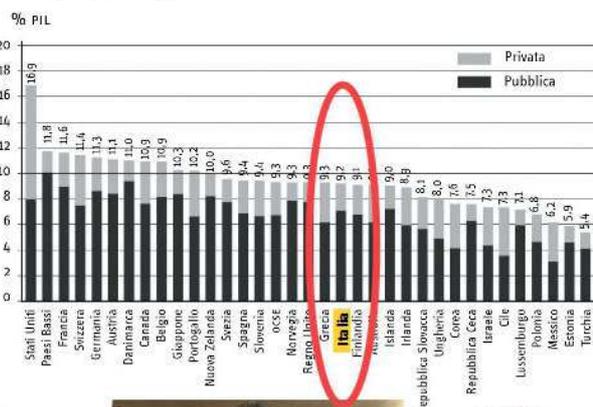


Rebus: (7; 2; 7; "8; 9; 9")

SAL



IL



"SER



LE"

... SAM

Soluzione: Salvate il soldato "Servizio Sanitario Nazionale" (Rebus o "Mission: Impossible"?)

© 2015

Salvate il Sistema Sanitario Nazionale

Primo Piano

Un altro programma della sanità è possibile

Gestione della cronicità

Territorio, ospedale per acuti e strutture intermedie

Medicina e Letteratura

Ospedale, luogo di cultura

EDITORIALE

Ricominciamo da tre,
Gianpaolo Balestrieri 3

Il tifone,
Ottavio Di Stefano 4

PRIMO PIANO

Un altro programma di governo della sanità è possibile,
Gavino Maciocco 5

ECONOMIA E SANITÀ

Cosa ci richiede il paziente cronico?
Francesco Longo 12

Un Servizio Sanitario universalistico, equo e solidale e...sostenibile?
Alessandro Signorini 17

GESTIONE DELLA CRONICITÀ

La cronicità: una sfida per la medicina contemporanea,
Marco Trabucchi 22

Il ruolo del MMG nella gestione del paziente cronico e non autosufficiente,
Ovidio Brignoli 27

La gestione della cronicità in ospedale. Una sfida,
Angelo Bianchetti e Renzo Rozzini 32

Le Residenze Sanitarie Assistenziali nella Riforma della Regione Lombardia,
Corrado Carabellese 38

Future Hospital. Prendersi cura del paziente,
Gianpaolo Balestrieri 41

FORMAZIONE

Laurea abilitante in Medicina e Chirurgia: un traguardo prossimo,
Alessandro Padovani 43

Scuole di Specializzazione: una storia infinita,
Giovanni Cancarini 47

Cosa si aspetta un giovane medico,
Annalisa Facchini 50

L'Odissea dei neolaureati
Eleonora Mozzo 52

STORIE DI PAZIENTI

La diagnosi non detta: "Il cielo è dei violenti",
Renzo Rozzini 55



PAGINA DELL'ODONTOIATRA

"Rilancio in SUSO",
Claudia Tosi 56

Esercizio abusivo,
Luigi Veronesi 57

MEDICINA E LETTERATURA

Ospedale, luogo di cultura,
Claudio Cuccia 58

Recensione "Salute senza confini" di Paolo Vineis,
Gianpaolo Balestrieri 61

ASSOCIAZIONE

Croce Bianca: da 125 anni Brixiana mente succurrit,
Andrea Caldonazzo e Carlo Braga 62

RICORDI

Dottor Ezio Bani,
i figli Francesco e Federico 65

Dottor Daniele Boglioni,
i genitori Margherita e Giambattista, i fratelli Michele con Giulia e Gabriele con Cristiana e Virna con Aurora, Bianca e Camilla 65

Dottor Carlo Della Torre,
il figlio Corrado Della Torre 66

Dottor Giovanni Facchetti,
la moglie Signora Laura Facchetti Brichetti 67

Dottor Linda Frugoni,
Enrico Sartori 68

Dottor Ugo Tenchini,
Paolo e Roberta Napoli 69

DIREZIONE-REDAZIONE-AMMINISTRAZIONE: Via Lamarmora, 167, Brescia, Tel. 030 2429537, Fax 030 2429530, info@ordinemedici.brescia.it, www.ordinemedici.brescia.it
Direttore Responsabile: Dott. Gianpaolo Balestrieri, Comitato Di Redazione: Dott. Angelo Bianchetti, Prof. Giovanni Cancarini, Dott. Claudio Cuccia, Dott. Ottavio Di Stefano, Dott.ssa Eleonora Mozzo, Dott. Piergiorgio Muffolini, Dott. Renzo Rozzini, Dott.ssa Intissar Sleiman, Dott. Raffaele Spiazzi, Dott. Erminio Tabaglio.

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

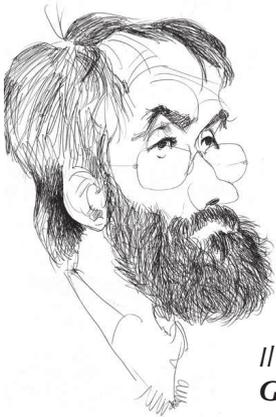
STAMPA: Com&Print srl - Brescia

PROGETTO EDITORIALE: a cura di Luca Vitale e Associati

IMMAGINE DI COPERTINA: realizzata dal Dott. Raffaele Spiazzi

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

Ricominciamo da tre



Il Direttore
Gianpaolo Balestrieri

Riprendiamo con questo numero il dialogo con i colleghi. Il giornale si presenta in continuità con la linea editoriale del passato triennio (ogni numero sviluppa un tema principale, rubriche fisse, poca cronaca).

Alcune novità tuttavia: una sezione dedicata a **storie di pazienti** narrate dal medico che li ha avuti in cura o dai pazienti stessi, interventi di **autorevoli figure** del mondo medico o che per la medicina abbiano espresso interesse e coinvolgimento, **recensioni di testi**.

La nostra ambizione è quella di accompagnare con approfondimenti e diverse opinioni (non un pensiero unico) le trasformazioni che attraversano il nostro mondo oggi, dalle mutate esigenze dei pazienti, alle riforme regionali e nazionali con la riorganizzazione degli ospedali e della medicina del territorio, al ruolo e ai problemi della professione, ai rapporti con le altre figure sanitarie etc.

La redazione vede l'ingresso di colleghi appassionati in grado di offrire nuovi punti di vista.

Voglio qui ringraziare Luciano Corda, Silvia Martinazzi e Roberto Stellini per il loro prezioso apporto nel precedente ciclo

di pubblicazioni. Naturalmente il vostro contributo di lettori, anche critico, sarà sempre apprezzato.

In un momento in cui tutto sembra mutare e la nostra stessa identità professionale appare alla ricerca di nuovi paradigmi, voglio ricordare le parole che compaiono nella prima edizione dell'Harrison (1950), una sorta di bibbia per la mia generazione.

“Ci si attende dal medico tatto, simpatia e comprensione perché il paziente non è un semplice insieme di sintomi, segni, funzioni alterate, organi danneggiati ed emozioni disturbate. È un essere umano, impaurito, spera, cerca sollievo, aiuto e rassicurazione. Al medico, come all'antropologo, nulla appare strano o repellente. Il misantropo può diventare un abile diagnosta delle malattie organiche, ma può difficilmente sperare di essere un buon medico. Il vero medico ha un'ampiezza scespiriana di interesse per il saggio e per lo sciocco, per l'orgoglioso e per l'umile, per l'eroe stoico e per il furbastro lamentoso. Il medico cura la persona.”

Senza questa profonda radice umanistica rischiamo credo di smarrire il senso stesso del nostro ruolo.

Il tifone

“Un uragano è un uragano, signor Jukes... e un piroscampo nella pienezza dei suoi mezzi deve affrontarlo. Ce n'è tanto di cattivo tempo in giro per il mondo, ed è giusto passarci attraverso”

Così il capitano Mac Whirr, nel Tifone di Joseph Conrad, si rivolge al suo primo ufficiale che lo implora di aggirare la tempesta in arrivo. È deciso il piccolo capitano che Conrad descrive così “Il capitano Mac Whirr, del piroscampo Nan-Shan, aveva una fisionomia che, nell’ordine delle apparenze materiali, era l’immagine esatta della sua mente: essa non presentava nessuna caratteristica marcata di fermezza o di stupidità; anzi, non aveva proprio nessuna caratteristica pronunciata; era semplicemente naturale, inespressiva e serena...”

E con questa serenità affronta il Tifone.

La Medicina Generale (o medicina di famiglia che dir si voglia) è (era?) considerata come “the jewel in the crown”, un gioiello della regina, del Sistema Sanitario Nazionale del Regno Unito.¹

I riflettori dei media e dei politici inglesi, sostiene Martin Marshall, si focalizzano negli ultimi anni, su una critica severa alla Medicina Generale “una crescente preoccupazione che la maggior parte delle pratiche di medicina generale non abbia né la capacità né la competenza di rispondere alle aspettative crescenti”.

Ed infatti i leader del sistema riconoscono che è necessario agire con urgenza abbattendo le barriere fra cure primarie e secondarie e proponendo nuovi modelli formativi più centrati sulla medicina generale sia per i medici che per gli infermieri.

¹ A Precious Jewel - The Role of General Practice in the English NHS Martin Marshall, M.D.
N Engl J Med 2015; 372:893-897

Il Presidente
Ottavio Di Stefano



Quindi tutto il mondo è paese. Patto della salute, libro bianco della regione Lombardia, con le sue molteplici e diverse bozze di riforma, testimoniano che il problema esiste. La frase chiave è “il malato cronico pluripatologico deve trovare assistenza e cure sul territorio”.

All’ospedale, che dovrà anch’esso ristrutturarsi radicalmente, il compito di tutto rilievo ed imprescindibile di curare l’acuzie o la riacutizzazione.

La cura del malato cronico sul territorio costa meno e consente quindi di liberare risorse per mantenere economicamente sostenibile il sistema. Indispensabili altri centrali rinnovamenti. E qui le opinioni possono avere anche accenti diversi (si vedano i contributi di Maciocco e Signorini).

Mi permetto una breve digressione.

Il prendersi cura della cronicità sul territorio non è solo corretto utilizzo delle risorse, ma è un valore etico che la nuova epidemiologia ci impone. Ma ancor di più è rispetto verso uomini o donne che vivono una realtà di malattia non reversibile.

Situazioni che apparentemente spengono la nostra soddisfazione professionale, ma, se ci pensiamo bene, sono il senso vero del nostro lavoro. **L’Ordine propone un dibattito che deve essere, senza alcuna presunzione, culturalmente alto.**

Senza confronto di competenze autentiche rischiamo di perdere “the jewel of the Republic”.

Dunque discutiamo, affidiamoci agli esperti e confrontiamoci con onestà intellettuale.

Dobbiamo però credere fortemente e convintamente che il tifone si può affrontare e superare salvando la nostra nave, se pur malconca, nel rispetto di quelle rotte della solidarietà e della universalità che, quasi 70 anni fa, i costituenti hanno tracciato.

Un altro programma di governo della sanità è possibile

Gavino Maciocco

Dipartimento di medicina sperimentale e clinica, Università di Firenze.

Direttore del sito web

"salute internazionale.info"

L'andamento della spesa sanitaria

La crisi economico-finanziaria del 2008 ha avuto pesanti conseguenze sui sistemi sanitari dei paesi industrializzati dell'OCSE, che mediamente hanno registrato una brusca frenata nell'incremento annuale della spesa sanitaria nel periodo 2008-2010 (da +5% a quasi zero), per ritornare subito dopo a crescere, sia pur lentamente (+1,7% nel 2012).

Parliamo di media dei paesi OCSE. In realtà l'andamento della spesa sanitaria ha registrato una grande variabilità tra i diversi Stati: da una parte nella maggioranza di essi dal 2009 al 2011 la spesa sanitaria ha continuato, pur con oscillazioni, a crescere: Giappone +5-3%; Svezia, Svizzera e Stati Uniti +3-2%; Canada, Norvegia, Germania, Belgio, Olanda, Francia e Australia +2-1%. Dalla parte opposta troviamo i paesi in cui la crisi ha pesantemente eroso il finanziamento del sistema sanitario: in Grecia tra il 2008 e il 2012 la spesa sanitaria si è ridotta del 12%, in Irlanda del 6%, in Italia del 3%.

In alcuni paesi come Gran Bretagna e Irlanda, dopo una fase di caduta, si è registrata una ripresa della crescita: rispettivamente -2% (2010) e +0,8% (2012), -8% (2010) e + 2% (2012)¹.

Da notare che i paesi che hanno registrato una riduzione della spesa sanitaria appartengono al modello Beveridge, sono cioè sistemi



È da quattro anni che la spesa sanitaria pubblica italiana rimane bloccata o arretra. Il 2015 doveva essere l'anno del rilancio per la sanità italiana, ma la legge di stabilità annuncia nuovi, pesanti tagli, destinati a rendere sempre più precario il funzionamento del servizio sanitario nazionale e a ridurre progressivamente i diritti dei cittadini. Ma un altro programma di governo della sanità sarebbe possibile.

finanziati attraverso la fiscalità generale e prevalentemente gestiti dal settore pubblico. Sono anche i sistemi che all'interno dei paesi ocse presentano la spesa sanitaria (sia come spesa pro capite che rispetto al pil) più bassa, molto più bassa dei sistemi con modello Bismarck come Olanda, Francia, Germania, Svizzera e Austria, per non parlare del modello americano, che è il più costoso di tutti (Figura 1).

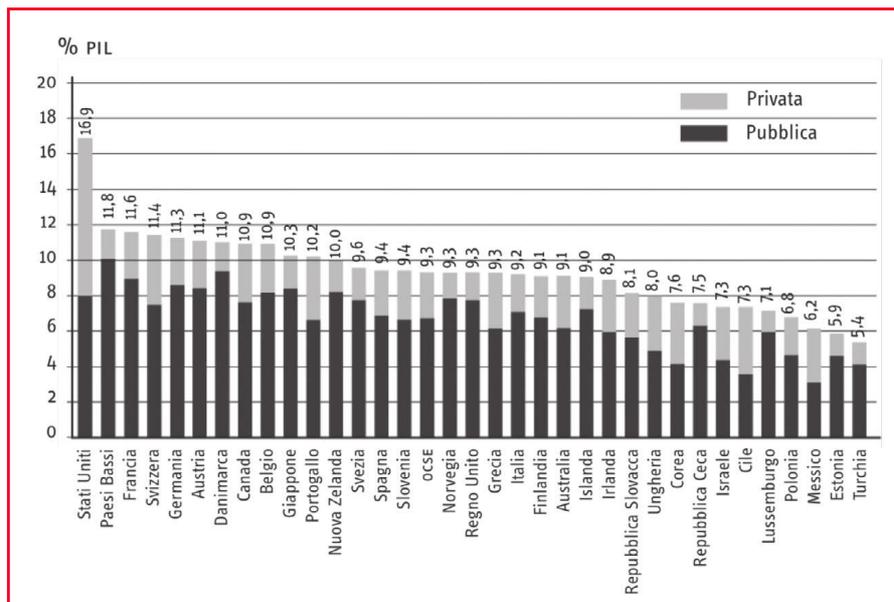


Figura 1. Paesi OCSE. Spesa sanitaria pubblica e privata come % del PIL. (Anno 2012)

Tagli

Ma per alcune nazioni europee come l’Inghilterra e la Spagna, non a caso quelle appartenenti al modello Beveridge, la crisi ha significato non solo una drastica riduzione delle risorse disponibili, ma anche un radicale cambiamento di sistema, con un forte ridimensionamento del ruolo dello Stato. L’Italia è uno dei paesi dell’OCSE che ha maggiormente subito la riduzione della spesa sanitaria. È da quattro anni che la spesa sanitaria pubblica italiana rimane bloccata o arretra. Il 2015 doveva essere l’anno del rilancio per la sanità italiana: il Patto per la salute siglato tra Governo e Regioni lo scorso luglio prevedeva infatti per il 2015 un incremento del fondo

sanitario nazionale di circa 2 miliardi e un incremento ancora maggiore per il 2016. Ma la legge di stabilità ha gelato le aspettative imponendo alle Regioni un taglio di oltre 4 miliardi di euro. Il presidente del Piemonte Sergio Chiamparino parlò allora di una misura insostenibile e della rottura di un patto d’onore (il Patto per la salute di cui sopra)².

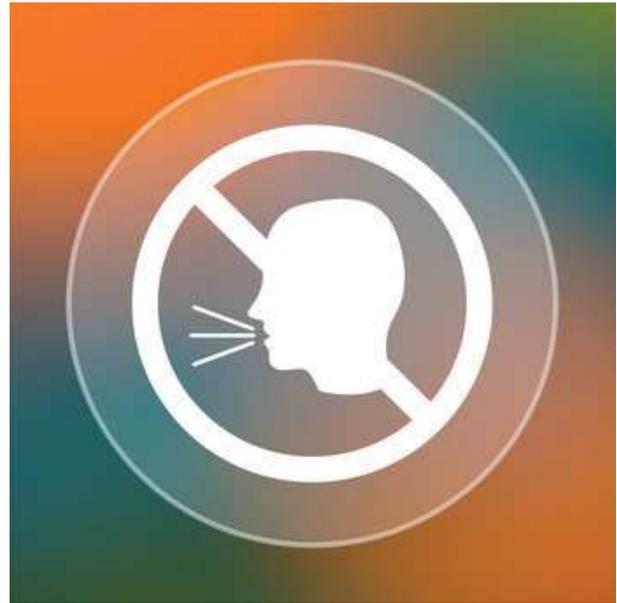
I tagli di oltre due miliardi di euro a carico della sanità che si aggiungono a una serie di provvedimenti che negli ultimi anni hanno gravemente impoverito il sistema sanitario italiano: *“Occorre ricordare che il settore sanitario ha subito tagli cumulati per circa 31,7 mld e che ove il Governo non avesse dato corso alla Sentenza Costituzionale n. 187/2012 (in materia di misure di compartecipazione alla spesa sanitaria) i tagli sarebbero stati maggiori fino a arrivare “solo” a circa 35,7 mld*: questo si legge nel parere espresso dalla Conferenza delle Regioni lo scorso 10 dicembre (vedi anche *Tabella 1*, contenuta nel documento delle Regioni).

Tagli in Milioni/€

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|--|--------------|--------------|--------------|---------------|
| Patto Salute 2010 - 2012-legge 191/2009 risorse vacanza contrattuale | 466 | 466 | 466 | 466 |
| Legge 122/2010 - art.9 Riduzione livello SSN | 1.132 | 1.132 | 1.132 | 1.132 |
| Legge 122/2010 - art.11 farmaceutica | 600 | 600 | 600 | 600 |
| legge 111/2011 reintroduzione ticket | 834 | 834 | 834 | 834 |
| legge 111/2011 - Misure contenimento della spesa | | 2.500 | 5.450 | 5.450 |
| legge 111/2011 - Accertamenti medico legali | | 70 | 70 | 70 |
| DL 95/2012 | 900 | 1.800 | 2.000 | 2.100 |
| tagli Legge di stabilità 2013 (L.228/2012) | | 600 | 1.000 | 1000 |
| Sentenza Corte Costituzionale | | | 2.000 | -2000 |
| legge 147/2013 - Blocco indennità personale sanitario | | | | 540 |
| TOTALE TAGLI | 3.932 | 8.002 | 9.552 | 10.192 |
| escluso manovre a carico cittadini DL Salva Italia | | | | |

Tabella 1. Tagli al Fondo sanitario nazionale

Ciò che colpisce in questa vicenda non è solo l'entità e la persistenza della riduzione delle risorse a disposizione del bilancio pubblico della sanità, è anche il silenzio, quasi l'indifferenza, con cui il governo e le stesse regioni (a parte qualche protesta di facciata) accompagnano questi provvedimenti. Si adotta senza battere ciglio la politica dei ticket, dei tagli e degli esuberi, la stessa raccomandata dalla Troika (Fondo Monetario Internazionale, Unione Europea, Banca Centrale Europea), di cui si paventa continuamente l'intervento. In Spagna e Inghilterra le politiche di austerità sono state accompagnate da riforme radicali del sistema sanitario: nel primo paese il sistema universalistico è stato sostituito con uno assicurativo (ritorno alle mutue), nel secondo è stata smantellata l'intera infrastruttura pubblica del NHS (come se da noi si abolissero ASL e Regioni). In Italia non si procede in riforme così radicali e regressive perché nessuno avrebbe la forza politica di sostenerle, e insieme si assiste all'incapacità di aggiungere alle misure di austerità un qualche ragionamento sensato di politica sanitaria. Esiste invece un'agenda neanche tanto nascosta per allontanare dal Servizio sanitario nazionale fasce crescenti di utenza (causa ticket sempre più elevati - *Figura 2* - e sempre più lunghe liste di attesa), per trasferire l'offerta dal settore pubblico a quello privato e per creare, alla fine, le condizioni per un ampio ricorso alle assicurazioni sanitarie.



E solo quando lo smottamento si sarà trasformato in una frana rovinosa si farà anche la riforma di sistema. Basta continuare con i tagli, e aspettare. Secondo l'indagine conoscitiva del Senato della Repubblica, Commissione Igiene e Sanità, sulla sostenibilità del SSN, presentata a fine febbraio dai relatori D'Ambrosio Lettieri e Dirindin, il finanziamento del SSN ha subito rilevanti tagli e non è in grado di sopportare ulteriori restrizioni finanziarie, pena un ulteriore peggioramento della risposta ai bisogni di salute dei cittadini e un deterioramento delle condizioni di lavoro degli operatori. Ciò non significa che il sistema non presenti inefficienze e sprechi su cui

intervenire con decisione: si può anche spendere meno spendendo meglio, effettuando un'attenta revisione delle prestazioni erogate, acquistando solo ciò che produce salute, ovvero ciò che rappresenta la soluzione terapeutica e tecnologica più appropriata e che garantisce maggiore sicurezza per il paziente.³

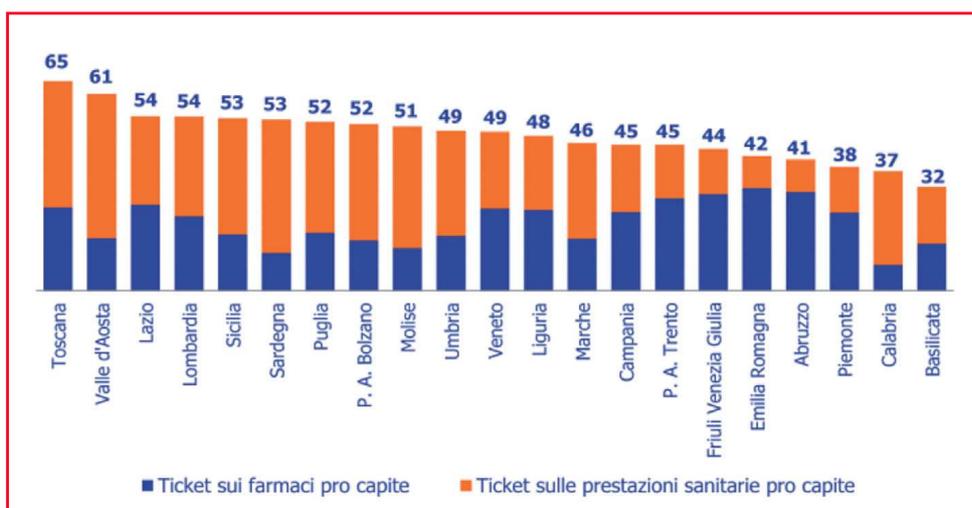


Figura 2. Ticket pro-capite sui farmaci e sulle prestazioni sanitarie nelle Regioni 2013.

Fonte: rielaborazione The European House – Ambrosetti su dati Corte dei Conti, "Rapporto 2014 sul coordinamento della finanza pubblica" 2014.

Un programma in quattro punti per combattere la crisi

La mancanza di un programma del governo su come gestire le ormai croniche misure di austerità rende ancora più grave e caotica la situazione nelle singole regioni, ognuna con le sue soluzioni o pseudosoluzioni (vedi megafusioni delle Asl), ma alla fine si cadrà sempre lì: aumento dei ticket, tagli del personale, riduzione indiscriminata dei servizi. Eppure, se vi fosse la volontà politica, non sarebbe difficile proporsi l'obiettivo di tenersi stretto un servizio sanitario nazionale equo e di qualità, pur in presenza di risorse scarse. Quello che proponiamo in questo articolo è un programma in quattro punti. Quattro punti rigorosamente evidence based. Tra le varie fonti da cui attingere utili informazioni segnalò un documento molto istruttivo dal titolo *"Reforming health systems in times of austerity"* pubblicato dall'*European Public Health Alliance*. Il suggerimento dei primi due punti proviene paradossalmente dal programma elettorale del governo conservatore inglese che – dopo aver giudicato un enorme errore la riforma da poco introdotta – cerca di correre ai ripari.

1. La priorità alla prevenzione

"Se la nazione fallisce nell'affrontare seriamente la prevenzione allora i recenti progressi nella speranza di

vita sana si arresteranno, le disuguaglianze nella salute si allargheranno e la nostra capacità di finanziare terapie innovative sarà annullata dalla necessità di spendere milioni di sterline in malattie completamente evitabili", quindi afferma il documento del governo inglese: *"La salute futura di milioni di bambini, la sostenibilità del NHS, e la prosperità economica dei cittadini britannici dipende ora da un radicale potenziamento della prevenzione e della sanità pubblica"*.

Segue un elenco di proposte: dalla lotta all'obesità, al fumo, all'alcol alle misure per migliorare la salute nei luoghi di lavoro e di contrasto alla disoccupazione (causa di disagio mentale e di malattie)⁴.

"Le malattie croniche – in particolare le malattie cardiovascolari, diabete, cancro e malattie respiratorie croniche ostruttive – sono globalmente trascurate, nonostante la crescente consapevolezza del peso sulla salute che esse provocano. Le politiche nazionali e globali hanno fallito nel contrastarle e in molti casi hanno contribuito a diffonderle.

Esistono soluzioni molto efficaci e a basso costo per la prevenzione delle malattie croniche; l'incapacità di adottarle è oggi un problema politico, piuttosto che tecnico". Questo si legge in un articolo di *Lancet* del 2010⁵, che apre una nuova serie di contributi dedicati a *"Chronic Diseases and Development"*. Uno di questi⁶ s'incarica di esaminare quali misure sono risultate più efficaci, anche in termini di costo-efficacia, per contrastare la diffusione dell'epidemia di obesità: in capo alla lista ci sono gli interventi per proibire/restringere il consumo e il marketing di *"unhealthy food products"* e per imporre l'etichettatura dei cibi riguardo alle indicazioni nutrizionali e agli effetti sulla salute (come viene fatto per il tabacco), interventi fiscali per aumentare il prezzo di *"unhealthy food products"* e per ridurre il prezzo di frutta e verdura, strategie di comunicazione che aumentano la consapevolezza sui benefici del cibo sano e dell'attività fisica.

Certamente per fare tutto ciò ci vuole una volontà politica che finora il nostro governo non ha dimostrato. Un esempio: l'OMS, per contrastare il dilagare del diabete, ha recentemente approvato nuove linee guida sull'alimentazione che abbassano dal 10% al 5% la componente di zuccheri nella dieta⁷ ma il ministero della salute italiano si è opposto⁸.

2. Rafforzare le cure primarie e l'integrazione socio-sanitaria

Il secondo fondamentale obiettivo – contenuto nel documento del governo inglese - è quello di distruggere le barriere (*The Lancet* le chiama “*confini tribali*”⁹) che separano i medici di famiglia dagli ospedali, la salute fisica da quella mentale, l’assistenza sanitaria da quella sociale. Barriere che erano diventate sempre più alte e insormontabili dopo l’applicazione della riforma del 2013 che riceve così, dopo la riscoperta della prevenzione, un’altra sonora picconata. Al centro della proposta c’è la riorganizzazione e il potenziamento delle cure primarie, con la creazione di un nuovo modello organizzativo denominato “*Multispecialty Community Providers*” (MCPs), dove le “*practice*”, il luogo dove lavorano in gruppo i medici di famiglia (General Practitioners, GPs) si allargano ad altri professionisti: specialisti di varie branche (dai pediatri ai geriatri, agli psichiatri), infermieri, fisioterapisti, psicologi, farmacisti, operatori sociali. Principale compito: quello di svolgere ciò che noi chiameremmo “*sanità d’iniziativa*”: “*i servizi dovranno essere proattivamente indirizzati verso pazienti registrati, con bisogni complessi come gli anziani fragili o quelli con malattie croniche, sfruttando al massimo le potenzialità offerte dalle tecnologie digitali*”. Il *Chronic Care Model* (CCM), il modello su cui si basa l’innovativa gestione delle malattie croniche, richiede una profonda e impegnativa riorganizzazione delle cure primarie, richiede la distruzione delle barriere di cui sopra, ma soprattutto richiede di “*sollevare l’orizzonte del sistema sanitario dalla malattia alla persona e alla popolazione*”¹⁰. Dopo 15 anni di esperienze in vari paesi il bilancio dell’applicazione di questo modello è estremamente positivo, come dimostra l’ampia letteratura sull’argomento¹¹. Di particolare interesse sono i risultati conseguiti in Germania, dove il CCM è stato attivato fin dal 2003 e dove tra i pazienti arruolati (rispetto a quelli non arruolati) si è registrata una riduzione della mortalità, delle complicanze, delle ospedalizzazioni e, infine, dei costi¹².

3. Scegliere saggiamente

Il peso economico delle prestazioni futili, quelle cioè che non danno nessun beneficio ai pazienti, rappresenta secondo l’OMS tra il 20 e il 40% della spesa sanitaria. Di ciò si sta sviluppando un’ampia consapevolezza come dimostra la campagna “*Choosing wisely*”¹³, lanciata negli USA nel 2012 dalle principali società scientifiche americane di fronte alla constatazione dell’inutilità di tanta parte di accertamenti diagnostici e di trattamenti clinici e anche l’iniziativa italiana “*Slow medicine*”¹⁴ che si prefigge di ridurre le pratiche mediche ad alto rischio di inappropriata e di condividerle con i pazienti e i cittadini. Tuttavia non è affatto semplice tradurre una constatazione così evidente e un appello così (apparentemente) ovvio – “*scegliere saggiamente*” - nella pratica quotidiana dei medici. Ne spiega il motivo molto bene Iona Heath in un articolo sul BMJ. “*I medici tutti i giorni temono di sbagliare una seria diagnosi e di far precipitare un loro paziente in una tragedia evitabile. Nelle nostre società sempre più punitive i medici temono di essere lapidati pubblicamente. Soprattutto i medici più giovani hanno paura dell’incertezza. Noi ordiniamo sempre più test per cercare, spesso invano, di essere sicuri di ciò che vediamo. E siccome temiamo che coloro che si trovano nel regno dei sani si trovino forse nel regno dei malati, noi continuamente deviamo le risorse dai malati ai sani, cosicché la sovradiagnosi è inevitabilmente legata al sottotrattamento di quelli già malati. La sovradiagnosi dei sani e il sottotrattamento dei malati sono le due facce della moderna medicina. La paura dei pazienti alimenta la paura dei medici e viceversa; specialmente nei sistemi sanitari frammentati che non presidiano la continuità delle cure. È solo all’interno di relazioni di fiducia che queste paure possono essere contenute.*”¹⁵ Iona Heath ha individuato chiaramente le parole chiave per contrastare sovradiagnosi e inappropriata, che sono “*continuità delle cure*” e “*relazioni di fiducia*”. Ciò si realizza in un contesto in cui cadono le barriere tra i vari attori dell’assistenza, e c’è quindi la presa in carico di un paziente da parte di un team multidisciplinare, è facilitato il dialogo tra medico di famiglia e specialisti,



e c'è condivisione tra diversi professionisti negli orientamenti diagnostici, terapeutici e assistenziali. In un contesto del genere si realizzano più facilmente anche le relazioni di fiducia col paziente, soprattutto se questo viene attivamente coinvolto nel processo di cura.

4. La lotta alla corruzione

Si stima che il 10-25% della spesa sanitaria pubblica globale sia persa in corruzione.¹⁶

Secondo un documento dell'Unione Europea (*Study on Corruption in the Healthcare Sector*¹⁷) la corruzione in sanità può assumere varie forme: le "tangenti" (*kickbacks*) sono in testa nell'elenco. Seguono poi: l'appropriazione indebita, gli appalti truccati, le truffe alle assicurazioni, i conflitti d'interessi, *trading in influence*, che si verifica quando una persona abusa della sua influenza nei processi decisionali di una istituzione o di un governo per ottenere vantaggi materiali o anche immateriali, *revolving door corruption*, quando pubblico e privato si mettono d'accordo a detrimento dell'interesse di una nazione (vista clamorosamente all'opera in occasione dell'epidemia influenzale H1N1 nel 2009), clientelismi, favoritismi e nepotismi. Il documento dell'UE individua anche i paesi maggiormente esposti al fenomeno della corruzione in campo sanitario e non poteva mancare il nostro (unico

tra quelli dell'Europa occidentale), in compagnia di Repubblica Ceca, Slovacchia, Lituania, Croazia, Romania, Bulgaria e Grecia.

È evidente che se il fenomeno della corruzione invade, come da noi, tutte le pieghe della società, anche il settore sanitario ne sia investito in pieno, come testimoniano i continui episodi, grandi e piccoli, di malaffare e di conflitto d'interessi, che non risparmiano nessuno: politici, amministratori, medici, imprese. Contro la corruzione in generale si fa ben poco, come spiega chiaramente Gianrico Carofiglio in un recente articolo su Repubblica¹⁸. E ben poco si fa contro la corruzione nel settore sanitario.

Per la gravità morale e la dimensione economica del fenomeno la lotta alla corruzione dovrebbe entrare a pieno titolo nei programmi di controllo della spesa sanitaria, a livello nazionale e regionale. L'associazione Libera ha lanciato al riguardo l'iniziativa "Illuminiamo la salute"¹⁹, dove – tra l'altro – si segnala che la sola perdita erariale dovuta all'illegalità per il triennio 2010/2012 assomma a 1,6 miliardi di euro.

Ben poco si fa contro la corruzione, anche da parte delle istituzioni mediche (Ordini dei medici e Federazione degli Ordini), e non solo in Italia. "I medici hanno consentito ai loro cani di dormire troppo a lungo per paura, letargia o complicità" scrive il BMJ in un recente articolo dedicato alla corruzione in sanità²⁰. "È tempo di riflettere e di rendere responsabili sè stessi e i propri pari. Standard professionali di condotta devono essere instillati il più presto possibile, in forma di training etici fin dalla formazione universitaria. Questi standard etici devono poi essere rafforzati nel corso dell'intera carriera medica per influenzare i colleghi e l'intera comunità." ●

Rebus: (7; 9; 1; 7; 8?)



Rebus di Raffaele Spiazzi, Modello Beveridge o Modello Bismarck

Riferimenti bibliografici

- ¹ <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
- ² <http://www.saluteinternazionale.info/2014/10/il-patto-stracciato-e-lidea-shock-di-rossi/>
- ³ <http://www.saluteinternazionale.info/2015/03/lindagine-parlamentare-sulla-sostenibilita-del-servizio-sanitario-nazionale/>
- ⁴ <http://www.saluteinternazionale.info/2014/11/nhs-si-cambia-in-meglio-si-spera/>
- ⁵ Geneau R et Al. Raising the priority of preventing chronic diseases: a political process. *Lancet* 2010; 376: 1689–98.
- ⁶ Cecchini M et Al, Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness, *Lancet* 2010; 376: 1775–84
- ⁷ <http://www.cbsnews.com/news/world-health-organization-lowers-sugar-intake-recommendations/>
- ⁸ http://www.adnkronos.com/salute/2014/11/19/lorenzini-alla-riduzione-degli-zuccheri-modello-dieta-mediterranea_P5hDMFujzhBiUXwdhIEgdM.html
- ⁹ Editorial. Future plans for the NHS. *Lancet* 2014; 384:1549.
- ¹⁰ <http://www.saluteinternazionale.info/2011/06/assistere-le-persone-con-condizioni-croniche/>.
- ¹¹ Ham C., The ten characteristics of the high-performing chronic care system, *Health Economics, Policy and Law*; Vol. 5, Issue 1, January 2010, pp. 71-90.
- ¹² <http://www.saluteinternazionale.info/2014/09/chronic-care-model-in-salsa-tedesca/>.
- ¹³ <http://www.saluteinternazionale.info/2012/07/da-spending-review-a-choosing-wisely/>
- ¹⁴ <http://www.saluteinternazionale.info/2013/05/fare-di-piu-non-significa-fare-meglio/>
- ¹⁵ Heath I., Role of fear in overdiagnosis and overtreatment, *BMJ* 2014, 349: 19-21.
- ¹⁶ <http://www.transparency.org.uk/our-work/pharmaceutical-corruption>
- ¹⁷ http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-is-new/news/news/docs/20131219_study_on_corruption_in_the_healthcare_sector_en.pdf
- ¹⁸ <http://giacomosalerno.com/2014/12/20/il-gioco-facile-del-corruttore-gianrico-carofiglio/>
- ¹⁹ <http://www.libera.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/8398>
- ²⁰ Jain A, Nundy S, Abbasi K. Corruption: medicine's dirty open secret. *BMJ* 2014;348:g4184

Cosa ci richiede il paziente cronico?

Per una nuova geografia dei servizi

Francesco Longo
CERGAS/SDA-Università Bocconi

La geografia delle aziende

In molte regioni è vivo e acceso un ricco dibattito sul riordino dei perimetri delle aziende sanitarie. La Regione Friuli-Venezia-Giulia ha già deliberato di passare da 6 ASL a 5 facendo rientrare in esse le proprie tre aziende ospedaliere comprese le due universitarie (Trieste ed Udine).

Il Presidente della regione Toscana propone di ridurre a sole 6 aziende le organizzazioni del proprio sistema sanitario: tre ospedaliere e tre ASL.

Lo stesso libro bianco sul sistema sanitario lombardo e le correlate proposte di legge pianificano una profonda rivisitazione degli assetti istituzionali (la geografia delle aziende), prevedendo la sostanziale re-integrazione delle aziende ospedaliere con i servizi territoriali e una riduzione delle agenzie di committenza pubbliche a sole 5 ASL responsabili esclusivamente della funzione di programmazione, acquisto e controllo. Altrettanto si può dire di molte altre regioni: Sardegna (ipotizzato ritorno a 4 ASL), RER con la nascita della ASL unica di tutta la Romagna o in Lazio con accorpamento ASL Roma E e Roma A e reintegrazione in esse dell'azienda ospedaliera S. Filippo Neri.



“La messe è molta e gli operai sono pochi”

L'assetto istituzionale

Il riassetto istituzionale è però solo uno strumento che va correlato a dei fini: la valutazione della sua appropriatezza risiede proprio nell'analisi se la modifica della geografia delle aziende riesca a generare le innovazioni necessarie nei servizi per allinearli all'epidemiologia emergente. Il riassetto istituzionale dovrebbe essere solo strumentale per la rimodulazione dei servizi, ma come spesso accade, cattura l'attenzione dei media (è più facile parlare di fusioni tra aziende che di complesse tecniche erogative) e talvolta rischia di assorbire e consumare tutte le energie di sistema disponibili, trasformando il mezzo (l'assetto istituzionale) in fine, lasciando sullo sfondo o poco focalizzato il vero obiettivo, ovvero la rimodulazione dell'offerta.

La trasformazione

In questo scritto ci concentriamo solo su questo secondo e decisivo obiettivo, la trasformazione della geografia dei servizi del SSN, sapendo che questo finalismo risuona anche nel patto per la Salute 2014-2016, che è tutto concentrato sulla trasformazione dei servizi del SSN.

Siamo infatti di fronte ad un nuovo quadro epidemiologico, che richiede servizi diversi ed alternativi a quelli che siamo abituati a conoscere.

I cittadini italiani affetti da una patologia cronica sono il 30% del totale (ovvero 18 milioni di persone), che per la Lombardia significa 3 milioni di persone, mentre 2,3 milioni sono gli italiani non autosufficienti (di cui 380.000 sono in Lombardia).

Davanti a queste cifre, anche alla luce dello *shortage* dei medici e degli infermieri, è chiaro che siamo entrati in una nuova era per i sistemi di welfare pubblici: "la messe è molta e gli operai sono pochi". Non è più necessario "contendersi" i pazienti, ma al contrario è necessario organizzare in modo rigoroso e strutturato il lavoro, per riuscire a gestire una epidemiologia così sfidante, con le poche risorse di cui gode il SSN (circa il 25% in meno per abitante se

confrontato con la spesa pubblica sanitaria di Germania o Francia).

Il trattamento dei pazienti cronici

La patologia cronica, soprattutto se leggera, richiede di un approccio basato su alcuni elementi clinico-assistenziali decisivi: il reclutamento precoce, l'inserimento del paziente in un percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale costo/efficace, il controllo dell'aderenza al percorso dei professionisti sanitari che afferiscono alla filiera della patologia (ospedalieri, specialisti ambulatoriali, MMG, infermieri), il controllo della *compliance* del paziente. Tutti questi elementi fondamentali per il trattamento dei pazienti cronici esulano dalla cultura e dalla prassi profonda dell'ospedale.

L'ospedale è l'ambito assistenziale per i pazienti acuti, quindi basato sulla medicina di attesa, focalizzato su cosa succede dentro le sue mura, poco interessato a proiettare i propri percorsi al di fuori del suo raggio di azione e non abituato ad occuparsi della *compliance* dei pazienti, una volta dimessi. Similmente, anche i pazienti non autosufficienti necessitano di un *setting* assistenziale attento alle loro esigenze, che sono quello di mantenimento delle residue capacità, del trattamento polipatologico attento agli equilibri e agli impatti complessivi della cura, diversi dalle caratteristiche dei servizi che operano in ambienti specialistici per l'acuzie.

I pazienti cronici e non autosufficienti consumano il 70% delle risorse del sistema, quindi ne costituiscono l'essenza, attorno a cui occorre modellare i servizi.

Le quattro aree da rivisitare

Le principali aree in cui occorre una rivisitazione profonda della geografia dei servizi sono quattro, che vanno lette in modo coordinato tra di loro, per rispondere al cambio del quadro epidemiologico emergente.

1) Da un lato è urgente una concentrazione degli ospedali in un numero inferiore di presidi, capaci di garantire la casistica minima per ogni specialità.

A questo proposito sappiamo che nel SSN esistono oggi molte unità operative che non raggiungono la casistica minima per essere sicuri, efficaci, tecnologicamente aggiornati, con le necessarie specializzazioni interne. Inoltre, di norma, gli ospedali per acuti dovrebbero rimodularsi funzionalmente e logisticamente seguendo il modello dell'organizzazione per intensità di cura.

2) I piccoli presidi devono essere trasformati in luoghi per i post-acuti o subacuti, in una prospettiva di lungodegenza utile per la stabilizzazione o il mantenimento con una forte vocazione agli anziani. Queste strutture possono trovare aree di coordinamento e interscambio di servizi con le RSA "aperte" contribuendo complessivamente allo sviluppo delle cure intermedie.

Le cure intermedie vanno attentamente distinte tra:

- ✓ subacute, utili per offrire un *setting* assistenziale più appropriato ed efficace, soprattutto per pazienti anziani o non autosufficienti, necessarie per prevenire dannose e inutili ospedalizzazioni;
- ✓ post-acute, necessarie per offrire una assistenza post ospedaliera il più rapidamente possibile a quelle persone che hanno superato la fase clinica specialistica, ma che necessitano ancora un percorso di stabilizzazione assistenziale.

I pazienti cronici e non autosufficienti consumano il 70% delle risorse del sistema

3) È necessario sviluppare dei presidi territoriali (es. il POT ipotizzato in Lombardia) con una specifica vocazione per l'attività ambulatoriale e gli interventi a bassa soglia. Sono la risposta più robusta per affrontare l'aumento dei fabbisogni ambulatoriali che richiede il trattamento delle patologie per cronici.

4) La Casa della Salute (detta anche unità complessa di cure primarie -UCCP-) insieme a diversi possibili modelli di disease management della cronicità (*Chronic Care Model* in Toscana o CREG in Lombardia, per fare degli esempi), ovvero la presa in carico stabile del paziente cronico leggero da parte di cooperative di MMG, rappresentano la traiettoria di sviluppo necessaria per le cure primarie.

Tempi lunghi

Il combinato disposto di queste innovazioni genererà un portafoglio di servizi sanitari profondamente diverso da quelli che siamo abituati a conoscere.

Un cambiamento di questa portata richiede tempi lunghi per la sua messa a regime (5-10 anni), potendo registrare improvvise accelerazioni, lunghi periodi di resistenza, applicazioni disomogenee, territori che riescono ad avere una velocità evolutiva diversa da altri. Questa trasformazione comporta, infatti, dei cambiamenti culturali ed organizzativamente profondi.



Anche se si tratta di innovazioni diverse tra di loro, esse hanno alcuni tratti distintivi comuni:

- enucleano e distinguono il governo delle piastre assistenziali dal governo clinico, separando nitidamente le funzioni (es. il governo delle piastre dell'ospedale per intensità di cura, il governo del POT): il governo delle piastre non è più necessariamente assegnato a clinici;
- si sviluppano molteplici e nuovi *setting* di cura, la maggior parte dei quali hanno una forte impronta assistenziale più che clinica, come tutto l'ambito in espansione delle cure intermedie;
- la maggior parte di questi ambiti assistenziali richiede lo sviluppo di una forte funzione di *case management* capace di garantire presa in carico e contestuale fluidità nei passaggi da un *setting* assistenziale all'altro: casa della salute, presidio ambulatoriale, cure intermedie;
- l'accresciuta attenzione ad approcci di medicina di iniziativa richiede di sviluppare nuove logiche e strumenti di reclutamento precoce dei pazienti, di educazione alla compliance alle terapie, di verifica delle medesime, di *call* e *recall* di coloro che sono usciti dal percorso o necessitano una sua rivisitazione;
- molte fasi dei processi clinici più "ingegnerizzati" potranno essere delegati a professioni sanitarie (es. eseguire *follow up* di percorsi codificati o gestire processi di screening).

Quali profili serviranno?

Nel SSN non sono così diffuse queste competenze, essendo esso focalizzato su due tipi di profili: quello clinico e quello amministrativo.

Mancano invece i profili professionali con competenze distintive sul governo delle piastre, focalizzati sull'*operation management* e la capacità di ottimizzarne l'utilizzo.

Non abbiamo una vera scuola di

direzione di strutture intermedie o strutture socio-sanitarie.

Rimane completamente da costruire il *know how* per gestire efficacemente una casa della salute o un presidio prevalentemente ambulatoriale.

Le tecniche per migliorare, monitorare e incentivare la compliance dei pazienti ai percorsi e agli stili di vita appropriati sono ancora compiutamente da sviluppare e ingegnerizzare.

Chi occuperà questo spazio professionale? Ci auguriamo che questo processo non sarà frutto di una dialettica rivendicativa tra professioni alla luce di titoli formali, ma che, all'opposto, ci saranno degli spazi occupati da coloro che svilupperanno le necessarie competenze ed esperienze, dimostrando sul campo di poter esercitare

Se si imporrà un clima di resistenze determinato dall'avanzata demografia dei professionisti del SSN il cambiamento sarà impossibile

alcuni ruoli. Per le professioni sanitarie, anche alla luce del crescente *shortage* dei medici, si aprono piste di diversificazione e crescita estremamente interessanti, che richiederanno però percorsi di sviluppo differenziati. Infatti dirigere una piastra (es. di *day service*) di un ospedale è diverso che dirigere una struttura socio-sanitaria. Organizzare una casa della salute è diverso dal fare i *follow up* per patologia nella stessa struttura.

Un upgrading di competenze

Risulta estremamente interessante osservare come la nuova geografia dei servizi richiede un *upgrading* delle competenze a tutte le figure professionali del SSN.

I medici ospedalieri devono concentrarsi sui pazienti più gravi e sulle fasi più acute

e specialistiche. Le cure intermedie devono imparare a gestire pazienti che fino a ieri venivano ancora ricoverati in ospedale nei reparti di medicina. In attività ambulatoriale ci si trova a svolgere compiti e funzioni cliniche un tempo appannaggio del *day hospital* o addirittura di ricoveri. I MMG e gli infermieri territoriali sono chiamati a prendersi in carico pazienti e fasi assistenziali decisamente più complesse che in passato.

Di norma, la possibilità di svolgere un lavoro professionalmente più sfidante, che richiede nuove e accresciute competenze tecniche, che necessita l'utilizzo di tecnologie più complesse, rappresenta per ogni professionista sanitario una grande opportunità di crescita che suscita entusiasmo e un clima di lavoro generativo.

Nel SSN l'*upgrading* necessario delle competenze viene chiesto a professionisti che in media hanno più di 50 anni (55 nel caso dei MMG) e quindi si collocano in una età dove la propensione al cambiamento tende a scemare. Se riusciremo a cogliere la possibilità di innovare come una opportunità di crescita umana e professionale, la svolta per il SSN sarà possibile, se invece si imporrà un clima di resistenze determinato dall'avanzata demografia dei professionisti del SSN il cambiamento sarà reso impossibile. Saranno infatti solo nuove e accresciute competenze a riempire di contenuti la nuova geografia dei servizi e rendere possibile un reale cambiamento e non il contrario. ●

Rebus: (2; 11; 1; 9?)

Soluzione: Un cambiamento è possibile?

Rebus di Raffaele Spiazzi, *Un cambiamento è possibile*

Un Servizio Sanitario universalistico, equo e solidale e.....sostenibile?

Alessandro Signorini

Direttore Generale Fondazione
Poliambulanza, Brescia

Il grande “salvadanaio” pubblico

Del nostro Servizio Sanitario Nazionale possono essere messe in discussione l'efficienza delle strutture, la variabilità e la disomogeneità del livello qualitativo delle prestazioni, lo spessore professionale di parte della sua della classe dirigente ma non sono mai – fortunatamente - messi in dubbio i valori di riferimento sui quali è stato fondato e che coincidono con le categorie dell'*universalità* (è garantito a tutti i cittadini), dell'*equità* (pari opportunità di accesso) e della *solidarietà* (fondato sulla fiscalità generale e quindi patrimonio condiviso della comunità).

La categoria della “*sostenibilità*” costituisce invece argomento di più recente introduzione, poiché mai presa in considerazione negli anni in cui nasceva il SSN (1978).

In quel particolare momento storico si coltivava infatti la convinzione che il grande “salvadanaio” pubblico sarebbe sempre stato in grado di distribuire risorse sufficienti a garantire l'ambizioso progetto



di tutela della salute “*dalla culla alla tomba*” come era vantato dai modelli di welfare sociale e sanitario già avviati, da alcuni decenni, in altri paesi europei. Se infatti si esamina attentamente il testo della storica legge istitutiva del SSN (n° 833 del 23 dicembre 1978), non si rintraccia alcun riferimento alla necessità

cogente di onorare le categorie della appropriatezza prestazionale o dell'uso efficiente delle risorse.

La sanità costituiva un'entità indenne da qualsiasi responsabilità di ordine economico, quasi che la popolare espressione *"la salute non ha prezzo"* avesse trovato definitivo e solenne recepimento normativo.

D'altra parte si poteva, ragionevolmente, contare su di una prospettiva di progressione costante della nostra economia (il *"boom economico"* era esperienza positiva e recentissima), le curve di crescita demografica erano in grado di sostenere un *"gettito fiscale futuro"*, capace di supportare perfino le *"pensioni baby"* e non si lesinava sulla capacità dell'industria di stato (IRI) di assorbire le imprese che, per varie ragioni, fossero risultate non più competitive ed in grado di sostenersi nel mercato interno o internazionale.

"Aziendalizzare" il sistema

Dunque il tema della *"sostenibilità economica"* è rimasto lungamente estraneo al lessico della nostra sanità, per poi appalesarsi improvvisamente nei primi anni '90, in coincidenza con il tentativo di *"aziendalizzare"* il sistema.

Oggi possiamo considerare che quel processo non si è rivelato completamente utile a coagulare definitivamente l'intera società intorno alla responsabilità di *"usare bene le risorse comuni"*, anzi ha dato origine ad una ulteriore divisione tra *"amici e nemici"* della *"sanità pubblica"*, sulla base di visioni ideologiche miopi ed inconciliabili, sicuramente irrobustite da una innegabile, gigantesca e *bipartisan* propensione alla corruzione ed al

La sanità costituiva un'entità indenne da qualsiasi responsabilità di ordine economico

malaffare da esercitare proprio in...sanità. Eppure il tema della *"sostenibilità"*, che potrebbe essere felicemente declinato insieme ai termini della responsabilità, della eticità e della stessa deontologia professionale, merita attenzione proprio in funzione della necessità di garantire sicura continuità nel tempo ai valori fondanti del sistema.

Un sistema di per sé sostenibile

Va anche registrato, a proposito della questione della *"sostenibilità"*, che esistono correnti di pensiero e pronunciamenti che tendono ad escludere che l'argomento abbia una sua rilevanza: il sistema è, di per se stesso, sostenibile e a fornirne recentissima attestazione non è altro che la Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica.

Infatti, nel corso del mese di gennaio 2015, sono stati resi pubblici i lavori elaborati dalla commissione di inchiesta che, proprio in relazione al livello di tutela dei valori della dell'universalità, dell'equità e della solidarietà garantiti dal SSN, ha concluso che *"il modello è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia"*.

In pratica, non sono tanto le grandi ed incumbenti tematiche attuali (la crisi economica, le trasformazioni epidemiologico-sociali, le mutate prospettive demografiche, le emergenti innovazioni tecnologiche in medicina) a condizionare il destino di un sistema sanitario, quanto la natura delle scelte politiche adottate da chi lo governa.

La prospettiva si potrebbe prestare a qualche ironia circa l'adeguatezza della politica nazionale (e non solo) ad orientare positivamente i complessi fenomeni che stiamo considerando, ma resta il fatto che, proprio la politica, avrebbe forse potuto utilmente operare per proteggere i sistemi di welfare dei paesi ad economia avanzata, dalla tempesta economica innescata da giganteschi fenomeni speculativo finanziari.¹

Rebus: (14; 12; 3; 2; 7?)



B



S



NS



TO?

© 1997 Raffaele Spiazzi

Soluzione: collaborazione responsabile con il privato?

Rebus di Raffaele Spiazzi, Collaborazione responsabile

“I programmi dichiarati”

Le conclusioni della nostra commissione parlamentare di inchiesta appaiono ulteriormente discutibili quando evitano di considerare l’opportunità che il nostro sistema sanitario possa patire di qualche criticità “strutturale”, intrinseca alla sua natura e meritevole di essere aggiornata, proprio come si è fatto in quasi tutti i sistemi di assistenza sanitaria europei. Si afferma, ad esempio, quale premessa ad ogni successiva argomentazione, che, “il Servizio

**Rapporto dell’OMS:
ci hanno riconosciuto
un livello straordinario
di... “buone intenzioni”!**

Sanitario Nazionale produce risultati di eccellenza, riconosciuti in ambito internazionale” e va quindi maneggiata con cura ogni prospettiva di revisione dei suoi meccanismi, sulla base del principio che è saggio non modificare ciò che funziona bene. Si tratta di una affermazione impegnativa, probabilmente correlata al fatto che siamo stati classificati quale “secondo servizio sanitario del mondo” in un particolare rapporto dell’OMS (“the world health report 2000-OMS”),² che valutava i “programmi dichiarati” dai diversi servizi sanitari e non considerava affatto i risultati delle reali performances, vale a dire: ci hanno riconosciuto un livello straordinario di ... “buone intenzioni”! Ulteriormente si potrebbe considerare che, sempre dal punto di vista degli effettivi risultati prodotti dal sistema,

¹ Cfr “The assault on universalism: how to destroy the welfare state” Martin McKee, David Stuckler, BMJ, 20 dicembre 2011
² <http://www.who.int/whr/2000/en/>

Date per scontate le doverose invocazioni al contenimento degli sprechi, alla riduzione del carico burocratico, alla standardizzazione dei costi, potrebbero risultare indicate alcune **linee di principio** da tradurre, auspicabilmente, in vere e proprie scelte programmatiche:

- ✓ Abbiamo bisogno che Il Servizio Sanitario renda responsabilmente espliciti i contenuti e le tipologie di servizi che lo Stato si impegna a garantire, in modo che i cittadini sappiano a cosa hanno realmente diritto, in modo uniforme e per tutto il territorio nazionale.
- ✓ Dobbiamo ripensare alla “catena produttiva” delle prestazioni del SSN, coordinando i diversi “punti di erogazione” (ospedale, territorio e professionisti che devono “parlare la stessa lingua”).
- ✓ È indispensabile misurare gli esiti degli interventi, garantire la trasparenza dei risultati e l’accessibilità alle informazioni, condizioni essenziali per poter esercitare il diritto di scelta da parte dei cittadini.
- ✓ L’equilibrio tra offerta pubblica ed offerta privata merita di essere definitivamente intonato al livello della collaborazione responsabile e non relegato entro i confini dell’opportunismo o della miopia ideologica.

viviamo in un paese in cui un numero consistente di amministrazioni regionali necessitano di essere “commissariate”, proprio in ragione della insoddisfacente capacità di assicurare i “livelli essenziali di assistenza-LEA” ai propri cittadini.

Programma Nazionale Esiti: inadeguatezze e criticità

Come se non bastasse gli stessi organi tecnici centrali dello Stato rendono disponibile, con ricorrenza annuale, i risultati del Programma Nazionale Esiti (PNE-Agenas) che mettono in luce, documentandole, sia indiscusse eccellenze e straordinarie *performance*, sia clamorose inadeguatezze e criticità (non sempre riferibili ai soli territori regionali di consumata inefficienza!!!). Sulla base di tali risultati, pubblicamente consultabili,³ ci sentiamo forse confortati dal fatto che solo nel 35 % degli ospedali italiani una frattura del femore viene operata entro 48 ore, quando il *gold standard* riconosciuto è di almeno il 75 %? Probabilmente è assai più equilibrato rinunciare sia alla elencazione dei guai e dei difetti del sistema (nessun sistema al mondo è, per definizione, indenne da inconvenienti), sia all’esclusione pregiudiziale dell’ipotesi di “ripensare” il modello che, indipendentemente dalla struttura / forma che può assumere, deve essere sempre finalizzato alla “tutela della salute” nei termini espressamente stabiliti dalla norma costituzionale.

Il confronto con i paesi europei

A questo proposito potrebbe risultare utile capire quali sono state le logiche che hanno invece indotto la quasi totalità dei paesi europei a rivedere, spesso in modo consistente, l’impostazione di fondo dei propri sistemi sanitari, proprio nella logica di perseguire una stabilità tale da

³ <http://www.agenas.it/ricerca-e-sviluppo/ricerca-corrente-e-finalizzata-ricerca-agenas-ccm/pne>

garantire la sussistenza attuale e futura dei diversi modelli. Non sembra, a tale proposito, che si registrino notizie relative al fatto che i cittadini tedeschi, austriaci, francesi, belgi o olandesi godano oggi di tutele sanitarie meno estese delle nostre, eppure usufruiscono di un Servizio Sanitario Nazionale che non è, come quello italiano, così direttamente gestito dallo Stato, e le valutazioni della qualità delle prestazioni erogate a quei cittadini risultano stabilmente superiori alle nostre.⁴

In tutti i paesi citati il sistema sanitario è di tipo universalistico, ma il ruolo dello Stato si esprime attraverso una prevalente responsabilità di programmazione, di verifica e di controllo, piuttosto che mediante una competenza erogativa diretta.

Quei modelli di assistenza sanitaria appaiono oggi più stabili del nostro, anche se spesso gravati da costi medi più consistenti.

I confronti sono, ovviamente, sempre difficili e a rischio di considerare solo parzialmente gli scenari, tuttavia desta qualche perplessità l'insistenza con la quale si indica, nel nostro caso, la indisponibilità a prendere in considerazione, almeno in parte, le alternative prospettate da altri sistemi, parimenti "universali, equi e solidali".

Da tali analisi potrebbero derivare spunti idonei a definire alcune linee di "ripensamento" dell'organizzazione e della governance del sistema, al solo scopo di rendere concretamente praticabile, nello scenario sociale, epidemiologico ed economico del XXI secolo, l'attuazione degli inviolabili principi etici che hanno dato origine al nostro sistema di welfare sanitario. ●



Suggerimenti bibliografici

- Amato G. - Graziosi A.
"Grandi illusioni. Ragionando sull'Italia"
Il Mulino, Bologna 2013
- Bredesen Philip
"Fresh Medicine"
Atlantic Monthly Press, New York – 2010
- Cavicchi I.
"Il riformista che non c'è Le politiche sanitarie tra invarianza e cambiamento"
Dedalo Edizioni, 2014
- Fuchs Victor
"Chi Vivrà?"
Vita e Pensiero, Milano – 2002
- Gray M. Ricciardi W
"Per una Sanità di Valore"
Editore Iniziative sanitarie, Roma 2008
- Magatti Mauro
"La Grande Contrazione"
Feltrinelli, Milano 2012
- Parsi V. E.
"La Fine dell'Uguaglianza"
Mondadori, Milano 2012
- The European House Ambrosetti
"Meridiano Sanità – Rapporto 2013"
www.ambrosetti.eu
- Vineis P.; Dirindin N.
"In buona salute. Dieci argomenti per difendere la sanità pubblica"
Einaudi, 2004

⁴ Cfr. Euro Health Consumer Index – anni dal 2008 al 2014 - <http://www.healthpowerhouse.com>

La cronicità: una sfida per la medicina contemporanea

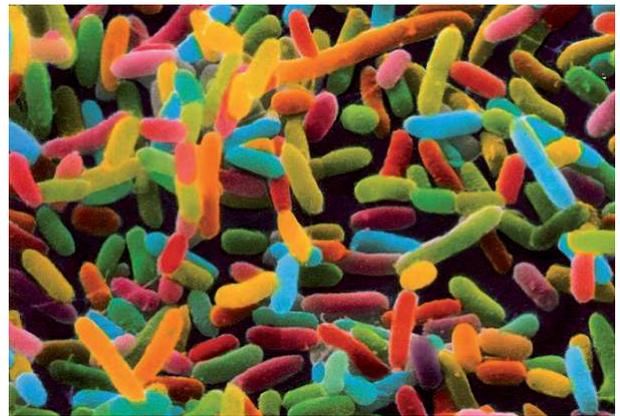
Marco Trabucchi

*Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia e
Associazione Italiana di Psicogeriatrica*

Un cambiamento profondo

La medicina contemporanea è al centro di un profondo cambiamento, del quale essa stessa non ha preso coscienza fino in fondo. Infatti si è passati nel giro di 60-70 anni dalla mancanza di strumenti clinici realmente efficaci, all'introduzione dei farmaci curativi (antibiotici, cardioattivi, psicofarmaci, ecc.) degli anni '50 e '60, fino alla più recente introduzione di farmaci (biologici e non) realmente innovativi. Questi ultimi hanno la capacità di cambiare lo scenario delle condizioni di salute di molti cittadini, precedentemente destinati ad una vita breve a causa di rilevanti processi patologici; e che oggi, invece, sono in grado di sopravvivere agli eventi biologici che hanno indotto le diverse malattie.

Il fenomeno ha iniziato ad essere più evidente dopo l'introduzione delle terapie per l'AIDS, perché queste hanno ridotto, e quasi annullato, la mortalità precedentemente molto elevata indotta dall'esposizione al virus HIV. Il tutto è avvenuto in breve tempo ed ha avuto dimensioni così rilevanti sul piano quantitativo da indurre un ripensamento esteso a tutta la medicina contemporanea, che fino ad allora non aveva raggiunto un chiaro livello di coscienza di quanto era



cambiata la realtà negli ultimi anni. Si è quindi giunti a ripensare a quanto accade, ad esempio, nel paziente diabetico dopo l'introduzione dell'insieme di cure farmacologiche (chimiche o biologiche) e di cambiamenti dello stile di vita, nel paziente affetto da tumore, in quelli che subiscono un trattamento dialitico, nelle persone affette da demenza; in questi casi, e nei molti altri che potrebbero essere presi come esempio, la cronicizzazione è la conseguenza delle nuove terapie farmacologiche e della medicina interventistica (in ambito chirurgico e strumentale), fortemente supportate dalle nuove tecnologie di *imaging*, che hanno

permesso l'analisi anche a livelli micro dei fenomeni biologici, come premessa di interventi mirati.

Oggi, dopo qualche anno di diffusione di queste prassi innovative, non vi sono più alibi rispetto ad una presa di coscienza che l'evoluzione ha portato alla diffusa cronicizzazione dello stato di salute di molti cittadini e che, di conseguenza, è necessario adottare nuovi atteggiamenti culturali, di prassi e organizzativi. Ci si deve fondare in particolare sulla conoscenza dei fenomeni biologici, che portano al mantenimento di un'omeostasi che cambia nel tempo, in grado però di permettere la sopravvivenza dell'individuo, anche se a livelli diversi rispetto a quelli considerati normali per l'età. In particolare, lo scenario è caratterizzato dalla presenza di svariati fattori che interagiscono, molti dei quali sconosciuti fino a pochi anni fa. Si pensi, ad esempio, al ruolo del microbioma, del quale si iniziano a studiare e a conoscere le funzioni e la sensibilità alle variazioni di fattori esterni, come la dieta e l'attività fisica.

La "dimenticanza"

Nelle malattie croniche entrano in gioco anche questi fattori, che devono essere tenuti sotto osservazione in una prospettiva, completamente innovativa, che voglia cogliere l'insieme degli eventi che concorrono a determinare la clinica. Quindi, di fronte ad una medicina che ha apparentemente trascurato la "seconda fase" del suo intervento (e sarebbe interessante comprendere le ragioni di questa "dimenticanza", che indica l'incapacità di una tecnica non governata dalla politica di trovare le strade per rispondere ad un bisogno in continua modificazione), strettamente dipendente dalla prima, è necessario organizzare un sistema che nel suo insieme si faccia carico delle nuove esigenze clinico-assistenziali delle persone affette da malattie croniche, indotte appunto dal processo di sopravvivenza conseguente ai progressi della medicina. Quest'ultima non può "tradirsi" dimenticando quanto è riuscita ad

Le cronicità devono essere l'obiettivo primario di una cura adeguata alla realtà di oggi

ottenere nel singolo individuo curato; deve quindi occuparsi del tempo guadagnato, garantendo il massimo di qualità della vita, contemporaneamente però occupandosi anche di continuare a prolungare il tempo residuo. La cronicizzazione delle malattie non può essere vissuta come un effetto collaterale più o meno desiderato delle cure, ma come il risultato centrale delle stesse (anche se diverso da quello primariamente atteso).

E quindi le cronicità devono essere l'obiettivo primario di una cura adeguata alla realtà di oggi.

Di seguito vengono indicate alcune caratteristiche centrali perché l'opera di cura delle cronicità possa trovare concrete applicazioni.

L'individuo e le malattie croniche

La libertà di ogni individuo costituisce il fulcro sul quale costruire qualsiasi ipotesi di intervento. Infatti è necessario preservarla dagli insulti della malattia e dai rischi indotti dai trattamenti. Il punto centrale è considerare la condizione di cronicità come compatibile con la tendenza a condurre una vita normale, ricercando per ogni tempo il massimo di adattamento, che comporta il maggior livello di libertà compatibile con l'insieme dello stato di salute. Le cure dovrebbero avere il ruolo di difesa della libertà attivando, sia attraverso specifici interventi terapeutici sia attraverso supporti psicosociali, le capacità di resilienza specifiche per ogni individuo. Difendere la libertà è un compito che discende dal rispetto assoluto della **dignità** umana. Non è un'affermazione generica, ma un programma di lavoro: nessuna persona è così compromessa sul piano psicofisico da non essere titolare di un diritto al massimo delle cure. Se

questo è vero, nessuna revisione della spesa è autorizzata a risparmiare sulle persone meno fortunate, solo perché sono affette da una malattia di lunga durata. In questa prospettiva vanno controllate con attenzione, in particolare, le proposte che sembrano apparentemente logiche, e quindi in grado di ricevere un consenso diffuso da chi è più sprovveduto; tra queste, ad esempio, la predisposizione di ospedali per malati cronici, separati da quelli per il resto della popolazione, quasi che le loro esigenze cliniche richiedano minor competenza, intensità di intervento, completezza dei servizi specialistici. Il criterio della dignità impone alle aziende sanitarie di svolgere controlli stretti sulla qualità dei servizi prestati, in particolare nell'area delle cure prolungate e dell'integrazione socio-sanitaria nel territorio. Oggi in Italia nessuno permetterebbe l'esistenza di servizi di chirurgia o di terapia intensiva di qualità sotto le norme, simili in tutti i paesi: perché invece ciò è permesso nell'area della cura delle persone affette da malattie croniche?

La fragilità è una caratteristica della persona affetta da malattie croniche. Fragilità significa incapacità di gestire particolari situazioni a causa di una struttura biologica che ha perso la capacità di resilienza. Vi possono essere livelli diversi di fragilità, ciascuno dei quali obiettivo di specifici interventi (questi stessi, peraltro, sempre rispettosi della debole capacità di strutturare risposte o -ancor prima- di sopportare interventi eccessivamente "pesanti").

La fragilità è determinata dalla storia di malattia, spesso caratterizzata dalla coesistenza di molte, tra loro interagenti, con modalità difficili da predeterminare (in questa logica vanno visti anche gli interventi di cura, in particolare farmacologici, difficili da coordinare e spesso fonte di danno alla persona ammalata).

La complessità è la forma organizzativa della realtà che accompagna la condizione di salute delle persone a qualsiasi età. Più il tempo passa, più le interazioni tra

La frammentazione porta a rischio di interventi a vuoto, ripetuti, mirati verso obiettivi non realistici

ambiti somatici, psicologici, relazionali divengono stretti e determinano la fenomenologia degli eventi. In quest'ottica la ricerca contemporanea ha messo in crisi le ipotesi di rapporti diretti causa-effetto, sia sul versante delle cause che provocano la perdita della salute sia sul versante delle possibili cure. Il mondo del benessere e della malattia non può essere scomposto meccanicamente in vari pezzi, analizzati e modificati attraverso una deduzione razionale; nella realtà i componenti dell'equazione non sono costanti, indipendenti e predicibili. Le realtà biologiche, cliniche, sociali, organizzative che concorrono alla creazione di uno stato di salute o di malattia sono fluide e dinamiche: piccoli cambiamenti in un settore possono indurre effetti moltiplicativi in un altro. Le risposte terapeutiche non possono quindi dipendere da una lettura limitata della realtà clinica, ma devono tener conto di ciò che è noto e di ciò che è oscuro, ma talvolta navigando anche nell'area dei grigi, la più ampia nella medicina contemporanea.

La visione "sistemica", termine che esprime la caratteristica di un intervento che tenga conto di tutte le possibili variabili, che precedono l'intervento stesso e sono indotte da questo, a loro volta rilevate attraverso valutazioni multidimensionali, è stata una guida significativa per impostare comportamenti clinici corretti. L'attenzione ad una visione sistemica è stata variamente coltivata negli anni recenti, soprattutto in una prospettiva critica verso la medicina ufficiale. Taluni ritengono che l'atteggiamento analitico, in grado di guardare ai meccanismi molecolari e alle dinamiche più piccole della vita, sia incapace di comprendere l'esperienza vitale della malattia e della

sofferenza, costruendo quindi ipotesi di cura inadeguate, perché parziali, mancanti di un riferimento complessivo che dà senso al dolore. La visione sistemica impone una conoscenza multidimensionale della vita delle persone che hanno bisogno di cure. Non è quindi una sovrastruttura al ragionamento clinico, ma un elemento fondante dello stesso, perché permette di mettere in rete i diversi aspetti della vita, identificando, ove possibile, i punti di contatto, le interazioni negative e positive.

La personalizzazione degli interventi è un'altra caratteristica che si deve rispettare per raggiungere l'obiettivo di una cura efficace. Il passare del tempo porta ad una progressiva differenziazione, condizione che continua a svilupparsi nel tempo, senza mai raggiungere un punto finale. Ogni persona è un'opera incompiuta, che si esprime attraverso un fenotipo instabile. Ciò richiede una lettura dinamica e ripetuta della realtà, perché nulla può essere considerato in equilibrio, nemmeno quando l'effetto della malattia potrebbe sembrare aver bloccato definitivamente le espressioni della naturale vitalità. La personalizzazione impone l'attenzione alla misura dei risultati delle cure, in tutte le situazioni, anche di cronicità, proprio perché ogni individuo risponde in maniera diversa ad interventi apparentemente simili. Deve essere chiaro che porre al centro le procedure è un atto doveroso da parte dei medici per evitare errori, mentre dare centralità al risultato è un atto di rispetto verso la specifica persona che viene curata.

Sul piano organizzativo la parola chiave è **deframmentazione**, cioè la caratteristica che deve accompagnare qualsiasi intervento che non può mai segmentarsi in settori o in tempi diversi. L'instabilità dell'oggetto delle cure (la persona ammalata cronica) ha bisogno di interventi

senza intervalli, perché ogni momento è l'apertura verso un altro, in un susseguirsi senza sosta e il cui traguardo non è sempre prevedibile. La frammentazione porta a rischio di interventi a vuoto, ripetuti, mirati verso obiettivi non realistici.

La frammentazione ha storicamente caratterizzato soprattutto il rapporto tra territorio e ospedale. Quest'ultimo risponde alle esigenze più pesanti del cittadino; si pensi, ad esempio, alla cura di una patologia grave medico-chirurgica in una persona affetta da più malattie contemporaneamente. Non vi è linea guida o protocollo in grado di definire le modalità più appropriate di intervento, l'intensità delle procedure diagnostiche da effettuare e delle terapie, la migliore associazione dei diversi farmaci che interagiscono con organi e tessuti già modificati da lunghe storie di malattia. Solo l'esperienza del medico e il supporto della tecnologia permettono di dare risposte efficaci.

Le attività ospedaliere devono saper rispondere al bisogno degli ammalati cronici senza sprechi: attivazione nei casi opportuni di un'osservazione breve intensiva, in grado di definire in poco tempo la condizione clinica e quindi di stabilire l'iter medico dentro e fuori l'ospedale, tempi brevi di degenza (l'ospedale non è un luogo di residenza...), coordinamento dei servizi interni, leadership clinica in grado di decidere confini e scopi dell'atto di cura, in grado di assumere responsabilità coraggiose, incisivo supporto medico anche alle attività di tipo chirurgico, ecc. Fondamentale è il momento della dimissione, sia che avvenga verso un servizio di postacuzie, verso una residenza per anziani, verso la casa; non è un'attività da affidare ad operatori esterni, perché è uno degli aspetti centrali dell'atto di cura e significa mettere le basi della loro continuazione in modo ordinato nel tempo. La dimissione è la base per evitare, ridurre o anche governare le frequenti ri-ospedalizzazioni; queste non sono necessariamente il prodotto di malpratica o dell'incapacità del territorio di garantire la continuità dell'assistenza. Spesso sono l'indispensabile risposta per mantenere

**La medicina non può
(e non deve) diventare
l'unica risposta alla sofferenza
psicosociale di molti**

l'equilibrio biologico che garantisce la sopravvivenza della persona molto fragile. Oltre ad un ospedale efficiente, il futuro delle persone affette da cronicità dipenderà in gran parte dalla capacità della nostra organizzazione sociale di strutturare servizi realmente efficaci diffusi nel territorio. Questo è ancor oggi uno degli aspetti più delicati e incerti; è però necessario identificare e sperimentare soluzioni concrete a breve, per ridurre le incertezze sul futuro, in grado, tra l'altro, di diffondere tra i cittadini un senso di paura, che ha effetti devastanti sulla possibilità degli individui e delle famiglie di convivere con le malattie croniche.

Alla fine di ogni analisi e progetto di intervento, il criterio che deve caratterizzare ogni atto di cura si ispira alla parola **protezione**. È l'atteggiamento dell'animo umano che si impegna verso le persone più deboli, indotto da uno spirito di solidarietà personale e civile, mettendo a disposizione conoscenze, esperienza, tempo, dedizione. La parola protezione diventa ancor più immediata di fronte a particolari condizioni psicosociali, quando la malattia cronica si sviluppa in persone prive di supporti naturali. La crisi della famiglia espone spesso l'ammalato ad una condizione di solitudine rispetto alle dinamiche della vita e quindi ad un bisogno di protezione ancor più accentuato. Peraltro l'ammalato cronico vive oggi in una società inquieta, schiacciata sul presente, troppo spesso incapace di esprimere solidarietà concreta verso le persone fragili. L'insieme di questi fattori si infrangono sulla vita dell'ammalato e lo rendono ancor più fragile e quindi più bisognoso di attenzioni mirate e delicate. La medicina non può (e non deve) diventare l'unica risposta alla sofferenza psicosociale di molti; non deve però nemmeno dimenticare che per il cittadino rappresenta in svariate circostanze un punto di approdo sicuro nella generale atmosfera di incertezza.

Formazione e ricerca per una risposta più mirata ai problemi posti dalle malattie croniche

I diversi aspetti che devono caratterizzare la cura delle malattie croniche richiedono un'elevata capacità professionale da parte degli operatori, capacità che si acquisisce con una adeguata formazione.

Si deve partire da una considerazione negativa sulla capacità delle agenzie formative di cogliere oggi i cambiamenti che avvengono nel corpo sociale. I contenuti degli insegnamenti sono ancora ancorati ad una visione puntiforme della medicina e ad una logica assistenziale frammentaria e scoordinata. Su questi aspetti è necessaria una rivoluzione della didattica: fondare le conoscenze su parole chiave come complessità, evoluzione nel tempo, personalizzazione, lavoro di equipe è indispensabile per arrivare a disporre di persone in grado di affrontare in modo autonomo e coordinato le sfide del nostro tempo. Anche su piano strettamente clinico ben poco si è travasato nei programmi didattici di quello che costituisce la realtà del bisogno; sarebbe necessario impostare la formazione sul rapporto malattie tra loro e tra queste e la disabilità, tra disabilità e durata della vita, ecc. Altro aspetto essenziale per il successo di una cura delle malattie croniche è la ricerca. Non solo nel senso più avanzato, per una vera innovazione in ambito diagnostico e terapeutico, ma anche per identificare nelle prassi di ogni giorno gli aspetti che meglio possono portare ai "piccoli guadagni", in grado di modificare la vita delle persone assistite e di chi si prende cura di loro. L'impegno di ricerca ha anche il ruolo di pervadere l'assistenza alle persone affette da malattie croniche di un criterio di continuo potenziale miglioramento delle pratiche, perché nulla è rigido, governato da regole immutabili.

In questa prospettiva è interessante analizzare anche il rapporto tra protocolli e linee guida e capacità dell'operatore e della sua esperienza di inventarsi di fronte alla specificità del bisogno risposte sempre diverse, che si fondano sul patrimonio delle conoscenze scientifiche, ma che si adeguano continuamente, confrontandosi con la mutevolezza del reale. ●

Il ruolo del MMG nella gestione del paziente cronico e non autosufficiente

Ovidio Brignoli

Medico di Medicina Generale

Gli accessi al Medico di Medicina Generale da parte dei pazienti sono considerevolmente aumentati negli ultimi anni. Ricerche sistematiche realizzate nel Veneto e nel Friuli Venezia Giulia dimostrano che un Medico effettua 10.000 contatti/anno.

Il 60% di questi accessi (circa 6000 anno) sono dovuti a persone affette da patologie croniche come l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito, lo scompenso cardiaco e le malattie respiratorie croniche.

L'invecchiamento della popolazione, le migliorate condizioni socio-economiche della popolazione unite all'efficacia delle terapie e dei controlli periodici effettuati sulle persone con malattie croniche sono alcune delle cause che determinano questi fenomeni.

Il MMG deve quindi porsi il problema della presa in carico e gestione delle persone con malattie croniche, di quelle fragili e delle persone che necessitano di una elevata intensità di cure a

domicilio in accordo con altri operatori sanitari e sociali nel rispetto degli aspetti organizzativi e delle risorse messe a disposizione dall'ASL e dagli Ospedali.

I registri di patologia - una delle caratteristiche centrali del Chronic Care Model - sono liste che raccolgono tutte le persone con una determinata condizione cronica in carico a un MMG e al suo team. La *figura 1* (v. pagina successiva) rappresenta in modo schematico la composizione della popolazione in relazione alla situazione di salute e ai bisogni di cura individuando anche i setting di presa in carico a seconda della gravità e dei bisogni di assistenza.

Questo modello basato sull'intensità di cura impone una nuova cultura e necessita di una organizzazione che nel nostro paese è molto lontana dalla realtà attuale, la medicina generale è legata a una gestione che non misura gli esiti dell'intervento, ma si limita a enumerare le prestazioni.

Da molti anni nei paesi occidentali si è sviluppato un modello gestionale definito **Chronic Care Model (CCM)** articolato sui seguenti punti:

Le risorse della comunità. Per migliorare l'assistenza alle persone con malattia cronica le organizzazioni sanitarie devono stabilire solidi collegamenti con le risorse della comunità: gruppi di auto-aiuto, gruppi di volontariato, centri per anziani autogestiti.

Le organizzazioni sanitarie. Una nuova gestione delle malattie croniche dovrebbe far parte della priorità dei politici e dei finanziatori della assistenza sanitaria. Se ciò non avverrà, difficilmente saranno introdotte innovazioni dei processi assistenziali.

Il supporto dell'auto-cura. Nelle malattie croniche la persona diventa protagonista attiva dei processi assistenziali. La persona vive con la sua patologia per molti anni; la gestione di queste malattie può essere insegnata alla maggior parte delle persone o ai loro conviventi e una parte rilevante della gestione - la dieta, l'esercizio fisico, il monitoraggio di alcuni esami (misurazione della pressione, della glicemia del peso corporeo, ect) l'uso dei farmaci - può essere trasferita sotto il loro controllo.

L'organizzazione del team. La struttura del team assistenziale (medici di famiglia, infermieri, educatori, specialisti) deve essere profondamente modificata introducendo una chiara divisione del lavoro. I medici trattano

i pazienti acuti, intervengono nei casi difficili e complicati e formano il personale del team. Il personale non medico deve supportare l'auto cura delle persone e svolgere alcune specifiche funzioni (medicazioni, monitoraggio delle terapie e dei parametri vitali, test di laboratorio ect) e assicurare la programmazione e l'effettuazione del follow-up. Le visite programmate sono uno degli aspetti più significativi dell'approccio organizzativo (Medicina di iniziativa)

Il supporto alle decisioni. L'adozione di linee guida basate sull'evidenza dove disponibili forniscono al team gli standard per fornire una assistenza ottimale alle persone. Le linee guida devono essere adattate alle singole persone e le decisioni devono essere concordate con il team.

I sistemi informativi. I sistemi informativi computerizzati svolgono tre importanti funzioni:

1. Come sistema di all'erta che aiuta il MMG e il team delle cure primarie a fare riferimento alle linee guida.
2. Come *feedback* per i MMG mostrando loro i livelli di *performance* dell'attività professionale attraverso indicatori di processi e di esito.
3. Come registri di patologia per pianificare la cura individuale dei pazienti e per amministrare un'assistenza "population based".

Nonostante questi evidenti limiti e alcune velleitarie iniziative promosse dalla Regione Lombardia come i CREG, si sono sviluppate in questi anni alcune esperienze virtuose che si avvicinano molto a quelle anglosassoni o canadesi.

Una esperienza di governo clinico

Da 10 anni l'ASL di Brescia ha attivato un'esperienza di governo clinico delle persone con malattia croniche incentrata sul *disease management* in accordo tra MMG e specialisti e con la regia dell'ASL che ha prodotto risultati di elevata qualità sotto il profilo clinico, di corretto uso di risorse e di soddisfazione del paziente.

Tale processo si è sviluppato sulla base di un accordo tra MMG e ASL basato su una serie di passaggi che vengono di seguito enunciati:

1. Definizione delle patologie croniche di maggiore impatto assistenziale
2. Definizione del PDTA tra MMG, Specialisti e altri operatori sanitari
3. Individuazione di alcuni indicatori epidemiologici di processo e di esito
4. Strutturazione di gruppi di audit misti (MMG, Specialisti e operatori ASL)

In concreto i MMG aderenti al progetto si impegnano nella presa in carico della persona con

patologia cronica a formulare un piano di cura individuale rispettoso delle indicazioni del PDTA e della situazione della persona e a registrare in cartella tutto quello che la persona esegue, visite, accertamenti o ricoveri. Ogni anno il MMG riceve un report della propria attività e può confrontarsi con i colleghi e con gli specialisti su problemi o criticità rilevate nella gestione delle persone. I medici di medicina generale che aderiscono volontariamente al progetto di Governo Clinico dell'ASL di Brescia sono oltre 600 e rappresentano l'ottanta per cento dei medici di famiglia del territorio. La **tabella 2** mostra alcuni dati raccolti a partire dal 2009 fino al 2013. La **tabella 11** mostra come si sono modificati gli indicatori di processo e di risultato negli ultimi 5 anni nella presa in carico delle persone con ipertensione arteriosa. Sono evidenti i vantaggi per i pazienti ottenuti con questo approccio ma anche quelli per l'ASL che è in grado di programmare e pianificare meglio i propri interventi potendo basarsi su dati solidi ottenuti nella cura delle persone nel mondo reale, ed infine per i MMG e gli specialisti che identificano correttamente il loro ruolo evitando conflitti o duplicazione di interventi sui pazienti. Questo progetto, partito dal basso, può essere diffuso facilmente sul territorio regionale in quanto non necessita di infrastrutture o di organizzazioni particolari ma solo di una rete e di un accordo tra MMG e specialisti sotto la regia della ASL. Il progetto di Governo Clinico della ASL di Brescia anticipa nei fatti di almeno 10 anni il concetto della AFT (associazione funzionale territoriale) contenuto nella legge Balduzzi.

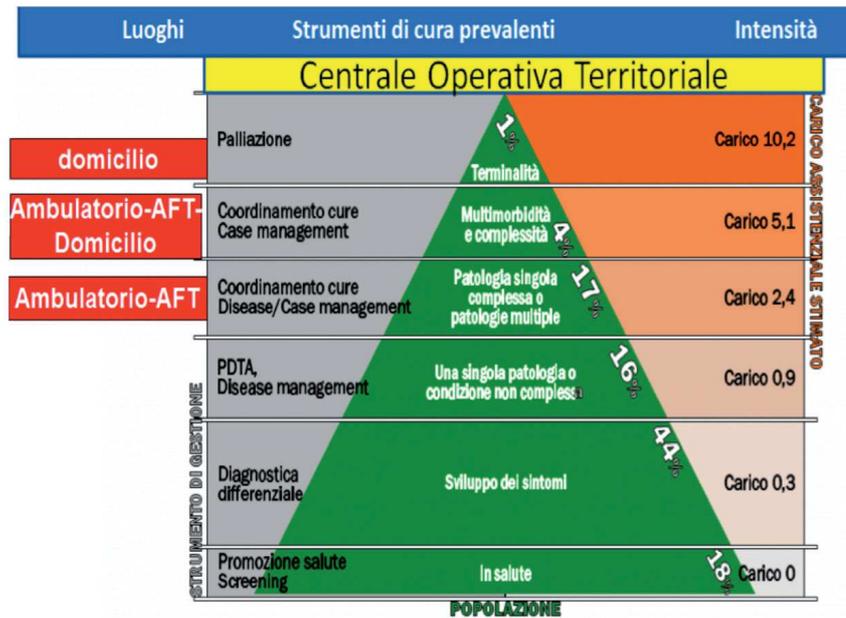


Figura 1. Stratificazione della popolazione di un MMG

| | IND.2009 | IND.2010 | IND.2011 | IND.2012 | N° soggetti 2013 | INDICATORE 2013 |
|--|----------|----------|----------|----------|------------------|-----------------|
| Numero MMG partecipanti | 287 | 314 | 408 | 534 | 557 | |
| Totale assistiti in carico al MMG (anagrafica ASL) | 432.705 | 477.689 | 594.426 | 763.116 | 796.762 | |
| Popolazione assistita | | | | | | |
| donne | 51,2% | 51,1% | 52,0% | 51,1% | 407.308 | 51,1% |
| > 64enni | 21,3% | 22,1% | 23,3% | 24,2% | 198.111 | 24,9% |
| Età media | 46,7 | 47,1 | 47,5 | 49,0 | 49,4 anni | |
| Assistiti di cui sono pervenuti i dati | 93,4% | 92,5% | 95,6% | 99,6% | 784.160 | 98,4% |
| Prevalenza malattie cronici presi in carico | | | | | | |
| Diabetici | 6,1% | 6,2% | 6,8% | 7,0% | 57.978 | 7,3% |
| con diagnosi negli ultimi 12 mesi | 0,6% | 0,6% | 0,6% | 0,8% | 6.924 | 0,9% |
| Ipertesi | 20,6% | 20,6% | 20,7% | 21,8% | 181.842 | 22,8% |
| con diagnosi negli ultimi 12 mesi | 1,7% | 1,6% | 1,5% | 2,2% | 20.288 | 2,5% |
| Con diabete e/o ipertensione | 22,7% | 22,6% | 23,1% | 24,2% | 201.393 | 25,3% |
| Dislipidemic | 9,3% | 9,8% | 10,0% | 9,7% | 80.672 | 10,1% |
| Con scompenso cardiaco | 1,0% | 1,2% | 1,2% | 1,1% | 8.835 | 1,1% |
| Con fibrillazione atriale | 1,7% | 1,8% | 1,8% | 1,9% | 14.946 | 1,9% |
| Con BPCO | 3,0% | 3,0% | 2,9% | 2,6% | 20.513 | 2,6% |
| con diagnosi negli ultimi 12 mesi | 0,4% | 0,4% | 0,3% | 0,3% | 2.240 | 0,3% |
| Con scompenso + BPCO | 0,2% | 0,3% | 0,3% | 0,3% | 2.008 | 0,3% |
| Tabagismo | | | | | | |
| Con dato fumo registrato | 38,1% | 44,1% | 44,5% | 48,0% | 463.753 | 58,2% |
| fumatori | 23,5% | 22,8% | 21,3% | 20,7% | 91.970 | 19,8% |
| ex-fumatori | 17,2% | 16,1% | 15,0% | 13,8% | 62.028 | 13,4% |
| Attività motoria | | | | | | |
| con dato attività motoria registrato | 25,6% | 20,3% | 24,4% | 22,3% | 187.599 | 23,5% |
| attività assente | 34,0% | 34,8% | 34,8% | 34,4% | 66.418 | 35,4% |
| attività leggera | 45,3% | 45,3% | 46,2% | 46,2% | 86.469 | 46,1% |
| attività media | 18,8% | 18,4% | 17,4% | 17,8% | 31.697 | 16,9% |
| attività pesante | 1,9% | 1,6% | 1,6% | 1,7% | 3.015 | 1,6% |
| BMI | | | | | | |
| con dato BMI registrato | 33,7% | 34,8% | 34,2% | 32,7% | 273.656 | 34,3% |
| BMI <19 | 6,4% | 6,5% | 6,5% | 5,8% | 16.232 | 5,9% |
| BMI 25-30 | 33,9% | 33,9% | 33,8% | 33,7% | 91.872 | 33,6% |
| BMI >30 | 17,2% | 17,4% | 17,4% | 17,1% | 45.482 | 16,6% |

Tabella 2. Descrizione complessiva della popolazione assistita

In prospettiva inoltre questo modello permette di identificare le migliori soluzioni organizzative per la gestione delle persone con malattia cronica a bassa intensità di cure e di predefinire

| PERIODO | | 2007 | 2009 | 2011 | 2012 | 2013 |
|---|----|---------|---------|---------|---------|---------|
| MMG partecipanti | | 250 | 393 | 408 | 472 | 516 |
| Tot assistiti | | 363.484 | 590.753 | 594.426 | 673.969 | 742.023 |
| Ipertesi | N° | 73.647 | 118.151 | 123.202 | 153.993 | 172.239 |
| Ipertesi con registrazione dato fumo | N° | 40.207 | 78.652 | 84.127 | 116.392 | 140.668 |
| | % | 54,6% | 66,6% | 68,3% | 75,6% | 81,7% |
| Ipertesi con registrazione dato BMI | N° | 26.382 | 66.868 | 72.688 | 88.540 | 98.269 |
| | % | 35,8% | 56,6% | 59,0% | 57,5% | 57,1% |
| Ipertesi con dato PA registrato negli ultimi 15 mesi | N° | 43.369 | 76.905 | 70.402 | 97.252 | 112.880 |
| | % | 58,9% | 65,1% | 57,1% | 63,2% | 65,5% |
| Ipertesi con dato LDL registrato negli ultimi 15 mesi | N° | 18.723 | 52.294 | 53.762 | 61.993 | 69.071 |
| | % | 25,4% | 44,3% | 43,6% | 40,3% | 40,1% |
| Ipertesi con dato creatinemia registrato negli ultimi 15 mesi | N° | 26.751 | 48.065 | 45.647 | 60.631 | 68.652 |
| | % | 36,3% | 40,7% | 37,1% | 39,4% | 39,9% |
| Ipertesi con dato ECG registrato negli ultimi 3 anni | N° | 29.133 | 63.354 | 67.503 | 71.740 | 78.099 |
| | % | 39,6% | 53,6% | 54,8% | 46,6% | 45,3% |
| Ipertesi con registrazione IP3 * | N° | 16.186 | 37.170 | 37.626 | 41.699 | 45.232 |
| | % | 22,0% | 31,5% | 30,5% | 27,1% | 26,3% |
| Ipertesi con calcolo RCCV (ISS) registrato | N° | 12.946 | 28.133 | 22.817 | 27.258 | 27.983 |
| | % | 17,6% | 23,8% | 18,5% | 17,7% | 16,2% |

*IP3 = Pazienti ipertesi con almeno una registrazione nei tre anni precedenti di: colesterolo totale e HDL, trigliceridi, creatinina, potassiemia, glicerina, esame urine, ECG

Tabella 11. Indicatori di processo nel totale degli assistiti con ipertensione arteriosa: evoluzione temporale

con ragionevole precisione i costi della assistenza fornendo all'Istituzione una grande opportunità per comprendere fino a dove lo Stato può sostenere la cura di queste persone. Infine questo modello che misura con indicatori solidi i processi e gli esiti della cura è in grado di definire la qualità dell'intervento dei MMG e i risultati prodotti in termini di salute e di consumo di risorse offrendo l'opportunità di premiare anche economicamente i medici di famiglia.

Le persone fragili

Più complesso e diverso nella gestione è il tema delle persone fragili o con patologie croniche complesse o a media od alta intensità di cure.

Il Piano Sanitario Nazionale a questo proposito afferma, *come enunciato nel riquadro rosso nella pagina seguente*, che è necessario privilegiare il mantenimento a domicilio della persona con malattia cronica non autosufficiente anche attraverso una gestione multiprofessionale

del soggetto. L'affermazione è condivisibile ma non praticabile al momento attuale in quanto il MMG è privo di risorse culturali, organizzative ed economiche per poter fare ciò che viene enunciato nel piano.

Le persone non autosufficienti inoltre, pur essendo poco numerose, sono molto complesse da gestire e necessitano di un Piano Individuale di assistenza e cura che coinvolge multiple competenze (sanitarie, sociali, assistenziali, psicologiche e relazionali).

Queste persone quindi non possono essere assistite da un singolo operatore ma da un team multiprofessionale ed inoltre per ognuna di loro deve essere progettato, implementato e aggiornato continuamente un piano di intervento personalizzato multidimensionale e multiprofessionale che assegni un compito a ciascun operatore coinvolto.

Oggi sono disponibili strumenti solidi e validati per l'analisi dei bisogni, la valutazione clinica, la disabilità della persona, che sono in grado di fare una valutazione prognostica della persona stessa indicando quali sono le priorità di intervento. La Regione Lombardia

PSN 2006-2008

Partendo dall'esperienza di questi anni e dall'esperienza internazionale, che sta individuando quale priorità in tutta Europa un incremento delle cure domiciliari rispetto all'istituzionalizzazione, l'obiettivo prioritario che il SSN vuole perseguire in tutto il territorio è la garanzia per l'anziano non autosufficiente della permanenza al proprio domicilio laddove le condizioni sanitarie, sociali, abitative e di solidarietà sociale lo rendano appropriato.

ha predisposto la formazione di centinaia di operatori dei servizi all'uso di questo strumento di valutazione multidimensionale, ma non ha coinvolto, per ora, la Medicina di Famiglia.

Al momento attuale ogni ASL adotta criteri e strumenti diversi per la valutazione a la presa in carico di queste persone, allo stesso tempo i servizi comunali possono intervenire sulle stesse persone con altri servizi, il risultato finale è quello di un sistema frammentato e qualche volta confuso.

L'ASL di Brescia per garantire continuità assistenziale e unitarietà degli interventi mette a disposizione in ogni Distretto l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVMD).

L'UVMD è la chiave di accesso alla rete dei servizi ed ha il compito di accogliere la persona, fare la valutazione multidimensionale, fornire spiegazioni rispetto ai servizi offerti e fare verifiche sui processi e sui risultati della presa in carico.

L'intero progetto strategico è gestito dalla ASL e governato da un sistema informativo che dovrebbe facilitare l'integrazione degli operatori, ma al momento attuale questo obiettivo è ancora molto lontano.

Conclusioni

Nella presa in carico delle persone con malattie croniche la Medicina Generale Bresciana ha dimostrato di gestire con ottimi risultati l'intera popolazione di assistiti migliorando continuamente i processi e gli esiti delle cure. Questo modello dovrebbe essere mantenuto e migliorato anche prevenendo una remunerazione aggiuntiva in ordine al livello dei risultati raggiunti. Per quanto riguarda le persone fragili e complesse con bisogni assistenziali di media alta intensità è invece necessario modificare alcuni aspetti:

- ◆ Condividere gli strumenti di valutazione multidimensionale integrandoli nella cartella dei MMG.
- ◆ Impostare i piani di cura a seconda dei bisogni e della gravità delle singole situazioni (funzionali, socio-ambientali e cliniche).
- ◆ Migliorare la formazione dei MMG in relazione ad alcuni problemi emergenti che possono essere gestiti a domicilio come il dolore e la terminalità in collaborazione con gli altri membri del team delle cure domiciliari.
- ◆ Misurare gli esiti degli interventi, rendere trasparenti le attività intraprese, diventare *accountable* e accettare di essere remunerati anche in base ai risultati raggiunti.

La gestione della cronicità in ospedale. Una sfida

Angelo Bianchetti

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

Renzo Rozzini

*Dipartimento di Geriatria. Fondazione
Poliambulanza-Istituto Ospedaliero, Brescia*

Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia

Introduzione: dove va l'ospedale

La trasformazione che negli ultimi anni ha investito l'ospedale riguarda il concetto stesso di ospedale che non è più luogo di *hospitalitas*, cioè di permanenza e assistenza per ogni persona in condizioni di disagio, ma sede di prestazioni di alta specializzazione e complessità, per lo più chirurgiche o di alta tecnologia strumentale, o di cura di condizioni di criticità clinica. La diagnosi, la stessa "guarigione" non sono più l'obiettivo del ricovero ospedaliero, ma sono delegate al territorio o alle strutture a minore complessità.

Una serie di fattori ha contribuito a tale risultato: la più rapida organizzazione per la diagnostica, la pubblicazione e la diffusione delle linee guida terapeutiche, la riorganizzazione territoriale per la dimissione protetta al domicilio.

Di fatto, nonostante tali miglioramenti, il numero delle persone che vengono ricoverate ogni anno tende a crescere

in modo progressivo sia per la non completa efficienza e diffusione dei fenomeni descritti precedentemente, sia per l'aumento progressivo delle persone anziane con malattie croniche, caratterizzate da instabilità clinica e frequenti riacutizzazioni.

In modo sintetico si può affermare che l'ospedale moderno è il luogo di atti diagnostici ad elevata caratterizzazione tecnologica, di atti di cura in ambito chirurgico e di atti di cura medica per patologie che richiedono intensità terapeutica.

Mentre per i primi due ambiti sono sempre stati chiari i risultati attesi e le relative procedure, per quanto riguarda il terzo vi sono tuttora rilevanti incertezze. Non è definito il fabbisogno quantitativo né quale sia la tipologia di ammalati che vi debbano far riferimento. I grandi reparti di medicina dei vecchi ospedali sono scomparsi o stanno scomparendo, assorbiti dalle competenze specialistiche, che peraltro svolgono la maggior

parte della loro funzione in ambito ambulatoriale. A tutt'oggi l'elaborazione culturale relativa alla miglior modalità di cura del paziente "medico" ospedalizzato non è che all'esordio e le sperimentazioni effettuate (intensità di cura, *case manager*, *hospitalist*, ecc.) non hanno prodotto risultati tali da indicare in modo definitivo un'evoluzione. Il sistema sanitario nel suo complesso, ed in particolare quello ospedaliero, è generalmente impreparato di fronte a soggetti sempre più anziani, nei quali la presenza di molte patologie è la regola; spesso non è nemmeno possibile definirne una prevalente, per i quali la cura della "malattia" è soltanto una parte dell'intervento (talvolta nemmeno il più importante), per i quali è necessario attivare programmi di prevenzione della disabilità e di gestione della fragilità (non solo somatica quindi).

I fenomeni che caratterizzano i ricoveri

I fattori che caratterizzano oggi i ricoveri nelle corsie mediche ospedaliere sono condizionati da alcuni fenomeni:

- **invecchiamento della popolazione:** negli USA dal 1970 al 2006 la percentuale di ultra65enni tra i degenti ospedalieri è passata dal 20% al 38%, mentre quella degli ultra75enni addirittura dal 9% al 24% (CDC/NCHS, 2010). Questi dati sono particolarmente significativi nei reparti generalisti, come le medicine e le chirurgie; dati personali indicano che l'età media in un reparto di medicina generalista dal 2003 al 2014 è passata da 70 anni a 80 anni e la percentuale di ultra75enni è passata dal 51% al 77% nello stesso periodo;
- **maggiore disabilità e decadimento cognitivo:** soprattutto fra i soggetti molto anziani la patologia acuta si accompagna a disabilità (tra le persone con età fra 75 e 84 anni ricoverate in medicina il 40% risulta autonomo, mentre fra gli

ultra85enni solo il 20% è autonomo), decadimento cognitivo (il 30% dei soggetti ricoverati in medicina con più di 65 anni ha una demenza moderata o severa);

- **maggiore fragilità sociale:** la mancanza di supporto sociale e la necessità di assistenza domiciliare sono frequenti nei pazienti anziani ammessi in ospedale (l'80% degli ultra85enni vive solo e un terzo ha una assistenza domiciliare privata continuativa).

L'ospedale non è più luogo di hospitalitas ma sede di prestazioni di alta specializzazione e complessità

Le differenti tipologie di pazienti anziani

Le persone anziane che accedono all'ospedale non sono però omogenee, ma comprendono tipologie differenti di pazienti: ad un estremo dello spettro si collocano i soggetti anziani, complessivamente sani ("robusti"), che vanno incontro a patologie acute severe sul piano clinico; l'altro estremo si identifica nei soggetti fragili, che necessitano di una sorveglianza e intervento medico continuo (pazienti a grave rischio di disabilità o completamente dipendenti già prima che la patologia acuta rendesse necessaria l'ospedalizzazione: la maggior parte delle persone che vengono ospedalizzate, rispetto al passato, è rappresentata da anziani affetti da comorbidità-multimorbidità e disabilità).

Per quanto riguarda l'uso del pronto soccorso i dati disponibili indicano che la percentuale di coloro che vengono ricoverati aumenta progressivamente con l'età.

Gli ultrasessantenni costituiscono il 70% dei ricoverati nei reparti di medicina e il 20-30% di quelli nei reparti chirurgici. Il 6% di tutti i ricoverati è affetto da demenza grave.

Rispetto alla media dei soggetti ricoverati, gli anziani trascorrono in ospedale un numero di giorni più di tre volte maggiore.

Le conseguenze dell'ospedalizzazione

Se il ricovero in ospedale è un evento sempre più frequente e necessario al crescere dell'età, l'ospedalizzazione rappresenta per molti anziani – soprattutto, per soggetti con pre-esistente fragilità – anche un formidabile fattore di rischio di declino funzionale e cognitivo, di altre sindromi geriatriche e di istituzionalizzazione. Molte persone anziane sperimentano il fenomeno delle “*revolving door*”, cioè il passaggio tra ospedale e domicilio e viceversa, secondario non tanto alla tendenza dell'ospedale per acuti a dimettere precocemente il malato, quanto all'instabilità clinica della persona ed alla ridotta capacità del territorio di fare fronte tempestivamente alle esigenze del soggetto dimesso.

Frequentemente l'ospedalizzazione produce un declino non solo nelle modificazioni dello stile di vita e della sua qualità, ma specialmente nello stato funzionale: le persone anziane ospedalizzate alla dimissione presentano generalmente (anche se non sempre) uno stato funzionale (autosufficienza) peggiore rispetto all'ingresso.

Gli ultrasessantenni costituiscono il 70% dei ricoverati nei reparti di medicina e il 20-30% di quelli nei reparti chirurgici. Il 6% di tutti i ricoverati è affetto da demenza grave



Circa il 75% dei pazienti ultra-settantacinquenni che prima del ricovero in ospedale godevano di una buona salute funzionale, alla dimissione presentano problemi di autosufficienza e, per la maggior parte dei casi, il peggioramento non sembra debba essere attribuito alla malattia che ha portato all'ospedalizzazione. È evidente che in questi casi la dimissione e il rientro al domicilio diventano problematici ed il ricorso a strutture intermedie (sub acuti, riabilitazione) diviene una necessità ed una richiesta pressante dei pazienti e delle famiglie. Fra le motivazioni che portano l'anziano affetto da cronicità in ospedale vi sono le riacutizzazioni (o i peggioramenti) di patologie note, eventi attesi per lo più (come nel caso di patologie oncologiche, o di gravi forme di demenza o in presenza di patologie cardio polmonari in stadio avanzato di gravità) che però non riescono ad essere gestite prontamente al domicilio e, sebbene il loro trattamento sia quasi sempre sintomatico e caratterizzato da bassa complessità, non trovano che nell'ospedale per acuti una risposta pronta ed adeguata.

I dipendenti dall'ospedale

Un'altra considerazione concerne i problemi delle persone di tutte le età (ma generalmente vecchi o molto

vecchi) affette da malattie che non possono essere curate a casa per la loro instabilità. Questa situazione, sebbene tuttora non studiata in modo sistematico è stata recentemente analizzata in un editoriale incisivo pubblicato sul *New England Journal of Medicine* (Reuben e Tinetti, 2014) che ha definito una categoria di pazienti come "dipendenti dall'ospedale". Si tratta di soggetti che differiscono da quelli con malattie croniche gravi; frequentemente richiedono cicli di ventilazione non invasiva o supporto intensivo o semi-intensivo, che può essere ottenuto solo in ambiente ospedaliero e dal quale

Le persone più vulnerabili ricorrono all'ospedale come luogo sicuro dove potersi appoggiare in momenti di difficoltà, anche quando le motivazioni non sono solo e strettamente sanitarie

traggono immediato conforto riuscendo ad avere una qualità di vita accettabile. Questi pazienti sono generalmente di età avanzata, hanno quasi sempre condizioni croniche multiple, e una riserva fisiologica insufficiente a far fronte allo stress di una malattia acuta, anche di minima entità: sviluppano edema polmonare, riacutizzazioni della broncopneumopatia cronica ostruttiva, ipotensione ortostatica, ischemia miocardica, danno renale acuto, febbre, cadute e delirium spesso senza fattori precipitanti identificabili. In ospedale sopravvivono e vivono, ma non nel territorio dove fino a poco tempo fa erano necessariamente candidati alla morte. Le persone più vulnerabili (e i loro familiari) guardano, e ricorrono, all'ospedale come luogo sicuro dove potersi appoggiare in momenti di difficoltà, anche quando le

motivazioni non sono solo e strettamente sanitarie. Si afferma frequentemente che il paziente anziano in ospedale "blocca i letti" impedendo a altre persone di essere curate, o, al contrario, che viene dimesso prematuramente, oppure che non rispetta i criteri di appropriatezza (l'ospedalizzazione inappropriata, quella che cioè potrebbe essere "evitata" attraverso un migliore uso di altre articolazioni del sistema sanitario pubblico, come, ad esempio, l'assistenza territoriale e quella riabilitativa).

Queste affermazioni descrivono aspetti marginali e non corrispondono alla realtà clinica.

Trattamento extraospedaliero?

La prima domanda che ci si deve porre è se le malattie che portano abitualmente il paziente anziano in ospedale siano curabili al domicilio e cioè se l'implementazione di servizi sanitari domiciliari possa ridurre il ricorso alla ospedalizzazione.

Negli anni '80 si è data molta enfasi alle modalità alternative all'ospedale di assistenza all'anziano acuto.

Le diverse esperienze condotte sino ad oggi con questa finalità hanno però dato risposte inequivocabilmente negative. Ad esempio l'ospedalizzazione domiciliare è poco economica, può essere rivolta solo a poche condizioni



morbide e non è in grado di ridurre in modo significativo il numero delle ospedalizzazioni. I problemi medici che più frequentemente spingono l'anziano a chiedere il ricovero sono cardiovascolari (angina, scompenso cardiaco), dell'apparato respiratorio (riacutizzazione di bronchite cronica con insufficienza respiratoria, polmonite), i tumori (carcinoma del polmone, della mammella, del grosso intestino), le malattie neurologiche (vasculopatie cerebrali acute, le alterazioni dello stato di coscienza). Per queste patologie, la cui terapia si fonda frequentemente sulla definizione strumentale di parametri specifici è difficile immaginarsi un trattamento esclusivamente extraospedaliero. Se l'ospedalizzazione mantiene la centralità della cura dell'acuzie dell'anziano com'è possibile produrre risultati di salute positivi ed evitare le complicanze ad essa connesse? Il primo punto è la diffusione di una "cultura geriatrica" nella gestione del paziente anziano acuto che interessa non solo il medico, ma soprattutto l'infermiere, il personale di riabilitazione, e in generale tutto il sistema organizzativo dell'unità operativa. È ormai ampiamente dimostrato che un modello di cura dell'anziano fragile ospedalizzato incentrato su alcuni principi cardine produce esiti di salute significativamente migliori, previene lo sviluppo o l'aggravamento della disabilità e del deterioramento cognitivo, riduce il tasso di istituzionalizzazione dopo la dimissione dall'ospedale. La specificità dell'approccio al paziente anziano ospedalizzato è necessario anche nei reparti chirurgici specialistici; recenti esperienze ad esempio nel campo dell'ortogeriatrica dimostrano come la gestione integrata del paziente anziano con frattura di femore da parte di un *team* geriatrico-ortopedico migliora gli *outcome* clinici e funzionali. Esperienze analoghe si stanno sperimentando in altri ambiti chirurgici.

Conclusioni

Pur con la limitatezza dei dati disponibili è possibile trarre alcune considerazioni di tipo generale. Innanzitutto va considerato un dato ormai consolidato che una larga parte dell'attività clinica dei reparti di medicina generale (e lo stesso vale per i reparti chirurgici) è rivolta a soggetti molto anziani, affetti da malattie croniche riacutizzate, portatori di elevati livelli di disabilità fisica e compromissione delle funzioni cognitive, con necessità di supporti assistenziali domiciliari, affetti da patologie ad elevata complessità. È quindi necessaria nei reparti ospedalieri (soprattutto quelli generalisti) una competenza specifica, che sappia utilizzare le tecniche dell'*assessment* multidimensionale, organizzando risposte adeguate a gestire la polipatologia ed i rischi indotti dalla possibile condizione di fragilità. Fra le condizioni di fragilità il decadimento cognitivo e la demenza rappresentano una condizione paradigmatica. La discussione che spesso si ripete che "l'ospedale non è fatto per i malati cronici" è fuorviante. La cronicità, in questo caso, è infatti "il sottofondo" di una condizione di acuzie che può essere gestita solo in ambienti ad elevata specializzazione e prontamente attivabili. Il problema si sposta nei luoghi dove i bisogni dei pazienti emergono, quindi il territorio, affinché sia in grado di attivare risposte pronte e incisive per contrastare situazioni di acuzie senza che queste portino il paziente anziano in ospedale senza effettiva necessità. Purtroppo talvolta il pronto soccorso diventa l'unica e sola risposta a molteplici bisogni. Nelle sedi di accesso del paziente (territorio o ospedale che sia) è necessario un percorso che porti al pronto riconoscimento delle condizioni di fragilità (inclusa la demenza), per cui vengano attivati percorsi di cura e assistenza specifici per la gestione della fase acuta. Per la gestione della fase del ricovero del paziente anziano

fragile (e spesso demente) è necessario specializzare alcuni reparti per acuti (geriatrie, medicine) prevedendo collegamenti funzionali con le aree chirurgiche (ortopedia, chirurgia) e con l'area critica. La dimissione dell'anziano fragile richiede l'attivazione di percorsi di dimissione protetta che prevedano il coinvolgimento della medicina di famiglia e dei servizi di assistenza territoriale prevedendo, dove necessario, anche strutture di post-acuzie.

La definizione delle possibilità di recupero funzionale vanno meglio caratterizzate per evitare dispersione di risorse o, al contrario, impedire possibili miglioramenti funzionali.

Il paradigma "riabilitativo" tradizionale è del tutto inadeguato a questo proposito e la disponibilità di specifici percorsi "geriatrici" (anche al di fuori del comparto ospedaliero) è preferibile.

Anche il "territorio" dovrebbe essere attrezzato per gestire la continuità sia in "entrata" che

in "uscita" verso l'ospedale. Ad esempio, disponendo una «anagrafe» dei fragili sui quali concentrare gli interventi proattivi domiciliare di «prevenzione» (pronto riconoscimento e trattamento della fase acuta, supporto domiciliare clinico/ diagnostico / infermieristico) della perdita funzionale e assicurare il supporto della fase «post-acuta» (anche con la rete delle strutture residenziali).

Il tutto si può realizzare solo attraverso un maggiore collegamento fra rete ospedaliera, medicina del territorio

e residenzialità protetta. Molte domande restano senza risposte: sarà in grado il sistema ospedaliero di adeguarsi rapidamente alla mutata realtà clinico-epidemiologica? Sono disponibili le risorse – non soltanto in termini di finanziamenti ma anche di competenze – necessarie per una trasformazione di questa portata? Quali ospedali, non in grado di sostenere la trasformazione, dovranno convertirsi in strutture di "elevata o minor intensità riabilitativa"? Non vi sono risposte definitive se non la necessità di ribadire che il sistema sanitario, nella sua articolazione e complessità non può essere gestito a "comparti" ma in modo coordinato, e che la cronicità e la vecchiaia non possono essere considerate "maledizioni", ma opportunità, e che le persone più fragili devono essere più protette perché siano rispettati i diritti di uguaglianza e di cittadinanza. ●



Le Residenze Sanitarie Assistenziali nella Riforma della Regione Lombardia

Corrado Carabellese

Responsabile Sanitario

Rsa "L. Feroldi" e "A. Luzzago"

Fondazione Casa di Dio onlus

Anziani fragili ad alta complessità

Le Residenze Sanitarie Assistenziali con la lgs n.1/86 avevano visto l'inizio di una nuova storia in Lombardia ed in Italia. Veniva definita un'organizzazione multiprofessionale per anziani non autosufficienti o meglio soggetti indicativamente ultra 65 anni la cui gestione al domicilio si presentava problematica. In quegli anni si rilevavano le diverse cause che portavano gli anziani alle istituzioni residenziali e tra queste primeggiavano quelle sociali, la povertà economica. Nei diversi decenni si è stabilito lo standard dei minuti di assistenza dapprima per le singole figure professionali e dopo un unico standard globale omnicomprensivo.

Nell'ultimo decennio le strutture residenziali, come anche rappresentato dalla letteratura internazionale e realtà Italiana, afferiscono anziani sempre più funzionalmente compromessi ed ad alto rischio di instabilità clinica.

Sembra che la vocazione della Residenza

Sanitaria Assistenziale, anche in rapporto al fenomeno delle badanti, si è sempre più indirizzata ad accogliere anziani fragili ad alta complessità.

La Rsa oltre a garantire le caratteristiche della "residenzialità" deve sempre più organizzarsi a gestire al meglio le sindromi geriatriche: lesioni da decubito, cadute, contenzioni, incontinenza urinaria, movimentazione e sindrome da allettamento, nutrizione e malnutrizione, decadimento cognitivo e delirium, depressione, eventi clinici acuti, ospedalizzazione, consenso informato, ecc..

La riorganizzazione territoriale

Gli standard strutturali Regionali delle RSA, adottati in quest'ultimo decennio, hanno sicuramente, rispetto al passato, contribuito a meglio determinare la qualità di vita degli ospiti e a garantire la miglior gestione della fragilità clinica. A titolo di esempio ricordo l'obbligo della disponibilità in ogni camera di degenza dei gas medicali, il sistema di refrigerazione

ambientale, il ricircolo automatico dell'aria nei diversi ambienti. Questi interventi sicuramente rappresentano la sintesi dell'evoluzione di queste strutture verso la miglior capacità di coniugare la residenzialità e la stabilità della salute.

Ma il tempo è ancora in evoluzione, in questi ultimi anni si parla di riforma del sistema sanitario della Lombardia e sempre più allo scrivente appare evidente l'indirizzo di vedere la RSA come un servizio sempre più specifico per la gestione di anziani fragili.

Le delibere Regionali dal 2013 ad oggi pongono le basi del nuovo cambiamento che si prospetta. Alcuni elementi fondamentali della riorganizzazione territoriale dei servizi per le persone fragili prevedono la costituzione di un unico centro di "analisi e smistamento del bisogno" che permetterà di migliorare il principio del "buon governo" della rete dei servizi.

Un secondo aspetto, fortemente importante, indirizza la Rsa ad occuparsi sempre più di anziani fragili ad elevato rischio di instabilità clinica. Infatti le ultime normative regionali hanno definito la "Residenzialità Leggera", strutture che rispettano le caratteristiche della "residenzialità" ma mettono in campo un'organizzazione assistenziale multidisciplinare con standard assistenziali diversi e la cura sanitaria affidata al medico di famiglia. Le strutture della Residenzialità leggera accolgono anziani con deficit funzionali motori e cognitivi lievi o moderati ma con stabilità clinica.

"Rsa aperta"

Un altro aspetto, almeno concettualmente, a mio parere rivoluzionario, è rappresentato dalla "Rsa aperta"; il ricco patrimonio professionale della gestione dell'anziano fragile viene esportato al di fuori della struttura o l'anziano fragile domiciliare usufruisce di alcuni servizi all'interno della Rsa.

L'apertura di questo patrimonio professionale all'esterno permette, nelle diverse forme organizzative (residenziale, semiresidenziale), la possibilità alla famiglia degli anziani fragili di usufruire di cure specifiche in collaborazione con il medico di famiglia rappresentando una evoluzione concettuale che dovrà essere nei prossimi anni sviluppata.

La vocazione della Residenzialità Sanitaria Assistenziale si è sempre più indirizzata ad accogliere anziani fragili ad alta complessità

La Rsa potrebbe accogliere temporaneamente anziani fragili dimessi dall'ospedale per poi pianificare il rientro al domicilio in stretta collaborazione con il medico di famiglia. In questi ultimi anni sono state avviate in Regione Lombardia sperimentazioni di unità anche in Rsa che accolgono anziani dimessi dall'ospedale dove si ravvede un rischio di scompenso nella dimissione diretta al domicilio. Le Unità sperimentate definite "post-acute" sono parte integrante del servizio delle "Cure intermedie" dove anche le Rsa potrebbero essere coinvolte.

Molti ospiti accedono nelle Rsa dopo la dimissione post-ospedaliera specie per i posti non accreditati.

Gli ospiti fragili ricoverati e provenienti dall'ospedale impegnano fortemente le equipe multiprofessionali alla ricerca della miglior stabilità clinica e recupero funzionale. Anche le ultime delibere Regionali hanno rivoluzionato le norme contrattuali dell'accreditamento.

Si sono definiti i livelli minimi di assistenza multidisciplinare, in essi appare sostanziale il riconoscimento che il tempo dedicato alla sanificazione delle camere di degenza, servizi igienici e spazi comuni, a differenza degli arredi, non può rientrare nei minuti di assistenza dedicati all'ospite.

Le stesse delibere riportano come i controlli di appropriatezza del servizio tengono conto di indicatori generali e specifici.

Molto interessante la scelta degli indicatori specifici: contenzione, cadute, lesione da decubito, nutrizione, attività motoria, funzioni cognitive.

A ben vedere esse rappresentano gli elementi fondamentali della buona cura socio-sanitaria definite sindromi geriatriche. La miglior gestione delle

sindromi geriatriche in Rsa comporta la stabilizzazione dello stato di salute degli anziani fragili e ne modifica la traiettoria della storia di vita.

Le evoluzioni delle Rsa

La rivista Americana dei Direttori medici delle *Nursing Home* (JAMDA) nel numero di Febbraio 2015 presenta due articoli che illuminano le evoluzioni delle Rsa.

In un articolo Morley, pur rilevando sostanziale differenza di obiettivi, organizzazione e utenti tra i servizi residenziali nelle diverse società analizzate, sottolinea come rimane fondamentale identificare tra tutti gli ospiti fragili, gli individui che sono ad alto rischio di un rapido peggioramento dello stato funzionale.

Il riconoscimento delle condizioni di rischio se intensivamente trattati portano ad una riduzione dei ricoveri, del declino funzionale e mortalità (Jamda 16 (2015) 87-89).

L'autore sottolinea come è necessario identificare tra gli anziani non autosufficienti gli ospiti fragili che possono beneficiare di interventi intensivi e specifici.

La riorganizzazione della rete Sanitaria regionale vede come elemento fondamentale il raccordo e la valorizzazione della rete territoriale. In questo percorso faticoso la Residenza Sanitaria Assistenziale così come oggi è organizzata in Lombardia potrebbe svolgere l'azione di raccordo tra la rete ospedaliera e quella territoriale in collaborazione con il medico di famiglia.

Ouslander nello studio INTERACT (*Reduce Acute Care Transfers*) mostra come le azioni di miglioramento organizzativo delle *Nursing Home* permettono di ridurre le ospedalizzazioni degli anziani fragili ipotizzando come le strutture residenziali debbano diventare partner degli ospedali *"Oltre ad aiutare le case di riposo nella prevenzione di ospedalizzazioni non necessarie con le correlate complicanze e costi, continuando quindi o divenendo partner interessanti"*

La miglior gestione delle sindromi geriatriche in Rsa comporta la stabilizzazione dello stato di salute degli anziani fragili e ne modifica la traiettoria della storia di vita

per ospedali, sistemi assistenziali e organizzazioni di cura..."
(Jamda 15 (2014) 162-170).

Conclusioni

Se l'orientamento futuro sarà sempre più quello di vedere l'RSA come luogo dove trattare/gestire in modo intensivo gli aspetti di rischio (disabilità, malnutrizione, cadute, ecc.) della fragilità, ciò richiederà nuove strategie da parte degli Amministratori di questi servizi.

Le ultime delibere pongono il problema della necessità di classificazione delle Rsa con relativo premio di qualità. Dover raggiungere risultati ottimali renderà sempre più importante per gli amministratori investire verso la qualità professionale delle singole figure tecniche che diventeranno il *core business* dell'organizzazione.

La formazione e l'aggiornamento rappresenterà un altro aspetto il cui investimento non potrà che migliorare i risultati di cura.

Anche la messa a disposizione di tecnologie sanitarie porterà ad una miglior efficacia della cura degli ospiti, faccio riferimento alla telecardiologia ed alla disponibilità di specialisti consulenti. Il nuovo percorso, pur se lungo e ricco di ostacoli, è già partito e se ben diretto potrà giovare agli anziani non autosufficienti, alla rete dei servizi ed a giovani professionisti che valorizzeranno il loro impegno nella cura della fragilità. ●

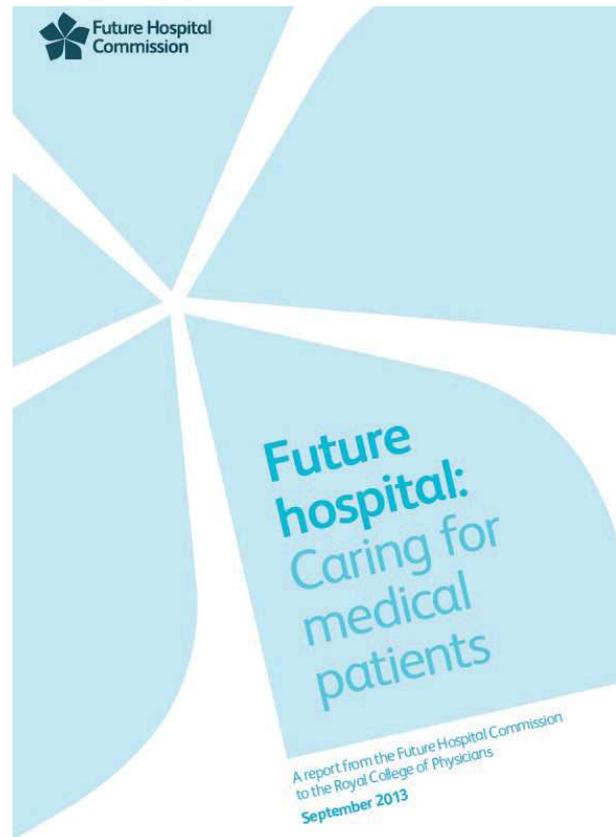
Future Hospital Prendersi cura dei pazienti

Gianpaolo Balestrieri

“La morte si prende un week end”.

Non parliamo di un noir, è il titolo di un articolo recentemente comparso sul New England Journal (1). Il figlio medico di un'anziana paziente scopre vivendo “dall'altra parte” la vita ospedaliera nei fine settimana come “l'ospedale non sia fatto per i pazienti; è per i medici e gli infermieri, i fisioterapisti e le dietiste, persone che vivono le loro vite normali, impegnate, quando dal punto di vista del paziente nulla è normale. Non è solo una sensazione, numerosi studi evidenziano l'aumento di morbilità e mortalità per diverse condizioni cliniche nei ricoverati durante il week end”(2,3).

Questi temi e la necessità di ripensare l'ospedale, la sua organizzazione, sono al centro di “Future Hospital” (4) relazione frutto del lavoro di una commissione incaricata dal Royal College of Physicians inglese dopo che il rapporto Francis (5) aveva evidenziato incredibili carenze nell'assistenza ai pazienti ricoverati nell'ospedale Mid Staffordshire.



Nella prefazione Suzie Hughes, una paziente, afferma:

“Come molti pazienti con malattie croniche sono stata più volte ricoverata d'urgenza in ospedale. Ho una relazione ambivalente con gli ospedali. L'elevato standard di cure che ho ricevuto assieme alla compassione di molti medici e di infermieri mi hanno mostrato il meglio che il nostro

servizio sanitario può offrire. Tuttavia vi sono state delle volte in cui mi sono sentita come un pacco passato da una corsia all'altra, talvolta nel mezzo della notte. Questo spesso senza spiegazioni e senza idea di chi fosse effettivamente responsabile delle mie cure o con chi avrei potuto parlare della situazione... Penso che medici ed infermieri nei nostri ospedali vogliono fare il meglio per i loro pazienti. Ma ho visto con i miei occhi le conseguenze dello stress estremo posto alle corsie ospedaliere dal numero dei malati e dalla complessità delle condizioni mediche da gestire... I pazienti devono essere trattati con gentilezza, rispetto e dignità e la nostra esperienza delle cure deve essere valutata tanto quanto il trattamento medico e la rapidità della guarigione".

Il rapporto prende spunto quindi dai bisogni dei pazienti nel ventunesimo secolo, più anziani, più fragili, più numerosi (> del 37% dei ricoveri negli ultimi 10 anni in Inghilterra) con una domanda clinica in aumento rispetto a ridotte possibilità di accoglienza.

Assenza di continuità nelle cure, inadeguata assistenza negli orari non centrali del giorno e della settimana, incombente crisi della forza lavoro medica. La commissione prende in considerazione le attuali caratteristiche dei pazienti ricoverati (23% dementi, il 22% delle giornate di degenza attribuibili agli ultraottantacinquenni), afferma che la precoce specializzazione e il focus su aree cliniche specifiche (come l'ictus e l'insufficienza coronarica acuta) pur con i loro successi hanno indebolito il coordinamento delle cure ai pazienti.

Standard di cura

Le basilari carenze evidenziate nel rapporto Francis nella pulizia, nutrizione, idratazione, trattamento dignitoso dei malati, portano ad affermare degli irrinunciabili standard di cura:

- ◆ Essere trattati con gentilezza, rispetto

e dignità; attenzione ai bisogni fisici (incluso il controllo del dolore); nutrizione adeguata; ambiente pulito e confortevole; supporto emozionale.

- ◆ Valutare l'esperienza del paziente
- ◆ Definire una chiara responsabilità per le cure prestate
- ◆ Minimizzare i tempi di attesa
- ◆ Non essere spostati di reparto se non per necessità cliniche.

Nel nuovo assetto organizzativo i pazienti vengono seguiti in una unificata *Medical Division* (escluse l'area pediatrica ostetrica ed alcune corsie chirurgiche specialistiche).

La *Medical Division* ha accesso senza una diretta gestione, alla diagnostica (radiologica, laboratoristica, strumentale), al DEA, alle terapie intensive, al servizio psichiatrico, alle aree palliative. Si amplia fuori dall'ospedale ai post-acuti ed ai servizi riabilitativi. Le cure dei pazienti comorbidi sono coordinate da un singolo referente col contributo degli specialisti. Il ruolo del team medico si deve estendere ai pazienti con problematiche internistiche anche nelle corsie chirurgiche. Gli spostamenti di reparto sono in linea di massima da evitare e, qualora si rendessero necessari, vanno accompagnati da consegne ampie e dettagliate. Va stimolata ed ampliata la collaborazione con i Medici di Medicina Generale ed i servizi territoriali con una continuità nelle cure che punti a dimissioni precoci, al ricovero solo se indispensabile, ad una disponibilità di assistenza nei weekend analoga a quella dei giorni feriali.

Pilastro dell'organizzazione è l'*Acute Care Hub* dedicato all'accettazione e gestione di pazienti con una degenza ipotizzabile inferiore alle 48-72h o che necessitano di stabilizzazione. La struttura, una sorta di Medicina d'urgenza, vede una concentrazione di servizi diagnostici ed un coordinatore medico a turni settimanali di 12 h al giorno. L'*Acute Care Hub* ha

un'articolazione ambulatoriale (*Ambulatory Emergency Care*) con valutazione internistico-geriatrica e collegamento stretto coi servizi territoriali. Responsabile della *Medical Division* è il *Chief of Medicine* che dirige e coordina le attività dei consulenti, ha responsabilità amministrative e di *budget*, assicura lo sviluppo degli standard di performance.

Dal modello emerge e viene sottolineato l'accresciuto bisogno di capacità mediche generaliste con l'internista/geriatra definito come "il sottovalutato protagonista dell'ospedale per acuti".

Si richiede una formazione, anche per gli specialisti dell'area medica, più orientata verso le competenze della medicina interna. Continuità di cure, che si avvalga di una adeguata informatizzazione dei dati clinici, concentrazione delle alte specialità in un modello di *hub & spoke*, diffusione alla comunità degli interventi meno complessi.

Una filosofia generale da attuare con gradualità e considerazione delle situazioni locali, valorizzando e generalizzando le singole esperienze più di successo.

Lettura stimolante quella di "Future Hospital". Mi auguro possa essere di ispirazione anche per chi sta mettendo mano alla riforma del nostro servizio sanitario regionale.

- 1) *Klass P Death takes a weekend N Engl J Med 2015; 372: 403-5*
- 2) *Bell CM Redermeier CA Mortality among patients admitted during weekends as compared with weekdays N Engl J Med 2001, 345: 663-8*
- 3) *Peberdy MA, Ornato JP, Larkin GL, et al Survival from in-hospital cardiac arrest during nights and weekends. JAMA 2008; 299:785-92.*
- 4) *Future Hospital. Caring for medical patients Sept 2013*
- 5) *Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry . Chaired by Robert Francis London : Stationery Office 2013*

Laurea abilitante in Medicina e Chirurgia: un traguardo prossimo

Alessandro Padovani

Presidente Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia

Accorciare l'intervallo di inserimento

Non c'è dubbio che dell'Università e di Medicina in particolare da tempo si discuta chiedendo da più parti un cambiamento, un taglio con il passato. Non voglio entrare qui nell'annoso e ormai stucchevole dibattito sull'utilità o meno dei test di ingresso a Medicina e sulla questione delle graduatorie nazionali, la cui vicenda ha provocato una serie enorme di ricorsi che hanno messo a dura prova tutti i Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia.

Né è mia intenzione aprire una discussione relativa alle recenti prese di posizione del Consiglio di Stato circa la liberalizzazione degli studenti in base alle quali appare del tutto lecito che studenti iscritti in Università Straniere seppure di Paesi Membri della Comunità Europea dove i test di ingresso non sono richiesti possano richiedere il

trasferimento presso uno dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia in Italia, di fatto aggirando il test di ingresso stesso.

Tutto questo, sebbene di una certa importanza, è tuttavia poco rilevante al confronto della necessità di promuovere un processo di continuo miglioramento nella formazione di chi dovrà esercitare la professione di medico e soprattutto della necessità di accorciare l'intervallo di inserimento nel mondo del lavoro dei laureati in Medicina e Chirurgia.

Uno degli argomenti di maggiore preoccupazione, infatti, riguarda i tempi di entrata nel mondo del lavoro.

Come è noto, tra durata del Corso di Laurea (6 anni) e durata delle Scuole di Specialità (da 4 a 6) è stimato che un Medico cominci ad affacciarsi al mondo del lavoro all'età di 34 anni, se non oltre.

Uno studio pubblicato più di 10 anni fa dimostrava un'attesa media di occupazione per uno studente italiano che si iscrive al primo anno di Medicina pari a 15-16 anni, con una tendenza ad un ulteriore allungamento dei tempi medi registrati negli ultimi anni. È alla luce di questo dato che in tutta Europa, così come negli Stati Uniti, è in corso una discussione sulle modalità di ridurre questo intervallo, provvedendo allo stesso tempo ad una più efficace preparazione e "professionalizzazione" del laureato in medicina. In tal senso va compresa la decisione di qualche settimana fa di accorciare di 1 anno la durata della maggior parte delle Scuole di Specialità.

La "Laurea abilitante"

Ed è in questo contesto che va inserito il dibattito in corso ormai da qualche anno circa la proposta di modificare le modalità relative all'Esame di Stato in Medicina e Chirurgia e la proposta di trasformare la laurea in Medicina in "Laurea abilitante". L'attuale sistema, infatti, prevede che per accedere

all'Esame di Stato, il laureato debba, ad integrazione delle attività formative professionalizzanti acquisite durante i 6 anni di Medicina, ottenere dei crediti anche attraverso alcuni mesi di tirocinio pratico.

Alla fine, tra la laurea e l'abilitazione, passano in media 6 mesi, e un intervallo simile riguarda il tempo tra abilitazione e concorso per le Scuole di Specializzazione.

Attualmente, l'esame di Stato d'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo consiste in un tirocinio pratico valutativo e in una prova scritta.

Il tirocinio consiste in una prova pratica a carattere continuativo della durata di tre mesi che si svolge per un mese presso un reparto di medicina, per un mese presso un reparto di chirurgia e per un mese presso l'ambulatorio di un medico di medicina generale, convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale. Ad ogni candidato verrà assegnato dalla Commissione Esami di Stato un tutore per ogni periodo di tirocinio. La frequenza del tirocinio pratico valutativo deve prevedere un'attività non inferiore alle 100 ore mensili, le cui modalità esecutive vanno concordate con il tutore/valutatore.

La certificazione della frequenza e la valutazione di ciascuno dei tre periodi avvengono sotto la diretta responsabilità e a cura del tutor ospedaliero e del medico di medicina generale al quale è assegnato l'abilitando che ne attestano formale svolgimento sul libretto-diario fornendo un formale giudizio espresso con punteggio numerico sulle capacità e attitudini del candidato. La valutazione del tirocinio comporta l'attribuzione di un punteggio massimo di 90 punti (30 per ogni periodo). Per essere ammesso alla prova scritta si deve conseguire un punteggio di almeno 60 punti, con un minimo di 18/30 per ciascun periodo. La Prova Scritta si articola in 2 parti che si svolgono in un'unica giornata, in corrispondenza di ciascuna delle quali viene somministrato una prova a quiz a

risposta multipla, dirette rispettivamente a valutare:

- a)** le conoscenze di base nella prospettiva della loro successiva applicazione professionale, con particolare riguardo ai meccanismi fisiopatologici e alle conoscenze riguardanti la clinica, la prevenzione e la terapia;
- b)** e capacità del candidato nell'applicare le conoscenze biomediche e cliniche alla pratica medica e nel risolvere questioni di deontologia professionale e di etica medica. La prova include anche una serie di domande riguardanti problemi clinici afferenti alle aree della medicina e della chirurgia, e delle relative specialità della pediatria, dell'ostetricia e ginecologia, della diagnostica di laboratorio e strumentale, e della sanità pubblica.

Quali le soluzioni in discussione?

La strada potrebbe essere quella dell'esame abilitante contestualmente a quello di laurea così come avviene per alcune professioni sanitarie riducendo in questo modo di circa 1 anno il tempo che intercorre tra la Laurea e l'accesso alle Scuole di Specializzazione. In sostanza, successivamente o precedentemente (qui ancora le posizioni sono diverse) alla discussione della Tesi di Laurea, il laureando dovrà effettuare un Esame di Abilitazione che sarà valutato da una commissione nella quale sarà presente non solo la rappresentanza del corpo accademico ma anche quella del mondo delle professioni. Per quanto a me noto, non è chiaro come sarà svolto l'Esame di Abilitazione sebbene credo probabile che esso prevedrà una parte relativa alla Valutazione delle Competenze (vedi Prova Pratica) effettuata da una Commissione ad hoc e una prova scritta simile al *Progress Test*, già in atto in molti Corsi di Laurea incluso quello di Brescia.

Rendere maggiormente professionalizzante il percorso formativo per costruire un Medico pronto a raccogliere le sfide dei prossimi anni

Il tirocinio

Tutto a posto? Non proprio. Questa strada comporterà inevitabilmente alcune conseguenze sul piano organizzativo, in particolare sul tirocinio obbligatorio di tre mesi (un mese in un reparto chirurgico, un mese in un reparto di medicina e un mese presso l'ambulatorio di un medico di base) che dovrà invece essere effettuato durante i sei anni di studio e non alla conclusione come avvenuto fino ad ora. Alla fine dei tirocini dovrà essere attribuita una valutazione che contribuirà assieme alla prova pratica finale di abilitazione alla composizione del giudizio finale di abilitazione.

Un percorso di studio integrato

Inoltre, tutto questo, perché non sia solo un'operazione di *maquillage* formale, dovrà necessariamente portare ad una profonda riorganizzazione dello stesso Corso di Laurea al fine di rendere maggiormente professionalizzante il percorso formativo per costruire un Medico pronto a raccogliere le sfide dei prossimi anni. Infatti, sarà necessario che il percorso di studio sia maggiormente integrato all'interno di una reale rete formativa che valorizzi le competenze di Università, Ospedale e Territorio sul modello di quanto già avviene in altri Paesi Europei. In altre parole, si renderà necessario provvedere ad una rivisitazione della struttura tradizionale *triennio biologico/triennio clinico* a favore di un modello che preveda un miglior bilanciamento integrato degli spazi assegnati agli insegnamenti pre-

clinici del primo triennio a favore degli insegnamenti clinici e delle attività pratiche del secondo triennio, secondo modelli che hanno ampia affermazione in Europa e negli USA.

Questa attività andrà integrata nelle scienze di base e nelle scienze cliniche del nostro curriculum e in processi di apprendimento via via più complessi come il *basic life support*, gli scenari ed i *megacode*, nei quali gli studenti saranno chiamati a risolvere situazioni cliniche di progressiva complessità.

Si potrà così costruire una scala progressiva di apprendimento pratico dal I al VI anno di corso.

Programmi di simulazione avanzata

In aggiunta a ciò, è ormai tempo che, accanto alle tradizionali forme di tirocinio professionalizzante al letto dei malati, nelle diverse branche della medicina si introducano da una parte nuove forme di apprendimento pratico mediante l'utilizzazione di programmi di simulazione avanzata (vedi micro e macrosimulazione) e dall'altra nuove forme di valutazione delle competenze professionali.

In conclusione, il processo già in atto da tempo per la realizzazione di una Laurea abilitante non ha solo l'obbiettivo per quanto giustificato di accorciare i tempi di inserimento nel mondo del lavoro ma esso deve essere visto all'interno di un ampio disegno che porti a riqualificare la formazione medica all'interno del Corso di Laurea di Medicina attraverso una rimodulazione e riorganizzazione delle attività didattiche soprattutto professionalizzanti al fine di garantire agli studenti di medicina una più efficace preparazione che permetta di integrare al meglio le nozioni teoriche con l'esperienza pratica.

Personalmente, credo che una riorganizzazione del Corso di Laurea sia indifferibile e credo che riqualificare l'Esame di Stato che ora vede abilitati più del 99% dei candidati sia un'esigenza.

Ovviamente, responsabilità dell'Università e dell'Aziende Ospedaliere convenzionate, in sintonia con gli Ordini dei Medici e Odontoiatri, sarà quella di individuare le forme e i modi migliori per costruire nell'interesse della comunità i percorsi formativi più adatti. In tal senso, mi preme esprimere la volontà da parte dell'Università degli Studi di Brescia di ampliare la rete formativa e di realizzare un Centro di Simulazione, oltre che di promuovere corsi per i Tutor/Docenti al fine di garantire agli studenti del Corso di Laurea di Medicina e Chirurgia di Brescia le migliori opportunità per quella che rimane, nonostante tutte le difficoltà, i sacrifici e le responsabilità, una delle professioni di maggior impatto e rilevanza nella Società. ●

Scuole di Specializzazione una storia infinita

Giovanni Cancarini

Direttore Scuola di Specializzazione in Nefrologia,
Università di Brescia



Il 12 febbraio 2015 è arrivato, finalmente, il Decreto Ministeriale sulle Scuole di Specializzazione.

Le novità principali del decreto sono:

- ✓ abolizione di alcune tipologie, di Scuole di Specializzazioni,
- ✓ accorpamento di altre,
- ✓ riduzione della durata di molte Scuole da 5 a 4 anni o da 6 a 5 a partire dal prossimo Anno Accademico; tuttavia, gli Specializzandi attuali, esclusi quelli dell'ultimo anno, possono già optare, a loro discrezione, per un percorso di durata ridotta.

Accanto a queste novità, già ufficiali, ci sono “lavori in corso” sulle seguenti possibilità:

- ✓ percorso parallelo a quello universitario che permetta l'acquisizione del Diploma di Specializzazione dopo un'attività lavorativa quinquennale in un reparto ospedaliero specialistico; gli Specializzandi non sarebbero assunti come Dirigenti e avrebbero uno stipendio simile a quello dei Coordinatori Infermieristici (ex Caposala),

- ✓ istituzione di un esame abilitante all'esercizio della Specializzazione da sostenere dopo l'acquisizione del Diploma di Specialità comunque ottenuto.

A cosa può dar origine tutto ciò, se confermato? Gli Specializzandi del penultimo anno che scelgono per il percorso abbreviato potrebbero non completare l'iter formativo; dovremo modificare il loro percorso didattico, ma è molto improbabile che riusciamo a concentrare nel quarto anno anche tutte le attività previste per il quinto (non mi riferisco tanto alle lezioni, quanto alle attività pratiche nelle quali va acquisita una competenza sul campo e non teorica).

Domande

Avremo tre diversi tipi di Specializzati per la medesima disciplina: Specializzazione Universitaria di 5 anni, Specializzazione Universitaria di 4 anni, Specializzazione Ospedaliera;



saranno tutti equiparati o avranno livelli di riconoscimento diversi in eventuali concorsi?
 Il riconoscimento europeo della Specializzazione ottenuta in Italia sarà garantito?
 Alcuni anni or sono la durata delle Scuole di Specializzazione era stata aumentata proprio per garantire il riconoscimento europeo; i tre tipi di Specializzazione saranno tutti riconosciuti a livello europeo o avremo parte dei nostri titoli non riconosciuti mentre dovremo riconoscere tutti quelli che provengono da altre nazioni europee? Temo che gli "Specializzandi Ospedalieri" siano utilizzati per coprire, a basso costo, carenze di organico anche se, teoricamente, la loro assunzione di autonomia e responsabilità dovrebbe essere progressiva e spalmata sui 4-5 anni di corso. Quando questi Specializzandi diventeranno specialisti, saranno assunti come tali o sarà più vantaggioso economicamente per l'Azienda ospedaliera assumere nuovi Specializzandi da formare?
 Quest'anno l'esame di ammissione e i tempi di attribuzione delle sedi hanno rappresentato un problema di non poco conto. Aver reso il concorso

nazionale, permettendo agli aspiranti Specializzandi di scegliere più possibili Specialità e più sedi, ha determinato un notevole ritardo nelle assegnazioni, avvenute a scalare in base alle graduatorie ed alle opzioni disponibili. Alcune Scuole hanno iniziato l'attività il 10 Dicembre 2014, come previsto dal bando, ma altri Specializzandi sono stati attribuiti alle sedi verso la fine di gennaio 2015; probabilmente il sistema utilizzato è troppo farraginoso. Inoltre, quest'anno, l'assegnazione dei posti si è intersecata con la contemporanea ammissione al corso di Medici di Medicina Generale cui avevano partecipato molti aspiranti Specializzandi che si trovavano, quindi, anche quella possibile opzione. Non avendo ancora terminato il primo Anno Accademico da quando è stato introdotto il sistema di selezione nazionale, non sappiamo che dimensioni potrà assumere la richiesta di Specializzandi di trasferimento in sedi prossime alla residenza abituale. È indubbio l'impatto economico e di disagio di chi ha dovuto recarsi in sedi lontane da casa ed è ragionevole attendersi un numero elevato di richieste di avvicinamento a casa.
 Il problema non è semplicemente burocratico perché la legge prevede che ogni Scuola di Specializzazione abbia un proprio ordinamento didattico (ad esempio la Nefrologia di Brescia ha un ordinamento diverso da Verona, Milano, Pavia, ecc., talvolta anche notevolmente diverso); di conseguenza, per ogni Specializzando trasferito da altra sede, va riorganizzato un suo personale percorso formativo (lezioni e attività pratiche) tale per cui al termine della Scuola abbia avuto un percorso simile ai Colleghi che si diplomano nella nuova sede. Un concorso su base regionale anziché nazionale e un ordinamento didattico definito e unico, per la sua gran parte, a livello nazionale, potrebbe offrire le stesse

garanzie di accesso trasparente, ma superiori garanzie di funzionamento e stabilità. Che dire dell'idea di un esame abilitante alla Specializzazione? Nel momento in cui ci si orienta verso la Laurea Abilitante in Medicina e Chirurgia (cfr. l'articolo di Padovani in questo numero) e quindi eliminazione dell'Esame di Abilitazione all'esercizio della professione Medica, ecco che lo s'inventa per le Scuole di Specializzazione. Avrebbe potuto far di meglio Kafka? Perché introdurre questo esame? Probabilmente nell'illusione di controllare che vi sia un adeguato livello di preparazione da

Solo un "esame sul campo" può valutare la preparazione professionale di uno Specialista

parte delle Scuole di Specializzazione. Ho dubbi che un esame, magari a quiz, possa valutare la preparazione professionale di uno Specialista; solo un "esame sul campo" può permettere di definirlo, con sufficiente approssimazione.

Anziché inventare nuovi test o percorsi, si potrebbe migliorare il livello di controllo delle attività effettivamente svolte in ciascuna sede e del reale coinvolgimento, in prima persona, dello Specializzando.

Un divenire continuo

Ultimo punto: determinazione del fabbisogno nazionale e dei fabbisogni regionali di Specialisti di una determinata disciplina. Non conosco e non riesco a dedurre i criteri che governano queste scelte che talora non

sembrano basate su dati di necessità reali; unico dato certo è che il numero totale di posti disponibili ogni anno dipende solamente dagli stanziamenti messi a disposizione dalla finanziaria. Dovrebbe essere semplice, per il Ministero della Salute, indicare il fabbisogno stimato di Specialisti da qui a 4-5 anni e, in base alla popolazione delle varie Regioni, stimare il numero di Specializzandi da attribuire ad ogni disciplina per ogni Regione. E non dovrebbe succedere che siano considerati attribuiti ad una Regione gli Specializzandi di un'Università, che opera solamente in un'altra Regione, ma che ha la sua sede amministrativa nella prima.

Come vedete dobbiamo continuare a rincorrere questo divenire continuo sperando che si possa stabilizzare al più presto su criteri chiari definiti, misurabili e trasparenti.

Nonostante tutto, per quanto riguarda l'aspetto fondamentale, sono convinto che la preparazione clinica dei nuovi Specialisti italiani sia di livello buono ed in continua crescita, favorita sia dall'organizzazione dei corsi e delle attività pratiche, sia dalla presenza di reti formative che coinvolgono più ospedali per la stessa Scuola di Specializzazione permettendo esperienze di ambienti di lavoro diversi, sia dagli interventi dedicati agli Specializzandi da parte di Società Scientifiche. C'è un ovvio conflitto di interesse da parte mia nell'esprimere questo parere; mi piacerebbe conoscere quello dei Colleghi che lavorano negli Ospedali e sul Territorio.

Il punto di vista dei medici specializzandi

Cosa si aspetta un giovane medico

Annalisa Facchini

Specializzanda in Nefrologia

La scuola di specializzazione forma davvero medici specialisti?

Quando mi è stato chiesto di mettere per iscritto le mie impressioni circa il percorso che un medico in formazione specialistica deve affrontare mi sono trovata in serio imbarazzo. Mentre mi accingo ad intraprendere il mio ultimo anno di scuola di specializzazione “fare un bilancio” non è cosa semplice e scontata...

Non sono qui per esprimere il mio punto di vista sulla credibilità e bontà di decreti legge che anno dopo anno continuano a rimodellare un iter formativo complesso e delicato quale il nostro. Credo che chiunque stia leggendo queste righe abbia già potuto farsi un'idea di quali siano le finalità, a mio giudizio prettamente di natura economica, che guidano tali riforme. Queste mie righe desiderano semplicemente illustrare cosa un giovane medico si aspettava di ricevere dalla scuola di specializzazione, cosa sente di

aver ricevuto e cosa invece è mancato. La scuola di specializzazione forma davvero medici specialisti? Credo di poter affermare di sì. La mia non vuole essere presunzione, ma rispetto al 17 maggio 2010, giorno in cui ho iniziato il mio percorso, ritengo di essere cresciuta parecchio dal punto di vista professionale. Ricordo ancora il mio primo giro visita. Di fronte ad un paziente ricoverato per una problematica di natura trombotica il capo reparto mi chiese “Tu cosa faresti?”. Bascicai un'ipotesi di intervento che mi disse essere corretta, ma per giorni rimuginai su quell'episodio, su come avrei potuto meglio articolare ed argomentare

Il nostro è un mestiere che “si ruba” a chi già lo pratica

la mia risposta. E così mi resi conto che imparare ad applicare con cognizione e sicurezza ciò che avevo appreso sui libri negli anni precedenti avrebbe richiesto un assiduo impegno. Oggi mi rapporto ai colleghi ed ai pazienti con maggior serenità perché il bagaglio culturale che porto con me si è sicuramente perfezionato ed ampliato. Nelle tante ore trascorse in ospedale ogni giorno cerco costantemente di apprendere da chi mi sta accanto quante più informazioni e competenze possibili.

Crescere come professionista

Seduta accanto a medici esperti, in ambulatorio o in reparto, bado a non farmi sfuggire nulla di ciò che può farmi crescere come professionista. Sono convinta che la scuola di specializzazione così come è strutturata, il fatto che permetta a giovani medici di vivere l'intera giornata lavorativa costantemente accanto a medici specialisti, rappresenti davvero un modello funzionale ed efficace. Perché, come più volte mi è stato ricordato, il nostro è un mestiere che "si ruba" a chi già lo pratica.

L'improvvisa autonomia

C'è però qualcosa che non si può rubare ai nostri insegnanti: la consapevolezza di saper operare in maniera autonoma. Terminato il percorso di formazione, dall'oggi al domani, viene richiesto al medico di operare autonomamente come specialista. Il medico in oggetto è tuttavia il medesimo che fino al giorno precedente si trovava ad agire esclusivamente sotto la guida e la supervisione di un medico esperto. Mi chiedo quindi se forse non sarebbe sensato prevedere e codificare in maniera puntuale nel piano di studi del medico specializzando un percorso di progressiva acquisizione del grado di autonomia, che dovrebbe pertanto essere raggiunta (e perché no, valutata e certificata) già durante il periodo di formazione. Se tutto questo è vero, è altrettanto vero che purtroppo non è infrequente imbattersi in persone che della formazione del medico specializzando semplicemente



non si curano. Questa è la cosa che più mi ha ferito e fatto arrabbiare in questi anni. Ci sono occasioni in cui ti trovi a lavorare sodo e in cambio non ricevi nulla. Vieni lasciata unicamente a svolgere le mansioni in cui ti destreggi bene e in cui sei autonoma, senza che ti venga insegnato o data la possibilità di cimentarti in altro. L'insegnamento è indubbiamente un compito impegnativo e dispendioso in termini di tempo, ma credo che in certi casi alcuni professionisti si nascondano dietro alla scusa di giornate lavorative frenetiche per non farsi carico dei più giovani. Questo è un peccato perché la via di crescita e miglioramento per la società medica ritengo passi anche attraverso la continua trasmissione delle competenze alle generazioni future.

Ho la fortuna di frequentare una scuola di specializzazione in cui l'attività professionalizzante, ritenuta primaria e fondamentale, è affiancata e supportata dall'attività didattica, che non consiste semplicemente in lezioni magistrali tenute da docenti, ma soprattutto da incontri di discussione su tematiche specialistiche o, più ampiamente, internistiche.

Questi incontri mi hanno dato la possibilità di affrontare aspetti della medicina interna che talvolta vengono dimenticati, o comunque non considerati di propria competenza dal medico specialista, ma che rappresentano invece i presupposti

per la presa in carico globale del malato. A questo proposito è mia opinione che il percorso di formazione specialistica non dovrebbe prescindere da un periodo di frequenza in un reparto di medicina interna. Tale frequenza dovrebbe tuttavia essere continuativa, per un periodo di tempo adeguato e collocarsi all'inizio del percorso formativo.

Attualmente invece al medico specializzando purtroppo è richiesto unicamente di frequentare, durante i cinque anni di corso, un'ampia serie di unità operative specialistiche per lassi di tempo molto brevi.

E terminato il percorso di formazione specialistica?

Ecco la domanda che tanto spesso ci si sente porre. In un'epoca storica caratterizzata da una depressione economica come quella che stiamo vivendo, è difficile guardare con fiducia ed ottimismo al proprio futuro professionale.

Certamente farò di tutto per poter operare nel settore in cui mi sono formata, ma allo stesso tempo (e qui sono la moglie e la mamma a parlare) so di dover essere realista.

Metto in conto che le cose potrebbero andare in modo diverso, che terminati i cinque anni di scuola di specializzazione, per mancanza di posti disponibili, potrei dovermi rimettere in gioco per svolgere la professione di medico in un settore differente da quello che avevo preventivato al momento della scelta della scuola di specializzazione.

Talvolta questo pensiero mi scoraggia e mi rattrista e mi chiedo se sia valsa davvero la pena di spendere tante energie e riporre aspettative in un progetto come questo.

Poi ripenso alle competenze che ho acquisito, agli ostacoli superati, alla soddisfazione che traggo dall'attività lavorativa, e mi dico che sì, ne è valsa la pena. ●

L'Odissea dei neolaureati

Eleonora Mozzo

Chi sbaglia paga...

Sono cresciuta in una famiglia che mi ha insegnato che, quando si sbaglia, si paga. E quando ho iniziato Medicina all'università, questo concetto mi è subito parso ancora più nitido e giusto. Da medico non puoi permetterti di sbagliare, perché da medico

sei responsabile del bene più prezioso che ci sia, la salute. Eppure noi medici siamo uomini e, in quanto tali, sbagliamo eccome... Capita di sbagliare diagnosi, capita di non inquadrare subito la terapia più efficace, capita la giornata no, capita di non ascoltare il paziente. L'errore capita, purtroppo, e rimane come una cicatrice indelebile alla voce "professione". L'errore però può, anzi deve, essere un monito affinché non si ripeta più quella stessa condizione. Si sbaglia, si paga, e da questo si esce migliorati e rafforzati.

Questo senso di responsabilità è cresciuto in me, parallelamente all'aumentare delle responsabilità che inevitabilmente crescono quando si inizia a lavorare.

Non sempre chi sbaglia, però, paga. In questi mesi ho capito che questa regola, a mio avviso basilare in una società responsabile, non si applica sempre.

Nello specifico non si applica quando a sbagliare è un Ministero, il MIUR. Adesso voi colleghi starete pensando: "Beh, ma ci arrivi adesso? È ovvio che quando si parla delle alte sfere non si applicano le stesse regole che si utilizzano normalmente".

Rassegnazione dilagante

Allora io vi rispondo che sono proprio questa rassegnazione dilagante e questo "farci andare bene tutto" che non vanno bene! È l'immobilismo che sta mandando questo Paese alla deriva... perché solo un Paese alla deriva tratta la classe medica con sufficienza, solo un Paese alla deriva non investe nella Sanità quando ce n'è disperatamente bisogno.

Parlo a nome di tantissimi giovani medici, siamo in migliaia, tutti abilitati alla professione, che si sono stancati di pagare gli errori altrui, che hanno voglia di cambiare le cose, di farsi sentire. Per cambiare le cose non basta un lamento diffuso e sommosso; alle parole devono seguire i fatti.

Una rete nazionale di colleghi

Non può esistere e resistere ancora a lungo un Paese che necessita di 8 mila specializzandi l'anno (come richiesto dal SSN), ma per spreco scellerato di risorse, eroga solo 5000 borse, sostenendo che non ci siano i fondi.

Dallo scorso ottobre, quando c'è stato l'esame di specialità, ci siamo organizzati costruendo una rete nazionale di colleghi, aspiranti specializzandi e non solo, che comunicano tra di loro e con tutte le forze politiche, per un fine unico: essere ascoltati.



Parlo a nome di tantissimi giovani medici che hanno voglia di cambiare le cose e di farsi sentire

Abbiamo lavorato per mesi insieme (e abbiamo pronte più proposte, pagine e pagine di documenti pensati e redatti per essere letti!) per migliorare questo esame che, così com'è ora, non può funzionare. Non funziona perché, tra le tante lacune che ha, un esame in cui il curriculum vitae pesa per più del 10% del punteggio finale non può essere meritocratico, non quando i metodi di valutazione e i piani di studio sono così disomogenei tra i vari atenei italiani. Ci siamo anche chiesti perché, ad esempio, nel concorso per medici di base il curriculum non conti e per l'ingresso alle specialità sì... Stiamo parlando di esami e futuri professionisti di serie A e di serie B? O della futura classe medica?

In questi mesi ne abbiamo davvero viste e sentite di tutti i colori...

Il MIUR e il CINECA che commettono un errore macroscopico di inversione delle prove (area medica e area dei servizi), un tentativo goffo di porvi rimedio richiamando tutti a sostenere nuovamente le prove (ammettendo così pubblicamente l'errore stesso), seguito da un passo indietro. La decisione poi di ammettere l'illegittimità di 2 domande su 30, di annullarle e ricalcolare così i punteggi senza nemmeno redigere un verbale, mettendo in questo modo mano alle prove, ha del surreale. Le prove d'esame sarebbero dovute essere immodificabili, come ogni atto pubblico che si rispetti. Così non è stato. È successo un disastro, ammesso e certificato dai registri del Ministero dell'Istruzione. In migliaia abbiamo scelto, nostro malgrado, la strada del ricorso, che sembra l'unico modo per farsi giustizia in un Paese governato da sordi e da chi non vuol sentire. E non siamo intenzionati a

fermarci qui. La gravità della situazione impone di andare fino in fondo, fino a raggiungere la Corte Europea. Un Ministero che si permette, com'è successo nel febbraio scorso, di ammonire un Tribunale amministrativo con un *"Attenzione, se i ricorrenti dovessero averla vinta, non ci sarebbero i soldi per tutti, e prenderemo i dovuti provvedimenti"*, è lo specchio di una società corrotta e malata, nella quale il rispetto per la Legge è nullo. Un Ministro dell'Università che afferma di non avere idea di come funzionino gli esami ministeriali è ridicolo, e desolante. Un Ministro delle Riforme costituzionali che afferma, testuali parole, "Il numero dei ricorsi presentati è comunque in linea, come numeri, rispetto alla percentuale di ricorsi che fisiologicamente in ogni concorso del settore viene presentato", oltre ad affermare il falso (dubitiamo fortemente che ogni anno il TAR venga inondato da più di 4000 ricorsi del settore, numero poi ridimensionato perchè alcuni ricorrenti si sono ritirati), non fa altro che ammettere l'incapacità di un Ministero dell'Istruzione nella gestione di una realtà che, peraltro, a nostro avviso dovrebbe essere di competenza del Ministero della Salute. Avevamo due scelte. La prima era non reagire, e farci andar bene per l'ennesima volta questa ridicola pseudo-selezione vestita da "meritocrazia" e tutti gli errori e le prese in giro di un Ministro e un Ministero del tutto inetti. La seconda era cercare di rivoluzionare le cose, per far valere il nostro diritto alla formazione. Abbiamo scelto la seconda.



Continuare la battaglia

In questi mesi ci siamo fatti forza anche grazie al supporto di migliaia di cittadini, di moltissimi colleghi più "anziani" che si sono interessati a noi, ad alcuni Presidenti di Ordini che ci sostengono apertamente, a Professori universitari che ci incoraggiano a continuare questa battaglia, ammettendo che così non si va da nessuna parte, a Dirigenti ospedalieri, a tantissimi specializzandi che si ricordano bene com'era essere al nostro posto.

Certo, poi ci sono quelli a cui non interessa, quelli che credono che sia giusto limitare la formazione perché *"tanto non c'è lavoro per tutti noi, tanto vale sbarrarvi la strada prima"*. Crediamo che non si possa, per il semplice fatto di aver già ottenuto un piccolo orticello personale da coltivare, far finta di nulla o, peggio ancora, criticare la nostra presa di posizione quando, chiunque, al nostro posto farebbe lo stesso. Si tratta di far valere un diritto, e di farci rispettare come professionisti che lavorano insieme a tutti voi nel SSN. Ah...se tutti noi collaborassimo per migliorare la Sanità italiana nel suo insieme, invece di sprecare forze e fiato in sterili guerriglie tra colleghi...

È un fatto certo che se nemmeno i colleghi TUTTI, e a maggior ragione quelli che sanno cosa significhi lavorare in Italia senza specializzazione, quelli che fino a ieri erano pronti a rivoluzionare le cose (*"ma oggi no, ho ottenuto la mia borsa, non mi interessa più"*), se la sentono di affiancarci *"perché ne va della mia immagine in ospedale"*, *"perché non ho tempo da perdere"*, *"perché non ho seguito la vicenda"*...beh, allora, per citare una collega:

"Questo Paese è malato, e la prognosi è infausta". ●

La diagnosi non detta: "Il cielo è dei violenti"¹?

Renzo Rozzini

Dipartimento di Geriatria, Fondazione Poliambulanza-Istituto Ospedaliero, Brescia

Era il 2 dicembre, la signora Amalia era deceduta il 4 luglio. Erano passati cinque mesi dalla morte e non l'avevo saputo. Eppure abitavamo nello stesso quartiere, a un centinaio di metri di distanza, con le figlie frequentavamo molti amici comuni. Ero in vacanza? La signora Amalia era stata una persona importante per me, per la mia famiglia. Una persona importante per la comunità bresciana. Trent'anni fa quando mi sono sposato mi aveva aiutato a trovare la casa e aveva fatto l'intermediazione con i proprietari, mi aveva segnalato i negozi dove acquistare mobili di qualità adatti alle mie tasche, suggerito i colori della casa. Aveva fondato un'associazione di autoaiuto per le mastectomizzate e ne era stato motore per molti anni interagendo con le istituzioni per avere tutela e benefici. Aveva segretamente aiutato, e in modo molto concreto, numerose associazioni di beneficenza.

Coniugata, quattro figli. Riservata e severa, apparentemente fredda, nelle relazioni concedeva la confidenza solo a pochissime persone, esclusivamente donne. Ho sempre pensato mi stimasse e a modo suo mi volesse anche bene, ma lo immaginavo dalle azioni, non dalle parole.

L'avevo visitata cinque o sei anni prima. Una figlia me l'aveva portata per un'iniziale perdita di memoria e per qualche veniale bizzarria, incongrua rispetto alla personalità della paziente, e per un'inspiegabile apatia. Il deterioramento era assai lieve, ma già alla prima visita fortemente suggestivo per una malattia di Alzheimer. Non avendo allora come ora grandi terapie a disposizione, non avevo detto a lei né ai familiari la mia ipotesi diagnostica di malattia neurodegenerativa e avevo spostato l'attenzione sugli aspetti affettivi: disturbo dell'umore.

Avrei rivisto la paziente per controllo nei mesi

successivi e pensato in un secondo momento ad approfondire e comunicare la diagnosi.

Ripetei la stessa diagnosi anche negli appuntamenti successivi non avendo ancora trovato il momento e la modalità più efficace per parlare loro (rimandavo il possibile stigma di una malattia mentale inguaribile).

Dopo un anno dalla prima visita non li vidi più. Successivamente avevo saputo del progressivo peggioramento della paziente e ultimamente delle gravi e gravissime condizioni in cui versava. Avevo pensato che avessero trovato un medico più sintonico alle loro esigenze e a questo si fossero affidati. Ogni paziente ha il suo medico e tutto rientrava nella routine. Il fatto di non aver saputo della sua morte, di non aver partecipato al funerale, di non aver telefonato ai famigliari era insopportabile.

Appena avuta la notizia cercai il numero di telefono di una delle figlie e immediatamente chiamai dicendo che nessuno me l'aveva detto, che mi dispiaceva, che partecipavo seppur imperdonabilmente tardi alle condoglianze. La telefonata fu lunga, difficile e sofferta. Dall'altra parte avvertii dapprima gelo, poi imbarazzo e poi un liberatorio "questa è una telefonata che non speravamo arrivasse, ma che ora rimette serenità alla nostra vecchia amicizia".

"Per molto tempo ti abbiamo disistimato e talora anche disprezzato". Per la fiducia cieca che avevamo in te per troppo abbiamo vissuto e ci siamo relazionati con la mamma facendo riferimento indiscutibile alle tue parole e alla convinzione che avevi trasmesso.

Ci siamo comportati come fosse depressa e non affetta da demenza. Quando un altro medico ce l'ha comunicato abbiamo avuto sensi di colpa per il nostro comportamento precedente, se l'avessimo saputo prima ci saremmo rivolti a lei in modo più congruo, avremmo fatto molto di più. Abbiamo comunque inconsciamente sempre sperato che fossero gli altri a sbagliare e che dovevamo solo aspettare la guarigione da quello che tu ci avevi detto essere una forma di "pseudodemenza".

Ci hai imbrogliato!"

Nella telefonata, balbettando, ho cercato di spiegare quello che era successo, quale fosse stata la mia intenzione, la mia strategia: accompagnare nel modo meno doloroso possibile la paziente e la famiglia verso il terribile mondo della demenza. Non c'era null'altro da fare. La realtà era stata un'altra e avevo prodotto, più che alleviato, più dolore del necessario. Ho sbagliato con l'intenzione di fare del bene; sarebbe stato meglio avessi fatto il contrario?

La comunicazione della diagnosi di una malattia che non ha un trattamento efficace è un momento complesso e difficile. Non esistono ricette né protocolli. È un'arte difficile quella del medico! ●

¹ Matteo 11-12

"Rilancio in SUSO"

Slogan ispiratore della rinascita di un sindacato

Claudia Tosi

Il SUSO è il Sindacato Unitario Specialisti in Ortodonzia, termine che indica la specialità odontoiatrica deputata all'allineamento dei denti, che oltre a "raddrizzarli" si occupa anche delle strutture scheletriche e delle articolazioni temporo-mandibolari, migliorando l'ingranaggio durante la masticazione, fino alla occlusione, al profilo e all'estetica, elementi che definiscono l'armonia tra le parti più importanti del corpo, bocca e viso.

Attualmente l'ortodonzia può essere esercitata dal medico chirurgo, specialista e non e dall'odontoiatra con laurea magistrale (ora percorso universitario di sei anni) completata dalla scuola di specializzazione in ortognatodonzia. Percorso lungo per poter dare ai soggetti in cura una buona armonia scheletrica e muscolare, soprattutto nella crescita. Nonostante esista da più di quarant'anni, è importante che il Suso a causa dello svilimento delle professionalità, rafforzi la sua azione per far fronte all'impari contrapposizione tra etica professionale e business. Professionalità che non si identifica solo nel bollino blu della Scuola

di specializzazione: ma nel saper praticare l'etica e la comunicazione con il paziente, valori di cui si fa un gran parlare ma puntualmente disattesi. Di qui la necessità di un sindacato che dica le cose con estrema chiarezza, mettendo in guardia i pazienti dai tranelli nascosti nella pubblicità commerciale, dove la professionalità non si distingue dalla mercificazione. Le aziende commerciali prevaricano il professionista in atti squisitamente medici, in prestazioni sanitarie specialistiche che richiedono tempi di riflessione, adeguati sistemi di comunicazione e compliance del paziente. Da circa un anno alla guida del SUSO si è insediato un nuovo consiglio nazionale il cui presidente è Pietro Di Michele. Avviata al Collegio dei Docenti di Roma del 2013, l'attuale Presidenza ha rinnovato molte cariche all'interno del Consiglio Direttivo, includendo nuovi membri per farne un gruppo di lavoro vivace. L'attuale Direttivo vorrebbe dedicare maggiore attenzione ai giovani che non possono essere solo manovalanza da inserire in grandi aziende dove impera il business, ma "accompagnati" nella professione facendo

La Dottoressa Claudia Tosi invia questa lettera con la preghiera di inoltrarla alla professione. La CAO, sempre attenta e sensibile alle richieste dei Colleghi, pubblica con piacere quanto richiesto.

in modo che non cadano nei tranelli di cui spesso son già vittime. La quota di iscrizione, molto ridotta per neolaureati o specializzandi, offre un accompagnamento scolarizzante del giovane ortodontista alle prime difficoltà, quando, aperta la Partita IVA, comincia a lavorare di solito come consulente, in studi dentistici o più spesso, aziende tipo SRL, alle prese con le prime insidie. Il SUSO utilizza un sito internet, digitando la parola SUSO oppure all'indirizzo www.suso.it ed è collegato a Facebook, Twitter, Google Plus e canale Youtube. La storica rivista sindacale SUSONEWS sarà completamente rinnovata nei contenuti e nella grafica, con una distribuzione cartacea di almeno 1.500 copie mentre la versione online utilizzerà un database di 25.000 email. Dispone di una Segreteria nazionale e di consulenti. Obiettivo della presidenza è interagire con tutti i principali attori principali del mondo odontoiatrico, in una unione di intenti fondamentale per far fronte alle mille difficoltà della professione e dell'Ortodonzia.



Esercizio abusivo

Gigi Veronesi

Il decreto

Il Consiglio dei Ministri su proposta del Ministro della Giustizia, Andrea Orlando, ha approvato in via definitiva lo schema di decreto legislativo recante disposizioni in materia di non punibilità per particolare tenuità del fatto, a norma dell'articolo 1, comma 1, lettera m) della legge 28 aprile 2014, n. 67. Il provvedimento recepisce le proposte elaborate dalla commissione ministeriale Palazzo in tema di revisione del sistema sanzionatorio e per dare attuazione alla legge 67/2014 in materia di pene detentive non carcerarie oltre ad alcune specifiche indicazioni espresse dalle Commissioni parlamentari.

Il principio alla base delle nuove norme, spiegano da palazzo Chigi, "prevede che quando l'offesa sia tenue e segua ad un comportamento non abituale lo Stato possa demandare alla sede civile la punibilità. La risposta sanzionatoria dovrà quindi tener conto dell'entità dell'offesa, delle circostanze del fatto, della personalità dell'autore e della natura del bene tutelato" Il decreto innesta un nuovo articolo, il 131 bis nel Codice, per escludere da punibilità i reati sanzionati fino a 5 anni di reclusione, a due condizioni: quando l'offesa è di scarsa gravità e quando la condotta non è abituale.

E per i reati per esercizio abusivo di una professione medica?

Stando al testo presentato ed a quanto uscito dalle discussioni nelle varie Commissioni, chiamate a dare un parere sulla bozza, i reati punibili secondo l'art. 348 del c.p. rientrano tra quelli non punibili, anche se spetterà al giudice decidere in base a:

- ✓ la non abitualità del comportamento dell'autore, che non deve essere un delinquente abituale, professionale o per tendenza, né aver commesso altri reati della stessa indole, ovvero non essere stato mai "beccato", visto che sicuramente tale illecita attività sarà stata svolta nel tempo.
- ✓ la particolare tenuità dell'offesa, che implica una valutazione sulle modalità della condotta e l'esiguità del danno o del pericolo; per tanto senza danni obbiettivi il reato resta di fatto non necessariamente punibile penalmente.

Sarebbe da porre in evidenza la sostanziale differenza tra fingersi commercialista piuttosto che medico e calcolare i rischi connessi alla nostra professione. Differenza che, però, dovrà essere colta dal giudice...

"Solo a seguito di un accertamento rigoroso di tali condizioni da parte del giudice -precisa una nota del Governo- lo Stato rinuncerà ad applicare una pena per attuare comunque una tutela risarcitoria e/o restitutoria tipicamente civile".

Considerando, anche, che la Commissione Giustizia della Camera continua a tenere in stallo il Ddl Marinello sull'abusivismo, questa nuova presa di posizione aprirà, spero, gli occhi a chi ancora critica l'efficienza degli Ordini professionali e l'impegno dei suoi rappresentanti. Questo è l'ambito nel quale dobbiamo e possiamo muoverci.

Ospedale, luogo di cultura

Claudio Cuccia

Direttore del Dipartimento Cardiovascolare della Fondazione Poliambulanza Istituto Ospedaliero

Siamo soliti intendere l'ospedale come luogo di cura. Perché cultura, allora? *Cura* è l'esito italiano dell'espressione latina *quia cor urat*, ciò che riscalda il cuore, e la cultura, nelle sue diverse espressioni, forse che non li riscaldi i nostri cuori? Al di là delle assonanze, i due termini, cura e cultura, sono assimilabili, e vorrei fossero addirittura intesi come sinonimi. L'idea ha radici lontane.

Gli antropologi insegnano che la forza dell'uomo nasce paradossalmente dalla sua debolezza: un orso bianco si trova a proprio agio al gelo del Polo e un dromedario attraversa senza fatica le secche del deserto; è vero però che un dromedario in Finlandia o un orso bianco in Burkina Faso non si troverebbero un granché bene. L'uomo, invece, animale debole sin dalla nascita, da sempre si pone nella condizione di adattarsi, per crescere e per sopravvivere. E la cultura, "la seconda natura dell'uomo" a dirla con Pascal, è ciò che gli ha permesso di rimanere vivo. Cultura viene da *colere*, coltivare, crescere, e con la cultura – anche gli aborigeni, pur non letterati, esprimono una propria cultura – l'uomo

**Il Poeta vede Virgilio,
e a lui si affida, come il
paziente si affida a noi**

è cresciuto, difendendosi. È anche vero che la cultura, strada facendo, ha subito pericolose derive, divenendo un vezzo o, peggio ancora, uno strumento di potere: il sapere va invece inteso al servizio dell'uomo, e il medico e l'ospedale – perché è di medici e ospedali che parliamo – devono liberarsi della sacralità che li accompagna, una sacralità ornata da un'indecifrabile e inaccessibile sapienza. Non per nulla sacro viene da *sancire*, delimitare, allontanare e così, rendendo sacri il ruolo e il luogo, il paziente rimarrà lontano dal medico e dalla struttura cui chiede soccorso. L'ospedale è occasione di incontro e l'incontro, nella cultura, è tema di pagine memorabili: le prime parole pronunciate da Dante, nella *Commedia*, nascono da un incontro, cui segue una supplica, «*Miserere di me" urlai a lui*»... Lì, «*nel gran deserto*», il poeta vede Virgilio, e a

lui si affida, come il paziente si affida a noi.

La cultura è passione, e la passione è la principale componente del lavoro (che in ospedale non manca). Primo Levi, ne *La chiave a stella*, costruisce un meraviglioso personaggio, Tino Faussonne, un tecnico animato da tale e tanto amore per il lavoro da suscitare nell'interlocutore (lo stesso Levi) l'ipotesi che la libertà si assapori proprio nell'essere competenti nel lavoro, e nello svolgerlo provando piacere. La letteratura, raffinata espressione della cultura, offre panorami immensi per chi opera in ospedale: "Vivere è essere un altro" esclama Bernardo Soares che, isolato dal mondo, capisce quale sia il vero senso della vita. Il personaggio di Pessoa intende donarsi, come una madre fa col figlio: non è affatto curioso che *infermiere* nella lingua anglosassone sia *nurse*, che vien da *nutrire*, far crescere, quel *seno universo* che Donald Winnicott rappresenta come tramite tra il bimbo e il difficile mondo che lo circonda. La persona che soffre si ritrova fanciullo, e vede in chi gli sta accanto una madre premurosa: è dato di fatto che il supporto sociale percepito – sentire la vicinanza del medico, della famiglia, del sistema assistenziale –, riduce la mortalità nei pazienti che, colpiti da infarto, si portano addosso un minimo grado di depressione. In ospedale, si dice, non c'è tempo, si va di fretta. Ed è vero, si va sempre di fretta, un affanno che non dovrebbe però servire a scappare, l'*Adelante Pedro, con juicio...*, ma a far bene, e in poco tempo, ciò che serve: il *festina lente* di Augusto, che spronava i generali ad accelerare... lentamente, con criterio. Prendere il tempo che serve, anche (o soprattutto?) per parlare al paziente, fin dalla sua accettazione in ospedale. Visto poi che *accettazione* è lemma che ricorda gente fatta a pezzi, la nostra sia un'accoglienza, parola che veste il cogliere con il *legere*, il *logos*, la parola regalata a chi sta di fronte. Il medico si liberi del parlarsi addosso, insomma, il **medico** si trasformi in **tedico** e, magari, in **te** ascolto, e

Prendere il tempo che serve, anche (o soprattutto?) per parlare al paziente, fin dalla sua accettazione in ospedale

tramuti il paziente da persona che soffre (paziente da *patior*) in utente (*uti*, giovarsi) e, perché no, in cliente (da *colere*, crescere); cresca con noi, quindi, divenga responsabile, consapevole, capace di impegnarsi a tener saldo ciò che è stato fatto per lui. Il 'cliente' sia istruito a distinguere il vero dal falso, la realtà dalla percezione: una puntura ben fatta (qualità reale) è meno gradita di una puntura che si finge soltanto di fare (qualità percepita). A questo proposito, non possiamo trascurare il fatto, perché è un fatto, che la *Royal Statistical Society* ed il *King's College* di Londra abbiano quest'anno donato agli italiani il primato europeo nella graduatoria dell'ignoranza, del credere cioè in ciò che si pensa esistere e non in ciò che in realtà esiste. E non servivano gli inglesi ad esibire il contrasto, visto che gli scolastici, che di cultura si nutrivano, già lo sostenevano secoli fa: "*quidquid recipitur ad modum recipientis recipitur*".

Ognuno capisce ciò che vuole, è vero, ma ognuno capisce anche ciò che *può* capire: ecco il ruolo di un'informazione onesta, ecco la cultura a difesa dell'uomo, ecco l'antidoto alle fallacie logiche, a quelle locuzioni che sembrano vere ma non lo sono affatto. Ecco insomma la necessità di saper distinguere, di avere occhio critico e non clinico, un occhio che non guardi le cose dall'alto in basso (*klinè* è il letto), ma sappia distinguere (*critòs*, aggettivo verbale di *crinò*, separare) il giusto dallo sbagliato. La 'letteratura' scientifica è il piedestallo del sapere medico, va conosciuta e praticata quotidianamente; non manca però di grossolani errori, che sfuggono agli occhi distratti. Un esempio?

La ricerca che ha decretato l'ingiusta fine di una terapia essenziale per la cura dell'infarto, la trombolisi, lo ha fatto, credetemi, confondendo i termini della questione, dando una versione distorta delle cose: il lavoro (The DANAMI-2 study), svolto in Danimarca e pubblicato dalla rivista medica più prestigiosa, il *New England Journal of Medicine*, ha tratto tutti in inganno, i pazienti, i medici, e i danesi per primi. I quali, i danesi, erano già stati avvertiti della loro fallacità: *"Ascolta Amleto: è voce generale ch'io sia morto pel morso di un serpente mentre dormivo in terra nel giardino: è così che gli orecchi dei Danesi sono stati ingannati ignobilmente da una falsa versione dell'evento"*.

L'avessero letto, i medici danesi (e noi con loro), il capolavoro di Shakespeare, non si sarebbero forse salvati dall'inganno scientifico?

Distinguere il vero dal falso, dunque, per usare al meglio gli strumenti tecnici a nostra disposizione, consci che *"economia e tecnica non hanno senso che in rapporto all'uomo ch'esse devono servire"* (Giovanni Battista Montini, *Populorum progressio*, 1967). Non solo tecnologia, e guai all'ideologia tecnocratica!, ma sapere, cultura, buone letture, le letture che mai devono lasciare solo il medico, affinché non sia catturato dall'ottuso ottimismo come insegna Stefan Zweig (*Il mondo di ieri*), dall'ingenuità descritta da Jean Echenoz ('14), dalla negligenza biasimata da Herman Melville (*Lo scrivano Bartleby*), dalla rassegnazione narrata da Albert Camus (*Lo straniero*).

Nessuno pretenda che la strada da percorrere sia facile, e chi affronta il lavoro in ospedale si permi del monito che Konstantinos Kavafis descrive nella sua Itaca:

*Quando ti metterai in viaggio
per Itaca
devi augurarti che la strada
sia lunga,
fertile in avventure e in esperienze.*

*I Lestrigoni e i Ciclopi
o la furia di Nettuno non
temere,
non sarà questo il genere
di incontri
se il pensiero resta alto
e un sentimento
fermo guida il tuo spirito
e il tuo corpo.
...*

*E se la trovi povera,
non per questo Itaca
ti avrà deluso.
Fatto ormai savio,
con tutta la tua esperienza
addosso
già tu avrai capito ciò che
Itaca vuole significare.*

È il viaggio, ciò che arricchisce, molto meno la meta che, raggiunta, può anche deludere. In un solo momento, nella storia recente, si è potuto giustificare *"l'ibernazione culturale"*; Viktor Frankl lo descrive, con commozione e scientificità, nello struggente *Uno psicologo nel lager*: I migliori non uscirono vivi, dice Frankl, che non biasima chi, in quei momenti, tenesse vivo soltanto l'istinto di sopravvivenza. Ora no, ora è l'istinto che va represso, ora è tempo che la cultura torni a farla da padrone, a salvare l'uomo nato debole, un uomo che, ancor più debole, giunge in ospedale augurandosi di incontrare medici e infermieri competenti sì, ma soprattutto, colti. E non si stupisca, l'uomo debole, se proprio lì, all'ingresso, troverà un'accogliente libreria, con un libraio capace di somministrare pillole di saggezza, pagine ansiolitiche e pensieri ricostituenti: una medicina antica, efficace e garantita, per il paziente e per chi avrà il privilegio di soccorrerlo.

**L'articolo comparirà
nel prossimo numero della rivista
di cultura Città e Dintorni*

LIBRI

Salute senza confini Le epidemie al tempo della globalizzazione di Paolo Vineis

**Recensione a cura di
Gianpaolo Balestrieri**

Globalizzazione dell'economia, globalizzazione della salute? In questi anni abbiamo sperimentato come le crisi economico-finanziarie nate in un paese rapidamente si estendano al panorama mondiale. Accade lo stesso per la salute? Dobbiamo avere uno sguardo "globale" sui problemi sanitari? Paolo Vineis, brillante epidemiologo torinese che da qualche anno insegna "Global Health" all'Imperial College di Londra, ci offre con il suo ultimo lavoro una stimolante prospettiva.

Se la diffusione di epidemie come la SARS, l'influenza H1N1, oggi l'Ebola, è servita agli economisti, alla luce dei meccanismi di contagio, per descrivere le crisi finanziarie, l'indagine di Vineis si estende agli aspetti più generali e diffusi dei mutamenti della salute. Un quadro complessivo che, senza nascondere gli innegabili successi ottenuti negli ultimi decenni, con aumenti significativi anche se diseguali della durata della vita in gran parte del mondo, presenta una

serie di lati oscuri. Assistiamo ad una "transizione epidemiologica" che vede il prevalere, anche nei paesi a basso reddito, delle malattie croniche non trasmissibili (malattie cardiovascolari, respiratorie, neoplasie) con un declino delle malattie infettive e da denutrizione. I fattori di rischio tipici delle società affluenti (obesità, scarso esercizio fisico, ipertensione arteriosa, fumo di sigarette, diete sbilanciate) sono divenuti importanti anche nel resto del mondo. Vineis passa in rassegna le cause. L'alimentazione con la diffusione di cibi di bassa qualità e a basso costo (*junk food*) e la conseguente epidemia di *diabesity* (diabete e obesità) che colpisce soprattutto gli strati sociali più poveri. Il cambiamento climatico, con la ridotta disponibilità di acqua nelle zone costiere. Gli inquinanti ambientali. Il fumo e l'alcol. Le accentuate disuguaglianze sociali e di reddito. L'autore avanza l'ipotesi che i meccanismi patogenetici con cui lo stress ambientale porta alle manifestazioni di malattia coinvolgano l'epigenesi, alterazioni funzionali, non strutturali, del DNA come la



metilazione, che modificano l'espressione dei geni e quindi il fenotipo. Le minacce alla salute non sono adeguatamente contrastate

dalle politiche degli stati, in un contesto che vede indebolito il ruolo delle agenzie internazionali, a partire dall'OMS. Prevalde una ideologia di derivazione liberista che privilegia l'approccio individualistico alla salute (vedi la spinta all'uso inappropriato dei test genetici) rispetto all'impegno pubblico per la prevenzione primaria (si fa l'esempio delle iniziative, duramente criticate del sindaco di New York Bloomberg per la messa al bando degli acidi grassi *trans*). Un panorama in cui l'idea di salute come bene comune rischia di soccombere rispetto a logiche dominanti di mercato. La riflessione di Vineis coniuga il rigore dello studioso, autore di rilevanti ricerche sull'epidemiologia dei tumori, con una autentica tensione etica. È una lettura stimolante che amplia ad un orizzonte vasto il nostro sguardo sui temi attuali della salute e delle malattie.

Salute senza confini
Paolo Vineis
2014 Codice edizioni, Torino,
Pgg 130;
Euro 10,90

Croce Bianca: da 125 anni Brixiana mente succurrit

Dr. Andrea Caldonazzo

Direzione Sanitaria Croce Bianca Brescia

Avv. Carlo Braga

Presidente Croce Bianca Brescia

LA STORIA

Croce Bianca nasce a Brescia nel 1890 su iniziativa del Dr. Tullio Bonizzardi, responsabile della salute pubblica del Comune di Brescia e primo Presidente del sodalizio, dando vita ad una storia che ha attraversato tre secoli di profondi cambiamenti, dal primo soccorso inteso come semplice trasporto utilizzando lettighe dotate di lettino e cassetta di pronto soccorso ad oggi ove il soccorritore è in grado di utilizzare presidi complessi che possono salvare vite umane in dotazione su automezzi tecnologicamente avanzati. Croce Bianca si è via via ingrandita dalla sede storica in Palazzo Gaifami di via F.lli Bandiera 22 alla sede di S. Polo operativa dal 1990, passando per l'apertura di varie sezioni distaccate in provincia (attualmente a Chiari, Montichiari e Pontevecchio). In tutti questi anni non è mai venuta meno l'umanità dei nostri militi nell'adempiere il loro servizio sempre fedeli agli antichi e sempre vivi valori espressi nell'Atto di Fede che dal 1922 guida e orienta il modo di operare e di porsi nei confronti della persona in difficoltà.

Croce Bianca, un'associazione amica che in caso di bisogno accorre e soccorre con l'umanità di sempre e con la professionalità e l'utilizzo di tecnologie che il progresso mette a disposizione dei militi, è da 125 anni al servizio della cittadinanza bresciana.

ATTO DI FEDE

Non dovete essere dei trasportatori, o militi della Croce Bianca, ma dei soccorritori.

Non dovete essere dei semplici infermieri, ma dei confortatori. Siate buoni, pazienti, amorevoli con tutti. Il dolore è universale: non ha leggi e non ha classi sociali. Ma quando al dolore si aggiungono la miseria, l'abbandono e l'isolamento, allora il dolore si trasforma in disperazione. Ebbene: quanto più grande è la miseria, tanto maggiore deve essere la vostra pietà. Soccorrete i naufraghi della vita, gli sperduti, i derelitti, con animo di fratelli. E sorridete. E magari piangete. Ed abbiate una parola buona per tutti. E soffocate il ribrezzo davanti

a spettacoli miserevoli e ripugnanti. Fate che il disgraziato del tugurio pestilenziale, che ha la camicia sudicia e non ha lenzuola né letto, ma un giaciglio ricco di fauna migratoria, fate che non si accorga della vostra repulsione istintiva. Ditegli che non è più solo poiché ci siete voi. E soccorretelo e confortatelo e coricate anche lui amorevolmente nel candido lettino. Fategli sentire il tepore dell'amore fraterno. I suoi occhi lucidi di febbre, si illumineranno di luce nuova: e il moribondo vi benedirà mentre sta per addormentarsi per sempre.

E anche le mamme vi benediranno ed i figlioli. Ecco militi della Croce Bianca il vostro atto di fede. Ecco il vostro orgoglio e la vostra gioia: intimi, profondi, incommensurabili, l'uno e l'altra. Anche il dolore come l'amore, ha la sua poesia e la sua bellezza.

Brescia, 1922, Gino Briosi

I NUMERI DI CROCE BIANCA

Attualmente Croce Bianca conta nelle due sedi cittadine 550 volontari e 33 dipendenti,

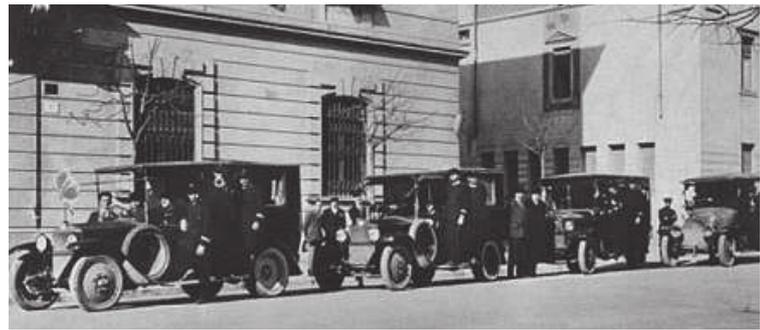
nelle sedi distaccate 250 volontari per un totale di 800 militi, un parco automezzi costantemente aggiornato che comprende 9 ambulanze per il 118, 11 ambulanze per il trasporto sanitario, 5 automezzi per il trasporto sangue ed organi, 4 motociclette, 4 biciclette, 1 furgone per il trasporto del PMA (postazione medica avanzata, struttura facilmente montabile, dotata di 8 brandine da utilizzare in caso di maxiemergenza), due furgoni per il trasporto logistico e 2 pulmini per il trasporto persone.

DATI ATTIVITÀ 2014

Per quanto riguarda le attività del 2014: Croce Bianca ha effettuato 31.870 servizi, di cui 12.825

per il 118, 14.000 per trasporti sanitari (dimissioni, trasferimenti, trasporto dializzati), 788 per servizi sociali, 341 per servizi sportivi e 3916 per trasporto sangue e farmaci.

I chilometri percorsi dai nostri mezzi sono stati oltre 644.000 con una percorrenza media di circa 19 Km per ogni servizio.



COME DIVENTARE MILITE IN CROCE BIANCA

Per entrare in associazione basta avere tempo libero, voglia di fare e soprattutto voglia di mettersi a disposizione dei bisogni dei cittadini, gratuitamente, con passione e spirito di solidarietà; la persona interessata presenta formale domanda, viene invitata ad un colloquio con il Comandante o suo delegato che fornisce una panoramica di quanto può essere svolto in Croce Bianca.

TRASPORTO O SOCCORSO SANITARIO

Ogni anno Croce Bianca organizza come Centro di Formazione ed Aggiornamento regionale (CEFRA) a Brescia e nelle sezioni provinciali:

- ✓ un corso di 42 ore tra lezioni teoriche ed esercitazioni pratiche che permette a chi lo frequenta e supera l'esame finale di svolgere attività di trasporto non in emergenza (trasporto dializzati, trasferimenti, dimissioni) acquisendo l'abilitazione all'utilizzo del defibrillatore semiautomatico;
- ✓ un corso di 120 ore tra lezioni teoriche ed esercitazioni pratiche che permette a chi lo frequenta e supera un esame interno di valutazione di poter accedere all'esame di certificazione regionale tenuto dal personale del 118 che assegna la qualifica di soccorritore esecutore sui mezzi di primo soccorso.

I corsi vengono organizzati dalla Direzione Sanitaria e tenuti dal Gruppo Istruttori, 29 giovani che hanno iniziato a frequentare l'Associazione, hanno seguito il corso, hanno superato l'esame finale e hanno poi deciso di mettersi a disposizione per trasmettere ai nuovi iscritti le loro conoscenze maturate in anni di studio e di servizi.



Ogni anno si iscrivono ai corsi un centinaio di persone, che dopo un iter formativo di sei mesi circa approda all'esame finale. Un ulteriore periodo di tirocinio sui mezzi di soccorso sancisce la possibilità di entrare a far parte dell'equipaggio operativo dell'ambulanza. Inizia così l'attività con la possibilità di effettuare turni diurni a cadenza settimanale o notturni a cadenza quindicinale a seconda della disponibilità della singola persona.

TELESOCORSO Croce Bianca in convenzione col Comune di Brescia, fornisce a 500 persone anziane e sole in città un servizio di telesoccorso, grazie al quale la persona collegata riceve settimanalmente più telefonate di "controllo" della salute e di saluto per aiutare a superare i momenti di solitudine. L'anziano, a sua volta, è dotato di un dispositivo collegato con il telefono: è sufficiente premere un pulsante appeso al collo per far scattare la segnalazione in centrale a S. Polo: l'operatore presente in sede si mette immediatamente in contatto con l'assistito, tramite telefono: in caso di mancata risposta da parte dell'assistito, un volontario, in possesso delle chiavi di casa che vengono lasciate in custodia presso la sede di S. Polo, si reca al domicilio per verificare di persona quanto può essere accaduto. Ogni anno il servizio effettua circa 50.000 telefonate.

SERVIZIO ACQUISTO E CONSEGNA FARMACI A DOMICILIO

Questo servizio attivo da alcuni anni è rivolto a quelle persone sole che in caso di necessità di procurarsi farmaci ed impossibilitati a farlo personalmente, possono telefonare in sede a S. Polo, espongono la loro



necessità; dalla sede viene inviato un volontario che si reca a domicilio della persona, ritira la prescrizione, si reca in farmacia e procede all'acquisto del farmaco, provvedendo poi alla consegna a domicilio.

CUCINE ECONOMICHE

Già agli inizi del 900 Croce Bianca attraverso la creazione di una cucina economica

provvedeva a distribuire alle persone bisognose dei pasti caldi. Negli ultimi anni grazie alla azione di una trentina di Volontarie, ad una convenzione con il Banco Alimentare regionale e alle donazioni di privati Croce Bianca ha riattivato questo servizio che opera la distribuzione di alimenti preconfezionati al domicilio di settanta famiglie che hanno fatto richiesta, in quanto versano in condizioni di indigenza. La distribuzione avviene una volta al mese.

QUESTA È CROCE BIANCA!

Un'associazione i cui militi vogliono continuare ad essere per tutta la città l'espressione di quella

Brixiana Mens che è fautrice di un concreto e genuino messaggio di fratellanza e di solidarietà; resi più forti dalle emozioni quotidiane che solo il contatto con chi soffre può dare, emozioni che aiutano a tornare in Croce Bianca per svolgere i turni spesso gravosi con lo spirito di serena dedizione verso il prossimo.



Dottor Ezio Bani

Ce lo ricordiamo ancora quando sotto i nostri occhi un po' stupiti s'infilava i vestiti sopra il pigiama e usciva la notte a visitare i suoi pazienti.

Era un uomo mite, ma allo stesso tempo forte nell'affrontare le insidie della vita e lui rimasto orfano a nove anni aveva dovuto impararle subito certe regole.

Viveva la sua professione più come una missione che un lavoro, con tanta umanità soprattutto nei confronti degli anziani e dei più bisognosi, lavorando 365 giorni all'anno giorno e notte perché allora non vi erano né turni né guardie mediche.

Fino a pochi anni fa incontravamo persone che a tutti i costi volevano che nostro padre andasse almeno per una volta a visitare i loro genitori.

Il papà colpito da un ictus, tanti anni fa, aveva deciso di lasciare la professione perché non si sentiva più di poter dare il 100% ai suoi pazienti.

Ci mancherai come papà, come medico, con la tua grandissima capacità di diagnosticare tante malattie, hai salvato molto vite.

Tu eri un medico condotto e con tanti colleghi di allora, che ti sono venuti a far visita, sei stato capace di essere un punto di riferimento per tante famiglie.

Grazie per quello che ci hai insegnato e come ce lo hai insegnato.

I tuoi figli Francesco e Federico

Dottor Daniele Bogliioni



*nato a Clusone (BG) il 12.09.1981
morto ad Artogne (BS) il 03.01.2015*

Daniele: "Dio è mio giudice"
è il nome che noi tuoi genitori abbiamo scelto per te.

Nei 33 anni della tua breve vita, Daniele, nostro primogenito, hai allietato la nostra famiglia di gioie semplici, nella vita di tutti i giorni. Hai amato lo studio, il lavoro, lo sport, l'attività ludica, per essere al servizio degli altri: i sofferenti, i poveri. Ci hai insegnato che è meglio dare, piuttosto che ricevere. Ci hai lasciato tre figlie (Aurora 4 anni, Bianca 3 anni e Camilla quasi 2 anni), che continuano a gioire e a sorridere per te, trasformando il nostro dolore in certezza che la Fede nella Resurrezione è un dono che a chiunque è dato di ricevere, se si apre all'accoglienza dell'umile nella sua casa, nella sua vita, nel suo cuore. Daniele, sarai sempre con noi e con chi ti sarà amico. Daniele, prega per tutti noi.

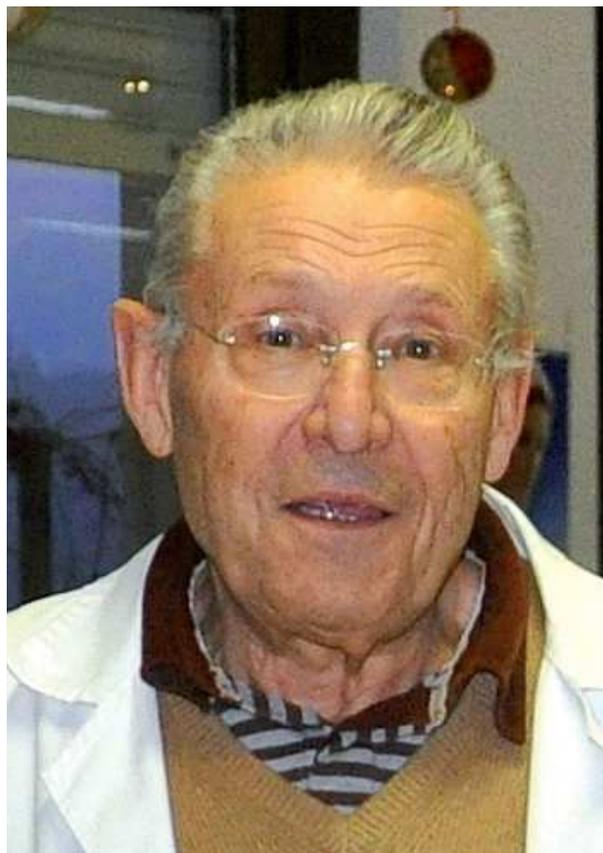
I tuoi genitori Margherita e Giambattista, i tuoi fratelli Michele con Giulia e Gabriele con Cristiana e Virna con Aurora, Bianca e Camilla.

Dottor Carlo Della Torre

Decano dei medici della Val Trompia

Si è spento lo scorso 11 febbraio, nella giornata mondiale dell'ammalato, il dott. Carlo Della Torre, medico molto popolare e amato in valle Trompia, dove era nato e dove aveva esercitato praticamente fino all'ultimo, prima che una serie sfortunata di complicazioni post operatorie, iniziate con una banalissima caduta sulla neve mentre stava recandosi in visita ai suoi pazienti, lo portasse via dai suoi cari e dalle comunità in cui ancora esercitava, pur se in pensione dal 2006, come libero professionista, medico AVIS e medico della RSA San Giovanni di Bòvegno.

Era nato a Bòvegno il 1 aprile 1936 da una famiglia originaria di Treviglio, trasferitasi in alta valle Trompia attorno agli anni venti. Il padre Pietro, industriale, vi aveva insediato una fabbrica di stringhe. Dopo aver studiato dai Salesiani, prima Treviglio e poi a Milano presso il Liceo Classico di via Copernico (fu compagno di corso con Silvio Berlusconi), scelse di iscriversi a medicina per tradizioni familiari seguendo le orme dello zio Prof. Pier Luigi Della Torre (1887-1963), uno dei pionieri della neurochirurgia italiana e della trapanazione cranica, in quegli anni direttore dell'ospedale di Treviglio e libero docente presso l'Università di Genova, nonché del fratello dott. Ernesto, prematuramente scomparso nel 1966. Si laureò a Pavia il 9-3-1962 iniziando la propria carriera presso gli Spedali Civili di Brescia in II medicina, allievo del Prof. Luigi Jacchia, al quale resterà sempre molto legato. Scelse poi di abbracciare la carriera come medico condotto, sentendo la propria professione come una missione cui si dedicò con cristiana dedizione e fu medico a Corticelle Pieve di Dello, a Bornato, nel consorzio di Lavone-Pezzaze-Irma, a Cigole, nel consorzio di Tavernole-Marmentino-Pezzoro, vincendo in fine la condotta di



Bòvegno, suo paese natale, dove iniziò il 1 giugno 1974 restandovi per 32 anni fino al 1 aprile 2006, quando oborto collo fu collocato in pensione al compimento del 70° anno di età, come Medico condotto nonché come Ufficiale Sanitario, pur avendo nel corso degli anni vinto altre prestigiose sedi alle quali però rinuncerà. Ha conseguito tre specializzazioni, la prima in Pediatria nel 1965 a Padova, la seconda in Igiene nel 1970 a Pavia e la terza in Odontoiatria nel 1974 a Genova.

Tra la fine degli anni settanta e i primi anni ottanta fu per due mandati Vice Presidente dell'Associazione Provinciale dei Medici Condotti.

Attivo nel volontariato, è stato medico di numerose associazioni, tra cui le varie AVIS comunali dell'alta valle Trompia, in particolare l'AVIS di Bovegno per oltre quaranta anni e quella di Lavone di cui era cofondatore. Medico inoltre di vari sodalizi sportivi tra i quali l'Ass. Pallacanestro di Gardone Val Trompia e il Tennis Club Bòvegno del quale è stato anche presidente effettivo per diversi anni.

Il 13 agosto 2006 l'Amministrazione Comunale di Bòvegno, con pubblica cerimonia gli aveva conferito il "ciclaminò d'oro", premio istituito dall'amministrazione comunale come riconoscimento a cittadini benemeriti che hanno illustrato il Comune di Bòvegno nei vari campi della vita sociale. Dopo il pensionamento ha svolto l'attività di Direttore sanitario della casa di riposo "San Giovanni" di Bòvegno fino al 2012, restandovi poi come medico fino alla scomparsa. Svolgeva ancora come sostituto del dott. Paterlini di Collio regolare attività ambulatoriale.

Gioviale e allegro di carattere, spiritoso nella battuta quanto saggio nei consigli lo si vedeva percorrere le strade della valle con la sua 500 rossa e successivamente con la Panda verde, sempre indaffarato, sempre disponibile con tutti, sempre dedito alla cura degli ammalati. Arrivava a volte a orari improponibili ma eri sicuro che sarebbe arrivato. Gli amici e colleghi lo chiamavano affettuosamente il "primario", un po' per il ricordo dello zio neurochirurgo, un po' per la sua riconosciuta capacità diagnostica, un po' perché era sempre il primo a presentarsi ove ce ne fosse la necessità, ovunque. Per gli abitanti dell'alta valle Trompia era invece più semplicemente il "dottor Carlino", o più semplicemente il "Carlino" come familiarmente lo chiamavano un po' tutti. Orgoglioso di essere stato un medico condotto, figura professionale di altri tempi, tanto da lasciare la dizione sull'elenco telefonico anche quando le condotte saranno abolite, non mancava mai ovunque fosse invitato, cene, matrimoni, battesimi. Ha lasciato un vuoto incolmabile, oltre che nella propria famiglia, la moglie Miriam, i figli Corrado, Chiara, Elena e il nipote Ernesto, nelle comunità in cui è stato attivo sino alla fine, in particolare Bòvegno e Collio, e in tutti quanti lo hanno conosciuto e apprezzato, per la sua umanità e per la sua dolcezza. Ciao Carlino proteggici dall'alto del cielo!

Il figlio Corrado Della Torre

Dottor Giovanni Facchetti



Il dott. Giovanni Facchetti ci ha lasciato il 7 dicembre scorso, dopo una vita dedicata alla professione, alla famiglia e ai tanti amici. Si laureò a Modena nel 1957, specializzandosi poi in neuropsichiatria nel 1962. Dopo alcuni anni agli Spedali Civili, prestò a lungo servizio nell'Ospedale psichiatrico provinciale di Brescia, fu poi primario di Neuropsichiatria ad Iseo e, in ultimo, si impegnò nelle strutture ambulatoriali pubbliche di Gardone Val Trompia e di Brescia. Fu molto apprezzato anche nell'esercizio della libera professione. La moglie Laura desidera ricordarlo ai colleghi per la sua onestà e passione professionale, la sua bontà e la sua umanità, riportando come si espresse con lui, dopo il pensionamento, un suo paziente: "dutùr, ci mancano le sue parole di aiuto, rimanga come l'abbiamo conosciuto".

La moglie Signora Laura Facchetti Brichetti

Dottoressa Linda Frugoni

“Sei fredda, a volte gelida, sei incerta, ti perdi in tanti rivoli. Sei decisa e frangi la roccia. Sei forte e trasparente. Sei certa dei tuoi argini. Sei irrequieta, il tempo ti manca. Sei dolce, il mare ti attira. Sei limpida da sempre Linda, sei come l’acqua”: parole così belle e vere del marito e della Sua famiglia nel primo necrologio di venerdì 17 Ottobre.

È con seria difficoltà, profonda emozione e commozione, affettuosa malinconia ed intima tristezza che provo a scrivere un ricordo e una memoria di Linda: “personaggio” di grande spessore che teneva basso il proprio profilo, grande “persona” che conosco da più di 30 anni (non dico conoscevo, perché ho imparato di Lei e da Lei fino ad oggi).

È nata a Brescia il 27 Agosto 1951, si è laureata in Medicina e Chirurgia presso l’Università degli Studi di Milano con il massimo dei voti discutendo una tesi sperimentale con il desiderio di conoscenza che l’ha sempre contraddistinta e nella stessa Università, nel 1981 ha conseguito la Specializzazione in Ginecologia e Ostetricia. Dal 1978 è stata Dirigente Medico presso la Clinica Ostetrico Ginecologica degli Spedali Civili di Brescia fino al pensionamento avvenuto nell’Agosto 2012.

Il suo impegno clinico assistenziale si è particolarmente indirizzato verso la diagnosi e cura in campo oncologico: ha sempre preferito occuparsi della gestione quotidiana delle pazienti, delle loro sofferenze quasi ad essere per ciascuna un’amica, una sorella, una madre, con umanità e completa dedizione.

Non è il momento né l’occasione di scrivere chi era e quello che ha fatto, ma vorrei ricordare come era, come è stata con gli altri, con tutti, non un riassunto di una vita ma il significato vero della sua vita, una sorta di lettera aperta, fragile e commossa, al marito e alla Sua famiglia, un’immagine più che il sommario di una biografia. Ho in mente Linda nei corridoi del reparto con il carrello delle cartelle, in ambulatorio accanto all’ecografo, la rivedo calma,

posata, equilibrata, “saggia” nella sua estrema esperienza. Su nessuno di noi sono mai pesati i suoi problemi personali, ma tutti abbiamo condiviso l’immagine serena della sua grande famiglia; in alcuni momenti dal suo sorriso pacato e dalla sua silenziosa e sommessa presenza si poteva percepire la profondità del suo animo, delle sue preoccupazioni, delle sue certezze, tutti rivolti ad estrema tenerezza e infinito affetto per i Suoi cari, con un’attenzione particolare all’amatissima Camilla.

Se provo a concentrare le sue caratteristiche in pochi aggettivi risaltano: bontà, precisione, rigore. Bontà: intesa come qualità morale di chi è buono, generoso, genuino, disponibile, di chi agisce per il bene altrui con correttezza di comportamento.

Precisione: sinonimo di accuratezza, attenzione, cura, diligenza, meticolosità, scrupolo, fino alla pignoleria.

Rigore: negli atteggiamenti, nelle risposte, nei silenzi di Linda si percepiva costantemente una rigida severità con sé stessa e con le norme e le regole della vita e della professione, una naturale coerenza con il metodo stabilito e con la giustizia formale e sostanziale.

Lei è stata un esempio e una testimonianza di “medical humanity”: più che umanizzazione in medicina, “nuovo umanesimo” in cui protagonista diventa il soggetto uomo, con le sue debolezze, i suoi problemi, i suoi errori, le sue tragedie.

Linda per il suo lavoro e la sua lunga carriera ha avuto contatti con una moltitudine di persone e tanti meriterebbero di esprimere a Lei un personale ricordo ed in questa pagina vorrei citare alcuni pensieri di coloro che a vario titolo le sono stati vicini nel mondo del lavoro, il Suo secondo mondo dopo la casa e la famiglia.

Una paziente: “...la sua grande professionalità trasmetteva sicurezza, serenità tranquillità emotiva e soprattutto certezza della diagnosi e della cura, grazie Dottoressa...”

Un’infermiera: “...ha lasciato un forte segno nei nostri cuori, per il Suo sorriso, per i Suoi grandi insegnamenti, e per la Sua sensibilità nel prendersi cura della persona...”

Un’Ostetrica: “...sempre pronta, disponibile, infaticabile. Lei che non si è mai tirata indietro quando c’era da lavorare sodo, anzi era sempre la prima. Lei per me ha incarnato le qualità del medico “ideale”, quel medico che vorresti quando ne hai bisogno, disponibile quando la

chiami, attento all'ascolto, preparato e bravo quando ti cura..."

Una Collega: "...un medico capace, fidato, dedito alle pazienti, amante del sapere e sempre pronta al confronto. Un privilegio averTi come Collega: per le Tue risposte di professionalità e di profonda umanità. Un volto sincero privo di negatività dal quale traspariva solo il desiderio di essere utile...". Un'amica: "...La Dottoressa Linda Frugoni ha lasciato questa terra dove ha vissuto assumendosi tutta la responsabilità ed il piacere di essere vissuta. Lascia un vuoto incolmabile in coloro che l'hanno conosciuta e stimata per il suo modo di darsi totalmente agli altri ma che non le ha impedito, anzi è stata la sua forza, di occuparsi della sua famiglia.

A te, Linda tutti rivolgono questi pensieri, queste emozioni, a te Linda, tuo marito poteva recitare la poesia di Mogol "...Linda ridi sempre, non parli mai d'amore, però non sai mentire mai... non mi abbandoni mai, tu non mi lasci mai, ti cerco e tu... e tu ci sei...".

A te, suo compagno di una vita, dedico un pensiero, che poco fa un amico ha scritto a me: "... Tu l'hai avuta, goduta sempre meno di quanto avresti voluto. Lei è lì e non Vi molla e non Vi lascerà mai perché non è un essere ma un'anima, non indispensabile ma insostituibile, una innocenza sovrana, l'affermazione della pura dolcezza di chi non sa nuocere." Con grande affetto

Enrico Sartori

Dottor Ugo TENCHINI

"Lascerò un segno del mio passaggio su questa terra?"

Quando la domanda bussava alla mia mente di adolescente, a volte sorvolavo, ma ben più spesso mi tormentavo: invidiavo i "protagonisti", portavano un nome indimenticabile, scritto nei libri di storia, scolpito nella pietra a futura memoria. E per me, come sarà?

E Ugo TENCHINI, come sarà ricordato? Io oggi, non più adolescente, più anziano che uomo maturo, a Lui penso con muta ammirazione.

Perché tanta gente tra ieri e oggi nella Sua bella casa, linda, ordinata, pulita?

Perché così era Lui: ordinato, pulito, amante della bellezza fonte di armonia.

Un corpo ammalato è disarmonico: dov'è la bellezza?

Un ammalato non si rade, non si pettina: dov'è la pulizia?

Un ammalato rinuncia. Dov'è la vita?

Ecco: Ugo aveva cura della vita, curava la vita, non la malattia, e la vita non lo volle infermo: morì in piedi, la morte lo trovò vivo, commosso tra gli amici Avisini che donando il sangue, come lui donano vita, armonia, bellezza.

L'armonia dei suoni: quando gli strumenti a fiato erano tanto sapientemente guidati (il respiro, il fiato, la vita!) da parere violini, archi.

La pulizia della casa comune (il Comune!), dove il bene pubblico è appunto il bene di tutti. Perché dove c'è sporcizia, la malattia si diffonde, corrompe, uccide. E quando il parassita uccide il corpo ospite, muore anche il parassita. Ugo TENCHINI allora preveniva la malattia, guardava non solo all'oggi, non solo al domani, ma ai mesi e agli anni a venire.

Amicizia e rispetto: questo il primo farmaco gratuitamente offerto ad ogni ammalato e a chi si credeva ammalato e forse, invece, cercava un orecchio attento a cui confidare i suoi affanni. Solidarietà aperta a chi veniva da lontano, senza affetti, senza casa, senza lavoro, ricco solo di flebile speranza. Ugo TENCHINI la donava con discrezione. Non erigeva muri, gettava ponti verso chi degnamente e con rispetto voleva varcarli. E questo suo agire ampliava il rispetto verso chi meritatamente lo desiderava.

Ugo TENCHINI passerà alla storia? Nella nostra storia quotidiana?

Resterà nella quotidianità della nostra vita.

Io provo per Lui tanta ammirazione e ancor più gratitudine. E ben capisco perché nella sua bella casa, linda, pulita, ordinata tanta gente oggi Gli porta il suo grazie. Anch'io ed ho la certezza che questa Sua armoniosa eredità mi farà ricco e mi darà quiete.

Paolo e Roberta Napoli

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

*ricorda con rimpianto i Colleghi
deceduti recentemente*

Dott. Ezio Bani

Dott. Giuseppe Barboglio

Dott. Pietro Bertoni

Dott. Daniele Boglioni

Dott. Milano Bonfà

Dott. Giancarlo Consoli

Dott. Eugenio Contessi

Dott. Carlo Della Torre

Dott. Giovanni Facchetti

Dott. Tarcisio Giulietti

Dott. Lucio Antonio Olivetti

Dott. Maurizio Massimo Rossetto

Dott. Ugo TENCHINI

Dott. Giuseppe Ugnani

Dott. Francesco Zanetti Lorenzetti

ed esprime ai loro familiari le più sentite condoglianze.

www.ordinemedici.brescia.it
seguici online



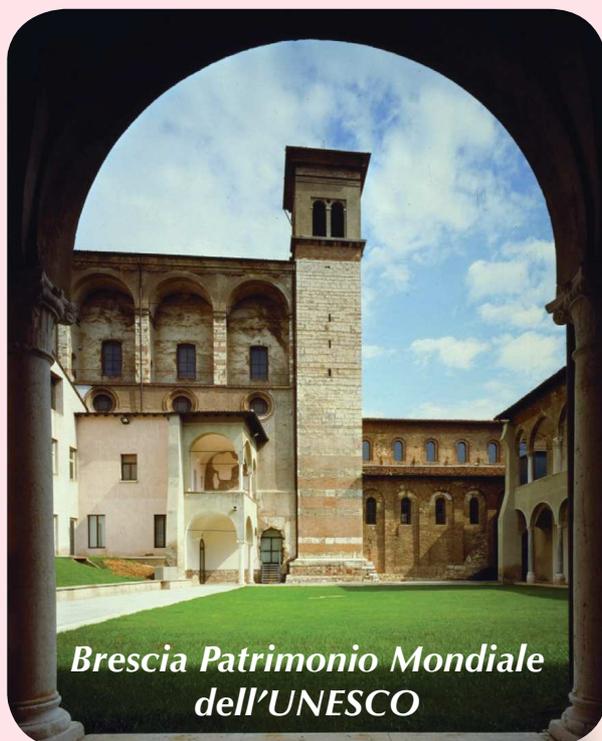
ORDINE MEDICI CHIRURGHI
E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI BRESCIA

Corso di Aggiornamento

***Brescia, la medicina che cambia:
integrazione ospedale-territorio***

Prendersi cura della cronicità

4 edizioni: Brescia, Chiari, Breno, Desenzano del Garda



*Brescia Patrimonio Mondiale
dell'UNESCO*

***Per il programma dettagliato (data, località ed argomenti) e per le
iscrizioni: www.ordinemedici.brescia.it - sezione formazione***

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