

Oltre la pandemia Prove di ripresa

Primo Piano

- I vaccini, dal vaiolo al COVID-19

Forum

- La riforma della legge 23

Editoriale

- Il riccio e la volpe

IN QUESTO NUMERO

EDITORIALE

- Il riccio e la volpe**
Gianpaolo Balestrieri 3
- “Il fiume non può tornare indietro.
Nessuno può tornare indietro”**
Ottavio Di Stefano 4

FORUM

- La riforma della legge 23** 6

PRIMO PIANO

- I vaccini, dal vaiolo al COVID-19**
Francesco Donato 14

PUNTI DI VISTA

- La morte “svelata”**
Don Giacomo Canobbio 23

- L’epidemia, la sofferenza e la società senza dolore**
Renzo Rozzini 26

- Il Bed Management:
l’esperienza dell’ASST Spedali Civili**
Cristiano Perani 30

- Pandemia, ospedale per acuti e bed-management.
Quali lezioni per il dopo Covid?**
Letizia Bazoli 35

- La Breast Unit nella pandemia Covid-19**
Alessandra Huscher 38

TESTIMONIANZE

- Il ritorno della cronicità**
Erminio Tabaglio 40

- Siamo stati tutti “giovani medici”**
Giulia Zambolin 42

- Alla foce del Limpopo**
Francesco Castelli, Lina Tomasoni, Bruno Comini 43

PILLOLE DI STORIA

- Epidemie nella storia di Brescia**
Riccardo Semeraro e Giovanni Gregorini 47



* spiegazione
della copertina
pag 64

Ricci, volpi, spillover
Raffaele Spiazzi

PAGINA DELL'ODONTOIATRA

- Linee programmatiche di mandato 2021 - 2024**
Gianmario Fusardi 51

RACCONTI

- Bird watching e diagnosi clinica**
Enrico Bresciani 54

LIBRI

- Daniele Coen. L'arte della probabilità. Certezze e
incertezze della medicina**
Enrico Bresciani 56

RICORDI

- Dottor Agnese Bodei,
l'amica Letizia** 57

- Dottor Andrea Nigro,
il figlio Giuseppe** 59

- Dottor Alberto Orlandini,
Sergio Pecorelli** 59

- Dottor Emilio Noventa,
la moglie Biancamaria** 61

DIREZIONE - REDAZIONE - AMMINISTRAZIONE

Via Lamarmora, 16 - BRESCIA - Tel. 030 2453211 - Fax 030 2429530
info@ordinemedici.brescia.it - info@omceobs.legalmailpa.it - ordinemedici.brescia.it

DIRETTORE RESPONSABILE: Dott. Gianpaolo Balestrieri - COMITATO DI REDAZIONE: Dott. Angelo Bianchetti, Dott.ssa Lisa Cesco, Dott. Ottavio Di Stefano, Dott.ssa Anna Giulia Guarneri, Dott. Cristiano Guido Cesare Perani, Dott. Renzo Rozzini, Dott. Raffaele Spiazzi, Dott. Erminio Tabaglio, Dott.ssa Giulia Zambolin.

CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE 2021-2024

PRESIDENTE: Dott. Ottavio Di Stefano - VICEPRESIDENTE: Dott.ssa Luisa Antonini, SEGRETARIO: Dott. Bruno Platto - TESORIERE: Dott.ssa Anna Giulia Guarneri - CONSIGLIERI: Dott. Gianpaolo Balestrieri, Dott. Nicola Bastiani, Dott. Germano Bettoncelli, Dott. Angelo Bianchetti, Dott. Silvio Caligaris, Prof. Francesco Donato, Dott. Giovanni Gozio, Dott. Renzo Rozzini, Dott. Erminio Tabaglio, Dott. Umberto Valentini, Dott.ssa Annalisa Voltolini, Dott. Gianmario Fusardi (Odontoiatra), Dott.ssa Claudia Valentini (Odontoiatra).

COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO MEDICI

PRESIDENTE: Dott. Ottavio Di Stefano - VICEPRESIDENTE: Dott.ssa Luisa Antonini - SEGRETARIO: Dott. Bruno Platto - COMPONENTI: Dott. Gianpaolo Balestrieri, Dott. Nicola Bastiani, Dott. Germano Bettoncelli, Dott. Angelo Bianchetti, Dott. Silvio Caligaris, Prof. Francesco Donato, Dott. Giovanni Gozio, Dott.ssa Anna

Giulia Guarneri, Dott. Renzo Rozzini, Dott. Erminio Tabaglio, Dott. Umberto Valentini, Dott.ssa Annalisa Voltolini.

COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO ODONTOIATRI

PRESIDENTE: Dott. Gianmario Fusardi - VICEPRESIDENTE: Dott.ssa Claudia Valentini - SEGRETARIO: Dott. Claudio Giuseppe Dato - COMPONENTI: Dott.ssa Sara Geretto, Prof. Stefano Salgarello.

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

PRESIDENTE: Dott.ssa Patrizia Apostoli (nominato ai sensi dell'art.2 co. 3 della L.3/2018) - COMPONENTI EFFETTIVI: Dott.ssa Tiziana Candusso, Dott.ssa Emanuela Tignonsini - COMPONENTE SUPPLENTE: Dott.ssa Giulia Zambolin.

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 Anna Giulia Guarneri, Dott. Bruno Platto, Dott. Umberto Valentini (Consigliere).

PROGETTO EDITORIALE a cura di Margherita Saldi, partner Luca Vitale e Associati - Progetti di comunicazione - IMPAGINAZIONE E STAMPA: Com&Print srl - Brescia.

IMMAGINE DI COPERTINA realizzata dal Dott. Raffaele Spiazzi.

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

Il riccio e la volpe



Il Direttore
Gianpaolo Balestrieri

*“La volpe sa molte cose,
il riccio una sola, ma grande”*

Archiloco (VII sec AC.)

In un celebre saggio¹ Isaiah Berlin filosofo e letterato, di famiglia ebraica lettone emigrata in Inghilterra al tempo della Rivoluzione d'Ottobre, divide gli scrittori, i pensatori, le persone in due categorie. Una, quella dei ricci, fedeli ad un'idea dominante, ad un sistema teorico unitario, analitici, profondi, un po' dogmatici, poco interessati a ciò che sta al di fuori del loro universo. L'altra quella delle volpi, curiose di molte cose, non sistematiche, attratte dal contraddittorio fluire della vita. Platone, Hegel, Dostoevsky, sono certamente ricci. Volpi invece Montaigne, Balzac, Puškin. Altri sono più difficili da collocare, Tolstoj, che si considerava un riccio dalle forti visioni anarco cristiane, era piuttosto una volpe affascinata dalla varietà dei tipi umani. E Dante?

Probabilmente un po' ricci e un po' volpi siamo tutti e le

rispettive percentuali variano a seconda delle stagioni e delle circostanze.

Nella pandemia siamo stati forzatamente ricci.

Un tema dominante, un lessico dominante e ripetitivo, SARS-CoV-2, polmonite interstiziale, embolia polmonare, tamponi, molecolari, antigenici, focolai, isolamento, idrossiclorochina e poi desametazone, enoxeparina, dispositivi di protezione...termini che ci hanno accompagnato, inseguito, compagni della paura, del senso di impotenza, dei drammi, dei lutti non elaborati, della stanchezza. E adesso che dovremmo tornare ad essere un po' volpi, curiosi dei tanti aspetti della professione, della ritrovata ricchezza dei rapporti con le persone, delle innovazioni probabilmente rilevanti che ci attendono e che siamo chiamati a valutare, facciamo fatica, stentiamo a lasciarci alle spalle

quell'esperienza totalizzante che è stata Covid-19.

Ma ricominceremo.

Rinnoveremo anche il nostro giornale, più dinamico, più vivace, più al passo coi tempi. Senza rinnegare il riccio che siamo stati e che ci ha dato la forza di essere medici. ●

¹ *Il riccio e la volpe*, Isaiah Berlin, Ed. Adelphi 1998.

“Il fiume non può tornare indietro. Nessuno può tornare indietro”



Il Presidente
Ottavio Di Stefano

Covid 19 ci ha cambiato? O meglio ha determinato un cambiamento nelle relazioni? E questo mutamento si manterrà nel tempo? In alcuni momenti avrei risposto certamente sì, ma, paradossalmente, ora che ci avviamo verso il ritorno alla normalità perduta (varianti permettendo) questa convinzione vacilla sulla spinta innata e diffusa di volere presto dimenticare il tempo del dolore, dell'incertezza, della paura, delle angosce individuali e collettive. Ma se guardiamo al nostro lavoro non vi sono dubbi. Covid 19 ha messo a nudo mali antichi. Siamo pochi, spesso mal retribuiti e viviamo in una ormai storica povertà strutturale su tutti i versanti. Abbiamo resistito al virus dimostrando, senza enfasi, vero spirito ippocratico che altro non è che dedizione strenua e fatica. Questi non possono protrarsi oltre modo e costituire la “normalità”.

Il cambiamento è indispensabile.

Questa consapevolezza, che spero sia patrimonio di tutti, è il primo passo per avviare qualsivoglia processo innovativo. Da questo *incipit*

derivano i passi successivi. Disponibilità ad accettare il cambiamento che prevede l'analisi degli errori del passato e la predisposizione fattiva a nuove proposte. *E questo vale sia a livello personale che organizzativo, sia sul piano individuale che su quello collettivo (Vittorio Pelligra. Il sole 24 ore 20 giugno 2021).* Ed è da queste due prospettive, che non sono divergenti, ma al contrario interdipendenti, che informeremo l'azione dell'Ordine nei prossimi anni. Sul piano collettivo vi propongo una visione solo apparentemente arida.

Il territorio deve prendersi cura della salute di comunità e questa si realizza con l'azione della comunità che cura.

Due comunità.

La comunità che cura, trascurata in questi anni, è fatta dalle cure primarie, centrata sulla medicina generale e la pediatria di famiglia, ma questi sono solo i primi anelli della catena.

Cura della salute di comunità prevede un'interazione strutturata e digitalizzata di tanti e vari attori. Dalle professioni sanitarie, al sociale, alle realtà in parte neglette ed isolate come le

Rsa e le strutture dedicate alle disabilità, al rapporto vitale con l'ospedale. Ospedale che va pure ripensato in termini organizzativi e di rete. Una visione difficile, complessa, ma non utopica se crediamo davvero nel cambiamento. Se crediamo davvero in una sanità che inizia dalla prevenzione fino al malato cronico, al malato difficile, al malato fragile, alla medicina genere specifica. Se crediamo davvero alla cura della “persona” e non solo della malattia.

In termini pratici deve esserci un luogo fisico (il distretto? Le case di comunità?) dove i professionisti discutono e costruiscono percorsi condivisi e dove, e so che è un tasto dolente, ognuno sia disponibile a mettersi in discussione per migliorare la qualità della propria professionalità. **Sono quindi essenziali iniziative formative che propongano modelli di percorsi di cura e questo sarà l'asse portante dei nostri corsi autunnali su cui già sta lavorando la commissione cultura.**

Ma non basta. Questa è la stagione del cambiamento nella politica sanitaria. Si

pensi alla riforma della legge 23 della Lombardia ed alla cornice definita e per certi aspetti vincolante del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR). La riforma della riforma lombarda è nella sua fase di elaborazione e proposta e l'Ordine proporrà la propria analisi critica e propositiva, come abbiamo già in parte anticipato, con un documento ed iniziativa dedicati. Ricordando ai decisori che le riforme hanno poche o nulle possibilità di successo se nell'elaborazione non vengono coinvolti, a tutti i livelli, le donne e gli uomini che, quotidianamente, vivono e lavorano nel Sistema Sanitario Nazionale.

Il medico non è un tecnico che, come tale, si affida alla tecnologia che risolve tutto. La medicina, come dice un vecchio assioma, non è una scienza, ma una pratica nobile che cerca di basarsi sul metodo scientifico. Il medico è un "artigiano" di alto profilo. Ha un ruolo personale, privilegiato con il malato, che al di là dell'indispensabile lavoro in *team*, deve preservare e mantenere. Deve avere la curiosità intellettuale di "conoscere attraverso", che vuol dire fare la diagnosi, ma va oltre. Che vuole dire muoversi fra le tante incertezze e le poche provvisorie certezze della medicina. Che vuol dire che tutti i giorni dobbiamo confrontarci con un paziente cui non si possono applicare le linee guida, con le prognosi fallaci, con il ruolo di responsabilità nelle scelte difficili. Stiamo parlando di bioetica, di qualità quotidiana della nostra professione, dal

lavoro medico al femminile davvero di parità, del contrasto continuo alla burocrazia soffocante.

Insomma, della possibilità di aver tempo per pensare. **Pensare che non tutto è riconducibile agli algoritmi, ma che dobbiamo rivalutare il *gut feeling*, elegante espressione inglese che in termini semplici vuol dire "occhio clinico", naturale attitudine che si apprende solo con l'esperienza, con l'aggiornamento continuo. Ma non basta.** Fuori dalle corsie, dagli ambulatori c'è un mondo come mai in fermento e non solo per la pandemia e sarebbe un errore grave isolarsi solo in discussioni "tecniche".

Se facciamo uno sforzo e guardiamo oltre "questa siepe, che da tanta parte dell'ultimo orizzonte il guardo esclude" scopriamo, come dicono grandi esperti, che due sono i fattori principali di mitigazione delle disuguaglianze socioeconomiche che COVID-19 ha drammaticamente esasperato: istruzione (e ricerca) e sistemi sanitari pubblici efficienti. Il cambiamento diventa, quindi, indispensabile. *Il primo passo verso il cambiamento è la consapevolezza. Il secondo passo è l'accettazione. Il terzo passo è l'azione.* ●

Il fiume non può tornare indietro. Nessuno può tornare indietro. Tornare indietro è impossibile nell'esistenza.

(Il fiume e l'oceano di Khalil Gibran)

Proveremo a proporre, come avevamo iniziato a fare, esperimenti di cultura (cinema, letteratura) che suscitino dibattiti ed aperture. Ma per rimanere con i piedi per terra è un'operazione culturale anche proseguire nel rinnovamento dei servizi dell'Ordine rendendoli sempre più fruibili on line.

La riforma della legge 23

Scenari e proposte per il Sistema sanitario lombardo

Testo a cura di **Lisa Cesco**
giornalista



➔ **Forum con i rappresentanti
della medicina bresciana**
Martedì 6 luglio 2021

Hanno partecipato in videoconferenza

Benvenuto Antonini, Direttore Anestesia e Rianimazione, ospedale di Manerbio - ASST Garda

Gianpaolo Balestrieri, Direttore responsabile di Brescia Medica

Ottavio Di Stefano, Presidente Ordine dei Medici di Brescia

Angelo Bianchetti, Responsabile Dipartimento Medicina e Riabilitazione Istituto Clinico S. Anna

Ovidio Brignoli, Medico di medicina generale e Vicepresidente SIMG Società Italiana di Medicina Generale

Tiziana Candusso, specialista in pediatria, già pediatra di famiglia

Luciano Corda, Dirigente medico Medicina Generale 2, ASST Spedali Civili di Brescia

Giovanni Gozio, Medico di medicina generale, coordinatore gruppo di lavoro OMCeO Brescia sulla riforma legge 23

Gianni Guerrini, geriatra, già Direttore Sanitario Fondazione Brescia Solidale Onlus

Giulia Lussignoli, Direttore Sanitario Fondazione Brescia Solidale Onlus

Umberto Valentini, già Direttore Diabetologia ASST Spedali Civili di Brescia, coordinatore gruppo di lavoro OMCeO Brescia sulla riforma legge 23

✘ **Primo: ascoltare chi lavora in ospedale e sul territorio**

Di Stefano: «La situazione che stiamo vivendo è complessa, la riforma della legge 23 in Lombardia è decisiva, ma si accompagna ad alcune inevitabili perplessità sulla sua realizzazione concreta.

Come Ordine dei Medici riteniamo prioritario il coinvolgimento di chi lavora sul territorio e in ospedale nella stesura delle linee di indirizzo per il futuro, nella convinzione che **una riforma del sistema sanitario debba essere frutto della collaborazione dei medici che vivono la sanità in prima persona**, e di agenzie come

l'Ordine che rappresentano la comunità di professionisti.

Dall'esame delle prime "Linee di sviluppo" rese note dalla Regione emergono alcuni aspetti da approfondire: riteniamo fondamentale, ad esempio, che in seno alle future Asst si assicuri un luogo di confronto fra specialisti ospedalieri e medici di medicina generale.

Le Case della comunità in rapporto con il numero di abitanti, alla pari dei Distretti da parametrare sulla popolazione sono altri elementi di discussione, così come la dinamica fra centri *Hub and spoke* e la collaborazione da sempre auspicata tra ospedale e territorio.

Covid ci ha insegnato che dobbiamo lavorare insieme. Un auspicio cui abbiamo sempre creduto, ma che non sappiamo quanto possa essere nelle corde di chi ha steso le ultime linee guida di riforma del Sistema sanitario regionale».

Balestrieri: «Le linee di sviluppo del sistema socio-sanitario lombardo disegnano un quadro generale, quanto ancora provvisorio, che andrà dettagliato nell'iter autunnale verso la definizione normativa vera e propria. Alcuni elementi di novità sono indubbi ed il principale, che fa proprie le indicazioni del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), è il ritorno in grande evidenza del Distretto socio-sanitario (dimensionato su 100 mila abitanti) come sede della regia e della programmazione degli interventi, dell'integrazione dei professionisti sanitari, medici e non. Sempre seguendo le indicazioni del PNRR è prevista la creazione delle Case della Comunità come luogo fisico di erogazione di prestazioni socio-sanitarie polispecialistiche.

Cosa muta rispetto alla legge 23 del 2015 e al modello di presa in carico del paziente cronico allora definito? In che misura l'esperienza pandemica ha influenzato queste scelte?»

✘ Case della comunità e Distretti per integrare professionalità e accompagnare i cronici

Gozio: «La legge 23 di riforma del Servizio sanitario lombardo è stata demonizzata per tutte le criticità evidenziate nella pandemia, ma non è la madre di tutte le storture. Di fondo c'era l'idea di separare la parte erogativa e quella di controllo, ciò che è mancato è stato sviluppare il lato territoriale delle Asst (Aziende socio-sanitarie territoriali), che è stato dimenticato e a cascata ha favorito i diversi problemi osservati nel tempo.

Le nuove linee di sviluppo parrebbero porre dei correttivi alla confusione - nell'ambito della medicina territoriale - fra la medicina generale e quella parte erogativa riferita ad Ats e Asst. Porre ordine, collegare ed **integrare il medico di medicina generale all'interno dell'Asst, perché non sia un corpo estraneo, sarà un passaggio indispensabile.**

Appare buona l'idea di ripristinare il Distretto con la Casa della comunità, realtà fisica in cui i medici di medicina generale possono integrarsi, sotto un'unica regia, con tutte le figure sanitarie della presa in carico, soprattutto per il paziente cronico. Non dimentichiamo, infatti, che essere in una struttura con medici specialisti, infermieri del territorio, strumentazioni informatiche rappresenta un plus che si era perso con la legge 23, che ha contribuito a diluire le professionalità create negli anni.

Da questo punto di vista viene messa a fuoco una migliore definizione di come deve operare la medicina generale sul territorio. Bisognerà tuttavia vedere come verranno declinati questi principi e come evolverà il progetto di riforma: non sono chiare, ad esempio, le dimensioni di ogni Casa della comunità (Agenas - Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali - parla di una ogni 20 mila abitanti, Regione ogni 50 mila, per cui in un Distretto di 100 mila abitanti ci sarebbero due Case della comunità).

La preoccupazione di molti è quella di un'evoluzione verso macro-aggregazioni che rischiano di perdere capillarità: un timore che non condivido, guardando invece ai vantaggi di avere un luogo fisico in cui

incontrarsi e incentivare l'*empowerment* dei pazienti, promuovere visite specialistiche di primo livello del malato cronico, secondo il principio enunciato da Agenas - che condivido - per cui la presa in carico del cronico va implementata, non abbandonata.

Disporre di Case della comunità e di un Distretto forte è un passaggio opportuno per integrare le varie figure professionali e implementare la presa in carico del cronico. Credo che in Regione dovrebbe essere ormai chiaro che la figura di riferimento per il malato cronico dal punto di vista clinico è il medico di medicina generale. Ci possono essere situazioni particolari gestite con lo specialista, ma di fatto il regista, il *clinical manager* è il medico di medicina generale, e le Case della comunità sono il luogo per mantenere questo *imprimatur*».

Brignoli: «A questa discussione sugli scenari futuri fa difetto un aspetto basilare: **manca l'idea di cos'è la medicina generale**. È come se si prendesse sempre il topolino per la coda, concentrandosi sugli errori di gestione, e trascurando di affrontarne gli aspetti più rilevanti. Da un lato, infatti, la medicina generale, per quello che conosciamo dalle esperienze europee e internazionali, è personalizzata, segue un approccio bio-psico-sociale, cura le persone, è una medicina di continuità (il rapporto con il proprio medico dura in media 40 anni), è una medicina di condivisione con specialisti e altre figure sanitarie, e dovrebbe orientarsi non solo all'aspetto del singolo ma anche della comunità.

Nel documento di riforma **non c'è una riga sul tema della prevenzione**, che è specifica della medicina generale, perché quando si arriva alla cura questa battaglia iniziale è già persa. Non una riga su ciò di cui deve rendere conto il medico. Manca, in una parola, una visione d'insieme, e si confondono temi e idee tra Aft, Case della comunità, Uccp, cooperative e altre sigle. Si scrive di un Dipartimento della medicina generale ma non si sa chi lo governa, mancano dei pezzi riferiti al tema della territorialità, al rapporto ospedale e territorio, e nel complesso siamo molto lontani da un'idea di sistema e delle relazioni all'interno di questo sistema».

✘ Obiettivi e azioni per raggiungerli: i tasselli di un mosaico non ancora composto

Valentini: «Rispetto alla realtà precedente del Pai - Piano Assistenziale Individualizzato, in cui prevaleva un approccio gestionale al problema, si muovevano delle risorse legate a prestazioni e finalità, sotto un profilo prevalentemente organizzativo, è positivo che nei Distretti sia previsto un *team* multiprofessionale per una visione completa del paziente e del ruolo del medico di medicina generale. Alcuni principi sono stati posti, bisognerà vedere che evoluzione avrà la bozza di riforma dopo il passaggio in commissione Sanità di Regione.

L'aspetto negativo, invece, è la totale confusione di termini, con l'impressione di avere davanti un mosaico i cui tasselli non sono stati ancora messi insieme. Sulla cronicità forse qualcosa di più andava scritto, ma si è preferito impiegare termini generici come "multiprofessionalità".

L'impressione è quella di una disintegrazione in tanti pezzettini, ma **se non si definiscono gli obiettivi e i risultati da ottenere non è possibile a cascata decidere cosa serve per raggiungerli**, in termini di risorse, organizzazione e strutture. E anche l'auspicato confronto tra medici di medicina generale e ospedale è destinato a rimanere aria fritta finché non ci si doterà di una rete per scambiarsi rapidamente dati, informazioni e prendere decisioni insieme.

Balestrieri: «Una riflessione riguarda nello specifico il paziente fragile. Il PNRR destina importanti risorse all'assistenza domiciliare, che vive una situazione attuale di frammentazione importante delle risposte, fra modelli inadeguati di intervento e mancanza di un approccio multidimensionale. Si parla poco, mi sembra, anche del disegno della nostra Regione, delle Rsa, finite nell'occhio del ciclone durante la pandemia. Quali proposte avanzare su questi temi?»

X Un Sos lanciato dalle Rsa

Guerrini: «Il PNRR fa un accenno alle Rsa, prevedendo lo stanziamento di 300 milioni per la riconversione in gruppi di appartamenti autonomi, mentre nell'ambito della riforma complessiva della non autosufficienza non parla mai di Rsa.

C'è un equivoco di fondo che troviamo nel mandato di costituzione della commissione Paglia per la riforma dell'assistenza agli anziani e nelle affermazioni dello stesso monsignor Paglia, centrate su proposte di riformulazione del modello sanitario rivolto alla popolazione anziana per favorire la transizione dalla residenzialità a servizi erogati sul territorio. Come se ci potesse essere un'alternativa tra strutture residenziali e servizi domiciliari, quasi per spostare risorse da uno all'altro, mentre sappiamo tutti che **se i servizi domiciliari sono carenti, lo sono parimenti i servizi residenziali per la non autosufficienza**. Non va trascurato, infatti, che c'è una carenza di servizi perché esiste una fetta di popolazione anziana con bisogni che non possono essere gestiti a domicilio.

Le Rsa hanno bisogno di ristrutturazioni, nuovi standard gestionali, efficaci modalità organizzative, ma questa rivisitazione non può prescindere da un investimento economico e formativo. Oggi, ad esempio, si parla molto delle Rsa che non aprirebbero alle visite dei familiari, dimenticando che le normative del Ministero sono molto rigide, e che con i ristori non è stato stanziato un euro per questi servizi in struttura.

Da tempo stiamo lanciando un Sos perché le nostre strutture stanno perdendo personale sanitario, infermieri ma ultimamente anche medici, non essendo in grado con i nostri bilanci di garantire al personale sanitario condizioni economiche che si avvicinino a quelle degli altri luoghi di cura.

Siamo stanchi che ci si chieda di cambiare, sono state avanzate tante idee per modificare l'organizzazione interna delle Rsa, senza mai mettere a disposizione le necessarie risorse.

La prima cosa da rivendicare, quindi, è un finanziamento adeguato di queste strutture, che l'anno scorso hanno visto una crescita dei trasferimenti del 2%, dopo che l'aumento

precedente risaliva al 2003. È evidente che non possiamo pensare di andare avanti per venti anni con le stesse risorse. Bene quindi parlare di dignità degli ospiti delle strutture, ma la stessa dignità culturale deve essere riconosciuta anche alle Rsa e a chi ci lavora».

Lussignoli: «In un'ottica territoriale non va trascurato che diverse Rsa rappresentano un presidio in zone difficili da raggiungere e in aree disagiate, e per questa loro caratteristica possono rivelarsi un validissimo sostegno anche per la medicina territoriale.

Anche per questo la riforma sanitaria dovrebbe dare la possibilità alle Rsa più piccole di appoggiarsi alle più grandi per condividere progetti e processi, rafforzare capacità diagnostiche e terapeutiche, mettersi in relazione sul territorio come uno dei nodi della rete, aprirsi alla popolazione. Le strutture residenziali sono anche una fonte inesauribile di dati per la ricerca, e potrebbero collaborare anche con Università e Irccs.

Spero che il futuro assetto della sanità lombarda non crei una competizione fra noi e le Asst, ma si prenda carico anche di temi come la disabilità, il versante psichiatrico, la cultura della prevenzione, diffondendo il concetto di salute a tutto tondo.

La pratica quotidiana suggerisce alcune proposte migliorative per la riforma della sanità regionale con un focus sui pazienti fragili, a partire dalla semplificazione degli aspetti amministrativi, con la creazione di un punto unico d'accesso per evitare a familiari e caregiver di vagabondare da un ufficio all'altro per richieste di presidi e servizi (nelle Case della comunità, ad esempio, dovrebbe esserci un'assistente sociale comunale).

La valutazione multidimensionale per pazienti fragili è un altro aspetto da considerare con attenzione: si tratta di uno strumento potentissimo, e va effettuata a domicilio per capire cosa succede in quell'ambiente e in quella famiglia. La valutazione multidimensionale, che non può ridursi a una verifica dei requisiti per attivare i servizi, ci insegna l'importanza

di partire dai bisogni: allo stesso modo **le competenze delle Rsa sul territorio andrebbero valorizzate non sulla base del budget, ma dei bisogni cui dare risposta.** Il Covid, del resto, ha reso evidente come le condizioni generali e l'autosufficienza di una persona possano mutare radicalmente dopo la malattia, riportando l'attenzione sulle dimissioni protette, soprattutto per chi esce dall'ospedale con un quadro molto diverso rispetto a quando era entrato».

Brignoli: «Se non passa la cultura che alla base della presa in carico dell'anziano c'è la valutazione multidimensionale rischiamo di perdere la battaglia per l'ennesima volta e di collocare le persone in luoghi non idonei. La valutazione multidimensionale è il pivot attorno a cui deve ruotare tutta la gestione: **solo se leggiamo correttamente il bisogno possiamo capire qual è l'assistenza migliore per una persona.**».

Bianchetti: «Quello delle Rsa è un mondo che va recuperato. Si è vissuta una grande confusione, dimenticando che il cronico è una cosa, il fragile un'altra. Il concetto di fragilità è diverso, implica la considerazione di aspetti funzionali, cognitivi e fisici. Il fragile è una persona che l'anno prima camminava, era autonomo e ora non più. Su questi aspetti bisogna fare prevenzione, con una presa in carico che deve essere svolta in *team*, andando a domicilio, identificando i fragili, intervenendo prima che arrivino in ospedale: di questo, tuttavia, la legge non si occupa, nonostante l'enorme aumento di fragili che arriva in Pronto soccorso in condizioni già precarie, malnutriti, allettati, disidratati e in stato di trascuratezza».

Balestrieri: «Un altro tema trascurato nelle linee di sviluppo regionali è quello della pediatria territoriale. Quali proposte avanzare nel nuovo quadro rispetto ai bisogni di bambini, adolescenti, famiglie?»

X La pediatria dimenticata

Candusso: «Il pediatra è stato il primo specialista messo sul territorio, già con la legge 833 del 1978, eppure è una figura di cui non si parla non solo nelle linee di sviluppo della sanità in Lombardia, ma neanche nel PNRR nazionale.

Da sempre, peraltro, la pediatria di famiglia è stata considerata una piccola appendice della medicina generale, mentre l'obiettivo da perseguire dovrebbe essere quello di renderci indipendenti da quest'ultima, per valorizzare le specifiche peculiarità del pediatra.

Lavorare sull'infanzia, infatti, significa fare prevenzione fin dall'inizio, dal momento che il pediatra non solo fa diagnosi e cura, ma segue il bambino con bilanci di salute programmati nel primo anno di vita e fino ai 14 anni, intercettando tutti i problemi della crescita, prendendosi cura della nutrizione e dei corretti stili di vita e gestendo anche la patologia cronica.

Non è chiaro come questa figura possa essere inserita nelle Case di comunità, è certo però che il pediatra non ha bisogno solo di uno spazio fisico, ma deve poter lavorare con specialisti (come otorino, oculista, chirurgo) di formazione pediatrica. Il timore della categoria è che nel futuro assetto di Case della Comunità e Distretti si arrivi a una marginalizzazione del pediatra, che è un medico specialista a tutti gli effetti, limitando il suo agire ad un'attività consultoriale. E che in questo modo non si tenga conto dei tanti ruoli che il pediatra ricopre, essendo non solo medico dei bambini ma un supporto per le famiglie, dal momento che segue lo sviluppo del bambino fino a 16 anni, ed è la figura più indicata per occuparsi della delicata fase dell'adolescenza - ancora oggi terra di nessuno - con le sue diverse problematiche, dalla gestione dei disturbi dell'apprendimento alla prevenzione dei comportamenti a rischio».

Balestrieri: «Nel PNRR sono destinati finanziamenti per l'adeguamento strutturale, tecnologico e informatico degli ospedali,

mentre nelle linee di sviluppo lombarde emerge una novità, o meglio un ritorno, quello dell'Azienda Ospedaliera autonoma dalla Asst. Sulla nostra provincia l'ospedale Civile appare un candidato naturale per questo passaggio.

Non si parla, tuttavia, del rapporto con la medicina del territorio, della rete *Hub and spoke*, del ruolo del privato accreditato, e non ci sono accenni a un nuovo ruolo dei medici nella governance ospedaliera, superando il Consiglio dei sanitari che non ha dato grande prova di sé in questi anni. Dopo l'iniziale proposta di un'evoluzione del Civile come Irccs, vengono ora annunciati investimenti cospicui sull'ospedale cittadino, pari a 500 milioni di euro, da destinare al rinnovamento edilizio, strumentale e informatico. Quale il ruolo dei medici in questi sviluppi?»

✘ Il ritorno dell'Azienda ospedaliera

Corda: «La sensazione è che sia sfuggita nel tempo la tipicità dell'ospedale Civile all'interno del sistema regionale. Un ospedale che ha tutte le caratteristiche per essere luogo di cura e sede universitaria, ambito di formazione e riferimento nazionale su tante specialità: per questo si suppone che verrà riconosciuto come Azienda ospedaliera, sebbene questo passaggio sia ancora tutto da definire (personalmente sono convinto che dovrebbe essere un Irccs anche se la legge oggi richiede una specializzazione mirata su un'area di ricerca).

Guardando a questi ultimi anni, infatti, **a non avere funzionato è l'attività territoriale pura conferita con la qualifica di Asst, in cui la "t" di territorio non è mai stata sviluppata**, perché non fa parte del nostro Dna, sebbene questo non significhi che non siamo aperti alle attività territoriali.

A mio giudizio prima di pensare a una ristrutturazione edilizia drastica è necessario occuparsi della ristrutturazione organizzativa. Ben venga che l'Ospedale dei bambini sia separato dal corpo principale del Civile, mentre ho qualche perplessità

sull'abbattimento del Satellite.

Inoltre, bisogna continuare a valorizzare il sistema *Hub e spoke*, che ha consentito agli ospedali della provincia di reggere all'urto della pandemia, mentre rispetto al ruolo dei medici nella governance si può dire che è nullo, e il tentativo di rivitalizzare il Consiglio dei sanitari ha dato pochi risultati. Si avverte inoltre una scarsa comunicazione con i direttori di Dipartimento e i primari, che porta all'assenza di un confronto adeguato, cui dovrebbe aspirare un ospedale moderno.

Se il ruolo di noi medici si è progressivamente marginalizzato, confido nelle nuove generazioni. A colpire, tuttavia, è l'assenza di coinvolgimento, quasi una rassegnazione che prende forma sull'albo pretorio, dove ogni mese almeno tre medici vanno in pensione anzitempo: con l'Ordine e i sindacati è necessario trovare soluzioni a questi problemi».

✘ Lavorare in rete, tra pubblico e privato

Antonini: «Quello che davvero manca è la consapevolezza della crisi che sta vivendo la sanità pubblica in Lombardia, preesistente al Covid e che la pandemia ha accentuato.

Abbiamo atteso una ripresa di entusiasmo, in realtà vediamo grande demotivazione e delusione, e questo ci rende consapevoli che la crisi va affrontata e che bisogna partire dal principio su cui si basa la sanità in Lombardia, quello della libera scelta tra sanità privata convenzionata e sanità pubblica.

Pur rimanendo d'accordo sul principio di integrazione, libera scelta e complementarità, è evidente che tutto questo non può essere disciplinato da regole così asimmetriche: il pubblico sta vivendo una crisi per la burocrazia asfissiante - assente nel privato - che gli impedisce di muoversi agevolmente nell'acquisizione di risorse umane, beni e servizi.

La soluzione non è quella di portare nel privato le regole del pubblico, ma esattamente il contrario: **anche il pubblico**

deve essere messo in grado di operare con maggiore agilità ed efficienza, altrimenti l'attuale stato di fatto porterà alla morte delle strutture medio piccole e impoverirà anche quelle grandi.

Un altro aspetto da perfezionare è il sistema delle reti: sono favorevole alle reti di cooperazione tra ospedali, e la pandemia ha messo in luce una capacità di lavorare in rete, ma bisogna continuare anche al di là del Covid, ed è necessario regolamentare bene il funzionamento di queste reti, che ora appaiono lasciate spesso all'iniziativa personale. È indispensabile fare uno sforzo per farle funzionare meglio, perché sono nel futuro della sanità, così come i Dipartimenti interaziendali».

Bianchetti: «Covid ha dimostrato che, al di là delle regole, pubblico e privato hanno collaborato allo stesso modo. Il problema è la gestione di questa rete, che è una ricchezza se ben gestita, e deve essere a servizio dei bisogni del territorio: se invece ognuno può fare quello che vuole il sistema non sta in piedi.

Si tratta di trovare un punto di equilibrio nell'offerta dei servizi, l'esempio di questa pandemia ci dice che è possibile farlo».

Valentini: «Tornando invece alle ristrutturazioni, **non ha senso costruire un ospedale senza sapere cosa metterci dentro:** la struttura va realizzata in funzione di quello che si vuole fare. Come si è creata una rete tra ospedali

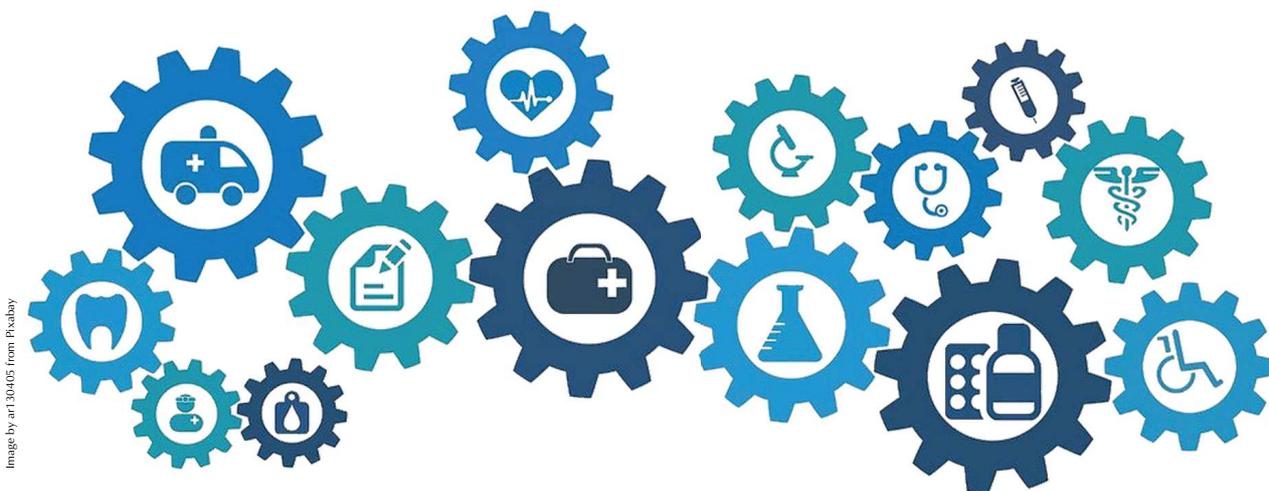
nella fase pandemica, allo stesso modo è necessaria una rete tra ospedale e territorio, altrimenti il rischio è che le persone vengano rimbalzate da una parte all'altra senza essere accompagnate nel processo di cura.

In questa riforma c'è l'idea di un'integrazione multiprofessionale, ma dal punto di vista pratico, al di là di contenitori ed etichette, bisogna capire come funzionerà».

Guerrini: «A proposito di ospedale e territorio, non sono convinto della sincerità della conversione di Regione al territorio e ai Distretti, modelli che rappresentavano forse l'unico modo per superare le osservazioni critiche di Agenas e accedere ai finanziamenti del PNRR.

Ci deve essere un legame reale, non solo formale, tra territorio e ospedale, per fare operare l'ospedale in proiezione territoriale, e non sono così sicuro che la Regione promuoverà questo passaggio. Dobbiamo piuttosto essere noi a spingere in questa direzione, perché se funziona questo rapporto anche l'ospedale lavora meglio.

Quanto al Civile, è necessario ribadire che un ospedale universitario non può non avere al proprio interno la Geriatria, perché non è possibile insegnare a Brescia quando l'Unità operativa è a Montichiari: è indispensabile che anche l'ospedale cittadino si doti di un presidio geriatrico, che avrebbe un ruolo di supporto al Pronto



soccorso, oltre che di insegnamento e di affiancamento alle altre discipline, come quelle chirurgiche, chiamate a curare pazienti già non autosufficienti».

Balestrieri: «È evidente tra i colleghi, sia ospedalieri sia medici di medicina generale, una crisi non superficiale, fatta di stanchezza e di demotivazione. Un disagio trasversale ai medici che se ne vanno molto prima dei tempi canonici, a differenza di quanto accadeva una volta, in cui si cercava di rimanere nella professione il più a lungo possibile.

Di questo non si parla né nel PNRR né nelle linee guida lombarde. Come affrontare il problema e che ruolo potrebbe avere anche l'Ordine?»

Corda: «Questo è un problema culturale, e l'Ordine è la sede migliore per riuscire a compattarci e a confrontarci fra ospedalieri e medici di medicina generale, con reciproche valutazioni sui ruoli. Un altro problema sarà quello della migrazione all'estero delle giovani generazioni: l'aspetto economico conta, e in Paesi europei a noi simili gli stipendi sono molto superiori. Le nuove generazioni sono molto pratiche, non illudiamoci che tutti i giovani rimangano in Italia».

✘ Promuovere e misurare la qualità professionale

Gozio: «Anche sul territorio ci sono grosse difficoltà perché si stanno pensionando gran parte dei colleghi: pesa l'eccessiva burocratizzazione, l'assenza di investimenti nella medicina territoriale, e non sono sicuro che la Regione voglia cambiare a fondo le cose.

Ma in una prospettiva ottimistica credo si possa trovare un punto di appoggio per cambiare le cose, e Brescia è un terreno fertile su questi temi: non dobbiamo ancorarci solo al nostro ruolo fiduciario, peraltro fondamentale, ma dobbiamo aprirci e condividere la multidisciplinarietà e la multiprofessionalità, consapevoli che

al centro non c'è la medicina territoriale o la medicina ospedaliera, ma il paziente. Credo che una spinta per ritrovare entusiasmo sia, oltre alla riduzione del carico burocratico, anche un ritrovato ruolo clinico nella professione con la consapevolezza di dover rendere conto del nostro operato in un modo misurabile. Credo che l'Ordine, come già fa da anni con importanti iniziative culturali e di aggiornamento, possa aiutare questo percorso virtuoso».

Brignoli: «È necessario fare *lobbying*, attraverso qualsiasi canale come l'Ordine e le società scientifiche. Bisogna ricostituire la promozione della qualità professionale: se non la valorizziamo non potremo rivendicare nulla».

Di Stefano: «Come Ordine non dobbiamo avere titubanze o prudenze autoreferenziali sul tema nevralgico della qualità della professione. Siamo gli unici che possono e devono parlare di qualità della professione da promuovere attraverso nuovi strumenti pre e post laurea. Ma ciò che più conta è **la nostra disponibilità ad essere valutati in relazione al raggiungimento di obiettivi professionali misurabili**. Faremo sicuramente un'iniziativa pubblica in cui riproporremo questi temi con la chiarezza e l'onestà intellettuale con cui sono stati affrontati oggi.

Il cammino di riforma della legge 23 è ancora lungo, l'Ordine farà la sua parte». ●

I vaccini, dal vaiolo al COVID-19

Francesco Donato

*Dipartimento di Specialità Medico-Chirurgiche, Scienze Radiologiche e Sanità Pubblica
Unità di Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Brescia
Consigliere dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Brescia*

La storia è maestra di vita

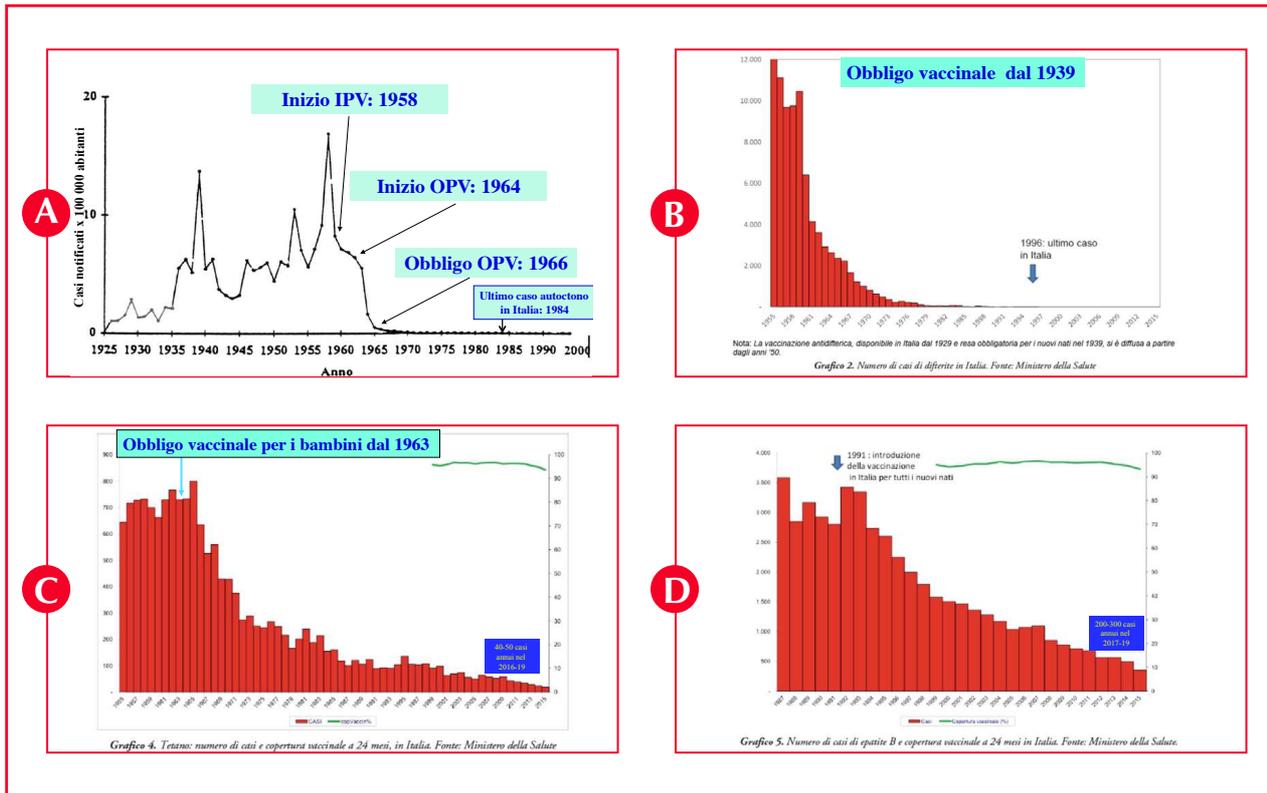
L'immunizzazione attiva, mediante somministrazione di antigeni per stimolare una risposta del sistema immunitario, è considerata dall'OMS/WHO il più efficace intervento sanitario della storia, oltre che quello con il migliore rapporto costi/efficacia. Da quando è stato sperimentato da Jenner il primo vaccino inoculando in un bambino materiale estratto da una pustola di mucca, colpita da vaiolo bovino, ai più recenti vaccini a mRNA e con virus vettore messi a punto contro il SARS-CoV-2, la storia dei vaccini è una storia di straordinari successi. La storia è maestra di vita, dicevano gli antichi e "Chi non conosce la storia è condannato a ripeterla", scriveva il politico e filosofo britannico del '700 Edmund Burke (ripresa poi dal filosofo Santayana).

Vale la pena allora fare un cenno a questi successi, per non dimenticarne:

- ✓ Il vaiolo, una malattia che aveva una letalità del 30%, è stato dichiarato eradicato nel 1979: il virus non esiste più nel mondo, a fronte delle centinaia di migliaia di morti ancora nell'800 e fino agli anni '70 del secolo scorso.
- ✓ La poliomielite è stata eliminata nella maggior parte delle aree del mondo:

rimane, in 2 soli paesi, uno solo dei 3 virus polio, il tipo 1, essendo stati eradicati i tipi 2 e 3. Centinaia di migliaia e probabilmente milioni di persone oggi non sono paralitiche grazie al vaccino contro la polio (solo in Italia si contavano alcune migliaia di casi ogni anno): dai 300.000 casi nel 1988 si è arrivati ai 52 casi in Pakistan e Afghanistan nel 2020-21.

- ✓ Tutte le malattie infettive per le quali sono state applicate vaccinazioni di massa, in particolare difterite, tetano, pertosse, epatite B, morbillo, rosolia e parotite, hanno visto un calo drammatico: si veda l'esempio dell'Italia (Figura 1). Negli Stati Uniti, per citare un altro esempio, dalla metà del secolo scorso agli anni 2000 si è visto un calo del 90-99% dei casi annui di: poliomielite paralitica e difterite, da circa 20.000 a 0; morbillo, da 500.000 a 100; pertosse, da 200.000 a 15.000; rosolia, da 50.000 a 10; tetano, da 600 a 50 (Rousch et al, 2007).
- ✓ Si stima che, da quando le vaccinazioni si sono diffuse nel mondo, si siano salvate milioni di vite e si siano evitati milioni di casi di paralisi e altri esiti permanenti di malattie infettive. L'OMS/WHO stima che 2-3 milioni di morti siano evitate ogni anno per malattie come difterite, tetano, pertosse, influenza e morbillo.

**FIGURA 1:**

Andamento di malattie infettive per le quali è stata effettuata una vaccinazione di massa in Italia: **A.** poliomielite; **B.** difterite; **C.** tetano; **D.** epatite B.

L'efficacia teorica e pratica dei vaccini. L'esempio dei vaccini contro il COVID-19

L'efficacia dei vaccini, come quella di qualsiasi trattamento sanitario, va dimostrata con studi sperimentali, di regola *trial* randomizzati e controllati (efficacia "teorica" o *efficacy*) e nel cosiddetto "mondo reale", cioè nella vita di tutti i giorni (efficacia "sul campo" o *effectiveness*). Un esempio recente è costituito dai nuovi vaccini contro il Covid-19. Nel dicembre 2020 sono stati pubblicati i risultati dei primi *trial* che hanno mostrato evidenza di efficacia per i due vaccini a mRNA nel prevenire l'insorgenza di COVID-19 (infezione sintomatica) e nel 2021 i primi studi non sperimentali, su soggetti vaccinati e non vaccinati. Nella **Tabella 1** si riportano a confronto i risultati del *trial* condotto con il vaccino Pfizer (Polack et al, 2020) e del primo studio che ha mostrato l'efficacia dello stesso vaccino

nella popolazione generale, condotto in Israele nei primi mesi del 2021 (Dagan et al, 2021). Come si può vedere, i risultati, confrontando i vaccinati dopo almeno 7 giorni dalla 2° dose con i non vaccinati, sono simili nei due studi per incidenza della malattia ed efficacia vaccinale: il vaccino evita circa il 95% dei casi sintomatici. Analogamente, le curve dell'incidenza cumulativa di casi di COVID-19 mostrano una crescita progressiva dell'efficacia protettiva nei vaccinati, dal 21° giorno in poi (corrispondente all'intervallo tra 1° e 2° dose), con un andamento pressoché sovrapponibile nei due studi (**Figura 2**).



Tipo di studio	N° soggetti	Incidenza cumulativa di COVID-19 sintomatico, per 1000		Efficacia vaccinale % (1 - rischio relativo)
		Vaccinati*	Non vaccinati	
Trial randomizzato controllato	21.720 con vaccino 21.728 con placebo	0,46 (8/14.411)	9,25 (162/17511)	95
Studio di popolazione	596.618 vaccinati 596.618 non vaccinati	0,29	4,90	94

* Incidenza in vaccinati dopo almeno 7 giorni dalla 2° dose

TABELLA 1:

Efficacia teorica (*efficacy*) e sul campo (*effectiveness*) del vaccino anti-COVID-19 a mRNA prodotto da Pfizer (BNT162b2): i risultati del primo trial randomizzato controllato e del primo studio su popolazione a confronto.

Effetti avversi, veri e presunti, e controindicazioni

I vaccini possono causare eventi avversi così come tutti i farmaci o qualsiasi altra sostanza venga somministrata a una persona. **Ciò che è importante è il rapporto rischio/beneficio o beneficio/danno ("risk/benefit" o "benefit-to-harm ratio"), che deve essere evidentemente favorevole: i casi di malattia evitati, e le loro conseguenze, devono essere maggiori del danno causato.**

Gli eventi avversi più comuni dei vaccini sono lievi e transitori. Gli eventi avversi gravi, secondo le definizioni stabilite a livello nazionale ed europeo, comprendono: ospedalizzazione/accesso al Pronto Soccorso (con permanenza oltre 4 ore o terapia per via parenterale), pericolo immediato di vita, invalidità, anomalie congenite e morte (AIFA, 2020). In Italia, come in altri paesi, è stato istituito un sistema di sorveglianza *post-marketing* delle reazioni avverse da farmaci, inclusi i vaccini, dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), basato sulla raccolta e valutazione delle segnalazioni di eventi avversi da parte di comuni cittadini o figure professionali sanitarie. Nel 2020 è apparso il 1° rapporto dedicato esclusivamente ai vaccini, sui dati delle segnalazioni del 2019 (AIFA, 2020), oltre ai rapporti specifici dedicati alla sorveglianza dei vaccini COVID-19.

L'interpretazione degli eventi avversi da somministrazione di vaccini è complessa. L'AIFA distingue tra "eventi avversi" e "reazioni avverse". I primi hanno una coincidenza temporale con la

somministrazione di un vaccino, ma non necessariamente una relazione causale, per la quale sono richieste ulteriori valutazioni, effettuate dai Centri regionali di Farmacovigilanza. La definizione di una relazione di causa-effetto tra somministrazione di un vaccino e la comparsa di un evento avverso viene effettuata in termini probabilistici, seguendo una metodica standardizzata dall'OMS, che tiene conto dei seguenti fattori: relazione temporale, plausibilità biologica, frequenza dell'evento nella popolazione generale, presenza di altre condizioni cliniche o terapie in atto che possano determinare o concorrere all'insorgenza della reazione ed evidenze della letteratura scientifica.

Nel 2019 le reazioni gravi ritenute correlabili a vaccinazione erano 2,9 ogni 100.000 dosi somministrate, in accordo con quanto già noto in letteratura (AIFA, 2020), di cui la maggior parte era a carattere transitorio. Dei 19 casi di decesso segnalati come eventi avversi, nessuno è risultato correlabile alla vaccinazione. Per cui si può dire che nel 2019, così come negli anni precedenti, non si è verificato in Italia alcun decesso attribuibile a vaccini.

Il rapporto rischio/benefico è alla base delle decisioni di politica vaccinale. Quando la poliomielite causava migliaia di casi di paralisi flaccida ogni anno in Italia, l'impiego estensivo del vaccino vivo e attenuato messo a punto da Sabin era quanto mai necessario, anche se il vaccino causava qualche caso di poliomielite da ri-virulentazione dei virus vaccinici ogni anno, non prevedibili e

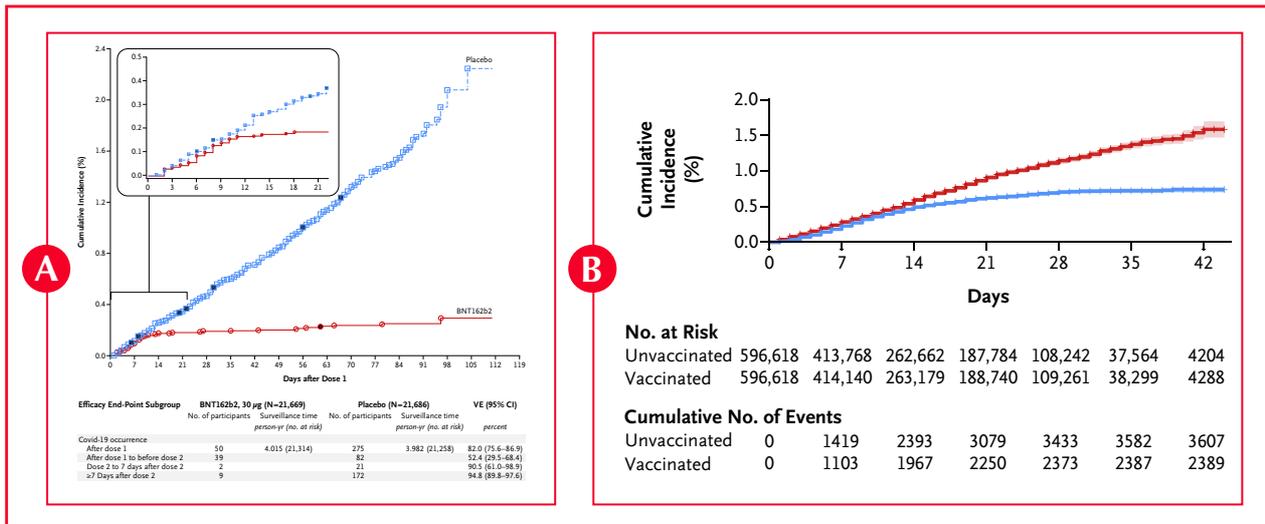


FIGURA 2:

Efficacia del vaccino Pfizer dopo la 1° dose: incidenza cumulativa di COVID-19 in vaccinati e non vaccinati, nel trial randomizzato controllato (A) e nello studio israeliano di popolazione (B).

non evitabili in alcun modo. Il rapporto tra le migliaia di casi di poliomielite da virus selvaggio evitati e qualche caso (meno di 10) di poliomielite da virus vaccinicò l'anno era evidentemente molto favorevole all'impiego del vaccino. Quando però, a partire dagli anni '80, la poliomielite è stata eliminata in Italia e poi in tutta Europa, certificata "polio-free", i pochi casi di paralisi post-vaccinica non erano più accettabili, a fronte di un basso rischio di contrarre la poliomielite, per cui si è passati al vaccino tipo Salk, inattivato, meno efficace del Sabin, ma senza alcun rischio di causare paralisi post-vaccinica. La stessa strategia è stata seguita in tutti i paesi di aree "polio-free": solo nei paesi ad alto rischio di poliomielite, o nelle aree in cui il virus circola ancora, si usa il vaccino tipo Sabin, anche se attualmente si predilige un vaccino bivalente o monovalente (senza il poliovirus tipo 2, ormai eradicato), per ridurre il rischio di polio da virus vaccinicò.

Un analogo rapporto favorevole beneficio/rischio si evidenzia per tutti i vaccini obbligatori o raccomandati nel nostro paese. Nel 2017 ci sono stati circa 5.000 casi di morbillo in Italia, di cui il 20% con complicanze più o meno gravi: epatite nel 9%, polmonite nel 8%, insufficienza respiratoria nel 6%, otite nel 5% e via via altre patologie, fino all'encefalite, con lo 0,04%,

pari a circa 20 su 5.000 casi osservati, circa 4 volte più dei 5 attesi da letteratura (incidenza di 1/1.000) (ISS, Morbillo & Rosolia News). Si consideri, per contro, che l'encefalite, l'unico evento avverso grave della vaccinazione contro il morbillo, si verifica in 1 caso su di 1 milione di dosi (Ministero della salute, 2017). Negli anni scorsi, diverse malattie croniche sono state associate alla somministrazione di alcuni vaccini, portando in qualche caso al ritiro del lotto o alla sospensione della vaccinazione di massa, tra cui malattie autoimmuni, metaboliche, endocrine e neurologiche, dall'autismo alla sclerosi multipla, e a molte altre, fino ad alcune particolari sindromi associate al vaccino contro il papillomavirus segnalate in alcuni paesi. Tutte queste associazioni sono state completamente smentite dagli studi clinici ed epidemiologici. Anche i possibili danni da altre componenti dei vaccini, come l'etilmercurio (tiomersal), usato in passato per ridurre il rischio di contaminazione microbica in prodotti multidose, o i derivati dello squalene come adiuvanti, sono stati smentiti dalla ricerca scientifica. Resta invece il rischio di reazioni anafilattiche per il vaccino in sé o per sue componenti, che tuttavia viene considerato un evento raro, con circa 1 caso su 1 milione di dosi.

Va infine ricordato che le buone pratiche

vaccinali prevedono un'attenta raccolta anamnestica, con triage pre-vaccinale nella prima infanzia, per identificare le poche, vere, controindicazioni all'uso dei vaccini, alcune di carattere generale, altre specifiche per tipo di vaccino (i vaccini vivi e attenuati ad esempio non vanno somministrati a soggetti con immunodepressione o in gravidanza), a fronte di molte false controindicazioni, come le allergie o lo stato di gravidanza per vaccini a sub-unità, come l'anti-influenzale (ISS, 2017). Alcune controindicazioni teoriche in realtà vengono considerate come semplici "precauzioni", che in genere portano a posticipare la somministrazione del vaccino (ad esempio, una malattia acuta grave o moderata, con o senza febbre), (ISS, 2017).

L'opposizione alle vaccinazioni, dai no-vax all'esitazione vaccinale

I movimenti "no-vax" sono nati già con il primo vaccino di Jenner, nella prima metà dell'800, quando la vaccinazione antivaiolosa venne resa obbligatoria in Inghilterra, per una opposizione, di principio, al fatto di inoculare nell'uomo qualcosa che veniva da un animale, per di più infetto. La stessa Chiesa cattolica è stata per molto tempo contraria a questa sorta di "blasfemia" commistione tra animale e umano. I movimenti di opposizione sono del resto abbastanza diffusi anche per altre branche della medicina e delle scienze in generale, si pensi solo a quanti hanno negato per anni il fatto che il virus dell'immunodeficienza umana (HIV) sia la causa dell'AIDS o più di recente hanno rifiutato l'idea che il SARS-CoV-2 sia la causa del COVID-19. I no-vax, come i no-Covid o no-HIV, hanno forti componenti di fanatismo, posizioni ideologiche anti-scientifiche o pseudoscientifiche e una spiccata tendenza al complottismo. Spesso trovano sostegno anche in qualche scienziato di chiara fama, che però, ad un certo punto della propria vita, si è appassionato a teorie ben poco scientifiche, come Montagnier (si vedano le sue dichiarazioni su memoria dell'acqua, omeopatia, proprietà curative della papaya, ecc.), o come Wakefield, che proclama di essere un "perseguitato dall'establishment" anche se è stato condannato per disonestà,

falsificazione e frode e radiato dall'Ordine dei Medici della Gran Bretagna.

La quota dei veri oppositori ai vaccini, per ragioni di principio, è tuttavia abbastanza limitata e non è cresciuta sostanzialmente negli ultimi anni. Per contro, è molto più diffuso e in crescita in tutto il mondo il fenomeno della cosiddetta "esitazione vaccinale", alimentata da un lato dal ridotto rischio di ammalarsi o di avere conseguenze gravi per malattie oggi poco o per nulla presenti, come la poliomielite (grazie alla vaccinazione!) e dall'altro dall'accresciuta preoccupazione per i possibili eventi avversi dei vaccini.

L'**esitazione vaccinale** è stata definita da un gruppo di lavoro dell'OMS (*Strategic Advisory Group of Experts, Sage, on Immunization*) nel 2015 come "un ritardo nell'accettazione o un rifiuto della vaccinazione nonostante la disponibilità di servizi vaccinali" ("*a delay in acceptance or refusal of vaccination despite availability of vaccination services*"). L'esitazione vaccinale è un fenomeno complesso, dipende da specifici contesti, varia nel tempo, nelle aree del mondo e per i diversi vaccini, ed è influenzato principalmente da 3 fattori, definiti come:

- ✘ "*complacency*": il livello di interesse (noncuranza o compiacenza), ovvero la percezione di un basso rischio di malattie prevenibili con vaccino, per cui la vaccinazione non è più ritenuta un'azione preventiva necessaria;
- ✘ "*convenience*": la disponibilità, economicità e accessibilità ai vaccini e ai servizi vaccinali;
- ✘ "*confidence*": la fiducia nell'efficacia dei vaccini di per sè, nel sistema sanitario che li gestisce e li somministra, e nelle motivazioni di politica sanitaria riguardanti le scelte vaccinali.

L'esitazione vaccinale è stata inclusa dall'OMS/WHO tra le 10 minacce alla salute globale nel 2019 e costituisce oggi la principale preoccupazione per chi si occupa di vaccini. Il caso più eclatante delle conseguenze di questo fenomeno è costituito dalla ripresa del morbillo, in Italia, così come

in Europa e in diversi paesi del mondo, dal 2017 al 2019. Si veda in **Figura 3** come, a fronte dei meno di 1000 casi l'anno di morbillo nel 2015-16, vi sia stato un picco nel 2017, con oltre 5000 casi, seguito da un secondo picco, più basso, nel 2018 e un terzo picco, ancora più basso, nel 2019. In Europa, nel 2017, si è registrato un aumento del 400% dei casi di morbillo, con oltre 20.000 casi e 35 morti. I casi in Italia erano per lo più di 15-39 anni e di essi quasi il 90% non era vaccinato, il 7% aveva ricevuto una sola dose e solo l'1% aveva ricevuto 2 dosi di vaccino. Oltre il 40% dei casi è stato ricoverato in ospedale, il 20% ha avuto almeno una complicanza e 4 sono morti. A livello mondiale, l'incidenza del morbillo è calata dell'85% dal 2000 al 2016, da 836 a 36 casi per milione di abitanti, ma è risalita dal 2017-19, per effetto di un calo delle coperture vaccinali, fino a 567 casi per milione nel 2019 (Patel et al, 2020).

L'epidemia di morbillo del 2017, dovuta a un calo delle coperture vaccinali negli anni precedenti con il conseguente cumulo di soggetti suscettibili all'infezione in età adulta, ha avuto forti conseguenze sulle politiche vaccinali dell'Italia, con l'emanazione del DL Lorenzin, poi convertito in Legge, che ha portato all'introduzione o re-introduzione della vaccinazione obbligatoria nell'infanzia, all'offerta libera e gratuita, in tutto il paese, di vaccini non obbligatori, per meningococco,

pneumococco, rotavirus, papillomavirus ed herpes zoster, e di altre misure intese a limitare le giustificazioni addotte per rifiutare la vaccinazione, oltre a interventi per migliorare l'informazione e formazione del personale sanitario sui vaccini. La prima conseguenza, pressochè immediata, di questa legge è stata la rapida risalita delle coperture vaccinali, sia per i vaccini dell'obbligo che per quelli ad offerta libera e gratuita, e di conseguenza il calo delle malattie prevenibili con vaccino in Italia.

Si veda ad esempio in **Figura 3** il progressivo calo dei picchi di morbillo nel 2018 e 2019 in Italia, grazie alla minore circolazione del virus, in assenza di altri provvedimenti restrittivi, prima della pandemia da COVID-19 del 2020. La pandemia da COVID-19 ha avuto un effetto immediato benefico sul quadro epidemiologico del morbillo: i casi sono crollati da circa 1000 nel 2019 a 100 nel 2020. Nel medio-lungo termine, però, si vedranno gli effetti negativi della pandemia, sul morbillo e sulle altre malattie prevenibili con vaccino: **quando si allenteranno le misure di contenimento del COVID-19, altamente efficaci anche nei confronti delle altre infezioni trasmesse per via aerea, fatalmente si avrà una ripresa di queste malattie, anche per la crescita della quota di popolazione non vaccinata per l'impatto negativo della pandemia sull'intera organizzazione della profilassi vaccinale nel territorio.**

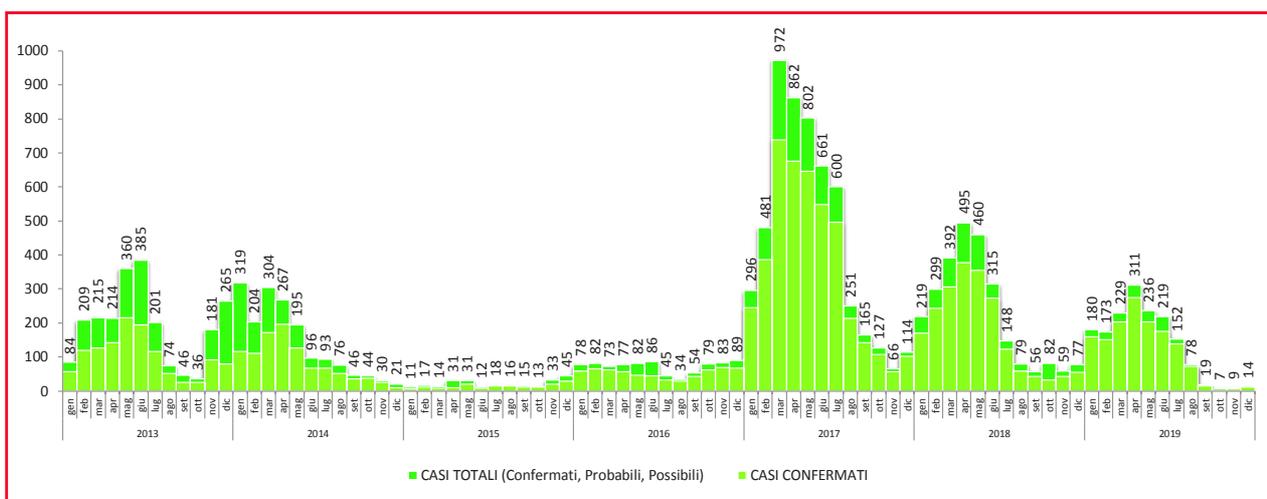


FIGURA 3:

Casi di morbillo in Italia, per mese, dal 2013 al 2019 (ISS, Morbillo e Rosolia News).

Alla base dell'esitazione vaccinale vi è la minore preoccupazione per malattie infettive oggi poco diffuse o del tutto assenti nel nostro paese, a fronte di una preoccupazione, spesso esagerata e basata su "fake news" degli effetti avversi dei vaccini, si è detto. Eppure, il "ritorno" di malattie eliminate, ma non eradicata dal pianeta, è sempre possibile. Si è già visto, ad esempio, il ritorno della poliomielite, in paesi in cui era stata eliminata, come in Siria nel 2013, a seguito della guerra civile in corso e del conseguente calo delle vaccinazioni; si noti che in quel caso il virus polio era stato rilevato anche nelle acque fognarie di Israele, in cui però, grazie alla rapida attuazione di una campagna vaccinale anti-polio, non si sono verificati casi. Come scrive l'OMS/WHO: "As long as a single child remains infected, children in all countries are at risk of contracting polio". I casi di tetano in alcuni bambini in Italia e di difterite in Spagna e in Belgio verificatisi negli ultimi 10 anni, tutti in soggetti non vaccinati, ci ricordano che gli agenti patogeni di queste malattie non sono scomparsi e che, come si dice spesso "bisogna tenere alta la guardia".

Le scelte etiche, tra libera scelta ed obbligo

È ormai evidente il successo della ripresa dell'obbligatorietà vaccinale con il conseguente calo della diffusione di malattie infettive, nonostante vi siano state all'inizio forti prese di posizione contrarie anche da parte di enti, associazioni e personaggi più o meno illustri del mondo dello spettacolo o, più raramente, della scienza. Va però ricordato che tutti i ricorsi, in particolare quello della regione Veneto, contro il DL Lorenzin hanno ricevuto un parere negativo da parte del Consiglio di Stato e sono stati respinti dalla Corte Costituzionale, che ha dichiarato non fondate tutte le questioni prospettate nei ricorsi del Veneto.

L'obbligatorietà dei vaccini viene considerata in linea con la Costituzione, soprattutto sulla base dell'articolo 32: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti."

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge."

Nel caso dei vaccini, quindi l'obbligatorietà può essere necessaria per salvaguardare la **salute della collettività**, trattandosi di malattie trasmissibili da un individuo all'altro. Va anche tenuto presente che il diritto alla salute, individuale e collettiva, supera altri diritti, come quello all'istruzione, pur riconosciuti dalla nostra Costituzione. Nel parere del Consiglio di Stato si legge che "La Costituzione ... non riconosce un'incondizionata e assoluta libertà di non curarsi o di non essere sottoposti a trattamenti sanitari obbligatori (anche in relazione a terapie preventive quali sono i vaccini), per la semplice ragione che, soprattutto nelle patologie ad alta diffusività, una cura sbagliata o la decisione individuale di non curarsi può danneggiare la salute di molti altri esseri umani e, in particolare, la salute dei più deboli, ossia dei bambini e di chi è già ammalato."

È evidente tuttavia che la decisione di obbligare la gente a vaccinarsi per superare l'opposizione di "no vax" ed "esitanti" va considerata come un estremo rimedio, possibilmente transitorio, per evitare il calo delle coperture immunitarie: nella maggior parte dei paesi del mondo, infatti, e in quasi tutti i paesi europei, non vi è obbligo vaccinale, o è limitato a pochi vaccini, pur avendo coperture vaccinali simili a quelle italiane, per un maggiore livello di fiducia della popolazione nei vaccini. La stessa Legge del 31 luglio 2017 precisa che l'obbligatorietà per i vaccini per morbillo, rosolia, parotite e varicella per l'infanzia vada considerata "temporanea" e che possa eventualmente essere abolita dopo un monitoraggio di almeno 3 anni.

D'altra parte, l'esitazione vaccinale cresce laddove la comunicazione da parte delle istituzioni è inadeguata, specialmente se non occupa in modo sostanziale quelli che sono oggi i canali di maggior diffusione delle informazioni, la rete e i social network. Per questo motivo oggi si stanno investendo molte risorse per favorire una comunicazione scientificamente corretta, di facile comprensione per il pubblico e

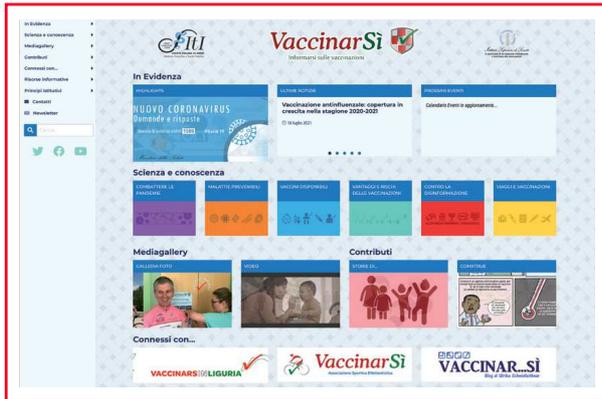


FIGURA 4:
La homepage del sito VaccinarSi,
della Società Italiana di Igiene.

di contrasto alle *fake news*, non solo sui vaccini, ricorrendo anche a spot, testimonial, e qualsiasi altro mezzo di comunicazione di massa oggi. Anche i *social network* si stanno muovendo in questa direzione e Facebook, ad esempio, ha bloccato la diffusione di informazioni “no-vax” sul suo portale per evitare la diffusione di *fake news*. In anni recenti sono sorti siti ufficiali di comunicazione sulle vaccinazioni, per contrastare quelli dei “no vax”. In Italia nel 2013 è nato il progetto **VaccinarSi**, con lo sviluppo di un portale internet mirato a fornire una corretta informazione sulle vaccinazioni e “per contrastare i miti, le leggende e la disinformazione imperanti sulla rete” (Figura 4). Il portale è nato su iniziativa di medici igienisti della Regione Veneto, è gestito da operatori della Società Italiana d’Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, con numerose collaborazioni, tra cui l’ISS, è sponsorizzato dal Ministero della Salute, è diffuso in varie regioni con edizioni “locali”, ed è oggi tra i siti più aggiornati e ricchi di informazioni e più consultati nel Web sui vaccini. **La comunicazione con il pubblico mediante le moderne tecnologie digitali è oggi riconosciuta da tutti gli esperti come la chiave di volta per creare e mantenere un rapporto di fiducia dei cittadini nei confronti della scienza e delle istituzioni, sulle vaccinazioni ma anche su tutti gli altri aspetti del Servizio Sanitario nazionale e regionale.**

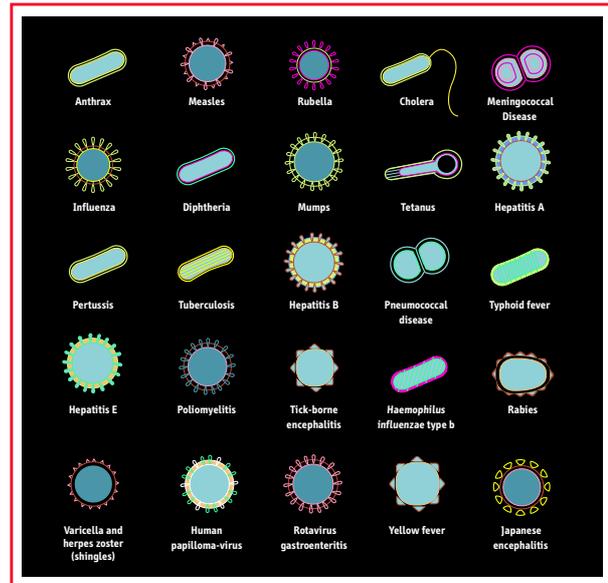


FIGURA 5:
Infezioni e malattie infettive oggi prevenibili con vaccini
(da WHO, Global vaccine action plan 2011-2020).

Il futuro dei vaccini, tra innovazione ed esitazione. L’impatto del COVID-19 sulle vaccinazioni

Attualmente assistiamo al paradosso di una forte crescita dell’innovazione tecnologica nella ricerca sui vaccini, per i quali si vede anche una possibile applicazione per malattie non trasmissibili, come i tumori (i vaccini a mRNA contro il COVID-19 sono stati messi a punti da ricercatori che studiavano vaccini per la cura del cancro, attraverso una modifica delle cellule cancerose) da un lato, e dall’altro alla crescita dell’esitazione vaccinale, in tutto il mondo ma soprattutto nei paesi sviluppati. Oggi sono già disponibili vaccini per prevenire più di 20 malattie infettive (Figura 5), oltre a quelli contro il COVID-19. Si assiste insomma all’apparente paradosso che maggiore è il numero e la qualità dei vaccini disponibili, sempre più efficaci e sicuri, e minore è la proporzione di persone che ha fiducia nei vaccini come strumento di prevenzione delle malattie infettive. La pandemia da COVID-19 ha avuto un ruolo importante da un lato nel causare, indirettamente, un calo dell’incidenza di altre malattie a diffusione aerea, come il morbillo o l’influenza, grazie all’adozione

delle misure di contenimento dell'infezione da SARS-CoV-2 (mascherine, lavaggio delle mani, distanziamento sociale, disinfezione di oggetti ed ambienti, ecc.), dall'altro nel determinare un calo delle coperture vaccinali, a causa dell'impegno prioritario del personale sanitario nella lotta al COVID-19 e delle difficoltà di erogare le previste attività vaccinali: l'OMS ha espresso una forte preoccupazione per il calo delle coperture vaccinali e i ritardi nel rispettare i programmi, con la possibile ripresa di malattie, come già si sta vedendo per il morbillo in alcuni paesi (WHO/OMS, 2020).

A livello mondiale, nel 2012 è stato promosso il Global Vaccine Action Plan (GVAP), approvato da 194 stati membri dell'Assemblea dell'OMS/WHO, per prevenire milioni di morti e assicurare un più equo accesso ai vaccini per tutte le comunità, soprattutto nei paesi a basso reddito, entro il 2020, grazie a finanziamenti e supporto di *Bill & Melinda Gates Foundation*, *GAVI Alliance*, *UNICEF*, *US National Institute of Allergies and Infectious Diseases*, vari governi, e molti altri partner, pubblici e privati.

Il futuro dei vaccini, e del loro successo per la nostra salute è da un lato nelle mani dei ricercatori di tutto il mondo, come per tutti gli altri strumenti della medicina, e dall'altro dipende, in misura oggi maggiore rispetto a qualsiasi altra pratica sanitaria, da quante risorse verranno investite, e come, nel settore della comunicazione con il pubblico. Il contrasto all'esitazione vaccinale dipenderà soprattutto dalla nostra capacità di diffondere informazioni corrette, di contrastare la disinformazione ed educare la gente: la medicina oggi è, più che mai, partecipativa e basata su di un rapporto di reciproca fiducia, tra scienza e medicina da un lato, e gente comune dall'altro, in cui il medico, così come gli altri professionisti del mondo sanitario, deve recuperare un ruolo primario, con l'umiltà della conoscenza dei limiti della scienza ma anche con la consapevolezza che i mezzi che abbiamo per prevenire e curare le malattie sono imperfetti ma pur sempre i migliori che abbiamo. Come ha detto Einstein: *"La nostra conoscenza, se paragonata alla realtà, è primitiva e infantile. Eppure è il bene più grande di cui disponiamo"*. ●



Bibliografia

Agenzia Italiana del farmaco (AIFA). Rapporto Vaccini 2019. Sorveglianza post-marketing in Italia. 2020.

Dagan N, et al. BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine in a Nationwide Mass Vaccination Setting. *N Engl J Med*. 2021 Apr 15;384(15):1412-1423.

Giovanetti F. Vaccinazioni pediatriche: le domande difficili. https://www.epicentro.iss.it/vaccini/pdf/Le_domande_difficili_2015.pdf

Istituto Superiore di Sanità (ISS). Guida alle controindicazioni alle vaccinazioni. 2018.

Istituto Superiore di Sanità (ISS). Morbillo e Rosolia News. Rapporto n. 58. Gennaio 2020.

Istituto Superiore di Sanità (ISS). Epicentro. L'epidemiologia per la sanità pubblica. <https://www.epicentro.iss.it/>

Lane S, MacDonald NE, Marti M, Dumolard L. Vaccine hesitancy around the globe: analysis of three years of WHO/UNICEF Joint Reporting Form data - 2015-2017. *Vaccine* 2018; 36: 3861-67.

Ministero della Salute. Vaccinazioni: stato dell'arte, falsi miti e prospettive. Il ruolo chiave della prevenzione. 2017

Noni E. MacDonald. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine* 2015; 33: 4161-4164.

Patel MK, et al. Progress Toward Regional Measles Elimination — Worldwide, 2000-2019. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:1700-1705.

Polack FP, et al. Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine. *N Engl J Med*. 2020 Dec 31;383(27):2603-2615.

Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica. VaccinarSi: Informarsi sulle vaccinazioni. <https://www.vaccinarsi.org>

WHO/OMS. Global Vaccine Action Plan 2011-2020, 2013.

WHO/OMS. Global Polio Eradication Initiative. <https://polioeradication.org/polio-today/polio-now/>

WHO/OMS. Ten threats to global health in 2019. <https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019>

WHO/OMS. Guiding principles for immunization activities during the COVID-19 pandemic. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331590/WHO-2019-nCoV-immunization_services-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

La morte "svelata"

Don Giacomo Canobbio

Difficile integrare la morte nell'esistenza. Non c'è vivente che non si ribelli di fronte alla morte. Entrati nella vita non si vorrebbe mai uscirne. Gli esseri umani non si differenziano in questo dagli altri viventi. La consapevolezza, frutto della constatazione, che comunque morire si deve porta a nascondere con vari stratagemmi il dato di fatto, accettato mediante processi di razionalizzazione, ma emotivamente rifiutato.

La morte occultata

Tragicomica, ma sintomatica, la scena riportata da Philippe Ariès, uno dei più noti studiosi della percezione della morte nella cultura occidentale: in una *Funeral Home* statunitense ci si può imbattere in un morto seduto alla scrivania o in poltrona con il toscano in bocca, come se stesse ricevendo i visitatori (cfr. *L'uomo e la morte dal medioevo a oggi*, Laterza, Roma-Bari 1980, p. 709).

Senza arrivare a questi estremi, non è difficile trovare nelle nostre Sale del commiato scene di occultamento della morte: sulle pareti scorrono immagini del defunto/a quando era ancora in vita, mentre nel sottofondo si riproducono le musiche da lui/lei preferite.

A un recente funerale mi è capitato di osservare la divisa del personale dell'Agenzia funebre: non più nera, ma giacca beige su calzoni marrone, camicia bianca con cravatta beige.

L'occultamento è una forma di fuga. Torna alla mente la tavoletta di ardesia conservata nel museo di Breno in Valle Camonica: vi si raffigura un giovane

che fugge di fronte al carro su cui sta ritta la morte che brandisce una falce e ha già seminato morte; il giovane ha il volto terrorizzato girato verso la morte mentre il suo braccio destro sbatte contro una roccia scoscesa che si erge di fronte a lui e impedisce la fuga. Difficile datare la tavoletta. Appare tuttavia innegabile che appartiene al genere "trionfo della morte", che nel tardo medioevo, anche a causa di carestie, guerre, epidemie, serviva da monito ai viventi affinché non si illudessero di sfuggire alla minaccia imminente.

La morte attesa

Solo i mistici o i radicalmente delusi dalla vita mostrano di non temere la morte: i primi perché la vedono come porta che apre alla visione beatificante di Dio; gli altri perché la vedono come liberazione. Per i primi si tratta di portare a compimento una relazione che ha sorretto la vita. Ne è un esempio San Paolo, il quale nutre il desiderio di morire per essere con Cristo. Così l'Apostolo prigioniero, quindi posto effettivamente di fronte alla possibilità di morire, scrive ai cristiani di Filippi: «Per me il vivere è Cristo e il morire un guadagno. Ma se il vivere nel corpo significa lavorare con frutto, non so davvero cosa scegliere. Sono stretto, infatti, tra queste due cose: ho il desiderio di lasciare questa vita (il verbo greco è *analsai*, tipico del linguaggio marinaro: sciogliere le gomene) per essere con Cristo, il che sarebbe assai meglio; ma per voi è più necessario che io rimanga nel corpo» (*Fil* 1,21-24). Il passo, pur costruito sull'alternativa vita-morte, non stabilisce una contrapposizione tra il vivere

e il morire, quasi ci si trovasse di fronte a una svalutazione del vivere: infatti anche nell'attività apostolica Cristo è glorificato nel corpo di Paolo (cfr. *Fil* 1,20). Ciò significa che la morte non può interrompere la comunione con Cristo; anzi, la rende ancora più intima poiché permette di raggiungere il "luogo" in cui Cristo si trova, in attesa del compimento finale. Non è difficile vedere che qui la morte perde la sua connotazione negativa, non solo di conseguenza del peccato, ma pure di interruzione drammatica dell'esistenza: assume piuttosto i contorni di felice opportunità. La relazione che dà fondamento a un'esistenza porta inscritto il desiderio di compiutezza. Ciò implica il desiderio di condividere la condizione della persona amata. Se questa ha già superato la soglia della morte, il desiderio di condivisione si tramuta in desiderio di morire. In tal caso la morte non appare più come realtà minacciosa dalla quale, per quanto possibile, difendersi, bensì come porta aperta sulla realizzazione del proprio desiderio. Questo cessa di essere una vaga attesa di immortalità per divenire tensione verso la pienezza della relazione vissuta.

Di coloro che vedono la morte come liberazione l'esempio più noto è quello di Giobbe. La pesantezza di una vita che si presenta come incomprensibile diventa per lui la ragione per invocare la morte. L'attacco poetico del capitolo 3 fa percepire al lettore che la morte è meglio della vita, quando questa è segnata da una malattia "ingiusta", è diventata il nemico da maledire, perché è solo schiavitù, prigionia, sofferenza. A fronte di essa la morte è cancellazione della pena, varco sulla pace dello *sheol*, luogo privo di affanni, nel quale tutte le differenze sono eliminate. Il nativo desiderio di vita si trasforma in desiderio di morte: questa appare ormai come un tesoro per trovare il quale si scava (cfr. vv. 21-22). La morte diventa liberazione: per questo è ricercata.

La consapevolezza di dover morire genera sapienza

Se però si prescinde da questi ideal-tipo, si deve riconoscere che la morte incute paura. Ancora di più agli esseri umani dell'era della tecnica. E *pour cause*: dove la scienza e la tecnica hanno riportato vittorie strepitose sulle forze mortifere che minacciano l'esistenza, non ci dovrebbe essere più spazio per la sconfitta rappresentata dalla morte. Nulla di nuovo, si potrebbe dire: la tecnica, espressione singolare del potere dei viventi umani porta a immaginare solo vittorie. Già l'antica epopea babilonese, che narra la vicenda dell'eroe Gilgamesh, mostrava la difficoltà dell'uomo che aveva costruito la città ad accettare la morte dell'amico. Per questo egli, seguendo la rivelazione della sua dea protettrice, si mette alla ricerca della pianta dell'immortalità. Sennonché, trovatala in fondo al mare, mentre sulla via del ritorno si ferma a lavarsi dalla salsedine in una sorgente di acqua dolce, la pianta gli viene rubata da un serpente. Gilgamesh deve quindi riconoscere la verità di quanto la locandiera Siduri gli aveva detto: «Gilgamesh dove stai andando? La vita che tu cerchi, tu non la troverai. Quando gli dei crearono l'umanità, essi assegnarono la morte per l'umanità, tennero la vita nelle loro mani. Così, Gilgamesh riempi il tuo stomaco, giorno e notte datti alla gioia, fai festa ogni giorno. Giorno e notte canta e danza, che i tuoi vestiti siano puliti, che la tua testa sia lavata: lavati con acqua, gioisci del bambino che tiene (stretta) la tua mano, possa tua moglie godere al tuo petto: questo è retaggio []. [] ... [] che ogni essere vivente []» (*La saga di Gilgamesh*, a cura di G. Pettinato, Rusconi, Milano 1993, Epopea paleobabilonese, righe 60-73, pp. 267-268). L'epopea non vuole tuttavia presentare una forma di rassegnazione depressiva di fronte alla morte (o almeno non anzitutto questa). Descrive piuttosto la maturazione dell'eroe che, nello sforzo di distaccarsi dal mondo agricolo per costruire la città, deve mettere in conto che la morte è ineluttabile e va integrata nell'esistenza. Se nel processo di emancipazione dalla natura la morte

apparve sempre di più come una sfida, il marchio più intollerabile e più irriducibile della natura sul progetto dell'uomo e sul suo destino, alla fine Gilgamesh è cambiato perché ha cambiato il modo di guardare la vita: grazie all'incontro con l'amico proveniente dal deserto (Enkidu) Gilgamesh è maturato, è diventato intelligente. L'incontro degli amici ha generato una saggezza inedita, che unisce le virtù del deserto e della città. La sintesi coincide con l'accettazione di un'esistenza finita, senza più la rivolta né la ricerca di un superamento: la finitudine, che trova la sua somma manifestazione nella morte, è destino stabilito dagli dei e contro di esso non resta che vivere in pienezza quanto è dato.

Occorre uno shock per risvegliare alla realtà ineluttabile.

I camion militari, che nel marzo 2020 in fila portano via da Bergamo le bare dei troppi morti per COVID 19, hanno provocato questo shock e sono assurti a simbolo di una presenza mai mancata, ma occultata. La pandemia ha mostrato l'infondatezza della presunzione di dominare la morte: in alcune circostanze la si può dilazionare, ma prima o poi arriva e nelle forme non programmate. Cinismo o sapienza metterla in conto?

Questo è il dilemma di fronte al quale si è posti. Già l'uso dei due termini denota una diversa interpretazione del dato di fatto. Indiscutibile che i milioni di morti provocati dalla pandemia non possono essere facilmente integrati in una riflessione sulla ineluttabilità della morte: sono una provocazione a pensare, non tanto alla morte, bensì alla condizione umana, che risulta in balia della "natura" più di quanto non si sia disposti ad ammettere. E la natura non è sempre amica: nei suoi processi raggiunge gli esseri umani anche con le sue forze mortifere. Forse mai come nella circostanza della pandemia si è portati a riscoprire che le interconnessioni con gli altri viventi sono più strette di quanto non si pensi normalmente. Metterlo in conto rende sapienti, cioè capaci di restituirci alla consapevolezza della dipendenza dalla natura, a fronte della presunzione di essere dominatori della realtà tutta, presunzione

che si è accentuata nell'epoca moderna grazie ai grandi risultati raggiunti dalla scienza e dalla tecnica.

La "natura" sembra aver ripreso il sopravvento sulla tecnica, riconducendo anche la scienza alla sua nativa condizione di incertezza e mettendo quindi in discussione la speranza riposta generalmente nei detentori del sapere, nuove divinità che le coscienze, prive del riferimento alla trascendenza, si erano create per sentirsi rassicurate di fronte alla minaccia sempre incombente, seppur celata, della morte.

La rivoluzione antropologica tipica della modernità, che aveva accentuato la consapevolezza dell'*homo faber sui ipsius*, sembra uscire ridimensionata da una vicenda che ha riproposto drammatici avvenimenti già conosciuti nel passato, ma relegati negli angoli reconditi della memoria, quando non cancellati totalmente, e si è incominciato a riconsiderare la condizione mortale degli esseri umani. Se tale riconsiderazione genera paura nella maggior parte delle persone, in quelle più sapienti conduce a recuperare pensieri e pratiche che nei secoli passati avevano prodotto arte pittorica e letteratura: la preparazione alla morte. In queste pratiche si manifesta anzitutto un atteggiamento "realista", da non identificare con la negazione del valore della vita, tanto meno con il pensiero ossessivo della morte. È piuttosto riconduzione alla condizione umana, che porta in sé l'invalidabile limite tipico del *bios*. Ma, nello stesso tempo, è ascolto del desiderio radicale degli esseri umani, quello che sta all'origine anche dello sviluppo della tecnica e di tutti i tentativi di sconfiggere la morte. Nonostante tutte le razionalizzazioni, gli esseri umani, se hanno paura della morte e cercano in tutti i modi di sfuggirle, mostrano di percepire che questa non dovrebbe appartenere loro. Essa continua e continuerà ad essere percepita come l'ultimo nemico, ultimo non soltanto perché arriva alla fine e pone fine, ma pure perché appare il più potente, perfino invincibile. Se però il desiderio radicale degli umani è di vincerlo, si è posti di fronte a un dilemma: considerare

il desiderio una frustrante illusione, oppure riconoscere che esso si può tradurre in speranza che Qualcuno venga in soccorso. Le religioni - tra esse in forma singolare il cristianesimo - hanno offerto agli esseri umani questa possibilità di apertura, educandoli a stabilire una relazione salvante con Chi ha messo nel loro cuore questo desiderio.

Soltanto un pensiero cinico potrebbe giungere alla conclusione che si tratta di un portato culturale, prodotto dagli umani per esorcizzare la paura della morte. Ammessa questa ipotesi, si dovrebbe ancora cercare di capire perché gli umani abbiano intrapreso questa via e non un'altra.

La soluzione cinica resta a metà; è una forma di razionalizzazione che non acquieta il desiderio e non aiuta a vincere la paura.

Conclusione

In questi ultimi mesi molti si sono domandati come uscirà l'umanità intera dalla tragica esperienza della pandemia. Si è sentito frequentemente ripetere che "nulla sarà come prima". Per capire il contenuto di questo "come" pare necessario fermarsi a pensare anziché ripetere slogan, siano essi religiosi o (pseudo) scientifici.

La vita educa quando non la si lascia scivolare accanto e quando non ci si illude di rinchiuderla in frettolosi luoghi comuni. Gli antichi hanno fatto tesoro dell'esperienza dei loro predecessori e ci hanno lasciato in eredità pensieri di sapienza. Fermarsi ad ascoltarli è condizione per ridiventare sapienti, cioè capaci di vivere anche la morte. ●

L'epidemia, la sofferenza e la società senza dolore

Renzo Rozzini

Fondazione Poliambulanza - Istituto Ospedaliero

"Troppo dolorosa è la malinconia e troppo a fondo spinge le sue radici nel nostro essere di uomini, perché la si debba abbandonare nelle mani degli psichiatri. Se noi ora cerchiamo cosa significa, è chiaro che non andiamo in cerca d'un tema di psicologia o di psichiatria; appartiene ad un ordine, di natura sua, spirituale. Noi la riteniamo intimamente connessa con la profondità della nostra essenza umana". Inizia in questo modo il libro straordinario di Romano Guardini dal titolo "Ritratto della malinconia"¹.

Se volessimo ispirarci alle parole del grande teologo per parlare del dolore dovuto alla pandemia Covid-19 potremmo dire che è stato totale, intimamente connesso con la profondità dell'essere uomini, connaturato nel vivere e troppo pervasivo per poterlo lasciare solo nelle mani dei medici. Ugualmente noi medici non possiamo esimerci dal domandarci che ricadute potrà avere sulla professione un evento così drammatico e inatteso, quanto potrà modificare i nostri obiettivi di cura, i nostri

¹ Romano Guardini, "Ritratto della malinconia", Morcelliana, 1993.

atteggiamenti terapeutici, la nostre attitudine con i pazienti.

La pandemia è ora arretrata, speriamo in modo definitivo, le corsie riservate ai pazienti Covid si sono svuotate e l'ospedale ha ripreso il funzionamento ordinario cercando di riparare ai danni di cui involontariamente si è reso responsabile avendo escluso dalle cure molti pazienti non affetti dalla malattia infettiva, malati con diabete mellito, malattia di Alzheimer, malattie respiratorie croniche e cardiopatia, trattati per troppo tempo come pazienti di serie B ("I pazienti dimenticati").

I medici che hanno ricominciato il lavoro consueto dopo l'impegno nelle aree Covid lo fanno con ferite non completamente rimarginate, ma soprattutto con una disposizione alla cura potenzialmente deformata.

Prima della pandemia

Con la disponibilità di una diagnostica sempre più sofisticata e con una tecnologia altrettanto complessa la medicina non solo ha esteso le indicazioni dei trattamenti a condizioni cliniche un tempo neglette (in taluni casi con effetti discutibili sullo "stato di salute"), ma si è caratterizzata sempre più per un alto numero di prestazioni dette "atipiche", quelle pratiche che non hanno come fine primario il superamento di uno stato di malattia e di sofferenza, ma che hanno a che fare con la valorizzazione della prestazione e della bellezza, l'estetica, l'esaltazione della individualità. Atipiche sono le pratiche inerenti alla procreazione (inseminazione artificiale, utero in affitto, etc.), il *doping* sportivo, ma anche intellettuale (che esaltano l'efficienza ai livelli più alti e esasperano la competitività fra le persone) e quello sessuale, la chirurgia estetica (tranne quella "riparativa" rivolta agli esiti di traumi e di interventi chirurgici). Grazie ad alcune specializzazioni mediche, travalicando la linea che demarca il campo della necessità vitale (opporsi alla malattia) e sconfinando nell'esercizio di potere sul

proprio corpo e sulla natura, l'uomo può modellare il suo corpo e anche la sua vita (o illudersi di farlo) oltrepassando la propria *individuale* umanità e la propria finitezza².

Contemporaneamente e in progressivo crescendo, la medicina e la comunità hanno celato il problema della morte: da un lato l'ospedale ha estromesso i morenti, confinandoli in luoghi oggettivamente più attrezzati ad assistere i malati terminali, ma in questo modo abolendo in chi ci lavora la consuetudine con il morire e ingenerando l'idea di una medicina onnipotente; ugualmente la società: non si muore nella propria abitazione, si va a morire in reparti dedicati e la "casa" che accoglie i defunti è quella del commiato.

Dolore e sofferenza sono stati altrettanto banditi: l'ospedale deve essere senza dolore. Il dolore è visto come fallimento o incapacità del medico, non come conseguenza della malattia. La soglia del dolore è crollata: farmaci originariamente utilizzati nella medicina palliativa vengono diffusamente impiegati su persone sane. Anche psicologicamente si è diffusa la convinzione che tutto possa essere superato, che la capacità di reagire (resilienza) dipenda da noi ("dipende da te"), che si debbano trasformare le esperienze traumatiche in catalizzatori di prestazione. La felicità, l'esistenza priva di dolore, è pensata come una sorta di diritto e «la sofferenza uno scandalo». Il dolore è interpretato come un segno di debolezza, qualcosa da nascondere o da eliminare in nome dell'ottimizzazione, delle *performance* e privato di qualsiasi possibilità di espressione: viene evitato (lo si evita ai nostri figli, ai nostri cari), condannato a tacere³. Ciò che è negativo deve essere eliminato.

Attraverso questa strada, la medicina (occupandosi sempre più del benessere, della felicità e dell'ottimismo) ha contribuito a rinforzare attese irrealistiche e immagini deformate, sia nei confronti della medicina stessa che nei confronti della sofferenza.

2 Fabrizio Ascoli, *"La relazione di cura. Difficoltà e crisi del rapporto medico-paziente"*, Franco Angeli, 2019.

3 Byung-Chul Han, *"La società senza dolore. Perché abbiamo bandito la sofferenza dalle nostre vite"*, Einaudi, 2021.

La pandemia

Per meglio ricordare cosa sia stata trascrivere alcuni appunti del mio diario⁴:

- ☞ “L'ARDS da SARS-COV-19 è mortale. Per il 50% delle persone anziane la malattia è terminale e lo è nel 100% nei casi di ultra 85enni con demenza (*nella seconda e terza ondata la mortalità si è ridotta, ma ugualmente è rimasta superiore al 30%*)”.
- ☞ “Nel mio ospedale non è mancato nulla e sono stati attivati sino a 80 letti di terapia intensiva. Ma di Covid sono morte 339 persone (*nella seconda ondata, dai primi di ottobre 2020 alla fine di maggio 2021 i morti saranno 310*)”.
- ☞ “L'epidemia ha messo di fronte tutta la nostra impotenza medica al cospetto della potenza sbaragliante della morte. Fra la vita e la morte non esiste competizione: siamo mortali. Eppure, molti, anche oggi, pensano che la morte sia il fallimento della cura o la conseguenza delle mancate cure. La verità è che anche la medicina “migliore” non sarà mai in grado di sconfiggere, definitivamente, la morte. Perché le malattie mortali esistono e anche le reti sociosanitarie più evolute e le strategie di cura più sofisticate non sono e non saranno mai in grado di produrre immortalità. La morte non si può sconfiggere”.
- ☞ “In mezzo a tanto disorientamento, talora mi capita di sentirmi presuntuosamente avvantaggiato, credo di avere le nozioni per sapere chi ha probabilità di sopravvivere se riceve le cure adeguate e chi non ce la farà pur con le cure più intensive, che fortunatamente finora non sono mai mancate; credo anche di conoscere quanta salute potrà residuare quando un paziente ce l'avrà fatta. Questa sicurezza però talora va in crisi e i dubbi diventano prepotenti”.

- ☞ “In tre giorni, sono morte 56 persone. In obitorio, dove ogni cadavere rimane almeno 48 ore si sono contate circa 40 salme. La maggior parte già deposta nelle bare, chiuse, in terra, nelle camere mortuarie. Impressionante la fila di barelle con i cadaveri della notte. Sulle bianche lenzuola che li avvolgono, sacchi di plastica nera con i pochi effetti personali. Attendono di entrare nella stanza in fondo al corridoio, dove due addetti delle onoranze funebri li metteranno nelle bare. Non l'abito bello, non una corona tra le dita, non un fiore. Li avvolgerà il sacco verde del recupero salme. Queste persone sono morte lontano dai cari, questi cadaveri, nessun familiare li vedrà più”.
- ☞ “Sono angosciato dall'idea che quando questo tempo finirà la “mia medicina, la geriatria” non avrà più medici che la vorranno o sapranno fare. Dopo aver visto quello che stiamo vedendo, temo che un paziente che verrà da noi con un problema minore (ad es. la perdita della memoria, o il cambio di un farmaco per il colesterolo) non potrà avvalersi della nostra attenzione, o per lo meno di quella necessaria. E poi, chi avrà l'umana pietà di provare dolore per la morte di qualche vecchio in casa di riposo dopo aver visto il decesso di giovani e di molte persone attive e robuste?”

Nodi irrisolti

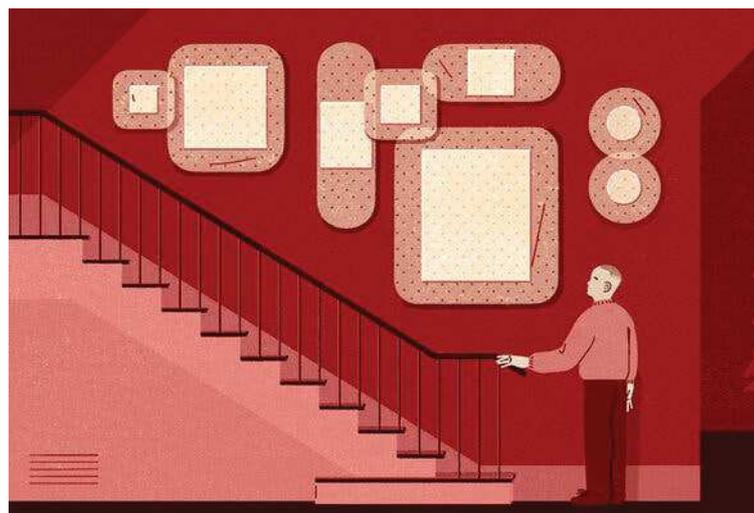
La pandemia ha portato alla luce nodi irrisolti e inconsciamente oscurati, già presenti nel periodo pre Covid, che devono essere sbrogliati.

Il primo riguarda la finitudine del vivere. Durante la pandemia, ogni giorno ci è stata sbattuta in faccia la fragilità del corpo umano e la mortalità che si nasconde dietro l'angolo (non l'immortalità!). Siamo stati costretti a stare nel caos e a comprendere più profondamente le esperienze dei pazienti con malattia grave. Questi mesi hanno ricordato a tutti che la morte e la malattia sono aspetti inevitabili della vita.

Per più di un anno la sopravvivenza ha assunto un valore assoluto e tutte le energie

⁴ Renzo Rozzini, “Un ospedale in trincea”, Morcelliana- Scholè, 2020.

sono state giustamente adoperate per salvare la vita, le vite. La sopravvivenza dei pazienti è stato l'imperativo obbligato dei medici Covid non la loro qualità della vita: i malati in ospedale, e nelle RSA, privati dalla possibilità di incontrare i familiari, di averli vicino anche nei momenti del trapasso, ne sono stati la testimonianza più cruda. La pandemia ha reso di nuovo visibile la morte da noi meticolosamente rimossa o sfrattata. Davanti alla pandemia, anche la radicale limitazione dei diritti fondamentali è stata accettata senza discussioni. La vita è stata ridotta a puro processo biologico da ottimizzare, ha perso qualsiasi dimensione meta-fisica. La vita come pura sopravvivenza. La salute è diventata la "saturazione di O₂", ciò che si può misurare, contare. La nostra vita ridotta a processo biologico. Molti pazienti anziani sono morti nel modo sbagliato. La lotta per la sopravvivenza si è contrapposta alle preoccupazioni per la buona vita. Non più abituati a considerare "la vita" la si è confusa con i "parametri". Il virus è stato lo specchio della nostra società e ci ha posto di fronte alle criticità irrisolte: la brutalità della malattia ha mostrato la fallacia di una medicina che ci vorrebbe immortali e l'importanza della dimensione affettiva del vivere, dei sensi e del senso, della spiritualità, dell'ineluttabilità della sofferenza. È mia convinzione sia necessario riprendere ad accogliere il dolore, a ospitarlo e a elaborarlo, ad accettarlo a livello esistenziale. Molti medici continuano a fidarsi del loro sentire, del loro percepire gli altri secondo una modalità affettiva. Solo da un ascolto attento del sentire, con tutto ciò che esso ha di non ancora compreso, ma affettivamente percepito e inconsciamente presentito, può nascere un'autentica elaborazione dell'esperienza. Ora, che abbiamo dovuto accettare morte e dolore, che abbiamo più strumenti ed esperienza per riflettere, dobbiamo calare nella prassi quotidiana, specialmente quella che riguarda le fragilità e la cronicità, le nozioni apprese evitando gli errori del passato e costi personali ingiustificabili. Abbiamo bisogno di storie, non solo di numeri. Nel lungo termine potrebbero trarne



vantaggio la nostra capacità empatica, la nostra prassi clinica e le nostre modalità assistenziali.

“Adesso che so di avere un cancro alla prostata, diffuso ai nodi linfatici e alle ossa, cosa voglio in un dottore? Direi che voglio un dottore che sia un «lettore puro» della malattia e un buon critico della medicina. Mi aggrappo alla mia fede nella critica letteraria, la disciplina principale della mia vita. Inoltre mi piacerebbe un dottore che fosse non solo un eccellente medico del fisico ma anche un po' del metafisico. Qualcuno che sappia curare il corpo e l'anima. C'è un sé fisico che è ammalato, e c'è un sé metafisico che è ammalato. Quando moriamo la nostra filosofia muore con noi. Per questo voglio qualcuno che abbia un penchant per la metafisica a tenermi compagnia. Per avere accesso al mio corpo il mio dottore deve arrivare al mio carattere. Deve passare attraverso la mia anima - non solo attraverso il mio ano. Quella è la porta di servizio della mia personalità”⁵.

La pandemia ha fatto emergere criticità non più sostenibili e messo le premesse di cambiamenti radicali per una professione che possa continuare a curare il fisico non più dimenticando il metafisico. Non credo succederà, però mi piace pensarlo. ●

5 Anatole Broyard, “La morte asciutta”, BUR, 2008.

Il *Bed Management*: l'esperienza dell'ASST Spedali Civili

Cristiano Perani

Bed Manager

Direttore S.S.D. "Pronto Soccorso - Osservazione Breve Intensiva"
ASST Spedali Civili di Brescia

Premessa

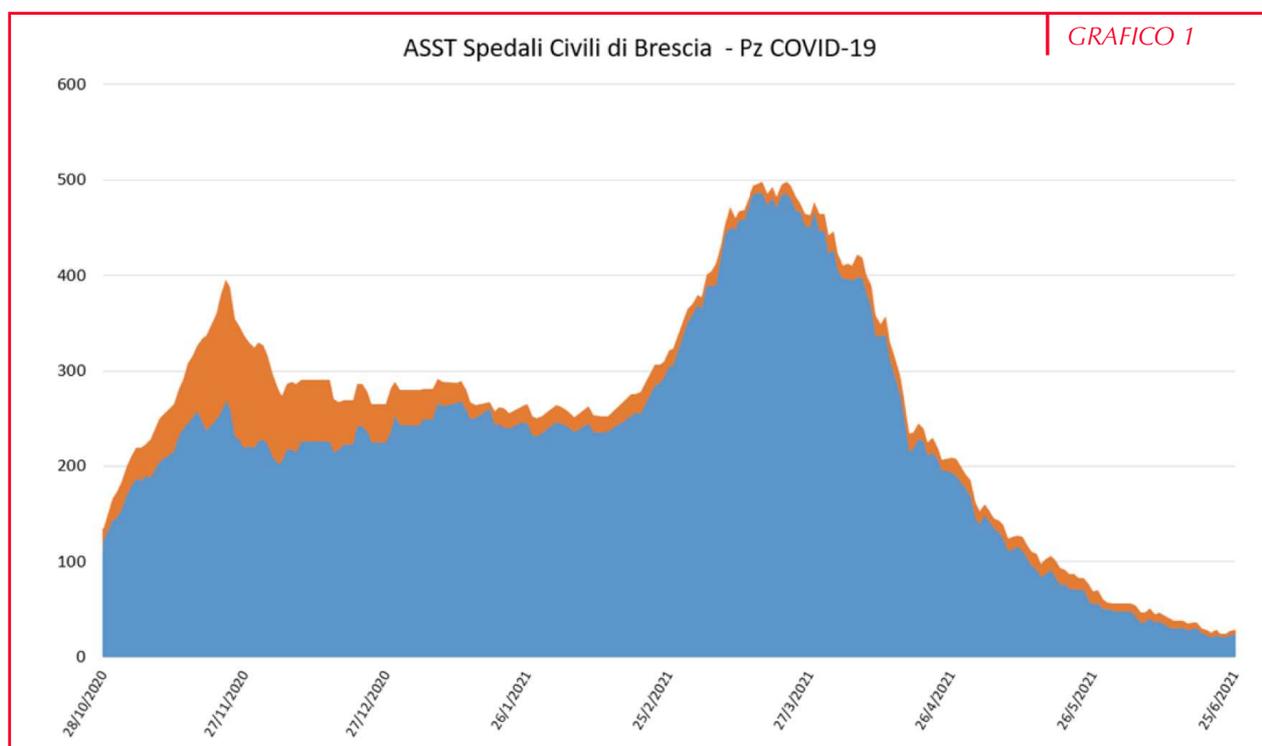
La crisi Covid ha colpito duramente le strutture sanitarie ospedaliere che, nella prima ondata del 2020, hanno dovuto faticosamente rimettersi in piedi, forzatamente e rapidamente trasformarsi, mettere in campo una flessibilità professionale e organizzativa in tempi precedentemente ritenuti impensabili, cercando e trovando risposte inedite nell'emergenza. Questo grazie allo sforzo e sacrificio di tutto il personale sanitario. La ripresa della crisi in autunno, questa volta attesa, ha permesso all'ASST Spedali Civili di mettere in atto preventivamente una serie di misure che hanno reso, nonostante le difficoltà, lo scenario differente. Tra queste innanzitutto la preparazione e l'utilizzo del padiglione dedicato COVID, denominato Scala4.0, e l'istituzione del servizio di *Bed Management* sotto la diretta responsabilità della Direzione Sanitaria Aziendale. Le "Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso" (Conferenza Stato-Regioni del 1° agosto 2019) individuano il *Bed Management*

quale funzione aziendale preposta alla gestione efficiente dei posti letto e dei flussi ospedalieri dei pazienti caratterizzandone le competenze. Ciononostante, non esiste un modello organizzativo di riferimento standard, ed ogni realtà si organizza in funzione delle proprie risorse umane, logistiche, tecniche al fine di creare un modello funzionale alle proprie esigenze. Il *Bed Management* dell'ASST Spedali Civili di Brescia si propone per garantire la miglior qualità delle cure al paziente, attraverso un ricovero appropriato "giusto paziente nel giusto letto" valorizzando le diverse competenze presenti nell'Azienda Ospedaliera. Punta a mettere in atto la centralizzazione del controllo della risorsa posti-letto e lo sviluppo di strategie per migliorare ed aumentare la capacità di ricovero aziendale. Attraverso le attività di monitoraggio dell'occupazione/disponibilità ospedaliera e della pianificazione dei ricoveri, il *Bed Management* si propone di gestire la fluidità dei processi di ricovero e di dimissione, sorvegliando in modo particolare i "colli di bottiglia" che si formano in due momenti fondamentali: all'ammissione e alla dimissione.

I primi passi nell'ASST e la sfida COVID

L'ASST Spedali Civili ha istituito con decorrenza dal 28/10/2020 il servizio di *Bed Management* per far fronte alla pandemia Covid e coordinarsi con la Centrale Operativa Regionale Covid Acuti. Sono divenuti immediatamente operativi un responsabile medico e tre unità infermieristiche; successivamente si sono aggiunti un medico d'urgenza *part time*, un medico in quiescenza con contratto covid ed un medico in formazione specialistica. Le attività del neo-istituito servizio si sono forzatamente dedicate prevalentemente alla gestione dell'emergenza COVID. Il ruolo principale è stato da subito la gestione dei ricoveri urgenti dai tre pronto soccorso adulti aziendali (Spedali Civili, Montichiari, Gardone Val Trompia), convergendo le richieste di posto letto per distribuire la risorse in funzione della disponibilità e del fabbisogno assistenziale dei pazienti. Parallelamente alla gestione dei ricoveri il *Bed Management* è stato di supporto alla Direzione Sanitaria dell'ASST per favorire la messa in atto di modifiche dell'assetto aziendale come l'apertura di nuovi

reparti COVID, la definizione di precisi *setting* di intensità di cura nelle diverse Unità Operative dei 3 presidi ospedalieri e lo sviluppo di strategie di flusso dei pazienti. La gestione per intensità di cura ha garantito la corretta allocazione dei pazienti ricoverati dai Pronto Soccorso e tramite trasferimenti tra reparti e tra presidi ha favorito la disponibilità di corretto *setting* assistenziale per pazienti che presentavano peggioramento o miglioramento durante la degenza. Durante la seconda ondata della pandemia è stato immediatamente evidente come l'epicentro delle infezioni si trovasse questa volta in altri territori lombardi, ed il servizio di *Bed Management* si è coordinato con la Centrale Operativa COVID Acuti Regionale per gestire trasferimenti. Si è trattato di un impegno significativo che ha portato a novembre ad avere fino ad un terzo dei pazienti ricoverati nell'ASST provenienti da altre province (*grafico 1*). La condivisione a livello regionale dei livelli di intensità di cura respiratoria proposti dall'ASST hanno permesso di utilizzare un linguaggio comune nel concordare e coordinare i trasferimenti, specificando criteri clinici



di accettazione in funzione delle risorse disponibili sia strumentali (per esempio NIV, CPAP, HFNC) che organizzative (intensità di cura); allo stesso modo ci si è confrontati con altre Aziende Sanitarie, pubbliche o private, per gestire le richieste di ricovero o trasferimento sia in entrata che in uscita.

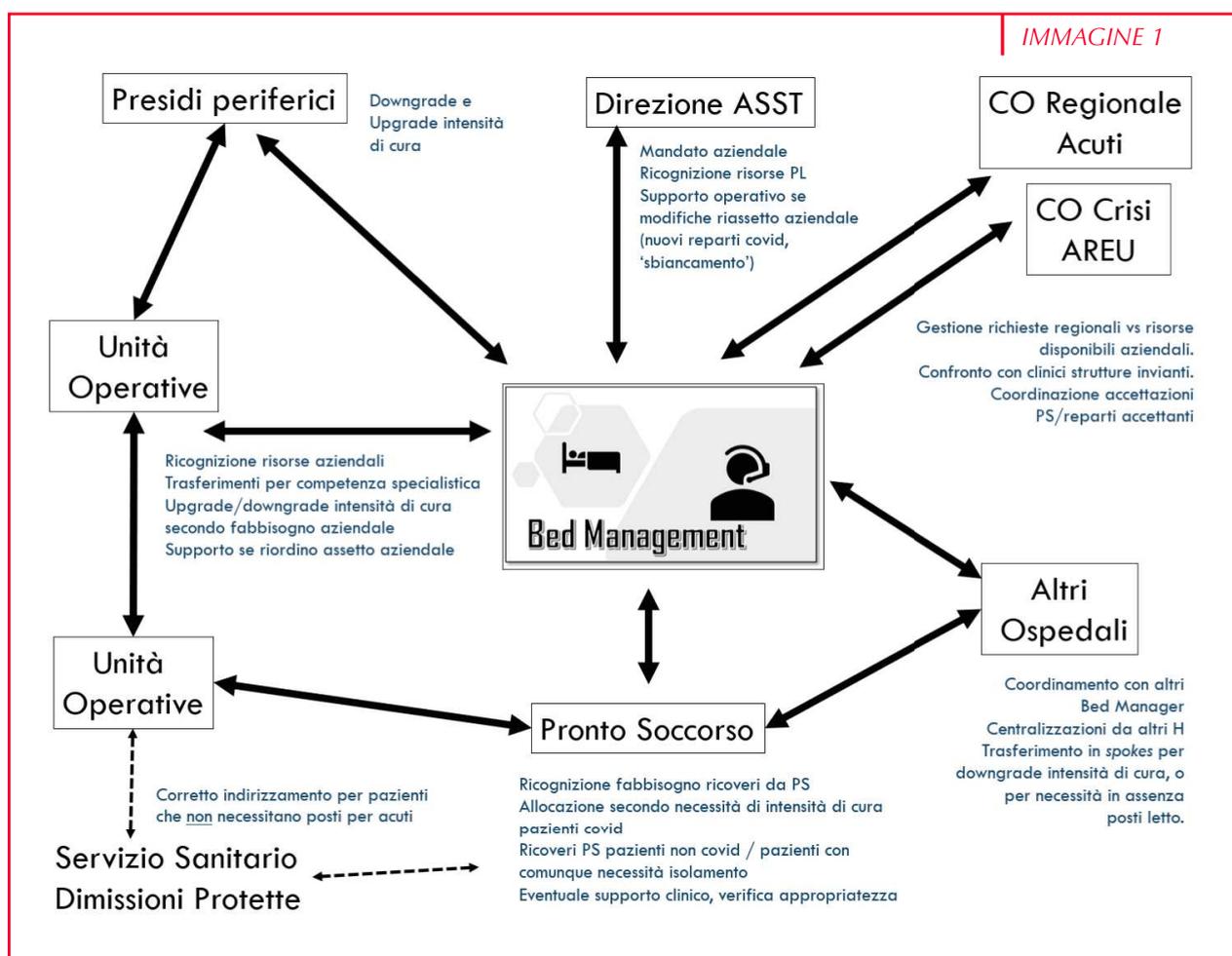
Nel dicembre del 2020 l'AREU ha ribadito l'importanza del Servizio di *Bed Management* (documento AREU n° 0014892 del 16/12/2020) e della *governance* della gestione dei posti letto ospedalieri al fine di garantire continuità e coerenza di risposta ai bisogni assistenziali nel corso della pandemia COVID-19.

Nei mesi successivi il *Bed Management* ha avuto un ruolo rilevante nel riassetto dell'ospedale legato alla progressiva apertura dei diversi piani di degenza di Scala4.0 fino alla loro piena operatività ha consolidato i rapporti con le Unità

Operative di degenza ed i Pronto Soccorso ha affinato l'utilizzo e la dotazione degli strumenti informatici di monitoraggio dei posti letto di degenza

ha collaborato alla produzione di procedure aziendali volte ad ottimizzare la dimissione dei pazienti COVID e stretto la collaborazione con il servizio Dimissioni Protette per il monitoraggio e l'ottimizzazione dei percorsi di dimissione. ha fornito *report* quotidiani della disponibilità ed utilizzo dei posti letto nelle Unità Operative di degenza alla Direzione Sanitaria ed alle Centrali Operative Regionali Acuti (*immagine 1*).

Nel mese di marzo di quest'anno l'ulteriore accelerazione della pandemia ha favorito un rafforzamento della rete ospedaliera lombarda coordinata dalla Centrale Regionale Operativa Acuti, permettendo una proficua interazione con i *Bed Manager* di altri ospedali pubblici e privati



lombardi, favorendo i trasferimenti dei pazienti verso *setting* di cura adeguati. Man mano che si è ridotta la pressione sui Pronto Soccorso di pazienti affetti da infezione da Sars-Cov2 con necessità di ricovero, il servizio di *Bed Management* ha collaborato con i reparti di degenza COVID per la loro chiusura o trasformazione in reparti COVID-FREE agendo sui trasferimenti o deviando ad altre Unità Operative i ricoveri da Pronto Soccorso o facilitando le dimissioni (accelerazione della diagnostica o segnalazione di priorità al servizio Dimissioni Protette).

Dalla sua nascita il servizio di *Bed Management* aziendale ha processato oltre 4000 pazienti.

La costante attività di mediazione, verifica e comunicazione tra Pronto Soccorso, Unità Operative e diversi ospedali ha permesso di concretizzare il ruolo di 'facilitatori' all'interno dell'Azienda per le fasi di ricovero/trasferimento dei pazienti. Il rilevante numero di chiamate telefoniche effettuate (stima ponderata sul numero medio di chiamate per paziente e di rilevazione a campione delle chiamate quotidiane) si approssima a 13.000. Impegno notevole, ma molto utile considerando che si tratta di un'attività *time-consuming* che sarebbe rimasta in parte a carico del personale di Pronto Soccorso, riducendo il loro tempo destinato all'attività clinica-assistenziale più propriamente detta.

La presenza di medici nello *staff*, a differenza di una gestione solo infermieristica, ha permesso quando vi era la necessità anche una valutazione clinica e quindi di avere ricoveri e trasferimenti ancora più centrati sui bisogni del paziente. I risultati ottenuti dimostrano che l'attività di *Bed Management* ha permesso un'allocazione dei pazienti coerente con il fabbisogno assistenziale e una loro distribuzione omogenea nelle diverse Unità Operative Covid, considerando il carico di lavoro complessivo dei reparti e le risorse disponibili. Inoltre, il servizio ha permesso all'ASST Spedali Civili di rispondere in modo dinamico ed elastico all'aumentare della pressione pandemica (passando

da meno di 100 ricoverati in ottobre a quasi 500 nel picco durante marzo 2021), garantendo la disponibilità dei letti adeguati alla gravità clinica, con *team* sanitario competente al quadro clinico e con la disponibilità delle attrezzature necessarie.

Mettere a frutto l'esperienza e affrontare il futuro

Il Servizio di *Bed Management* è una delle ricadute positive della pandemia; i risultati ottenuti ne confermano l'utilità per l'appropriatezza dei ricoveri e per l'efficienza dell'organizzazione, esperienza da non perdere.

La gestione dei ricoveri ha permesso di rilevare alcune criticità organizzative causa spesso di congestione dell'Ospedale, per esempio: la variabilità nella degenza media giornaliera per la stessa patologia, la gestione delle liste dei ricoveri programmati chirurgici verso le urgenze (specie in condizioni di ridotta disponibilità di posti letto), una disomogenea attivazione dei servizi di Dimissione Protette; criticità organizzative per le quali si possono attivare risposte e monitorare i miglioramenti.



La rapida necessità di implementare nuovi strumenti informatici di monitoraggio *real time* delle risorse e di analisi dell'appropriatezza clinica dei ricoveri fornisce indicazioni riguardo alle direzioni di sviluppo del processo di ammodernamento degli strumenti informatici gestionali e clinici dell'Azienda. L'implementazione di un'assistenza per intensità di cura associata alla sperimentazione di reparti multidisciplinari attuata in Scala4.0, sebbene abbia bisogno di affinarsi, apre la strada ad un diverso modello di sviluppo per le aree di degenza anche del resto dell'Ospedale, con maggior flessibilità di allocazione dei pazienti e gestione collaborativa multispecialistica, dando concretezza alla funzione dell'*hospitalist*. Un'opportunità da sfruttare ora che anche i limiti strutturali hanno l'occasione di essere risolti dalle preannunciate ristrutturazioni. L'esperienza COVID della rete tra presidi di Brescia, Gardone e Montichiari, in funzione sia dell'intensità di cura sia delle competenze specifiche presenti, merita di essere portata avanti e ulteriormente sviluppata. Tutte queste esperienze saranno la base su cui strutturare lo sviluppo dell'attività del Bed Management oggi. Al di fuori della pandemia il focus non sarà più soltanto quello della

gestione dei ricoveri d'urgenza, ma sempre di più quello della gestione centralizzata dei posti letto anche per i ricoveri ordinari e l'attività elettiva chirurgica. Saranno necessarie ulteriori competenze, stretta collaborazione con le Unità Operative e nuovi strumenti informatici, ma è una direzione di sviluppo oramai difficilmente modificabile.

In condizioni di piena realizzazione si può immaginare una capacità di monitoraggio e governo/facilitazione di tutto il percorso del paziente, da prima del ricovero (dal medico di medicina generale o dalle strutture ambulatoriali), al ricovero, al percorso intraospedaliero, fino alla dimissione (con eventuale affidamento nuovamente ad attività ambulatoriali).

C'è ancora molta strada da percorrere, ma guardando a quella finora intrapresa c'è motivo di avere fiducia. Il *Bed Management* è, e deve essere, una organizzazione dinamica, elastica, chiamata ad evolversi in base alle risorse interne e al cambiamento della domanda, volta a garantire un'assistenza sempre più adeguata alle esigenze dei pazienti, mirando ad un giusto equilibrio tra la miglior cura e la miglior efficienza possibili. ●



Bibliografia e Riferimenti Normativi

Pellecchia C., Bellini A., Il Governo centralizzato della risorsa posto letto: il ruolo del Bed Manager Aziendale, AICM Journal, Giornale Italiano di Case Management, 2013.

Proudlove NC, Boaden R, Jorgensen J., Developing Bed managers: the why and the how. *J Nurs Manag* 2007; 15:34-42.

Proudlove NC, Gordon K., Boaden R., Can good Bed Management solve the overcrowding in accident and emergency departments?, *Emerg Med J* 2003; 20 (2): 149-55.

Tortorella F et al., Improving Bed turnover time with a Bed Management system. *J Nurs Adm*, 2013, 43 (1), 37-43.

Harper P R, Modelling for the planning and Management of Bed capacities in hospitals, 2002 *Jan*, 53 (1): 11-18.

Boaden R et al., An Exploratory study of Bed Management, *Journal of Management in Medicine*, 2009 13 (4), 234-250.

Keegan AD, Hospital Bed occupancy: more than queuing for a bed, *MED J Aust*. 2010 Sep 6; 193 (5):291-3.

Delibera n° X/2933 Seduta del 19/12/2014 della Regione Lombardia con oggetto "Determinazione in merito al miglioramento dell'attività di soccorso e assistenza ai pazienti in condizioni cliniche di urgenza".

Prot. Gen. n° 0072042 del 28 ottobre 2020 ASST Spedali Civili "Attivazione Centrale Operativa Regionale Covid Acuti - Determinazioni aziendali".

Decreto n. 1 del 05/01/2021 ASST Spedali Civili "Istituzione Funzione Aziendale 'Bed Management' e Responsabilità organizzativa Scala 4.0 - Determinazioni".

Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso come da accordo sancito nel corso della Conferenza Stato-Regioni del 1° agosto 2019: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_3849_listaFile_itemName_2_file.pdf

Pandemia, ospedale per acuti e *bed-management*. Quali lezioni per il dopo Covid?

Letizia Bazoli

Responsabile Servizio Infermieristico e Tecnico
Fondazione Poliambulanza-Istituto Ospedaliero, Brescia

La pandemia Covid-19 ha avuto un effetto dirompente sull'intero panorama sanitario e sugli ospedali, tale da imporre un ripensamento della modalità di offerta dei servizi che in futuro condizionerà in maniera significativa l'offerta sanitaria. La prima ondata ha investito una parte della nostra Regione, Brescia in particolare, con una violenza inaspettata.

Nel nostro ospedale (Fondazione Poliambulanza - Istituto Ospedaliero, 600 posti letto) in poco meno di due mesi sono stati accolti e trattati più di 2.200 pazienti, per 1.450 dei quali è seguito il ricovero. Le persone ricoverate in terapia intensiva sono state complessivamente 186 (durante il momento di maggior criticità - 430 pazienti Covid ricoverati- sono stati allestiti e messi a disposizione fino a 78 letti di Terapia Intensiva a fronte dei 21 in regime ordinario).

Durante la pandemia anche il nostro ospedale, come molti altri, si è completamente trasformato, con una revisione di quasi tutti i paradigmi di funzionamento, alcuni dei quali sono tutt'ora una eredità cui non si vuole rinunciare.

Una delle principali innovazioni organizzative adottate durante l'emergenza è stata l'introduzione di un sistema di gestione centralizzata dei posti letto (*bed management*), con risorse dedicate, che

ne consentisse l'utilizzo più efficiente mediante l'allocazione dei pazienti nei diversi *setting* assistenziali di ricovero. Fin dai primi giorni è apparso evidente che la pressione a cui era sottoposto il pronto soccorso non consentiva al personale ivi operante di avere il tempo per l'identificazione del posto letto, tra quelli disponibili, più coerente con le necessità del paziente.

Risultava inoltre strategico collocare correttamente i pazienti nelle diverse aree di degenza per consentirne la cura con il giusto livello assistenziale, ottimizzando altresì l'utilizzo delle tecnologie di assistenza alla ventilazione e il relativo consumo di ossigeno. In particolare, era fondamentale il bilanciamento fra



possibilità di erogazione e fabbisogno di ossigeno: non era possibile cioè concentrare troppi pazienti con sistemi di prelievo di ossigeno ad alta pressione nella stessa area, rischiando che l'impianto di distribuzione non alimentasse correttamente i sistemi di ventilazione. La seconda ondata, arrivata nel mese di novembre 2020, ha nuovamente sovvertito le caratteristiche dell'ospedale, ma in questa occasione, forti dell'esperienza maturata nella prima, ha trovato il sistema preparato e più pronto ad una risposta organizzata e specifica. Consapevoli che l'organizzazione, più della clinica (carente di trattamenti specifici efficaci), avrebbe prodotto gli esiti più favorevoli, si è attivata una modalità di accoglienza modulata per la diversa tipologia dei pazienti: monitoraggio serrato dei più gravi, assistenza intensiva nei pazienti con più bisogni primari, interdisciplinarietà e rapporto col territorio per pazienti con maggiori bisogni extraclinici da soddisfare una volta terminato l'iter ospedaliero. Questa trasformazione secondo il modello per intensità di cura, con creazione di percorsi omogenei per tipologia di pazienti di gravità clinica diversa e con diversa complessità assistenziale, è stata, accelerando un cambiamento già in corso, la scelta organizzativa che ha permesso di assegnare alle diverse macro-aree designate con questa finalità, personale in numero adeguato e in possesso di competenze appropriate per pazienti di gravità diversa e in momenti diversi della loro traiettoria di malattia.

Il bed management

La finalità principale del *bed management* è quella di gestire la fluidità dei processi di ricovero e di dimissione dei pazienti, sorvegliando in particolare due momenti che possono facilmente rappresentare "colli di bottiglia": l'ammissione, ovvero l'intervallo di tempo intercorrente tra la decisione del ricovero da parte del medico di pronto soccorso e l'effettiva allocazione del paziente nel *setting* appropriato, e la dimissione.

Già nel 2015 un lavoro del Centro ricerche e studi in *management* sanitario dell'Università Cattolica aveva individuato nel *Bed Manager* uno dei nuovi ruoli organizzativi che si stavano già gradualmente affermando: figura poliedrica che riunisce in sé competenze gestionali, esperienza clinica, capacità relazionali, di mediazione e conoscenza delle prassi cliniche dei reparti, il *Bed Manager* ha il compito di coordinare i flussi dei pazienti ospedalizzati tenendo conto della classe di priorità di ricovero, della disponibilità delle sale operatorie, delle liste d'attesa, della disponibilità dei posti letto a livello degli specifici dipartimenti.

La gestione dei letti nelle singole unità operative è da sempre in capo ai coordinatori infermieristici e la letteratura disponibile indica che è l'infermiere con specifiche conoscenze cliniche la figura potenzialmente più adatta per la collocazione dei pazienti secondo la logica del "paziente giusto nel letto giusto".

Bed Manager in Poliambulanza

Nello specifico, all'interno di Fondazione Poliambulanza, il *Bed Manager* durante la pandemia, e attualmente, ricopre le seguenti responsabilità (esplicitate in una specifica *job description*):

- ✘ coordinamento ricoveri da Pronto soccorso;
- ✘ coordinamento trasferimenti tra reparti;
- ✘ supporto alla programmazione dei letti per pazienti in elezione;
- ✘ supporto all'accettazione dei ricoveri per pazienti in elezione.

I *Bed Manager* di Fondazione Poliambulanza sono due infermieri esperti, in staff all'*Operations Management*, che fin dalla prima fase della pandemia (marzo 2020), hanno collaborato a stretto contatto con:

- ✘ i medici di pronto soccorso per la valutazione della gravità clinica dei pazienti e la necessità di supporto respiratorio nelle sue varie forme;
- ✘ la Direzione Sanitaria per le necessità

di trasferimento dei pazienti in altre strutture della rete regionale;

- ✘ i coordinatori e i referenti infermieristici delle varie unità operative per tutto ciò che riguarda l'organizzazione della degenza dei pazienti in termini di posti letto e livello assistenziale (intensità di cura).

A disposizione dei *Bed Manager* ci sono gli strumenti informatizzati di gestione clinica del paziente e dei principali *asset* aziendali (la funzione di *bed management* impone la disponibilità di indicatori "discreti" facilmente consultabili e utilizzabili come linguaggio di condivisione, costantemente aggiornati, fotografia della realtà dell'occupazione ospedaliera):

- ✘ Sistema informativo ospedaliero e cartella clinica elettronica;
- ✘ ER: sistema di gestione clinica dei pazienti di pronto soccorso;
- ✘ *Poliplanning*: sistema integrato di gestione della pianificazione chirurgica, delle sale operatorie e dei posti letto;
- ✘ *Statlab*: sistema di monitoraggio dell'esecuzione ed esito dei tamponi nasofaringei e degli esami sierologici;
- ✘ *Dashboard Covid* e oggi *Dashboard ospedaliera*: sistema di monitoraggio dell'occupazione dei posti letto con gestione della pianificazione degli spostamenti tra reparti o da pronto soccorso a reparto.

La preparazione di queste figure è affiancata da una formazione organizzativa che, unita all'esperienza clinica e a capacità relazionali, permette di essere di supporto all'organizzazione aziendale anche nelle fasi più critiche (come lo è stata appunto l'emergenza Covid da dove è originato lo stimolo alla sua attuazione). Durante la fase critica della pandemia, il servizio di *bed management* è stato centralizzato con lo scopo di ottenere una visione trasversale della risorsa dei posti letto disponibili nelle diverse aree dell'ospedale, risultando

di fondamentale supporto nella gestione della crisi e sgravando i medici da oneri non clinici.

L'organizzazione dell'ospedale nella fase successiva alla prima ondata COVID e nelle fasi seguenti della pandemia ha evidenziato i vantaggi di una gestione centralizzata della logistica dei pazienti estendibile a tutto l'ospedale: in un contesto di risorse limitate è indispensabile ottimizzare l'occupazione dei posti letto delle diverse aree di degenza, eliminando le micro sacche di inefficienza dovute alla gestione locale (nelle singole unità operative) delle risorse critiche; è altresì indispensabile garantire l'adeguato *setting* assistenziale in funzione del percorso di ricovero più appropriato e definire l'area di ricovero in relazione alla tipologia e complessità clinico assistenziale del paziente; infine, è di fondamentale importanza "far scorrere" il flusso dei pazienti, gestendo le aree filtro, i trasferimenti tra reparti e i trasferimenti presso altre strutture, nel rispetto di tutti i vincoli normativi, clinici e sanitari necessari per l'espletamento delle attività.

Sintesi dei vantaggi del *bed management*

In relazione alla pur breve esperienza, possiamo sintetizzare i vantaggi dell'introduzione di tale funzione dai diversi punti di vista:

- ✘ del paziente, che riceve assistenza specializzata e che, allo stesso tempo, è aiutato nel passaggio graduale dall'ospedale al proprio domicilio;
- ✘ del medico, al quale è data una maggiore garanzia che il paziente stia ricevendo qualità di cure appropriate;
- ✘ dell'infermiere, che può erogare in modo efficace le proprie competenze cliniche e che può svolgere al meglio la propria attività finalizzata a soddisfare le esigenze del paziente;
- ✘ dell'ospedale, dove la corretta combinazione di competenze professionali e dotazioni strutturali ne migliora l'immagine nella comunità.

Il *Bed Manager* è la figura in grado di gestire il percorso del paziente all'interno dell'ospedale, al fine di identificare il *setting* assistenziale e il livello di intensità di cura rispondente alle caratteristiche del paziente, ed è quindi il professionista in grado di coordinare e garantire un corretto "patient flow".

L'infermiere, attraverso le sue competenze cliniche, relazionali e manageriali, amalgama le caratteristiche necessarie per questa funzione.

L'impiego di infermieri *Bed Manager* nel mondo anglosassone ne è una testimonianza, così come il crescente impiego di colleghi, che ricoprono questo incarico, in importanti realtà italiane.

In un contesto sanitario come quello che si sta delineando a seguito della pandemia da COVID-19, l'implementazione della figura del *Bed Manager* non è più considerata un'opzione, ma è diventata un requisito fondamentale per garantire la più appropriata presa in carico del paziente e l'efficienza di una realtà ospedaliera. ●



Bibliografia e Riferimenti Normativi

Bacci. A. a cura di, *Lean Healthcare Management*, Wolters Kluwer ed. 2017

Bazoli L, Tonoli L, Singia S, Meloni A, Rozzini R. The methodized transformation of the hospital during Covid. A legacy to be preserved. *Global Health Journal UniCamillus* (In press), 2021

Cifalinò A, Mascia D., *Progetto Nurse*, Il Sole 24 Ore Sanità, 02/03/2015

Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del piano di gestione del sovraffollamento in pronto soccorso - Ministero della salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria - 2019

Pastore U., Di Caro D., Cesana M., *Il bed-management all'interno della ASST Monza*, *Italian Journal of Nursing (IJN)* N.31/2019

Regione Lombardia DELIBERAZIONE N° XI / 3115 del 7/5/2020 - Indirizzi per l'organizzazione delle Attività Sanitarie in Relazione all'andamento dell'epidemia da Covid 19.

La *Breast Unit* nella pandemia Covid-19

Alessandra Huscher

Responsabile *Breast Unit*

Fondazione Poliambulanza - Istituto ospedaliero

Nella pratica oncologica moderna, la *Breast Unit* rappresenta il paradigma organizzativo e gestionale di riferimento per le attività multidisciplinari, che vede il paziente figura centrale di un percorso coordinato, capace di intercettare e gestire ogni aspetto clinico, psicologico e sociale, ottimizzando efficacia ed efficienza. In considerazione del numero e delle caratteristiche delle figure coinvolte, delle peculiarità della malattia, ad alta incidenza e ad elevato impatto psicologico, l'aspetto relazionale è apparso dall'esordio una caratteristica fondamentale del percorso, tra gli operatori, come nella dimensione medico-paziente, ma anche nella relazione tra le *Breast Unit* e la popolazione in generale, nello sviluppo e nella diffusione della cultura della prevenzione.

La pandemia Covid-19 ha scompaginato le modalità operative della Sanità mondiale e, inevitabilmente, anche quella delle *Breast Unit*, come dimostrano, in modo sostanzialmente univoco ed omogeneo, i dati presenti in letteratura.

In generale l'attività oncologica è stata oggetto di provvedimenti istituzionali specifici finalizzati al mantenimento dell'operatività secondo priorità cliniche, sospendendo o dilazionando le attività meno urgenti. All'interno della cornice tracciata dalle

indicazioni nazionali e regionali, ogni singola Unità Multidisciplinare ha ri-organizzato il proprio percorso.

Considerata la sospensione delle attività di *screening* e la necessità di garantire l'adeguato distanziamento, le attività diagnostiche hanno subito una riduzione quantitativa, pur mantenendo invariate le disponibilità per approfondimenti di casi sintomatici o completamento di diagnosi avviate altrove.

Nel nostro istituto le discussioni multidisciplinari, cardine dell'attività della *Breast Unit*, sono state trasformate in evento "digitale", potenziando l'utilizzo della piattaforma informatica, capace di gestire tutti i dati clinici e le immagini radiologiche del paziente. Il coinvolgimento di tutte le figure previste è stato invece possibile in modalità parzialmente "off-line", garantendo in questo modo una adeguata qualità della valutazione multidisciplinare, ovviando alle modifiche della turnistica imposte dall'emergenza.

L'analisi interna della gestione dei Meeting Multidisciplinari "digitali" ha dimostrato, in analogia a quanto rilevato in letteratura, che questa modalità permette di sottoporre a valutazione dell'intero team tutti i pazienti sia in *setting* pre che post-operatorio, garantendo il rispetto dei requisiti dell'accreditamento EUSOMA e le tempistiche adeguate all'intero percorso. Naturalmente il confronto diretto collegiale resta riferimento insostituibile dell'attività e la presenza del supporto informatico a sostegno di una modalità adeguata all'emergenza è certamente stato sostanziale.

Le attività chirurgiche sono state quantitativamente ridotte, anche per effetto della sospensione degli *screening*, ma la selezione su scala di priorità clinica ha garantito, anche durante l'emergenza, il rispetto degli indicatori temporali previsti in epoca pre-covid. La sistematizzazione precoce dei percorsi ospedalieri differenziati ha inoltre permesso lo svolgimento delle attività chirurgiche in sicurezza.

Il percorso post-chirurgico oncologico è stato in toto sostanzialmente inalterato; le attività delle Unità Operative di Oncologia medica e Radioterapia Oncologica sono proseguite e la prescrizione della terapia è stata personalizzata tenendo conto delle indicazioni cliniche



e delle contingenze, come suggerito dalle società scientifiche.

L'attività di Fisioterapia e Riabilitazione è stata sospesa, fatto salvo per le valutazioni durante il ricovero. Per fornire un supporto continuativo alle pazienti, in particolare in relazione alle modalità di esecuzione degli esercizi consigliati, è stato prodotto materiale video specifico, reso disponibile sul sito istituzionale, che ha accompagnato l'attività di recupero delle nostre pazienti.

Il servizio di psico-oncologia ha attivato il consulto *online* e buona parte dei controlli clinici di *follow-up* sono stati effettuati per via telefonica, previa valutazione degli accertamenti clinici. Tutti i casi con reperti dubbi o, naturalmente, francamente positivi sono stati presi in carico secondo i percorsi specifici. Tutte le attività delle Associazioni di pazienti sono state sospese, qualche evento è stato realizzato con modalità virtuale.

Durante la pandemia Covid-19 la *Breast Unit*, unità di percorso nata sul principio fondante della relazione condivisa, ha dovuto reinventare le sue logiche operative; come in altri ambiti, la tecnologia, base della moderna comunicazione ha permesso di mantenere parte dei canali di comunicazione limitando, quanto possibile, l'isolamento di operatori e pazienti. L'inevitabile trasformazione digitale del mondo, complice l'emergenza, ha subito una improvvisa accelerazione aprendo anche scenari dalle grandi potenzialità, che starà agli operatori di oggi e di domani sfruttare al meglio. Ora resta da recuperare l'attività di prevenzione secondaria, le attività di supporto e riabilitative e garantire rapido accesso alle nuove diagnosi che inevitabilmente saranno incrementate. ●

Il ritorno della cronicità



Erminio Tabaglio

Medico di Medicina Generale

Se fossi un pittore e dovessi dipingere un quadro che rappresentasse la pandemia sicuramente userei tinte forti e nette, che, oltre alla drammaticità della situazione, ben rappresenterebbero stati d'animo e valutazioni che ci hanno accompagnato in questo periodo. Un esempio? Gli apprezzamenti ed i giudizi di cui è stata oggetto la nostra categoria: da una parte gli eroi, che si sono sacrificati e dedicati all'assistenza, dall'altra i vigliacchi, che si sono silenziosamente defilati. E questo per il solito vizio, spesso alimentato dai media, di semplificare e generalizzare, senza tener conto delle tinte intermedie e della realtà complessa.

Giusto per non cadere in questo errore, mi limiterò ad esporre la mia esperienza, che è quella di un medico che opera in una zona duramente colpita dalla pandemia.

“Li avete lasciati soli”: una frase che fa male, riferita non solo e non tanto ai pazienti colpiti dal coronavirus, ma anche ai malati cronici, anziani, fragili, che sono l'altra faccia della sindemia ed il principale oggetto di attenzione ed assistenza da parte della medicina generale.

Una frase che fa male, perché tocca un tasto vivo e sottolinea come, di fatto, ci siano state, nei periodi più neri della pandemia, oggettive carenze nella assistenza a queste categorie, a tutti i livelli, ospedalieri e territoriali. Ma per non farsi sovrastare da eccessivi sensi di colpa, sterili se non seguiti da una analisi oggettiva della situazione al fine di trovare nuove soluzioni, è doveroso

fare alcune considerazioni.

Innanzitutto, lo “stato psicologico”.

Da una parte io, spinto fuori dalla mia zona di conforto, con le mie angosce e frustrazioni nel trovarmi in una situazione difficile, mai sperimentata, con scarsi punti di riferimento, scarsi dispositivi di protezione, il pensiero fisso ai troppi pazienti malati di Covid, alcuni gravi, meritevoli di un ricovero ospedaliero spesso negato, pensiero fisso che non lasciava spazio ad altro, quasi una ossessione.

Dall'altra i pazienti cronici, anziani, chiusi nelle loro case, impossibilitati ad accedere agli ambulatori, isolati, anche loro con le loro angosce e paure nel sapersi bersaglio prediletto dal virus. Eppure, in questa solitudine, in questo isolamento, un filo di comunicazione è rimasto aperto: il telefono, tante telefonate, la posta elettronica, tante mail, messaggi WhatsApp, tanti, tante videochiamate, per farci scoprire quella che in embrione è stata un esempio di telemedicina e teleassistenza, che, debitamente implementata e raffinata, ci tornerà utile anche in tempi di normalità. E in quei messaggi, in quelle telefonate, in quelle mail la richiesta di consigli, il rendiconto dei valori pressori e glicemici, l'esposizione di sintomi e disturbi, la manifestazione di disagi. Ma questo filo non è rimasto isolato. A poco a poco si è trasformato in una rete, con vari snodi: **gli altri Colleghi, i farmacisti, i volontari, l'amministrazione comunale, la Protezione Civile, tutti a supportarci a vicenda ed a garantire un aiuto concreto ad anziani e fragili. E anche questa organizzazione ci tornerà utile in tempi di normalità.**

Ma veniamo al dopo.

Premetto che dal 2017 ho aderito al



progetto regionale della Presa in carico (PIC), progetto che, seppur criticabile e criticato per molti versi, ha avuto comunque il pregio di proporre per l'assistenza ai cronici un metodo universalmente riconosciuto efficace dalla letteratura scientifica, vale a dire la redazione, sulla base di Percorsi Diagnostico Terapeutici condivisi, di un piano assistenziale individuale (PAI) in cui programmare controlli, esami ed accertamenti da condividere in un patto di cura con il paziente, paziente educato e formato nella gestione della sua malattia. E questo metodo ho applicato nella primavera 2020, dopo che per tutto il lockdown naturalmente avevo concluso poco o nulla da questo punto di vista. E questo metodo, recuperando progressivamente i PAI scaduti e contattando i pazienti, mi ha aiutato a riportarmi progressivamente alla normalità. Con un problema: la difficoltà, per non dire in molti casi la impossibilità, di far eseguire ai pazienti alcuni accertamenti, visto il ritardo e gli arretrati delle strutture erogatrici, rimaste bloccate per mesi. Devo dire che questo problema ha comunque avuto risvolti positivi, almeno dal punto di vista professionale, mettendomi nelle condizione di dare un peso sempre maggiore alla clinica e ad essere ulteriormente selettivo nella scelta degli esami da prescrivere sulla base dei parametri clinici (ad esempio, di fronte ad un paziente con scompenso cardiaco, valutare attentamente la stabilità clinica,

per verificare la possibilità di soprassedere alla richiesta di un ecocardiogramma di controllo o limitarmi comunque alla richiesta del dosaggio dell'ormone natriuretico atriale).

Le cose sono andate diversamente al termine dell'ultimo lockdown della primavera 2021. A causa di un problema tecnico, che vede coinvolto il SISS, la piattaforma del centro servizi cui faccio riferimento ed il mio computer (quindi un problema di non facile soluzione tuttora attivo), non sono più riuscito a recuperare, a redigere ed a pubblicare i PAI sul fascicolo sanitario elettronico. A questo punto ho iniziato ad intercettare e ricontattare i pazienti cronici nel momento in cui inviavano via mail od alla segretaria per telefono le richieste per la ripetizione dei farmaci. Un'altra possibilità che ho sfruttato è quella di ricorrere ad un sistema informatizzato in grado di elaborare i dati degli archivi delle schede dei pazienti, consentendomi di estrarre quelli con le maggiori criticità (ad esempio diabetici cardiopatici che da troppo tempo non si sottopongono al controllo della glicata, o non sono a target per alcuni parametri) e su questi prioritariamente intervenire.

Devo però aggiungere che, accanto a questo mio atteggiamento "proattivo", come si usa dire oggi, ci sono stati pazienti cronici che si sono presentati spontaneamente. "Dottore, in base a quello che ci eravamo detti dovrei fare alcuni accertamenti...". In genere si è trattato di pazienti relativamente giovani (non annovero in questo numero quelli che del fatto di sottoporsi ad esami ne fanno una ragione di vita). E questo mi ha fatto piacere. Ho provato la stessa soddisfazione di quando, bambino, sotterravo in un vaso un fagiolo, lo innaffiavo, per vedere dopo pochi giorni spuntare un germoglio che poi cresceva velocemente. Come a dire: il tempo che spendiamo ad informare, educare e formare il paziente cronico è un buon investimento, destinato a dare buoni frutti, di cui potremo beneficiarne noi, e soprattutto il paziente. ●

Siamo stati tutti "giovani medici"

 **Giulia Zambolin**

È passato un anno e mezzo, ormai, da quella fine di febbraio che nessuno di noi potrà dimenticare; quei pochi giorni che, inconsapevolmente, si sono trasformati in uno spartiacque tra un "prima" ed un "dopo". Proprio qualche giorno fa mi è capitato di imbartermi, durante una delle mie sessioni di pulizia della casella di posta, in messaggi di lavoro ricevuti alcuni giorni prima dello scoppio della tempesta: riunioni, lezioni, proposte di studi... Chi avrebbe potuto immaginare, allora, quanto quella normalità sarebbe stata stravolta di lì a pochissimo tempo? Mi è sembrato quasi di ritrovarmi - permettete il paragone - in una Pompei virtuale, con la sua ignara quotidianità cristallizzata per sempre da un evento feroce ed inaspettato.

Se il cambiamento è stato drastico dal punto di vista della vita privata, lo è stato forse ancor più per quanto riguarda l'ambito lavorativo, dove davvero, guardandosi indietro, si ha l'impressione di aver vissuto una rivoluzione epocale destinata a cambiare le cose per lungo tempo.

Cosa ha significato essere giovani medici in questa pandemia? Quando mi è stato chiesto di fare una riflessione su questo argomento, ammetto di essermi trovata inizialmente in difficoltà; personalmente, infatti, non ho mai amato le distinzioni generazionali, gli "ai miei tempi" contrapposti ai "però adesso noi" che troppo spesso animano le nostre discussioni. È vero, trovarsi in una simile situazione all'inizio della propria carriera lavorativa non è certamente semplice né auspicabile, ma limitarsi ad un discorso di età ed esperienza restituirebbe

un quadro poco completo di quanto abbiamo vissuto.

Certamente in questi mesi abbiamo imparato a capire cosa significhi lavorare in contesti di emergenza: prima questo termine avrebbe rimandato le nostre menti ad immagini di ospedali da campo in Paesi "sfortunati", a grandi calamità naturali, a realtà comunque lontanissime dalla nostra. Invece, improvvisamente, quell'emergenza si è riversata nei luoghi che credevamo inattaccabili, mostrandone tutte le debolezze e costringendoci a rivoluzionare il nostro metodo di lavoro: sparite le lunghe anamnesi, i mille esami strumentali, i giri visita infiniti, spazzati via dai ricoveri che diventavano tanti, troppi e troppo veloci. I ventilatori che non bastano, i letti che raddoppiano e tu che ti ritrovi a tirar fuori tutte le tue capacità per non lasciare indietro nessuno, per fare il massimo con quel poco che hai, tagliando tutto il superfluo e concentrandoti solo sull'indispensabile.

Improvvisamente tutto il grande sistema che ci aveva fatto sentire protetti è crollato come un castello di carte, aprendoci gli occhi sull'immensa fortuna, troppo spesso data per scontata, di svolgere il nostro lavoro in una realtà immensamente privilegiata rispetto alla gran parte del resto del mondo.

Abbiamo provato sulla nostra pelle cosa significhi "non avere i mezzi" e forse - spero - siamo riusciti per un attimo ad immedesimarci nella vita di quei medici per cui questa modalità di lavoro rappresenta la quotidianità e non una terribile ma passeggera eccezione.

In tutto questo ci siamo poi dovuti confrontare con una realtà che la Medicina moderna, specchio della nostra società, tende troppo spesso a nascondere a sé stessa: quella della *fallibilità*. Riconoscersi impotenti di fronte ad un evento non è una reazione comune nel

nostro mondo, dominato troppo spesso dalla sensazione di controllo e di onnipotenza. All'improvviso ci siamo scoperti inadeguati e fragili, proprio noi così assuefatti all'idea di avere una soluzione per tutto, un farmaco per ogni sintomo, un esame per ogni disturbo.

Orfani delle nostre linee guida, ci siamo ritrovati disarmati di fronte alla sofferenza e alla morte; concetti che dovrebbero essere di casa in un ambiente dedicato alla cura, ma che sempre più tendono ad essere taciuti, rimossi, allontanati il più possibile da noi. Improvvisamente il nostro argine di sicurezze è crollato sotto quell'onda invisibile e devastante, mettendoci davanti ai nostri limiti e ricordandoci quanto poco basti per ridimensionare le nostre illusioni di grandezza.

Non so se un giovane abbia vissuto tutto questo in maniera differente rispetto ai colleghi più maturi, se la pandemia abbia lasciato segni più o meno profondi nelle diverse generazioni di medici; sicuramente l'esperienza gioca un ruolo importante nell'affrontare situazioni come queste, ma io credo, in realtà, che questa "rivoluzione forzata" ci abbia colpito tutti indistintamente: d'improvviso il nostro modo di pensare è stato rovesciato, stravolto, e questa nuova malattia completamente sconosciuta ci ha in un certo senso livellati e fatti sentire tutti - dall'ultimo dei neolaureati al più esperto dei primari - dei giovani medici impreparati. Perché non ne sapevamo nulla e nessuno ne sapeva più degli altri, perché ci siamo trovati per una volta tutti ugualmente annichiliti ed ignoranti di fronte ad un evento improvviso e completamente inaspettato, insicuri come nel nostro primo giorno di lavoro. E non importa se da quel primo giorno fossero passati decenni oppure solo poche settimane: ognuno di noi, con il suo bagaglio più o meno pesante, si è ritrovato esattamente come allora, pieno di incertezze e privo di riferimenti; eppure, dopo la paura iniziale, proprio come quel giorno ci siamo scoperti capaci di cose che non avremmo creduto possibili e, rimboccandoci le maniche, abbiamo affrontato le nostre paure che erano le stesse di chi ci stava accanto.

È questo l'insegnamento che più di tutti, spero, porteremo con noi dopo questi mesi: non crederci mai "arrivati" o invincibili, perché potrà sempre arrivare il momento in cui torneremo a sentirci giovani ed impauriti, a venti come a sessant'anni. ●

Alla foce del Limpopo



Francesco Castelli

Professore Ordinario di Malattie Infettive e Titolare Cattedra UNESCO Training and Empowering Human Resources for Health Development in resource-limited Countries, Università di Brescia. Past President, Medicus Mundi Italia

Lina Tomasoni

Unità Semplice Dipartimentale di Malattie Infettive ad indirizzo tropicale, ASST Spedali Civili di Brescia e Consigliere, Medicus Mundi Italia

Bruno Comini

Rappresentante di Medicus Mundi Italia in Mozambico e Docente presso Unisave, Mozambico

Il Mozambico è un paese allungato da nord a sud che si affaccia sul canale del Mozambico, nell'Oceano Indiano, con una estensione di circa 800.00 Km² (2,6 volte l'Italia) e con una popolazione di quasi 31 milioni di abitanti, 2/3 dei quali vive in area rurale. Il Mozambico è un Paese che, nonostante le sue enormi ricchezze naturali, lotta con la povertà estrema di gran parte della sua popolazione rurale. Il Rapporto 2020 della UNDP (*United Nations Development Programme*, [hdr2020.pdf\(undp.org\)](https://hdr2020.pdf(undp.org))). Lo posiziona al 181° posto su 189 Paesi considerati. Sotto il profilo sanitario, le grandi endemie (HIV, malaria, tubercolosi) mettono a dura prova un sistema sanitario che può contare oggi solo su 8 medici per 100.000 abitanti (Italia: 398/100.000), prevalentemente concentrati nelle aree urbane e soprattutto nella capitale





FIGURA 1:
Verso il “mato” mozambicano.

Maputo. La lunga strada asfaltata che corre parallela alla costa e che collega il sud ed il nord del Paese consente alle popolazioni che vivono nella fascia costiera un discreto sviluppo di commerci e di strutture sanitarie, del tutto carenti invece quando ci si avventura verso ovest nelle zone rurali e boschive (il “mato”, **figura 1**) dell’interno.

In questa realtà, nella provincia di Inhambane, da quasi 15 anni opera Medicus Mundi Italia, che sta realizzando azioni di prossimità di assistenza sanitaria a favore delle popolazioni rurali svantaggiate, con un sistema di intervento ideato alla fine degli anni 70 ma mai pienamente realizzato, quello delle *Brigadas Moveis* (le Brigate mobili). In quattro Distretti della Provincia (Homoine, Morrumbene, Massinga e Funhaloro) che coprono una estensione superiore a quella della Regione Lombardia, le équipes di Medicus Mundi e del Ministero della Salute (*Brigadas Moveis*), si spostano giornalmente e instancabilmente nel *mato* secondo un calendario preciso portando la salute alle popolazioni che non ne hanno accesso (**figura 2**). Controllo delle gravidanze, monitoraggio nutrizionale dei bambini,

cura della malaria e della tubercolosi costituiscono le attività principali delle *Brigade mobili*, che di recente sono state affiancate anche da una altra attività finalizzata specificamente alla diagnosi ed alla cura della infezione da HIV, con particolare attenzione alle mamme ed ai bambini (*TARV Movei*: Terapia AntiRetrovirale mobile) che ne segue il modello operativo. L’attività si svolge in stretta sintonia con la Direzione Provinciale della Salute di Inhambane ed ha ricevuto il supporto della Agenzia Italiana Cooperazione Sviluppo (AICS) del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale (MAECI). Negli ultimi tre anni, al progetto “*Care Evolution*”, focalizzato sull’espansione del modello MMI per le “*Brigadas Móveis*” ha fatto seguito il progetto “*Till the End*” basato sulla sperimentazione dell’uso dell’apparechio GenExpert Edge per il diagnostico immediato della Tuberculosis e sull’espansione dei servizi TARV presso le comunità delle zone remote, ed è in fase di partenza il progetto “*Proteggimi*” il cui obiettivo principale è la riduzione della trasmissione verticale dell’infezione da HIV.

Ma gli sforzi sono talora vanificati dalla scarsa aderenza delle popolazioni rurali ad una terapia cronica e salvavita, complice anche la difficoltà





FIGURA 2:
In attesa della visita alla “Brigada Move!”.

di comunicazione e le lunghe distanze da percorrere per raggiungere i luoghi predefiniti per le attività delle Brigate mobili e della TARV mobile. Nuove strategie devono essere ideate e messe in pratica per diminuire la proporzione di malati HIV positivi persi al *follow-up*, ciò che di fatto conduce inevitabilmente alla progressione di malattia e spesso al decesso.

Da sempre partner privilegiato di Medicus Mundi nelle sue attività in Mozambico è l’Università degli Studi di Brescia ed in particolare la Cattedra UNESCO *Training and Empowering Human Resources for Health Development in resource-limited Countries*, che assicura l’assistenza tecnica e la componente di ricerca sempre presente nei progetti di Medicus Mundi Italia.

La sinergia tra Medicus Mundi Italia e l’Università di Brescia si è arricchita di recente con il partenariato ufficiale stabilito nel corso di una recente missione con la *Universidade Save*, nata dalla

riorganizzazione della precedente *Universidade Pedagogica* con cui già esisteva un accordo di partenariato con l’Università di Brescia. Firmato presso il Rettorato di UniSave, presso la foce del grande fiume Limpopo





FIGURA 3:

Firma dell'accordo di cooperazione tra il Prof. Francesco Castelli (Pro-Rettore Vicario della Università di Brescia e Past-President di Medicus Mundi Italia) ed il Prof. Manuel José de Morais (Rettore della Universidade Save).

a Xai-Xai tra il prof. Francesco Castelli (Pro-Rettore della Università di Brescia e Past-President di Medicus Mundi Italia) ed il Prof. Manuel José de **Morais (Rettore della Universidade Save)** in data **17 giugno 2021 (figura 3)**, l'accordo prevede la **collaborazione scientifica e didattica tra le due Università e la partecipazione in progetti congiunti. Particolarmente interessante, nell'ambito di UniSave è la presenza di corsi di Laurea in Scienze Motorie ed in Nutrizione (ed in prospettiva anche di Infermieristica) che trovano un corrispettivo nell'Università di Brescia.**

Grandi ed entusiasmanti sono le prospettive aperte da questo partenariato universitario, che vede Medicus Mundi Italia come partner operativo locale essenziale.

Il primo sforzo è diretto esattamente a cercare di ridurre la perdita al *follow-up* dei pazienti HIV positivi infettivi che perdono il contatto con le Brigate mobili e con la TARV mobile. È allo studio un progetto, che vede coinvolta anche Fondazione Museke come *partner*, che prevede modalità innovative di allerta telefonica (sembrerà strano, ma il telefono è compagno fedele di ogni mozambicano), attività di georeferenziazione delle comunità, trasmissione elettronica dei dati per consentire una migliore gestione della reportistica e, non da ultimo, indagini socio-antropologiche condotte dagli studenti di UniSave che in lingua locale potranno analizzare le attitudini e le pratiche delle comunità rurali consentendoci di migliorare il legame di fiducia con le attività sanitarie del Ministero e di Medicus Mundi (progetto "uno studente, una comunità").

Torniamo soddisfatti dalla foce del Limpopo, consci della sfida ma anche consapevoli che lo sviluppo dei popoli passa obbligatoriamente attraverso la paritaria interazione con le Istituzioni locali. Lo stretto legame sviluppato negli anni con la Direzione Provinciale di Salute e, più recentemente, con le Istituzioni accademiche locali, promette sviluppi positivi per le popolazioni locali ed anche per i nostri giovani medici specializzandi che potrebbero essere l'anima nel futuro del nuovo progetto che si va delineando. Come già per chi ha potuto partecipare al precedente progetto ESTHER condotto da Medicus Mundi e l'Università di Brescia in Burkina Faso, sarà una esperienza emozionante ed arricchente, con profonde ricadute professionali ed umane. ●

Epidemie nella storia di Brescia

Riccardo Semeraro e Giovanni Gregorini
 Dipartimento di Scienze storiche e filologiche,
 Università Cattolica del Sacro Cuore

Breve storia delle pandemie bresciane

Le epidemie sono costantemente presenti nella storia dell'umanità. Pandemie letali hanno contribuito alla crisi dell'Impero romano; il Medioevo è scandito dalla vicenda secolare della peste, con un bilancio di milioni di vittime che anche in questo caso hanno accentuato il declino di alcune aree (l'Italia) rispetto ad altre (i Paesi nordici); con il XIX secolo giunge dalla lontana India nel continente europeo il colera; nel Novecento, l'influenza Spagnola si diffonde sul finire del primo conflitto mondiale, raggiungendo il record di decessi. E non si dimentichi che il XXI secolo ha già manifestato diverse forme di contagio, prima di Covid-19.

In parte sono esito della stessa civiltà, in relazione all'incremento demografico legato alla emergente disposizione degli uomini a vivere secondo modalità di crescente interconnessione e in nuclei urbani sempre più grandi. In parte sono circostanze certamente tragiche, ma che hanno anche per taluni versi plasmato la nostra storia, causando in molti casi catastrofi dalle conseguenze secolari che contemporaneamente hanno prodotto forti

incentivi a trovare mezzi più efficaci per prevenirle e attenuarne gli effetti¹. Brescia ha vissuto esperienze di pandemia in diverse fasi della propria storia, ed in modi non ancora adeguatamente studiati, al punto tale che ancora oggi risulta difficile classificarle distinguendole in maniera precisa dalla peste tendenzialmente prevalente.

Le prime pandemie individuate dalla storiografia, definite "pestilenze o pesti", risalgono al 194, al 462, al 675 ed al 766 d.C. Di estrema violenza erano poi gli episodi del 1312, del 1449-50, del 1450-1458, del 1459 e quelle del 1478-79. Il "mal franzoso", diffusosi negli anni 1494-95, sembrava invece riconducibile ad un fenomeno di contagio leutico. La peste tornava a diffondersi nel XVI secolo, con una evoluzione territoriale differenziata: nel 1505 in Franciacorta; nel 1513 a Nave; nel 1527-29 in buona parte della provincia; nel 1552-53 in Valcamonica; nel 1576-1577 ancora

¹ G. Alfani, A. Melegaro, *Pandemie d'Italia. Dalla peste nera all'influenza suina: l'impatto sulla società*, Egea, Milano 2010.

nell'intero Bresciano. Questa persistenza era inframezzata da fenomeni influenzali di "fredore e febbre" (1557) e di "febbri maligne" (1570). Ancora la pestilenza, comunque, tornava a mietere numerose vittime nel 1630, mentre successivamente si verificavano due secoli caratterizzati da epidemie meno gravi come le "febbri popolari" del 1646-47 a Bagolino, quelle "maligne" del 1774-78 a Edolo, e l'influenza del 1797.

Di crescente gravità tornava ad essere l'epidemia tifoidea o di tifo petecchiale che si univa alla carestia del 1816-17, specialmente in Valcamonica, con lazzaretti realizzati a Breno e Cividate, ma anche a Brescia. Come pure faceva la sua comparsa il colera, intensamente nel 1836, e in forma meno grave nel 1849 a 1855². Nel 1839 si manifestava violentemente anche il vaiolo, con una endemica presenza successiva durata alcuni decenni con episodi di virulenza maggiore nel 1880, 1883, 1891, 1902 (specie a Travagliato) e 1919-1920. Al vaiolo e al colera si univano non raramente diverse malattie infettive, come gastroenteriti infantili, tifo, tubercolosi, mentre già dal 1918 si presentavano casi di influenza "Spagnola" nella Brescia prostrata dallo sforzo bellico di quegli stessi anni.

Il colera del 1836

Un cenno particolare merita l'epidemia di colera del 1836, che raggiungeva la città di Brescia tramite la Francia, mettendo in evidenza le contraddizioni dell'ambiente urbano trasformato in un luogo di desolazione e di morte. Non pochi parallelismi con l'oggi emergono dalle ricostruzioni disponibili su questo episodio specifico.

Come ha documentato Sergio Onger, già dal 1831 il governo di Milano assumeva alcuni provvedimenti per prevenire il diffondersi del morbo di cui si conosceva la pericolosità. A questo riguardo, veniva realizzato un cordone sanitario rispetto ai

confini col Tirolo, per cercare di tutelare i territori del Lombardo-Veneto. A Brescia venivano allontanati dalla città i non residenti, veniva impedito l'ingresso ai forestieri, veniva rafforzata la repressione dei mendicanti. Inoltre, veniva istituita, nell'estate sempre del 1831, una specifica Commissione allo scopo di ispezionare dal punto di vista igienico-sanitario la città, constatando le condizioni particolarmente critiche delle parrocchie di San Giovanni e San Faustino.

Nel 1835, in settembre, nascevano apposite Commissioni parrocchiali di beneficenza che avrebbero dovuto sostenere con sussidi in natura e in denaro le persone indigenti, con le relative famiglie, eventualmente contagiate dal morbo, mentre l'anno successivo, al primo manifestarsi dell'epidemia, la città veniva suddivisa in nove circondari sanitari (coincidenti con le parrocchie) sotto la responsabilità di un medico coadiuvato da un chirurgo minore ed uno speciale (i medici salivano a due nel caso delle popolose parrocchie di San Giovanni e San Faustino).

Concretamente, a Brescia il colera giungeva da Bergamo nell'aprile del 1836, seguendo il percorso Paratico, Palazzolo, Urago, Coccaglio. La prima vittima fu, il 16 di quel mese, una modesta lavandaia che viveva presso le mura di S. Alessandro (corso Cavour): «il "fatal morbo" ricomparve infatti il 14 maggio e si stanziò nell'Ospedale Femminile e precisamente nel settore delle pazze dove ancora una volta sconcertò i sanitari colpendo le ricoverate fisicamente più robuste anziché le più deboli. (...) Dall'Ospedale delle pazze l'epidemia si appiccò al piccolo Ospedale della Mercanzia, al manicomio della Maddalena, per spargersi poi per tutta la città».

Le rilevazioni statistiche dell'epidemia generavano dibattito, anche se con lievi differenze documentate. In base a quanto sostenuto dal medico provinciale Menis, il colera colpiva 3.219 cittadini del capoluogo (il 10,25% della popolazione) e ne uccideva 1.613 (il 5,13%); secondo

² A. Fappani, *Epidemie*, in Enciclopedia bresciana, vol.III, La voce del popolo, Brescia 1978, p. 282.



il medico municipale Manzini i dati erano rispettivamente 3.056 e 1.711 (pari al 9,73% e al 5,45% della popolazione). Si trattava comunque di valori estremamente elevati, che facevano di Brescia una delle città del Regno Lombardo-Veneto maggiormente falcidiata dal morbo. In tutto il territorio bresciano venivano colpite 20.987 persone, di cui 11.043 guarite e 9.944 morte (6,26% di ammalati e 2,96% di morti).

Come previsto dall'apposito *Regolamento sanitario*, approvato dall'autorità municipale di Brescia il 20 giugno 1836, i malati venivano prevalentemente curati nelle proprie case, assistiti da infermieri comunali, alcuni dei quali appositamente addestrati, mentre nell'Ospedale delle Donne, adibito a lazzaretto, venivano ricoverati solo 767 infetti³.

³ S. Onger, *La città dolente. Povertà e assistenza a Brescia durante la Restaurazione*, Milano 1993, p. 131-132.

La Spagnola

Altrettanto forte, ma paradossalmente meno documentato, è stato l'impatto dell'influenza denominata "spagnola" o *grippe*, in virtù di una presunta provenienza dal Marocco spagnolo, mentre i primissimi casi venivano documentati in Germania sul finire del 1917.

La sua comparsa si manifestava in maniera sempre più insistente nel settembre del 1918 presso le truppe impegnate alla fine del secondo conflitto mondiale, specie nella Francia settentrionale, ma a Brescia se ne cominciava a scrivere sulle pagine del "Cittadino" sin dal 16 giugno 1918, anche rispetto alle voci di una sua diffusione dovuta all'opera di uno Stato neutrale. Tra opinioni rassicuranti sulla non gravità della situazione, e parallela crescita dei contagi, in città "le vittime si moltiplicavano di giorno in giorno, così da costringere il Prefetto a diramare il 14

settembre 1918 un decreto che rendeva obbligatoria la denuncia della malattia. In base a ciò l'Ufficio di igiene il 1° ottobre dichiarava la presenza di 573 casi (senza contare i lievi e le forme abortive), di cui 48 mortali. Circolari del medico provinciale, riunioni in prefettura, proibizioni di adire ai cimiteri anche il 2 novembre, una lettera alla diocesi del vescovo mons. Gaggia (24 ottobre) diedero ulteriori motivi di allarme, fino alla fine di novembre quando l'epidemia andò scemando per scomparire soltanto nei primi mesi dell'anno seguente. Difficile calcolare il numero dei casi di malattia e di morte, per la mancata denuncia degli stessi⁴.

Anche a livello nazionale rimane aperto il dibattito sul numero di morti: 375.000 per alcuni, 600.000 per altri. Le cronache disponibili narrano di paesi isolati e privati dei soccorsi, cadaveri ammassati per giorni e, da nord a sud, grave mancanza di bare collegata alla penuria di legname, sequestrato perché necessario al fronte: a rivelare questi dettagli sono i brani di lettere che raccoglievano il vero e "terrificante racconto" dell'epidemia, lettere spedite da diverse zone d'Italia in America a parenti e amici immigrati⁵. Nel Bresciano, sono documentati in particolare 125 morti a Capriolo, 19 a Caino, oltre 500 a Torbole, 117 a Travagliato: ma in generale per la popolazione bresciana, tra guerra e pandemia, "è il 1918 il vero e proprio *annus horribilis* per la mortalità. Il numero di morti civili nel 1918 aumenta del 70% rispetto all'anno precedente, e passa da 14.000 a 24.000. Le peggiorate condizioni di vita della popolazione, stremata da anni di guerra, sono certamente tra le cause di fondo della crescita della mortalità, anche se la causa emergente è l'epidemia di influenza spagnola che colpisce l'Italia,

con varie ondate, tra aprile del 1918 e marzo del 1919. Misuriamo l'impatto della pandemia calcolando l'eccedenza mensile dei morti rispetto alla media d'anteguerra. A parte un aumento limitato di morti nei mesi di marzo e aprile del 1918, +42, è da agosto che scoppia la *poussée* più drammatica: l'eccedenza di morti supera le 336 unità rispetto alla media del 1910-1913, per crescere a 512 in settembre, e aumentare ancora fino al massimo di 4.658 morti in più in ottobre. Scende a 3.500 nei due mesi successivi per calare ulteriormente a 918 a gennaio del 1919; a marzo dello stesso anno si può dire che la pandemia abbia esaurito la propria virulenza. La mortalità colpisce maggiormente la popolazione delle fasce di età giovanili rispetto alla popolazione anziana, con differenze di genere di un certo interesse; il tutto risulta in linea con i risultati degli studi nazionali⁶. ●

4 A. Fappani, *Spagnola, febbre o grippe*, in Enciclopedia bresciana, vol. XVIII, La Voce del popolo, Brescia 2002, p. 46.

5 E. Tognotti, *La "spagnola" in Italia. Storia dell'influenza che fece temere la fine del mondo (1918-1919)*, Franco Angeli, Milano 2002.

6 L. Riva, M. Trentini, *La Grande Guerra e la popolazione bresciana, in Brescia nella Grande Guerra. Società, economia, istituzioni, cultura da Sarajevo a Vittorio Veneto*, a cura di M. Taccolini, Morcelliana, Brescia 1915, p. 102.

Linee programmatiche di mandato 2021 - 2024

Gianmario Fusardi

Presidente Commissione Albo Odontoiatri

✉ gianmario.fusardi@ordinemedici.brescia.it

Il perimetro normativo e l'evoluzione della professione

Negli anni il quadro normativo è radicalmente cambiato, sull'onda della deregulation - soprattutto dopo la legge Bersani - che ha allontanato dal concetto del singolo (un vero e proprio dentista di famiglia) e segmentato l'offerta, cambiando la percezione stessa della professione. Si è assistito alla comparsa di numerosissimi soggetti che offrono servizi odontoiatrici ma non sono iscritti all'Albo (le "società operanti nel settore odontoiatrico", secondo l'ambigua definizione della Legge Concorrenza 2017), in grado di vendere prestazioni ponendosi in rapporto contrattuale con il paziente e ridimensionando il medico a semplice prestatore d'opera. Fermo restando che l'attività odontoiatrica può essere esercitata solo dagli iscritti, la presenza di questi nuovi soggetti ha sovvertito l'ordine dei valori tradizionali, sottraendo proprio il contraente debitore della prestazione al controllo ordinistico, grazie anche a una serie di fattori: il venir meno del tariffario minimo; una netta attenuazione del controllo rispetto alla pubblicità sanitaria; una vasta disponibilità di odontoiatri prestatori d'opera grazie al lento ma costante aumento degli iscritti all'Albo; l'ampia disponibilità di capitali, non sempre di chiara provenienza, votati a una remunerazione vantaggiosa; il peggioramento delle condizioni socio-economiche di ampie fasce della



popolazione senza adeguate risposte in termini di sanità pubblica, con domanda notevolmente aumentata in termini di riabilitazione odontoiatrica rispetto ai decenni precedenti.

Valorizzare il passaggio generazionale

Senza una vera identità libero professionale emerge il vero rischio che si profila entro pochi anni, coincidenti con il grande collo di bottiglia del ritiro della maggior parte



Vicepresidente Dott.ssa Claudia Valentini

dei nati nel periodo del boom economico: l'avanzare di una platea relativamente ampia di giovani professionisti altamente formati destinati alla prestazione d'opera in contesti spersonalizzati e regolati da criteri essenzialmente economici, in assenza di una chiara visione d'insieme del benessere della persona che non passa solo attraverso la prestazione tecnica ma si esprime in una relazione di presa in carico basata sull'affidamento. Gli strumenti che l'ordinamento rende disponibili vanno valorizzati, consapevoli che il passaggio generazionale resta al centro come momento di trasferimento di competenze cliniche ed extra-cliniche e come baluardo per il presidio del territorio e delle comunità, in particolare di quelle periferiche (geograficamente e socialmente). Lo strumento societario si è prestato a inaccettabili distorsioni, anche a causa di un quadro normativo poco armonico. La forma societaria nella variante "Tra Professionisti" (STP) può rappresentare l'unico compromesso fra le esigenze del professionista di godere dei benefici riconosciuti a determinati

soggetti giuridici e il necessario controllo ordinistico, fondamentale vista la peculiarità dei servizi professionali erogati. Questa soluzione consente di interpretare il cambiamento sociale senza esserne sopraffatti, perché può semplificare l'ingresso dei giovani nella realtà dello studio, e al contempo mantiene la centralità in capo ai professionisti, a salvaguardia di quei valori che l'ordinamento tutela e di cui l'Ordine è "guardiano".

Il rapporto con le altre figure sanitarie

L'unità e la compattezza della professione è oggi posta a confronto con figure che da ausiliarie hanno progressivamente acquisito maggiori competenze, come igienisti, tecnici, ASO recentemente divenute operatrici di interesse sanitario. I confini tra le diverse professioni, tuttavia, devono rimanere ben presidiati (anche in termini di repressione dell'abusivismo, sotto qualsiasi spoglia si presenti). È necessario anche ridefinire con completezza il ruolo del direttore sanitario della struttura sanitaria odontoiatrica, figura di garanzia per il paziente e centrale per il corretto funzionamento e coordinamento fra gli operatori, ma oggetto di interventi normativi "spot". Come Ordine andrà posta la massima attenzione per fornire davvero a queste figure i massimi supporti deontologici e gli "anticorpi di indipendenza".

La qualità della professione

La qualità della professione riguarda i medici di tutte le specialità senza eccezioni. È quindi necessario investire tempo e risorse nella promozione della figura dell'odontoiatra quale medico che non sia semplice esecutore della prestazione d'opera, ma ritorni ad essere - anche se collaboratore all'interno di una struttura altrui - parte indipendente e scevra da condizionamenti nell'impostazione del piano di trattamento del paziente. Il progetto terapeutico, infatti, non può e

non deve essere condizionato da scelte derivanti da un'ottica prevalentemente economico-aziendale. Opportuna anche una considerazione sulla questione dei cosiddetti "Fondi di Assistenza Sanitaria Integrativa" che hanno fortemente limitato per il paziente la possibilità di libera scelta del medico: un fenomeno del tutto inaccettabile in un sistema che dovrebbe essere invece finalizzato alla tutela del diritto alla salute del cittadino. Con tale impostazione, sempre più adottata - o subita - sia dagli iscritti all'Albo sia dalle società di servizi, si pone un ulteriore dannoso vincolo, che costringe il curante ad orientarsi su determinati tipi di prestazione a scapito di altre, considerate meno remunerative anche se spesso più adeguate e necessarie per la cura del paziente. In questo modo viene meno il carattere di appropriatezza che dovrebbe essere sempre insito nella scelta

terapeutica, e non si considera che il nucleo fondante della nostra professione deve essere orientato alla prevenzione della patologia prima ancora che alla sua terapia. Le convenzioni, pertanto, hanno un senso se implicano la reale presa in carico dell'assistito e non la semplice erogazione una tantum di risorse vincolate da procedure tortuose e opache. Il dettato del Codice di deontologia professionale sarà baluardo e riferimento per l'analisi e l'interpretazione delle diverse tematiche, che andranno sempre orientate verso la tutela del cittadino-paziente, passando per un rinnovato spirito di collaborazione nei rapporti con le istituzioni (Università, Enti locali, Regione) e le autorità (ATS, NAS, Magistratura) anche per ciò che riguarda il rispetto delle norme sulla comunicazione informativa sanitaria, costantemente sotto attacco da parte di chi tende a privilegiare un'impostazione di tipo mercatista. ●



Commissione Albo Odontoiatri

Bird watching e diagnosi clinica



Enrico Bresciani,

Medico ospedaliero a Manerbio

Il mio ex primario, nonché uno dei miei Maestri nell'ambito professionale, mi scrive segnalandomi un articolo pubblicato sul *New England Journal of Medicine*¹: è il racconto di un medico che trova analogie tra attività clinica e *birdwatching* e in particolare una curiosa congruenza tra il piacere di una diagnosi raggiunta brillantemente e la visione di una specie ornitica rara, che si materializza nel campo visivo del binocolo come una "scintilla nel cielo". Io gli rispondo più modestamente e grossolanamente che ritrovo sì evidenti somiglianze fra il processo di diagnosi differenziale e identificazione di una specie (criteri di probabilità, di esclusione e di conferma, valutazione della variabilità individuale, pareri di esperti ecc.) ma che non posso dire di provare lo stesso piacere nella attività lavorativa (stressante e di responsabilità) e nella osservazione degli uccelli in natura (puro godimento voluttuario). Un fattore, talvolta determinante, comune ai due ambiti mi viene in mente oggi dopo una giornata di sano *birdwatching* in compagnia di amici storici "di uccelli": il caso, il fato o se volete la necessità degli avvenimenti di essere semplicemente la conseguenza delle leggi che governano "questa parte di universo", che noi siamo capaci a mala pena di comprendere ma, per la infinita quantità di variabili in gioco, non siamo in grado di integrare fra loro correttamente così da prevederne le

conseguenze. In altre parole, bastano cinque minuti per cambiare le sorti di una giornata di *birdwatching*, e non solo.

È in corso una invasione. Se gli alieni esistessero davvero avrebbero in questi giorni preso le sembianze degli Storni rosei, almeno in Italia. La specie nidifica nelle regioni più orientali dell'Europa e in Asia e passa l'inverno principalmente in India, ma da qualche anno in maggio una certa quota di esemplari sembra prediligere il passaggio sulla nostra penisola. Le osservazioni quest'anno si sono fatte più frequenti e con numeri maggiori: decine di individui in Liguria, Veneto, Friuli ma anche Toscana e Lazio. Perché non cercarli nel bresciano, magari in zone dove siamo abituati a vedere Storni comuni e dove ci sono ciliegie e more di gelso che pare siano particolarmente gradite anche dai nostri "alieni"?

Ripasso mentalmente dove ho notato in passato la presenza di ciliegi: di fronte al mio ospedale a Manerbio, in montagna lungo la strada da Pian Camuno a Monte Campione, sulle colline di Lonato, vicino ai prati della riserva naturale della rocca di Manerba. Recentemente sono stati segnalati Storni rosei anche ai laghetti di Sovenigo, anche se pare si tratti di un *roost* serale e notturno piuttosto che di un sito di alimentazione diurna. Anche per ragioni logistiche opto per il Garda bresciano.

Stefano riesce ad essere libero e ad accompagnarmi. Appuntamento tardi, alle nove, perché il mio *pard* ha già in programma una colazione in riva al lago, io do intanto un'occhiata svogliata ai canneti spelacchiati di punta Gro, ma a parte un Cannareccione che canta ormai con poca concorrenza non annoto nulla di interessante. Sono già passate le nove e mi dirigo verso Padenghe



¹ Schor J., *When sparks fly - or how birding beat my burnout*, N Engl J Med 2019; 380: 997-999.

dove mi aspetta l'invito ad unirmi al caffè sul lago che però un poco sgarbatamente rifiuto sollecitando l'inizio della nostra ricerca degli *alieni*. "Solo cinque minuti, offro io", "No, dai, andiamo a vedere uccelli" rispondo in dialetto.

Manerba Lonato Puegnago, da che parte cominciamo? Manerba è più vicina. Ok, mi ricordo di un po' di alberi con amarene e ciliegie nella zona che degrada verso il laghetto, potremmo lasciare l'auto e fare un giro a piedi. Al parcheggio con baretto annesso Stefano non ci prova nemmeno a chiedermi se mi va un caffè. Chiacchierando iniziamo a camminare lungo la sterrata che porta verso la località Sasso, sulla sinistra un prato da poco sfalcato attira il volo radente delle Rondini. Neanche dieci passi e vediamo che una decina di storni pascola proprio lì nel campo tra noi e una casa colonica. Diamo una sbinocolata. "Eccone uno!" Stefano ad alta voce. Non è il tipo che possa giocarmi uno scherzo del genere e quindi chiedo "dove?" e intanto cerco di montare il "lungo" in fretta. "Il terzo da sinistra". Io avevo cominciato a guardare da destra naturalmente. Forse per le voci troppo alte, si invola il gruppetto di storni, tutti Storni comuni che si perdono al di là della siepe che circonda la casa. "Si è posato su quell'albero" "Quale? dove rispetto al filare di ulivi?" "Qui, ce l'ho nel cannocchiale". Visto. Guarda caso l'albero è un ciliegio. Adesso l'ho puntato con lo zoom a sessanta ingrandimenti: è un adulto probabilmente maschio con un rosa non troppo carico e il becco bicolore. Se ne sta in bella vista quasi fermo per una decina di minuti su un ramo secco. Riesco addirittura a scattare una foto documentativa con telefono e cannocchiale. Poi scompare involandosi in un momento in cui noi eravamo distratti, intenti a divulgare l'avvistamento. Leonardo e Roberto ci raggiungono ma del roseo non c'è più traccia. Facciamo un paio di giri nei prati della zona cavandone un Canapino comune, un Rondone maggiore e nient'altro di significativo. Dall'Alto Adige pare stia scendendo un altro *birder* interessato, chissà che arrivando nel tardo pomeriggio non sia più fortunato e lo ritrovi lì, dove magari passerà la notte. Noi mangiamo qualcosa al baretto con parcheggio (qualcosa è la parola

giusta, visto che anche il caffè ha il sapore di una "cosa"), poi pensiamo di giocare le altre due carte che avevamo previsto. Ai laghetti di Sovenigo bel paesaggio, un Airone rosso e qualche Storno comune ma nessun roseo. Forse bisognerebbe sapere dove dormono, 'sti storni. A Lonato le amarene e le ciliegie ci sono e sono buone, lo assicuro personalmente, ma molti Storni comuni non sono accompagnati da parenti orientali, almeno per il momento. Impegni familiari incombono e alle cinque si è a casa. Cinque minuti, un caffè di troppo e non avremmo visto nulla, così come se avessimo deciso di passare prima ai laghetti; se fossimo stati più mattinieri avremmo forse visto se il nostro all'alba non era il solo della sua specie o magari lo avremmo mancato perché non ancora sul ciliegio di Manerba. Piccoli dettagli apparentemente insignificanti che possono fare la differenza in una giornata di *birdwatching*.

E mi viene in mente quante volte una diagnosi è arrivata per un esame richiesto per sbaglio, con una indicazione incerta o per un sospetto ben diverso da ciò che poi si è riscontrato. E mi vengono in mente anche le occasioni, per fortuna molto meno frequenti, in cui una scelta solo pensata ma non fatta, una decisione non presa, hanno fatto ritardare o mancare una diagnosi importante. Le volte in cui siamo arrivati a un metro dallo Storno roseo, ma solo cinque minuti più tardi, e non lo abbiamo mai saputo. ●

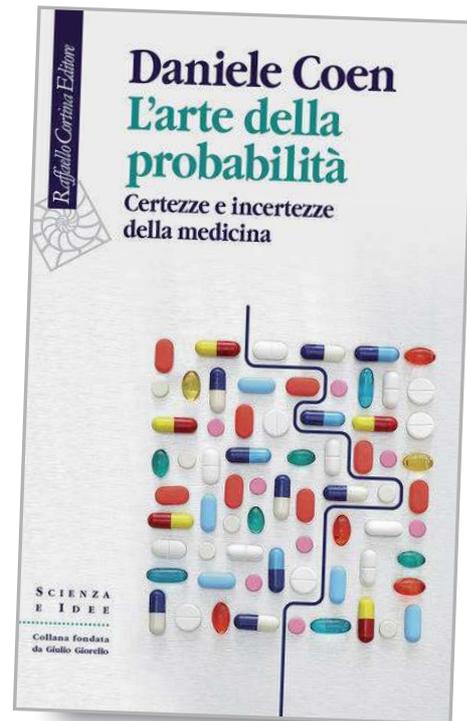
L'arte della probabilità

Certezze e incertezze della medicina

Daniele Coen

**Recensione a cura
di Gianpaolo Balestrieri**

Daniele Coen, dopo l'inizio al Mario Negri con la guida di Silvio Garattini e Gianni Tognoni, ha dedicato la sua vita professionale alla Medicina d'urgenza, disciplina allora ancora in embrione. Ha lavorato in un Pronto Soccorso dell'hinterland milanese e, per quindici anni, è stato responsabile del Dipartimento d'Emergenza dell'Ospedale Niguarda. Dopo "Margini di errore" (Mondadori 2019), brillante analisi del tema cruciale dell'errore in Medicina, Coen affronta in questo nuovo testo una serie di topics che fanno parte della quotidianità della professione. Incertezza diagnostica (fino a che punto, a quale prezzo è opportuna la ricerca di certezze nella diagnosi?), valore e limiti dei trial clinici randomizzati, significato e ruolo delle linee guida, etc. L'ipercolesterolemia nella prevenzione della malattia cardiovascolare, il PSA nello screening del carcinoma prostatico hanno capitoli dedicati. Il racconto è chiaro e scorrevole, spesso divertente, intreccia storie cliniche ed esperienze personali, senza tuttavia mai rinunciare ad un approccio scientificamente rigoroso. Si rivolge ad un pubblico più generale, fornendo strumenti utili a navigare nell'incertezza della medicina, facendo



scelte più consapevoli in un dialogo con i curanti.

È utile ai medici, riscoprendo con loro i fondamenti ed i meccanismi del ragionamento clinico e delle scelte in diagnosi e terapia, la forza ma anche i limiti delle conoscenze, l'umiltà che ne dovrebbe conseguire. ●

L'arte della probabilità
Certezze e incertezze della medicina
Daniele Coen
Raffaello Cortina Editore, 2021
Pagine 242
Euro 19.00

Dottoressa Agnese Bodei

Sono trascorse alcune settimane dall'evento tragico e del tutto inaspettato che ti ha strappato dalla vita nostra e di tutti, proprio il giorno che precedeva il tuo cinquantottesimo compleanno. Da quel giorno, giorno dopo giorno, leggo e rileggo le parole lasciate da amici, pazienti e Colleghi, che hanno dedicato un ricordo e un omaggio. Ogni tributo alla tua professionalità, alla tua dedizione al lavoro, al continuo aggiornamento per offrire le cure più innovative, alle qualità umane, la generosità, l'abnegazione, lo spirito di sacrificio corrisponde al vero ed è da tutti condiviso. Ma non basta. Dall'intimo del cuore erompe un grido cupo e disperato che vuole ribellarsi al retrico luogo comune "Non importa in quanti pezzi è stato fatto il tuo cuore, la vita continua e non aspetta che si ricomponga". Alla mia mente si sovengono e susseguono numerosi ricordi, i tanti pensieri di te che ti prodigavi nelle cure per gli altri: tali immagini hanno reso ancora più presente e viva la tua capacità straordinaria di percepire i bisogni e i desideri, anche più reconditi, del malato. Ecco una frase che ho udito pronunciare su di te "La piccola Dottoressa dalla grande borsa", vorrei aggiungere: molte volte le borse erano due perché dovevano contenere tutto ciò che sarebbe servito alle necessità dei tuoi pazienti. È proprio con una di quelle grandi borse che sceglievi di incamminarti nel mondo della Medicina. Ti immagino giovane, minuta e determinata studentessa, sempre pronta a superare tutti per conseguire rapidamente il primo grande sogno, la "Laurea in Medicina e Chirurgia". E finalmente raggiungere l'agognato traguardo e diventare "Guardia Medica" per puro spirito di servizio, semplicemente per aiutare chi ha bisogno.

Poi eccoti subito dove hai sempre avuto e voluto le tue radici: il tuo Paese (Serle). Ogni sera, anche se stremata, preparavi il programma del giorno successivo. Per i tuoi concittadini, ti sei sempre alzata prima dell'alba, uscivi di casa, instancabile passavi di casa in casa fin dalle prime ore del giorno per effettuare i controlli alle persone che non avrebbero potuto raggiungerti. Dopo il lavoro in ambulatorio ti dedicavi ad altri pazienti bisognosi di cure particolari, e poi molti altri, che la tua mamma premurosamente ti suggeriva e chiedeva di aggiungere alle tue attenzioni. Ogni casa in cui sei passata ha riferito "Ci ha trattato come se fossimo di famiglia, come fratelli, come genitori" e non erano parole di circostanza: la voce era rotta dalla commozione, gli occhi lucidi. Ogni focolare ha condiviso con te la paura, il dolore, la sofferenza, la sua storia i propri affetti con una persona come te. Il tempo non bastava mai, eppure tu riuscivi sempre a risolvere tutto, anche le questioni più delicate, nel modo migliore. E poi, inaspettatamente, eccoci travolti dalla pandemia. Come tutti noi non avresti mai immaginato di essere catapultata nella lacerante realtà del "Coronavirus". Il nostro modo di lavorare, vivere, essere, è stato completamente sconvolto. E io ti ho vista affrontare, ancora con più determinazione i primi casi che hanno colpito la nostra comunità. Come sempre hai messo in campo tutta la tua dedizione a servizio della nostra gente. E ancora il tempo fuggiva, non bastava mai. Non un attimo di tregua, nessun dispositivo di protezione, nessuna certezza: tutto travolto dal caos in un vortice di disperazione. E si presentava la domanda: "E adesso cosa facciamo?". Le emergenze si susseguivano una dopo l'altra, e tu puntualmente con professionalità impeccabile ed esemplare, affrontavi ogni situazione, in ossequio di attuare le norme di Ordine Pubblico, e provvedevi, con strenuo coraggio e tenace abnegazione, a salvare vite. Inutile dire che hai dedicato ogni istante delle tue giornate a noi tutti. Le tue preoccupazioni, le tue attenzioni, il tuo lavoro, il tuo esistere è stato dedicato ai tuoi

pazienti, che nella nostra piccola comunità erano sempre a te uniti da qualche legame. Il tuo lavoro è andato oltre: chiunque di noi sia stato colpito dal "Coronavirus" ha sempre potuto contare sulla tua presenza al suo capezzale, e poi sulla tua precisa e continua assistenza presso qualunque Struttura fossimo destinati.

Puntualmente, assiduamente, chiedevi notizie della nostra situazione presso i tuoi Colleghi e nei momenti più bui e disperati hai pregato, supplicato, cercato e trovato le migliori cure per ciascuno di noi. Nel tragico gorgo della morte, nel delirio collettivo quando le colonne di camion militari portavano le bare dei nostri defunti, nella disperazione che tutti ha travolto e nessuno risparmiato, tu hai chiamato i tuoi pazienti per nome, tanto era la dedizione, la passione e l'empatia che hai sempre donato e trasmesso al personale sanitario a cui i nostri cari erano stati affidati. E poi, quando la notizia del lutto giungeva alla famiglia, la tua presenza e le tue parole hanno sempre portato conforto e lenimento del dolore.

Neppure tu sei stata risparmiata dall'infezione, ma con forza hai superato la malattia: e subito pronta, mai scalfita nel coraggio, di nuovo premurosa a portarci le cure e camminare al nostro fianco.

La pandemia ha continuato inesorabile il suo percorso di morte e desolazione, e tu eri in prima fila ad affrontarla.

Hai compreso la tua comunità, l'hai guidata nel buio percorso e poi un fulmine a ciel sereno, in una calda giornata di inizio Estate ha lacerato ancora il mio cuore. Altre lacrime nel silenzio si sono raccolte come in un fiume in piena che, un'altra volta ancora, implacabile, ha travolto le nostre vite. Per la prima volta ho urlato ed imprecato contro la morte "NO, NO AGNESE NOOOO...!! "

E di nuovo abbiamo fatto esperienza di quanto la vita sia imprevedibile, di quanto siamo fragili, deboli, impotenti. Un'altra volta la tragica fatalità aveva spezzato e rapito per sempre il nostro sostegno, la nostra roccia.

La comunità tutta ti ha tributato il Lutto Cittadino; la tua gente, i tuoi amici e i tuoi pazienti erano presenti alle tue esequie. Spesso si sente dire "Quando tutto questo

sarà finito, torneremo col nostro bagaglio di esperienze e affioreranno nella nostra mente solo i bei momenti, i ricordi migliori delle nostre vite condivise".

Confesso che tali parole sembrano perdersi nel vuoto, come foglie al vento d'Autunno, in un dolore e mestizia senza fine.

Posso solo percepire, e già sono prostrata, solo pensando al senso di responsabilità ed il dolore che hai portato dentro il tuo animo. In questi lunghi ed interminabili mesi di pandemia ti ho rimproverato di essere poco attenta alla tua salute mentre hai sempre trovato il tempo e le cure per i tuoi concittadini. Ora che sei stata improvvisamente strappata da questa vita ricordo le tue parole "Quando qualcuno se ne va, porto dentro di me le sue sofferenze". E adesso, quasi per egoismo, affiora nella mia mente una domanda, "Cosa faccio senza Agnese? "

Ognuno di noi ti ha conosciuta come "La Dottoressa", "la guida", "il sostegno", "la confidente", "l'amica". Ognuno ha intrattenuto con te un rapporto unico, speciale: ma cosa resterà?

Ancora immersi nella nostra fragile impotenza di fronte alla disperazione, riesco solo ad immaginare ciò che ha sicuramente guidato il tuo tragitto terreno: tu hai incarnato il Medico e l'amica che chiunque in una vita e ancora di più nel momento del bisogno e della disperazione spera di trovare. Tu, non solo hai letto, ma attuato e onorato nel cammino del tuo operare il Giuramento di Ippocrate e hai dato sostanza al pensiero di Madre Teresa di Calcutta. L'augurio è che tali parole accompagnino non solo gli operatori sanitari ma anche quelle che un tempo venivano chiamate "Persone di buona volontà". E così, forse un giorno, grazie anche al tuo esempio, questa umanità malata di disumanità uscirà dalle tenebre dell'abisso opaco alla luce vera di Colui che atterra e suscita, che affanna e che consola, che si posa sulla deserta coltrice di chi ha bisogno. Grazie Agnese.

La tua amica Letizia

Dottor Andrea Nigro

A distanza di un mese dalla perdita di mio papà sento di dover e voler dedicare delle parole per tener vivo ancora il suo ricordo.

Non è facile in così poche righe descrivere la vita di una persona, di un padre, di un medico. Quello che posso fare è sottolineare la bontà e umiltà di mio papà Andrea, la sua generosità, la sua voglia nonostante tutto di voler credere in tutti.

Una vita di lavoro, di fatica che però veniva ripagata dai piccoli gesti, dalle persone che quando lo rivedevano erano contente, desiderose di salutare ancora una volta il loro Dottor Nigro. Nonostante la pensione la sua volontà di aiutare non è mai venuta meno, tanto da continuare a sentire i suoi pazienti come una sua seconda famiglia.

Per quanto riguarda invece il suo lato paterno, nonostante la tristezza e malinconia mi assalga nei primi momenti al pensiero che non ci sia più, non posso in ogni caso non sorridere pensando ai bei momenti passati assieme, alla complicità forse rara che avevamo, nonostante di fatto fossimo padre e figlio. Posso dire di essere stato fortunato ad aver avuto un padre così e spero solo di diventare anche solo la metà di ciò che lui era.

Ti ho voluto bene e te ne vorrò per sempre e quando mi sentirò in difficoltà, sconfortato, solo, mi tranquillizzerà il pensiero che fino all'ultimo hai sempre creduto in me.

Grazie papà.

Tuo figlio Giuseppe

Dottor Alberto Orlandini

Alberto Orlandini se n'è andato in un periodo che ci ha quasi assuefatti al lutto e al dolore, ma la sua scomparsa ha sicuramente fatto rivivere in ciascuno di noi il suo modo unico di porsi, la sua ironia, la sua straordinaria disponibilità, la sua simpatia, la sua competenza.

Figlio di Giuseppe, indimenticato pediatra di intere generazioni bresciane, lo avevo conosciuto da ragazzo sui campi da tennis del Castello, sotto la guida del maestro Quilghini. Era il più bravo, lo invidiavamo un po', ma stravedevamo per lui perché finita la lezione si fermava a darti consigli e a incoraggiarti. E lo ha continuato a fare al Centro Tennis fino a quel maledetto 4 febbraio del 2008, quando la sua vita è stata stravolta sui campi da sci di Ponte, la sua montagna, dove era conosciuto e benvoluto da tutti. Ma Alberto l'ho conosciuto davvero a Pavia, negli ultimi 2 anni di Medicina. Con lui ed Alberto Ugazio abbiamo studiato e dato tutti gli esami insieme, ci siamo laureati, ma soprattutto abbiamo condiviso la curiosità e la passione per le materie cliniche. Alberto scelse radiologia. L'Istituto pavese era diretto da Lucio Di Guglielmo, un pioniere, un uomo che sapeva guardare avanti cogliendo le innovazioni e facendole motivo di stimolo per gli allievi. Ricordo l'entusiasmo e l'eccitazione con cui mi raccontava del primo prototipo della TAC cranio, a Londra, nel 1971; il desiderio di andare alla Mayo Clinic, pochi anni dopo, per vedere in piena funzione le TAC, la "gita" al Bellaria di Bologna nel 1974 dal prof. Ruggiero, l'anno dopo il conseguimento della specialità. La lunga presenza nella II radiologia del Civile sino al 1991.

Sì, la neuroradiologia, la specialità che lo avrebbe accompagnato per tutta la vita. Fu il primo bresciano ad utilizzare la TAC, strumento giunto in città grazie alla donazione di privati; fu punto di riferimento indiscusso per la nascente neuroradiologia bresciana e non solo. Ben ricordiamo lo studio quasi maniacale delle immagini applicate al contesto clinico del paziente. Sapeva sempre cosa cercare, e poi lo spiegava ai colleghi con la semplicità di chi sa.

I giovani volevano stargli vicino perché con il dottor Orlandini non c'era da "rubare" il mestiere; era lui che te lo regalava con spiegazioni puntuali, con racconti di infiniti casi clinici, con aneddoti arguti, con immancabile ironia. "Era in grado di rendere leggere le cose complicate e forte della sua esperienza di relativizzare quelle irrisolvibili. Ironico e autoironico". Così scriveva Renzo Rozzini nel ricordare Alberto ai colleghi della Poliambulanza. Già, la Poliambulanza, dove nel 1991 fondò il Servizio di Diagnostica per immagini, che diresse fino al 2008. Sono certo che la Fondazione Poliambulanza troverà un modo adeguato di ricordare il dottor Orlandini. Il contributo professionale e umano all'Ente ospedaliero è stato immenso. Lo possono testimoniare tutti, dall'addetto alla Reception al Presidente, alle migliaia di pazienti. "È stato una pietra miliare del nostro ospedale" chiosava Rozzini.

Alberto e la sua famiglia. Manuela, la specializzanda, la collega, la moglie, la compagna disperata a vedere il suo Alberto impietosamente colpito e impossibilitato a godere del piacere della professione, dello sport, dei motori e del crescere dei figli. Giovanni, Anna e Paola, di cui andava giustamente fiero e per i quali nutriva le preoccupazioni di un padre il cui futuro era incerto e difficile. Il fratello Geo, che ha sempre cercato di essergli vicino nei momenti più complessi.

Alberto era il Medico che molti di noi vorrebbero essere. Competente, studioso, generoso, dotato di una umanità rara e

davvero capace di capire e di interpretare i dubbi, le paure, le speranze, la disperazione di chi si affida al medico. Il nostro Ordine, nel 2015, ha voluto riconoscerne i meriti. Alberto andava molto fiero di quel riconoscimento. E noi andiamo fieri di averlo avuto come collega e amico.

Sergio Pecorelli

Dott. Emilio Noventa

Un ricordo "leggero" di un uomo intelligente, colto, ironico, elegante, complicato. Adesso, anche lui vecchio e bisognoso di attenzioni, molto rimpianto.

La moglie, Biancamaria



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

*ricorda con rimpianto i Colleghi
deceduti recentemente*

Prof. Carlantonio Azzini

Dott. Arturo Barone

Dott.ssa Agnese Bodei

Dott. Guido Farina

Prof. Pier Giuseppe Fassio

Dott. Sergio Fiaccavento

Dott. Giovanni Francesconi

Dott. Enzo Magistrali

Dott. Giovanni Majorana
Dott. Giacomo Mardighian
Dott. Cesare Merighi
Dott. Emilio Noventa
Dott. Alberto Orlandini
Dott. Gian Alberto Pagni
Dott.ssa Gunvor Perman
Dott. Pietro Pinelli
Dott. Giannino Reghenzi
Dott. Shahrokh Samiee
Dott.ssa Miriam Schena
Dott. Marco Zangrandi

*ed esprime ai loro familiari
le più sentite condoglianze.*



RICCI, VOLPI, SPILLOVER

Senza la tenacia dei ricci, la battaglia contro questo virus non la si potrà vincere. Senza la loro capacità di resistere, di chiudersi "a riccio" al tempo dovuto, forti del credo nel proprio lavoro - con la parola "missione" concreta più che mai prima per molti di noi - e della fede nella scienza "ufficiale", quella dei vaccini, del lockdown e delle mascherine, non si vedrebbe ancora, oggi, la luce in fondo al tunnel.

Dedizione alla causa e diligenza nell'adeguarsi man mano alle indicazioni del sapere ufficiale, anche laddove ancora giocoforza imprecise ed empiriche: così, in tanti siamo stati ricci nel tempo della pandemia, nel tempo della battaglia.

Una battaglia, però, che ci ha segnato prima ancora che insegnato. Che ci ha portato a dover sciogliere in tempo reale e in prima persona atroci dilemmi quali il "CHI trattare", quando nella nostra ricca società occidentale ci avevano da sempre insegnato il diritto alla salute come principio indiscusso e indiscutibile, costituzionale, e la scarsità di mezzi e risorse come evenienza remota e comunque mai così incombente nelle scelte operative di tutti i giorni, specie di fronte al bivio vita o morte. Un dilemma che ha colpito al cuore il nostro sistema di valori, minando granitiche certezze e, con queste, le fondamenta del nostro sapere.

Al punto che l'aver visto morire così tante persone insieme, senza riuscire a impedirlo pur impiegando al massimo le proprie risorse, ci ha resi in fondo più insicuri, imponendo, accanto

al tema della scelta a fronte di risorse insufficienti, oggetto di esplicito dibattito sul fronte delle società scientifiche, un altro dubbio, rimasto invece sottotraccia e più o meno consapevole ed esplicitabile, quello del "SE trattare". Di fronte a quel paziente che nel febbraio 2020 avremmo certamente sottoposto a trattamento intensivo e, al bisogno, intubato, costasse quel che costasse e con il rischio di doverne gestire le complicità, oggi che indicazione daremmo? Anche a rianimazioni vuote di pazienti Covid e senza più il problema della mancanza di posti letto o di ventilatori, l'indicazione è ancora la stessa o ci siamo fatti meno "interventisti" e più dubitativi? e ciò è perché siamo oggi più realisti o solo più scoraggiati? Aver visto e intuito in noi la capacità di predire chi ce l'avrebbe fatta e chi no, ci ha fatto spostare il limite che ci eravamo costruiti su quale sia per noi una cura sproporzionata? O abbiamo solo più dubbi? Orientati come ricci verso "una cosa sola, ma grande" - la sopravvivenza dei nostri pazienti, la fine della pandemia - è ora il tempo di essere anche un po' volpi, per elaborare, analizzare, guardarci dentro e guardarci fuori, ma anche per riascoltare curiosi la voce del mondo e il suo sentire, per comprendere e riaccogliere i bisogni delle persone oltre quello primario della sopravvivenza. Per trasformare i nostri dubbi e le tante informazioni che si sono aggiunte al nostro sapere in conoscenza vera...

Raffaele Spiazzi

PS: il riferirsi ai comportamenti animali per comprendere noi stessi è antico quanto la nostra cultura e la stessa metafora del riccio e della volpe nasce dall'antica Grecia, dall'oscuro frammento di Archiloco e dalle interpretazioni che nel tempo gli abbiamo voluto dare, fino al saggio di Berlin del secolo scorso. Ed è un esercizio tanto più istruttivo se solo consideriamo come la stessa malattia da SARS-CoV-2 sia oggi classificata come l'ultima e più recente tra le zoonosi, malattie che arrivano più o meno direttamente all'uomo da un salto di specie, da uno spillover animale-uomo. Lo sapevamo che sarebbe potuto accadere, lo predicavano in tanti. Ma sapere non è sempre conoscere. E agire di conseguenza...

Più siamo,
prima vinciamo.

Campagna Vaccinazione anti Covid-19

*Buone
vacanze*

seguici online
ORDINEMEDICI.BRESCIA.IT



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