura ha una importanza probabilmente maggiore rispetto alle capacità dei professionisti con un impatto molto significativo non solo sulla qualità di vita del paziente ma anche, con percentuali elevate di riduzione dei costi di ospedalizzazione e di uso dei servizi, d'emergenza e non. Questo testimonia in modo evidente che la centralità del paziente non deve essere affermata come un mero principio ideologico, essendo un requisito



fondante di economicità del sistema, oltre che di qualità di vita dei pazienti. Il lavoro in team, l'educazione terapeutica, l'organizzazione dell'assistenza, nate dall'evoluzione della cura della malattia diabetica, sono elementi portanti del *Chronic Care Model*.

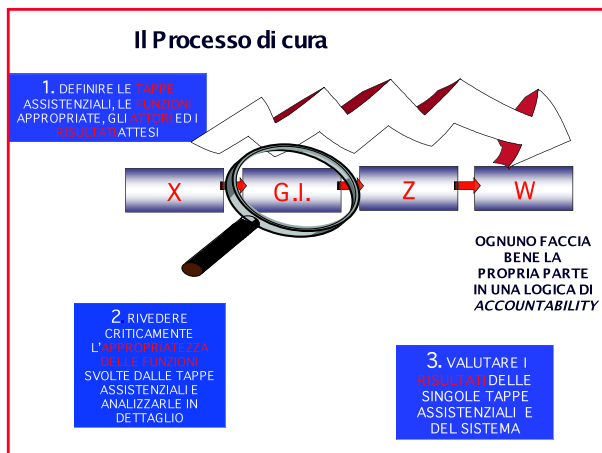
L'evoluzione della cura del diabete

La malattia diabetica si può considerare il paradigma della cronicità, l'area in cui si sono sviluppate modalità assistenziali specifiche della cronicità: la centralità della persona come vero attore del processo di cura, l'educazione terapeutica, il lavoro in team multiprofessionale, il lavoro interdisciplinare, la definizione dei percorsi assistenziali, l'analisi dei dati clinici, economici e della qualità della vita.

I cambiamenti nella cura del diabete tipo 1 dalla scoperta dell'insulina ad oggi, illustrano in modo esemplare l'evoluzione delle strategie del trattamento e della presa in carico del malato cronico.

Schematicamente si possono identificare quattro tappe:

- ✓ La prima coincide con l'inizio della terapia insulinica: il destino di questi pazienti cambia in modo drammatico, scompare la morte certa per chetoacidosi.
- ✓ La seconda è caratterizzata dall'introduzione di altri farmaci (per es. gli antibiotici, gli antiaggreganti, gli antiipertensivi..) in grado di migliorare la terapia delle complicanze, allontanando le invalidità. Queste prime due



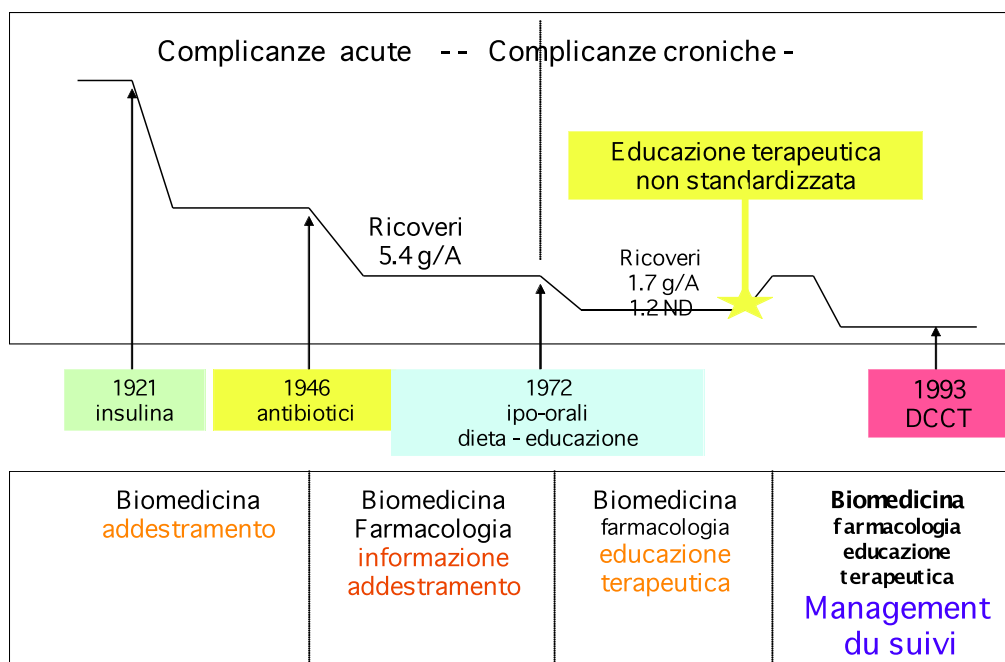
tappe sono il frutto della ricerca clinica e farmacologica.

- ✓ La terza è caratterizzata dall'educazione del paziente: l'inserimento delle scienze umanistiche, centra la cura non sulla malattia, ma sul malato. Questo approccio, migliora la qualità della vita dei pazienti e l'efficacia clinica della cura (terapia educativa).
- ✓ La quarta tappa è l'organizzazione, il management della cura nella sua globalità. Il DCCT e gli analoghi studi Europei, hanno dimostrato come un buon controllo metabolico, mantenuto nel tempo, sia in grado di prevenire e o rallentare le complicanze croniche. Questi studi dimostrano che l'organizzazione dei processi della cura e l'educazione del diabetico sono stati determinanti per ottenere e mantenere nel tempo un buon controllo metabolico. Ecco quindi che l'interesse si sposta sul management: il lavoro d'equipe, il lavoro interdisciplinare, la comunicazione, la raccolta dei dati, la "Total Quality".

Educazione terapeutica e diabete

Nel modello di cura a cui siamo stati formati, il personale sanitario tende a considerare il malato cronico come un paziente in cui, una volta espletato il proprio specifico ruolo, come il fare diagnosi, prescrivere o somministrare una terapia, fornire generiche norme di comportamento, considera esaurita la propria responsabilità al punto da attribuire qualsiasi insuccesso ad una mancata collaborazione del paziente. Questa situazione è un insuccesso, un fallimento della pratica medica: da qui la necessità di portare le persone con malattia cronica ad una autogestione consapevole della malattia. L'educazione terapeutica nasce proprio in ambito diabetologico: dal momento della scoperta dell'insulina, è stato necessario autonomizzare la persona con diabete prima all'autosomministrazione dell'insulina, poi all'autogestione della cura per rispondere ai bisogni complessi della vita quotidiana. Risulta ben evidente il cambio di prospettiva e di paradigma di riferimento: si passa dal modello biomedico della medicina acuta - incentrato sulla malattia e sul suo trattamento

L'evoluzione della cura del Diabete



JP Assal, 1996

- al modello biopsicosociale (Engel, 1977; Engel, 1980) dove la dimensione biologica (la malattia) non è più il solo aspetto da considerare ma ampio spazio viene dato alla persona portatrice della malattia, ovvero ai suoi pensieri, preoccupazioni, aspettative, motivazioni, al suo stile di vita, alla sua vita familiare, sociale, lavorativa,...

I ruoli giocati dal curante e dal paziente cambiano, così come la loro relazione: il paziente diventa il centro dell'attenzione, il curante assume un ruolo di accompagnamento della persona lungo tutto il suo percorso di apprendimento e adattamento alla malattia, in una relazione paritaria. L'educazione terapeutica non è appannaggio di una singola professionalità ma di tutti coloro che a diverso titolo si prendono cura del paziente, per aiutarlo nel processo di accettazione e gestione dei vari aspetti della propria patologia.

Curare in modo efficace una persona con diabete esige competenze complesse:

porre diagnosi, prescrivere la terapia e una alimentazione "terapeutica", insegnare tecniche per la terapia insulinica e l'autocontrollo, progettare e realizzare un percorso di cura negli anni...**Queste attività non possono essere svolte dal solo medico.** Negli ultimi anni, l'assistenza si è modificata: al tradizionale rapporto: medico ordinatore, infermiere/ dietista esecutore - paziente oggetto passivo di prescrizioni, si è sostituito

un processo ben più complesso, nel quale l'obiettivo o gli obiettivi assistenziali, vengono definiti dal gruppo professionale coinvolgendo il paziente, per il cui raggiungimento cooperano, in maniera autonoma e coordinata, tutte le figure professionali. Nasce così il *TEAM* "diabetologico" e l'ambito in cui si muove è soprattutto l'Educazione Terapeutica.

Il ruolo dell'infermiere

L'infermiere di Diabetologia segue la persona con diabete in tutti gli ambiti assistenziali, trattamento (per es la Ketoacidosi, l'ipoglicemia...) diagnosi (screening del piede a rischio...) e

soprattutto per l'autonomizzazione del paziente nell'autogestione della terapia. Inoltre negli ultimi anni l'infermiere ha un ruolo importante nell'ambito "tecnologico" (glucometri, microinfusori, sensori per la glicemia) integrandosi con diabetologo addestrando la persona con diabete all'uso delle tecnologie. L'infermiere, all'interno di un percorso di cura condiviso con gli altri componenti del team diabetologico, segue la persona con diabete nel tempo, raccogliendo i bisogni, verificando le modalità di autogestione, pianificando e attuando azioni, integrate e condivise con il diabetologo per rispondere ai bisogni della persona con diabete.

È quindi indispensabile la formazione e l'aggiornamento continui, le conoscenze dovranno riguardare il diabete in generale ed il suo trattamento, la prevenzione delle complicanze, gli aspetti psicologici legati alla persona diabetica, i principi della pedagogia clinica.

Psicologo

L'avvento della malattia diabetica interviene nella trama di vita dell'individuo come una rottura che porta con sé una serie di costi psicologici, professionali, familiari, sociali ed economici. La malattia irrompe brutalmente nella vita del paziente minacciandone l'integrità fisica, l'immagine di sé, l'autonomia, la progettualità futura, le relazioni familiari, lavorative e sociali: tutto ciò che sino ad allora costituiva la trama essenziale della propria vita è messo in questione ed un intenso lavoro di riorganizzazione si rende necessario per adattarsi alla nuova condizione in cui la malattia assume un posto centrale.

Una malattia acuta, anche se grave, può rappresentare solo una rottura temporanea nel modo di vita abituale del soggetto, la malattia cronica, al contrario, segnala alla persona colpita la perdita definitiva della sua precedente condizione: da quel momento in poi la persona dovrà curarsi in modo continuativo, al fine di evitare o di posticipare il più possibile un decadimento del proprio stato.

Divenire responsabile della propria terapia

può consentire al paziente di riprendere un certo controllo, di ritrovare una maggiore autonomia e sentirsi meno dipendente dagli operatori sanitari. La conoscenza della sua malattia e la capacità di gestire la relativa terapia possono anche favorire l'accettazione di questo stato cronico. Al contrario, la difficoltà ad accettare una malattia irreversibile può ostacolare l'acquisizione di conoscenze ed indurre negligenze nell'applicazione della terapia. Date queste premesse si può ben comprendere quanto sia importante il lavoro dello psicologo per quei pazienti, di solito diabetici di tipo 1, in cui razionalizzare la malattia è difficile e fonte di forte stress.

Dietista

L'alimentazione è terapia nella cura della malattia diabetica, importante ma difficile da implementare. Il dietista quindi ha un ruolo importante: deve sapere "costruire" schemi di alimentazione utili a raggiungere l'obiettivo terapeutico in funzione dei bisogni della persona con diabete (tipo 1, tipo 2, obeso, dislipidemico...); acquisire e usare tecniche di colloquio. In questi anni si è sviluppato un ambito particolare: il "counting dei carboidrati": È una tecnica che permette alla persona con diabete di calcolare la quantità di carboidrati in piatto e decidere la posologia insulinica.

Il lavoro in team

È ormai riconosciuta l'importanza di un approccio "di squadra", nella cura del diabete, ove la complessità, lo stretto legame con lo stile di vita, l'impatto psicologico e sociale rendono indispensabile un sapere multidisciplinare e la coesistenza di diverse competenze. È quindi necessario un approccio diversificato, ma strettamente integrato ed il più possibile omogeneo, che si traduce nell'approccio di squadra. Raramente, però, viene specificato che "lavorare in team" rappresenta il punto di arrivo di un processo formativo che permette agli operatori di trasformare il loro modo di lavorare, passando da una modalità

I fattori determinanti per una corretta costruzione di un team

- ✓ **L'obiettivo:** il risultato da ottenere. Deve essere chiaro, realizzabile e coerente al mandato
- ✓ **Il metodo:** la capacità di darsi delle regole. Danno ordine al lavoro, pianificano il tempo (unica risorsa mai reintegrabile), facilitano l'uso degli strumenti
- ✓ **Il ruolo:** la parte assegnata ad ognuno. Rappresenta il riconoscimento delle specificità in una logica di valorizzazione delle differenze
- ✓ **Il clima:** l'insieme di elementi, opinioni, sentimenti, percezioni. È l'atmosfera del gruppo e garantisce la qualità del sistema
- ✓ **Lo sviluppo:** l'arricchimento individuale. Permette la crescita di ogni singolo partecipante che, riconoscendo il valore degli altri, è in grado di accrescere le proprie competenze individuali
- ✓ **La comunicazione:** il dialogo, l'ascolto, il silenzio, l'operatività, la noia, la confusione

individualistica ad una integrata. Perché le *équipes* di lavoro o di cura alle quali siamo abituati, si trasformino in *team* è necessaria un'evoluzione che richiede l'acquisizione di abilità specifiche e prevede che tutte le persone coinvolte pensino ed agiscano in un modo nuovo e soprattutto siano consapevoli di svolgere un compito scelto, negoziato e condiviso.

Perché un team funzioni è necessario che le persone acquistino consapevolezza delle proprie capacità, siano in grado di riconoscere quelle altrui, si abituino all'analisi ed alla diagnosi delle dinamiche del gruppo, capiscano come attivare i processi di integrazione e di valorizzazione delle differenze.

È per questo che la costruzione del *team*, *il team building*, diventa uno strumento formativo importante che facilita la gestione delle dinamiche del gruppo e dei processi, favorendo l'integrazione.

Matrice delle Responsabilità							
ATTIVITÀ	FUNZIONI						
	RUO	RQL	AA	MED	CI	IP	Diet
Organizzazione percorso Diagnostico Terapeutico	X	0			0		
Visita Medica				X			
Terapia	0			X			
DH				X		0	
Formazione				X		0	0
Verifica Percorso Diagnostico Terapeutico	0	X					

X Responsabilità primaria **0 Responsabilità secondaria**

RUO = Responsabile Unità Operativa CI = Coordinatore Infermieristico
RQL = Referente Qualità IP= Infermiere
AA = Amministrativo DIET= Dietista
MED= Medico

Fig. 3

Il team building: come si costruisce un team

Quando alcune persone si trovano a lavorare insieme, condividono obiettivi, tempi, spazi ed istintivamente si creano dinamiche che, se ben governate, permettono la trasformazione di un piccolo gruppo in un vero *team*. Conoscendo le dinamiche ed i meccanismi che agiscono è possibile governare il processo di trasformazione di un gruppo in *team*; questa tecnica prende il nome di *Team Building* (TB). Il TB è un processo dinamico che consegue a mediazioni e negoziazioni tra diversi livelli (psicologici, relazionali, razionali), che sono patrimonio di ognuno. All'interno di un gruppo di lavoro ogni partecipante si colloca ed agisce secondo logiche che sono la risultante di diverse "dimensioni" con le quali ognuno convive e che si porta dietro. Lavorando insieme in un processo controllato di TB i partecipanti trovano equilibri e nuove modalità di azione in modo da integrarsi in una realtà formata

dal gruppo con nuove regole, nuove esigenze, nuovi riconoscimenti. Organizzarsi alla produzione di un risultato concreto facilita il processo di adattamento dei diversi punti di vista, delle diverse competenze ed è alla base di una reale integrazione tra le persone, di un reciproco "irrobustimento" ed *empowerment* di ogni individuo. Il metodo di costruzione richiede attenzione costante al processo di lavoro e alla gestione del processo di cambiamento che merita un monitoraggio continuo con strumenti adeguati. In questo modo si permette ad ogni individuo l'assunzione di responsabilità verso l'obiettivo scelto e condiviso. I percorsi diagnostico terapeutici, definiti e specifici, permettono di dare concretezza al lavoro in *team*: la progettazione del risultato atteso, permette di declinare tutte le attività necessarie assegnando ad ogni figura del *team* le aree di responsabilità e gli indicatori per monitorare il processo assistenziale (fig. 3).

I principali processi operativi clinici della diabetologia sono:

Diabete tipo 1 all'esordio
 Diabete tipo 1 primo accesso
 Diabete tipo 1 controlli
 Microinfusori (CSII)
 Sistemi integrati
 Gravidanza
 Podologia
 Diabete tipo 2 primo accesso
 Diabete tipo 2 controlli
 Nefropatia diabetica

Il lavoro in team in ambito diabetologico è necessario e indispensabile per ottenere i risultati clinici attesi, per soddisfare i bisogni complessi della persona con diabete.

Tuttavia il team, per essere tale, esige:

- ✓ una "costruzione" (*team building*) che non può essere improvvisata, ma basata su di una metodologia ben definita;
- ✓ la definizione dei processi, con aree di responsabilità ben identificate, ruoli dichiarati e condivisi;
- ✓ una "manutenzione" continua. ●

Bibliografia

Quaglino GP, Casagrande S, Castellano A: Gruppo di lavoro, lavoro di gruppo. R Cortina editore, 1992

Casula C: I porcospini di Schopenhauer. F Angeli editore, 1997

DESG Working Group 2001: Basic Curriculum for Health Professional on Diabetes therapeutic education

WHO Working Group 1998: Therapeutic Patient Education

N Musacchio, U Valentini, S Casagrande: Lavorare in Team. Sarteano 1998, Bayer

N Musacchio, U Valentini, A Sergi, S Casagrande: Formazione Formatori. Artimino 2000, Bayer

N Musacchio, A Sergi: Vademecum del Formatore AMD. CSE editore

Blanchard-Parisi-Carew: Costruire gruppi di successo. Franco Angeli Editore

Maurizio Castagna: Progettare la formazione: guida metodologica per la progettazione del lavoro in aula. Franco Angeli Editore

Ugo Corino, Leo Napoletano: La formazione orientata sul gruppo di lavoro. Istituzioni, pedagogia e dinamiche di gruppo: esperienze. Franco Angeli Editore

Anderson R.M. et al. (1995), "Patient empowerment. Results of a randomized controlled trial". *Diabetes Care*, 18, 7, (Jul), pp 943-949

Barabino B. et al. (2007) "L'elaborazione creativa del proprio vissuto e la

sua trasformazione in opera d'arte", *Journal of Medicine and The Person*, 5, 2, pp 64-71

Brown SA. (1992), "Meta-analysis of diabetes patient education research: variations in intervention effects across studies", *Res Nurs Health*, 15, 6, (Dec), pp 409-419

Ciaccio S. et al (2003), "PRISM, un metodo per visualizzare il peso soggettivo della malattia diabetica", *G It Diabetol Metab*, 23, 4, (Dicembre), pp 189-194

Clement S., (1995), "Diabetes self-management education", *Diabetes Care*, 18, 8, (Aug), pp 1204-1214

Cooper H. et al. (2001), "Chronic disease patient education: lessons from meta-analyses". *Patient Education and Counseling*, 44, 2, pp 107-117

Corabian P., Harstall C. (2001), "Patient diabetes education in the management of adult type 2 diabetes", *Centre for reviews and dissemination Database of Abstract of Reviews of effectiveness*

Couturaud F. et al. (2002), "Education of the adult asthmatic", *Revue des Maladies Respiratoires*, 19, 1, pp 73-85

Davidson J.K. (1991), "Clinical diabetes mellitus: a problem-oriented approach", Thieme ed.

Engel G. (1977), "The need for a new medical model: a challenge for a biomedicine", *Science*, 196, pp 129-36

Engel G. (1980), "The clinical appli-

cation of the biopsychosocial model", *Am J Psychiatry*, 137, pp 535-544

Fireman P. et al. (1981), "Teaching self-management skills to asthmatic children and their parents in an ambulatory care setting", *Pediatrics*, 68, 3, (September), pp. 341-348

Lacroix A., Assal J.P. (2005), "Educazione terapeutica dei pazienti. Nuovi approcci alla malattia cronica", *Minerva Medica*

Mucchielli R. (1993), "Apprendere il counselling. Manuale di autoformazione al colloquio di aiuto", *Centro Studi Erickson*

Prochaska J., Di Clemente C. (1986), *Towards a comprehensive model of change. In: Treating addictive behaviours: process of change*, Miller W., Heather N., New York, Plenum Press, pp 3-27

Renders CM et al. (2001), "Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings". *Cochrane Database Syst Rev*, CD001481

Rollnick S. et al. (2007), "Colloqui motivazionali nella sanità: Aiutare i pazienti", *Behavior Change*, New York, Guilford Press

Rosenstock I. et al. (1988), "Social learning and the Health Belief Model", *Health Educ.*, 15, 2, pp 175-183

Rubin RR., Peyrot M. (1999), "Quality of life and diabetes", *Diabetes Metab Res Rev*, 15, 3, (May-Jun), pp 205-218

La crescita infermieristica nelle competenze in area cardiovascolare

Cosa dice l'Europa

Sonia Tosoni

Coordinatore infermieristico dell'Area Medica del Dipartimento Cardiovascolare della Fondazione Poliambulanza di Brescia

La cultura classica aiuta a ritrovare il concetto epistemologico di una disciplina; Aristotele classifica le scienze differenziandole per il diverso scopo del sapere: le scienze *teoretiche* (Matematica, Metafisica e Fisica) cercano il sapere per se stesso, le *pratiche* (Politica ed Etica) hanno per oggetto il sapere subordinato alla condotta e le *poietiche* o *produttive* indagano il possibile al di fuori dalla scienza stessa. Queste ultime sono ritenute inferiori, e lo sono per il pregiudizio classico contro le attività manuali in quanto attività servili: le scienze produttive sono quelle che Aristotele e i greci definivano *technè* (tecnica) e i latini *ars* (arte), un sapere in cui si esplica la natura razionale dell'uomo e che si compone soltanto di attività pratica e di esperienza. Ed è così che, finora, è stata considerata l'essenza della cura, sia essa infermieristica o medica, una tecnica subordinata alla teoria di pertinenza altrui.

La caratteristica ontologica della cura, che talvolta diviene invisibile proprio perché essenziale, rischia di far dimenticare all'infermiere quali siano i presupposti del *Nursing*. Le occasioni di confronto con le altre professioni chiamate a rispondere ad una relazione di cura offrono oggi agli infermieri l'opportunità di chiedersi da dove essi arrivino e su quali riferimenti culturali e teorici si fondino le radici del *caring*.

Il documento della Società Europea di Cardiologia

Ecco l'importanza di un recente documento di consenso prodotto dal *Cardiovascular Nursing* della Società Europea di Cardiologia (ESC)(1), un documento che richiama all'essenza del processo di crescita culturale e professionale alla quale un infermiere dovrebbe ambire nell'ambito cardiologico: sin dall'incipit si sottolinea come

una prassi esperta non possa prescindere dalla considerazione che per fare bene si debba *conoscere*, e si debba saper argomentare negli ambiti di cura nei quali si è chiamati a lavorare. "A core curriculum for the continuing professional development of nurses: developed by the education Committee on behalf of the council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions of the ESC"¹ è il documento che sintetizza i ventidue programmi disciplinari universitari della laurea infermieristica provenienti da altrettanti paesi europei, e che è volto alla ricerca degli aspetti che definiscano la crescita della professione infermieristica post laurea.

Otto aree identificative

Le aree identificate sono otto, distinte in ordine di priorità e secondo una logica cronologicamente essenziale.

1. Il primo argomento indicato è la **conoscenza particolareggiata della fisio-patologia specifica.**

In tutti i programmi analizzati si legge di una modestia della conoscenza dell'anatomica e della fisiologica dell'apparato cardiovascolare. Il *board* ribadisce il bisogno di investire in cultura scientifica, su argomenti fondamentali per decidere quale sia il miglior processo assistenziale: è necessaria quindi la conoscenza dei meccanismi sottostanti le alterazioni del circolo coronarico e sistemico, i disordini del ritmo, le malattie valvolari e le disfunzioni della pompa cardiaca. Va pertanto conosciuto, e bene, l'aspetto clinico della patologia affrontata, perché l'approccio al paziente e alla malattia che l'attanaglia sia razionale; ciò dev'essere bagaglio di cultura per gli infermieri esperti e, ancor più, per i 'novizi'.

2. Il secondo aspetto riconosciuto è la necessità di **lavorare per accrescere le abilità specifiche del framework.**

Viene sottolineata l'importanza di interpretare l'ECG, conoscere la farmacologia, comprendere i

risultati dei test diagnostici e, laddove l'ambito lo richieda, conoscere e ri-conoscere le alterazioni delle tracce endocavitarie, le immagini prodotte dalla diagnostica invasiva e dalla non invasiva. Il documento invita a superare le resistenze che si palesano negli ambienti sanitari, siano essi ospedalieri o universitari, alla crescita delle competenze avanzate in campo infermieristico; ciò permette di cogliere gli aspetti che portano ad un'assistenza di qualità e garante di sicurezza.

3. **Consolidare tra i professionisti la capacità di lavorare in team,** è descritto come snodo essenziale.

Seppur da tutti riconosciuto vitale nell'affrontare la complessità, questo aspetto rimane spesso un argomento teorico. Edoardo Manzonei, filosofo, direttore generale dell'Istituto Palazzolo e autorevole collega infermiere, identifica l'approccio vincente nel gestire la complessità il "mettere in luce i nostri saperi disgiunti, poiché le singole discipline non bastano a trovare risposte a problemi complessi". La diversità dei contenuti disciplinari non è un limite, ma un valore aggiunto alla finalità gestionale. Più un professionista conosce il *proprium* disciplinare, meglio riesce a condividere il suo sapere, abbattendone i confini.

4. Il documento sollecita **la conoscenza e l'applicazione delle Linee Guida e delle evidenze scientifiche,** senza preoccuparsi di farne una questione di argomenti suddivisi per "profilo professionale".

È fondamentale che un infermiere conosca le Linee Guida inerenti agli aspetti clinici dello STEMI, del NSTEMI, dello scompenso cardiaco, del tromboembolismo polmonare e delle altre principali patologie che si trova ad affrontare: uno studio presentato al Congresso della Società Europea di Cardiologia tenutosi a fine agosto a Londra, dimostra come le equipe assistenziali informate sui contenuti delle Linee Guida - e inserite in contesti dove i "saperi" sono concessi e sono visti come valore aggiunto - siano in

¹ Astin F. et al. A Core Curriculum for the Continuing Professional Development of Nurses Working in Cardiovascular Settings: Developed by the Education Committee of the Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP) on behalf of the European Society of Cardiology. *Eur J Cardiovasc Nur* 2015, Vol. 14(S2) S1-S17

grado di ottenere per i propri pazienti tassi di mortalità e morbilità nettamente inferiori rispetto agli ambienti con una bassa cultura della condivisione. La difficoltà nello sviluppo della conoscenza, si legge nel documento, è molto diffusa in Europa, e lo è anche dove la professione ha avuto un percorso professionale di crescita più consolidato.

5. Il documento sostiene come sia fondamentale ampliare lo spazio di **crescita delle non technical skills**.

Usualmente il professionista viene “schedato” nell’aggiornamento continuo su aspetti doverosi quali il BLS/D, la mobilitazione dei carichi, la sicurezza sui luoghi di lavoro, e molto poco venga invece istruito per accrescere la gestione delle relazioni e delle emozioni. Fanno parte delle *non technical skills* la consapevolezza situazionale, il *decision making*, la comunicazione, il *team work*, la *leadership*, la gestione dello stress, la capacità di affrontare la fatica, tutti aspetti poco ‘contenutistici’, ma molto concreti nel definire una pertinenza generale, “uno stare e un fare” la cosa giusta al momento giusto. È quindi sbagliato prescindere dagli aspetti emotivi, aspetti che non sempre sono considerati argomenti degni di formazione. Daniel Goleman, nel testo “*Lavorare con intelligenza emotiva*”, sostiene che il 67% delle capacità ritenute essenziali per una prestazione efficace è di *natura emotiva*. Rispetto al quoziente intellettivo e all’*expertise*, la competenza emotiva conterebbe quindi due volte tanto. E questo, a detta dell’autore, varrebbe per tutte le categorie di lavoro e in tutti i tipi di organizzazione.

6. Un altro tema ritenuto sostanziale è quello **dell’educazione e della responsabilizzazione del paziente**.

Si è stimolati a costruire un percorso di relazione tra il professionista e il paziente, quest’ultimo indebolito dallo stato di malattia: lui e i familiari andranno sollecitati ed istruiti ad uno stile di vita adeguato al nuovo stato di salute. La funzione educativa non si può improvvisare: trovare la complicità, accrescere la consapevolezza delle scelte, sollecitare l’aderenza terapeutica, non sono strade affrontate nella formazione di base.

7. **La cultura organizzativa**, ovvero la modalità con cui si struttura l’assistenza affinché sia sicura, dipende dai modelli organizzativi adottati.

Questo argomento viene identificato negli “otto passi” di crescita che un infermiere dovrebbe affrontare per migliorare le competenze. Questo aspetto è prerogativa della così detta *elite*, che secondo un processo top down decreta e governa il management di una realtà. Il documento di consenso sollecita la ricerca di modelli organizzativi che agevolino chi lavora, e sempre per garantire un servizio di cura secondo criteri di qualità.

8. L’ultimo aspetto identificato è **l’importanza del confrontarsi e del riflettere sulle questioni etiche e sui principi morali della professione**.

Questi argomenti, ampiamente considerati nel Codice Deontologico degli Infermieri italiani, restano però confinati in un ambito ipotetico, in contesti talvolta meramente speculativi. Il confronto su queste tematiche avviene raramente tra le diverse figure professionali durante i *briefing* (ammesso che vengano fatti, i *briefing*...), benché le realtà di sofferenza e di fine vita non siano affatto lontane dal quotidiano lavorativo. Il DM 147/2013 relativo alle cure palliative contiene una domanda che ci si dovrebbe fare per “capire” se si sia di fronte ad un paziente che è giunto al proprio limite; la domanda è: “ti stupiresti se entro un anno questo paziente dovesse morire?”. È la semplicità, e non la superficialità, a donare l’approccio migliore, e il pudore di parlare della sofferenza e della gestione del dolore degli altri non giova alla crescita dei gruppi assistenziali.

Conclusioni

In conclusione, il documento del *Cardiovascular Nursing* della Società Europea di Cardiologia richiama tutti al concetto di una conoscenza fondata sull’onestà e sull’approfondita visione delle cose: solo attraverso una responsabilità così acquisita si potrà affermare il proprio ruolo professionale, un ruolo che descriva una persona capace di sviluppare un pensiero critico, il solo che permetta di essere all’altezza delle aspettative. ●

L'esperienza dell'ambulatorio MaReA

Giovanni Cancarini

Direttore U.O. Nefrologia

Università degli Studi di Brescia, Spedali Civili

Chiarezza dei ruoli

Il concetto spesso usato (abusato?) di "paziente al centro" può rappresentare anche il cambiamento che sta avvenendo nel rapporto tra paziente e professioni sanitarie; dal rapporto frontale medico-paziente a quello con più professionisti della salute che possono agire in modo autonomo e individuale o multidisciplinare e coordinato. Nell'ambiente ospedaliero vi sono ambedue questi approcci con sfumature intermedie. In generale, prevale l'organizzazione multidisciplinare nelle strutture ad altissima specializzazione e/o caratterizzate da necessità di intervento rapido ed efficace, ad esempio in reparti di rianimazione o sale operatorie dove ciascuno ha compiti chiari e coordinati. **C'è un'elevata valorizzazione di ogni figura professionale; non possono esistere dubbi su tipo e qualità dell'intervento di tutti i componenti della squadra.** Sia il riconoscimento del ruolo e dell'importanza delle varie professioni sanitarie sia il senso di appartenenza al team sono ben radicati. L'attività sembra prevalentemente individuale (il medico "fa le sue cose", l'infermiera "fa le sue cose") nei reparti non specialistici. Questo perché le infermiere di questi reparti devono far fronte a molteplici bisogni assistenziali, anche notevolmente

diversi; il minor livello di approfondimento, conseguenza del maggior numero di conoscenze necessarie, non permette la manifestazione completa della preparazione infermieristica. In una situazione simile possono non essere riconosciute e valorizzate quelle competenze di "assistenza alla persona", che, pur essendo un'importante componente del "care", non appartengono al bagaglio culturale del medico.

Probabilmente, il ritorno alla "specializzazione infermieristica" ed il suo riconoscimento nel luogo di lavoro permetterebbe di migliorare le prestazioni degli infermieri ed incrementarne il livello di responsabilità sia in ospedale, sia sul territorio.

Ma c'è qualcos'altro, oltre alle situazioni strutturali/organizzative; già durante la formazione universitaria si può cogliere una maggior disposizione al lavoro individuale in Medicina ed al lavoro di gruppo in Infermieristica, un maggior orientamento a considerare la patologia da cui è affetto il paziente in Medicina, e i bisogni della persona in Infermieristica. La sintesi di queste diverse visioni della stessa realtà, farebbe focalizzare meglio tutte le necessità del paziente. Tuttavia questa sintesi non è

evidente nel lavoro di corsia di ogni giorno; il bagaglio culturale infermieristico non appare valorizzato. In due sezioni della Nefrologia, l'emodialisi e la dialisi peritoneale, la gestione degli apparecchi di dialisi e degli interventi correttivi in caso di malfunzionamento o di complicanze cliniche imputabili alla tecnica, è in gran parte affidata alle infermiere, così come l'addestramento dei pazienti per la dialisi domiciliare; altri compiti spettano al medico. Questo **reciproco riconoscimento delle competenze tecniche permette una chiara definizione di ruoli e valorizzazione delle responsabilità.**

L'ambulatorio MaReA (Malattia Renale Avanzata)

Su questa base, quando abbiamo iniziato l'ambulatorio dedicato alla fase più avanzata, pre-terminale, dell'insufficienza renale (Ambulatorio MaReA = Malattia Renale Avanzata) non ci sono stati dubbi sul fatto che infermiere, dietista e medico dovessero collaborare ed integrarsi per la formazione, educazione e istruzione del paziente e dei familiari. Scopo di questo ambulatorio non è solo il controllo clinico, ma l'informazione sulle complicanze della malattia renale cronica, il miglioramento della nutrizione, l'utilità e gli effetti collaterali dei farmaci, i vantaggi e svantaggi dei vari tipi di dialisi e di trapianto di rene. In altre parole: informare di un paziente in modo che possa esprimere un valido consenso nelle scelte che lo riguardano ed avere gli strumenti per migliorare l'aderenza alla terapia. Ciascuna delle professioni sanitarie coinvolte ha messo in gioco le proprie competenze, le ha confrontate con quelle degli altri e le ha integrate per contenuti, organizzazione, programma e modalità educative. Nel 2005 è iniziato un lavoro in team che continua, analizza i propri risultati e cerca costantemente di migliorare la qualità. **Non si è trattato di far svolgere all'infermiere o alla dietista attività che il medico non ha voglia o tempo di fare; si è trattato di riconoscere attitudini e competenze specifiche di altre professioni sanitarie integrandole per dare il miglior servizio possibile al paziente. ●**

Il medico e il lavoro di gruppo nelle RSA

Gianbattista Guerrini

Fondazione Brescia Solidale

Profondo cambiamento nel ruolo del medico

Tra le cause, numerose e molto diverse tra loro, delle difficoltà e del disagio che investono oggi la professione medica, occupa indubbiamente un posto importante il profondo cambiamento che ha investito il ruolo stesso del medico, sempre meno "unico gestore" della cura e protagonista unico del rapporto con il paziente, sempre più membro di un ampio gruppo di attori che include, accanto a medici di diversa specializzazione, anche altri professionisti di area sanitaria e sociale. Un cambiamento causato, indubbiamente, dagli straordinari progressi della tecnologia al servizio della salute e dall'aumento altrettanto rilevante delle conoscenze, che richiedono competenze molto diversificate ed una specializzazione sempre più spinta. Ma soprattutto un cambiamento

¹ Con la collaborazione di Nicola Berruti, psicologo.

generato dal decisivo imporsi nel quadro epidemiologico delle patologie croniche, con la loro complessità, la loro dimensione diacronica, la profonda e crescente influenza di fattori “non sanitari” (stili di vita, ambiente, contesto socio-familiare) sulla loro eziopatogenesi, sulla loro evoluzione nel tempo, sulla possibilità di garantire loro un monitoraggio adeguato, sugli stessi esiti non solo in termini di sopravvivenza, ma anche in termini di mantenimento di un equilibrio compatibile con un’esistenza dignitosa e autonoma.

L’interazione, il confronto, la collaborazione con altri colleghi e con altri professionisti della salute e del benessere della persona rappresentano oggi per ogni medico una condizione ineliminabile, dalla quale dipendono, in buona misura, la sua capacità di farsi carico della complessità dei bisogni dei pazienti e il risultato stesso del suo lavoro di cura.

Il lavoro di gruppo in RSA: una necessità...

Per il medico che opera all’interno delle RSA ispirare il proprio lavoro ad una logica interdisciplinare condividendo il proprio sapere ed i propri obiettivi con le altre figure professionali, diventa ancor più indispensabile per molte ragioni. Innanzitutto per la sproporzione tra l’entità dei bisogni specificamente sanitari degli ospiti e la risorsa/tempo² che il medico può destinare loro. È ben noto l’aumento progressivo dei bisogni sanitari degli ospiti delle RSA, legato all’elevata multimorbilità, alla severità delle patologie attive, alla rilevante prevalenza di sindromi geriatriche (cadute, delirium, lesioni da decubito), all’instabilità delle condizioni cliniche, ma anche al sempre più frequente ricovero in tali strutture di pazienti ad alta complessità (pazienti in Stato Vegetativo o affetti da SLA; in fase terminale, in dialisi, in ventilazione meccanica, in alimentazione enterale totale...). Anche in una Regione, come la Lombardia,

² Sempre più condizionata, tra l’altro, anche nelle RSA dalle crescenti incombenze burocratiche.

che correttamente prescrive alle RSA un organico medico proprio (la presenza cioè di un medico con un rapporto diretto con la struttura, perciò membro a tutti gli effetti dell’equipe assistenziale) poche residenze riescono oggi a garantire quei livelli di presenza medica (28 minuti alla settimana per ogni ospite, corrispondenti a 28 ore settimanali per 60 ospiti) considerati inizialmente dalla stessa Regione quale standard minimo³.

In queste condizioni è evidente come, senza un lavoro condiviso di valutazione, di osservazione e di monitoraggio continuo di ospiti complessi ed altamente instabili, non sarebbe possibile “stabilizzare e ritardare la progressione delle patologie croniche... prevenire le patologie acute e iatrogene e... identificare e trattare rapidamente quando queste si manifestano” e ancor meno tendere “al recupero e al mantenimento del massimo livello possibile di autosufficienza”, compiti ed obiettivi dell’assistenza sanitaria in queste strutture⁴.

Tra l’altro è ancor più significativa per gli ospiti delle RSA l’interazione tra le problematiche somatiche, affettivo-cognitive e funzionali ed il contesto ambientale. Un’interazione per lo più circolare, bidirezionale, in forza della quale se la stabilizzazione della situazione clinica, ad esempio, favorisce nella persona più elevati livelli funzionali, ogni intervento di contrasto della dipendenza e di promozione dell’autonomia può significativamente migliorarne le condizioni di salute.

E, analogamente, agire sul contesto ambientale - inteso come relazioni (tra gli ospiti, gli operatori ed i familiari), come

³ Regione Lombardia, DGR 7/7435 del 14.12.2001. Con una successiva delibera la Regione Lombardia ha abolito lo standard obbligatorio distinto per ogni figura professionale che la RSA deve assicurare ogni settimana (medico, infermiere, fisioterapista, ASA/OSS, animatore) fissando uno standard settimanale globale (il requisito per l’accreditamento è di 901 minuti alla settimana per ogni ospite) e consentendo ad ogni residenza di definire autonomamente il mix professionale, pur garantendo la presenza settimanale delle figure sopra citate e, per il medico, la reperibilità 24 ore al giorno.

⁴ Quaderni del Ministero della Salute n. 6, 2010, “Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale nell’assistenza all’anziano”.

programmi della vita quotidiana e come modalità di organizzazione e di fruibilità degli ambienti - può incidere sull'evoluzione delle sindromi demenziali e sulle loro manifestazioni molto più di quanto possano gli interventi farmacologici.

Proprio per questa interazione tra le diverse "dimensioni" della persona e l'ambiente di vita, l'efficacia dell'intervento del medico dipende sì dalla sua professionalità e dalla sua sensibilità e cultura geriatriche, ma può dispiegarsi a pieno solo attraverso il confronto quotidiano ed il lavoro comune con gli altri operatori sanitari, con gli operatori socio-assistenziali, con le figure di area più squisitamente sociale (animatori ed educatori, assistenti sociali), con i volontari. Non è raro infatti che gli ospiti di queste strutture si aprano più facilmente con quelle figure, penso agli operatori di base dell'assistenza (ASA/OSS) o agli infermieri, che hanno con loro un rapporto più continuativo, magari in momenti della giornata (la notte...) o in attività (l'igiene personale, il bagno...) che favoriscono un rapporto più confidenziale; o con operatori che, per il loro ruolo (lo psicologo, l'educatore), hanno nella relazione il loro specifico strumento professionale.

Acquisire gli elementi di conoscenza maturati da tutti i membri dell'equipe può consentire al medico di comprendere meglio i bisogni e le aspettative degli ospiti e di dispiegare in maniera più efficace anche il suo specifico ruolo sanitario.

Non dimentichiamo, infine, che se RSA significa Residenza Sanitaria Assistenziale, **non parliamo solo di un luogo di cura ma di un luogo di vita**, che deve certo garantire agli ospiti tutte le cure necessarie a promuovere la loro salute e la loro autonomia funzionale, ma deve tendere a valorizzarne l'identità personale e l'autonomia decisionale al di là della dipendenza fisica e cognitiva, a rispettarne la dignità e la privacy, a favorire attività significative e relazioni personali, ad assicurare loro il massimo benessere, non solo fisico ma anche psicologico e spirituale. Compiti che attengono, tutti quanti, alla responsabilità di ogni singola figura professionale (medico compreso), ma la cui **complessità può essere affrontata solo**

da un'equipe integrata capace di costruire un progetto comune, di condividere gli obiettivi e di finalizzare ad essi le capacità relazionali ed operative e le culture professionali ed umane di ogni suo componente.

...ed una scelta quotidiana

Se pertanto operare all'interno delle RSA obbliga ogni figura professionale a confrontarsi con gli altri operatori e a condividere con loro la responsabilità delle cure, la costruzione di un effettivo approccio multidisciplinare, di un reale ed efficace lavoro d'equipe richiede una volontà comune, una tensione continua, una scelta quotidiana.

Su un piano organizzativo, è necessario innanzitutto - ed è un percorso tutt'altro che facile - rimettere in discussione il modello gerarchico che tradizionalmente caratterizza le organizzazioni sanitarie: un modello efficace là dove l'intervento sanitario deve caratterizzarsi per rapidità ed intensività, ma non adeguato a farsi carico della complessità, della multidimensionalità e della dimensione longitudinale della malattia cronica invalidante.

Per le figure investite da ruoli di coordinamento - il medico, la capo sala, per alcuni versi l'infermiere - ciò significa saper coniugare la necessaria assunzione delle proprie responsabilità non solo professionali ma anche gerarchiche con la volontà di ispirare il rapporto con gli altri operatori a modelli di collaborazione, di ascolto, di valorizzazione anche "delle voci fuori dal coro", di motivazione di tutto il gruppo di lavoro. Per gli operatori addetti all'assistenza, ma anche per le figure professionali meno inserite nella *line* gerarchica (fisioterapisti, animatori-educatori, psicologi, assistenti sociali...) significa evitare la tentazione di rifugiarsi nelle "mansioni" o nel proprio specifico professionale, di "nascondersi" nel gruppo, di preferire la delega o la pur vituperata ma rassicurante dipendenza gerarchica all'assunzione delle proprie responsabilità.

Per tutte le figure professionali - e tutti i singoli membri dell'equipe - si tratta di accettare la parzialità e l'insufficienza delle proprie competenze, di saper apprezzare il

lavoro degli altri, di riconoscere la validità di punti di vista anche molto lontani, di perseguire la ricomposizione delle diverse posizioni presenti nel gruppo più che l'affermazione della propria, di accettare un modello di leadership non definito a priori dalla collocazione gerarchica ma suggerito di volta in volta dalla capacità del singolo operatore di individuare la soluzione più efficace.

Potersi confrontare con gli altri membri dell'equipe può del resto aiutare chi opera nelle RSA a comprendere e ad accettare meglio anche gli insuccessi e le frustrazioni, a prevenire e gestire il *burn-out*, ad individuare quei modesti risultati (*small gains*) che possono rendere ragione di un impegno raramente coronato da esiti brillanti.

Questa "scelta quotidiana" della multidisciplinarietà è richiesta anche, e forse in modo particolare, al medico, che più di altre figure vive il condizionamento culturale della "unicità" del suo rapporto

con il paziente e di una responsabilità sulla sua salute che può facilmente tradursi in superiorità gerarchica. Proprio l'importanza delle problematiche sanitarie degli ospiti delle RSA e l'impatto che esse hanno sulla loro salute e sul loro benessere complessivo assegna anzi al medico un di più di responsabilità, nel promuovere nell'equipe la cultura e la pratica geriatriche, nel motivare e valorizzare il lavoro di ogni operatore, nell'individuare obiettivi realistici, nell'accettare anche i limiti del proprio intervento tecnico. Sul piano professionale gli chiede di saper coniugare la medicina basata sull'evidenza con la medicina narrativa, con la "medicina della relazione", di saper integrare "la dimensione tecnica e la dimensione dei significati"⁵: nella consapevolezza che la relazione è un importante strumento terapeutico, forse il più efficace che abbiamo, soprattutto nella cura dei più fragili. ●

Una nuova prospettiva

Un cambiamento di prospettiva impegnativo per ogni figura professionale, che può essere reso più agevole - oltre che da uno specifico investimento formativo e di sostegno all'equipe - dalla condivisione:

- ✓ da una parte di una metodologia, squisitamente geriatrica, fondata sulla valutazione multidimensionale dei bisogni e delle potenzialità dell'ospite e sulla definizione, non formale, di obiettivi realistici (il famoso piano di assistenza individuale);
- ✓ dall'altra della centralità che la dimensione relazionale assume nel lavoro di cura in RSA, dell'importanza per ogni figura professionale di affinare, accanto alle competenze tecniche, le proprie capacità di comunicare con tutte le persone ricoverate, al di là di limitazioni anche importanti di ordine funzionale, cognitivo, sensoriale, psicologico, e di stabilire con ognuno di loro una vera relazione capace di individuarne le dimensioni emozionali e valoriali e di aiutarlo a mantenere un senso alla sua esistenza.

⁵ Rita Charon, Narrative and medicine, N Engl J Med, 2004; 350(9):862-864

Il successo ottenuto dalla continuità assistenziale

Cosa dice l'Europa

Massimo Manenti

Infermiere libero professionista

Il 31 dicembre di otto anni fa incontrai un medico di mg che offriva una collaborazione *part time* a me, infermiere professionale. Descrisse il suo obiettivo ed analizzò le motivazioni per cercare una collaborazione. Diceva che da tempo ai medici di medicina generale (mmg) veniva richiesto di comprendere e mettere in atto dei comportamenti clinici definiti PDT, quasi una sorta di protocollo nonostante si definissero linee guida, e **mi spiegava che il *counseling* motivazionale-comunicativo non era il suo forte, che la malattia cronica prevedeva un *continuum* di relazione interpersonale col paziente, allo scopo di realizzare la decantata continuità assistenziale** sempre in bocca a tutti, politici *in primis*, ma mai realizzata nonostante la presenza sul territorio di reti e gruppi di mmg.

Dopo mezz'ora di colloquio, durante il quale vedevo dall'ampia vetrata della sala d'aspetto scendere fiocchi di neve che imbiancavano il giardino, avevo compreso quanto in pratica chiedeva: un pomeriggio alla settimana da dedicare agli assistiti affetti da diabete, ipertensione, bronchite cronica ostruttiva e, con loro, iniziare un percorso di *audit* per l'adesione ai PDT. Avrei misurato peso, pressione, eseguito ecg, spirometria semplice, verificato il piede diabetico ed ascoltato la loro quotidiana realtà con la malattia. **Sono passati nove anni da quel 31 dicembre**, ho visitato circa 450 assistiti per anno, visti più volte nello stesso anno, sono diventato un loro punto di riferimento, quasi un loro confessore. Ho messo in pratica una competenza comunicativa, ho cambiato la mia cultura così come il mio atteggiamento

nei confronti dell'“altro”, ho realizzato la relazione d'aiuto nel rapporto infermiere-persone assistite. Ho verificato il crearsi di un clima di fiducia, comprensione e rispetto reciproco. Ho toccato con mano l'empatia di ruolo, comprendendo e rispettando l'individualità dell'assistito. Ho toccato con mano come si modificano le idee dell'altro comunicando. **Ho costruito un rapporto.**

Ma tutto questo cosa ha prodotto?

Ne ho parlato con il medico ed abbiamo scelto un indicatore: quanti accessi al pronto soccorso nell'arco di un anno da parte dei suoi pazienti.

Ho osservato come nel 2007, primo anno della mia presenza, una percentuale dei suoi assistiti si rivolgeva al pronto soccorso in misura inferiore alla media ASL, cioè 41.78 ogni 1000 assistiti pesati, in confronto ai 59.13 dell'ASL.

Nel 2009 gli accessi erano di 36 ogni mille assistiti pesati, mentre per ASL erano 63.39, mentre la spesa per accesso era di € 361.40 per assistito pesato, rispetto alla media di € 698.90 dell'ASL: tale trend verrà osservato anche negli anni seguenti come si evince dai report che ASL invia ai mmg. Secondo il medico questi risultati esprimono la fideizzazione tra infermiere e paziente, per cui il paziente sentendosi più seguito non presenta il fenomeno dello shopping sanitario.

Mi sono sostituito al medico stesso?
No di certo!

La comunicazione avviene anche con il medico, lo avviso di esami non fatti, di comportamenti scorretti dell'assistito, di scompenso metabolico in atto, delle aspettative che il paziente ha e non ha espresso al suo curante.

Il medico riferisce che la mia presenza, il mio lavoro non scalfisce la sua figura, anzi percepisce che l'utenza gradisce questa collaborazione così come la chiamata trimestrale o semestrale che la segretaria effettua.

Ripetibile questa esperienza con altri medici?

Sì, collaboro con altri medici dislocati in altre zone della provincia convinti ad abbracciare questa modalità di lavoro dopo aver visto l'esperienza di cui sopra. Con quali risultati?

Lavorando presso medicine di gruppo, adattandomi a realtà diverse, a culture diverse, a medici con stili diversi, i risultati sono gli stessi.

Vale a dire che il rapporto con l'assistito porta ad una alleanza tangibile e ad una adesione a stili di vita appropriati. ●



Il medico misericordioso tra giustizia e compassione

Misericordia: avere un cuore per i miseri

Renzo Rozzini

Dipartimento di Geriatria
Fondazione Poliambulanza-Istituto Ospedaliero,
Brescia

Uscivo da un convegno, come al solito di fretta, cercando nel contempo di salutare i colleghi, di leggere i messaggi sul telefono e di fare le scale. L'ultimo gradino è stato fatale: lussazione di caviglia e frattura bimalleolare. Intervento chirurgico, immobilità, gesso, tutori, riabilitazione, ne avrei avuto per diversi mesi. Girando sulla sedia a rotelle in corsia non ho potuto non chiedermi se quella situazione, l'esperienza della sofferenza nella disabilità, potesse in qualche modo giovare alla professione, a partire da un primo problema: il «medico in pigiama» può essere un medico migliore?

È necessario provare dolore per essere più compassionevoli, "simpatici", misericordiosi? Ha fondamento la tesi secondo cui il medico deve cercare di comprendere il dolore prima ancora di cercare di curarlo, perché è come uomo, prima che come professionista, che deve confrontarsi con l'uomo sofferente? (Paola Binetti, *Il dolore narrato*, 2005).

Non esiste il rischio che la condivisione del patire dell'uomo, lo sperimentarne la vulnerabilità (e soprattutto la deriva nel sentimentalismo) faccia perdere di vista ciò che è giusto, ciò che è utile per il paziente? In modo molto primitivo intuitivo che la risposta era negativa.

L'idea di un medico sofferente stride con l'idea di medico salvatore: il medico non può essere impotentemente in balia della sofferenza e del dolore come i pazienti e l'idea di un medico colpito passivamente dalla sofferenza del paziente non è conciliabile con la sua necessaria "assolutezza", con la sua indipendenza, con la sua posizione distinta e in qualche modo superiore al malato. Che vantaggio "terapeutico" trae un paziente sapendo la vulnerabilità del medico? È però davvero possibile comprendere il dolore senza provarlo? Probabilmente no.

La domanda allora è: com'è possibile essere "giusto" senza essere dominato dalle

sirene della pietà? Dove si deve collocare l'atto medico nella dialettica tra giustizia e compatimento?

Mai come in questo tempo la lettura della realtà clinica e la sua interpretazione sono al centro di analisi e di studi, che tendono a definire nuove logiche. Non è possibile regolare e prevedere ogni situazione individuale, ogni atto clinico, e chi prova a farlo finisce per creare un sistema pieno di regole, dalle cui maglie sempre si potrà sgusciare cosicché - come già gli antichi romani dicevano - "*summum ius*" diventerà "*summa iniuria*".

Negli ultimi anni la medicina ufficiale ha, seppur lentamente, preso coscienza dei limiti oggettivi degli atti rigidamente regolamentati. La medicina fondata sull'evidenza (EBM), che a partire dalla seconda metà degli anni novanta ha radicalmente cambiato la prassi medica fornendo indicazioni precise relative ai trattamenti in grado di produrre risultati clinici di valore - e che è stata successivamente introiettata dall'assistenza sanitaria-, è entrata in crisi mostrando limiti oggettivi e realistici di applicabilità.

L'EBM non ha risposto in modo adeguato alla realtà: la gran parte degli studi sui quali si fonda è stata compiuta su individui giovani, non tiene conto dell'invecchiamento delle popolazioni che nel mondo reale ricorrono alle cure, dell'interferenza di variabili psichiche, funzionali, sociali, la multimorbilità e la comorbilità, il *burden of disease*, che esercitano un ruolo nel determinismo della salute dell'individuo, sia come barriera che come meccanismo di facilitazione, e il cui peso non può essere eluso. Nelle situazioni di multimorbilità e di comorbilità, in molti casi l'applicazione dell'EBM ("*summum ius*") produce, nonostante le intenzioni, più danni che benefici ("*summa iniuria*"). Di contro, tanto maggiore è il numero e la gravità delle patologie tanto maggiore è il loro impatto sul benessere, sulla psiche del paziente, tanto maggiore è la domanda di compassione. Quando nella complessità della salute l'azione giusta, quella ispirata dalla linea guida, è in grado di produrre solo risultati modesti allora la "*care*" deve prendere il posto della "*cure*", occorre cioè lasciare

spazio sempre maggior alla relazione, al compatimento: la parola confortante e incoraggiante risulta spesso più efficace della medicina giusta e anzi, proprio a causa del sistema e dell'unità mente-corpo, risulta la migliore medicina. Il medico deve conciliare il riconoscimento e la terapia delle malattie, principali determinanti dello stato di salute del paziente e compito proprio dell'atto clinico, con l'atto di pietà, di comprensione della sofferenza, che le malattie producono. Nella costruzione di un modello di sintesi quale può essere la parola chiave dell'alleanza tra giustizia, che negli ultimi cinquant'anni ha pervaso l'atto medico e amore compassionevole, che di pari passo è venuto sempre meno? Il ricorso al concetto di misericordia può essere la chiave di volta, il punto di tenuta di ogni frangente nel quale l'alleanza è messa alla prova, la tensione verso ciò che è giusto, ciò che è utile per il paziente, nella convinzione che senza la condivisione con il compatimento, il "giusto" rischia di pervertirsi. L'atto medico "misericordioso" può essere cioè la risposta che concilia il bisogno di giustizia con la necessità di compassione.

La misericordia medica è un atto di sintesi con carattere e regole che possono essere così descritte:

- ✓ La misericordia non è un'emozione. Il sentire deve essere elaborato e filtrato dal sapere - soppesato in rapporto alla dignità dell'altro - perché la sensibilità sia degna della sua virtù.
- ✓ La misericordia medica protetta dal sapere, dalla conoscenza, non si commuove; il medico non può essere passivamente e contro la sua volontà colpito dal dolore, però, nella sua misericordia, e a causa della sua vocazione all'altruismo "attivo e libero", si lascia sovranamente e deliberatamente colpire dal dolore.
- ✓ La misericordia non è condizionata dalla miseria e dalla sofferenza dell'uomo.
- ✓ La misericordia si sottrae al formalismo della giustizia, come al sentimentalismo dell'amore.
- ✓ La misericordia non è virtù per anime belle che ignorano tutto; per questi amore

e giustizia sono ugualmente parole molto ispirate e molto vuote; per chi non sa del male e della persecuzione, che feriscono anche a causa dell'amore e della giustizia.

- ✓ La misericordia sa: gli strumenti valutativi impongono la conoscenza e pongono allo stesso tempo le basi per azioni appropriate.
- ✓ La misericordia ha un suo stile, la "maniera di dare e ricevere".
- ✓ La misericordia implica la scelta della condivisione dell'umano comune e della sua vulnerabilità. Senza questa condivisione, la giustizia stessa si perverte. Ma senza ricerca della giustizia, ogni amore si svuota, miserabilmente.
- ✓ La misericordia richiede risorse e si manifesta in modo socialmente rilevante laddove la comunità le permette concretamente di esprimersi.

Nel libro *"Raccontare l'amore"*, Enzo Bianchi, priore di Bose, scrive a pag. 57: *Mi piace infine attualizzare la parabola di Gesù, raccontandola in un altro modo. Non voglio essere irriverente né contraddire le parole del Vangelo, ma credo che proprio esse mi autorizzino a mutare leggermente l'ultima parte del racconto: "Un uomo scendeva da Gerusalemme verso Gèrico e cadde nelle mani dei banditi, che gli portarono via tutto, lo percussero a sangue e se ne andarono lasciandolo mezzo morto". Passa un sacerdote, passa un levita e vanno oltre, senza entrare in contatto con quell'uomo, senza farsi prossimi. Passa poi un samaritano il quale è a piedi come il malcapitato, non ha un giumento su cui cavalcare, né olio, né vino, né bende, né soldi. Giunge sul posto, si ferma, vede costui, forse non riesce neanche a parlargli, perché la loro lingua è diversa. Che fare dunque? Se se lo fosse caricato sulle spalle, nel caldo del deserto, dopo poco sarebbero entrambi venuti meno per la sete. Non ha altre possibilità, è privo di ogni bene. Allora decide per una semplice cosa: gli prende la mano nella propria mano, senza dirgli nulla, e gli sta vicino finché quello muore tra le sue braccia. Questo samaritano fa misericordia, esattamente*

come quello della parabola narrata da Gesù, che pure aveva mezzi e possibilità economiche. Diversi sono i modi di vivere la compassione, di agire con amore: questo secondo samaritano fa il dono della prossimità, della presenza, che in quel frangente è tutto ciò che ha. Anche questa è carità autentica, è vero amore per l'altro, è un amore intelligente.

Il brano è bello, bellissimo, ma non convincente fino in fondo. Nella parabola di Gesù (ha senso cambiare le parabole, anche con la lodevole intenzione di migliorarle?) l'uomo si salva, nella parabola "attualizzata" di Enzo Bianchi, l'uomo muore. È probabilmente vero - come ebbe a sostenere Margareth Thatcher - che "nessuno ricorderebbe il buon samaritano soltanto per le sue buone intenzioni, ma perché aveva anche i soldi". Non si dovrebbe fare quindi di questa parabola modificata un esempio, se non per dire che se si vogliono salvare le persone, soprattutto le più misere, si devono avere le risorse, senza le quali sono possibili atti d'amore, anche eticamente straordinari, ma con risultati concreti risibili.

La misericordia individuale non vuole e non può sostituire la giustizia medica, ma può essere l'ispirazione e la motivazione a darsi da fare. Sono necessarie persone che percepiscano il bisogno che spesso sorge inaspettatamente, e che si lascino commuovere da esso, persone che abbiano un cuore, che si prendano a cuore gli altri e che, nel caso concreto, cerchino di aiutare meglio che possono. Senza una simile misericordia la base motivazionale per un ulteriore sviluppo del sapere medico si perde. La comunità medica non può cavarsela senza misericordia.

Davanti agli enormi problemi cui dobbiamo far fronte, senza una base misericordiosa, viene a mancare l'impulso emotivo necessario per impegnarsi in un mondo migliore. Senza la misericordia si rischia che la prassi medica si trasformi in deserto. Si può, perciò, intendere la misericordia come il fondamento e la fonte innovativa e motivazionale della giustizia. L'apprendistato della misericordia è lungo e rischioso. Ma non c'è compassione né giustizia che tengano, se essa manca. ●

Una storia triste...

Erminio Tabaglio

Medico di Medicina Generale

Premetto che è una storia triste: un fine non lieto preceduto da malattia, sofferenze, difficoltà lavorative. Il tutto, però, vissuto e sottolineato da “cose” buone, sentimenti sinceri, serietà, fedeltà, dignità, professionalità, solidarietà, che mi sembra rendano questa storia degna di essere raccontata.

La protagonista è una badante moldava, Ecaterina o, più semplicemente, **Katia**. Vedova, infermiera diplomata (o forse tecnica di laboratorio, non ricordo bene). Sta di fatto che al suo paese raccontava di aver fatto anche l'ostetrica. Viene in Italia spinta dalla necessità e dal desiderio di aiutare concretamente i suoi due figli, già adulti, ad uscire dallo stato di povertà in cui versa la maggior parte della popolazione del loro Paese. La conosco nel 2000.

Lei ha 56 anni e viene assunta per assistere una mia paziente, la signora **Angela**, 74 anni, da due diagnosticata affetta da malattia di Alzheimer. Angela ha due figli, **Lucia** ed **Ermes**, entrambi sposati. Vivono in paese, ma in case proprie. Sono comunque entrambi molto presenti ed attivi nell'assistenza alla madre. Se così non fosse, Katia non reggerebbe per più di qualche mese. Invece resiste per cinque anni.

L'assistenza ad **Angela** è infatti decisamente problematica e faticosa, soprattutto dal punto di vista psicologico: è in quella fase della malattia in cui conserva tutta la prestanta fisica, che le viene dal non avere comorbilità, mentre la testa comincia ad andare per conto suo e si accentuano alcuni aspetti caratteriali non proprio socievoli che già l'avevano contraddistinta quando era nella pienezza delle sue funzioni psichiche. Da qui la non accettazione di questa nuova presenza in casa, esplicitamente manifestata con sguardi più eloquenti delle parole (che pure non mancano e sono spesso molto pesanti), la voglia di andar via per tornare alla sua casa (quale casa?), l'ostruzionismo energico a farsi accudire.

E nonostante questa lotta quotidiana e nonostante in questo periodo le brave badanti siano ricercate come l'oro, per cui non avrebbe difficoltà a trovare una sistemazione più tranquilla, **Katia** resiste (fedeltà). E svolge accuratamente il suo lavoro (serietà e competenza professionale): trovo sempre Rosa pulita e profumata, ben nutrita ed idratata, la casa in ordine, puntuali e precise le relazioni riguardo il suo stato di salute. **Katia** è anche mia assistita, ma non ricordo di essere mai

dovuto intervenire come suo medico curante nel corso dei cinque anni della sua permanenza, a parte la prescrizione sporadica di qualche antalgico.

È alla fine del dicembre 2004 che mi fa notare la comparsa di una tumefazione sottocutanea al cuoio capelluto, delle dimensioni di una nocciola. Direi che si tratta di una cisti sebacea, se non fosse per il colore violaceo. La invio dal chirurgo plastico per l'asportazione.

Diagnosi istologica: metastasi da adenocarcinoma. Non è sprovveduta, e capisce. È naturalmente preoccupata, non lo nasconde, ma resta molto composta. Prescrivo un'ecografia addome ed una radiografia del torace, oltre agli esami emato-chimici di *routine*.

Sono in ambulatorio, al lavoro, quando mi giunge la telefonata del collega ecografista: mentre stava eseguendo l'ecografia (che peraltro evidenziava numerose lesioni metastatiche epatiche) la paziente, Katia, ha avuto una crisi comiziale. Ricoverata, viene dimessa con diagnosi di adenocarcinoma polmonare con metastasi epatiche ed encefaliche.

Non ricordo il colloquio che abbiamo avuto, le sue reazioni, le sue espressioni.

Chiedo scusa, ma proprio non ricordo. Ricordo la sua decisione, giusta e coraggiosa, di tornare subito a casa, a morire tra i suoi cari. Dico coraggiosa, perché sicuramente l'assistenza sanitaria al suo paese non offriva le stesse possibilità e garanzie che avrebbe avuto se si fosse fermata da noi.

Le prescrivo comunque una buona dose di steroidi ed antidolorifici da portare con sé e ci salutiamo definitivamente.

Un mese dopo Lucia decide di andarla a trovare in Moldavia (solidarietà e riconoscenza): ha saputo per via telefonica che ha difficoltà a procurarsi i farmaci, e parte con una sporta di medicinali, ingenuamente ignara dei rischi che corre passando le frontiere con oppiacei (ed io con lei, visto che avevo fatto la prescrizione, essendo Katia ancora mia assistita). I racconti che riporta

Lucia dal suo viaggio mi fanno capire il perché tante donne lasciano i paesi dell'est, i loro familiari (a volte figli anche piccoli) per venire a lavorare e a guadagnare da noi: la povertà è estrema, il paesaggio è quello dell'Italia dell'immediato dopoguerra, con strade non asfaltate, case dimesse, negozi vuoti. La farmacia è desolante: scaffali vuoti, mancano i farmaci, è un problema procurarsi una comoda o una padella. Nonostante Katia, grazie al suo lavoro in Italia, sia da considerare una benestante, i soldi le servono a poco: manca la materia prima.

Muore il
25 marzo 2005.

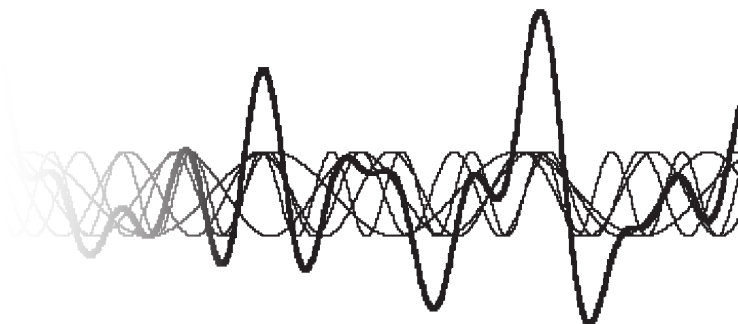


Choosing Wisely

una voce dissonante

Raffaele Giubbini

U.O. Medicina Nucleare ed Imaging Molecolare
Spedali Civili ed Università di Brescia



Tre elementi emergenti

L'esigenza di aderire a criteri di appropriatezza nella prescrizione di indagini mediche deriva da tre elementi emergenti **nella pratica clinica moderna**: in ordine gerarchico di importanza questi tre elementi potrebbero essere descritti come:

- ✓ indagini inappropriate potrebbero essere fuorvianti rispetto al *decision making* del singolo paziente;
- ✓ l'uso inappropriato di test diagnostici rappresenta un inutile spreco di risorse economiche altrimenti destinabili;
- ✓ l'uso inappropriato di test diagnostici comporta un'esposizione indebita a radiazioni ionizzanti nell'ambito della radiologia diagnostica e della medicina nucleare.

Le eccezioni

D'altro canto è decisamente complicato definire cos'è appropriato e cosa non lo è. Semplicisticamente si potrebbe sostenere che appropriato è ciò che corrisponde alle

indicazioni di linee guida proposte da società scientifiche nazionali o internazionali. Nel 2013 su *JAMA* Jeffrey J. Goldberger, ed Alfred E. Buxton¹ pubblicavano un interessante articolo dal titolo "*Personalized Medicine vs Guideline-Based Medicine*" in cui si sottolineava che le linee guida sono generalmente definite dai criteri di inclusione di *trials* clinici e che l'applicazione di linee guida può essere messa in discussione quando pazienti singoli di una popolazione eterogenea differiscono in alcune caratteristiche critiche da quelle delle popolazioni dei *trials* su cui si fonda la stesura delle linee guida stesse. La possibilità di generalizzare nella pratica clinica i risultati dei *trials* viene compromessa da una serie di fattori relativi alle modalità di reclutamento dei pazienti, ad esempio pazienti ricoverati vs. pazienti ambulatoriali, da assistenza primaria anziché secondaria o terziaria, dalle modalità di *follow up*.

¹ Goldberger JJ, Buxton AE. Personalized medicine vs guideline-based medicine. *JAMA*. 2013 Jun 26;309(24):2559-60.

La *evidence based medicine*, prevede omogeneità statistica ed i risultati sono rappresentati dalle medie mentre le eccezioni non sono previste o sono spesso escluse.

Inoltre, non viene prevista eterogeneità negli effetti di una diagnosi o di un trattamento se differiscono dagli *endpoints* degli studi.

La medicina personalizzata

La medicina personalizzata prevede invece l'eterogeneità statistica, valuta le code di una distribuzione gaussiana, considera le eccezioni e la eterogeneità di risultati. **C'è da chiedersi, pertanto, se esista un rapporto conflittuale tra medicina basata sull'evidenza e medicina personalizzata?**

Indubbiamente il conflitto esiste e la risoluzione dipende dalla cultura del singolo medico o di una équipe che consenta di estrarre dal generale le informazioni necessarie ad inquadrare dal punto di vista diagnostico, prognostico e terapeutico un singolo, specifico paziente.

L'esempio

Un esempio calzante può essere rappresentato dalla diagnostica non invasiva della cardiopatia ischemica. Linee guida condivise dalle più importanti società scientifiche cardiologiche indicano come non appropriate le indagini finalizzate alla diagnosi di cardiopatia ischemica (ad esempio una tomo scintigrafia di perfusione) in pazienti ad elevata probabilità di malattia in base alla documentazione clinica (caratteristiche del dolore, età, sesso, familiarità, presenza di diabete, ipertensione ecc.). In tali pazienti un test positivo non incrementerebbe significativamente la probabilità pre-test, mentre un test negativo non garantirebbe l'assenza di malattia. Negli stessi pazienti il test non invasivo sarebbe, invece, indicato qualora l'obiettivo non sia quello di identificare la cardiopatia ischemica, ma di misurare severità ed estensione dell'ischemia ai fini della stratificazione prognostica e delle successive decisioni terapeutiche. Sembrerebbe una distinzione semantica, ma caratterizza invece la capacità del singolo medico di finalizzare con un'appropriata richiesta il risultato dell'indagine

2 De Leon J. Evidence-based medicine versus personalized medicine: are they enemies? J Clin Psychopharmacol. 2012 Apr;32(2):153-64.



in base all'assioma che ciascuno di noi dovrebbe chiedersi prima di prescrivere un'indagine quanto e cosa modifichi il risultato positivo o negativo in termini di decisioni terapeutiche. Se il risultato non interferisse con le successive strategie terapeutiche, l'indagine sarebbe inutile. In un recente articolo pubblicato dal nostro gruppo³ in collaborazione con i colleghi dell'ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo e dal Centro Medico di Veruno della Fondazione Maugeri si è documentato come l'appropriatezza prescrittiva per indagini di cardiologia nucleare raggiunga in media l'80% ma con differenze tra prescrittori di cardiologie afferenti ad istituzioni accademiche od ospedaliere, favoriti da una maggiore dimestichezza con tale tipo di prescrizioni rispetto a cardiologi ambulatoriali, probabilmente meno abituati a condividere il linguaggio prescrittivo relativo ad indagini sofisticate e complesse. In sostanza lo stesso test, per il medesimo paziente, nella stessa data può essere considerato appropriato o inappropriato in relazione alla formulazione del quesito clinico.

Conclusioni

È evidente che aggiornamento ed attenzione alle problematiche cliniche del singolo paziente richiedono un impegno costante della classe medica, ma, nello stesso tempo, l'attività medica non può essere banalizzata ed analizzata con strumenti non convincenti quali quelli proposti da associazioni del tipo "choosing wisely".

Conoscere ed approfondire linee guida è importante nella nostra professione, ma teniamo ben presente che bianco e nero sono due variabili del grigio e che la capacità di districarsi nelle tonalità intermedie rappresenta l'elemento critico su cui misurare serietà, impegno, cultura ed, in ultima analisi, professionalità del medico. ●

3 Medolago G, Marcassa C, Alkraisheh A, Campini R, Ghilardi A, Giubbini R; Italian Working Group of Nuclear Cardiology. Applicability of the appropriate use criteria for SPECT myocardial perfusion imaging in Italy: preliminary results. S'Eur J Nucl Med Mol Imaging. 2014 Sep;41(9):1695-700.

Un commento che apre alla discussione

Gianpaolo Balestrieri
Direttore Brescia Medica



Il contributo di Raffaele Giubbini è come sempre stimolante e “controcorrente”. Ci riporta a considerare l’ampiezza della “zona grigia” nelle quotidiane decisioni diagnostiche e terapeutiche.

Coniugare aggiornate conoscenze e linee-guida alla peculiarità delle singole situazioni cliniche è certo il sale del nostro lavoro e l’attitudine critica che ci deve sempre guidare non ci fa amare “tavole della legge” preconfezionate cui supinamente obbedire.

Peraltro - e qui dissento dall’amico Raffaele- la campagna “Choosing wisely” non ha questo spirito. Ispirata dall’American Board of Internal Medicine nel 2009 ha sviluppato in oltre 40 specialità dell’area medica e chirurgica le “Top five lists”, l’elenco specifico per ogni disciplina di cinque procedure diagnostiche e terapeutiche

da abbandonare in quanto obsolete e/o di scarso valore aggiunto. Questo per favorire mutamenti della pratica clinica volti a migliorare la salute dei pazienti attraverso migliori scelte di trattamento, riduzione dei rischi e, laddove possibile, costi ridotti. La discussione sulla qualità di questi elenchi, sul modo di monitorare gli effetti della campagna sui comportamenti prescrittivi è ampia, come ampia l’adesione di professionisti e società scientifiche nel mondo. Partecipare, anche in modo critico, alla campagna “Choosing wisely” è, anche a mio avviso, un modo di “valorizzare il ruolo dei medici come terapeuti e leader credibili della riforma sanitaria”¹. ●

Sono graditi i contributi dei colleghi



¹ Morden NE et al. Choosing wisely. The politics and economics of labeling low value services N Engl J Med 2014; 370: 589-592.

OMCeO Brescia: apre lo Sportello Giovani!

*Eleonora Mozzo
Silvia Alberti*

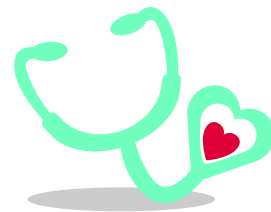
Arriva anche all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Brescia un servizio in più, che aiuterà i colleghi neolaureati e non solo, ad avvicinarsi maggiormente all'Ente e a tutti i suoi servizi: apre lo Sportello Giovani!

Siamo un gruppo di giovani medici che crede nei servizi e nelle innumerevoli opportunità, non solo di carattere informativo, che offre il nostro Ordine, ma siamo altrettanto convinti che spesso questi rimangano inutilizzati perché non sempre efficacemente recepiti dai diretti interessati.

L'idea nasce soprattutto dalla necessità di avvicinare l'Ordine alla fascia più giovane di iscritti, sempre meno informati, nostro malgrado, ma contemporaneamente anche un po' per colpa, sul ruolo dell'Ordine stesso.

L'OMCeO di Brescia fornisce già da tempo consulenze di carattere fiscale, legale, assicurativo, medico-legale, ENPAM e INPDAP, supportate da esperti in tali settori; permette una rapida ricerca degli iscritti; offre una ricca bacheca di annunci di lavoro e bandi di concorso, e molto altro.

Queste informazioni, oltre ad essere



SPORTELLO GIOVANI OMCeO Brescia

reperibili sul sito internet dell'Ordine, vengono puntualmente aggiornate in forma di newsletter, che arriva nelle caselle di posta personali di tutti i colleghi iscritti.

Il problema che abbiamo individuato è forse proprio questo.

Nella volontà di cercare di

essere il più esaustiva e dettagliata possibile, la newsletter finisce per non essere letta.

Le troppe informazioni, non sempre direttamente correlate all'attività lavorativa dei neolaureati, dei corsisti di medicina di base e dei medici in formazione specialistica, finiscono per diventare un limite all'informazione stessa.

Come facilitare quindi questo processo, fondamentale per integrarsi nella realtà lavorativa e non solo, del proprio distretto ordinistico?

Sede fisica

Ci siamo resi disponibili presso l'Ordine con uno sportello di ascolto, lo Sportello Giovani, che sarà aperto una volta alla settimana e che mira a favorire lo scambio di informazioni più strettamente correlate alle necessità dei giovani colleghi. Faremo da tramite per le consulenze specifiche sopra citate, daremo le prime risposte di carattere generale sui principali problemi della professione del neolaureato, che in questi mesi abbiamo individuato insieme, forniremo dei vademecum di domande e risposte che saranno redatti in collaborazione con i nostri consulenti, e molto altro ancora.

Sede virtuale

Per rendere però il tutto ancora più efficace, viviamo in un'epoca in cui l'immediatezza delle informazioni e la loro massima fruibilità sono l'imperativo principe di un sistema che funziona,

abbiamo avuto l'idea di aprire un gruppo Facebook: "OMCeO Brescia - Sportello Giovani".

Questo potentissimo mezzo di comunicazione, alzi la mano chi tra i colleghi giovani ma non solo, non usufruisce di questo social network, permette di velocizzare lo scambio di informazioni e, sopra ogni altra cosa, garantisce il principio dell'interattività, finora mai sperimentato. In questo modo potrete farci domande, inviare richieste, sollevare dubbi. ●

Noi, colleghi giovani che prima di voi e insieme a voi stanno sperimentando le moltissime difficoltà che si incontrano quando ci si affaccia al mondo del lavoro, ci saremo. Cercheremo di essere un filtro che individuerà le opportunità lavorative e le notizie utili, indirizzate soprattutto alla fascia di colleghi under 40, e le pubblicherà sul gruppo. Saremo in grado di pubblicizzare eventi e conferenze alle quali aderire con un semplice "parteciperò". Saremo sempre presenti per rispondere alle vostre domande anche quando lo Sportello Giovani presso la sede dell'Ordine sarà fisicamente chiuso. Cercheremo di intervenire in modo rapido e il più esaustivo possibile qualora abbiate bisogno di una soluzione, di una risposta, o anche solo di essere ascoltati.



**Possiamo dirlo:
"l'OMCeO di Brescia
è vicino a te!"**

Cari Colleghi



Gigi Veronesi

Mentre scrivo le situazioni del 730 precompilato e la multa comminata dall'Antitrust alla FNOMCeO sono in via di risoluzione nelle sacre stanze, del Ministero la prima e del Consiglio di Stato la seconda. Quali le decisioni che verranno adottate in questi due delicati e sconvolgenti frangenti è difficile pronosticarlo, anche se, la ormai assunta posizione di anello debole della società contemporanea per la libera professione, farebbe propendere per una duplice sconfitta e il rimarcare l'indisponibilità politica e governativa nei confronti della categoria.

La spina dorsale della civiltà e dell'economia italiana degli anni '60, '70 ed '80 oggi diviene zavorra per il volo di un'economia di mercato, che deve essere libera ed anarchica, senza regole e senza anima, sensibile solo al risultato economico, raggiungibile ad ogni costo e con ogni mezzo.

La domanda è: "tutto ciò anche a costo di calpestare persone e dignità? Costituzione e buon senso?". Probabilmente la risposta è: sì, profitto "uber alles" ed in barba all'articolo 32 della Costituzione, la scelta del sanitario può, anzi meglio, deve essere fatta sulla base dell'offerta economica e non sulla professionalità del prestatore d'opera, e poco importa se l'offerta venga edulcorata da fronzoli ingannevoli, falsi, autocelebrativi o fondamentalmente inutili e forvianti. Così dicendo apriamo, inevitabilmente, alla rassegnazione senza speranza, dell'esito della sanzione dell'Antitrust, ed invece dovremmo e dovrei, trovare spunti per agganciarci alla speranza, a quel gancio che in mezzo al cielo ci permetta inaspettatamente di prendere il volo. Un gancio, in realtà, si è presentato ed è il parere *pro veritate*, preparato da un importante studio legale, che l'Ordine

di Milano ha calato nell'arringa al Consiglio di Stato dove sostenendo la violazione dei diritti costituzionali ha sostenuto l'incostituzionalità della legge Bersani del 2006 avversa all'articolo 41 della Costituzione. Grazie, quindi, allo sforzo economico prodotto dai Presidenti milanesi: Rossi per l'Omc e Senna per la CAO, che non hanno esitato ad impegnare cifre di spessore per sostenere una causa comune, da noi oltre alla gratitudine, la costanza bresciana che mai si sottrarrà dall'appoggio nazionale per una così coraggiosa ed ammirevole iniziativa. **Restate sempre sulle nostre lunghezze d'onda per avere informazioni in merito**, non lasciatevi trascinare nel baratro delle regole dell'imprenditoria commerciale, arriverà, spero non troppo tardi, **il *redde rationem* e la differenza fra professione e commercio riallineerà le sue coordinate** e sarà più chiaro anche ai cittadini/pazienti quanto più salati, alla fine, possano essere preventivi molto più convenienti all'inizio, raggiungendo spero, la consapevolezza della differenza che intercorre fra: caro e costoso. ●

Un saluto a tutti ed un Buon Natale e migliore Anno Nuovo dal cuore di chi sarà sempre in debito per la fiducia accordata.

Note di servizio

☞ L'Ordine di Brescia ha aderito al Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo (SBBL) con lo scopo di fornire agli iscritti, che ne facciano richiesta, una aggiornata documentazione scientifica e clinica. SBBL si compone di una rete di 163 biblioteche dove sono presenti le riviste scientifiche più accreditate rappresentando un significativo strumento di aggiornamento professionale. Ogni medico iscritto all'Ordine può richiedere la versione PDF di qualunque articolo scientifico. I medici interessati all'acquisizione di articoli devono compilare l'allegato di richiesta inviandolo a: biblioteca@ordinemedici.brescia.it

☞ Ricordo a tutti che presto verranno inserite nella sezione formazione residenziale del sito ordinistico le modalità d'iscrizione alle Serate Odontoiatriche Bresciane 2016, arrivate ormai alla decima edizione.

Pomeriggi della Medicina 2016

“First call”

Lisa Cesco
giornalista

Il ciclo di incontri *I Pomeriggi della Medicina*, promosso dall'Ordine dei Medici con il Comune di Brescia, è nato innanzitutto come una scommessa: quella di riuscire - per la prima volta in città - a coinvolgere il grande pubblico con proposte dedicate alla salute e alla medicina. Un obiettivo non semplice, perché riguarda temi che

vengono ancora considerati dai più come troppo tecnici o appannaggio dei soli “addetti ai lavori”. Eppure gli argomenti sanitari sono sempre più attuali, perché intersecano scelte politiche, sfide scientifiche, implicazioni economiche, ricadute sociali, ponendo al centro dell'attenzione il benessere di tutti. Con questa convinzione si è partiti, nel periodo marzo-aprile 2014, con una prima edizione che ha spaziato fra molteplici argomenti della medicina che “fanno

notizia”: dalla medicina di genere, che studiando le differenze fra donne e uomini promette più salute per tutti, alla Slow Medicine che guarda a una medicina più sobria, rispettosa e giusta; dalla relazione cruciale fra paziente e medico di famiglia alle strategie per mantenere sano il nostro cervello. Senza trascurare questioni dibattute come le nuove frontiere della prevenzione nel tumore al seno o il ruolo degli integratori alimentari per il benessere. Il pubblico ha risposto con una grande partecipazione (l'auditorium San Barnaba, che ha una capienza di 400 posti, è stato riempito in pressoché tutti gli incontri, con punte anche di 500 persone), dimostrando che anche la medicina può essere “seducente”, e ci riguarda tutti da vicino, secondo uno degli slogan scelti per i Pomeriggi 2014. La sfida è stata vinta, grazie anche ad alcuni punti qualificanti della proposta: da un lato il taglio divulgativo e accattivante, per approfondire temi appassionanti che riguardano la salute con

Pomeriggi della Medicina
La Macchina Meravigliosa

Incontri aperti a tutta la cittadinanza promossi da Comune di Brescia e Ordine dei Medici della provincia di Brescia con il sostegno di Fondazione ASM

5 marzo - 23 aprile 2015

Auditorium San Barnaba
corso Magenta 44/A, Brescia
ingresso libero

Per informazioni
ufficiostampa@ordinemedici.brescia.it
www.ordinemedici.brescia.it

Curatore
Lisa Cesco
Ufficio Stampa Ordine dei Medici

La Macchina Meravigliosa

Le letture che introducono gli incontri sono a cura del Centro Universitario Temali CUT "Le Sirene" Università Cattolica del Sacro Cuore di Brescia

esperti di alto profilo ma con un linguaggio accessibile, scelta che ha consentito la partecipazione e la comprensione da parte di tutti. Dall'altro lato [la formula interattiva studiata per gli incontri, che abbina alle relazioni frontali degli specialisti uno spazio di dialogo con la platea.](#)

I Pomeriggi della Medicina, realizzati con il fondamentale supporto della Fondazione ASM, hanno offerto un approfondimento culturale su tematiche di interesse collettivo, proponendosi in un'ottica "di servizio", per veicolare corrette informazioni fra la popolazione, confutare i falsi miti sull'approccio e la cura delle malattie, oggi sempre più diffusi (complici i nuovi media come Internet che in diversi casi tendono a veicolare informazioni senza filtro), chiarire i dubbi e rispondere ai quesiti del pubblico.

All'edizione 2014 ne è seguita un'altra, nel 2015, che ha affrontato sempre nuovi argomenti (sia specificamente sanitari - come le novità nella diagnosi e cura della malattia di Alzheimer, il rapporto fra cuore, stress ed emozioni, l'alimentazione e gli stili di vita per essere artefici della nostra salute - sia temi dai risvolti sociali ed etici - dalle cosiddette cure miracolose alla chirurgia nei Paesi di guerra, all'importanza della relazione medico-paziente) consolidando la qualità della proposta e il successo di pubblico. Con una novità: il connubio fra medicina e letteratura. Ad introdurre ogni incontro dei Pomeriggi della

Medicina è stata la lettura teatralizzata di un brano letterario a tema, interpretato dagli attori del Centro universitario teatrale Cut "La Stanza" - Università Cattolica del Sacro Cuore di Brescia. Un modo per rendere ancora più coinvolgente la proposta dei Pomeriggi, attraverso le parole dei grandi autori della letteratura, nel salotto accogliente dell'auditorium San Barnaba.

L'iniziativa acquisisce ora un'ulteriore continuità con la programmazione di una terza edizione del ciclo di incontri, d'intesa fra Ordine dei Medici di Brescia e Comune di Brescia, da realizzare nei mesi di marzo e aprile del 2016.

L'obiettivo della prossima edizione è fare un ulteriore salto di qualità nella proposta, invitando a partecipare relatori di richiamo nazionale e internazionale. Verrà comunque mantenuta l'impostazione dei Pomeriggi - molto apprezzata dal pubblico - che vede, accanto ad ospiti di rilievo nazionale, la partecipazione di medici

e professori che operano nell'ateneo cittadino e nei principali poli ospedalieri di Brescia, per rinsaldare la relazione fra la città e gli attori del sistema sanitario locale. Il ciclo di incontri, pensato per la popolazione generale, offre anche importanti spunti di riflessione e approfondimento per gli stessi medici e le altre professioni sanitarie. ●

Tutti gli iscritti all'Ordine sono invitati a partecipare.



Dove come e quando

I Pomeriggi della Medicina 2016 ciclo di 8 incontri aperti a tutta la cittadinanza ad ingresso libero
2 marzo-21 aprile 2016
ore 17.30
 Auditorium San Barnaba, corso Magenta 44/A, Brescia

Pomeriggi della Medicina
 Quando la salute fa notizia

Pomeriggi della Medicina
 Quando la salute fa notizia

Incontri aperti a tutta la cittadinanza
 promossi da Comune di Brescia e Ordine dei Medici della provincia di Brescia con il sostegno di Fondazione ASM

7 marzo - 16 aprile 2014

Auditorium San Barnaba
 corso Magenta 44/A, Brescia
 ingresso libero

Per informazioni
ufficiostampa@ordinemedici.brescia.it

Curatore
 Lisa Cesco
 Ufficio Stampa Ordine dei Medici

*Palace di medicina significa palace di impegno...
 L'obiettivo: approfondire insieme argomenti appassionati che riguardano la nostra salute, con esperti di alto profilo ma con un taglio divulgativo e accattivante, per consentire la comprensione da parte di tutti...
 Si è diversi temi della medicina che "fanno notizia" saranno al primo piano negli incontri: di patologie di risonanza, come quella della medicina di precisione che studiando le differenze fra donne e uomini permette di agire per tutti, o quella della Slow Medicine che genera a una medicina più umana, rispettosa e giusta. Si ragionerà di relazioni, qualità - oculate ma sempre più problematica - fra paziente e medico di famiglia, ma anche quelle sociali ed etiche che danno nutrimento al nostro servizio...
 Per questi due ultimi incontri sarà sperimentata la formula dell'Ordine dei Medici, promossa e realizzata in collaborazione con il Comune di Brescia e l'Ordine dei Medici della provincia di Brescia, con il sostegno di Fondazione ASM...
 Per scoprire che anche la medicina può essere seducente: è ci riguarda tutti da vicino.*

Associazione Bresciana Artrite Reumatoide Onlus

Alessandra Sandrini
Vice Presidente ABAR

Era il 1995. In farmacia non si trovava più il Tauredon, un medicinale allora indispensabile per la cura dell'artrite reumatoide. Il farmaco alternativo, disponibile in Italia, non aveva le medesime proprietà terapeutiche ed i malati erano costretti a recarsi in Svizzera per approvvigionarsi.

Il Servizio sanitario non rimborsava il costoso medicinale acquistato oltre confine.

Un gruppo di pazienti, consapevole che essere in molti è meglio che agire soli, decise di creare un'Associazione che avesse come scopo quello di tutelare i diritti di tutte le persone affette da artrite reumatoide ed informare l'opinione pubblica sulle difficoltà create da questa malattia e favorire il miglioramento dell'assistenza sanitaria alle artriti.

L'associazione bresciana artrite reumatoide - ABAR - si è costituita nel 1995.

Doveroso ricordare Dante Franceschetti fondatore e storico Presidente dell'ABAR che per anni ha combattuto numerose battaglie ottenendo risultati significativi.

Fin dalla sua costituzione, l'ABAR si è gemellata con la sezione di Brescia del gruppo LES ed in seguito è divenuta l'associazione di tutti i malati reumatici della provincia di Brescia.

L'ABAR ha partecipato, insieme all'Associazione Donatori di Midollo Osseo (ADMO) alla costituzione del "Comitato un Mattone per l'Immunologia" che ha contribuito all'accreditamento del laboratorio per le



tipizzazioni tissutali dell'Immunologia Clinica e alla realizzazione della nuova sede della Reumatologia e Immunologia Clinica all'interno dell'Ospedale Civile di Brescia.

Essa collabora con altre associazioni regionali e nazionali e partecipa ad un tavolo di lavoro permanente per il miglioramento dell'assistenza ai malati reumatici.

Negli anni, l'ABAR ha erogato borse di studio a giovani medici per la formazione specialistica universitaria in Reumatologia e a fisioterapisti per lo sviluppo di programmi riabilitativi rivolti ai malati di artrite.

Ogni anno sono state divulgate informazioni a mezzo stampa, radio, televisioni e giornali su temi inerenti le artriti e le altre malattie autoimmuni. Possiede un proprio sito Internet dove è, da oltre dieci anni, attivata una chat settimanale di informazione e confronto, con la presenza di un medico.

COSA FACCIAMO OGGI

Attualmente, l'ABAR-LES è impegnata per il riconoscimento della fibromialgia, una sindrome molto frequente che determina grave riduzione della qualità di vita e che viene troppo spesso ignorata, non attentamente diagnosticata, di

cui non si conosce ancora la causa scatenante. Doveroso specificare che non esistono farmaci in grado di guarirla, ma soltanto cure farmacologiche atte a ridurre il dolore cronico generato dalla stessa. Nonostante gli sforzi da parte delle numerose associazioni di malati presenti su tutto il territorio nazionale, la fibromialgia continua ad essere ignorata dallo stato italiano.

Recentemente è stata riconosciuta soltanto in alcune regioni tra le cui, purtroppo non rientra ancora la Lombardia. In questo difficile contesto nacque cinque anni fa "Casa per la Salute":

COSA È CASA PER LA SALUTE

È La risposta che le associazioni ABAR, ADMO e MEDICI DALL'ALTRA PARTE danno ai malati reumatici che spesso non trovano giovamento dall'impiego

di farmaci anti infiammatori o anti dolorifici. La qualità del loro sonno è compromessa. In questi casi, non infrequenti, abbiamo imparato che l'auto aiuto e percorsi di salute non convenzionali possono migliorare il dolore e la qualità di vita. Vi sono attività che rientrano nell'auto aiuto tra pazienti che non possono essere gestite da/in ospedale/ASL perchè queste Aziende sono strutturate per gestire le malattie, non le persone nel loro complesso. I Comuni, in ragione del ruolo da loro svolto, sono i primi garanti della tutela della salute dei cittadini e dispongono inoltre delle attrezzature per la prevenzione primaria (piscine, palestre, parchi, ecc). Un luogo di ascolto, sensibilizzazione per i malati finalizzato a promuovere stili di vita più sani e diffondere la cultura della donazione attraverso iniziative di terapia complementare (supporto cognitivo comportamentale, corsi di stretching e ginnastica in acqua con il fisioterapista, mindfulness con psicologo, massaggi shiatsu, corsi di tai-chi, yoga, corsi di ballo e camminate settimanali in gruppo) e favorisce l'incontro dei malati in gruppi di auto-aiuto. Casa per la Salute, annualmente permette a oltre duecento malati reumatici affetti da fibromialgia, lupus, artrite reumatoide regolarmente iscritti alla Associazione, di usufruire del supporto di una equipe di medici, ricercatori e terapisti specializzati sulla patologia.

Crediamo nella forza della solidarietà

Abbiamo bisogno di volontari, aiutandoci potrai concretamente supportare tante altre persone malate che soffrono di una patologia reumatica cronica invalidante. Per informazioni: Tel: 380 6984046 Mail: abarsegreteria@libero.it

IL NOSTRO DOMANI

L'avvento dei social media ha richiesto una presenza sempre più tempestiva e puntuale nel mondo della comunicazione.

Per questo abbiamo creato un nuovo sito internet costantemente aggiornato per raccontare tutto quanto accade nella nostra associazione, con particolare attenzione ai diritti dei malati legati ai livelli essenziali di assistenza e ai percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali attivati dalle Asl attraverso la Regione.

Siamo convinti, infatti, che la conoscenza dei propri diritti sia il primo passo per far sì che essi vengano rispettati.

Un impegno forte, anche sul piano economico, affinché il residuo di gestione di un anno serva a coprire quella dell'anno successivo.

Tanto più forte se si considera che l'Abar non è un'Associazione strutturata e intende continuare a non esserlo, perché la vera scommessa per il futuro è il legame profondo tra chi è malato e chi non lo è. Un legame che è frutto di una scelta e di un impegno che non possono essere dettati da altro se non dalla volontà e dalla gratuità che sgorga dal cuore di ciascuno. ●

Se vuoi aderire alla associazione e contribuire alla sua sopravvivenza puoi effettuare un versamento sul Conto Corrente Postale 14038251 intestato all'ABAR. La quota associativa annuale è di 20 EURO.

La crisi economica ci vede in prima linea anche per sostenere i soci che versano in situazione di difficoltà.

LIBRI

La trappola del comandante di Augusto Carena e Antonio Mastrogiorgio

**Recensione a cura di
Giuseppe Belleri**

Quante decisioni prende in una seduta ambulatoriale un medico? La vita professionale è costellata di decisioni, piccole o grandi, contingenti o strategiche, ponderate o istintive, e si può ben dire che la nostra mente è costantemente impegnata in processi decisionali che si sviluppano in due fasi: dapprima una componente cognitiva, che consiste nell'acquisizione e valutazione di innumerevoli informazioni passate e presenti provenienti da diverse fonti, e in un successivo momento il risolto pratico delle premesse informative, ovvero si orienta l'azione ad un obiettivo implicito o esplicito come esito finale del processo decisionale. La psicologia cognitiva ha posto la decisione sotto le lenti d'ingrandimento della ricerca sperimentale da mezzo secolo a questa parte, scoprendo una miriade di falle, imprecisioni e trabocchetti in cui, spesso inavvertitamente, può incappare anche il

decisore esperto. Il termine chiave per descrivere sbagli e "cantonate" varie è *bias*, concetto ben noto in medicina, specie tra gli epidemiologi, utilizzato per descrivere le distorsioni metodologiche e del giudizio statistico che possono affliggere studi clinici e sperimentali (*bias* di selezione, di pubblicazione, di informazione, confondimento etc...) Meno noti sono invece i *bias* cognitivi che interessano i decisori professionali nella pratica quotidiana sul campo; ad essi è dedicato il bel libro "La trappola del comandante" di Augusto Carena (consulente d'impresa e formatore) e Antonio Mastrogiorgio (economista ed esperto di organizzazioni) che guidano il lettore alla scoperta degli errori cognitivi che ci impediscono di decidere correttamente. Il titolo evoca l'improvvisa rotta scelta dal comandante della grande nave da crociera naufragata al Giglio qualche anno fa, a dimostrazione del rischio di incappare in un errore di valutazione anche da parte degli esperti più "navigati".



Gli autori illustrano le innumerevoli trappole decisionali scoperte da quando i premi Nobel Herbert Simon e, soprattutto, la coppia di psicologi Tversky e Kahneman hanno inaugurato negli anni settanta il filone di ricerche definito euristiche e *bias*. Il primo termine allude alle scorciatoie o semplificazioni mentali del processo decisionale, selezionate dall'evoluzione per la loro funzionalità nella vita quotidiana, ma che possono in situazioni particolari sfociare in *bias* del giudizio ed in errori più o meno gravi, se non controbilanciate da un'attitudine riflessiva e da controlli metacognitivi. Il testo è diviso in due parti e 5 capitoli. La prima di

carattere teorico affronta il lato nascosto della cognizione e illustra i limiti intrinseci della razionalità e della memoria umana, a dispetto della concezione aulica dell'“homo oeconomicus”, iper-razionale e freddo calcolatore del proprio interesse. La seconda entra nel dettaglio di euristiche e *bias* che possono condurre inavvertitamente a decisioni

imprecise o francamente errate nella vita di ogni giorno, nella sfera economico-finanziaria e quando la decisione è presa in collaborazione con altri. Il libro è ricco di casi pratici, tratti perlopiù dalla sfera organizzativa e manageriale, ma non mancano esempi di decisioni mediche. Lo stile è quello accattivante e vivace, ma sempre rigoroso, della

buona divulgazione scientifica per il grande pubblico dei non addetti ai lavori, ma curiosi delle scoperte delle scienze cognitive. ●

La trappola del comandante
Augusto Carena
Antonio Mastrogiorgio
Rizzoli Etas 2012
Pp. 260
Euro 18.50

Un agopuntore italiano in Cina di Sergio Perini

Recensione a cura di **Francesco Puccio**

Mi fa molto piacere recensire il libro “Un agopuntore italiano in Cina” dell’amico e collega Sergio Perini recentemente pubblicato con la Casa Editrice Armando.

La pubblicazione, che riprende una precedente opera del 2011 arricchendola di alcuni capitoli e numerose fotografie, riporta una serie di esperienze umane e professionali che coinvolgono il lettore e lo accompagnano attraverso alcune delle più affascinanti città della Cina, fermandosi negli Ospedali, visitando i luoghi archeologici, giardini pubblici, i musei.

Non una semplice descrizione di luoghi o un freddo manuale tecnico per l’agopuntore, ma un diario di vita alla Chatwin, tante esperienze umane vissute da un medico, da un artista che vuole conoscere e toccare le persone che incontra nell’esercizio della professione

e nella quotidianità del viaggio. Nella gloriosa scia del bresciano Giulio Aleni, Perini ha l’ambizione di costruire un nuovo, piccolo ponte tra la Scuola bresciana e la Medicina tradizionale cinese tanto lontane nel metodo, ma tanto vicine nell’obiettivo e nel confronto con l’Uomo e la persona malata.

Questo di Perini è un tentativo che vede già i risultati nella intensa collaborazione che si è venuta a creare tra la nostra Università e quella di Shanghai, collaborazione piena di speranze anche di ordine professionale che si auspica possa portare a una “integrazione tra la Medicina Occidentale e la Medicina Tradizionale Cinese nel tentativo di far nascere una nuova figura di Medico”. E anche in questo rivediamo la grandiosa figura di Giulio Aleni che, nell’epilogo del suo *Xixue fan*, esprimeva la speranza di vedere un giorno



la traduzione in cinese di tutte le opere più importanti del sapere occidentale “Così a poco a poco si farà in sorte che la scienza dei savi dell’oriente e dell’occidente si fonda in una”.¹ ●

Un agopuntore italiano in Cina
Sergio Perini
Armando Editore 2015
Pp. 192
Euro 18

¹ Giulio Aleni. Commenti e Immagini della Incarnazione del Signore del Cielo. Fondazione Civiltà Bresciana. Centro Giulio Aleni.

L'infarto di Claudio Cuccia

Recensione a cura di Gianpaolo Balestrieri

Divulgazione in medicina: un compito difficile. Da una parte il rischio di un linguaggio tecnico e oscuro, di un racconto noioso come un libro di testo. All'opposto facile cadere nella superficialità e nell'imprecisione. Con il suo "L'infarto" (Il Mulino 2015) Claudio Cuccia supera brillantemente la prova. L'autore è direttore del Dipartimento Cardiovascolare della Fondazione Poliambulanza e cardiologo clinico di grande esperienza. Collabora al nostro giornale. Da qualche anno ha affiancato alla sua intensa attività di medico e ricercatore (Claudio preferirebbe il termine "studioso", più umile) una produzione narrativa ("Alle sette, Pinochet" 2006, "Il povero Giorgio" 2012 Ed La Quadra) che gli è valsa lusinghieri riconoscimenti di pubblico e di critica. La curiosità per le persone e l'amore per la letteratura come strumento prezioso

di conoscenza sono l'anima del libro. Scorre leggera e piacevole la lettura destinata a chi l'infarto del miocardio l'ha avuto, a chi lo vuole evitare ed anche ai medici che questi pazienti hanno in cura. L'informazione scientifica, dalla patogenesi ai sintomi, al trattamento della fase acuta, alla terapia farmacologica è precisa e *up to date*.

Le indicazioni sulla vita quotidiana chiare e sorridenti. Il testo è ricco di aneddoti, battute, citazioni mai prolisse o serie che ampliano il respiro della scrittura. Da Francesco Giuseppe d'Asburgo alla sua anoressica consorte, da Tommaso d'Aquino ad Hannah Arendt, da Stefan Zweig a Stefano Benni e molti altri. Mi ha colpito in particolare il ricordo di Marek Edelman eroico combattente del Ghetto di Varsavia e per tutta la sua lunga vita cardiologo e difensore dei diritti civili in Polonia e nel mondo. Ma sono l'ironia e la leggerezza le cifre



dominanti del libro. Ironia rivolta anzitutto a sé stesso e poi ai pazienti, alle loro mogli (questo susciterà qualche reazione non proprio benevola), ai medici. Ironia sempre accompagnata da simpatia e vicinanza. Le virtù assieme all'umiltà del buon medico. ●

L'infarto
Piccola guida per evitarlo o mal che vada sopravvivergli felici
Claudio Cuccia
Editore Il Mulino Bologna 2015
Pp. 129
Euro 11

Il personale sanitario degli Spedali Civili 150 anni fa

Chiara Benedetti



1844

Nel 1844 l'Ospedale Maggiore si era trasferito nella sede dell'Ospedale delle Donne, collocato in piazzetta San Domenico (nell'attuale via Moretto), creando così gli *Ospitali e Luoghi Pii Uniti in Brescia* che erano formati dall'Ospedale Maschile, da quello Femminile, dalla Pia Casa degli Esposti e dai due Manicomi (Maschile e Femminile).

Il suo scopo era quello di curare gratuitamente i poveri malati della città e provincia; di ricoverare in appositi e distinti reparti i poveri affetti da malattie contagiose e di soccorrere "quelli che abbisognano di presidi chirurgici". I benestanti, detti anche possidenti o dozzinanti, erano curati a pagamento e temporaneamente "fino a che si trovano i letti e locali disponibili". La Pia Casa degli Esposti riceveva i bambini illegittimi e legittimi abbandonati nella ruota, curava il loro sviluppo fisico e morale per "renderli utili cittadini". Dava assistenza con ogni riguardo e riservatezza alle incinte illegittime "onde preservare l'onore alle stesse ed alle famiglie cui appartengono". "Scopo dei Manicomii è il ricovero di quegli infelici che resi mentecatti ponno riuscire pericolosi a sè ed agli altri".



1861

Dal 18 luglio 1861 sul settimanale d'area zanardelliana *L'Indicatore bresciano* apparve il *Saggio di riforma del civico Spedale di Brescia* scritto dai medici chirurghi dell'Ospedale che ne criticavano la parte igienica e sanitaria.

Venivano analizzati punto per punto i vari reparti, i servizi, la multiforme attività del personale mettendo in rilievo le carenze umane e strutturali dell'ente. Aspre accuse erano mosse al governo austriaco che aveva gravemente danneggiato gli interessi del nosocomio nonché alla sempre più ingerente presenza delle suore che rispondevano a una "cieca obbedienza prestata alla loro superiora" e non alle prescrizioni loro impartite dai primari e dai medici. Questi articoli "misero a nudo le deficienze gravissime e la crisi di spazio di un ospedale antiquato nell'ordinamento e nella direzione, trasferito da pochi anni in una sede che si era ben presto dimostrata assolutamente inadeguata ai bisogni di una città e di una provincia in continuo sviluppo".



1862

Il 3 agosto 1862 venne promulgata la legge n. 753 (*Sull'Amministrazione delle Opere Pie*) la prima che intendeva garantire un minimo di uniformità amministrativa e gestionale alle centinaia di istituzioni caritatevoli dedite all'assistenza presenti nei diversi Stati preunitari.



1865

Nel 1865 l'Ospedale stampò lo *Statuto organico e Regolamento interno di Amministrazione e Direzione degli Ospitali e Luoghi Pii Uniti in Brescia* che ottenne l'approvazione della Deputazione Provinciale e quella del re d'Italia Vittorio Emanuele II. In ben 263 pagine erano descritte l'organizzazione dell'Ospedale, il suo personale e i servizi. Prima di darlo alla stampa esso era stato letto e fatto sottoscrivere a tutto il personale che accettava tali regole. Infatti il *Regolamento* stabiliva i doveri e i diritti di ogni impiegato e le norme da seguirsi per meglio raggiungere lo scopo dell'Opera Pia ed era diviso nella parte di amministrazione e in quella di direzione igienica, tecnica e disciplinare. I dipendenti erano distinti in stabili ed effettivi che avevano diritto anche alla pensione e impiegati amovibili. Personale effettivo erano gli impiegati dell'amministrazione e, per la parte sanitaria,



STATUTO ORGANICO

E

REGOLAMENTO

INTERNO

di Amministrazione e Direzione

DEGLI

OSPITALI

E LUOGHI PII UNITI IN BRESCIA



BRESCIA

TIPOGRAFIA GILBERTI

1865

il segretario e lo scrittore della Direzione, i medici e chirurghi Primari, la Levatrice, il Registrante e vice-Registrante degli Esposti, gli Ispettori delle Infermerie, il Capo Speciale, gli Aggiunti e il Controllore della Farmacia e i Curati. Il personale amovibile era costituito dagli Infermieri ed Infermiere e da tutte le persone incaricate del basso servizio. Anche allora gli Spedali Civili accoglievano molte levatrici e medici ancora in formazione per le loro esercitazioni pratiche. I medici svolgevano il loro praticantato e, gratuitamente per due anni, esercitavano la professione in cambio di alloggio, legna e lumi all'interno dell'Ospedale, per

succedere, forse, a un magro assegno di medico chirurgo secondario.

Le Ancelle della Carità avevano iniziato a prestare la loro opera nell'Ospedale nel 1840. Dal servizio infermieristico nelle sale femminili erano passate a ricoprire ruoli importanti quali la gestione del guardaroba, della cucina e della dispensa e le funzioni dell'Ispeitrice, della Priora, della Maestra e della Portinaia della Pia Casa degli Esposti suscitando malumori soprattutto da parte della classe medica.

Ai lavoratori erano richiesti: l'attestato di cittadinanza italiana e di età maggiore; quello di moralità; di sana fisica costituzione e la dichiarazione di nessun vincolo di parentela con alcuno degli impiegati stabili dell'Ospedale.



Gli stipendi

Gli stipendi più alti erano quelli del Segretario Capo e dell'Ingegnere (2200 lire), del Vice Segretario e del Ragioniere Capo (1800), del Cassiere (1500) e dell'Economo (1300). Inferiori quelli del personale sanitario: il Direttore della Farmacia (1500 lire), il segretario Medico (1400), il Direttore medico e i Primari (1200). Basso era lo stipendio del Medico Assistente (600 lire) se paragonato a quello del portinaio addetto alla porta principale dell'Ospedale (602 lire) o a quello dei cinque curati che prendevano ciascuno 580 lire. C'era chi aveva diritto, dentro l'Ospedale, all'abitazione gratuita (l'economo, il portiere, il direttore della farmacia, il registrante degli esposti e il direttore medico), chi all'alloggio insieme alla legna e ai lumi, ovvero riscaldamento ed elettricità (i medici assistenti, i lavoratori della farmacia, la sorvegliante Maestra della Pia casa degli esposti, la levatrice e i curati) e alla pensione. Chi aveva l'obbligo di alloggiare in Ospedale era perché doveva garantire un'assidua presenza e disponibilità, un orario di lavoro pressoché continuo e non poteva dedicarsi ad un'attività professionale privata esterna.



Vertice

Vertice dell'Ospedale era un corpo collegiale o Commissione Amministratrice gratuita, composta da un Presidente nominato dal Re e da sei commissari che, la prima volta erano eletti da Sua Maestà, in seguito dal Consiglio Comunale. Di ausilio alla Commissione Amministratrice vi era il Segretario Capo e il personale di cancelleria.

Il personale amministrativo lavorava nei giorni feriali dalle 9 alle 15 e nei festivi dalle 10 alle 12 e, nel caso in cui *"fossero in ritardo operazioni periodiche, o si verificassero altre operazioni d'urgenza"* anche dalle 18 alle 21.



Direzione

L'Ufficio di Direzione Medica era composto dal Direttore Medico, dal Segretario Medico e dallo Scrittore computista.

Il Direttore Medico sovrintendeva all'ottimo andamento igienico sanitario ed economico dell'Istituto. Dipendeva dalla Commissione Amministratrice dalla quale era nominato. Egli veniva scelto tra i Primari dell'Ospedale ed in caso di permesso o di assenza legittima era supplito da un altro primario nominato dalla Commissione stessa.

Durava in carica cinque anni e poteva essere rieletto. Doveva alloggiare nello Stabilimento dove aveva una conveniente abitazione gratuita e un onorario annuo di 1200 lire. La carica di direttore non lo esonerava dall'ufficio di Medico Primario i cui incombeni venivano solitamente disimpegnati nelle prime ore del mattino e nelle vespertine. *"Medico Primario e Direttore ad un tempo può meglio sorvegliare lo Stabilimento, verificare gli abusi, prevenire i disordini, conoscere i bisogni, e proporre ed adottarne le provvidenze"*.

Aveva l'obbligo di tenere un registro di osservazioni per gli impiegati e specialmente vigilava perché i Primari si attenessero per le visite all'orario prescritto nelle varie epoche dell'anno.

N.° progress.	QUALITÀ dell'impiego	Soldo stabile		DIRITTO a pensione	DIRITTI annessi alla qualità dell'impiego	Osservazioni
	<i>Riporto L.</i>	25736	25			
	DIVISIONE II.					
	DIREZIONE <i>igienica, tecnica e disciplinare</i>					
	UFFICIO DI DIREZIONE					
28	Direttore Medico . . . L.	1200	—	Non ammesso	Abitazione gratuita	
29	Segretario Medico . . . »	1400	—	Ammesso		
30	Scrittore Computista . . . »	900	—	id.		
	SEZIONE I.					
	CULTO					
31	Direttore del personale del Culto »	—	—	—	—	
32	Curato dell'Infermeria Maschile »	580	—	Ammesso	Alloggio, legna, lumi	Per regolare i rapporti spirituali dei Reverendi Curati si trovò utile l'ammettere un Direttore gratuito del Culto interno.
33	Curato per la stessa . . . »	580	—	id.	id.	
34	Curato dell'Infermeria Femm. »	580	—	id.	id.	
35	Curato come sopra . . . »	580	—	id.	id.	
36	Curato della P. C. Esposti. »	580	—	id.	id.	
37	Sacrista dell'Infermeria Maschile »	339	40	Non ammesso		
38	Sacrista dell'Infermeria Femm. »	339	40	id.		
39	Sacrista per la P. C. Esposti. »	365	—	id.		
	SEZIONE II.					
	CUCINA					
40	Soprintendente alla Cucina. »	4062	86	id.	— — —	Assunte con Convenzione e Protocollo 30 Marzo 1859.
41	Due Cuciniere . . . »					
42	Due Facchini . . . »					
	SEZIONE III.					
	INFERMERIA MASCHILE					
43	Medico Primario . . . »	1200	—	Ammesso		
44	Chirurgo Primario . . . »	1200	—	id.		
	<i>Riportansi L.</i>	37554	81			

N.° progress.	QUALITÀ dell'impiego	Soldo stabile		DIRITTO a pensione	DIRITTI annessi alla qualità dell'impiego	Osservazioni
	<i>Riporto L.</i>	37554	81			
45	Medico Assistente . . . L.	600	—	Non ammesso	Alloggio, legna, lumi	
46	Altro Medico Assistente . . »	600	—	id.	id.	
47	Medico Assistente gratuito. »	—	—	— —	id.	
48	Altro Medico Assist. gratuito. »	—	—	— —	id.	
49	Ispettore d' Infermeria . . »	1000	—	Ammesso	id.	
50	Infermieri ordin. di 1. ^a cl. N.° 5. »	3007	50	Non ammessi	— — —	Vi sono esposti gli Infermieri e Sotto-Infermieri che ordinariamente abbisognano per l'Infermeria.
51	Sotto-Infermieri ordinarij N.° 20 »	10205	—	id.		
52	Portinajo . . . »	456	25	id.		
	SEZIONE IV.					
	INFERMERIA FEMMINILE					
53	Medico Primario . . . »	1200	—	Ammesso		
54	Chirurgo Primario . . . »	1200	—	id.		
55	Medico Assistente . . . »	600	—	Non ammesso	Alloggio, legna, lumi	
56	Altro Medico Assistente . . »	600	—	id.	id.	
57	Medico Assistente gratuito. »	—	—	— —	id.	
58	Altro Medico Assistente gratuito »	—	—	— —	id.	
59	Ispettrice dell' Infermeria femm. »				id.	
60	Tre Infermiere di 1. ^a classe »					
61	Tredici Sotto-Infermiere per l'Infermeria stessa . . »	5981	—	Non ammesse	— — —	Per questo personale che comprende 25 persone, delle quali 17 applicate all'Infermeria femminile, 6 all' Ospizio delle Pazze, e 2 al Guardaroba dell' Infermeria femminile, venne stipulata convenzione fino dal 1843, rinnovata con protocollo 30 Marzo 1859; per il che al personale controindicato ed esposto nella rispettiva Sezione non risulta espresso il relativo emolumento, che è compreso nella controindicata somma.
	La Priora per le Pazze					
	Due Infermiere di 1. ^a classe					
62	Facchino . . . »	456	25	id.		
63	Portinajo d' Infermeria . . »	456	25	id.		
	SEZIONE V.					
	ESPOSTI ED INCINTE					
64	Registrante . . . »	1150	—	Ammesso	Abitazione gratuita	
65	Aggiunto al Registrante . . »	900	—	id.		
66	Medico Primario Ostetricante »	1200	—	id.		
67	Medico Assistente . . . »	600	—	Non ammesso	Alloggio, legna, lumi	
68	Medico Assistente gratuito . . »	—	—	id.	id.	
69	Levatrice . . . »	400	—	Ammessa	Alloggio, legna, lumi e vitto	
	<i>Riportansi L.</i>	68167	06			

N.º progress.	QUALITÀ dell'impiego	Soldo stabile		DIRITTO a pensione	DIRITTI annessi alla qualità dell'impiego	Osservazioni
	<i>Riporto L.</i>	68167	06			
70	Priora o Ispettrice . . . »	1994	04	— —	Alloggio, legna, lumi	Assunte con Protocollo 30 Marzo 1859.
71	Sorvegliante Maestra alle Espo- ste adulte . . . »					
72	Due Infermiere di 1.ª classe. »					
73	Portinaja della Pia Casa . . »					
	SEZIONE VI. PAZZI E PAZZE					
74	Medico Primario . . . »	1200	—	Amnesso		
75	Medico Assistente . . . »	600	—	Non amnesso	id.	
76	Medico Assistente gratuito. »	—	—	— —	id.	
77	Ispettore ai Pazzi . . . »	1000	—	Amnesso	id.	
78	Due Infermieri di 1.ª classe. »	1303	—			
79	Sei Sotto-Infermieri . . . »	3064	50			
80	Priora o Ispettrice delle Pазze. »	—	—	— —	id.	Il di contro personale è compreso nell'accordo per l'Ispettrice di Infer- meria femminile, come al N.º 59.
81	Due Infermiere di 1.ª classe. »	—	—			
82	Tre Sotto-Infermiere. . . »	—	—			
83	Tre Infermiere come sopra, ed una Guardaroba per gli E- sposti ed infermi maschili. »	946	30	Non amnesse	— — —	Assunte con conven- zione. 6. <i>gennaio 1862.</i>
84	Portinajo ai Pazzi . . . »	456	25	id.		
	SEZIONE VII. FARMACIA					
85	Capo Speciale »	1500	—	Amnesso	Abitazione gratuita	
86	Farmacista coadjutore . . »	950	—	id.	Alloggio, legna, lumi	Quando sono di guardia.
87	Assistente di Spezieria . . »	950	—	id.	id.	
88	Controllore Speciale comp. »	1000	—	id.	id.	
89	Diurnista Speciale . . . »	800	—	Non amnesso		
90	Due Praticanti di Spezieria grat. »	—	—	— —	— — —	Non risulta strettamen- te necessario il sussidio di Praticanti; si è amnesso per offrire mezzo di Istru- zione a' giovani farmacisti, onde combinare un utile sussidio col buon ordine interno di Farmacia. La dieta per questi venne stabilita in L. 2 al giorno.
91	Facchino di Spezieria . . . »	500	—	Non amnesso		
92	Due Assistenti alle autopsie e custodi della cella mor- tuarja »	1460	—	id.	— — —	
93	Portinajo-Regist. alla Portamag. »	602	25	id.	Alloggio, legna, lumi	
	<i>Totale L.</i>	86487	40			

Il Direttore doveva portare attenzione perché non ci fossero abusi nell'accettazione dei malati: *“a tale scopo si recherà spesso volte nella sala di accettazione, procurerà che si faccia il ripartimento nelle diverse sale mediche-chirurgiche in proporzione dei letti vacanti in ciascuna sala”*.

Per tematiche sanitarie importanti e influenti sul buon andamento del Pio Luogo il Direttore riuniva in Consiglio i Medici Primari per raccogliere il loro parere su provvedimenti da proporre alla Commissione.

Ogni anno redigeva un rapporto generale sulle malattie curate durante l'annata nei distinti reparti.

I Primari erano sei: il medico primario dell'Infermeria maschile e quello del reparto femminile, il medico primario ostetricante, il medico primario dei pazzi e pazze, il chirurgo primario delle Infermerie maschili e quello delle Infermerie Femminili.

Scelti e nominati dalla Commissione Amministratrice dipendevano da essa ed erano subordinati nelle direttive delle loro funzioni al direttore medico.

Essi dovevano vigilare sull'accettazione degli infermi; verificare la presenza di malattie contagiose o la presenza di malattie “sospette” dovute ad esempio a una “causa delittuosa”.

La visita degli ammalati doveva essere eseguita dai Primari in preciso orario esposto all'ingresso di ogni sala. Nelle visite *“è dovere del Primario di intrattenersi presso ciascun ammalato quanto basta per istabilire una esatta diagnosi, prognosi e cura terapeutica della malattia. Dovrà esporre ai Medici Assistenti le ragioni della diagnosi, prognosi e terapia; dovrà sentire la loro opinione, e fare quelle osservazioni che fossero del caso: e gli Assistenti potranno esternare le loro vedute senza opporsi direttamente al parere del Primario fondato in più lunga esperienza, e che è il solo responsabile della cura che si va ad intraprendere”*.

Stabilita la malattia *“orderà i medicamenti che la scienza suggerisce opportuni. Le ricette saranno scritte sul ricettario*

giornaliero d'Infermeria, in italiano, per intero in lettere, con peso metrico, escluso le cifre”.

“Il Primario avrà cura di recarsi nelle Infermerie anche in altre ore del giorno e di notte, per assicurarsi della assistenza ai propri ammalati, e per osservare se i subalterni si prestano caritatevolmente nell'esercizio delle loro funzioni”.

Il Primario doveva anche vigilare sul cibo e sui farmaci recandosi nella cucina e nella farmacia dell'Ospedale per constatare la buona preparazione dei cibi e dei medicamenti.

Mensilmente i Primari si raccoglievano nello studio del Direttore medico per discutere i casi clinici più interessanti.

“Sarà poi lodevole quel Primario che scrivesse storie di malattie singolari, o che presentasse studii scientifici da conservarsi nella Biblioteca dello Stabilimento”.

Il Medico Chirurgo Ostetricante ha al primo posto l'obbligo dell'assoluto segreto:

“È imposto a questi il più rigoroso secreto in tutto che riguarda le ricoverate gravide, le puerpere, le nutrici e l'esposizione dei trovatelli”.

Una delle principali incombenze del Primario erano le vaccinazioni sia per i bambini interni ricoverati che per quelli esterni: egli stesso doveva sovrintendere all'operazione tenendo due registri distinti. Le visite alle ricoverate erano permesse solo nell'ultimo mercoledì di ogni mese.

Erano sei i medici chirurghi assistenti a pagamento altri sei prestavano servizio gratuito. I primi lavoravano per due anni consecutivi. Allo scadere del biennio gli assistenti gratuiti, che avevano prestato un servizio non interrotto di due anni, potevano surrogarli.

“Verranno prescelti quei giovani Medici della Città e Provincia che offerissero belle speranze di riuscita, e che vi aspirassero nello scopo di meglio istruirsi nella scienza”.

“Essendovi nell'Ospizio degli ammalati professanti religione diversa dalla dominante, [i Primari] rispetteranno le loro convinzioni, e vigileranno perché siano dagli altri funzionarii rispettate, e non ne sia

mai turbata la coscienza con insinuazioni che non sono del luogo, nè dello scopo dello Stabilimento”.

Il Direttore Spirituale era scelto “*fra’ Dignitarj Ecclesiastici distinti e venerati dalla Città. Il suo ufficio è gratuito*”. Vi erano poi tre sacristi e cinque curati il cui stipendio era di poco inferiore a quello del Medico.



La Pia Casa degli Esposti aveva sede nell’Ospedale e figura cardine di essa era la levatrice. Era l’unica professione sanitaria non medica che, a fine Ottocento, aveva l’obbligo di studiare per due anni presso le Università conseguendo un diploma (patente). Doveva aver esercitato “*l’arte ostetrica*” per tre anni in un comune o in ospedale.

Nell’Ospedale di Brescia era nominata per concorso ed era immatricolata nei registri insieme ai medici.

La levatrice non apparteneva alle Suore Ancelle ed era aiutata da due infermiere da lei istruite.

In ogni sua mansione aveva l’obbligo del più rigoroso segreto, infrangendo il quale, poteva essere rimossa dall’impiego con perdita di ogni diritto a pensione.

Riceveva i bambini esposti depositati nella ruota e dedicava loro le prime cure necessarie, li registrava ed inventariava gli eventuali oggetti trovati con il neonato. Vigilava e dirigeva le nutrici nei Baliati che “*sono quei luoghi destinati a raccogliere i bambini che per qualunque dei modi indicati pervengono all’Ospizio, e le nutrici che denno prendere cura del primordiale loro mantenimento. Tali luoghi costituiscono un separato riparto, alla Soprintendenza del quale, oltre alla Priora, ha parte importante anche la Levatrice*”.

Controllava lo stato di salute delle nutrici e verificava che nella loro sala fosse “*conservata la maggiore pulizia e la salubrità dell’aria, perché si somministri ai lattanti il nutrimento senza differenze e predilezioni, e perché sieno eseguite rigorosamente le mediche prescrizioni*”. Inoltre prestava la sua opera alle partorienti e alle donne gravide malate

ricoverate negli altri reparti.

La levatrice era la depositaria dell’armamentario chirurgico-ostetrico ed avendo “*un’ingerenza diretta nei diversi riparti della Pia Casa, sarà essa pure munita di tutte le chiavi, per le quali possa in ogni ora visitare i riparti medesimi e recarsi in sussidio della Priora e delle Infermerie*”.

Abitava in Ospedale e non aveva la possibilità di uscirvi se non per due ore al giorno, ma solo se non era necessaria la sua presenza.

Ritmi massacranti, sovraccarico di compiti, l’impossibilità di svolgere un’attività professionale privata fecero sì che, col passare degli anni e coll’aumento del numero dei parti, alla levatrice se ne aggiunse una seconda (“l’aggiunta”).



Il personale sanitario non medico era diviso per genere: così nei reparti maschili lavoravano uomini in quelli femminili donne.

L’Ispettore delle Infermerie maschili doveva dirigere e consigliare gli infermieri, tenere il registro della loro presenza ed esercitare la più accurata vigilanza sulla disciplina, sull’economia, sul culto.

Visitava costantemente, anche di notte, le infermerie. Era suo obbligo, per lo meno nei giorni festivi, di dare agli infermieri una più ampia istruzione.

“Ha stanza da letto nello Stabilimento, ed uno scrittoio nel centro delle infermerie, onde gli sia più agevole di eseguire con prontezza e precisione i propri doveri. Gli sono concesse due ore, dalle una alle tre pomeridiane per il pranzo, ed altre due ore dalle sette alle nove per la cena, e del rimanente non può assentarsi nemmeno per pochi istanti senza permesso del Medico Direttore.”

Doveva aver compiuto studi ginnasiali o le sei classi delle Scuole e dell’Istituto Tecnico; svolto praticantato biennale in ospedali civili o militari.

A meriti uguali veniva preferito chi provasse di aver seguito un corso di studi medici-chirurgici.

L’Ispettrice delle sezioni d’Infermeria

Femminile era proposta dalla Superiora delle Ancelle.

Doveva aver compiuto gli studi e possedere un attestato di pratica triennale come infermiera di prima classe presso qualche ospedale o altro istituto.

Sarà sua principale cura che si diffondano:

“a) Una vera pietà religiosa, e che sia quindi assolutamente radicata qualsiasi pratica superstiziosa; b) La decenza, la massima pulizia, l’ordine, il decoro e la precisione; c) Il migliore possibile umano trattamento delle inferme e ricoverate, e senza la benchè minima parzialità e distinzione; d) Una conveniente istruzione, il moderato lavoro e gli onesti passatempi per le ricoverate che saranno in istato di approfittarne, avuto riguardo all’età ed allo stato di salute; e) La schiettezza, la docilità, la cortesia, lo scambievolmente compatimento ed il massimo buon accordo; f) Il preciso adempimento di quant’altro dispongono i Regolamenti, e gli ordini e le prescrizioni dei Superiori”.

Il personale infermieristico era diviso in classi ed era annoverato tra il personale giornaliero (come il personale dedito ai lavori di fatica) e spesso doveva occuparsi di attività non propriamente sanitarie. Infermieri ed Infermiere di prima classe dovevano avere un attestato di vaccinazione; il certificato di sana e robusta costituzione; un *“attestato di condotta morale irreprensibile, tendenze ad abitudini di sobrietà e temperanza, specialmente nell’uso del vino e dei liquori, dolcezza di parole e di modi, e natura propensa ed affettuosa verso i propri simili; saper leggere e scrivere, ed attitudine di mantenere il segreto. Avere lodevolmente servito per due anni nell’Ospedale come sotto-infermiere; dichiarazione di due medici-chirurghi primari, da cui risulti aver dato prove di conoscere praticamente le regole speciali per gli Infermieri ed Infermiere e il regolamento generale dell’Ospedale”.*

Dovevano a turno prestare servizio di giorno e di notte per ventiquattro ore continue.

I sotto-infermieri e le sotto-infermiere dovevano avere un attestato comprovante

un lodevole servizio come infermiere o sotto-infermiere in altri ospedali o presso privati, dando prove di attitudine e buon volere.

Rifacevano i letti la mattina e la sera, vuotavano e riempivano i pagliericci, curavano la pulizia delle sale, arieggiavano i locali, uno aveva l’*“obbligo di istruirsi nell’espurgo delle mignatte”*, uno era incaricato dell’illuminazione e della distribuzione del vino; un altro assisteva i bagnanti, uno i vaiolosi e un altro gli scabbiosi e tignosi.

Quattro erano portantini. ●

Bisognerà aspettare i regolamenti ospedalieri del XX secolo perché la professione infermieristica assuma la propria specificità e professionalità.



Bibliografia

Almanacco della Provincia Bresciana per l’anno 1866. Brescia, Tipografia Apollonio

Della Peruta F. Sanità pubblica e legislazione sanitaria dall’Unità a Crispi. Studi Storici 1980;21:713-759

Frascani P. Ospedale e società in età liberale. Bologna, Il Mulino, 1986

Pancino C. Il bambino e l’acqua sporca. Storia dell’assistenza al parto dalle mammane alle ostetriche (secoli XVI-XIX). Milano, Angeli, 1984

Rocco G, Cipolla C, Stievano A (a cura di). La storia del nursing in Italia e nel contesto internazionale. Milano, Angeli, 2015

Saggio di riforma del civico Spedale di Brescia. Osservazioni redatte per cura dei Medici-Chirurghi secondarii. L’Indicatore bresciano 1861;I, f. n. 38,39,40,41,42,43, 46,47,48 e 51.

Statuto organico e Regolamento interno di Amministrazione e Direzione degli Ospitali e Luoghi Pii Uniti in Brescia. Brescia, Tipografia Gilberti, 1865.

Ringrazio molto per la collaborazione il Responsabile dell’Emeroteca Queriniana Dottor Antonio De Gennaro.

Se ci si crede...

Lorenzo Magno



Caro Presidente,
sono un attento lettore di *Brescia Medica* e l'ultimo numero del notiziario, eccellente per aspetto grafico, impaginazione, contenuti, mi sollecita a riconsiderazioni, riflessioni sulla natura del nostro lavoro.

Ho 83 anni e ho speso la vita come oncologo clinico, nella sottospecie di radioterapista. In qualche modo continuo a cercare di essere utile, fornendo pareri se richiesti, aggiornandomi, partecipando alla vita di associazioni attive in campo oncologico.

A giudicare dall'alta frequenza con la quale il mio telefono e il mio indirizzo di email sono utilizzati, devo ritenere che perfino un vecchio medico, doverosamente obsoleto, può continuare ad esistere.

"Crisi della figura del medico" scrive bene la dottoressa Chersevani. Però scegliere di fare il medico, dice Balestrieri, "è una scelta di vita (omissis) spesso onerosa, ma anche certamente un privilegio". Sono completamente d'accordo con Balestrieri.

Il tono generale degli articoli sembrerebbe orientarci verso la considerazione che viviamo in un mondo brutto e cattivo. Chi siamo noi medici, ammesso che possiamo essere riuniti antropologicamente in una specie nel senso di Linneo? Siamo davvero qualcosa di diverso dal resto dell'umanità?

Se ripercorro la mia storia, vedo i primi passi funestati da incontri con colleghi a volte semianalfabeti, ma potenti nel piccolo ambito che mi riguardava, che mi hanno gratuitamente insultato e/o sfruttato. Vedo l'unica bocciatura della mia vita nell'esame di Clinica medica e con tesi di Laurea già consegnata, (correva l'anno 1954) inflittami da un professore dal reddito molto elevato, seccato del fatto che avessi studiato su un testo che non approvava (per precisione il testo di semeiotica medica di Marañón). Ricordo con divertimento qualche collega che mi ha fatto lavorare al suo posto (ero, per motivi di sopravvivenza, anche medico di fabbrica alla Breda nel periodo 1955/1959) ovviamente senza corrispondermi le piccole somme aggiuntive che sarebbero toccate a me.

Tutto negativo? Assolutamente no. Nello stesso tempo ho avuto la fortuna di incontrare professionisti cui devo una parte della mia formazione professionale iniziale, ma che soprattutto mi hanno insegnato a vivere. Sono grato anche verso coloro che mi hanno un poco fregato ritenendomi in fondo un utile idiota.

E' il caso di ricordare che ai miei tempi la scuola di specialità si pagava? C'è ancora qualcuno che ha come me lavorato ovviamente senza retribuzione ma nemmeno ottenere almeno l'ambito titolo di "assistente volontario"? A me è successo, lavorando come semiclandestino all'Istituto dei Tumori di Milano. Il vero compenso sta nel fatto che ho, come si suol dire, rubato il mestiere.

Tutta la mia carriera è maturata attraverso una serie di concorsi pubblici: mai che abbia fruito di una sanatoria. Ne sono orgoglioso....

Non mi sto lamentando: vorrei solo ricordare che la considerazione, l'autostima, i successi professionali, quelli veri, quelli derivanti anche dalla competenza e capacità di comunicare con il malato e i suoi familiari, si conseguono spendendosi. Parecchi anni fa il mio Direttore Sanitario mi convocò per comunicarmi, visti i miei orari di permanenza in

Ospedale certificati dai tabulati, che le ore lavorate in più non mi sarebbero state retribuite. Ovviamente io lo sapevo già e gli dissi: *“Caro professore, grazie! Ma io lavoro per Hobby.”* Il mio interlocutore si offese....

Ora mi ritrovo dal settembre 1999 in pensione e con qualche divertimento e nostalgia possessore di un lungo elenco di ferie non fruite, di ore di lavoro non pagato e così via. *Il segreto del mio buon umore* sta nel fatto che ho imparato fin da...bambino che *la vita è, se vogliamo, una fregatura salvo che non trovi dentro di te motivi per riconoscere ogni tanto in quello che ti accade aspetti gratificanti, totalmente al di fuori di normative, tabelle, questionari, reddito e così via.*

Brescia medica del Giugno/agosto 2015 contiene, tra altre cose molto interessanti, la lettera di Ernesto Bonera, una di quelle persone che ho avuto la fortuna di incontrare nel mio lavoro. Bonera è un ottimo medico, una persona seria, amato da una folla di ex malati e dice cose del tutto condivisibili. Mi chiedo se non pecchi un poco per ottimismo. Davvero possiamo sperare in una migliore organizzazione della didattica e del lavoro tra enti ospedalieri e territorio? La storia non ci ha insegnato qualcosa?

Tempo fa ho avuto l'incarico di pianificare le attività oncologiche della Provincia di Brescia nel Dipartimento Oncologico Bresciano (DOB: mi diverte l'idea che la sigla è stata proposta e utilizzata da me). Si trattava di un programma ambizioso con finalità di grande utilità pratica. Ho combattuto (e perso la guerra) per riuscire a organizzare percorsi collettivi concordati di diagnosi, terapia, assistenza in campo oncologico naturalmente raccogliendo e sintonizzando i contributi dei tanti professionisti presenti nel territorio. Credo che del mio lavoro, cessato per ragioni amministrative che non ho compreso (ovviamente, non ero retribuito e non ho chiesto di esserlo) si sia perfino persa la traccia. Un lavoro perso? No. Io ne ho ricavato esperienze, insegnamenti, nuove regole e la conferma del *“pessimismo della ragione e l'ottimismo della volontà”*, come diceva Antonio Gramsci.

Una professione in difficoltà dice la copertina di Brescia Medica.

Per colpa di chi? Da cosa nasce la difficoltà?

Negli anni '90 sono stato (a mie spese e utilizzando ferie) a visitare il Massachusetts General Hospital MGH di Boston. All'epoca un'indagine rivelava che i dipendenti del MGH erano molto soddisfatti del fatto di lavorarci! Un dato straordinario per me (ero già Primario) conscio del fatto che la mia vita si era tutta svolta nel tentativo di ottenere dagli organi amministrativi un aiuto, un sostegno. Non sono così cieco da ritenere che le varie amministrazioni che dal 1959 al 1999 si siano succedute nel dirigere gli Spedali fossero stupide o malintenzionate. Forse non potevano fare nulla di meglio. Malgrado ciò il gruppo di lavoro dell'Istituto del Radio faceva funzionare, pagando di persona, probabilmente la migliore Divisione di Radioterapia Oncologica del Paese.

Concludo. *La vita professionale per i medici oggi offre straordinarie possibilità di aggiornamento, mezzi di diagnosi e cura inimmaginabili solo pochi anni fa. Nulla è gratuito, tuttavia.* Tanto per confermare che sono vecchio, ricordo la definizione della professione medica come missione e la gioia di riuscire a giovare, non obbligatoriamente con la guarigione, ai malati che ci si affidano. Quando insegnavo (e non mi riferisco solo a posizioni accademiche) i miei sfortunati allievi dovevano, almeno in mia presenza, al termine di una visita, ringraziare il malato, che si era loro affidato. *Forse qualche segno, qualche cicatrice dell'anima ancora resta nei miei figli professionali* che sono e saranno sempre in difficoltà, nascondendo nel loro cuore il sano disprezzo per la stupidità, l'incompetenza, la supponenza che talvolta alberga nelle Istituzioni ma anche in alcuni loro colleghi. Tra le cause di disservizio della Sanità italiana, mettiamo anche i medici.

Caro Presidente, se ci si crede, è possibile fare il medico bene anche ora e magari con un poco meno di fatica che nel passato. Qualcuno ricorda Arnaldo Fusinato e la sua Ode: “Il medico condotto”?

Professor Paolo Bianco

*“La scienza procede lentamente
ma con la sicurezza di risultati tangibili
e a volte spettacolari”*

Questo amava ricordare il Prof. Paolo Bianco morto, a soli 60 anni, il 7 novembre 2015. In un mondo regolato dall'approssimazione e dal bisogno di clamore il suo rigore nel condurre ricerca e divulgazione, con la pacatezza e l'affabilità del “signore” dalla profonda cultura umanistica innamorato della vera Scienza, è un monito per tutti noi. La sua scomparsa ha profondamente colpito la comunità scientifica che perde uno scienziato di fama mondiale e di riferimento per la ricerca sulle cellule staminali mesenchimali e una voce autorevole che molto si è spesa contro la cattiva informazione/disinformazione dei media e la cattiva scienza che, inevitabilmente, danneggia i pazienti.

Paolo Bianco, laureato a Roma alla Sapienza e specializzato in Anatomia e Istologia patologica, era diventato uno dei massimi esperti mondiali di patologie del tessuto osseo e delle cellule scheletriche negli anni trascorsi a Londra allo University College e poi al National Institutes of Health, dove gli fu proposto di restare a dirigere un gruppo di ricerca. Preferì tornare alla Sapienza dove creò il Laboratorio di cellule Staminali presso il Dipartimento di Medicina Molecolare. Professore Ordinario di Anatomia e Istologia patologica affiancava alla ricerca l'attività didattica e divulgativa, attraverso conferenze e articoli dai quali emergeva anche un forte impegno civile. Impegno che lo portò a fare affermazioni e prendere posizioni talvolta scomode ma sempre mirate a ricondurre ogni discussione, attraverso il ragionamento e l'esame dei dati, all'interno della scienza (legge 40, legge sulla sperimentazione animale, Caso Stamina).

Lo scorso anno gli fu assegnato il premio internazionale Public Service Award (per la



ricerca sulle cellule staminali e medicina rigenerativa) per il suo impegno civico ed etico nel dibattito sollevato in Italia dal caso Stamina.

Rigore nel metodo, onestà intellettuale e saggezza a sostegno e difesa della vera scienza. Questi i principi che lo portarono ad affermare, in un'intervista in cui si chiedeva la sua opinione sulla terapia Stamina: “L'efficacia di una terapia non può essere oggetto di opinione. Una terapia è materia di dati scientifici, di sperimentazioni, di risultati misurabili e noti. Finchè non si hanno dati misurabili e noti (non segreti, quindi) non esiste nessuna terapia sulla quale esprimersi o discutere.”

Aveva inoltre intuito fin dall'inizio che l'uso di staminali mesenchimali, oltre che scientificamente ed eticamente inaccettabile a quelle condizioni, nascondeva un pericoloso business di cui qualcuno cercava di approfittare. “Le cellule staminali commerciali danneggiano la medicina: la medicina è consapevole”, questo il titolo del suo ultimo articolo (Recenti Prog.Med 2015; 106:538-539) ove sottolinea ancora una volta come la diffusione del commercio di terapie cellulari fasulle (negli USA, ma non solo) crei allarme non solo nel mondo scientifico come è stato sino ad ora, ma nel mondo medico in generale, poichè sono in gioco valori fondamentali propri della medicina. Grazie al Medico e all'Uomo.

Adriana Loglio

Dottor Elio Adamo

Il 10 aprile 2011 aveva ricevuto la medaglia per i 60 anni di Laurea. Era stato un giorno felice, uno di quei giorni in cui la fine della vita non ti sfiora e l'abbiamo visto Medico per sempre. Dicevano i clienti "i dottori non si possono ammalare", ma, il 30 luglio scorso, la malattia lo ha vinto. Essere Medico era la Sua vocazione. Vocazione che ha sempre onorato nelle scelte professionali come medico e come specialista in pediatria e medicina legale. Chi l'ha conosciuto sapeva della sua bontà e disponibilità: i bambini di un tempo, oggi madri e padri, gli hanno dato commossi l'ultimo saluto, ricordando le sue parole persuasive, le sue carezze, le tranquillizzanti caramelle. La sua lunga carriera è stata prodiga di soddisfazioni e riconoscimenti. Marito e Padre amato, speriamo rimanga nel ricordo di chi lo ha avuto accanto nel dolore e nel bisogno.

*La moglie Fulvia
e la figlia Fiammetta*

Dottor Sergio Maurizio Bertolini

Per oltre quarant'anni è stato un punto di riferimento di grande professionalità e sensibilità verso i suoi pazienti; oltre ad un esempio, nella vita e nel lavoro, per i figli Evelina e Ruggero, che lo ricordano con profondo affetto.

I figli Evelina e Ruggero



Dottor Italo Brocchi

Tanti sono i pensieri nella nostra mente, tanti i sentimenti nel nostro cuore. I ricordi di tutta una vita trascorsa insieme emergono piano piano e ci danno un'immagine sempre più nitida di te, il nostro Italo. Ti ricordiamo giovane di belle speranze, lanciato verso il futuro, primo di noi quattro fratelli, ad aprire la strada a noi tre venuti dopo. Poi, uomo maturo, divenuto medico nelle vesti di ufficiale sanitario dei nostri paesi. Spesso le autorità vengono percepite come qualcosa di lontano e di nemico, ma tu non eri certo così, avevi un dono per ascoltare i problemi della gente. Per tutti avevi una parola di incoraggiamento. In te una doverosa professionalità era sempre unita a umanità e buon senso. Così riuscivi a risolvere tante situazioni difficili di vita, di salute, di lavoro. Perché tu eri così: buono, generoso, altruista nato. Eri felice se vedevi intorno a te gente felice. Così eri in famiglia, così eri sul lavoro, così eri con tutti. E dalle persone che sono venute a darti l'ultimo saluto abbiamo avuto tante testimonianze di quanto fossi benvenuto e stimato. Amavi le qualità della vita che elevano lo spirito. Amavi la cultura, amavi l'arte. Avevi un vero culto per l'antico. Forse era consapevolezza che senza passato non c'è futuro. Così un albero che, se non ha radici, non può aprire i suoi rami verso il cielo. Queste tue passioni ti avevano portato a sacrificare i guadagni di una vita per circondarti di cose belle. Ma poi non le godevi in maniera egoistica, anzi le mostravi a tutti con entusiasmo. Da vero appassionato amavi condividere. Forse, come i filosofi antichi, facevi coincidere il bello, il buono, il vero, il giusto. Forse, come disse un famoso scrittore, pensavi anche tu che "la bellezza salverà il mondo". Così, caro fratello, vogliamo ricordarti. Così ti ricordano tutti quelli che ti hanno conosciuto. Ci hai lasciato troppo presto. Negli ultimi giorni hai molto sofferto e hai talvolta invocato i nostri amati genitori perché ti venissero a prendere, ma ora vivi per sempre con loro nella luce. Ciao Italo, continua a vegliare su di noi.

Emiliana, Gianluigi, Sergio

Dott.ssa Miriam Contini

Ciao Miriam, ci siamo conosciuti più di trenta anni fa ed oggi è arrivato il giorno di salutarci. Sembra ieri quando, sbarazzina sbarazzina, ti ho incontrato per la prima volta ad uno dei nostri corsi di aggiornamento; ed invece ci è passata una vita. Lunghi decenni, densi di ricordi, sfilano nella mia mente a ripercorrere i tanti momenti che abbiamo vissuto insieme come compagni di viaggio nella nostra affascinante professione, intrisa di emozioni e fatica. In questi lunghi anni ti ho sempre visto ed ammirato come medico, precisa e scrupolosa nel dovere, sempre attenta al dolore ed al disagio che i malati ci portano, ma senza mai perdere di vista la disciplina del sapere scientifico e l'adesione alla normativa burocratico-amministrativa, che spesso intralcia il nostro lavoro quotidiano. Le rare volte che ti ho sostituito nel tuo studio, ho potuto constatare di persona quanto i tuoi malati ti stimassero e ti apprezzassero per le tue doti umane e per le tue capacità professionali. Nei nostri incontri, seppure non frequenti, scattava come una sintonia spontanea che ci portava a condividere le nostre esperienze, non solo professionali, ma anche umane, famigliari e sociali. Parlavamo di tutto e a ruota libera. Con la naturalezza di chi si comprende a volo perché parla lo stesso linguaggio. Ricordo tanti nostri alterchi quando cominciavamo a parlare di arte: tu attratta dal modernariato ed io che tiravo verso il classicismo formale. Le tue frecciate sulla mia pedanteria classicheggiante mi hanno sempre stimolato positivamente, anche a rivedere le mie opinioni estetiche. E tuttavia ricordo quella volta quando per partecipare ad un evento professionale ci



Dottor Vincenzo Di Monda

siamo ritrovati insieme a Dresda, e in un ritaglio di tempo siamo andati a visitare la Pinacoteca. In fondo ad una sala ci siamo ritrovati davanti ad una Madonna del nostro Raffaello, la Madonna Piacentini, quella dove in basso ci sono i due angioletti birichini con lo sguardo trasognato: ebbene di fronte a quella tela sei rimasta a lungo a contemplare, rapita da tanta composta bellezza. Quel giorno ci siamo detti che il mio classicismo ed il tuo modernariato avevano trovato un punto di incontro e di equilibrio. Conservo le foto di quei tre giorni e, pensandoti, le ho sfogliate in queste settimane. Il tuo sorriso sorrideva alla vita ed al mondo.

Parlavamo delle nostre vite e di quello che avremmo voluto fare quando saremmo andati in pensione. Tu sempre piena di entusiasmo e di progetti: un corso di cinematografia d'avanguardia, un corso di cucina creativa, tanti viaggi nella Toscana che tanto amavi...

Fino a quando alcune cellule dei tuoi polmoni hanno deciso di mettersi di traverso e far cambiare la rotta alla tua esistenza. Nella breve malattia hai conservato la tua grinta, hai lottato fin dove umanamente è stato possibile, senza mai lamenti o piagnistei. Con dignità. Come hai vissuto. Cara Miriam, sono contento di averti incontrato lungo la strada della mia vita. Grazie per l'amicizia che mi hai donato. Spero di incontrarti ancora sui sentieri del cielo, per continuare i nostri dialoghi con più comodità, senza fretta e senza limiti di tempo...

Carmelo Toscano

Negli anni settanta migrato al nord e alla Divisione di Neurologia degli Spedali Civili che comprendeva allora l'Osservazione Psichiatrica, diretta dal Professor Ulrico Sacchi, l'ho conosciuto.

Il suo impegno nell'approfondire e raffinare l'esperienza clinica è subito apparso totale quanto la sua abnegazione.

Profondo rispetto degli altri e confidenza fra noi medici e paramedici hanno presto determinato una produttiva armonia che ha accompagnato il lavoro invadendo anche la nostra vita nel corso del tempo. Nessuna figura "apicale" o "collaterale" ha mai potuto competere con la sua facilità ad essere primo fra noi. Non vi fu rebus o sciarada che non tenesse a bada. Ha pervaso infine tutti d'una delicata dolcezza. Il giorno prima che ci lasciasse ha voluto giocare un'ultima partita a carte: "vecchio finale di partita persa, finito di perdere..." (Beckett) Ho creduto essere il suo più sincero amico.

Nanni Pelliccioli

Dottor Lucio Olivetti

Qualche mese fa Lucio ci ha lasciato. Ci ha salutato in maniera improvvisa ed inaspettata, come un fulmine a ciel sereno, come soleva fare a volte lui quando appariva senza alcun preavviso o ti chiamava per trasmetterti alcune nuove idee, riflessioni o progetti.

Lo consideravo, e non solo io, un uomo indistruttibile, una fonte inesauribile, a volte anche un poco turbolenta e la gelida notizia in quella sera di Febbraio, mi è risuonata molte volte come impossibile. Ai più che lo conoscevano, questa realtà non sembra vera neanche oggi e così io credo sarà per molto, molto tempo; Lucio sembra assente perchè sta lavorando molto, Lucio sembra assente perché è ad un congresso o con la sua famiglia o perchè adesso è preso con il suo nuovo hobby della fotografia, ma non perchè se ne è andato.

Era un vulcano Lucio, ambizioso, ma oltremodo onesto e leale, credeva nella sua professione come una vera vocazione e ad essa ha dedicato molte delle sue energie.

Era un vulcano di idee e di progetti e lo testimoniano i fatti, la costante volontà di migliorare, la voglia di trasmettere il suo sapere agli altri, l'organizzazione di molti eventi scientifici e formativi, le numerose e titolate pubblicazioni, le numerose bibliografie.

L'onestà professionale, la sua lealtà e la sua passione sono sempre stati esemplari.

Era un tenace Lucio, con la voglia di dimostrare a se stesso, che non c'erano limiti, in parte a sottendere forse un poco di insicurezza, ma maggiormente perché credeva nel potenziale dell'essere umano e dell'essere medico.

Era e per me è e rimarrà per sempre, il mio vero maestro e un sincero amico.

Era un grande amico Lucio, bastava uno sguardo, un cenno e la sintonia era subito



perfetta, accumulata dalla voglia di fare e di lavorare assieme a nuovi progetti. Il ricordo di Lucio è un ricordo oltremodo positivo, rasserenante ma anche spronante, da esempio per la sua elevata professionalità, lealtà, generosità e sana ambizione. Io credo che la comunità medica Bresciana e non solo, abbia perso un grande radiologo, un eccellente maestro e un uomo oltremodo caparbio, generoso, onesto e leale. Non ti dimenticheremo Lucio, io ti voglio ricordare per sempre. Grazie per essermi stato maestro, grazie per la tua amicizia.

Gigi Grazioli

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

*ricorda con rimpianto i Colleghi
deceduti recentemente*

Dott. Elio Adamo

Dott.ssa Elisa Andreis

Dott. Maurizio Sergio Bertolini

Dott. Italo Brocchi

Dott.ssa Emilia Miriam Contini

Dott. Vincenzo Di Monda

Dott. Giuseppe Grasso

Dott. Mario Iorini

Dott. Flavio Lazzari

Dott. Fulvio Panizza

Dott. Arcangelo Salerno

Dott. Francesco Tomasi

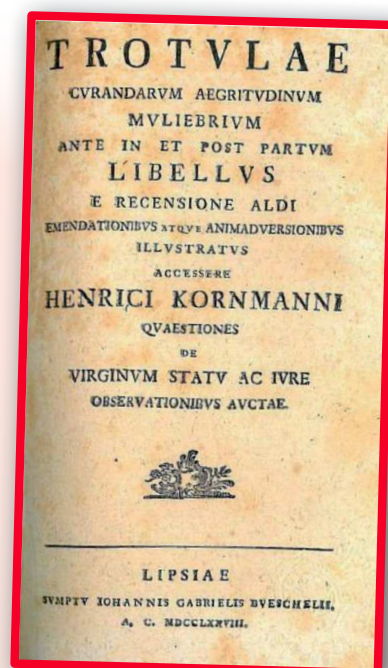
ed esprime ai loro familiari le più sentite condoglianze.

www.ordinemedici.brescia.it

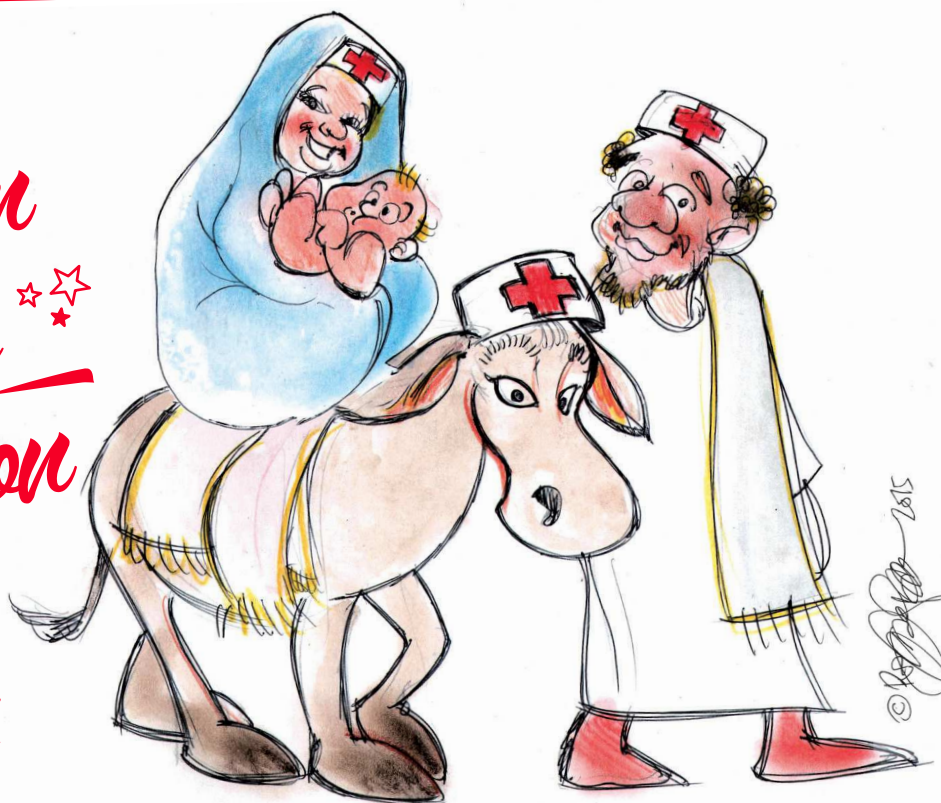
segui online

*Se non hai medici
a portata di mano,
ti facciano da medici
queste tre cose:
mente serena,
riposo e moderazione
nel mangiare.*

(Scuola Medica Salernitana)



☆☆☆
— Buon
Natale —
☆☆☆
☆☆☆ e Buon
Anno



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