

BRESCIA MEDICA



Notiziario dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Brescia
n° 398 | Maggio-Giugno-Luglio 2025



La sanità del futuro

Il Consiglio si presenta

- Il nuovo Consiglio Direttivo dell'Ordine: obiettivi e progettualità

La sanità che cambia

- Verso l'ospedale Civile di domani

La medicina del territorio

- La medicina generale, le Case di Comunità, le reti extraospedaliere, il ruolo dei Comuni

Il sondaggio

- Il futuro di Brescia Medica: cosa ne pensano gli iscritti

EDITORIALI

In un contesto globale in evoluzione l'importanza di un ascolto attento per rispondere alle diverse sensibilità
di Germano Bettoncelli.....3

Nuova direzione per Brescia Medica nel segno della continuità
di Angelo Bianchetti.....5

IL CONSIGLIO SI PRESENTA

Il nuovo Consiglio Direttivo dell'Ordine: obiettivi e linee programmatiche
di Germano Bettoncelli.....7

Le Commissioni si presentano
a cura dei coordinatori delle Commissioni ordinistiche..9

PRIMO PIANO

L'Ospedale che cambia
di Giorgio Banchieri e Andrea Vannucci.....13

L'INTERVENTO

Una fotografia della sanità bresciana
di Claudio Sileo17

LA RETE OSPEDALIERA

Verso un Civile del futuro
di Luigi Cajazzo.....20

Il "mio ospedale" fra tradizione e futuro
di Ottavio Di Stefano.....24

Riflessioni sulla ristrutturazione dell'ospedale
L'Università - L'ospedale che cambia
di Francesco Castelli e Antonio Vita.....27

La città - Brescia: un impegno concreto e condiviso può fare la differenza
di Laura Castelletti.....28

I medici - Nell'ospedale che verrà spazio alla ricerca clinica e a modalità di cura orientate al paziente
di Giuseppe Rossi.....29

L'età evolutiva - Un ospedale a misura di bambino
di Mauro Ricca.....31

Il pensiero di genere - Un ospedale a misura di donna
di Annalisa Voltolini.....33

L'ospedalità privata accreditata e l'integrazione dei servizi con il pubblico alla luce di un'esperienza personale
di Claudio Cuccia.....34

✱ *L'illustrazione è spiegata in 3ª di copertina*
Con il contributo di tutti
Raffaele Spiazzi



LA RETE TERRITORIALE

Quale ruolo per la medicina generale?
di Angelo Rossi.....36

Le Case della Comunità: una sfida culturale
Intervista a Enrico Burato a cura di Lisa Cesco.....38

La Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) bresciana
di Michele Fortis.....41

La Rete riabilitativa nel sistema sanitario: uno sguardo d'insieme
di Giovanna Beretta.....45

La rete extraospedaliera per gli anziani e le RSA alla luce del potenziamento della sanità territoriale
di Gianbattista Guerrini.....48

L'importanza della collaborazione tra ente locale e medicina territoriale
di Cristina Tedaldi.....51

PUNTI DI VISTA

La sanità americana al tempo di Trump
di Gianpaolo Balestrieri.....53

SONDAGGIO

Il futuro di Brescia Medica: i risultati del sondaggio
di Angelo Bianchetti.....54

LA VOCE DEGLI ODONTOIATRI

La CAO si presenta.....57

Riforma del test di accesso a Odontoiatria: cosa aspettarsi?
di Gianmario Fusardi.....58

STORIE DI PAZIENTI

I casi clinici
di Renzo Rozzini.....60

RICORDI

Professor Tito Giuseppe Bezante · Professor Giampiero Carosi · Dottorssa Federica Etori · Dottor Paolo Faccoli · Dottor Franco Previdi · Dottor Camillo Rossi · Professor Augusto Preti · Dottor Tiziano Zambolin.....62

DIREZIONE - REDAZIONE - AMMINISTRAZIONE

Via Lamarmora, 167 - BRESCIA - Tel. 030 2453211 - Fax 030 24 29530
info@ordinemedici.brescia.it - info@omceobs.legalmailpa.it - ordinemedici.brescia.it

DIRETTORE RESPONSABILE: Dott. Angelo Bianchetti - COMITATO DI REDAZIONE:
Dott.ssa Maria Elisa Alessi, Dott. Germano Bettoncelli, Dott.ssa Lisa Cesco, Dott. Claudio Cuccia, Dott. Ottavio Di Stefano, Dott. Renzo Rozzini, Prof.ssa Sandra Sigala, Dott. Raffaele Spiazzi.

CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE 2025-2028

PRESIDENTE: Dott. Germano Bettoncelli - VICEPRESIDENTE: Dott.ssa Annalisa Voltolini - SEGRETARIO: Dott. Bruno Platto, TESORIERE: Dott. Nicola Bastiani - CONSIGLIERI: Dott. Angelo Bianchetti, Dott. Silvio Caligaris, Dott.ssa Tiziana Candusso, Prof. Francesco Donato, Dott. Giovanni Gozio, Dott. Dario Palini, Dott.ssa Maria Pia Pasolini, Dott. Renzo Rozzini, Prof.ssa Sandra Sigala, Dott. Umberto Valentini, Dott.ssa Federica Zanotti, Dott. Gianmario Fusardi (Odontoiatra), Dott.ssa Chiara Cioffi (Odontoiatra).

COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO MEDICI

PRESIDENTE: Dott. Germano Bettoncelli - VICEPRESIDENTE: Dott.ssa Annalisa Voltolini - SEGRETARIO: Dott. Bruno Platto - COMPONENTI: Dott. Nicola Bastiani, Dott. Angelo Bianchetti, Dott. Silvio Caligaris, Dott.ssa Tiziana Candusso, Prof. Francesco Donato, Dott. Giovanni Gozio, Dott. Dario Palini, Dott.ssa Maria

Pia Pasolini, Dott. Renzo Rozzini, Prof.ssa Sandra Sigala, Dott. Umberto Valentini, Dott.ssa Federica Zanotti.

COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO ODONTOIATRI

PRESIDENTE: Dott. Gianmario Fusardi - VICEPRESIDENTE: Dott.ssa Sara Geretto - SEGRETARIO: Dott.ssa Claudia Valentini - COMPONENTI: Dott.ssa Chiara Cioffi, Prof. Stefano Salgarello.

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

PRESIDENTE: Dott.ssa Patrizia Apostoli (nominato ai sensi dell'art. 2 co. 3 della L. 3/2018) - COMPONENTI EFFETTIVI: Dott. Erminio Tabaglio, Dott.ssa Emanuela Tignonsini - COMPONENTE SUPPLENTE: Dott.ssa Silvia Gregorini.

UFFICIO DI PRESIDENZA

COMPONENTI: Dott. Nicola Bastiani, Dott. Germano Bettoncelli, Dott. Gianmario Fusardi, Dott. Bruno Platto, Dott. Erminio Tabaglio, Dott. Umberto Valentini, Dott.ssa Annalisa Voltolini.

PROGETTO EDITORIALE a cura di Margherita Saldi, partner Luca Vitale e Associati - Progetti di comunicazione - IMPAGINAZIONE GRAFICA Annamaria Guerrini - STAMPA Tipolitografia Pagani Srl - Via Adua, 6 - 25050 Passirano (BS).

IMMAGINE DI COPERTINA realizzata dal Dott. Raffaele Spiazzi.

La riproduzione di vignette e testi è libera purché vengano citati fonte e autore.

In un contesto globale in evoluzione l'importanza di un ascolto attento per rispondere alle diverse sensibilità



Il Presidente Germano Bettoncelli

Care Colleghe e cari Colleghi,

dal primo gennaio 2025 si è insediato il nuovo Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri che ho l'onore di presiedere. Si tratta di un impegno importante per la numerosità degli iscritti al nostro Ordine (in totale 8462 medici e odontoiatri) e per le responsabilità che gravano su tale ente, quale organo sussidiario dello Stato. All'Ordine, infatti, compete il ruolo di garante della professione medica nei confronti dei cittadini e delle istituzioni. Si tratta di un compito delicato e complesso, che richiede l'ascolto attento delle diverse sensibilità, in un contesto globale in continua e rapida evoluzione. Le trasformazioni sociali e ambientali, il calo demografico, le migrazioni, le vecchie e nuove povertà, i riflessi degli attuali scenari di guerra, le crisi economiche, pongono problemi nuovi e complessi che coinvolgono necessariamente anche il mondo medico. Progressi scientifici senza precedenti e incredibilmente rapidi della medicina hanno prodotto innovazioni straordinarie per la cura delle malattie e la tutela della salute in generale, pur talora con ritardi e difficoltà nel pronto trasferimento di tali acquisizioni alla pratica quotidiana. Tali cambiamenti per la velocità che li contraddistinguono,



“I veloci e complessi cambiamenti in atto coinvolgono anche il mondo medico.

producono significative differenze sociali tra chi riesce a tenere il passo con l'innovazione e chi fatalmente resta purtroppo indietro. Per altro spesso reagendo con atteggiamenti di forte resistenza al cambiamento. In verità, le risorse che la scienza mette oggi a disposizione della medicina sono spesso tanto complesse e raffinate quanto incredibilmente costose, così da determinare gravi problemi di sostenibilità per i bilanci dello Stato.

In tale contesto il rispetto dell'articolo 32 della Costituzione, che recita: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”*, trova oggi difficoltà oggettive alla piena attuazione. La legge 833/1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, compie 47 anni e da più parti si discute della necessità di una sua revisione, che si prefigga l'adattamento ad un contesto oggettivamente mutato, sia dal punto di vista sociale, che tecnologico ed economico. In realtà nel nostro Paese assistiamo ad un progressivo venir meno dei principi di uguaglianza previsti dalla 833/1978, a fronte di una evidente segmentazione per censo nell'accesso alle cure. La Riforma del Titolo V della Costituzione, con l'am-



“ Difendiamo gli aspetti umanistici della professione e la qualità della relazione con il paziente per promuovere l’efficienza del sistema sanitario.

pia delega alle Regioni nella gestione della sanità, ha prodotto modelli organizzativi differenziati fortemente penalizzanti per alcune Regioni. Gli effetti della rinuncia a una regia centralizzata di aspetti importanti della sanità si sono resi particolarmente evidenti nel corso della pandemia da COVID-19, con esiti assistenziali - pur nell’eccezionalità dell’evento - in buona misura frammentari e discordanti. Anche da questo disordine sono derivate correnti di pensiero critiche nei confronti dei principi scientifici, tese a mettere in discussione e a ingenerare dubbi sulle acquisizioni della scienza e sui professionisti.

Questo Ordine condivide l’idea della necessità di una revisione critica della legge di Riforma del Sistema Sanitario Nazionale, purché vengano salvaguardati e rispettati alcuni principi fondamentali, quali: l’universalità, l’equità, l’approccio globale alla salute, la centralità e l’unicità della persona. In una cultura dilagante che privilegia spesso l’egocentrismo, tali principi sono in realtà fortemente minacciati, la tecnomedicina sembra rinforzarsi sempre più, per cui il malato confida non più tanto nel medico bensì nelle cure, intese quanto esami diagnostici rivela-

tori del danno biologico patito e come interventi terapeutici riparatori di quel danno. In realtà, la tecnica oggi (ma forse già dai tempi di Laennec con l’invenzione dello stetoscopio), tende ad esonerarci dallo sguardo clinico, ampliando con gli strumenti tecnologici la velocità e la precisione delle risposte ai quesiti biologici. Con potenziale grande risparmio di tempo nelle procedure cliniche certo, ma ponendo la domanda se il tempo liberato da queste innovazioni verrà utilizzato per migliorare e rafforzare le relazioni tra medici e pazienti, il contatto, la comunicazione, la comprensione umana. Il tempo della comunicazione è tempo di cura.

Viviamo un’epoca in cui accanto alle innovazioni tecnologiche si propongono necessità di indifferibili revisioni dei modelli organizzativi delle principali componenti del nostro Sistema Sanitario. Il rapporto tra oспе-

dale e territorio e la rispettiva riorganizzazione in una logica di integrazione, sono temi di interesse primario per il nostro Ordine. L’aziendalizzazione della sanità ha condizionato negativamente il sistema e la professione medica, mettendo al centro gli obiettivi di tipo economico a scapito di quelli di cura. Vogliamo difendere gli aspetti umanistici della professione in un contesto in cui il paziente si senta accolto come persona e non come un semplice numero senza rispetto della sua dignità. È necessario affermare l’importanza della continuità di cura interpersonale e degli aspetti qualitativi della relazione quali strumenti indispensabili per promuovere l’efficienza del sistema sanitario. Questi principi devono entrare a far parte prioritariamente dei temi della formazione del medico, così come i principi etici che stanno a fondamento della professione e di cui l’Ordine è custode.

“ L’Ordine condivide la necessità di una revisione critica della legge di Riforma del Sistema Sanitario Nazionale, ma vanno salvaguardati i principi fondamentali.

Nuova direzione per Brescia Medica nel segno della continuità



Il Direttore **Angelo Bianchetti**

Care Colleghe e cari Colleghi,

non senza trepidazione assumo con questo numero la direzione di Brescia Medica, la rivista del nostro Ordine. Questo compito è stato svolto con grande maestria e lungimiranza per oltre 12 anni (dal marzo 2012) da Gianpaolo Balestrieri, che ha portato la rivista al livello culturale che tutti, non solo nella nostra Provincia, riconoscono. Succedere a lui non sarà per me un compito facile; lo faccio su indicazione del nuovo Consiglio Direttivo con spirito di servizio. In questa impresa sarò sostenuto da un gruppo di collaboratori di grande valore (fra questi ringrazio in particolar modo Ottavio Di Stefano), da tutto il consiglio direttivo (in particolare dal Presidente Germano Bettoncelli) e, spero, da molte lettrici e lettori che vorranno dare il loro contributo con idee, suggerimenti e critiche.

La linea editoriale sarà di continuità con quella che siete abituati a conoscere ed apprezzare. Certamente vogliamo continuare ad essere attenti alla nostra realtà provinciale, ricca di idee, iniziative ed anche di problemi, ma anche avere uno sguardo ampio sul panorama nazionale e internazionale. Questo perché il mondo in cui viviamo è sempre più interconnesso e i problemi

e le loro soluzioni devono essere analizzati e affrontati a livello globale, non solo locale.

Nella struttura della rivista verrà mantenuto l'impianto di un tema portante attorno al quale far ruotare i contributi di colleghe e colleghi non solo bresciani.

Cercheremo di dare voce alle esperienze significative (non mancheranno interviste, testimonianze, rubriche, aperture al mondo della politica e della cultura) e di raccogliere le opinioni di tutti anche attraverso le inchieste e i sondaggi online. Abbiamo utilizzato questo strumento di raccolta aggregata delle opinioni delle iscritte e degli iscritti in modalità forse artigiana-

nale, ma crediamo anche efficace ed utile. Negli anni ci ha fornito interessanti spunti di riflessione su molti temi. In questo numero presentiamo i dati di una breve indagine su un argomento di particolare rilievo: se la rivista Brescia Medica debba restare nella veste cartacea che tutti conoscete (affiancata dalla versione in pdf scaricabile) oppure si debba traghettare verso una versione totalmente online. Spingono in questa direzione ragioni economiche e di praticità, spingono in direzione opposta ragioni di maggiore fruibilità da parte di un pubblico ampio in molti casi abituato al più tradizionale mezzo "cartaceo". Le opinioni raccolte (e le altre che vorrete farci avere) permetteran-

Il nuovo Direttore si presenta

Angelo Bianchetti si è laureato in Medicina e Chirurgia all'Università di Brescia nel 1983 e dal 1984 è iscritto all'OMCeO di Brescia. È Responsabile del Dipartimento di Riabilitazione Neuro-Fisiatrice e Neuro-Geriatria e dell'UO di Riabilitazione Specialistica Polifunzionale della Casa di Cura "Domus Salutis" - Fondazione Teresa Camplani in città. È Segretario dell'Associazione Italiana di Psicogeriatria e Presidente della Sezione Lombardia della Società Italiana di Geriatria e Gerontologia. Si è specializzato in Geriatria e Gerontologia all'Università di Parma e in Neurologia all'Università di Verona. Ha lavorato presso l'Ospedale S. Orsola e presso l'IRCCS Centro Alzheimer Fatebenefratelli di Brescia, la Casa di Cura Ancelle della Carità di Cremona e all'Istituto Clinico S. Anna di Brescia.



no al Consiglio di prendere decisioni che speriamo siano poi condivise da molti.

Il collega Raffele Spiazzi ci ha garantito che continuerà ad “illustrare” con la sua superba maestria le copertine della nostra rivista. L’interpretazione dell’arte visiva ha colto spesso sfumature dei problemi difficilmente spiegabili “a parole”; è questo il valore dell’artista! Gliene siamo grati.

Il tema centrale di questo numero di Brescia Medica è la direzione verso cui si sta muovendo la sanità bresciana, di fronte a cambiamenti importanti che riguardano l’organizzazione della sanità del nostro Paese (tra que-

“La comunità medica deve essere attrice dei cambiamenti in atto e non solo spettatrice di decisioni altrui.

sti le proposte di riorganizzazione della medicina del territorio) e alcune specificità (in primis il progetto del “nuovo” Ospedale Civile). Ci sono gli interventi istituzionali e intorno a questi un corollario di opinioni di colleghe e colleghi con punti di vi-

sta anche diversi. Crediamo che la comunità medica debba essere coinvolta ed essere attrice dei cambiamenti in atto e non solo spettatrice di decisioni altrui.

In questi anni il nostro Ordine professionale ha acquisito autorevolezza ed è diventato un protagonista ascoltato di molte situazioni che riguardano la sanità bresciana. Continueremo in questa direzione e la rivista Brescia Medica vuole continuare ad essere un luogo privilegiato di confronto, di ascolto e di riflessione.

Confido nella benevola comprensione delle colleghe e dei colleghi, nel loro supporto e nella collaborazione anche critica. ■

Il nuovo Consiglio Direttivo dell'Ordine: obiettivi e linee programmatiche

Germano Bettoncelli

Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Brescia

I membri eletti del nuovo Consiglio

Dal 1° gennaio 2025, a seguito delle elezioni tenutesi nel 2024, si è insediato il nuovo Consiglio Direttivo dell'Ordine dei Medici di Brescia e il Collegio dei Revisori dei Conti.

Tali organi risultano composti dai seguenti membri eletti che, al proprio interno, hanno provveduto all'attribuzione delle cariche previste dal regolamento:

Bastiani Nicola - *Tesoriere*
 Bettoncelli Germano - *Presidente*
 Bianchetti Angelo
 Caligaris Silvio
 Candusso Tiziana
 Donato Francesco
 Gozio Giovanni
 Palini Dario
 Pasolini Maria Pia
 Platto Bruno - *Segretario*
 Rozzini Renzo
 Sigala Sandra
 Valentini Umberto
 Voltolini Annalisa - *Vicepresidente*
 Zanotti Federica

E dai seguenti Revisori dei Conti:

Tabaglio Erminio
 Tignonsini Emanuela
 Gregorini Silvia - *Supplente*

Composizione e funzioni del Consiglio Direttivo

Il Consiglio Direttivo è l'organo deliberante dell'Ordine ed è costituito da 15 Consiglieri appartenenti all'Albo Medici (ai sensi dell'art. 2 comma 1 D.LGS CPS 233/46) e da due consiglieri appartenenti all'Albo Odontoiatri (ai sensi dell'art. 6 comma 2 L 409/85). Tutti i componenti durano in carica quattro anni.

Al Consiglio Direttivo dell'Ordine spettano le seguenti attribuzioni:

- compilare, gestire e pubblicare l'Albo dell'Ordine ai sensi di legge;
- vigilare sulla conservazione del decoro e dell'indipendenza dell'Ordine e degli iscritti;
- designare i rappresentanti dell'Ordine presso commissioni, enti ed organizzazioni;
- promuovere e favorire tutte le iniziative intese a facilitare l'aggiornamento culturale e professionale degli iscritti;

- conferire al Presidente l'autorizzazione ad interpersi, se richiesto, nelle controversie fra sanitario e sanitario, o fra sanitario e persona o enti a favore dei quali il sanitario abbia prestato o prestì la propria opera professionale, per ragioni di spese, di onorari e per altre questioni inerenti all'esercizio professionale, procurando la conciliazione della vertenza e, in caso di non riuscito accordo, dando il suo parere sulle controversie stesse;
- conferire al presidente dell'Ordine l'autorizzazione ad agire o a resistere in giudizio e a costituirsi innanzi alla Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie o in cassazione in relazione ai ricorsi presentati dai sanitari;
- amministrare i beni dell'Ordine esaminando le spese da sostenere e proponendo all'approvazione dell'Assemblea il bilancio preventivo ed il conto consuntivo;
- determinare l'entità della tassa annuale, della tassa per l'iscrizione all'Albo, dei diritti di segreteria per il rilascio dei certificati e dell'onere sui pareri per la liquidazione degli onorari;
- ogni altra competenza e/o decisione non diversamente riconosciuta in capo alle competenze presenti nell'Ordine.

Il ruolo e i compiti del Consiglio Direttivo sono importanti e delicati. Essi richiedono un'organizzazione interna complessa che poggia sull'assetto amministrativo e sugli strumenti atti a realizzare le politiche professionali deliberate. Tutto questo naturalmente in lineare continuità con l'attività della consigliatura precedente, ma con attenzione alle necessità di rinnovamento e aggiornamenti richiesti dai mutamenti del contesto generale e dai relativi riflessi sulla professione.

Il Consiglio Direttivo attribuisce ai propri componenti compiti specifici per l'elaborazione di atti o documenti relativi a particolari questioni che per complessità necessitano di opportuni approfondimenti. Tali incarichi possono altresì essere confe-

“ Riaffermare il ruolo dell'Ordine nella società, accrescere la dignità della professione, interpretarne i bisogni, promuovere l'appropriatezza, difendere il Servizio Sanitario Nazionale: alcuni tra gli obiettivi del nuovo Consiglio.

riti a esperti esterni, previa individuazione analitica dell'oggetto dell'indagine, dei quesiti posti e dei termini per riferirne al Consiglio. Il consulente esterno deve rispettare la riservatezza ed il segreto. È fatta salva in ogni caso l'autonomia delle determinazioni che il Consiglio vorrà assumere.

Idee programmatiche

Tenendo conto di questa cornice regolatoria, il nuovo Consiglio Direttivo, prima del proprio insediamento, si è confrontato in appositi workshop per definire la propria programmazione e in primis i passi necessari per trasformare il proprio gruppo di lavoro in un vero e proprio team.

In tale prospettiva i principali obiettivi individuati sono stati, tra gli altri: riaffermare il ruolo dell'Ordine nella società, accrescere l'appel e la dignità della professione, leggere e interpretarne i bisogni, promuovere l'appropriatezza, difendere il Servizio Sanitario Nazionale.

Tale programma per essere realizzabile non può basarsi solo sul lavoro dell'attuale Consiglio, ma ci si augura che raccolga il contributo di tutti gli iscritti nello spirito di fattiva, anche critica, collaborazione.

Per questo esiste la completa apertura e disponibilità dell'Ordine.

Le Commissioni si presentano

a cura dei coordinatori delle Commissioni ordinistiche

Commissione di Bioetica

Coordinatore: *Angelo Bianchetti.*

Componenti: *Benvenuto Antonini, Alberto Arrighini, Giuseppe Belleri, Cosimo Chelazzi, Deborah Chiesa, Adelaide Conti, Giovanni Gozio, Anna Giulia Guarneri, Adriana Loglio, Pierangelo Lora Aprile, Federico Nicoli, Mauro Ricca, Grazia Rinaldis, Maurizio Sanzi, Sandra Sigala, Lidia Annamaria Tomaselli, Luigi Veronesi.*

La Commissione di Bioetica rappresenta uno strumento consultivo e di riflessione per il Consiglio dell'Ordine, per i medici e in generale per la comunità in merito alle **delicate questioni etiche che emergono nella pratica medica e odontoiatrica.**

Negli ultimi anni, l'attività della commissione si è concentrata su tematiche di grande rilevanza, quali le cure di fine vita, l'importanza del consenso informato e della relazione di cura, la fragilità nella persona anziana con un focus specifico sulla demenza, e le cure palliative in età pediatrica.

Per i prossimi mesi, la commissione intende focalizzarsi su argomenti che considera di primaria importanza. In particolare, verranno organizzati momenti formativi dedicati al tema complesso della morte medicalmente assistita e del suicidio assistito, anche alla luce delle diverse proposte di legge regionali e nazionali attualmente in discussione. Strettamente connesso a questo tema è quello delle cure palliative e delle decisioni di fine vita, ambiti nei quali si ravvisa la necessità di un'opera di chiarimento e di educazione rivolta alla comunità medica e agli operatori sanitari.

Un tema emergente che sarà al centro di un prossimo convegno è quello della fragilità degli

operatori sanitari. Medici e professionisti della sanità, soprattutto i più giovani, spesso si trovano impreparati ad affrontare le sfide della professione, non sempre adeguatamente supportati dal sistema e talvolta "soli" e "isolati" di fronte a situazioni difficili e momenti di crisi. Un aspetto critico riguarda anche il rapporto con i media e, in generale, con l'utenza dei servizi, specialmente in contesti delicati come il pronto soccorso e l'emergenza.

Infine, un tema che è stato e continuerà ad essere centrale nell'attenzione della commissione è l'impatto dell'intelligenza artificiale in medicina.

La Commissione di Bioetica si impegna a stimolare una maggiore consapevolezza degli aspetti etici e deontologici della professione tra i medici, con la convinzione che promuovere una cultura di attenzione e rispetto per le questioni etiche possa significativamente contribuire a migliorare la qualità delle cure e il benessere dei pazienti.

“ Continuerà ad essere centrale l'attenzione sull'impatto dell'intelligenza artificiale in medicina.

Commissione Cronicità

Coordinatore: *Umberto Valentini.*

Componenti: *Germano Bettoncelli, Nicola Bastiani, Tiziana Candusso, Francesco Donato, Giovanni Gozio, Dario Palini, Bruno Platto, Erminio Tabaglio, Umberto Valentini.*

L'Ordine dei Medici, considerata l'emergenza cronicità e l'evoluzione in atto del SSR con le ricadute sulla professione medica, ha definito la seguente strategia:

- Organizzare Convegni Pubblici
- Progettare percorsi formativi innovativi
- Formare un gruppo di lavoro misto con ASST, Privato Accreditato, ATS
- Collaborare con le associazioni di pazienti più rappresentative

Nel febbraio 2022 è stato istituito il gruppo "Cronicità" per concretizzare la strategia.

Nel 2023 è stato formato un gruppo composto da componenti del Consiglio dell'Ordine, rappresentanti delle ASST, dell'ATS, del Privato Accreditato con il mandato di progettare un percorso formativo dedicato all'**integrazione multiprofessionale**. Il programma formativo è stato accettato dalle Direzioni Generali delle ASST, ATS, Privato Accreditato e presentato il 30 settembre 2023 ad un convegno tenutosi

presso la sede dell'Ordine.

Nel 2024, con la collaborazione di due consulenti non medici, formatori esperti, si è tenuto un corso interattivo e sperimentale, dedicato al lavoro in *team*, a cui hanno partecipato 30 tra medici e infermieri.

La Commissione cronicità intende continuare la formazione con il "lavoro in team" dedicato a referenti AFT e Case della Comunità; capillarizzare la formazione attraverso gli uffici per la formazione delle ASST; realizzare un convegno dedicato alla Cronicità; istituire un tavolo di lavoro con il volontariato; continuare gli incontri periodici con un gruppo allargato alle ASST, ATS, Privato Accreditato per monitorare la progettualità in corso, raccogliere suggerimenti, richieste.



Un convegno sulla Cronicità e l'istituzione di un tavolo di lavoro con il volontariato sono alcune delle nuove proposte.

Commissione Medicina Genere Specifica

Coordinatrice: *Annalisa Voltolini.*

Componenti: *Donatella Albini, Elena Cimino, Savina Nodari, Luisa Monini, Maria Lorenza Muiesan, Maria Pia Pasolini, Renata Rao, Sandra Sigala, Valentina Stanga, Angela Tincani.*

Istituita nel 2017, **tra le prime in Italia**, si occupa di diffondere l'approccio di genere all'interno delle attività di prevenzione, diagnosi e cura, al fine di attuare un modello di appropriatezza e personalizzazione delle cure che migliori la salute di tutti, donne e uomini in tutte le età, assicuri un più appropriato utilizzo delle risorse, accresca la sostenibilità e la sicurezza delle cure e contrasti le disuguaglianze di accesso ai servizi, per una maggior equità nella salute. La Medicina di genere è definita dall'OMS come lo studio dell'influenza delle differenze bio-

logiche (definite dal sesso) e di quelle sociali, economiche e culturali (definite dal genere) sullo stato di salute e di malattia di ogni persona. È normata dalla L.11/01/18 n. 3 e dai successivi decreti attuativi: Piano di diffusione del 2019 e Piano Formativo del 2023.

Genere e sesso influenzano l'eziopatogenesi di molte patologie, il vissuto delle stesse e la compliance terapeutica, fino all'impatto della malattia sul rapporto tra la persona e il contesto sociale e la relazione di cura. Di questo si è parlato nei convegni organizzati dalla Com-

missione in questi anni, per la formazione e l'aggiornamento di medici e personale sanitario, approfondendo le differenze di genere nelle patologie più frequenti e proponendo temi più innovativi, come genere e Intelligenza artificiale, le incongruenze di genere e il linguaggio di genere nella cura.

Nei prossimi 4 anni verrà proseguito questo percorso di formazione e aggiornamento per colleghi e colleghi e di informazione alla cittadinanza sull'influenza delle differenze di sesso e genere nei diversi contesti e momenti di vita, ad esempio: sport, lavoro, sonno, attività riproduttiva, cioè benessere, salute e malattia nella nostra quotidianità.

“Differenze di sesso e genere influiscono sui percorsi di cura.



Commissione Medicine Complementari

Coordinatore: *Francesco Donato.*

Componenti: *Patrizia Furba, Giovanni Gatta, Ruggero Grazioli, Gianpiero Di Giovanni, Federico Plebani.*

La Commissione Medicine Complementari (MC) (dette anche non convenzionali) è prevista presso gli Ordini dei Medici ai sensi dell'art. 3 dell'Accordo Stato-Regioni del 7 febbraio 2013, che ha definito “i criteri e le modalità per la formazione ed il relativo esercizio dell'agopuntura, della fitoterapia e dell'omeopatia da parte dei medici chirurghi ed odontoiatri”. La Commissione è composta da esperti nelle diverse discipline di Medicine Complementari, con una rappresentanza ordinistica e un coordinatore-referente del Consiglio. La Commissione ha il compito di valutare i titoli necessari per l'iscrizione negli elenchi dei medici che praticano le MC riportate nelle linee guida emanate dalla FNOMCeO nel 2009. L'attuale Codice di Deontologia Medica disciplina l'esercizio delle MC all'articolo 15 (Sistemi e metodi di prevenzione, diagnosi e cura non convenzionali).

La formazione e l'aggiornamento dei medici su questa materia sono necessari, in quanto la normativa e il Codice deontologico affermano la necessità di un impiego di tali discipline basato su conoscenze scientifiche. Inoltre, le conoscenze delle MC da parte dei medici che non le praticano sono assai limitate, dal momento che non

vengono trattate nei corsi di Medicina e Chirurgia. Per questi motivi la Commissione ha organizzato convegni, con la partecipazione sia di esperti nutrizionisti, farmacologi, internisti, ecc., sia di esperti di MC, in un'ottica di **integrazione dei saperi**. Ricordiamo nel 2022 l'incontro “Il ruolo delle medicine complementari nel terzo millennio”, nel 2023 gli eventi “Il microbiota intestinale: dallo squilibrio del microbiota alle malattie sistemiche” e “Il ruolo degli integratori per il benessere e l'invecchiamento di qualità”; nel 2024 “Le medicine complementari: quando e perché consigliarle”. Infine, nel 2024 è stato realizzato un sondaggio online sulle MC, con la partecipazione di 1095 iscritti all'Ordine, dei quali oltre due terzi hanno fornito una risposta affermativa alla domanda “L'Ordine dei Medici dovrebbe occuparsi delle medicine complementari?”.

“Due terzi degli iscritti ritengono che l'Ordine dei Medici debba occuparsi di Medicine Complementari.

Commissione Pari Opportunità

Coordinatrice: Tiziana Candusso.

Componenti: Donatella Albini, Francesca Andreoli, Silvio Caligaris, Tiziana Candusso, Nicole Cefis, Beatrice Cossu, Silvia Galeri, Sara Geretto, Cristina Marengoni, Renzo Rozzini, Erminio Tabaglio, Emanuela Tignonsini, Giulia Zambolin, Edda Zanetti.

Le pari opportunità sono un principio giuridico inteso come l'assenza di ostacoli alla partecipazione economica, politica e sociale di un qualsiasi individuo per ragioni connesse al genere, religione e convinzioni personali, razza e origine etnica, disabilità, età, orientamento sessuale o politico.

La mission della Commissione Pari Opportunità è polarizzare l'attenzione dei professionisti sanitari sui temi dell'equità e dell'uguaglianza della salute, dei suoi determinanti eco-socio-economici per tutelare le fasce di popolazione più fragili. Sensibilizzare, informare, formare e dare strumenti operativi per lo svolgimento del lavoro professionale sui temi sociosanitari.

A questo scopo la Commissione ha organizzato in questi anni numerosi convegni ECM, dei quali ne ricordiamo i titoli a scopo dimostrativo della complessità dei temi affrontati: *Violenza di genere e violenza assistita; La violenza nei confronti degli operatori sanitari: da eroi a bersagli; Luoghi di lavoro liberi da violenza e molestie; Essere donna, essere medico. Vita lavoro carriera; Adolescenza, i segni della sofferenza psichica - incontrare gli adolescenti nei nostri studi; Medicina delle migrazioni: da migranti ad accoglit*

di migranti; Dare opportunità: disabilità e servizi sanitari; Povertà e salute: i determinanti eco-socio-economici; Gli invisibili: equità nella salute. Assistenza sociosanitaria alle persone in condizioni di marginalità sociale.

La Commissione ha inoltre organizzato in Val Camonica eventi aperti alla popolazione sugli stessi temi e nel 2024 un evento speciale dedicato ad *Ambiente e Salute*.

La Commissione intende continuare il laboratorio formativo sui temi sociosanitari legati alle Pari Opportunità; realizzare due convegni ECM dedicati al tema "Le pari opportunità nelle famiglie: cambiamenti sociali, difficoltà, fragilità e ruolo degli operatori sanitari"; realizzare un evento aperto alla popolazione nel contesto della Val Camonica; stabilire contatti continuativi con il Volontariato e le Istituzioni (Comuni, ATS, Asst, Privato accreditato); lavorare con altre figure professionali nell'ambito socio-sanitario; porre attenzione all'aspetto relazionale ed all'umanizzazione delle cure.

“ **Equità e uguaglianza per tutelare le fasce di popolazione più fragili.** ”



L'ospedale che cambia

Giorgio Banchieri

Segretario Nazionale ASQUAS, Docente DiSSE, Università "Sapienza", Roma

Andrea Vannucci

Membro CTS ASQUAS, Docente DiSM, Università Siena, Membro CD Accademia di Medicina, Genova

“Affrontare il problema degli ospedali, e soprattutto del loro futuro, comporta necessariamente una visione non limitata all'ospedale come struttura edilizia... ma estesa invece a molti altri fattori quali le linee di indirizzo della politica sanitaria, le modalità di finanziamento del sistema sanitario e degli ospedali ed anche il progresso scientifico e tecnologico e l'evoluzione demografica ed epidemiologica...”.

E. Guzzanti

Siamo abituati a considerare gli ospedali come strutture complesse e spesso rigide per i loro modelli organizzativi, eppure la pandemia da SARS-COV-2 ha rapidamente ridefinito tutte le nostre convinzioni e ci ha insegnato che resilienza e flessibilità erano l'unica strada per sopravvivere e vivere. La prima questione è quella del ridimensionamento dell'offerta in tema di posti letto. È un fenomeno mondiale, ma ancora oggi non sembra che i *policy maker* della sanità riescano a fare le scelte opportune per far crescere considerevolmente ed in modo nuovo l'offerta territoriale.

Cambiare vuol dire comprendere l'oggi e valutare quanto gli strumenti normativi che definiscono l'organizzazione dei servizi siano adeguati all'attualità. Da questo punto di vista, urge probabilmente una riforma del DM 70 perché le condizioni per una rete ospedaliera efficiente sono mutate. La gran parte dei nostri attuali nosocomi risale agli anni '30, anni in cui gli ospedali furono costruiti a padiglioni, allo scopo di poter limitare il diffonder-

si delle malattie infettive, all'epoca ancora preponderanti nei confronti delle malattie acute o cronico degenerative. Tale separazione logistico strutturale ha contribuito ad accentuare la frammentazione, lo sviluppo di organizzazioni a silos, la crescita delle varie branche specialistiche e super specialistiche che, man mano negli anni, hanno determinato frammentazione, rigidità e ridondanze.

Nuovi modelli organizzativi

Conciliare qualità e complessità implica abbandonare la vecchia concezione delle organizzazioni sanitarie come **“strutture gerarchiche lineari”**. I sistemi sanitari sono sempre più entità complesse, governate da leggi di interazione e auto-organizzazione, spesso soggette a fenomeni emergenti, come è stata la stessa minaccia pandemica.

La chiave per riformare l'assistenza, facendo convergere la pluralità di attori su un unico obiettivo:



“aumentare la flessibilità del sistema” è tutto il contrario della logica **“una singola causa genera un singolo effetto”**, alla base delle ricette di semplificazione e riduzionismo.

Gli ospedali di media e grande dimensione fungono da **“hub”** dei servizi sanitari presenti nei territori ed è vantaggioso sviluppare reti integrate con le altre strutture **“spoke”**, fino ad arrivare alle reti di cure primarie, di assistenza domiciliare e delle varie forme di residenzialità così **“filtrare”** la domanda dei cittadini e disporre di livelli differenziati di offerta **“integrati”**, sanitari, sociosanitari e sociali.

Con il PNRR e il DM 77 sono stati proposti modelli di riorganizzazione uniformi della medicina territoriale, delle cure primarie, della domiciliarità in una logica di integrazione con i servizi sociali e le comunità. Parimenti, sono previsti importanti investimenti in tecnologie e digitalizzazione negli ospedali. Ma questo non basterà se non si affronterà anche il tema dei modelli organizzativi per **“processi di cura”** e della loro **“governance clinica”**.

Gli ospedali insistono sempre su territori e su comunità. Si pone quindi con forza il tema dell’**“integrazione”**, della multidisciplinarietà e della multi-professionalità.

Il Panorama Sanitario e la progettazione dei luoghi della salute

L’**Invecchiamento della popolazione** e l’aumento delle malattie croniche richiedono modelli di cura integrati, personalizzati e proattivi, che vadano oltre la semplice gestione delle acuzie. La **digitalizzazione** e **proliferazione dei dati** offrono opportunità senza precedenti per migliorare la diagnosi, la terapia e la prevenzione, ma richiedono anche in-

frastrutture adeguate e competenze specialistiche per gestire e analizzare i dati in modo efficace. La **medicina personalizzata e di precisione** permette di adattare le cure alle caratteristiche genetiche, ambientali e comportamentali di ogni paziente, massimizzando l’efficacia e minimizzando gli effetti collaterali. La **telemedicina e l’assistenza remota** ampliano l’accesso alle cure, riducono i costi e migliorano la qualità della vita dei pazienti, soprattutto nelle aree rurali e isolate. La **resilienza** e la **preparazione alle emergenze** sono diventate priorità assolute dopo la pandemia, richiedendo strutture flessibili, sistemi di monitoraggio avanzati e protocolli di risposta rapidi.

“L’architettura non risponde solo ai bisogni ma risponde anche ai desideri” (Renzo Piano)

Nel 2000 Renzo Piano e Umberto Veronesi concepirono un ospedale che si distingueva per luminosità, spazi verdi e materiali sostenibili. Il progetto si fondava su alcuni principi chiave: centralità del paziente, sostenibilità ambientale, modularità e flessibilità, grazie a strutture che possono essere adattate nel tempo senza dover essere completamente ricostruite. Questo modello ha influenzato le successive progettazioni ospedaliere, spianando la strada verso il concetto di **“ospedale del futuro”**. Ma cosa significa davvero **“futuro”** quando si parla di ospedali?

Il futuro non è solo un concetto temporale, ma implica una progettazione orientata alla durabilità, alla trasformabilità e all’innovazione continua. In questo senso, un ospedale deve essere pensato in funzione del suo intero ciclo di vita, distinguendo due fasi principali: il ciclo di vita della progettazione e quello dell’esercizio.

Il **ciclo di vita progettuale** è il tempo che viene speso nell’identificare le esigenze della popolazione e prevedere le evoluzioni della domanda sanitaria, nel comprendere le esigenze degli utilizzatori, nel progettare strutture flessibili e tecnologicamente avanzate, nel saper guardare alla sostenibilità economica e ambientale, ben bilanciando investimento iniziale con costi di gestione futuri, nel fare test di validazione con simulazioni prima della costruzione effettiva.

Il **ciclo di vita dell’esercizio** implica la gestione dinamica degli spazi, cioè adattabilità a nuove esigenze sanitarie e tecnologiche e l’efficienza operativa, con la riduzione degli sprechi, l’automazione e la digitalizzazione dei processi.

Un ospedale non è uno “spazio”, ma una “dimensione”, un ecosistema che oltrepassa le mura dell’edificio per proiettarsi funzionalmente verso il territorio circostante ed anche oltre.

I punti chiave per una progettazione che consenta tutte le potenzialità

- **Ergonomia e benessere:** creazione di ambienti di lavoro confortevoli e sicuri per il personale sanitario, riducendo lo stress e migliorando la produttività.
- **Integrazione di arte e natura:** Introduzione di elementi naturali, opere d’arte e design biofilico per creare un’atmosfera rilassante e curativa per i pazienti e i visitatori.
- **Coinvolgimento degli stakeholder:** collaborazione con medici, infermieri, pazienti e altri *stakeholder* per comprendere le loro esigenze e tradurle in soluzioni progettuali innovative.
- **Ottimizzazione dei flussi di lavoro:** progettazione di percorsi efficienti e intuitivi per ridurre i tempi di attesa, minimizzare gli spostamenti e migliorare la comunicazione tra i diversi reparti.
- **Accessibilità universale:** garanzia che tutti gli spazi e i servizi siano accessibili e fruibili da persone di tutte le età e abilità.

Il modello organizzativo e funzionale

Definiamo il modello organizzativo che consenta di realizzare l’“orchestra del benessere”, in cui ogni reparto, ogni professionista e ogni tecnologia lavorano in sinergia per creare un’esperienza di cura armoniosa ed efficace.

L’ospedale è un sistema complesso costituito da una rete di nodi e connessioni, ne consegue la necessità di ottimizzare le connessioni tra i vari nodi, riducendo le distanze funzionali tra reparti critici e migliorando l’efficienza dei flussi operativi. Applicare questo approccio significa:

- mappare le reti ospedaliere per identificare nodi centrali e percorsi critici;
- ottimizzare la gestione dei flussi di pazienti, materiali e informazioni per ridurre i tempi di attesa e migliorare l’efficienza;
- prevenire congestioni e colli di bottiglia grazie a un’analisi strutturata delle connessioni;
- progettare spazi polifunzionali con hub centrali

e percorsi dedicati;

- garantire la resilienza della rete per mantenere operatività anche in condizioni di emergenza.

Il Living Design e l’ospedale del futuro

Applicando il *living design*, originariamente proposto da **Ken Yeang**, un architetto e urbanista malese noto per il suo approccio ecologico e sostenibile all’architettura e alla progettazione ospedaliera, si cerca di ottenere un ospedale che non sia solo una struttura fisica, ma un ecosistema dinamico che integri tecnologia, sostenibilità e centralità della persona.

Il progetto ospedaliero deve così considerare sei punti chiave per generare il massimo valore:

■ Estetica e Benessere Ambientale

Il design biofilico dell’ospedale, con giardini terapeutici, viste panoramiche e illuminazione circadiana, è perfettamente in linea con l’idea che la bellezza e l’armonia possano migliorare il benessere e la guarigione. L’uso di materiali naturali e colori rilassanti contribuisce alla creazione di spazi accoglienti.

■ Chiarezza Concettuale e Strutturale

L’ospedale è progettato con un modello modulare e flessibile, garantendo percorsi chiari e intuitivi per pazienti, personale e visitatori. Il *wayfinding* digitale aiuta a migliorare l’orientamento, riducendo lo stress e aumentando l’accessibilità.

■ Tecnologia e Avanguardia Medica

L’integrazione dell’intelligenza artificiale generativa, la robotica e la diagnostica avanzata collocano l’ospedale tra le strutture più innovative. La progettazione di centri di eccellenza specialistici e piattaforme



diagnostiche avanzate dimostra l'approccio orientato alla ricerca e al miglioramento continuo.

■ **Infrastruttura e Resilienza Tecnologica**

L'edificio è concepito con materiali sostenibili, un sistema energetico NZEB (Nearly Zero Energy Building) e tecnologie per l'ottimizzazione dei consumi. Le aree flessibili e riconfigurabili consentono adattamenti futuri, rispondendo rapidamente a nuove esigenze sanitarie o emergenze.

■ **Ospedale Aperto e Accessibile**

La progettazione favorisce spazi inclusivi, aree comuni e supporto per diverse esigenze culturali e sociali. La connessione con il territorio tramite telemedicina, poli sanitari esterni e programmi educativi garantisce una sanità più vicina alle persone.

■ **Sostenibilità e Adattabilità**

L'ospedale è progettato per essere resiliente alle emergenze sanitarie con spazi convertibili e soluzioni tecnologiche predittive.

L'approccio alla sostenibilità ambientale, con il recupero delle acque, l'uso di energie rinnovabili e la riduzione di Co2 testimonia la consapevolezza della relazione che intercorre tra ambiente e salute e la volontà di dare un contributo attivo.

L'ospedale del futuro, fisico e virtuale

Il campo di azione dell'ospedale e dei suoi professionisti può oltrepassare le sue mura. È arrivato il tempo d'integrare elementi strutturali e tecnologici che consentano una facile transizione verso la virtualizzazione dell'assistenza. Ecco alcuni punti chiave da considerare:

Infrastruttura tecnologica

- Implementare una robusta infrastruttura di rete e connettività ad alta velocità in tutto l'edificio per supportare la telemedicina e il monitoraggio remoto.
- Predisporre spazi dedicati per un centro di controllo virtuale, simile al modello del *Mercy Virtual Care Center*, con circa 1000 metri quadri iniziali per ospitare personale e attrezzature di monitoraggio.

Design flessibile

- Progettare l'ospedale con una struttura modulare e flessibile, che permetta di riconfigurare rapidamente gli spazi in base alle esigenze.



- Prevedere almeno il 50% di camere singole per migliorare il controllo delle infezioni e facilitare l'implementazione di tecnologie per il monitoraggio remoto.

Integrazione tecnologica

- Incorporare sistemi di intelligenza artificiale e analisi dei dati per supportare la diagnosi e la cura, sia in presenza che a distanza.
- Installare dispositivi di monitoraggio avanzati in tutte le aree di degenza, compatibili con la trasmissione dati per il controllo remoto.

Connessione territorio-ospedale

- Creare un sistema integrato che permetta la collaborazione clinica remota tra ospedale, medici di base, infermieri territoriali e farmacie.
- Predisporre un'infrastruttura che consenta la "virtualizzazione del ricovero" mantenendo il controllo costante del paziente anche a domicilio.

Espandibilità

- Progettare l'ospedale in modo che sia possibile espandere il numero di posti letto virtuali senza necessità di interventi strutturali significativi.
- Prevedere spazi tecnici adeguati all'eventuale ampliamento delle capacità di elaborazione dati e monitoraggio remoto.

L'ospedale del futuro nasce da una visione strategica che tiene conto di tutto il suo ciclo di vita. L'evoluzione tecnologica e le nuove esigenze sanitarie richiedono strutture flessibili, efficienti e sostenibili. L'ospedale sarà predisposto per funzionare sia come struttura tradizionale che come centro di assistenza virtuale, consentendo una transizione fluida verso un modello di cura ibrido e tecnologicamente avanzato.

Gli ospedali del futuro saranno sistemi dinamici, resilienti e capaci di adattarsi alle esigenze sanitarie emergenti, garantendo cure di qualità e un'esperienza migliorata per pazienti e operatori sanitari.

Una fotografia della sanità bresciana

Claudio Sileo

Direttore Generale ATS Brescia

La sanità sta cambiando. È in atto un'evoluzione volta a un maggior radicamento nel territorio, per essere più vicina alle persone e alle loro necessità, secondo il principio della prossimità.

In questo contesto qual è lo stato dell'arte della sanità bresciana?

I dati di contesto

Per poter comprendere le dinamiche in atto, è necessario partire da dati di contesto.

Sul territorio governato dall'Agenzia di Tutela della Salute di Brescia (ATS Brescia) alla fine del 2024 erano presenti 1.182.607 di assistiti (fonte: Nuova Anagrafe Regionale), di cui 1.164.763 residenti e 17.844 solo domiciliati. L'età media della popolazione a fine 2024 era di 45,8 anni, con un andamento che ha visto negli ultimi 20 anni un progressivo invecchiamento della stessa - nel 2015 l'età media era di 43,6 anni - dovuto sia a una diminuzione dei tassi di mortalità sia a un progressivo calo delle nascite e del tasso di fecondità.

I dati demografici rilevati vanno inseriti in un territorio dalla rilevante estensione, con un'eterogeneità degli erogatori pubblici e privati e con numerose realtà produttive, tutte caratteristiche che influenzano in modo significativo il modello sanitario locale. I 164 comuni presenti sono organizzati in 11 distretti, articolazioni organizzative e funzionali afferenti alle 3 Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) di ATS Brescia, che hanno un ruolo strategico nella gestione e coordinamento dei servizi territoriali: 4 distretti fanno riferimento alla ASST Spedali Civili, 3 alla ASST Franciacorta e gli altri 4 alla ASST Garda.

Le tre ASST dispongono di **10 presidi ospedalieri** distribuiti sul territorio:

- per ASST Spedali Civili a Brescia (Presidio Spedali Civili e PO dei Bambini), a Montichiari e a Gardone Val Trompia;
- per ASST Franciacorta a Chiari e a Iseo;
- per ASST Garda a Desenzano, Gavardo, Manerbio e a Leno.

La rete delle strutture di ricovero e cura è completata dalla presenza di 12 strutture private accreditate a contratto, gestite da 9 Enti e da 2 IRCCS di diritto privato e dalle cure per subacuti e riabilitative, sia pubbliche (6) che private accreditate (14), distribuite su tutto il territorio proporzionalmente alla popolazione assistita. Nella rete sanitaria si inseriscono i centri vaccinali pubblici (14) e le numerose attività ambulatoriali, di nuovo sia pubbliche (8) che private accreditate (11), distribuite su tutto il territorio.

Per l'attivazione dei servizi territoriali, finalizzati a garantire un migliore accesso alle cure, a fine marzo 2025 le ASST del territorio presentano il seguente stato di avanzamento lavori:

Case di Comunità:

- ASST Franciacorta: 2 attive e 4 in via di realizzazione
- ASST Garda: 2 attive e 6 in via di realizzazione

- ASST Spedali Civili: 6 attive e 5 in via di realizzazione

Ospedali di Comunità:

- ASST Franciacorta: 1 attivo e 2 in via di realizzazione
- ASST Garda: 2 attivi e 1 in via di realizzazione
- ASST Spedali Civili: 1 attivo e 1 in via di realizzazione

Centrali Operative Territoriali:

- ASST Franciacorta: 3 attive
- ASST Garda: 3 attive
- ASST Spedali Civili: 5 attive.

Anche enti di natura privata hanno attivato Ospedali di Comunità sul territorio bresciano: quello di Desenzano del Garda (Cooperativa Raphael), di Brescia (Gruppo Zaffiro) e di Gussago (Fondazione Richiede).

Al sistema dei servizi sanitari si affianca **la rete dei servizi sociosanitari**, capillarmente distribuita sul territorio e che comprende:

- servizi rivolti alle famiglie, con 34 Consultori Familiari pubblici e privati accreditati (sedi principali 28 e distaccate 6);
- servizi per gli anziani, con 91 Residenze Sanitarie Assistenziali e 54 Centri Diurni Integrati;
- servizi per i disabili, con 9 Residenze per persone con Disabilità, 23 Comunità Sociosanitarie e 29 Centri Diurni;
- servizi al domicilio, con 32 enti gestori privati accreditati per le Cure Domiciliari e 3 pubblici; 14 enti gestori di Cure Palliative Domiciliari privati accreditati e 2 pubblici;
- servizi per le persone con malattie non curabili, con 8 Hospice;

servizi per le persone con problemi di dipendenze patologiche da sostanze e dipendenze comportamentali, con 18 strutture residenziali, 2 strutture semiresidenziali, 3 comunità a bassa intensità assistenziale e 12 ambulatoriali di cui 8 Sert (pubblici) e 4 SMI (privati accreditati).

A questo contesto si affianca **il sistema delle Cure Primarie**, con i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta e i Medici di Continuità Assistenziale, la cui gestione, dal 1° gennaio 2024, è passata alle ASST, con l'ASST Spedali Civili che sul nostro territorio è sede del Dipartimento di Cure Primarie e svolge le funzioni di ASST capofila.

Il fronte della prevenzione

La disponibilità di tutti i servizi sanitari descritti costituisce un elemento fondamentale per garantire un adeguato stato di salute alla popolazione, ma, alla luce dell'attuale e futura situazione demografica ed epidemiologica, non è sufficiente disporre di un'ampia rete di servizi in grado di prendere in carico la cura e la gestione delle persone malate: l'invecchiamento della popolazione causa un aumento dell'incidenza delle patologie croniche, che nel nostro territorio colpiscono quasi il 40% degli assistiti, assorbendo circa l'85% delle risorse del Servizio Sanitario bresciano. Per prevenire le patologie croniche e il loro aggravamento è necessario lavorare sulla prevenzione e la promozione di stili di vita sani. Non è solo una questione di sostenibilità economica, ma anche e soprattutto di qualità delle cure e della vita: prevenire l'insorgenza o il peggioramento di malattie significa garantire una vita di migliore qualità.

La personalizzazione delle cure, i percorsi di presa in carico differenziati e il sostegno nei momenti di fragilità delle persone di tutte le età e delle famiglie sono resi possibili nel territorio anche grazie all'essenziale collaborazione con il sistema sociale (Comuni, Piani di Zona) e alla forza anche innovativa del ricco panorama del terzo settore e del volontariato, che caratterizza la comunità bresciana. Sul fronte della prevenzione è forte e diversificato l'impegno di ATS Brescia, sia attraverso azioni dirette che attraverso la *governance* che svolge sul territorio:

- le attività di promozione di corretti stili di vita e di prevenzione dei fattori di rischio per la salute vengono realizzate in raccordo con le ASST e altri *stakeholder*, come le scuole e il mondo del lavoro. Con il programma "Luoghi di lavoro che Promuovono Salute – Rete WHP Lombardia", le aziende aderenti si impegnano per costruire un contesto che favorisce l'adozione di comportamenti e scelte positive per la salute;

“ Nel nostro territorio le patologie croniche colpiscono il 40% degli assistiti, assorbendo circa l'85% delle risorse del Servizio Sanitario bresciano.

- fare prevenzione vuole dire anche promuovere la cultura della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro, che si realizza attraverso azioni di formazione, di controllo e di vigilanza per la prevenzione delle malattie professionali e degli infortuni;
- il costante monitoraggio e controllo delle acque destinate al consumo umano su tutto il territorio e degli alimenti di origine animale e non animale, in tutta la filiera "dal campo alla tavola", garantisce una alimentazione sicura e rispettosa dell'approccio *One Health*, grazie anche all'attività analitica svolta dal Laboratorio di Prevenzione di ATS;
- la gestione delle segnalazioni di malattie infettive provenienti dai medici del territorio, con effettuazione dell'inchiesta epidemiologica e l'adozione dei necessari provvedimenti (ricerca dei contatti, isolamento, profilassi...) consente di prevenire o contenere episodi epidemici;
- il governo dell'offerta vaccinale implica il costante monitoraggio delle coperture per tutte le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, con l'obiettivo di intervenire ove si registra una flessione;
- l'organizzazione delle campagne di *screening* per la prevenzione del carcinoma della cervice uterina, del carcinoma mammario, del carcinoma del colon retto, del carcinoma della prostata e dell'epatite C, con lo scopo di individuare precocemente le malattie permettendo di intervenire tempestivamente, con maggiori probabilità di guarigione e migliore qualità della vita;
- le azioni e i controlli di sanità pubblica per tutelare la salute collettiva, intervenendo nella prevenzione dei fattori di rischio presenti negli ambienti di vita o connessi con l'inquinamento ambientale, attraverso la vigilanza sulla qualità delle acque di balneazione, sulle strutture ricettive, ludico-ricreative, scolastiche e sugli impianti sportivi, sul trasporto sanitario, sui rischi chimici, fisici o biologici a cui può essere esposta la popolazione, come radon, pollini

e altri allergeni, agenti e vettori infestanti, monossido di carbonio, radiazioni, utilizzo di cosmetici, tatuaggi, piercing, articoli e prodotti pericolosi.

Nel campo della prevenzione molto viene fatto, ma abbiamo ancora sfide significative da affrontare e ampi margini di miglioramento. Un esempio su tutti è quello relativo ai programmi di *screening*: se si analizzano i dati, infatti, negli ultimi anni è cresciuta l'adesione allo *screening* della mammella, ma siamo ancora lontani dal raggiungere il *target* raccomandato; inoltre, allo stesso tempo, è calata quella agli *screening* della cervice uterina e del colon retto. Eppure, gli *screening* sono un valido strumento di prevenzione e sono totalmente gratuiti.

Gli obiettivi strategici di ATS

Tra gli obiettivi strategici di ATS Brescia, inoltre, la promozione di un modello di sanità sostenibile gioca un ruolo chiave. L'Agenzia ha intrapreso un percorso che vede l'adozione di buone pratiche *green* e la partecipazione a eventi come il recente Futura Expo 2025. La salute delle persone e la salute dell'ambiente sono indissolubilmente legate tra loro: non solo per gli evidenti effetti diretti dell'ambiente sulla salute delle persone, ma anche perché la sanità stessa ha un impatto significativo sulle emissioni di gas serra e, di conseguenza, sull'aumento della temperatura della Terra.

È necessario un cambiamento di paradigma da parte di tutti. Un sistema sanitario sostenibile è un sistema sanitario competitivo, con una migliore qualità delle cure e un'attenzione alla salute di oggi e del domani: questo è l'impegno che tutti gli operatori di ATS Brescia stanno portando avanti. ■

“Promuovere un modello di sanità sostenibile è tra gli obiettivi strategici di ATS.

Per garantire sempre di più informazioni concrete e aggiornate sui temi della salute e dell'offerta sanitaria e sociosanitaria del territorio di ATS Brescia, questa Agenzia, oltre al proprio sito istituzionale, promuove il Notiziario ATS Brescia News, presente sul sito di Agenzia e diffuso con il nostro canale Whatsapp oltre che attraverso i nostri *stakeholder*: vi invitiamo a seguirci.



QR Code
al Sito
di ATS Brescia



QR Code
al Canale Whatsapp
del Notiziario di ATS Brescia

Verso un Civile del futuro

La ASST Spedali Civili si prepara ad uno storico intervento di potenziamento strutturale e riorganizzazione funzionale

Luigi Cajazzo

Direttore Generale ASST Spedali Civili di Brescia

L'intervento di riqualificazione del Presidio Ospedaliero Spedali Civili di Brescia, noto come "*Ospedale del Futuro*", sarà, nella storia del Civile, **la più grande opera di ammodernamento strutturale e architettonico prima d'ora mai realizzata**.

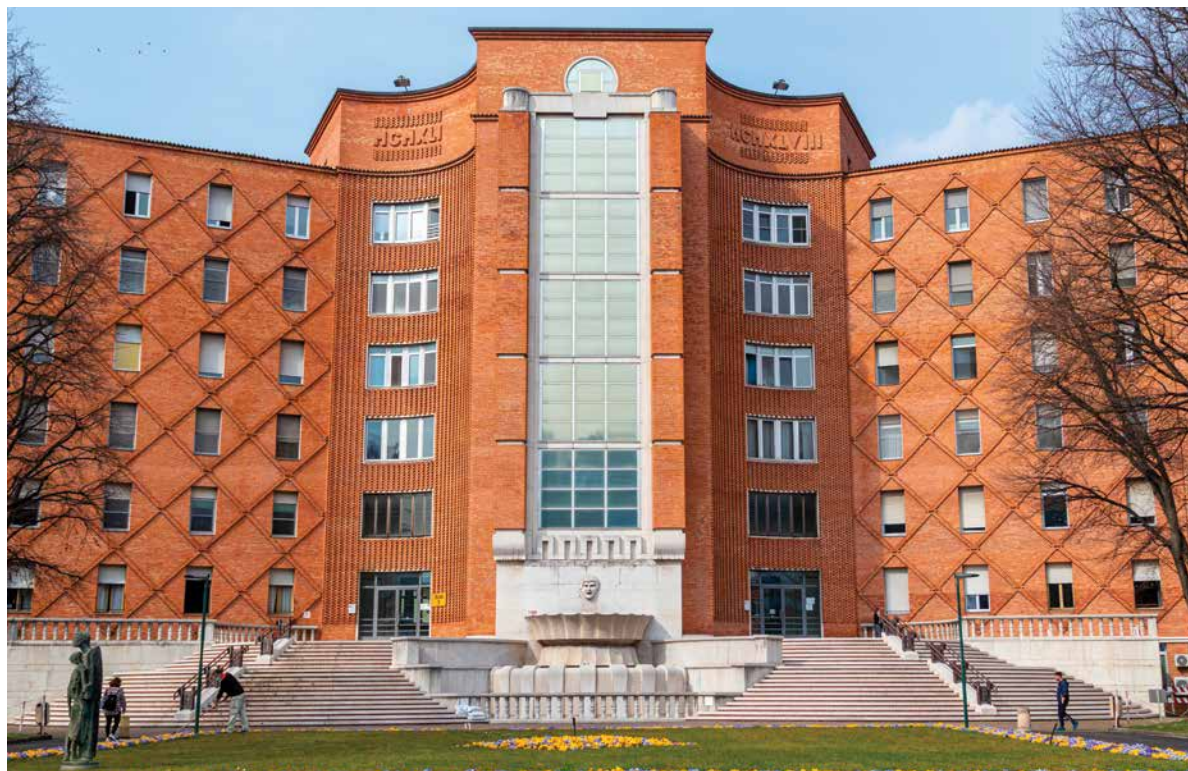
Il disegno posto a base dell'intervento intende rispondere alle sfide sanitarie contemporanee attraverso un approccio innovativo basato su digitalizzazione, modularità e integrazione con il tessuto urbano della città. Esso si articolerà in due distinte fasi:

1. la sostituzione dei Padiglioni "Satellite" e "Infettivi" con nuove piastre ospedaliere (*Main Hospital, Ospedale dei Bambini e Dipartimento Emergenza-Urgenza*), collocate all'interno dell'esistente perimetro di cinta delimitante la storica sede degli Spedali Civili di Brescia;
2. ulteriori interventi di riqualificazione e riammodernamento degli spazi già esistenti.

Il *concept* di progetto – il cui **costo** ammonta com-



Per gentile concessione Spedali Civili di Brescia



Per gentile concessione Spedali Civili di Brescia

plessivamente a circa **500 milioni di euro** - nasce dalla necessità di **superare diverse criticità strutturali e organizzative** quali il collocamento dell'Area Emergenza-Urgenza all'interno di *building* poco funzionali, la differenziazione non sempre adeguata dei percorsi ordinari da quelli dedicati all'emergenza-urgenza, la scarsa flessibilità del modello organizzativo (non più in grado di consentire un rapido adattamento a nuove esigenze sanitarie che dovessero manifestarsi), la frammentazione, all'interno del Presidio, di diverse aree specialistiche, l'obsolescenza architettonica e impiantistica e, infine, la carenza di spazi idonei da dedicare all'accoglienza e alla ricerca.

Per tali ragioni, l'intervento di riqualificazione del Presidio Ospedaliero intende rispondere alla richiesta di efficientamento complessivo dei processi organizzativi e di erogazione dei servizi attraverso la realizzazione di un **nuovo assetto ospedaliero** che assicuri:

- **flessibilità e modularità**, attraverso, tra l'altro, la presenza di camere di degenza singola dimensionate come camera doppia al fine di poter ospitare un secondo posto letto in caso di emergenza, permettendo altresì un comfort elevato e una forte riduzione del rischio di infezioni correlate all'assistenza;

- **ottimizzazione dei percorsi interni**, con una netta separazione di quelli dedicati agli utenti da quelli destinati agli operatori sanitari, e con un sistema di *wayfinding* in grado di facilitare la navigazione degli spazi dell'Ospedale, migliorando l'orientamento e riducendo il rischio di incidenti nelle persone fragili;
- **integrazione dell'offerta ospedaliera con quella territoriale**, mediante una gradazione modulare dei servizi che dall'alta intensità di cura nella zona nord si sviluppi verso una più bassa intensità man mano che ci si avvicina all'area a sud del Presidio;
- **attenzione alla formazione** degli studenti e degli specializzandi, nel segno di una rinnovata centralità della vocazione didattica e di ricerca dell'Azienda che trae linfa all'oramai storico rapporto con l'Università degli Studi di Brescia;
- **sostenibilità ambientale** in termini di risparmio energetico: l'uso di coperture verdi, di luce naturale, di pannelli fotovoltaici e sistemi di ventilazione naturale contribuiranno a ottimizzare il consumo energetico, mentre materiali ecosostenibili e antibatterici miglioreranno la qualità degli ambienti interni.

Si prevede anche che il nuovo Ospedale sia dotato di un *healing environment* per offrire contesti rilassanti e spazi di tranquillità e di aree *welfare* a sup-

OSPEDALE DEL FUTURO / DEMOLIZIONI E SEDIME INTERESSATO DAI LAVORI DI AMPLIAMENTO



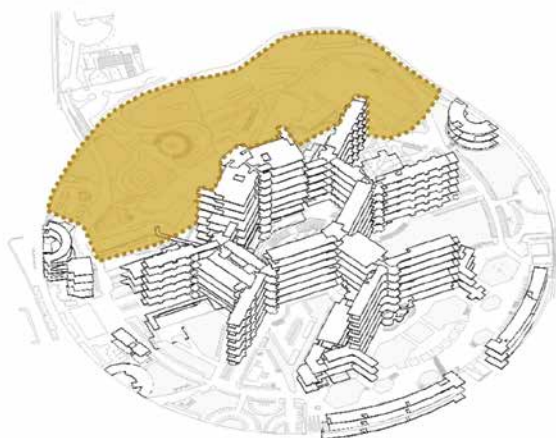
1 Padiglione **Satellite**

2 Padiglione **Infettivi**

 **Area di progetto per nuovi padiglioni**

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Spedali Civili

OSPEDALE DEL FUTURO / NUOVI POLI E MACROAREE FUNZIONALI



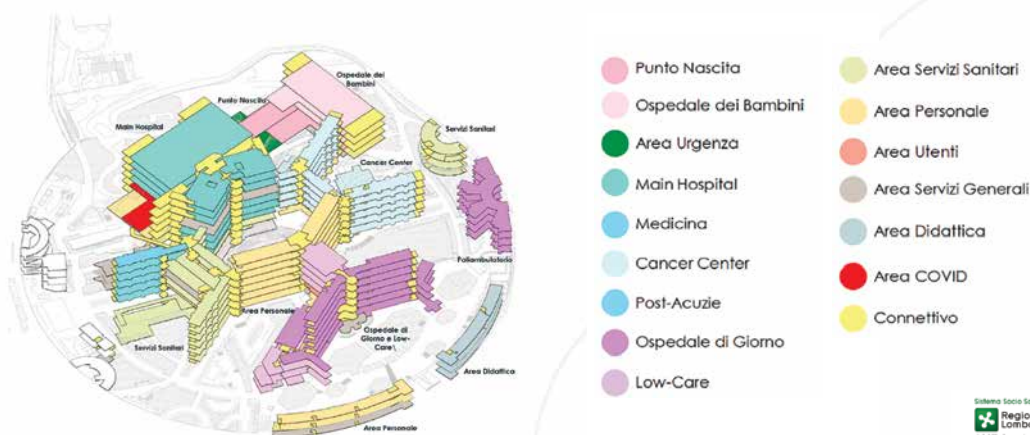
Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Spedali Civili

porto dei reparti di Pediatria. Saranno previsti **ambienti di aggregazione, spazi per le famiglie, aree ludiche, ricreative e di svago intergenerazionale per pazienti e operatori sanitari.**

Lo Studio di fattibilità dell'intervento, realizzato con il supporto di una qualificata società esterna, si è basato su di una approfondita analisi della rete erogativa esistente, dei dati di attività degli Spedali Civili nonché sulle proiezioni future della domanda assistenziale elaborate con un moderno sistema di simulazione dinamica. Il documento è stato quindi sottoposto all'attenzione di una Cabina di regia composta da tutti i Direttori dei Dipartimenti aziendali, dall'ATS e dall'Università degli Studi di Brescia che, dopo un proficuo confronto, ne hanno condiviso i contenuti.

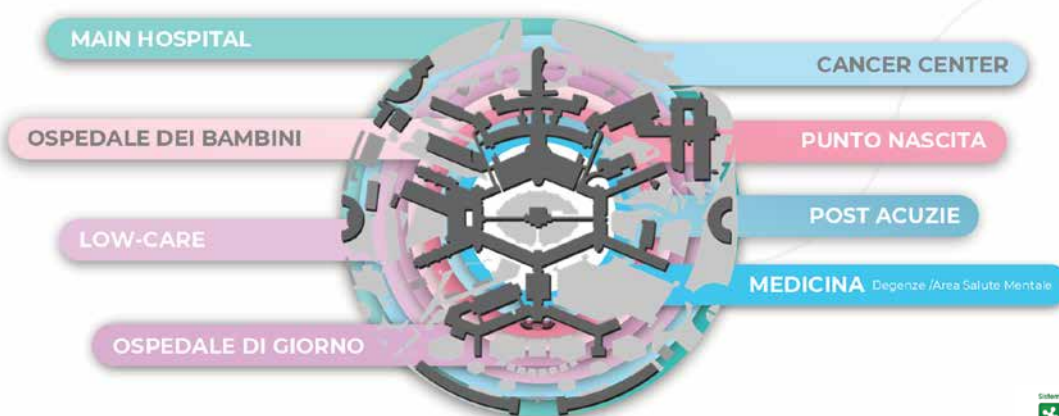
L'importanza dell'opera, unita al ruolo primario dell'Azienda all'interno del Sistema socio-sanitario regionale e alla forte compenetrazione dell'Ospedale nel territorio cittadino e provinciale, hanno indotto la Direzione strategica a proporre alla Giunta regionale l'approvazione di un Protocollo di intesa tra la stessa ASST, Regione Lombardia, Provincia di Brescia, Comune di Brescia, ATS Brescia e Università degli Studi di Brescia. Il Protocollo, sottoscritto al Palazzo della Loggia il 9 dicembre 2024, ha dato il via ad un Gruppo di lavoro composto da rappresentanti di tutti gli enti firmatari volto ad assicurare il pronto e fattivo contributo di ciascuno per tutti gli aspetti rilevanti (ambientale, viabilistico, volumetrico) che connotano questo storico e poderoso intervento di edilizia sanitaria.

OSPEDALE DEL FUTURO / NUOVI POLI E MACROAREE FUNZIONALI



Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Spedali Civili

OSPEDALE DEL FUTURO / NUOVI POLI E MACROAREE FUNZIONALI



Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Spedali Civili

Al via il concorso internazionale di progettazione e riqualificazione

Lo scorso 22 aprile è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea il Concorso Internazionale di Progettazione per la Realizzazione del Nuovo *Main Hospital*, del *Children Hospital* e del nuovo Dipartimento Emergenza Urgenza. A bandirlo l'Azienda Regionale per l'Innovazione e gli Acquisti S.p.A. (ARIA S.p.A.) sulla base del Documento di Indirizzo alla Progettazione (DIP) elaborato da un team di esperti della Fondazione Politecnico di Milano. Il complesso lavoro che ha portato al bando internazionale si fonda sulle linee guida sviluppate dal progetto *Next Generation Hospital*, realizzate dalla

piattaforma di ricerca *JRP Healthcare Infrastructures* del prestigioso Ateneo milanese. Del team, coordinato da Stefano Capolongo, Professore Ordinario di *Hospital Design* e *Urban Health*, fa parte anche Maurizio Tira, Professore Ordinario di Tecnica e Pianificazione Urbanistica dell'Università degli Studi di Brescia.

Il concorso permetterà di individuare il gruppo progettuale che realizzerà il progetto di fattibilità tecnico economica da porre a base di gara per i successivi lavori. Nel mese di gennaio 2026 sarà reso noto il vincitore del progetto.

Da qui quindi potranno scaturire idee progettuali innovative che faranno del nostro storico "Civile" un esempio di *Next generation Hospital* all'altezza delle nuove e affascinanti sfide future.

Il “mio ospedale” fra tradizione e futuro

Riflessioni di un medico “del Civile”

Ottavio Di Stefano

già Medico Internista Spedali Civili di Brescia

È trascorso più di mezzo secolo da quando, la prima volta, salii i candidi gradini della scalinata di accesso degli Spedali Civili di Brescia. Ancora oggi, quando mi capita di ripercorrerla, ripenso a quel primo giorno. Guardavo il simbolo e non capivo. A partire da quell'enigmatico MIA (abbreviazione della parola misericordia), ai ceppi dei carcerati. Quel simbolo esprime un concetto semplice, ma fondativo della *mission* del nostro ospedale.

Il Civile, da sempre, cura tutti.

Per secoli, fin dalla sua fondazione, nel 1427, quando si chiamava *Hospitale unum magnum et universale*, le donne e gli uomini del “Civile” hanno fatto professione di quel simbolo.



Orgoglio dei bresciani e, lasciatemelo dire, anche di chi ha avuto l'onore di trascorrervi tutta la vita professionale. Quei gradini hanno conosciuto, e conoscono, la preoccupazione, la sofferenza, la speranza di chi sale e cerca e si aspetta risposte. Chi sale ha diritto non solo a risposte tecniche competenti, ma a relazioni umane di qualità. Quando, decenni fa, percorrevo le corsie, con in tasca le richieste di consulenza internistica, avvertivo una sensazione costante. Il prendersi cura del malato, naturale e basico scopo del nostro lavoro, si realizzava con attenzione ed impegno e, non esagero, con rigore, da parte di tutti ed in ogni anfratto dell'ospedale. Le relazioni umane erano intense. Si sono cementate amicizie, che reggono al tempo, temprate sulle esperienze di cura condivise dei malati, a volte drammatiche, e che non si dimenticano. Era il tempo dei mentori, dei grandi maestri di medicina, di cultura, di umanità ed anche qui il sentimento di gratitudine regge al trascorrere degli anni. La relazione, come mi è già capitato di scrivere, era fondata sull'ascolto, sul toccare, sull'attenzione ai dettagli, cercando di conciliare logica clinica ed intuito, mentre le poche indagini a disposizione scontavano un'elevata approssimazione e non erano quasi mai risolutive. La relazione medico paziente era, se me lo concedete, naturalmente facile e centrale.

Ma negli ultimi 50 anni la medicina è evoluta come mai nella sua storia. La “tecnomedicina” ha cambiato in modo radicale l'approccio alle cure. Dall'analisi del DNA, alla genetica, all'immunolo-

gia, alle indagini strumentali sempre più in grado di esplorare anatomia e funzioni dell'organismo. La prognosi dei nostri malati è grandemente migliorata. Nuovi traguardi di cura ancora più efficaci, supportati dall'Intelligenza Artificiale con le sue enormi potenzialità, non sono lontani. Si renderanno indispensabili nuove competenze mediche che si intrecceranno con altre *skill* scientifiche altrettanto nuove. Quindi la tecnomedicina, nella sua accezione più estesa ed attuale, ha fatto un gran bene ai nostri malati. E questo è senz'altro vero, ma ho un personale disagio, un dubbio persistente. **Diamo per scontato che tutte queste "magnifiche sorti e progressive" saranno sempre al servizio della clinica e da noi, operatori della salute, gestite e governate?**

Tecnologia che quindi entrerà con tutto il suo impatto, ambientale e strutturale, nelle architetture del sistema sanità con nuove funzioni affatto diverse dall'esistente. E il "mio" ospedale affronterà questa sfida nei prossimi anni con una completa (radicale?) ristrutturazione architettonica e di funzione. Ristrutturazione che coinvolgerà altre due ASST, Franciacorta e Garda, per una rivisitazione completa (?) del sistema e con implicazioni di interconnessione (il sistema *hub e spoke* per capirci) che meritano approfondimenti dedicati. A ben altre menti esperte deve essere lasciato il compito di pianificare tutto questo "nuovo".

Insomma, è il tempo della **medicina "delle" complessità**; la nuova complessità tecnologica con tutte le sue implicazioni multidisciplinari e multiprofessionali è la complessità che ha caratterizzato, segnato, gli ultimi decenni. Quel malato cronico, polipatologico anziano, che costituisce il 30% della nostra popolazione e consuma o, meglio, necessita, del 70% delle risorse. La gestione del paziente cronico, e non della malattia cronica, ha costituito uno degli assi portanti dell'elaborazione culturale di questo Ordine Professionale, che ha visto ricoprire un ruolo da protagonista dell'attuale Presidente e di molti consiglieri.

In questi ultimi anni, dopo un preliminare periodo di studio e analisi, l'Ordine ha costituito un gruppo di lavoro con tutte le realtà sanitarie della nostra provincia, proponendo un percorso di formazione elettiva e diffusa. Formazione sul lavoro in *team*, sulla digitalizzazione, sulla costruzione e implementazione di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) e sull'indispensabile interazione con il sociale.

ASST: se svolgiamo la sigla scopriamo che il termine Azienda si caratterizza, si definisce, con gli aggettivi: Socio-Sanitaria Territoriale. Sintesi della *mission*.

Per anni abbiamo sostenuto, con analisi e discussioni infinite, l'indispensabile integrazione tra ospedale e territorio. La prossima ristrutturazione dell'ospedale costituisce l'occasione davvero storica perché la "mitica" integrazione diventi realtà strutturata ed efficiente. Il Distretto con le Centrali Operative Territoriali, le Case e gli Ospedali di Comunità, il rapporto costante con il sociale e quel ruolo di alto profilo e qualità che spetta alla Medicina Generale insieme all'ospedale, danno il senso vero dell'unicità della ASST. Come unico è il paziente che ha bisogno di prevenzione, di diagnosi tempestive, di cure acute e croniche, di modularità degli interventi secondo intensità ed in *setting* di cura, anche spaziali, appropriati.

Abbiamo bisogno di strutture e funzioni ecosostenibili. L'Ordine, su iniziativa di ATS Brescia, è impegnato da tempo su questo tema che deve diventare patrimonio culturale e di azione della nostra comunità.

Come tradurre in soluzioni architettoniche queste note deve essere demandato, dicevo, a persone ed istituzioni competenti di alto profilo. Infatti, alcune delle idee, qui solo abbozzate ed artigianali da medico pratico, trovano ben altra sistematicità, rilevanza culturale e tecnica in istituzioni internazionali, (si vedano i riferimenti nel riquadro nella pagina successiva).

Colpisce che in questi documenti si dia particolare rilievo al ruolo del paesaggio e del verde "*Gli spazi curativi naturali, compresa la progettazione di paesaggi e giardini curativi, potrebbero fornire ambienti in cui gli utenti possono rilassarsi, trovando sollievo dallo stress psicologico e dalle pressioni quotidiane*" (Capolongo et al., 2020).

Si sta avviando nella nostra città, nella nostra provincia, una impegnativa, importante, senza precedenti recenti, ristrutturazione dei nostri maggiori ospedali. Ristrutturazione architettonica che deve essere sorretta dicono gli esperti, dagli obiettivi di funzione delle strutture e che deve superare anche le mura ospedaliere, perché quell'indispensabile integrazione con il territorio da mitica, ripeto per l'ennesima volta, diventi reale.

Davvero ai dirigenti, ai tecnici, agli operatori tutti, l'augurio sincero di successo per quest'opera così



Gli aspetti da considerare per l'ospedale del futuro

Estratti da "Hospitals of the future: a technical brief on re-thinking the architecture of hospitals", 22 May 2023, Technical document, © World Health Organization 2023

- La necessità di garantire e realizzare la resilienza di ogni edificio e del sistema sanitario non può essere separata dalla riorganizzazione del sistema di *welfare* a livello locale o regionale (territoriale); questo è un prerequisito per le fasi di pianificazione.
- L'intera rete deve essere ripensata in base al panorama attuale, adattandola in relazione agli sviluppi della sanità digitale e alle esigenze di dematerializzazione (Setola et al., 2022).
- Una rete sanitaria di successo incoraggia la popolazione ad accedere alle cure di cui ha bisogno.
- La creazione della rete sanitaria può ridurre la necessità di trasferire i pazienti da una regione all'altra.
- Con una rete efficace, è possibile ridurre il sovraffollamento nei reparti di emergenza (Barish, McGauly & Arnold, 2012).
- Nel frattempo, un minor numero di trasferimenti di pazienti tra strutture e un minor sovraffollamento ridurranno al minimo la contaminazione incrociata all'interno dell'ospedale (Capolongo et al., 2020).
- L'interazione tra gli ospedali all'interno della rete può migliorare i livelli di servizio (e/o ripristinare il normale funzionamento durante le crisi), ridurre i tempi di attesa dei pazienti e migliorare i servizi sanitari per l'intera comunità (Hassan & Mahmoud, 2020).
- I servizi medici di emergenza (EMS) possono essere meglio supportati con una rete locale/regionale basata sulla comunità, per aumentare l'accessibilità per le comunità più lontane dai centri urbani. Ciò è particolarmente importante per le popolazioni vulnerabili, come gli anziani.
- La rete di strutture sanitarie può ridurre l'uso non necessario di EMS per il trasporto dei pazienti tra i servizi disponibili nel centro della città e le aree periferiche (Zhu et al., 2021).

“Magnifiche sorti e progressive” per la sanità, sostenute da una tecnologia in rapido progredire, ma non dimentichiamo un passato di valori da rivendicare e preservare.

impegnativa e decisiva per la sanità del nostro territorio e non solo. Impegno dirigenziale e tecnico volto, speriamo, solo al raggiungimento di obiettivi di alto profilo, senza condizionamenti. “Magnifiche sorti e progressive” quindi per la sanità, per la medicina, sostenute da una tecnologia in tumultuoso, rapido, progredire, ma rimane dentro, come dicevo, un disagio profondo che, dopo tanti anni di attività ordinistica, percepisco come diffuso nella nostra comunità.

Vi è una sorta di disaffezione verso questo nostro mestiere che non si giustifica del tutto con le difficoltà, per altro vere e importanti, della carenza di risorse, della burocrazia soffocante, delle remunerazioni insufficienti, del lavoro che non lascia spazio alla vita familiare e sociale.

La tecnologia, per definizione, non guarda al passato. Guarda al futuro ed all'affinamento continuo delle procedure. Il nostro, invece, è un passato di valori da rivendicare e preservare. Nessuna visione arcaico-umanistica. Le conquiste tecnologiche sono indispensabili, ma se diventiamo solo esecutori meccanici rischiamo di perdere quelle caratteristiche che sono ugualmente indispensabili per una buona cura. L'incontro con chi sta male basato su una relazione compiuta, il rapporto con i colleghi, la curiosità di capire, l'importanza dei mentori, la contezza dei limiti. **Senza alcuno snobismo il nostro è, e deve rimanere, un lavoro intellettuale.**

Ho una certezza. Questo Ordine proseguirà nello studio e nel confronto per un contributo costruttivo e responsabile della professione, che parta dalle esigenze dei malati di cui siamo, con le altre professioni sanitarie, i veri interpreti e da cui non si può prescindere.

Riflessioni sulla ristrutturazione dell'ospedale

I punti di vista della formazione universitaria, dei medici, delle istituzioni, di chi si occupa della cura medica in età evolutiva e un appello ai progettisti con un pensiero di genere: diamo spazio ad alcune riflessioni che rappresentano un contributo di idee per l'ospedale Civile che verrà.

L'Università

L'ospedale che cambia

Un'opportunità anche scientifico-didattica per il progresso della sanità bresciana

Prof. Francesco Castelli

Magnifico Rettore Università degli Studi di Brescia

Prof. Antonio Vita

Prorettore ai Rapporti con le Strutture Sanitarie Università degli Studi di Brescia

L'Università di Brescia ha aderito al Protocollo d'Intesa per la condivisione del percorso volto alla realizzazione dell'intervento strutturale definito "Ospedale del Futuro", presso il Presidio Ospe-

daliero Spedali Civili di Brescia. Si tratta - come noto - di un'ampia operazione di sostituzione edilizia di alcuni edifici con nuove strutture ospedaliere, oltre alla riqualificazione di parti esi-

stenti, da realizzarsi nell'attuale area ospedaliera, con lo scopo di aggiornare, valorizzazione ed implementare la struttura sanitaria da sempre simbolo della sanità bresciana. Il nome stesso di "Ospedale del futuro" evoca susulti di orgoglio laddove si pensi che trattasi di una struttura sanitaria le cui origini affondano nel XV secolo e che si proietta adesso in avanti - non solo nel nome - nell'era dell'intelligenza artificiale e della robotica, come se si trattasse di un adolescente.

L'obiettivo comune delle parti che hanno siglato il Protocollo di Intesa in data 9.12.2024 - ASST Spedali Civili di Brescia, Comune di Brescia, Provincia di Brescia, ATS di Brescia ed Università degli Studi di Brescia - è quello di favorire l'implementazione dei servizi che l'ospedale può fornire ai cittadini, per quanto di rispettiva competenza, quale parte delle politiche volte al miglioramento delle modalità di accesso e di erogazione delle prestazioni cliniche e socio-sanitarie a tutela della salute e dunque a beneficio della comunità tutta. In particolare, l'Università degli Studi di Brescia fornisce il proprio supporto



affinché lo sviluppo progettuale si integri con la propria vocazione didattica e di ricerca, **per realizzare il sogno di spazi di ricerca clinica e di laboratorio**, di studio, di confronto in gruppi di lavoro multidisciplinari nei quali discutere della salute dei pazienti **con l'ausilio delle più sofisticate tecnologie** e affinando le attente capacità dei giovani discenti, anche loro parte attiva del processo di crescita.

L'Università è rappresentata a tal fine nel "Gruppo di Lavoro" incaricato di contribuire alla progettualità svolgendo le opportune analisi e valutazioni secondo le proprie competenze ed attribuzioni. In questo contesto, l'Università da un lato condivide le complessive finalità del Progetto, dall'altro si fa portatrice degli interessi e degli obiettivi comuni tra l'Università di Brescia e la ASST Spedali Civili in accordo alla Convenzione tra i due Enti. La sinergia tra ASST e Università è infatti indispensabile al fine di garantire la necessaria integrazione tra la formazione, la didattica, la ricerca e l'assistenza, fondata sul principio della centralità

della persona, nonché promuovendo la formazione costante delle figure sanitarie.

Infatti, è ormai evidenza accettata che le migliori cure sanitarie vengono erogate nelle strutture che sanno sapientemente coniugare le attività di ricerca e di assistenza, entrambe linfa essenziale per poter formare le future generazioni di medici, di specialisti e di operatori sanitari.

Si auspica ad un sistema integrato al fine di migliorare il servizio all'utenza, accrescere la qualità dei processi formativi, implementare la ricerca biomedica e sanitaria, sviluppando l'innovazione tecnologica e le risorse cliniche nella salvaguardia delle finalità istituzionali dei due Enti.

Per quanto sopra, è interesse reciproco che l'Università si avvalga delle strutture, delle tecnologie di avanguardia e delle competenze professionali messe a disposizione dall'ASST. Ciò richiederà la disponibilità di spazi dedicati alla didattica, in particolare quella rivolta alla formazione delle professioni sanitarie, ed alla ricerca biomedica e clinica; nonché la messa a disposizione,

in termini di reciprocità, di risorse tecnologiche avanzate.

Il nuovo Ospedale, per guardare davvero al Futuro, dovrà quindi tenere conto della stretta integrazione, spesso dell'inscindibilità, degli obiettivi propri dell'ASST e dell'Università, in un rapporto costruttivo di reciproco sostegno e potenziamento.

Queste sono le basi per poter consolidare il rapporto tra l'Università di Brescia ed il Servizio Sanitario Regionale – già preconizzato dai Padri ispiratori della fondazione dell'istituzione universitaria bresciana – offrendo inoltre i presupposti per un rapporto futuro ancor più strutturato e solido tra ricerca e assistenza, nell'ottica di integrare sempre più compiutamente l'approccio scientifico nella cura dei pazienti.

Il nuovo ospedale dovrà tenere conto dell'integrazione tra ASST e Università per un rapporto costruttivo di reciproco sostegno e potenziamento.

La città

Brescia: un impegno concreto e condiviso può fare la differenza

Laura Castelletti
Sindaca di Brescia

Lo scorso dicembre, nel Salone Vanvitelliano di Palazzo Loggia, si è tenuto un momento storico per Brescia: Comune, Regione Lombardia, ASST Spedali Civili, ATS, Università degli Studi di Brescia e Provincia hanno **firmato il protocollo d'intesa per la riqualificazione dell'Ospedale Civile**. Non

si tratta solo di un intervento urbanistico, ma di **un progetto che guarda al futuro, simbolo di una città in trasformazione**.

Il Civile è molto più di un ospedale: è un punto di riferimento per umanità e innovazione. Il progetto di riqualificazione rappresenta un passo decisivo verso una Bre-

scia sempre più europea ("la tua città europea"), dove organizzazione, efficienza e centralità del paziente sono i prerequisiti per la definizione dell'eccellenza.

Gli Spedali Civili col nuovo progetto ambiscono a continuare e sviluppare ulteriormente il ruolo di polo di tecnologia avanzata, sicurezza, sostenibilità e ricerca. Un luogo per evitare la fuga e in grado invece di attrarre giovani talenti e promuovere lo sviluppo scientifico.

Nonostante l'elevata qualità delle cure garantite, grazie alla professionalità del personale e a tec-

“È essenziale che la riqualificazione dell'ospedale permetta non solo di affrontare le urgenze quotidiane, ma anche le sfide poste da una società in evoluzione.

nologie moderne, la struttura attuale è in buona parte superata. È fondamentale trovare le risorse pubbliche necessarie per un intervento non più rimandabile.

La ristrutturazione risponde concretamente ai bisogni del territorio, assicurando accessibilità e qualità delle cure per tutti.

È essenziale che la riqualificazione dell'ospedale permetta non solo di affrontare le urgenze quotidiane, ma anche le sfide poste da una società in evoluzione, con l'aumento delle cronicità e la crescente diversità multietnica della popolazione: realizzare una struttura capace di rispondere alle esigenze di oggi e di anticipare quelle di domani. Gli Spedali Civili rinnovati possono continuare ad essere esempio di sanità pubblica d'eccellenza, un simbolo di speranza per la nostra comunità.

La pandemia ha messo a dura



prova il sistema sanitario, ma ha anche mostrato la dedizione straordinaria del personale, spesso sottoposto a carichi insostenibili. È compito della comunità garantire luoghi di cura adeguati, sicuri ed efficienti.

Nonostante le difficoltà a livello nazionale, tra tagli e promesse disattese, Brescia ha dimostrato che un impegno concreto e condiviso può fare la differenza. La riqualificazione del Civile è una promessa mantenuta: garantire a tutti cure tempestive, inclusive e di qualità.

Si è costituito un gruppo di lavoro con Regione, Provincia, ATS,

Università e ASST, che seguirà attentamente ogni fase del progetto: si vuole essere presenti, attenti e determinati, per evitare ritardi e assicurare risultati concreti.

Brescia merita il meglio. Chiunque arrivi in città per curarsi deve trovare un sistema sanitario all'altezza. Siamo certi che il nuovo ospedale sarà non solo più moderno ed efficiente, ma rafforzerà anche quel senso di appartenenza che rende Brescia una città speciale, pronta a diventare un modello per tutta Italia e per l'Europa: un luogo dove innovazione e umanità vanno di pari passo.

I medici

Nell'ospedale che verrà spazio alla ricerca clinica e a modalità di cura orientate al paziente

Giuseppe Rossi

Ematologo, già direttore U.O. Ematologia degli Spedali Civili di Brescia

La prospettiva da cui cerco di contribuire al dibattito sul nuovo ospedale deriva dall'aver diretto un reparto di alta specializzazio-

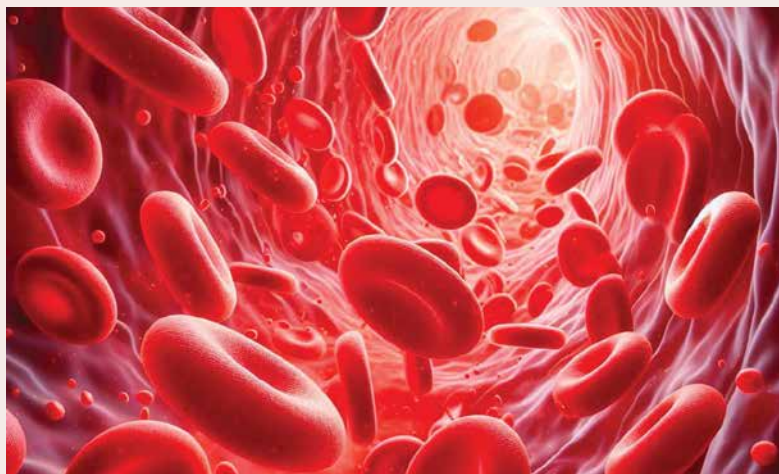
ne quale l'Ematologia, unico riferimento per tutta la provincia di Brescia, oltre che il Dipartimento di Oncologia.

Grazie ai progressi terapeutici, l'Ematologia si è trasformata in una specialità con un elevato numero di pazienti da gestire in regime di ricovero, in DH/ambulatorio ma anche a livello territoriale. Questo ha portato a raddoppiare degenze e Day Hospital, ad avviare DH ematologici in provincia e collaborazioni con i medici di medicina generale, interventi resi possibili grazie anche agli importanti inve-

stimenti fatti da realtà esterne, in particolare da AIL Brescia.

Nel *rendering* della ristrutturazione degli Spedali Civili figura un “Cancer center” situato nei bracci verso nord est del vecchio ospedale attualmente sede dei reparti di Medicina, Radioterapia e Trapianto di Midollo, secondo **una moderna suddivisione degli spazi per “intensità di cura”** condivisi da più Unità Operative. Ciò avrà certamente il pregio di rendere più duttile l'utilizzo dei posti letto ponendo fine, spero, all'attuale fenomeno del ricovero di pazienti in “sovrannumero” in unità operative diverse da quella di pertinenza. **Mi chiedo tuttavia cosa sarà dei reparti di Ematologia non inclusi nei nuovi spazi, l'ultimo dei quali costruito con fondi AIL, dotato di sofisticate attrezzature e inaugurato poco più di un anno fa.** Si imporrà una riflessione sull'opportunità di ricollocarli in altre sedi.

Va altresì sottolineato che dal punto di vista tecnologico, gli avanzamenti nei settori oncologici non derivano tanto da innovazioni strutturali quanto dall'introduzione di nuovi farmaci e prodotti cellulari. Quindi, nell'ospedale del futuro le “Clinical Trial Units” di reparto dovranno essere potenziate e dotate di spazi adeguati dove medici, *data manager*, coordinatori, infermieri di ricerca possano dedicarsi a un'attività di ricerca clinica che in Ematologia abbiamo iniziato spontaneamente da oltre 15 anni e che ha consentito di offrire ai nostri pazienti nuovi farmaci di dimostrata efficacia con un anticipo medio di 3,5 anni rispetto alla loro disponibilità con il SSN, e con significativi risparmi. Ad essa dovrebbe essere affiancata anche una costante attività di controllo sugli esiti delle nostre cure: è importante sapere quanti pazienti abbiamo guarito, o quanti a prezzo di effetti col-



“ **Nell'ospedale del futuro le “Clinical Trial Units” di reparto dovranno essere potenziate e dotate di spazi adeguati.**

lateralmente eccessivi, per un'attività clinica sempre più efficace. Non mi è chiaro dove verranno collocati gli spazi destinati all'attività ematologica svolta in *Day Hospital* - attualmente al Satellite che verrà demolito - dove viene gestita la maggioranza dei nostri pazienti. Anche i nuovi spazi potranno essere condivisi fra diverse Unità Operative, guadagnando in duttilità. Ma nell'ospedale del futuro dovranno essere **pensati anche spazi per altre attività** che ormai sono diventate fondamentali per una moderna modalità di cura orientata al paziente e ai suoi *caregiver*. Mi riferisco alle attività di accoglienza, ricreative, di informazione e orientamento sui numerosi problemi logistici, socio sanitari e legislativi che affliggono i pazienti, aggiungendosi alle preoccupazioni legate alla malattia, oltre che al supporto psicologico, ormai irrinunciabile per migliorare la loro qualità di vita. Sarebbero necessari anche spazi per l'evasione delle incombenze burocratiche da parte di figure intermedie adeguatamente

formate, in grado di liberare medici e infermieri da un carico di lavoro soffocante che oggi penalizza gravemente il rapporto con il paziente.

Esiste poi un aspetto ancora più importante, da privilegiare già ora e tanto più in un ospedale del futuro caratterizzato da una gestione multidisciplinare con unità funzionali trasversali (come le *Units Oncologiche* del “Comprehensive Cancer Center”). Ciò di cui il paziente ha bisogno durante il percorso di cura è soprattutto avere un punto di riferimento costante e univoco sia medico che infermieristico e gestionale, che va definito a priori e in modo trasparente. Da anni in Ematologia abbiamo creato un “front office” con due infermiere/*case manager* che filtrano e gestiscono tutte le richieste provenienti dai pazienti in terapia, ma anche da *caregiver* e medici curanti. Quegli stessi medici che diventano poi il punto di riferimento del paziente quando questo ha completato la fase di trattamento ospedaliero, secondo percorsi condivisi che garantiscono una cerniera efficace fra la medicina specialistica e quella territoriale, con l'obiettivo di far viaggiare le informazioni più che i pazienti, dando loro sempre la sicurezza di un riferimento adeguato. ■

L'età evolutiva

Un ospedale a misura di bambino

Mauro Ricca

Direttore Sanitario Casa di Cura "Domus Salutis" – Brescia

già Direttore Medico "Ospedale dei Bambini" – ASST Spedali Civili di Brescia

L'ospedale pediatrico è una struttura destinata unicamente all'assistenza sanitaria in età infantile e adolescenziale, specializzato nella cura delle malattie dell'infanzia e della crescita.

Un po' di storia

Oggi sembra un fatto acquisito, ma la storia di queste strutture sanitarie dedicate all'età evolutiva vede il suo nascere nel '700. Nel 1769, infatti, George Armstrong aprì un rudimentale ambulatorio pediatrico il 24 aprile a Londra, chiamato *Dispensary for the Infant Poor*. Un percorso simile venne intrapreso nel 1787 dal dottor Joseph J. Mastalier che fondò a Vienna un primo istituto pubblico per bambini malati. Il 1778 vede la nascita del primo ospedale pediatrico mai costruito al mondo, in pieno cen-

tro di Parigi, l'ospedale Necker, affiliato all'Università Paris-Cité. Venendo quasi ai nostri giorni, e nel nostro territorio, il 27 agosto 1900 il Consiglio Comunale della città di Brescia deliberava la nascita di una nuova istituzione di beneficenza da intitolarsi al re Umberto I e da destinare alla "... cura dei bambini dai 2 ai 7 anni, poveri d'ambo i sessi della città e della provincia, ammalati di malattie acute, mediche e chirurgiche ...".

La prima sede dell'Ospedale dei Bambini, dotata di 14 posti letto, fu ricavata dai locali di un reparto degli Spedali Civili, al tempo collocati nell'antica sede dell'ex convento di San Domenico in via Moretto in pieno centro città, ma la crescita dell'istituzione, già comunque titolare di una specifica, propria identità, richie-

se presto di adottare il dismesso "ospedale dei rachitici", sito nella contigua via Vittorio Emanuele II, quale nuova e autonoma sede di attività. Negli anni '30 l'*Ospedalino cittadino* grazie al generoso lascito della Contessa Nava-Contrini, veniva trasferito in parte al Ronchettino. Negli anni '70 emergeva l'evidenza della non adeguatezza delle sedi storiche e venne definito di trasferire l'Ospedale dei Bambini all'interno degli Spedali Civili.

La vocazione della cura ai bambini e adolescenti del nostro territorio prende inizio perciò dalla necessità di curare le malattie pediatriche soprattutto dei bambini in condizioni sociali svantaggiate, attraverso un percorso anche geografico di collocazione di queste cure in vari ambienti ospedalieri della città, per arrivare a vedere la propria attività svilupparsi in ambito universitario, accreditarsi come Ospedale Pediatrico *Joint Commission International* (JCI), accreditarsi con *standard* JACIE per il trapianto di midollo osseo ed a confrontarsi con i migliori ospedali italiani nell'ambito dell'Associazione degli Ospedali Pediatrici Italiani (AOPI) com'è ai nostri giorni.

Perché è importante un ospedale pediatrico a Brescia?

Le radici della nostra storia sono importanti da custodire e da continuare nello spirito civico e solidaristico di chi ha voluto farsi carico dei problemi e delle esigenze della comunità. È imperativo morale continuare la storia per cui l'Ospedale dei Bambini è nato. In questo senso, il nostro lavoro è chiamato non solo a custodire e **mantenere viva un'opera**, ma a **continuare un progetto** nel dialogo con il territorio secondo quattro direttrici:



“**Tempi, fisiologia, bisogni, funzionamento, reattività, caratteristiche, desideri, emozioni non sono quelle di un adulto e la struttura fisica e organizzativa per accogliere i piccoli pazienti deve tenere conto di questo.**”

- Servire l'area della Lombardia Orientale (province di Brescia, Cremona e Mantova) fungendo da riferimento di III livello.
- Promuovere un'azione scientifico – culturale che unisca clinica, ricerca e innovazione per rispondere al meglio ai bisogni attuali di salute della popolazione in età evolutiva, per garantire cure sanitarie di qualità per una salute globale dei bambini e un sostegno alla loro famiglia.
- Farsi carico e cercare soluzioni per il problema della cronicità pediatrica, della medicina dell'età di transizione verso l'età adulta dei bambini cronici, della medicina di comunità utilizzando le soluzioni tecnologiche della telemedicina e dei supporti informatici che oggi esistono.
- Promuovere e sensibilizzare rispetto alla natura delle cure pediatriche che necessitano non solo di altissimi livelli scientifici ma anche di ambienti, modalità, approcci, soluzioni organizzative e assistenziali che siano consone alla vita dei bambini e della famiglia, al loro vissuto, alla loro necessità di benessere, di bellezza, di fantasia, di cura emotiva ed affettiva.

Una sottolineatura altrettanto importante è la necessità che l'ospedale pediatrico rimanga un'entità ben definita, autonoma rispetto al presidio per adulti, non ridot-

ta ad un possibile dipartimento dell'ASST Spedali Civili. Il senso di questa affermazione perentoria è presto inteso se pensiamo all'ospedale come ad un corpo dotato di propria anatomia. Il corpo dei bambini non è paragonabile e assimilabile al corpo di un adulto. Tempi, fisiologia, bisogni, funzionamento, reattività, caratteristiche, desideri, emozioni non sono quelle di un adulto e la struttura fisica e organizzativa per accogliere i piccoli pazienti deve tenere conto di questo. In più è necessario affermare il rispetto dei diritti del bambino in ospedale; tali diritti non sono pienamente applicati in maniera equa e omogenea sul territorio nazionale, soprattutto negli ospedali generali che non hanno uno specifico indirizzo pediatrico.

I temi d'ispirazione

Questo il presente: un ospedale pediatrico che deve avere coscienza delle proprie origini ed essere radicato oggi con tutte le implicanze culturali, sociali e scientifiche che questo comporta. Ma una realtà viva è necessario che si proietti, nello stesso tempo, verso il futuro, possibilmente anticipandolo. **Grandi temi devono ispirare la nuova governance clinica e la gestione organizzativa e strategica dell'ospedale pediatrico.** Ne cito alcuni, senza avere la presunzione di poterli trattare in questo breve spazio, ma proponendo gli argomenti per un possibile ulteriore approfondimento con chi governa pienamente la materia:

- L'importanza della **genetica** nella fase pre-natale, in

grado di valutare i possibili rischi riproduttivi familiari; la fase post-natale legata alla individuazione precoce delle sindromi genetiche e delle possibili terapie geniche correttive o sostitutive. L'attività di genetica molecolare associata alla genomica è in grado di comprendere e definire malattie rare, oggi orfane di diagnosi e cura.

- La **medicina di precisione e personalizzata:** le variabili individuali, genetiche, ambientali, gli stili di vita, supportata anche dall'I.A.
- La **medicina rigenerativa:** in grado di guardare al futuro, in grado di riparare, rigenerare o sostituendo tessuti o organi danneggiati a seguito di malattie, traumi o congeniti.
- La **multidisciplinarietà, multiprofessionalità** e il lavoro in team.
- La **flessibilità** organizzativa e strutturale di un ospedale pediatrico.
- L'**organizzazione per intensità e complessità di cura**, la presa in carico per percorsi di cura territorio/ospedale/territorio.

Come ho scritto poc'anzi, sono solo alcuni dei temi che nel prossimo futuro l'ospedale pediatrico deve cogliere e concretizzare per il bene dei piccoli pazienti e delle loro famiglie, temi che potrebbero essere ripresi e approfonditi, su queste pagine, da chi già per sensibilità, passione, ricerca e studio conosce e pratica. Potrebbe essere la sfida culturale da offrire perché il nostro Ospedale dei Bambini evolva e proceda nel percorso verso il futuro della città.

Il pensiero di genere

Un ospedale a misura di donna

Annalisa Voltolini

Vicepresidente Ordine dei Medici di Brescia, coordinatrice Commissione Medicina Genere Specifica

Ai progettisti del Nuovo Ospedale, spero uomini e donne, mi sento di suggerire una progettazione partecipata, che ascolti le esigenze di utenti e cittadini, ma soprattutto ricerchi il coinvolgimento attivo nel percorso decisionale iniziale di chi è parte integrante dell'attività che sarà svolta nell'edificio e cioè il personale medico e infermieristico. Sentire il punto di vista di sanitari e utenti significa progettare con gli occhi di chi poi utilizzerà la struttura e sappiamo che le donne sono la maggioranza, sia come operatrici che come utenti, pazienti e *care giver*; di qui la necessità che la progettazione abbia anche uno sguardo e un pensiero di genere.

“**In ospedale le donne sono la maggioranza, come operatrici, utenti, pazienti e *care giver*, da qui la necessità che la progettazione abbia anche uno sguardo e un pensiero di genere.**”

Gli aspetti di tipo qualitativo delle costruzioni come le forme dello spazio, l'uso dei colori e della luce naturale, l'inserimento del verde e dell'arte negli ambienti, la qualità delle viste verso l'esterno, cioè le grandi vetrate, hanno grande influenza sul benessere e sulla salute della persona, ma anche sulla sicurezza: i corridoi bui, i piccoli spazi chiusi, gli ascensori di fronte alle porte di accesso dall'esterno, ad esempio, creano

insicurezza e timore nel personale femminile che si muove in ospedale, soprattutto durante il turno di notte. Illuminazione appropriata, telecamere di videosorveglianza, campanelli e sistemi di invio di SOS alle pareti e altre tecnologie innovative di sicurezza e allarme potrebbero essere di aiuto. Questa attenzione al rapporto fra spazio e persona significa passare da un'architettura "di cura" a un'architettura "che cura".

Grazie alla bioedilizia e alla bioarchitettura possiamo costruire in modo più salubre in termini di materiali e di tecniche ecosostenibili, mentre il design biofilico è attento alle relazioni emotive fra gli individui e lo spazio. Tinte rilassanti alle pareti, temperature confortevoli, angoli con verde e piante aromatiche, il gorgoglio dell'acqua di una fontana creano atmosfere positive che attivano reazioni positive, utili in momenti di particolare stress, come in Pronto soccorso, riducendo l'aggressività degli utenti sul personale, vittime più spesso le donne. Ma anche aree di relax per il personale, "zone cuscinetto" dove gestire lo stress e prevenire il *burnout*,

spazi tranquilli ed accoglienti dove riposare e scambiarsi esperienze, con diffusione di suoni e aromi naturali, o piccoli giardini con panchine.

E ancora percorsi vita, sentieri attrezzati intorno all'area ospedaliera per attività motoria e gruppi di cammino a fine turno. Siano previsti dei parcheggi non sotterranei, ben illuminati e con videosorveglianza, riservati al personale femminile turnista. Per favorire la conciliazione lavoro-famiglia l'Ospedale dovrebbe offrire un **asilo nido interno**, centrale e possibilmente visibile dalla maggior parte dei reparti/ambulatori per uno sguardo rasserenante delle neomamme, ma anche dei papà, con orari flessibili e compatibili con i turni e rette agevolate. Utili, inoltre, un **minimarket** per acquisti veloci ed un servizio di lavanderia/stireria interni e facilmente raggiungibili. Servizi indispensabili sono poi la **biblioteca** che deve avere dimensioni adeguate, il bar con piccola edicola e la mensa che, oltre alle caratteristiche strutturali qualitative già accennate per gli spazi, dovrebbe servire cibi di qualità per evitare insoddisfazione e disapprovazione del personale, con offerte stagionali di cibo ben cucinato che soddisfi le diverse esigenze e sia gratificante. Spesso carenti nei vecchi ospedali sono i servizi igienici per il personale e le/gli utenti.



L'ospedalità privata accreditata e l'integrazione dei servizi con il pubblico alla luce di un'esperienza personale

Claudio Cuccia

già Responsabile dell'Unità di Terapia Intensiva Cardiologica degli Spedali Civili, Direttore del Dipartimento Cardiovascolare della Fondazione Poliambulanza, Presidente del Gruppo di studio nazionale ATBV (Aterosclerosi, Trombosi e Biologia Vascolare)

Mentre sabato 2 luglio del 2005 ancora svolgevo il ruolo di medico in un ospedale pubblico, bastò attendere il lunedì dello stesso mese per ritrovarmi a operare in un ospedale privato. Stessa nazione, stessa regione, la medesima città, un altro ospedale. La prima impressione fu che, evitando la cosiddetta tangenziale ovest, mi fosse più facile giungere nel nuovo ospedale di quanto non mi costasse per il vecchio. Per il resto, nient'altro, se non il ruolo diverso e la speranza di far bene. Conoscevo le persone del nuovo ospedale, i medici erano capaci e cortesi, assumevo una responsabilità nuova in un luogo simile al primo, avevo ben vagliato i pro e i contro del prima e del poi e mi sentivo sereno per la scelta fatta. Quindi, luoghi diversi, uno forse più comodo dell'altro, ma medesimo destino. Lo credevo fin quando incontrai un amico, un medico di cui ho stima, che anziché dirmi "Ehilà, come va?" oppure "Auguri per il nuovo impegno", insomma, gentilezze del genere, lui che fa? Anzi, che dice? Sbotta in un cristallino "Allora, anche tu hai tradito il pubblico per il privato?"

Quale fosse il senso di colpa che mi colse all'istante non so spiegarlo, certo è che rimasi colpito dalle parole di un amico, che accostava me all'idea di un non so quale tradimento. Tradire è parola grossa, è facile intuirlo, si compone di un miscuglio di perfidia, falsità e cattiveria, per non dire del ladrocinio e dell'inganno, sentimenti che non erano cer-

to i miei. **"Pensavo di essermi solo spostato da un ospedale all'altro, caro D."** risposi infastidito, e non da lui, ma dal peso di una colpa non commessa. L'idea che pubblico e privato celassero insidie che non avevo colto mi trovò impreparato, **io avevo in mente nient'altro che continuare a far bene il mio mestiere**, un mestiere di lusso, eppure...

Decidere di lasciare l'ospedale che mi aveva accolto e cresciuto con tanta benevolenza non era stato facile, ma mai avevo pensato che un conto fosse lavorare nel pubblico, un conto nel privato. Mi è stato insegnato che il distinguo, nelle cose, e per la persona che le vive, vada fatto tra il buono e il cattivo, l'onesto e il disonesto, magari il bello e il brutto, e non tra un ospedale che è pubblico e un altro che è privato, (laddove, ben inteso, l'accesso dei pazienti sia garantito in ugual modo e il padrone – vecchio termine, a indicare chi sgancia la grana – sia lo stesso, per l'uno, il pubblico, e per l'altro, il privato). Magari si potrebbe differenziare un privato che vuol far profitto da un ospedale che ha altri obiettivi che non quelli di dar soddisfazione agli azionisti – mi è stato spiegato che questa è la differenza tra il 'privato *profit*' e il 'privato *no profit*' -. È forse questo l'obiettivo dei medici che lavorano negli ospedali *profit*? Certo che no!

Immagino che le istanze dell'etica professionale, quel moto dell'animo che spinge a chiederti per-



ché hai deciso di curare una persona che soffre, siano le stesse, ovunque si lavori, a prescindere da chi amministra la struttura che ti ospita. E questo rimane il pensiero che mi guida nell'espone quale **integrazione** dovrebbe esistere **tra pubblico e privato**, soprattutto quando la domanda viene posta dall'Ordine dei Medici, che ha come compito quello di sorvegliare che i propri iscritti non oltrepassino **i confini dettati dall'etica della professione**.

A dire il vero, la collaborazione tra le due categorie di ospedali, quel *cum laborare* che incoraggia a lavorare insieme, è stata, nella mia esperienza, un piccolo fallimento, tanto più stupefacente, quanto più si pensa che, come detto, chi garantisce le risorse è lo stesso per i due settori. Certo, un po' di concorrenza (*cum + currere*) si augura anche nelle migliori famiglie, correre insieme, magari l'uno a far 'da lepre' all'altro, è salutare: **chi ama il ciclismo sa come il gruppo la faccia sempre in barba al singolo fuggitivo**; il monopolio (*mònos + polein*, vendere da soli) rende invece pesante il cammino di entrambi, dal *cum laborare* si passa all'idea che 'un prodotto' debba essere dell'uno e non dell'altro, incuranti della buona gestione delle comuni risorse. E così fu, per esempio, quando si tentò (per legge regionale!) di organizzare una rete di intervento – nel mio caso la rete *hub and spoke* dell'infarto cosiddetto STEMI – che destinava il paziente all'ospedale più vicino, privato o pubblico che esso fosse, a patto che potesse operare nel migliore dei modi.

Concorrenti, non avversari, oppure avversari, ma non nemici, ecco come dovrebbero sentirsi gli ospedali pubblici e i privati. Anzi, meglio, **i medici del pubblico e i medici del privato**. Perché così

va letto il problema: negli anni del programma di *hub and spoke* per la cura dell'infarto, la collaborazione si dimostrò virtuosa in alcune aree e pessima in altre, e **furono le persone** – ripeto, le persone, i medici – **e non la tipologia dell'ospedale** a fare la differenza, persone che si mostrarono smaniose di apparire le migliori nel trattare la malattia, ma furono le peggiori nel prendersi cura di chi della malattia stava soffrendo.

La mancata collaborazione tra gli ospedali è in gran parte la causa della spesa che i cittadini sostengono per curarsi: 960 milioni di euro quelli spesi dai bresciani nel 2023 (fonte Anna Della Moretta, GdB 23.2.24), più del doppio di quanto non abbiano speso sei anni prima e, temo, meno di quanti ne sborseranno in futuro. E questo 'prelievo' è tutto, o in buona parte, causato dal fatto di non correre insieme, organizzati 'a dovere', integrati, magari con compiti diversi, ma ben concordati. **Pubblico e privato, se concorrenti e non avversari, sono una risorsa**, lo si è dimostrato nel dramma dei mesi del COVID, dove l'integrazione si è imposta da sola e la solidarietà tra i medici – pubblico? privato? che differenza faceva? – fu tale da porre argine alla pandemia e da mostrare quale fosse il privilegio della nostra professione. Pubblico e privato sono realtà da cui non si potrà prescindere, così come mai si potrà rinunciare al medico, quello serio e competente, il medico che pone il paziente al centro dell'attenzione, garantendo che la prestazione sia appropriata, e lo faccia senza appropriarsi di lui, del paziente, che giunga in un ospedale pubblico o in uno privato.

Un medico che, novello Bartleby, sappia anche dire «Preferisco di no» alle richieste che contrastino con un lavoro il cui pregio sta nella bontà d'animo e nell'onestà dell'agire.

«Bisognava soltanto cominciare a camminare in avanti, nelle tenebre, un po' alla cieca, e tentar di fare del bene» racconta il dottor Bernard Rieux, il protagonista de *La peste*. E cos'altro potrà servire oggi, per integrare i servizi e **tentar di fare del bene?** Basterà un occhio onesto, la mente di una persona perbene, **uno tra i tanti decisori pubblici che disponga** come organizzare le cose e **sorvegli** quali siano la qualità e l'appropriatezza delle prestazioni erogate, ovunque esse si svolgano, in un ospedale pubblico o in uno privato, *profit o no profit* che sia. Può farlo, è lui che paga, ne ha il diritto e se ne deve assumere la responsabilità, senza scordare che **è giunta l'ora di rivolgere lo sguardo altrove, al 'territorio', che da troppo tempo ormai è lasciato solo**, e aspetta con colpevole pazienza.

Quale ruolo per la medicina generale?

Angelo Rossi

Medico di Medicina Generale in Leno (BS)

Segretario FIMMG Brescia

La professione di Medico di Medicina Generale (MMG) in Italia si poggia su due pilastri fondanti: il rapporto medico-paziente, lo status giuridico di libero professionista convenzionato con il SSN.

Il rapporto medico-paziente è basato sulla scelta diretta del Medico da parte dell'assistito e questo genera un rapporto diretto e continuativo che è anche il fondamento della possibilità del Medico di "governare" i percorsi; esso è basato sulla fiducia che il paziente ha nel proprio MMG come garante delle decisioni sulla propria salute.

Lo status giuridico di libero professionista permette allo Stato di affidare, tramite un accordo collettivo nazionale (ACN), a un Medico che esercita una professione liberale, la gestione di fette dell'attività territoriale in regime di para-subordinazione con il Sistema stesso.

Entrambi i pilastri con il tempo hanno mostrato delle incrinature e la necessità di apportare correttivi. La riforma più significativa per quanto riguarda le cure primarie è stata tentata nel 2012 con la legge Balduzzi.

L'articolo 1 prevede la creazione di aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e unità complesse di cure primarie (UCCP). Per i medici di medicina generale, inoltre, viene istituito un ruolo unico, disciplinato dalla convenzione nazionale, di fatto verrebbe abolita la guardia medica e tutti i Medici di Cure Primarie farebbero parte dello stesso comparto.

Non serve dire che nella gran parte delle Regioni **la legge Balduzzi è rimasta lettera morta** o applicata in modo "formale" **per un decennio**.



Alcuni elementi hanno fatto in modo che fosse "riscoperta": il pensionamento di buona parte dei professionisti, la pandemia di COVID - 19, il PNRR.

Che dal 2018 la "gobba pensionistica" avrebbe cominciato a far sentire il suo peso anche sulla popolazione dei MMG, che si sarebbe raggiunto l'apice dei pensionamenti nel 2023-2024 e quindi sarebbero stati necessari dei correttivi, era stato segnalato dalle OOSS a tutti i livelli politici.

Il numero di borse stanziate per i corsi Regionali è così progressivamente aumentato, ma **nel 2024 i partecipanti al concorso nazionale sono stati inferiori ai posti disponibili, specialmente in Lombardia (-45%) a segnalare una scarsa attrattività della professione.**

Stante i progressivi pensionamenti il D.L. del 14 dicembre 2018 ha introdotto la possibilità per i medici che frequentano il corso di formazione specifica

“ Nel 2024 i partecipanti al concorso nazionale sono stati inferiori ai posti disponibili, -45% in Lombardia: segnale di una scarsa attrattività della professione.

in medicina generale di partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali (cd. “Ambiti carenti”). Altri provvedimenti come l'innalzamento dell'età pensionabile a 72 anni, deroghe sull'aumento del massimale, e possibilità per gli iscritti al Corso di Formazione di acquisire sino a 1.500 assistiti dal terzo anno di corso, sono tutti tentativi per tamponare una situazione che si stava facendo ogni giorno più drammatica.

Nel 2020 la pandemia da COVID-19 ha messo in risalto i guasti di una gestione disomogenea del territorio, con le cure primarie lasciate “sole” specialmente in sistemi in cui i distretti erano in virtuale “dismissione”.

A seguito delle problematiche evidenziate è stato promulgato il DM 77, parte del PNRR e sono stati firmati dalle OOSS due ACN che hanno ripreso la Legge Balduzzi.

Nel frattempo per alcuni politici, supportati da parte della stampa, il passaggio del MMG alla dipendenza è parsa sembrare una rapida scorciatoia per far fare ai MMG quello che “serve” e con un carico orario maggiore rispetto a quanto previsto dall'ACN; fatta la tara del fatto che bisogna che i professionisti ci siano, sul territorio, per renderli dipendenti, rimane il fatto che trasformare il MMG in un medico dipendente significherebbe annientare il rapporto fiduciario con i pazienti, aumenterebbe senz'altro i conflitti e ridurrebbe l'attrattività della professione. La supposizione che da dipendenti si dovrebbe passare più ore in studio rispetto a quanto previsto dalla convenzione potrebbe essere facilmente smentita dall'attività reale certificata dalla connessione ai sistemi informativi regionali (quando funzionano).

Intanto, la politica propone la dipendenza dei medici di famiglia come soluzione, senza alcuna valutazione d'impatto economico, contributivo, organizzativo e professionale.

Per attuare la riforma dell'assistenza territoriale prevista dal PNRR (Case di Comunità, Ospedali di Comunità, assistenza domiciliare, telemedicina, in-

fermieri di famiglia, farmacie dei servizi), si punta quindi su un cambiamento radicale per colmare la carenza di medici di famiglia attraverso varie forme di innovazione organizzativo-gestionale: cambio di status, inserimento di nuove figure professionali, farmacie dei servizi e varie forme di *task shifting*.

Ovviamente per raggiungere gli obiettivi del PNRR per le Regioni è cruciale che i MMG partecipino all'attività delle Case di Comunità anche se si sa bene che, se tutta l'attività di Medicina Primaria si concentrasse nelle CDC significherebbe spopolare ulteriormente il territorio. Per popolare i territori periferici basterebbe quindi lavorare su accordi incentivanti e integrazione (senz'altro più utili degli ordini di servizio).

D'altro canto, per popolare le Case di Comunità non servirebbe cambiare “status” giuridico ai MMG; infatti, il MAP in base al numero di assistiti in carico, dovrà effettuare un certo numero di ore in attività di cure primarie, ma per attività concordate e utili (vaccinazioni, continuità assistenziale diurna) presso distretti e Case di Comunità *hub e/o spoke*. Sul contenuto delle attività si è aperta solo ora la contrattazione regionale, senza contenuti le CDC rimangono solo dei muri per i MMG.

D'altro canto l'effettiva implementazione delle AFT e degli obiettivi di governance clinica per il gruppo di MMG che le costituiscono, l'utilizzo delle forme associative avanzate come *spoke* delle Case di Comunità *hub*, la messa in rete efficace dei dati e del *patient summary*, case di comunità a supporto dei pazienti e dei MMG, l'integrazione delle figure operative sono solo alcuni degli strumenti gestionali, previsti anche dagli ultimi ACN, per cercare di traghettare le Cure Primarie attraverso questo difficile momento.

I MMG per primi hanno capito che, per quanto liberi professionisti, o proprio in quanto liberi professionisti, non possono lavorare da soli. ■

“ La politica propone la dipendenza dei medici di famiglia come soluzione, senza alcuna valutazione d'impatto economico, contributivo, organizzativo e professionale.

Intervista a **Enrico Burato**,
Direttore Socio Sanitario ASST Spedali Civili di Brescia

Le Case della Comunità: una sfida culturale

a cura di **Lisa Cesco**, giornalista

L'invecchiamento della popolazione, il calo delle nascite, l'incremento delle patologie croniche e l'aumento delle fragilità pongono nuove domande. La risposta a questi bisogni, che sono mutati nel tempo, passa dal rafforzamento della medicina territoriale, e da una nuova visione.

Ne è convinto il dottor Enrico Burato, direttore socio sanitario dell'ASST Spedali Civili di Brescia, che individua nelle Case della Comunità le nuove articolazioni territoriali per rispondere alle nuove domande di salute. «Si tratta – spiega – di orientare il sistema da una logica di singole prestazioni da erogare, a quella di una presa in carico complessiva, che integri aspetti sanitari, sociosanitari e sociali».

Dottor Burato, le Case della Comunità vengono identificate come un passaggio indispensabile per rilanciare la medicina del territorio. Quali sono i benefici attesi?

Lo sviluppo della medicina del territorio va nella logica della sostenibilità del Servizio sanitario nazionale, perché privilegia un approccio di prossimità e di gestione a domicilio del paziente. Diversamente, la centralizzazione delle risposte nell'ospedale rischia di far saltare l'intero sistema, perché comporta costi non più sostenibili. Questo aspetto è strettamente connesso a quello del benessere della persona: incentivare l'appropriatezza, assicurando la prestazione giusta per ogni paziente, e ridurre nel tempo l'impatto sull'ospedale, trattando patologie e fragilità nel contesto di vita della persona ed evitando ingressi inutili in ambito ospedaliero, porta a migliorare la qualità di vita dei cittadini.

Come sono organizzate le Case della Comunità?

Enrico Burato (nella foto) è laureato in Scienze delle Professioni Sanitarie della Prevenzione. Dopo aver prestato servizio presso l'ASST di Mantova, da gennaio 2024 è direttore Socio Sanitario dell'ASST Spedali Civili di Brescia.



La sfida è lavorare insieme su complessità che chiamano in causa ambiti e attori diversi, affiancando al settore sanitario quello sociale con il coinvolgimento di Ambiti territoriali ed enti locali, ma anche il mondo dell'associazionismo e il Terzo settore.

Medici di medicina generale, specialisti, assistenti sociali, infermieri di famiglia e comunità: le Case diventano un punto di incontro dove i diversi attori possono trovare strumenti facilitanti. Case e Ospedali della Comunità sono inseriti nel Distretto. Il ruolo di regia è assunto dalla Centrale Operativa Territoriale (COT), che coordina le soluzioni multidisciplinari con i servizi e i professionisti coinvolti.

All'interno delle Case sono previsti ecografi, strumenti radiologici, punto prelievi e figure specialistiche: si lavora su piani individualizzati di cura, grazie ad agende dedicate per le prestazioni da riservare ai cronici. In quest'ultima partita vengono coinvolte anche le realtà sanitarie private accreditate del territorio,

che mettono a disposizione le proprie agende nell'ottica di un "sistema unico".

Da un lato il territorio per la gestione della cronicità, dall'altro l'ospedale per le acuzie e le emergenze: come dialogano questi due mondi?

La regia è unica, cambiano solo le gradazioni della presa in carico, che vede un primo livello distrettuale e domiciliare, un secondo divisionale e ambulatoriale, un terzo di ricovero ospedaliero. Attraverso i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) vengono condivisi fra ospedale e territorio i criteri clinici per la gestione delle diverse patologie croniche: siamo partiti con il diabete, concordando lo stesso percorso insieme alle ASST Franciacorta e Garda, e proseguiremo con patologie di tipo cardiologico, geriatrico (in ogni Distretto sarà presente un geriatra), neurologico, reumatologico, oncologico e molte altre.

Come Spedali Civili state lavorando per aumentare le ore di presenza degli specialisti ospedalieri nelle Case della Comunità: qual è l'obiettivo?

L'ospedale ha assunto più medici per metterli anche sul territorio: sono gli stessi che lavorano in reparto, perché chi va nelle Case della Comunità deve trovare "il Civile".

La Casa della Comunità non è un poliambulatorio territoriale, ma un luogo in cui le cure primarie e gli specialisti lavorano affiancati per una maggiore appropriatezza e una migliore presa in carico,

“ La sfida è lavorare insieme su complessità che chiamano in causa ambiti e attori diversi, affiancando al settore sanitario quello sociale.

“ La telemedicina sarà fondamentale per mantenere il paziente a casa, ma vicino a chi lo cura.

integrando anche altri *setting* di cura come l'assistenza domiciliare, e cercando di de-ospedalizzare il più possibile, in una logica di prossimità, prevenzione e riduzione delle complicanze.

Come si inserisce la telemedicina in questo disegno?

Sarà fondamentale per mantenere il paziente a casa, ma vicino a chi lo cura. È in via di sviluppo con Regione Lombardia la piattaforma telematica predisposta da Agenas, che grazie a un Sistema di gestione digitale del territorio consentirà di registrare da casa del paziente una serie di dati e informazioni necessarie per il monitoraggio a distanza, la teleassistenza e le visite da remoto. Già ora, nell'ambito diabetologico che sta facendo da apripista, è possibile registrare l'andamento della glicemia, che lo specialista valuta dalla sua postazione in ospedale, per dosare l'insulina in base alle reali esigenze del paziente. La telemedicina consente anche consulenze, tele-refertazioni cardiologiche, controlli a distanza per i soggetti con difficoltà a spostarsi da casa.

Che ruolo avranno i medici di medicina generale?

I medici di medicina generale sono e rimarranno il fulcro di tutto il sistema di presa in carico. Restano delle figure insostituibili, che vanno coinvolte in modo attivo. Oggi si discute di un loro possibile passaggio in regime di dipendenza rispetto alla libera professione; tuttavia, non credo che la tipologia di contratto sia la soluzione di tutti i problemi. Quello che è fondamentale è la loro presenza, perché le Case hanno senso se "abitate" da tutte le figure che devono concorrere alla gestione del paziente. Il medico di medicina generale rimarrà nel proprio ambulatorio, ma in futuro darà, si auspica, una collaborazione attiva anche nella Casa della Comunità per garantire una continuità nella presa in carico.

Anche gli Ospedali di Comunità aiuteranno nel percorso di de-ospedalizzazione?

Sì perché sono pensati per diminuire la necessità di ricoverare soggetti che non



presentano patologie acute, ma hanno comunque bisogno di un'assistenza sulle 24 ore e di un monitoraggio con esami di controllo proprio per evitare il ricovero in ospedale. Si tratta di un *setting* intermedio tra Casa della Comunità e ospedale, con una presenza medica più limitata, in forte sinergia con il medico di famiglia, e con un ruolo attivo della componente infermieristica. L'obiettivo è mantenere le persone il più possibile a domicilio, con vantaggi per loro e per il sistema.

Altro aspetto fondamentale è la transizione della persona dai diversi *setting* di cura. Per governare al meglio questo delicato passaggio la Centrale Operativa Territoriale (COT) dell'ospedale Civile svolgerà un indispensabile ruolo di regia, coordinando le ammissioni e dimissioni protette dei pazienti fragili, e agganciando il loro percorso alle COT del territorio.

Cambiare gli schemi non è mai facile, quali saranno le incognite del nuovo sistema?

Siamo di fronte a una grossa sfida, quella di una nuova medicina territoriale, che richiede un investimento non solo di risorse, ma innanzitutto culturale. Cambiare paradigma è un passaggio complesso, cui non siamo abituati come cittadini e utenti. Penso che porre pregiudizi non serva, meglio puntare alla concretezza, valutando l'utilità a medio termine del nuovo sistema.

Oltre alla presa in carico, un'altra vocazione delle Case della Comunità è la prevenzione.

Un aspetto fondamentale per ridurre l'incidenza delle patologie o per diagnosticarle precocemente, quando sono più facilmente curabili. D'intesa con ATS Brescia si condivide ogni anno un piano integrato locale per progettare interventi nelle Case della Comunità, come la promozione di corretti stili di vita (con il coinvolgimento di associazioni del territorio e gruppi di cammino) e il sostegno delle campagne di screening. Un altro servizio indispensabile nella prospettiva della prevenzione sono le vaccinazioni, per le quali le Case diverranno centro di

erogazione sul territorio.

Nell'ambito del Dipartimento Funzionale di Prevenzione è di recente stata istituita una funzione sulla promozione della salute con assistenti sanitari dedicati per sviluppare una progettazione ed attuazione di interventi sui 4 Distretti più standardizzata ed efficace.



Visual Generation Inc. - stock.adobe.com

Case della Comunità: i numeri sul territorio

Sono 25 le Case della Comunità previste sul territorio di ATS Brescia e poste in capo alle tre ASST (Franciacorta, Garda, Spedali Civili). Di queste quasi la metà – pari ad 11 – rientrano nella competenza dell'ASST Spedali Civili.

Le Case già attive degli Spedali Civili sono 6, mentre 5 sono in via di realizzazione. Fra le Case della Comunità operative ci sono quella di Ospitaletto - che funge da hub e rappresenta un laboratorio di buone pratiche da replicare come modello - e quella di Travagliato per l'ambito Ovest, quelle di Tavernole e di Nave per la Val Trompia (Nave è il primo esempio di Casa che accoglie gli studi dei medici di medicina generale che fanno medicina di gruppo, affiancati dagli infermieri di comunità). Per l'ambito Est è già operativa la Casa della Comunità di Flero, mentre su Brescia città dallo scorso 2 aprile è stata aperta la struttura di viale Duca degli Abruzzi.

Entro fine anno termineranno i lavori per la Casa della Comunità di Gardone Val Trompia, ora in ristrutturazione, per quelle di via Corsica e di via Marconi in città (quest'ultima avrà la vocazione di polo di radiologia territoriale per i cronici e i fragili, grazie alla disponibilità di Tac, risonanza magnetica, ecografi e mammografi). Per il prossimo giugno si concluderà la ristrutturazione della Casa della Comunità di Rezzato, mentre ci si proietta al 2026 per l'apertura della struttura di via Don Vender, con tempi più lunghi a causa dei vincoli posti dalla Soprintendenza.

Gli Ospedali di Comunità pubblici pianificati sul territorio di ATS Brescia sono 8. Presso l'Asst Spedali Civili sono previste 2 di queste strutture, una già attiva all'interno del presidio degli Spedali Civili di Brescia, in città, con 20 posti letto, e una in corso di ristrutturazione a Gardone Val Trompia, a fianco dell'ospedale.

La Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) bresciana

Un modello concreto e avanzato con prospettive ampie di integrazione con la medicina del territorio

Michele Fortis

Responsabile Cure Palliative Fondazione Teresa Camplani Domus Salutis Brescia

Coordinatore Dipartimento Interaziendale di Cure Palliative ATS Brescia

In questo articolo si intende tracciare come la realtà bresciana abbia voluto interpretare e concretizzare quanto previsto a livello regionale e nazionale per lo sviluppo della rete locale di cure palliative (CP). Si desidera dare evidenza di come il corpo organizzativo e la sinergia tra operatori coinvolti e tra enti erogatori, permetta di guardare ad ulteriori possibilità di sviluppo nel panorama regionale che sempre più punta sulla continuità ospedale-territorio.

Premessa

Dai riferimenti di letteratura costantemente aggiornati e censiti da Società Italiana di Cure Palliative (SICP) e Federazione Cure Palliative (FCP), si può inquadrare il tema come segue.

Le CP iniziano a diffondersi in Italia a metà degli anni '80 e si strutturano in modo significativo nei primi anni 2000 per rispondere alle esigenze del malato oncologico in fase terminale di malattia. Il modello organizzativo di riferimento è l'esperienza anglosassone basata sui programmi *Hospice* (*hospice programs*), intesi come servizi specialistici di tipo residenziale e domiciliare.

Negli ultimi vent'anni il panorama epidemiologico è radicalmente cambiato, il decorso delle malattie oncologiche è sempre più prolungato, patologie neurologiche e demenze sono in crescita ed emergono più chiari bisogni di CP per molte altre patologie.

In modo sempre più evidente **la letteratura stima un bisogno potenziale di cure palliative (CP) decisamente elevato, con una prevalenza dell'1-1,4% dell'intera popolazione e un'incidenza che si attesta tra il 70 e l'82% di tutti i deceduti**. Contestualmente si stanno sviluppando strumenti validati, finalizzati ad una sempre più approfondita lettura della complessità clinica e assistenziale del malato e del nucleo familiare.

In conseguenza dell'evoluzione epidemiologica e della progressiva diffusione della cultura delle CP, nuovi modelli organizzativi e strumenti operativi si affacciano sul panorama nazionale e internazionale; alcune regioni italiane si avviano a sperimentare modelli sempre più strutturati in attuazione della Legge 38/10.

I modelli più efficaci, che ambiscono ad assicurare le necessarie CP per una pluralità di patologie,

per una ampia parte del decorso e in ogni luogo di cura, sono caratterizzati dai seguenti processi organizzativi:

1. una differenziazione di *setting* e ambiti di erogazione delle cure caratterizzati da livelli di intensità assistenziale e case mix professionale collegati ai differenti livelli di complessità dei bisogni;
2. l'implementazione di Reti regionali e locali di cure palliative (rispettivamente, RRCP e RLCP) e dotate di strutture di coordinamento capaci di integrare i nodi e gli attori del percorso di cura in tutte le fasi. Le Reti devono promuovere l'identificazione precoce dei malati, la valutazione dei bisogni, l'accesso a CP di qualità nel *setting* più idoneo e appropriato.

È possibile che il percorso di malattia comporti una bassa complessità dei bisogni fino al decesso del malato o che il decorso segua andamenti fluttuanti in corrispondenza di fasi di scompenso, acutizzazione dei sintomi o temporanee situazioni di fragilità o difficoltà familiare e/o sociale. Solitamente la complessità aumenta con il progredire della malattia e ciò comporta la necessità di periodiche rivalutazioni globali cui corrisponde un progressivo adeguamento del livello di intensità delle cure, del *setting* e delle professionalità coinvolte con un per-

corso dai livelli più bassi a quelli più alti della piramide.

Si condivide che a livello di cure primarie sia opportuno sviluppare e sostenere una competenza dalla base che permetta, soprattutto ai MMG di poter iniziare a modificare l'approccio alla persona malata, ponendo al centro dell'attenzione più il benessere generale che non la cura della singola patologia d'organo. Per questo, infatti, nel triennio di formazione professionale della scuola per MMG sono previste sia ore didattiche che di tirocinio esperienziale nei *setting* di CP. Come mostrato sinteticamente nella **figura 1**, è anche prevista una possibilità di tipo consulenziale (erogabile da specialisti in CP) sia per la medicina di base (come avviene per esempio con le consulenze che l'MMG può chiedere mediante l'istituto delle C-Dom (ex ADI) o da strutture residenziali o semiresidenziali (con modalità ancora soggette a percorso applicativo).

Cure condivise o *simultaneous care*

Le cure condivise (CC) sono la risposta organizzativa considerata più appropriata per i pazienti con un livello intermedio di complessità dei bisogni del malato e del nucleo *caregiver*/familiari; sono caratterizzate dalla condivisione delle cure tra il *medicol'équipe* che segue il paziente (MMG, specialista

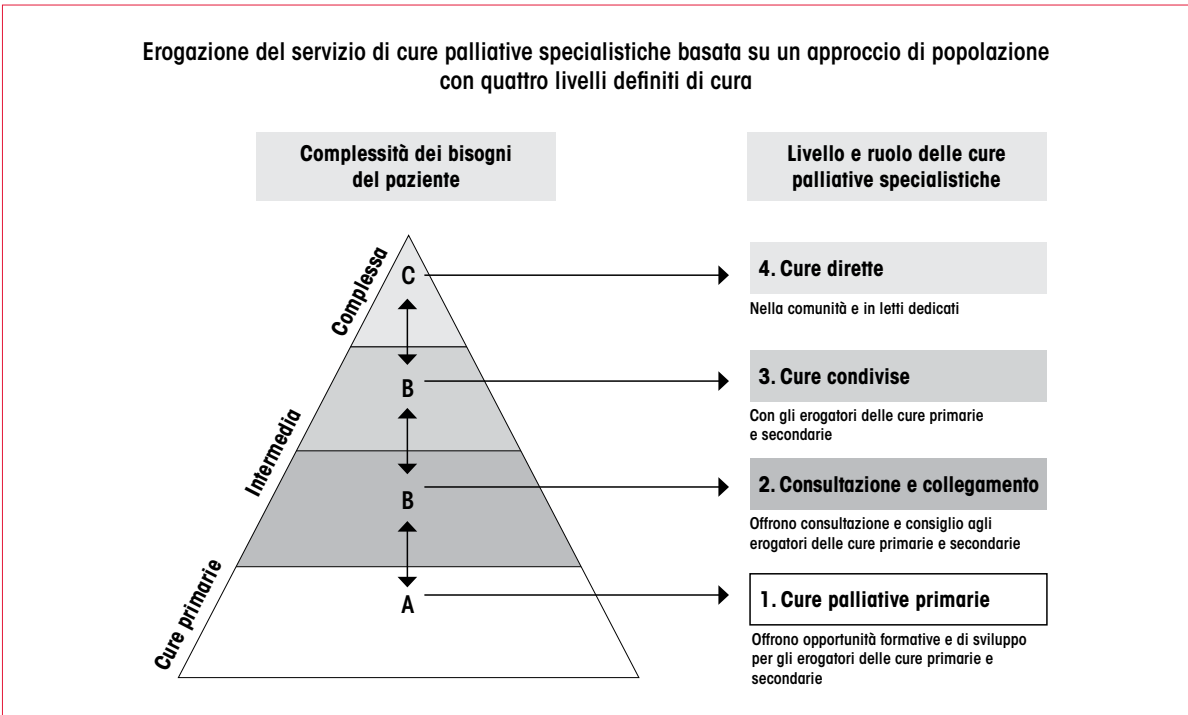


Figura 1. Cure palliative dove e da chi? (modificata da <https://slideplayer.com/slide/9116134/>)

“ A livello di cure primarie è opportuno sviluppare e sostenere una competenza dalla base che permetta, soprattutto ai MMG, di iniziare a modificare l’approccio alla persona malata, ponendo al centro dell’attenzione più il benessere generale che non la cura della singola patologia d’organo.

di branca) e l’équipe di cure palliative. La pianificazione delle cure e gli obiettivi terapeutici sono condivisi con il malato e concordati tra una pluralità di professionisti sanitari che partecipano alla presa in carico, ciascuno con le proprie specifiche competenze e aree di intervento. Il malato assistito secondo il modello delle CC o SC può passare nel livello di AP (approccio palliativo) se i bisogni si riducono di complessità, rimanere in questo livello se i bisogni rimangono stabili, oppure accedere alle CPS (cure palliative specialistiche) se aumenta la complessità dei bisogni.

Cure palliative specialistiche

Corrispondono ad un livello elevato di complessità dei bisogni del malato e del nucleo *caregiver*/familiari. La responsabilità delle cure è dell’équipe specialistica di CP. Il MMG e lo specialista di branca possono continuare a svolgere un ruolo finalizzato principalmente a favorire la continuità del percorso di cura e a supportare gli aspetti relazionali.

Le Reti di cure palliative

La Legge 38 del 2010, nel riprendere il DM della Sanità del 28/09/1999, identifica le Reti regionali e Reti locali quali strumenti fondamentali per garantire l’accesso a cure palliative di qualità attraverso meccanismi di *governance* e forme di integrazione tra i soggetti coinvolti nel percorso di cura. È definita come “una aggregazione funzionale e integrata delle attività di CP erogate in ospedale, in

Hospice, a domicilio e in altre strutture residenziali, in un ambito territoriale definito a livello regionale. La funzione di coordinamento viene affidata a una struttura specificamente dedicata e formata da figure professionali con specifica competenza ed esperienza ai sensi dell’articolo 5, comma 2, della Legge 38/10. Le funzioni di coordinamento sono quelle previste nell’Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 16/12/2012 (n. 14)”. I livelli o nodi assistenziali della RLCP sono il domicilio, l’Hospice, l’ospedale, l’ambulatorio.

Sono parti integranti della RLCP:

- le UCP pubbliche e private accreditate che operano nei diversi *setting* assistenziali, le organizzazioni di volontariato e gli Enti del Terzo Settore (ETS) impegnati nelle CP attivi nel territorio;
- i MMG.

I compiti della RLCP: cosa abbiamo realizzato

La RLCP deve promuovere i processi di identificazione dei bisogni, di valutazione e monitoraggio della qualità e rivalutazione multidimensionale, presa in carico nel *setting* adeguato.

Abbiamo uniformato gli strumenti di identificazione del bisogno di CP (secondo quanto indicato da RL) e promosso il loro utilizzo ubiquitario oltre alla diffusione dello **strumento digitale per la trasmissione di segnalazioni** e condivisione delle priorità e della scelta della famiglia riguardo a *setting* e area geografica di presa in carico. Lo strumento è in capo alla ASST Civili (Capofila) e gestisce tutte le informazioni in osservanza di tutte le norme sulla *privacy*.

È la prima piattaforma in Italia che permette condivisione anche di percorsi relativi a cure palliative specialistiche domiciliari.

La struttura di coordinamento della RLCP è il Di-

“ Tra gli obiettivi il potenziamento dell’offerta relativa all’ambulatorio specialistico di cure palliative che eroga attività di CP finalizzate alla gestione di problematiche cliniche, psico-relazionali, etiche.

partimento Interaziendale di Cure Palliative (DI-CP) ed è rappresentativa di tutte le articolazioni organizzative che partecipano all'attività della Rete ed è dotata di risorse economiche, tecnologiche e professionali idonee al raggiungimento degli obiettivi previsti e dei compiti di *governance* del percorso di cura dei singoli malati.

La RLCP opera affinché le CP siano assicurate in tutti i *setting* assistenziali anche attraverso forme di consulenza da parte dei professionisti delle *équipe* specialistiche.

È in costituzione un tavolo di lavoro rivolto a sviluppare consulenze e telemedicina con: RSA/RSD, gli istituti di pena o altri contesti di istituzionalizzazione a supporto *all'équipe* della struttura. Inoltre, lo stesso gruppo di lavoro si pone l'obiettivo di potenziare (laddove già non pienamente attivo e funzionale come presso Spedali Civili e Ospedale di Gavardo), la consulenza in ospedale: a supporto dell'*équipe* del reparto. Si desidera inoltre potenziare l'offerta relativa all'ambulatorio specialistico di CP che eroga attività di CP finalizzate alla gestione di problematiche cliniche, psico-relazionali, etiche. Si configura come SC laddove vi sia, oltre che da parte del palliativista, un ruolo attivo da parte del MMG o dello specialista di branca.

La RLCP opera attraverso lo sviluppo di regole, protocolli, PDTA condivisi con gli attori della Rete, al fine di assicurare l'unitarietà e l'appropriatezza dei percorsi di cura ed in particolare promuove l'integrazione tra ospedale e territorio, tra gli enti erogatori, e la continuità delle cure nel passaggio tra i *setting* e i livelli di intensità assistenziale differenti. Sono stati realizzati documenti e materiale didattico condivisi.

Prospettive di integrazione con la medicina del territorio

Le nuove disposizioni normative e lo sviluppo, ormai avanzato, degli strumenti di rete delle CP della ATS Brescia, **permettono di identificare alcune linee potenziali di sviluppo** del sistema socio-sanitario-territoriale.

Tre punti su tutti:

- La possibilità di segnalazione diretta del bisogno di CP alla rete verrà estesa anche agli enti accreditati privati residenziali nei prossimi mesi ed è in programma un'ulteriore possibilità di presentazione diretta delle segnalazioni per gli MMG.
- Nei percorsi di preparazione degli MMG è previsto, da RL, oltre alla preparazione teorica, un breve tirocinio presso le strutture residenziali e domiciliari di CP. Oltre agli aspetti tecnici risulta fondamentale l'esperienza clinica ed umana per i nuovi medici di base nella rete di CP: avere conoscenza diretta e pratica comune può promuovere nuove proposte di integrazione di competenza e lavoro integrato per il futuro.
- Il piano di sviluppo della RLCP prevede un Tavolo di Lavoro che tra le finalità ha quella di esplorare la possibilità di punti di valutazione del bisogno di CP nelle Case di Comunità, come da indicazione riportata nelle "Regole di Esercizio" del 2025.



La Rete riabilitativa nel sistema sanitario: uno sguardo d'insieme

Giovanna Beretta

*Direttore S.C. Medicina Riabilitativa e Neuroriabilitazione, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milano
Direttore Dipartimento Interaziendale di Riabilitazione*

I servizi della Rete riabilitativa sono molto diffusi sul territorio bresciano, e annoverano come erogatori un IRCCS e molteplici realtà pubbliche e private. Organizzati su diversi livelli di complessità, svolgono un'importante funzione nell'ambito del Servizio sanitario: l'obiettivo è assicurare l'integrazione tra la riabilitazione per acuti e quella territoriale come "sistema unico", secondo i più recenti indirizzi di Regione Lombardia.

La riabilitazione, elevata a "terzo pilastro" della salute in Italia, affianca prevenzione e cura, divenendo risorsa strategica per qualità di vita, inclusione sociale e sostenibilità sanitaria. Come processo mirato a ottimizzare capacità funzionali e reintegrare l'individuo nella comunità, riveste un ruolo cruciale in un sistema sanitario moderno, specie di fronte all'incremento di patologie croniche e all'invecchiamento demografico.

La riabilitazione include interventi per disabilità temporanee o permanenti, di varia origine. Dati ministeriali indicano circa 4 milioni di accessi annui in Italia, tra ospedali, cliniche specializzate e servizi territoriali/domiciliari. **L'OMS stima che sono oltre 27 milioni gli italiani che potrebbero beneficiare di interventi riabilitativi.**

Un supporto riabilitativo inadeguato genera costi elevati per il SSN e la società. La riabilitazione efficace riduce cure a lungo termine, assistenza continuativa e ricoveri, abbattendo i costi del SSN del 25-30% per patologie croniche (dati ISS). I costi diretti annui legati alle varie forme di disabilità in Italia ammontano a circa 20 miliardi di euro, cui si sommano i costi indiretti legati a perdita di produttività e impatto familiare.

Investire in riabilitazione genera risparmi significativi e migliora il benessere collettivo.

La riabilitazione, inoltre, trascende la sfera sanitaria, impattando profondamente sul tessuto sociale. Facilita il ritorno a una vita attiva, promuovendo l'inclusione sociale e l'indipendenza delle persone con disabilità. I benefici si estendono alle famiglie, alleviando il carico assistenziale e migliorando la qualità della vita. Il reinserimento sociale e lavorativo riduce isolamento e depressione, problematiche frequenti associate alla disabilità, e apporta un contributo economico alla società.

All'interno di questo quadro, **il Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) è lo strumento cardine della riabilitazione:** un percorso personalizzato, definito da un team multidisciplinare (medici fisiatristi e specialisti in riabilitazione, fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali, psicologi e altri professionisti) centrato sui bisogni specifici del paziente. Si pone l'obiettivo di massimizzare il recupero funzionale e la partecipazione sociale, attraverso programmi specifici e verifiche periodiche.

Ma qual è il quadro normativo entro il quale si inseriscono i processi riabilitativi oggi?

I LEA 2017 e le “Linee di indirizzo per l’individuazione di percorsi appropriati nella rete di riabilitazione” del 2021 delineano i percorsi riabilitativi: degenza ospedaliera (ordinaria e riabilitazione intensiva), DH riabilitativo, attività territoriale (ambulatoriale e domiciliare), e strutture ex art 26. Anche il Piano di Indirizzo Nazionale per la Riabilitazione (PINDRIA) sottolinea **l’importanza del “percorso riabilitativo unico”, centrato sulla persona** e caratterizzato dalla continuità assistenziale tra *setting* ospedalieri e territoriali.

La frammentazione dei servizi riabilitativi, con aree ospedaliere, territoriali, residenziali e ambulatoriali spesso separate, rappresenta una criticità da superare per garantire percorsi fluidi e continui, essenziali per persone con bisogni riabilitativi prolungati.

La Lombardia, in linea con le direttive nazionali, ha progressivamente sviluppato una rete riabilitativa extraospedaliera integrata con quella ospedaliera. La Regione punta a garantire continuità assistenziale, prossimità delle cure e percorsi personalizzati, continuità al lavoro di raccordo tra il livello programmatico regionale, quello organizzativo gestionale delle aziende e tecnico scientifico degli operatori sociosanitari.

Nelle regole di Sistema per gli anni 2024 e 2025 ci sono indicazioni che ben esprimono come **la riabilitazione in Lombardia sia un sistema unico, intra ed extraospedaliero**, a garanzia dell’appropriatezza delle cure e dei cittadini con disabilità.

In tali regole di Regione Lombardia (DGR 1827/2023 per il 2024 e DGR 3720/2024 per il 2025) si parla di Riabilitazione in riferimento al “Piano locale per l’Assistenza Riabilitativa”, d’intesa con i Dipartimenti interaziendali di Riabilitazione ove presenti, in cui le ATS descrivono i fabbisogni riabilitativi della popolazione di riferimento; la struttura della rete di offerta riabilitativa, comprendente tutti i livelli organizzativi ed assistenziali disponibili nelle strutture ospedaliere ed extraospedaliere, pubbliche e private accreditate, del territorio di competenza; i ruoli assegnati ai diversi nodi della rete locale (e delle eventuali strutture esterne ove previste) in relazione alle

“La riabilitazione come “terzo pilastro” della salute affianca prevenzione e cura, ed è una risorsa strategica per qualità di vita, inclusione sociale e sostenibilità sanitaria.



diverse fasi e tipologie dei percorsi riabilitativi e delle diverse patologie disabilitanti, secondo percorsi diagnostico terapeutico riabilitativi (PDTAR) definiti e rispondenti alle linee guida e buone pratiche correnti; le modalità di coordinamento ed integrazione fra le unità erogative; i percorsi di cura per le principali condizioni di interesse riabilitativo (PDTAR), con particolare riferimento ai sistemi di garanzia della continuità di cura fra acuzie e postacuzie e fra ospedale e territorio.

Il Piano dell'offerta è messo a disposizione degli ospedali per acuti che, avvalendosi ove possibile di una competenza medico-specialistica riabilitativa, potranno avviare i pazienti alla struttura più idonea ad offrire il trattamento riabilitativo appropriato, per area di intervento e livello di intensità.

Inoltre, **l'attività territoriale di riabilitazione** a favore dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche e sensoriali deve trovare collocazione all'interno della rete dei servizi di riabilitazione e svolgersi in stretta integrazione con l'attività delle strutture di ricovero del sistema ospedaliero, sia nella fase post-acuta per i pazienti provenienti dai reparti per acuti, sia per i pazienti provenienti dal territorio.

Tali attività annoverano sia la riabilitazione domiciliare, sia la riabilitazione intensiva ed estensiva in strutture residenziali e semiresidenziali.

Il Dipartimento di riabilitazione

Il Piano di Indirizzo della Riabilitazione proponeva l'istituzione dei Dipartimenti di riabilitazione "a garanzia della realizzazione di un adeguato percorso di cura riabilitativo" e della "forte integrazione organizzativa con i presidi privati accreditati eventualmente presenti sul territorio, secondo i principi di efficienza e di appropriatezza".

Nel ribadire l'attualità e l'importanza degli obiettivi indicati dal Piano in materia di continuità assistenziale, sembra necessario un percorso graduale che conduca a tale soluzione organizzativa e che consenta di **superare la distanza tra le unità operative ospedaliere, sia pubbliche che private, e i servizi di tipo distrettuale** (ambulatoriali, domiciliari, residenziali e semiresidenziali), caratterizzati da responsabilità gestionali diverse, da budget separati, da strumenti di valutazione autonomi e criteri di ammissione/dimissione non assimilabili. Potrebbe essere utile, quindi, iniziare il percorso dalla predisposizione, approvazione e implemen-

La frammentazione dei servizi riabilitativi, con aree ospedaliere, territoriali, residenziali e ambulatoriali spesso separate, rappresenta una criticità da superare.

tazione dei PDTA riabilitativi per le principali patologie e condizioni e dalla condivisione degli strumenti (scale di valutazione e modalità di redazione del Progetto Riabilitativo Individuale) volti a favorire l'integrazione dei percorsi.

All'interno delle attività riabilitative, inoltre, trovano spazio percorsi specifici dedicati alle malattie rare e all'età evolutiva. La riabilitazione verrà inserita anche nei programmi di telemedicina.

In conclusione, **la riabilitazione è un diritto fondamentale e un investimento strategico**. Superare la frammentazione, potenziare la rete extraospedaliera (come in Lombardia, auspicabilmente), e garantire la continuità assistenziale sono passi cruciali per un sistema sanitario equo, efficiente e realmente centrato sulla persona con disabilità.

Un approccio integrato e multidisciplinare, che valorizzi il ruolo della riabilitazione in ogni *setting* di cura, è essenziale per rispondere alle sfide sanitarie attuali e future.

Bibliografia:

- Panorama della Sanità. (2024, Dicembre). Dossier "Riabilitazione terzo pilastro".
- Ministero della Salute (2011). Piano di Indirizzo per la Riabilitazione.
- Conferenza Stato-Regioni. (2021, 4 agosto). Documento Appropriatelyzza Riabilitazione (Rep. Atti n. 124/CSR).
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

La rete extraospedaliera per gli anziani e le RSA alla luce del potenziamento della sanità territoriale

Gianbattista Guerrini

Medico geriatra, Fondazione Brescia Solidale Onlus

Con l'attivazione degli Ospedali di Comunità (OdC) ed in particolare delle Case della Comunità (CdC) previste e finanziate dal PNRR si è finalmente avviato anche nella nostra Regione un inatteso quanto a lungo auspicato spostamento dell'asse della sanità lombarda dall'ospedale al territorio: una nuova centralità della sanità territoriale che si sostanzia, oltre e più che nelle nuove articolazioni strutturali, nei criteri di fondo che sia la normativa nazionale che quella regionale declinano:

- l'integrazione, tra le diverse figure professionali, tra medicina di base e medicina specialistica, e tra politiche, servizi e operatori sanitari, socio-sanitari e sociali;
- la centralità della dimensione territoriale, intesa come agevolazione dell'incontro dei cittadini con la rete dei servizi e al tempo stesso come coinvolgimento della comunità locale;
- la valutazione multidimensionale del bisogno della persona, l'accompagnamento alla risposta più appropriata, la continuità della cura;
- l'attivazione di "logiche e processi di sanità di iniziativa" con particolare attenzione alla

prevenzione e alla promozione della salute ed alla presa in carico della cronicità e della fragilità.

Sembra pertanto delinearsi la possibilità di un cambio di rotta che, se pur condizionato dalla necessità di rispettare i dettami ministeriali per accedere ai finanziamenti del PNRR e tuttora gravato da importanti ostacoli, può offrire concrete opportunità per superare un modello di medicina "prestazionale" e condizionata dalle logiche del mercato, concettualmente, oltre che concretamente, inadeguato a far fronte ai bisogni posti

“ Sembra delinearsi la possibilità di un cambio di rotta per superare un modello di medicina "prestazionale" inadeguato a far fronte ai bisogni posti dalla polipatologia cronica.

dalla polipatologia cronica, dalla fragilità e dalla non autosufficienza.

Il potenziamento della sanità territoriale apre nuove prospettive – e al tempo stesso delinea nuove sfide, da cogliere con coraggio – per i servizi socio-sanitari extraospedalieri e il mondo del Terzo Settore, per buona parte gestore di tali servizi. Un mondo penalizzato certo dal mancato finanziamento della riforma della non autosufficienza, in costante difficoltà economica, gravato ancor più dei servizi sanitari dalla carenza di figure professionali di area sanitaria (e, ormai da qualche anno, anche socio-sanitaria) e dai salari più bassi che riesce loro a garantire, ma che ha degli importanti punti di forza:

- la sua diffusione capillare sul territorio: almeno 1 RSA è presente in 87 dei 205 comuni della provincia di Brescia (figura 1);
- gli stretti rapporti con i Comuni e la storica integrazione con le politiche comunali ed i servizi alla persona;
- la consuetudine alla valutazione multidimensionale, all'intervento

multidisciplinare, alla presa in cura della (e all'alleanza terapeutica con la) famiglia, all'incontro e alla collaborazione con operatori e servizi sociali;

- la propensione ad innovare e ad allargare il proprio intervento in una dimensione "multiservizio": proprio perché più direttamente sollecitate dall'estrema variabilità e dinamicità dei bisogni delle persone in difficoltà.

Esemplificativa di quest'ultima attitudine è **la capacità che le RSA** (ed i loro Enti Gestori) a partire dalla fine degli anni '80 **hanno dimostrato** – anche e forse soprattutto nella nostra Provincia – di diversificare ed ampliare la propria area di operatività: **sia accogliendo un'utenza con bisogni sempre più complessi che proiettando il proprio intervento alla realtà territoriale.**

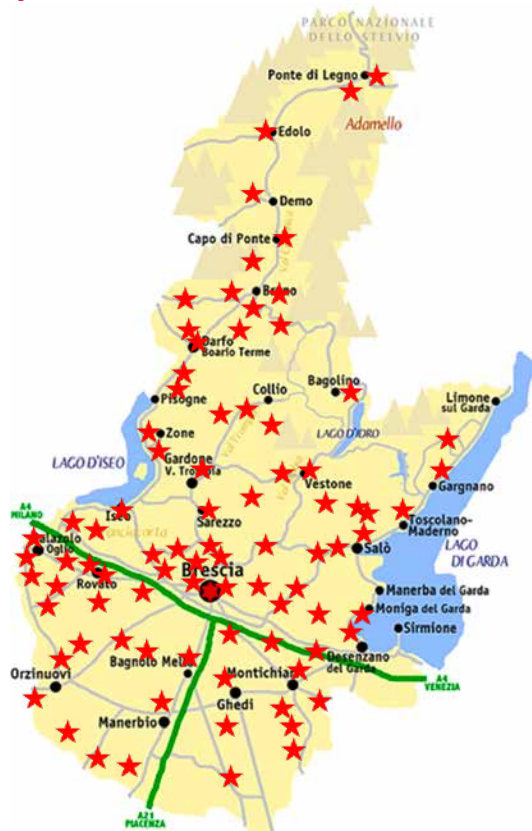
Sul primo versante le RSA, oltre all'utenza "propria", di per sé caratterizzata da bisogni molto diversi e spesso compresenti (di ordine sociale e familiare, funzionale, psicologico, psichiatrico-comportamentale, sanitario) hanno dovuto attrezzarsi, sul piano organizzativo oltre che su quello professionale, ad **accogliere tipologie particolari di utenti**: dai disabili adulti ai pazienti psichiatrici – esclusi, perché anziani, dalla rete della psichiatria; da persone affette da demenza con disturbi comportamentali a pazienti ad alta complessità sanitaria – in stato vegetativo, affetti da malattia del motoneurone o altre gravi patologie neuromotorie, in trattamento dialitico, in ventilazione meccanica, in alimentazione enterale totale, in fase terminale.

Per quanto riguarda l'altro aspetto numerose RSA della nostra provincia hanno da tempo scelto di attivare molteplici **rapporti con le comunità** in cui operano mettendo loro a disposizione le competenze e la cultura maturate nella cura delle persone non autosufficienti.

Da questa apertura alla realtà territoriale e dalla volontà di collaborare con i servizi sociali e con i servizi e presidi sanitari erano nate negli anni '90 significative esperienze di partecipazione di professionisti delle RSA a percorsi di valutazione multidimensionale e di gestione multiprofessionale degli anziani non autosufficienti che accedevano alla rete dei servizi: esperienze purtroppo in buona parte cancellate dalla successiva normativa regionale, il cui lascito culturale può peraltro essere prezioso per accompagnare i cambiamenti in atto.

Ma sono nate e si sono consolidate in questi decenni numerose unità d'offerta che sono andate ad arricchire la rete dei servizi per la popolazione anziana.

Figura 1



“ Sono nate e si sono consolidate in questi decenni numerose unità d’offerta che sono andate ad arricchire la rete dei servizi per la popolazione anziana.

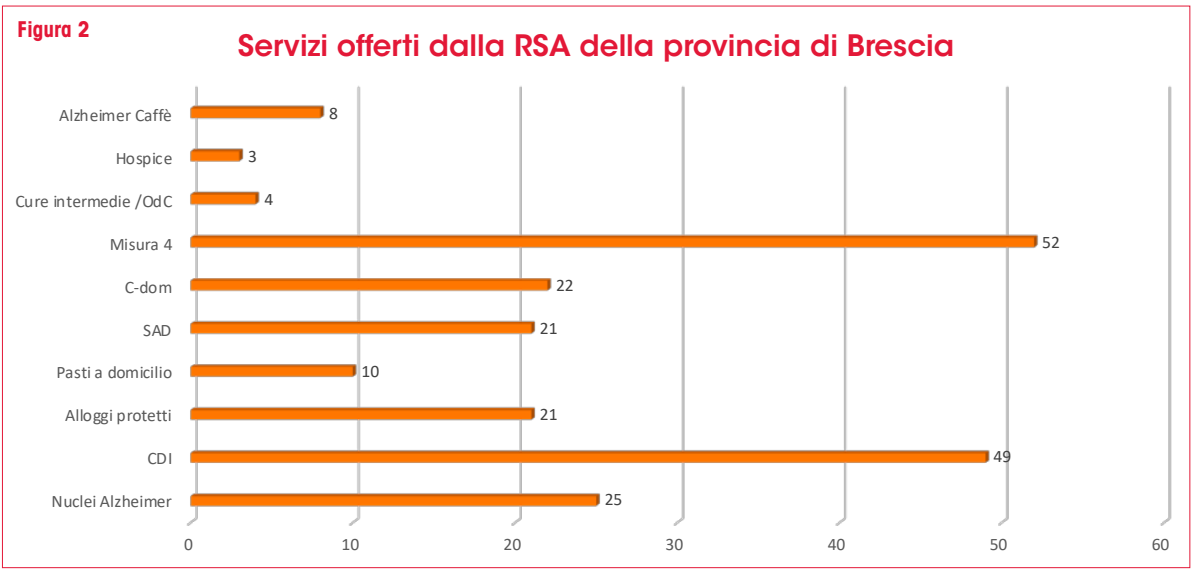
na (figura 2): i Centri Diurni Integrati (CDI), nella larga maggioranza (49 su 63) attivati nella nostra provincia proprio all’interno delle RSA; i nuclei di alloggi protetti collocati in prossimità della struttura; i molteplici interventi per gli anziani che vivono al loro domicilio: dal supporto ai servizi domiciliari erogati dal Comune (con la fornitura di pasti a domicilio, ad esempio) alla gestione in toto del servizio di assistenza domiciliare (SAD); dalla gestione delle Cure Domiciliari (C-DOM, ex ADI) in collaborazione con l’ATS alla presa in cura, con la Misura 4 (RSA Aperta), di persone affette da demenza e delle loro famiglie; fino alla promozione da parte delle RSA di Caffè Alzheimer o, sull’altro versante, alla gestione di strutture di degenza extraospedaliere (“cure sub-acute”, SPAR, Cure intermedie, Ospedali di comunità). Con un forte contributo, da parte delle RSA e dei loro enti gestori, alla costruzione di una rete di servizi per la popolazione anziana diversificata, flessibile e capillarmente distribuita sul territorio.

Ci sono due ultimi aspetti della normativa sulle CdC che possono coinvolgere il mondo delle RSA.

Il primo è quello del **Punto Unico di Accesso** (PUA): luogo fisico all’interno della CdC, finalizzato, anche grazie alla compresenza di operatori sanitari e sociali, a “facilitare un accesso unificato” ai servizi, e “ad eliminare o semplificare i passaggi...per l’accesso e la fruizione dei servizi”. Ma anche funzione fondamentale della rete nel suo complesso, criterio di riferimento e modalità operativa di tutte le sue articolazioni, in una sorta di “disseminazione di punti di ascolto e di raccolta della domanda nell’ambito del territorio distrettuale” (e perciò anche nelle RSA) “collegati al PUA della CdC”.

Il secondo punto su cui voglio soffermarmi è la possibilità di **attivare** – oltre alle CdC hub ogni 40-50.000 abitanti – **anche CdC spoke** laddove richieste dalle “caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali, nel pieno rispetto del principio di prossimità”.

Proprio in questa logica di prossimità, le RSA, molte delle quali già oggi operano come Centri Multi-servizio, possono rappresentare un nodo della rete di CdC, mettendo a disposizione le proprie strutture e servizi e i professionisti che vi operano, collegandosi in vario modo – sia strutturalmente che in modalità telematica – al Distretto e alla CdC hub, alla medicina generale e a quella specialistica, ai servizi sociali comunali o di ambito, ai portatori di interesse (sindacati pensionati, associazioni di malati...) e al mondo del volontariato. In questo modo, possono contribuire alla promozione della salute nel territorio di riferimento e all’accoglienza, all’informazione e all’orientamento delle persone anziane in difficoltà e delle loro famiglie.



L'importanza della collaborazione tra ente locale e medicina territoriale

Cristina Tedaldi

Presidente dell'Associazione Comuni Bresciani, Sindaco di Leno

Negli ultimi anni i sindaci sono sempre più chiamati a dare risposte ai cittadini, anche in materia sanitaria. Rappresentano infatti i primi interlocutori di riferimento sul territorio, soprattutto nei Comuni più piccoli.

In questa prospettiva è indispensabile che l'attuale riforma della medicina territoriale sia integrata con i servizi che il Comune offre ai cittadini, in particolare ai più fragili e agli anziani.

Noi sindaci ci crediamo, e siamo persuasi che questo cambiamento della medicina territoriale verso una forma sempre più strutturata, sia nell'interesse di tutti.

Oggi, con l'invecchiamento progressivo della popolazione e l'emergere di nuovi bisogni, la collaborazione fra ente locale e medicina territoriale è imprescindibile, in un intreccio di competenze e necessità che non sono solo sanitarie ma anche sociali. Le cronicità, infatti, si legano spesso a fragilità di tipo sociale, e nei pazienti anziani pesano la solitudine e la compromissione dell'autonomia: non a caso molti dei servizi attivati dai Comuni offrono risposte alla riduzione dell'autonomia, si pensi all'assistenza domiciliare, ai trasporti per le cure, agli alloggi protetti per evitare o posticipare l'ingresso in Rsa.

Per offrire risposte molti Comuni hanno adottato una visione integrata, promuovendo ad esempio la collaborazione tra assistenti sociali, Medici di Medicina Generale e Case di Comunità, come accade a Leno, paese di cui sono prima cittadina, dove questa sperimentazione sta funzionando molto bene. Il passo fondamentale da compiere è superare la logica delle "buone prassi", alimentate dal senso di responsabilità, per normare queste progettualità, mettendole nero su bianco e facendole diventare strutturali, con la definizione di competenze e ambiti di intervento.

La pandemia da Covid-19, di cui ricorrono i cinque anni dall'esordio, ci ha dimostrato che fare

“ Con l'invecchiamento della popolazione e l'emergere di nuovi bisogni la collaborazione diventa imprescindibile in un intreccio di competenze e necessità che non sono solo sanitarie, ma anche sociali.



rete è fondamentale: ora però serve passare dalle esperienze alla pratica strutturata, con piani e protocolli precisi. Pensiamo ad esempio al caso delle dimissioni dall'ospedale di persone fragili che non hanno un sostegno adeguato a casa: un problema sempre più avvertito, che sconta la carenza di strutture dedicate, su cui i Comuni possono intervenire per "tamponare" le difficoltà, ma che necessitano di soluzioni strutturali con adeguati investimenti dal livello centrale. Non c'è cosa peggiore per un cittadino in difficoltà che sentirsi dire "non è di mia competenza".

Quando si parla di ambiente di vita e salute, inoltre, **i Comuni possono giocare un ruolo fondamentale nella promozione del benessere di tutti i cittadini**, dai più grandi ai più piccoli. La città offre l'opportunità di integrare servizi sociali, sanitari, culturali, ricreativi per migliorare il benessere dei suoi abitanti.

I Comuni stanno elaborando importanti progettualità per incoraggiare l'adozione di stili di vita sani, favorire l'attività motoria e le pratiche sporti-

“ Non c'è cosa peggiore per un cittadino in difficoltà che sentirsi dire “non è di mia competenza”.

ve, promuovere la socialità, sostenere programmi di prevenzione, aumentare gli spazi verdi nel contesto urbano. Le idee ci sono e gli enti locali sono disponibili a implementarle per migliorare la qualità di vita e il benessere dei cittadini: per tradurle in realtà, tuttavia, i Comuni devono essere supportati dal punto di vista economico con stanziamenti dedicati e poter contare su risorse umane adeguate e motivate, anche attraverso una revisione della carriera dei dipendenti pubblici che la renda maggiormente attrattiva.

È necessario investire su questo capitolo per favorire l'attivazione di nuovi servizi per la salute della collettività: i Comuni sono pronti, sulla rotta che guarda al futuro.

La sanità americana al tempo di Trump

Gianpaolo Balestrieri

Ospedale di Comunità Fondazione Richiedei di Gussago



Incredulità, sconcerto, allarme, preoccupazione. Queste le reazioni delle riviste mediche più prestigiose, dal *New England Journal of Medicine* a *The Lancet*¹, di fronte ai provvedimenti, agli ordini esecutivi nelle prime settimane dell'amministrazione Trump. **L'uscita degli Stati Uniti dall'OMS** in un momento in cui la salute globale è minacciata da nuove pandemie e dal mutamento climatico². **Lo stop al programma internazionale USAID** (United States Agency for International Development) con l'interruzione di programmi sanitari salvavita in Paesi a basso reddito³. **La cessazione dei report periodici del CDC** (*Center of Disease Communication*), prezioso monitoraggio delle minacce sanitarie emergenti. Bavaglio a progetti di ricerca in cui compaiono termini come *Gender, Inclusion, Diversity*. Licenziamenti di massa nelle prestigiose agenzie federali che si occupano di sanità, come il *National Health Service*. L'agenda trumpiana prevede anche un sostanziale **ridimensionamento al contributo federale verso il Medicaid**, la forma di assistenza rivolta a 85 milioni di americani indigenti, che aveva conosciuto una sostan-

ziale espansione nel 2010 con l'amministrazione Obama (*Affordable Care Act*). Forse quest'ultimo, più radicale pacchetto potrebbe incontrare resistenze nello stesso elettorato trumpiano e nei rappresentanti repubblicani, vista la sua popolarità. Certamente l'amministrazione Trump vede nei tagli alla spesa sanitaria federale una priorità per l'obiettivo di ridurre il carico fiscale e trasferire alla sfera privata l'onere dei costi sanitari⁴. Spesa sanitaria che, come è noto, percentuali del PIL (17-18%) nettamente superiori alla media UE (10,4%) e quella italiana (9% di cui il 23% spesa diretta "out of pocket") con risultati inferiori in termini di obiettivi di salute (spettanza di vita alla nascita, mortalità materna ed infantile, morti per Covid-19, morti per overdose e suicidio etc.). Un dato che da una parte contraddice la convinzione che vi sia un rapporto lineare tra spesa ed esiti in sanità. Dall'altro spinge a individuare le possibili ragioni per cui una sanità, considerata la più avanzata al mondo, raggiunga risultati complessivi così modesti. Le motivazioni sono probabilmente diverse⁵. Una fetta tuttora rilevante di popolazione (28,5 milioni nel

2017) è priva di assistenza sanitaria e non ha regolare accesso alle cure. La prevenzione è sacrificata nei confronti delle cure ospedaliere con una frammentazione spiccata dell'intervento sanitario. Le disuguaglianze etniche e sociali sono marcate con fasce di popolazione (afroamericani, immigrati, nativi americani) più abbandonate. I costi amministrativi (circa il 30% della spesa) e le complessità burocratiche sono eccessivi. I costi dei professionisti sanitari e delle procedure diagnostico terapeutiche sono cospicuamente più elevati in confronto agli standard europei. L'alto tasso di richieste risarcitorie spinge alla medicina difensiva con spese improprie aggiuntive. L'assenza di un "single payer" impedisce una contrattazione centralizzata facendo lievitare i costi. Un sistema quindi altamente costoso ed inefficace nel quale le eccellenze (ricerca scientifica, innovazione terapeutica) rischiano di essere indebolite dal ciclone Trump. **Una reazione è possibile ed è già in atto** nella comunità scientifica e civile statunitense⁶ e mondiale. **Un richiamo e una spinta alla riflessione anche per noi nella nostra scricchiolante, un poco esausta realtà.** ■

1 American chaos. Standing up for health and medicine. The Lancet, Editorial: 405: 439 2025.

2 Withdrawal of the United States from the WHO. How President Trump is weakening public health. Yamey G Titanij B, N Engl J Med: March 5, 2025.

3 Se Trump distrugge la ricerca. Mantovani A Repubblica 16/3/2024. Pg 21.

4 Medicaid on the chopping block. Park E: N Engl J Med Feb 26.

5 The failing U.S. Health System. Blumenthal D, Gumas E Shah A. N Engl J Med 391:17 2025

6 Order out of Chaos. Editorial. Rubin EJ, N Engl J Med: March 5, 2025

Il futuro di Brescia Medica: i risultati del sondaggio

Angelo Bianchetti
Direttore di Brescia Medica

Brescia Medica da sempre (è stata fondata nel 1962 e ad oggi sono stati pubblicati 397 numeri) viene stampata e distribuita direttamente a tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Brescia (quasi 8500 iscritti). Nel tempo la rivista è cambiata: è stata uno strumento di aggiornamento scientifico, un bollettino di notizie, uno strumento di approfondimento culturale in senso più ampio. Questo per rispondere alle mutate esigenze della comunità medica e alla diversa disponibilità di strumenti di formazione e aggiornamento.

Da alcuni anni **la versione cartacea è affiancata dal formato PDF** scaricabile (sul sito dell'Ordine sono disponibili i numeri dal 2012) e **dal 2022**

“Abbiamo lanciato lo scorso gennaio una breve inchiesta online con domande molto dirette, a cui hanno risposto 1735 iscritti.

è disponibile una versione online di **Brescia Medica** (<https://bresciamedica.it/>) dove è possibile trovare approfondimenti e aggiornamenti tempestivi su eventi di attualità, commenti, e, naturalmente, consultare direttamente il numero della rivista pubblicato e distribuito.

Rendere disponibile a tutte e tutti le colleghe e i colleghi **la rivista in formato cartaceo** è un notevole sforzo organizzativo ed economico. Da tempo all'interno del Consiglio Direttivo (e non solo) **si sta dibattendo sull'opportunità di proseguire in questa modalità, oppure passare ad un formato solo digitale**, abbandonando la versione cartacea. Ovviamente le ragioni non potrebbero essere solo economiche.

In linea generale possiamo dire che la versione cartacea della rivista porta in sé alcuni pregi. Anche la semplice sensazione tattile della carta, la facilità e familiarità con cui si sfoglia una rivista è apprezzata da molti, da un senso di familiarità, di legame ad una tradizione ed abitudine consolidata.



“La versione cartacea della rivista porta in sé alcuni pregi, non possiamo però negare che la sola versione digitale ridurrebbe di molto i costi.

La versione cartacea è generalmente considerata più ufficiale e in qualche modo “di prestigio”.

La lettura su carta riduce le distrazioni digitali (notifiche, e-mail), fenomeni quali il “web surfing” ed è certamente più facile in tutti i contesti, non richiedendo supporti fisici. Anche l’archiviazione e la consultazione di numeri precedenti può essere più facile con le forme cartacee (anche se richiede più spazio fisico). Inoltre, per un pubblico di lettori più maturo è certamente più fruibile.

Non dobbiamo negare però che la versione digitale riduce di molto i costi (stampa, distribuzione, spedizione), non necessita di spazi di archiviazione, raggiunge più rapidamente un pubblico di lettori potenzialmente più ampio. Una versione digitale che non sia la semplice riproduzione della versione cartacea permette l’inclusione di contenuti interattivi, come video, audio e link (come avviene con i giornali e le riviste) e facilita la ricerca di informazioni. Ovviamente la transizione verso una forma digitale richiede la creazione di un prodotto avanzato, non privo di costi di produzione e gestione. Si tratta di un dibattito aperto.

Per avere il parere di colleghe e colleghi abbiamo lanciato lo scorso gennaio un’inchiesta online molto breve con domande molto dirette, a cui hanno risposto 1735 iscritti (20% del totale).

I risultati dell’indagine sul futuro di Brescia Medica

Alla domanda “Leggi la rivista Brescia Medica in formato cartaceo?” il 33,4% ha risposto “mai”, mentre il restante 66,6% la legge “spesso” (38,2% del totale) o “talvolta” (28,4%). (Grafico 1)

Alla seconda domanda “Leggi il formato digitale di Brescia Medica scaricando il pdf dal sito o dalla newsletter?” hanno risposto “mai” il 47,5% de-

Grafico 1 Leggi Brescia Medica cartacea?

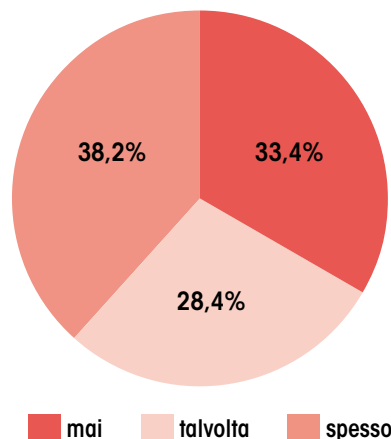


Grafico 2 Leggi il formato digitale di Brescia Medica scaricando il pdf dal sito o dalla newsletter?

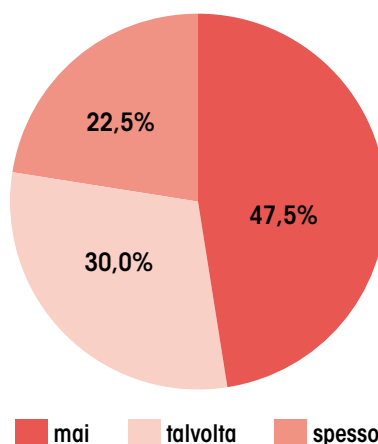
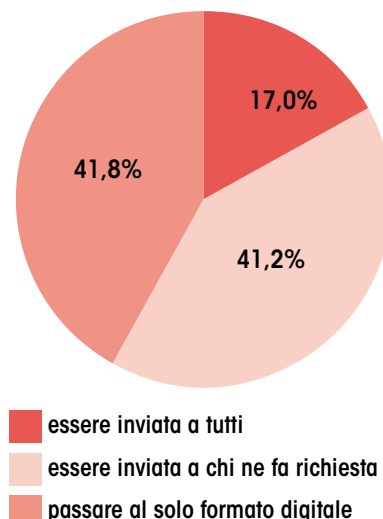
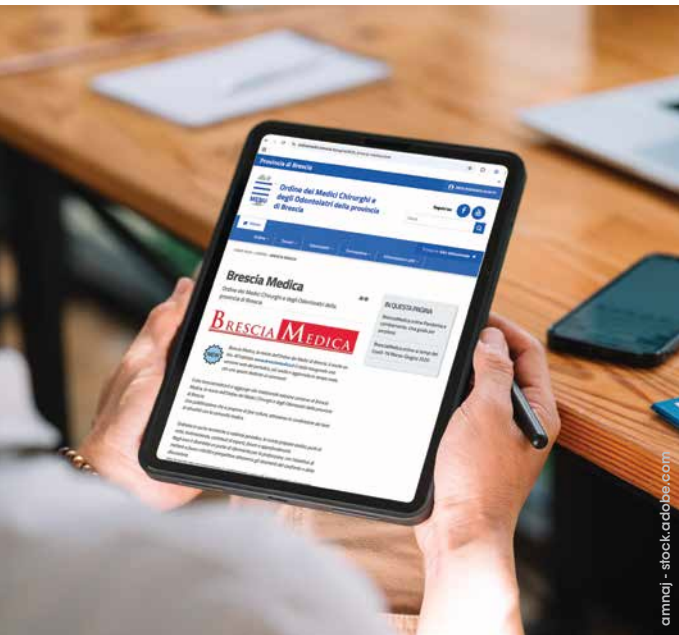


Grafico 3 In futuro Brescia Medica cartacea dovrà...





gli intervistati, mentre “talvolta” lo fanno il 30% e “spesso” il 22,5%. (Grafico 2)

Alla domanda sul futuro del formato della rivista il 17% ritiene che debba continuare ad essere inviata a tutti in formato cartaceo, il 41,2% che a rivista a stampata debba essere inviata solo a chi ne fa richiesta e il 41,8% che si debba passare alla sola forma digitale. (Grafico 3)

Pur disponendo di dati limitati (non abbiamo raccolto informazioni quali età, sesso, tipo di lavoro), abbiamo cercato di approfondire questi risultati incrociando le risposte alle prime due domande (frequenza di lettura del formato cartaceo o digitale) con la terza, relativa al desiderato futuro. I risultati sono i seguenti:

- chi legge spesso Brescia Medica cartacea nel 35% dei casi ritiene debba essere inviata a tutti, nel 53% solo su richiesta e il 12% abolita. Chi non la legge mai nell’86% dei casi vuole abolirla e nel 13% inviarla solo a chi la richiede;
- chi consulta spesso la versione digitale nell’86% dei casi vuole che sia abolita la versione cartacea. Chi non la consulta mai nel 22% vuole che sia abolita la versione cartacea, nel 52% inviata solo a chi ne fa richiesta e nel 26% debba essere mantenuta;
- il 5% del campione non legge mai né la

“ Il 95% degli intervistati legge la rivista in almeno uno dei formati disponibili: crediamo sia un numero molto elevato.

versione cartacea, né quella online; questi nel 70% dei casi vogliono che la versione cartacea sia abolita.

Considerazioni conclusive

- La frequenza dei lettori della rivista cartacea è elevata (oltre il 66%) considerando che si tratta di una rivista “non richiesta”, che arriva a tutti gli iscritti, indipendentemente dal loro interesse;
- meno frequentata la versione digitale, non necessariamente per una scelta, forse anche per difficoltà nella gestione del software;
- una piccola minoranza non consulta mai né l’una, né l’altra forma... quindi il 95% degli intervistati legge la rivista in almeno uno dei formati disponibili: crediamo sia un numero molto elevato;
- la situazione attuale di invio della versione cartacea a tutti indipendentemente da una precisa scelta è una opzione sostenuta da una porzione minoritaria; si equivalgono i fautori di una scelta *tout-court* digitale e quelli per una forma ibrida;
- sebbene si tratti di dati molto semplici, senza la possibilità di approfondire in base a variabili importanti come età e sesso, posizione professionale e altro, gli elementi disponibili suggeriscono che i lettori della forma cartacea siano più disponibili alla presenza anche del digitale e ad una scelta dei lettori, mentre i lettori digitali in gran parte vorrebbero l’abolizione del cartaceo.

Crediamo che si tratti di un dibattito da aprire con le lettrici e i lettori perché, al di là dei numeri dell’intervista, vi siano approfondimenti delle ragioni delle varie opzioni sul campo, per permettere al Consiglio Direttivo una scelta maturata, motivata e il più possibile condivisa.

La Commissione Albo Odontoiatri si presenta

La Commissione Albo Odontoiatri (CAO) 2025-2028 dell'Ordine di Brescia è composta dal dott. **Gianmario Fusardi**, Presidente, dalla dott.ssa **Sara Geretto**, Vice presidente, dalla dott.ssa **Claudia Valentini**, Segretario, dalla dott.ssa **Chiara Cioffi** e dal prof. **Stefano Salgarello**, Consiglieri.

Un gruppo di lavoro che si caratterizza sia per continuità sia per un progressivo ricambio generazionale e una maggioranza al femminile, ed esprime le diverse componenti del contesto odontoiatrico locale, dalla libera professione all'Università.

La CAO si propone di dare voce alle istanze dell'odontoiatria bresciana, lavorando con concretezza sui temi che toccano da vicino la Professione.

Fra i punti qualificanti del mandato figura l'impegno a **valorizzare il passaggio generazionale**, dando un impulso soprattutto culturale per recuperare l'attrattività di un percorso di lavoro autonomo e indipendente fra i più giovani, rafforzando l'identità libero-professionale, che deve trascendere la semplice prestazione d'opera.

Un proposito che si collega all'obiettivo di mettere **il professionista al centro**, attraverso formule – come il modello della “società tra professionisti” – che possono semplificare l'ingresso dei giovani nella realtà dello studio e rappresentare un'alternativa a derive in senso commerciale.

Altro tema dell'agenda CAO sarà **il rapporto con le altre figure sanitarie** (igienisti, tecnici, ASO), nella consapevolezza che i confini tra le diverse professioni devono rimanere chiari e definiti, salvaguardando indipendenza e rispetto della deontologia. La questione del profilo sanitario dell'odontotecnico, tuttora pendente, richiederà massima attenzione di tutto il comparto per evitare determinazioni da parte del decisore pubblico che abbiano riflessi sulla tutela della salute senza apportare alcun beneficio.

Si proseguirà, inoltre, nel percorso di vigilanza attiva sulla figura del direttore sanitario nelle strutture odontoiatriche, figura di garanzia per il cittadino-paziente e di coordinamento per gli operatori.



Il Presidente Fusardi (al centro) con i componenti della CAO 2025-2028

La tutela **della qualità della professione** sarà ulteriore obiettivo chiave del mandato, anche attraverso le iniziative di formazione e aggiornamento continuo rivolte agli iscritti. La figura dell'odontoiatra deve essere indipendente nell'impostazione del piano di trattamento del paziente, senza condizionamenti derivanti da un'ottica prevalentemente economico-aziendale. In questa prospettiva la CAO intende stimolare la riflessione sui cosiddetti “Fondi di Assistenza Sanitaria Integrativa”, perché venga sempre rispettato il **principio di appropriatezza nelle scelte terapeutiche nonché la libera scelta del medico** e della struttura evitando distorsioni dell'offerta, oggi non sufficientemente garantiti.

Lo spirito è quello di promuovere **un'odontoiatria non parcellizzata, ma ispirata a una visione d'insieme del paziente**, che sappia dialogare con le altre figure del percorso di cura, *in primis* i medici di medicina generale e pediatri.

Nel nuovo mandato proseguirà la fattiva **collaborazione** avviata dalla CAO con le istituzioni (Università, Enti locali, Regione) e le autorità (ATS, NAS, Magistratura). Un impegno istituzionale che vediamo costantemente condiviso con l'associazione di categoria più rappresentativa (ANDI), necessario anche per mantenere alta la vigilanza sul rispetto dei limiti alla manipolazione pubblicitaria promozionale e suggestiva nonché per contrastare fenomeni quali abusivismo e prestanomismo, sempre a **salvaguardia del diritto alla salute**.

Riforma del test di accesso a Odontoiatria: cosa aspettarsi?

Gianmario Fusardi

Presidente Commissione Albo Odontoiatri (CAO)

È ormai norma di legge la (tanto attesa?) riforma dell'accesso ai corsi di laurea delle professioni sanitarie a ciclo unico, segnata-mente al percorso accademico di Odontoiatria e Protesi Dentaria per quanto ci riguarda. La nuova

normativa supera il tradizionale test di ammissione, sostituendolo con un semestre-filtro aperto a tutti gli studenti, durante il quale dovranno superare alcuni esami caratterizzanti valevoli per la selezione finale.

“L'impatto della riforma dell'accesso ai corsi di laurea delle professioni sanitarie a ciclo unico si preannuncia notevole.

Da anni parte della pubblica opinione dibatteva sull'opportunità di modificare la forma del test di ingresso, ormai da tempo organizzato con graduatoria su scala nazionale, al fine di rendere la selezione più rispondente all'effettivo grado di motivazione, impegno e attitudine dello studente, non ritenendo i detrattori che un test di accesso basato su risposte multiple comprendente la logica e la cultura generale fosse coerente con queste esigenze.

Storicamente la figura del medico (odontoiatra o medico chirurgo che sia) si è sempre qualificata anche per un preciso ruolo. Pur lontanissimi i tempi che furono della figura dai tratti persino divino-soprannaturali prima, paternalistica e altera poi, il medico tuttavia ha sempre resistito come baluardo di scienza e dignità nel contesto socio-culturale, forte della sua propensione al metodo e rigoroso nella cura del suo prossimo e della sua comunità.

Personalmente non credo affatto che alla buona reputazione



e competenza del medico possa difettare una adeguata dose di pensiero logico e di cultura in senso lato, ma vorrei guardare più in profondità ammettendo che un semplice test di accesso mancato (per quanto ripetibile) possa suonare come una sgradita sentenza rispetto ai legittimi desideri di un giovane.

Il numero programmato non è stato e non sembra oggetto di discussione nemmeno per i più massimalisti, infatti, le pressanti esigenze formative anche pratiche dei professionisti sanitari e gli inevitabili limiti organizzativi rispetto ad una fruibilità illimitata depongono rigorosamente nella logica del suo mantenimento.

Le Università private, tuttavia, sfuggono a tale programmazione, già di per sé condotta a livello ministeriale con attenzione alla capacità formativa degli Atenei ma scarsa sensibilità verso le effettive esigenze di ricambio dettate dai saldi naturali fra nuovi laureati e professionisti che vanno in pensione o, banalmente, dal rapporto fra professionisti e popolazione.

Questo era e resta in sé il problema principale, poiché non esiste una questione di pleora odontoiatrica e non sussiste il tema di sostenibilità dei servizi odontoiatrici offerti dal SSN, che sono minimi rispetto alla domanda complessiva di salute orale e da rapportarsi a LEA molto restrittivi.

Alcuni Atenei privati, anche con entrate opache rispetto al decisore pubblico secondo quanto riportato da certa stampa, si sarebbero ben inseriti in questo contesto particolare cogliendo l'opportunità di aumentare a dismisura i posti disponibili, in



“ Se da un lato la riforma vuole essere garanzia di una selezione più equa, dall'altro c'è da interrogarsi sull'effettiva necessità di stravolgere il sistema.

particolare per il corso di laurea di Odontoiatria e Protesi Dentaria, dietro la corresponsione di rette annuali assolutamente gravose e tali da alimentare il sospetto di un vero e proprio business. Un fenomeno che già oggi pesa sulle tasche e sulle aspettative delle famiglie di provenienza degli studenti (quelle che possono permetterselo), mentre domani probabilmente peserà sul diritto alla salute della popolazione in termini di eccesso di offerta e di appiattimento della qualità delle prestazioni.

Contemporaneamente, mentre viene varato il primo dei decreti ministeriali che deve mettere a terra la riforma sancita dalla legge 14 marzo 2025, n. 26, le Università (pubbliche) che si troveranno a dover fronteggiare la nuova situazione fin dall'anno accademico 2025/2026 si preparano a un impatto che si prean-

nuncia notevolissimo in termini organizzativi e foriero di non poche criticità, visto che nessun sostanziale adeguamento occupazionale o infrastrutturale sarà possibile nelle more. Rimane solo il dubbio che, qualora il problema fosse stato inerente alle materie del test di ingresso, come per anni molti hanno lamentato, si potesse intervenire solo su quelle, senza stravolgere l'intero sistema...

I CASI CLINICI

di Renzo Rozzini

*"Il primo dovere del medico è chiedere perdono"**

È domenica mattina, sono le sette, rientro in ospedale dopo due giorni di assenza per un convegno. Vado direttamente in studio senza passare dalla corsia. Toglio le chiavi dalla toppa, segno convenzionale della mia presenza, per evitare che qualcuno bussi. Ugualmente poco dopo la porta si apre ed entrano i figli di una paziente che ben conosco, con loro nei giorni scorsi ho già avuto numerosi colloqui.

La madre, di 98 anni, ha problemi di dimissione. Ha goduto di un'invidiabile salute fino a tre mesi fa. Viveva sola e bastava una loro semplice supervisione per i lavori domestici pesanti, al resto pensava lei, alle spese, alla cucina, all'assunzione dei pochi medicinali: era autonoma.

Poi una polmonite, una caduta, ed è iniziata la discesa verso l'attuale condizione di dipendenza: tre ricoveri in tre mesi, non è più in grado di alzarsi dal letto, ha bisogno di tutto.

Loro, i figli, avrebbero voluto evitare la vergogna del ricovero in RSA, preferendo riportare la ma-

“Dall’insistenza allo smarrimento dei figli di pazienti sempre più anziani, all’impazienza che talvolta sconfina nella presunzione da parte di chi cura.

dre a casa, ma pure si sono resi conto della difficoltà oggettiva di questa ipotesi, sono entrambi ultrasettantacinquenni, avrebbero voluto che mantenesse l'ospedalizzazione fino al recupero della sua autonomia, come era prima di ammalarsi, ma l'ipotesi è impossibile, la paziente non ha né può avere una condizione fisica e psichica da permetterglielo. Insomma, i consueti problemi di una persona molto vecchia e ritenuta sana ricoverata in ospedale per una malattia acuta.

Non riescono nemmeno a salutare che, forse un po' spazientito, "chiederanno di prolungare il

ricovero", li travolgo con la litania della fragilità nella vecchiaia, cose a loro dette più volte nei precedenti incontri: la fragilità dei novantenni, il significato prognostico sfavorevole dei ricoveri ripetuti, i bisogni crescenti e critici dopo ogni ricovero, la necessità di aumentare l'assistenza a casa oppure del trasferimento in una residenza sanitaria, la cronica mancanza di posti letto, le beddanti, ecc., ecc.

Mi ascoltano per educazione, ma dopo poco uno dei due, il maschio, mi interrompe: "Dottore ci perdoni, speravamo di incontrarla, il motivo di questa vi-



* Dal film "Il posto delle fragole" di Ingmar Bergman

sita è diverso da quanto pensa; la mamma non ha più alcuna necessità di rimanere in ospedale, volevamo solo ringraziarla per la sua disponibilità ad ascoltarci quando gliel'abbiamo chiesto. Per noi sono stati giorni difficili-

li, si sono prospettate scelte alle quali non eravamo preparati, l'insistenza era dovuta al nostro smarrimento. Ci ha pensato la mamma a risolvere il problema, forse non l'ha saputo, ma è mancata ieri l'altro, ci hanno detto

che non ha sofferto, è morta nel sonno". Mortificato, abbozzo qualche inutile scusa, faccio le condoglianze e quando escono... provo vergogna della mia presunzione. ■



Onesto e retto

Sono 89, a fine marzo, se campo, saranno 90. La risposta è precisa. Mi ha chiamato la figlia perché da un mese le condizioni del padre sono drammaticamente scadute. È lei che mi accoglie e mi fa accomodare in cucina.

È inverno, la stanza non è sufficientemente riscaldata e nonostante la scarsa luce della giornata piovosa, non una luce è accesa. Sul tavolo, in bell'ordine, la documentazione clinica e i farmaci che prende.

Nell'ultimo anno ha avuto un ricovero in cardiocirurgia e un paio in cardiologia, poi è sempre stato attentamente seguito dal medico di famiglia. È lui che ha suggerito alla figlia di chiedere un mio parere.

Da molti anni vive solo e da un

“ Un incontro speciale. Quando il paziente esercita un'attrazione che porta ricchezza: la ricchezza di uno scambio che ripaga anche i possibili sacrifici della professione medica.

paio di settimane con una giovane badante. Fino a un mese fa ogni mattina andava al cimitero in bicicletta. Poi dopo una caduta accidentale in casa, non si è più fidato nemmeno di varcare il cancello del giardino.

La figlia è preoccupata, non ha

mai visto il padre in queste condizioni.

Prima di visitarlo voglio parlare. Si era preparato in camera per essere visitato sul letto, lo chiamano. Il passo è molto lento, è concentrato e non vuol correre il rischio di cadere.

Quando si siede inizio a raccogliere informazioni. Parla anche molto lentamente, così lentamente che ad una visita frettolosa si potrebbe considerare segno di iniziale disturbo neurocognitivo.

Invece ogni risposta è ponderata, chiara, non vuole lasciare, né lascia dubbi di interpretazione, sa quello che dice, comunica con rara precisione informazioni, pensieri e sentimenti.

Nella sua scarna e lucida precisione delle parole c'è insieme rispetto della figura del medico, c'è la dignità di una vita che saprà essere forgiata dalla disciplina del lavoro, operaio nel dopoguerra e poi caposquadra in una grossa industria, dalla povertà e dalla voglia del riscatto, dall'impegno sociale nella comunità, e temprata dalla sofferenza della perdita di un figlio e della moglie.

Il paziente esercita su di me un'attrazione che va oltre il suo essere tangibilmente solido in una quotidianità di relazioni volatili. È persona speciale ed è indubbio che richiami alla memoria rappresentazioni di affetti. Cerco di scacciare le emozioni proseguendo con la visita, la ricchezza che mi dà quest'incontro ripaga i possibili (rari!) sacrifici della mia professione. ■



Il ricordo dei medici che ci hanno lasciato

Professor Tito Giuseppe Bezante

Caro papà,

sei stato per noi un ottimo padre e per i tuoi pazienti un medico professionale, preparato, stimato ed attento. Per tutta la tua lunga vita Ti ricordo, sia in famiglia, sia nel lavoro, come un uomo forte e determinato. Da medico, Ti è stata chiara da subito la natura del Tuo male e le inevitabili conseguenze, anche legate alle Tue scelte.

Hai preso la Tua decisione in piena autonomia ed hai intrapreso il Tuo percorso con coraggio senza esitazioni o ripensamenti.

Ti voglio ricordare così. Che il Tuo coraggio illumini la mia strada.

Chiara Bezante e Famiglia



Professor Giampiero Carosi

Al mio maestro...

Correva l'anno 1978, quarto anno di medicina all'Università di Pavia, quando ebbi la fortuna di conoscere il Prof. Carosi, allora responsabile di un settore di degenza nella Clinica di Malattie Infettive dell'IRCCS policlinico San Matteo nonché professore straordinario di Malattie Tropicali della medesima Università e con il quale avrei frequentato i miei primi anni di tirocinante volontario con un duplice obiettivo: quello di conseguire un minimo di pratica clinica e soprattutto quello di poter aspirare alla richiesta di tesi al fine di conquistarmi l'ambito posto in specialità.

Arrivata la sudata e sofferta ammissione alla scuola di specialità, Carosi mi propose, anzi, a dire il vero, mi obbligò a frequentare per tutti i quattro anni il laboratorio di chemioterapia sperimentale. Questo voleva dire interrompere bruscamente il mio sogno di medico de-

dicato al paziente e di trasformarmi, invece, in "topo" di laboratorio, chiuso fra quattro mura a coltivare protozoi "in vitro" e a sperimentare nuovi chemioterapici. Ci vollero alcuni mesi per capire l'importanza di quella scelta, ma alla fine mi convinse che la ricerca applicata mi avrebbe comunque aperto la mente a conoscenze più ampie che un medico operativo in una clinica universitaria avrebbe dovuto possedere.

Ebbene, dai pianti ai sorrisi, perché proprio l'aver imparato a coltivare "in vitro" il plasmodio della malaria mi permise di iniziare la mia lunga esperienza di lavoro all'estero prima in Europa (Parigi) e poi in ovest e centro Africa.

Un primo grande progetto, finanziato dalla CEE cui fecero seguito altri, con le nuove esperienze non solo relative alla malaria (in oltre un decennio si è passati dall'Africa al sud est asiatico) ma pure i programmi di controllo delle Malattie a Trasmissione Sessuale che ci hanno portati dall'Africa continentale (Etiopia) alle isole dell'Oceano Indiano (correva l'anno 1996). E nel frattempo in questi anni e precisamente nell'ottobre 1987 il passaggio da Pavia a Brescia. Carosi, chiamato ad occupare la cattedra di Malattie Infettive presso l'Università di Brescia, mi propose di seguirlo nella sua nuova avventura ed io senza alcuna esitazione accettai la proposta con grande entusiasmo.

E fu questo uno dei momenti più belli della mia carriera, quando con il Professore ci proponemmo di contattare Francesco Castelli ed Alberto Matteelli, entrambi impegnati a lavorare su programmi dell'OMS, rispettivamente in Mali (1987) e a Tanzania (1989) per tentare di riportarli "all'ovile" e ricompattare quel gruppo che già aveva operato con grande efficacia ed in grande armonia presso la clinica universitaria di Pavia. Ricostruire lo zoccolo duro non fu semplice allora, ma i successivi sacrifici e anche le rinunce portarono a consolidare sempre di più quel gruppo, ampliato da nuovi innesti "ad hoc", e destinato a diventare un modello esemplare di scuola della quale il "maestro" Carosi è sempre andato molto fiero.

Ed infatti sotto la sua guida la scuola bresciana è cresciuta sia in ambito nazionale che internazionale in vari ambiti che, senza trascurare il tumultuoso dilagare

della infezione da HIV, abbracciava anche la medicina tropicale, le infezioni a trasmissione sessuale e verticale, la tubercolosi, le epatopatie infettive e la antibiotico-terapia.

Dalla clinica, alla prevenzione, alla sanità pubblica, la curiosità del Prof. Carosi era proverbiale e insaziabile. Curioso ed instancabile, era dotato di un carisma e di un fascino innato cui non hanno resistito generazioni di giovani studenti e collaboratori. Negli anni '90 è stato tra coloro che hanno introdotto in Italia la cultura del rigore delle sperimentazioni cliniche multicentriche in *Good Clinical Practice* e dell'elaborazione di linee guida secondo moderni criteri di *Evidence Based Medicine*.

Il Prof. Carosi è sempre stato un tenace promotore delle innovazioni e della trasmissione del sapere e della conoscenza. Nel corso della sua carriera ha infatti ricoperto il ruolo di Presidente della Società Interdisciplinare per lo Studio delle Malattie Sessualmente Trasmesse (SIMAST), della Associazione Nazionale di Parassitologia Medica e della Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT), oltre che Vice - Presidente della Società Italiana di Medicina Tropicale (SIMET) e componente della Commissione Nazionale AIDS e di Commissioni Tecnico-Scientifiche di AIFA e di EMA.

Negli ultimi anni della sua vita, dopo aver fondato e diretto la Fondazione Malattie Infettive e Salute Internazionale, ha dedicato il suo tempo a *Medicus Mundi Italia* – ONLUS e ora ETS di cooperazione sanitaria internazionale di cui è stato presidente per 12 anni dal 2012 al 2024, guidandola con dedizione, competenza e saggezza e facendola crescere promuovendo progetti in numerosi Paesi africani.

All'inizio del suo primo mandato da Presidente dopo un viaggio in Burkina in cui io stesso lo avevo accompagnato, scrisse: "La lezione che ho appreso e che vorrei trasmettere è che solo lavorando sul contesto, istruzione, igiene, sanità, formazione e sulla globalità delle patologie e solo trasferendo nel contesto le conoscenze e le metodologie appropriate, *Medicus Mundi* potrà continuare a fare un lavoro utile nell'approccio alla salute globale".

Il Prof. Carosi ha lasciato moltissimo a Pavia, a Brescia, in tutte le Società scientifiche in cui è stato attivo, nei giovani che ha cresciuto, in *Medicus Mundi* e in chiunque abbia avuto l'occasione di interagire con lui.

Persona di grande fascino e carisma, era capace di dialogare con i potenti e con gli umili con il medesimo rispetto traendone uguali insegnamenti.

Era uno dei rari uomini capaci di far coincidere gli obiettivi dei singoli con quelli del gruppo, con una saggia selezione dei collaboratori, lo stimolo della competitività leale tra questi, ma soprattutto con la creazione di uno spirito di corpo, e tutti noi gli dobbiamo essere grati per averci consentito di esprimere le nostre opinioni e averci sempre ascoltato. Io come tutti gli allievi che lo hanno seguito o hanno collaborato con lui, ma anche coloro che lo hanno soltanto conosciuto, dob-

biamo considerarci dei veri privilegiati.

Certamente lascia un vuoto anche nella vita personale e familiare di molti di noi cui spetta, oggi, essere degni dei suoi grandi insegnamenti.

Buon viaggio Professore

Silvio Caligaris



Dottorressa Federica Etori

La nostra cara Dottorressa Federica Etori è stata per tanti anni responsabile dell'Emodinamica del nostro Ospedale Civile. Per ricordarla degnamente basterebbe ricordare che ha materialmente salvato la Vita a migliaia di bresciani ed anche di non bresciani, intervenendo nelle fasi acute e acutissime di infarti miocardici devastanti, mediante la rapida riapertura delle loro coronarie occluse. Ma Federica era molto di più: era proprio il classico medico di una volta e arrivava in qualsiasi momento, anche se non era in turno di reperibilità. Era sempre disponibile e gentile nei confronti dei pazienti e dei colleghi. Se esistesse una definizione di "angelo in terra" per Lei era sicuramente appropriata. Cosa testimoniata da una grande quantità di persone. In un semplice post di ricordo dedicato a Lei su Facebook e sul gruppo del Civile, c'è stata la partecipazione di oltre 700 persone, con messaggi talora toccanti e significanti.

Ne ho raccolto qualcuno:

"La sua dedizione ad ogni singolo paziente ed in ogni momento del giorno, di cui noi tutti siamo stati testimoni, diventino un modello per i giovani colleghi".

"Nelle urgenze diventava un "caporal maggiore", ognuno veniva collocato al proprio posto e bisognava far andare alla svelta le mani: il paziente assolutamente doveva tornare dai suoi cari. Alla fine, dava sempre i suoi ringraziamenti a tutta l'equipe".

"Mio marito è proprio uno di quelli a cui ha salvato la vita. Le saremo sempre grati. Era il 1995".

"Sei stata una bravissima cardiologa, ma soprattutto ci hai insegnato che si può amare profondamente il proprio lavoro".

"Con mantellone e bicicletta ad ogni ora del giorno e della notte, rinunciando anche a dovute vacanze nelle grandi solennità per offrire un'occasione di giorni liberi e sereni ai colleghi più giovani (... "loro hanno famiglia" diceva spesso)".

Paolo Gei



Dottor Paolo Faccoli

Al caro Dott. Paolo Faccoli

Il rispetto per la Persona era la prima cosa che notavi in Paolo. Un signore, mio cognato Paolo, lo sanno bene i suoi pazienti "...ti dava sempre un aiuto senza doverglielo chiedere..." e così si metteva sempre in prima persona coinvolgendo i Colleghi, dei quali era sempre entusiasta.

In questi anni, seppur minato da un male incurabile, di cui era pienamente conscio, non ha mai fatto pesare ad alcuno il suo stato, la sua sofferenza, anzi, ha continuato da buon medico quale era ad occuparsi dei suoi pazienti e dei suoi famigliari.

Fiducioso e forte della competenza dei suoi Colleghi che lo stavano curando, non ha mai perso occasione per elogiarli...i suoi amici, Prof. Portolani, Dott. Adolfo Vigasio, Dott. Giovanni Rangoni, Dott. Lorenzo Comini, Dott. Massimo Ghidinelli, compagni di vita, di Università, di professione, sono stati per lui grandi punti di riferimento. La moglie Rita, i suoi ragazzi Franco, Giulia e i nipotini lo hanno sostenuto fino alla fine.

Anche io ho avuto la fortuna di viverlo, Paolo, per il tempo che il Signore ce lo ha lasciato.

Tuo cognato GB Riviera



Dottor Franco Previdi

"Dedizione assoluta per la famiglia e per il proprio lavoro, il ricordo rimarrà indelebile". Famiglia e lavoro erano i capisaldi di mio padre.

Medico di base in Toscolano Maderno all'inizio e a Gargnano per la parte preponderante della sua carriera sino alla pensione, membro della Commissione Invalidi di Salò anche dopo la pensione e, da ultimo, medico presso la RSA di Tignale.

Una vita per il lavoro. Esercitava oltre i consueti orari di servizio, sempre disponibile anche sabato e domenica, anche presso la propria abitazione. La comunità di Gargnano e non solo lo ha ricordato con grande affetto e cordoglio.

La famiglia il secondo aspetto (il più importante) della sua vita, per la quale si è sempre speso per garantire serenità e stabilità oltre ogni ostacolo e preoccupazione.

Il figlio Carlo Previdi



Dottor Camillo Rossi

Seduto al pianoforte nell'atrio dell'ospedale Civile mentre suona, in una delle sue rare e indimenticabili esibizioni. Mi piace ricordarlo così Camillo Rossi, partendo dalle sue passioni – la musica, la buona cucina, le relazioni umane – che sapeva centellinare per gustarsi le cose belle della vita. Forse perché era consapevole, più degli altri, che il tempo è breve e la precarietà è parte ineludibile dell'esistenza.

È stato un clinico notevole, specializzato in Pediatria e in Igiene. Aveva il dono di un'intuizione clinica non comune, dovuta anche alla sua esperienza della malattia, una patologia cronica che lo ha accompagnato fin dalla nascita e che gli ha dato una sensibilità clinica più acuta della media, un coinvolgimento più attento e la capacità di soffermarsi sui particolari.

Questo bagaglio clinico ha fatto la differenza anche nel suo ruolo dirigenziale, insieme a una solida base culturale e a uno sguardo che andava oltre, per confrontare modelli organizzativi diversi, cogliere le innovazioni in divenire, risolvere le problematiche organizzative sul fronte ospedaliero. Un'apertura che lo aveva portato a far parte della Società italiana di leadership e management in medicina, di cui era vicepresidente vicario.

Quando nel 2019 ho assunto la direzione generale degli Spedali Civili di Brescia, ho scelto lui come direttore sanitario, perché ero consapevole che per governare il più grande ospedale della Lombardia doveva essere accompagnato da chi aveva una solida esperienza dirigenziale. Camillo Rossi aveva lasciato un segno importante all'ospedale di Cremona, dove era stato per molti anni direttore sanitario e poi direttore generale.

Con lo scoppio della pandemia, nel 2020, le intuizioni del dottor Rossi sono state determinanti per gestire la prima fase Covid, la più dura per Brescia. Quando ancora non ci si sapeva come muovere e si inviavano i campioni biologici allo Spallanzani di Roma per i pazienti Covid, lui, in totale anticipo e andando controcorrente, suggerì di chiudere gli ambulatori. Una lungimiranza formidabile che portò anche all'immediata chiusura della mensa ospedaliera, a isolare una Terapia intensiva e a bloccare gli accessi in Pronto Soccorso allestendo un'apposita area Triage.

Quei primi 4-5 giorni hanno fatto la differenza. Senza la sua capacità di guardare nell'ignoto, cogliere i pochi indizi disponibili e leggerli con più acutezza degli altri, avremmo sbandato, come accaduto in altri territori.

Forse in quei momenti a orientarlo è stata anche la percezione del pericolo che sentiva su di sé, per la malattia che gli rivelava le fragilità e i rischi del contagio. Anche questo contribuisce a quell'"intelligenza affettiva" che ci fa capire le cose con più pienezza quando ci interessano davvero. Una cosa è infatti l'og-

gettività, che lui ha sempre conservato, un'altra saper mettere a fuoco meglio ciò che accade, grazie alla forza di un interesse e della partecipazione.

Fiero delle sue origini abruzzesi, poco amante della ribalta, Camillo Rossi era un uomo con capacità di relazione notevole. Nell'interlocuzione con i primari sapeva tradurre molto bene i bisogni, preferendo il dialogo per risolvere i conflitti alle decisioni più aggressive.

Profondamente convinto che la sanità è fatta da tutte le professioni sanitarie, è stato tra i fondatori dell'associazione Medicina e Persona, pensata come uno spazio inter-professionale fra medici, infermieri, educatori, operatori.

Proprio in Medicina e Persona ci eravamo conosciu-

ti, molti anni fa. Fra noi è nato prima un rapporto di stima, diventato amicizia quando abbiamo lavorato insieme a Brescia. E nel coltivare l'amicizia lui sapeva essere più tenace di me.

La malattia non aveva frenato le sue ambizioni, ma gli aveva conferito una sensibilità forte. E con la consapevolezza della vulnerabilità di ciascuno, una ricchezza umana speciale.

Marco Trivelli

Direttore Generale ASST Lecco



Professor Augusto Preti

Il prof. Augusto Preti non era medico, ma ha contribuito in modo importante allo sviluppo della Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Brescia, di cui è stato Magnifico Rettore per diversi mandati. Lo ricorda il prof. Roberto Bresciani, docente di biochimica e suo stretto collaboratore.

Augusto Preti, classe 1941, si è laureato nel 1965 in Scienze biologiche alla Facoltà Scienze Matematiche, Fisiche e Naturali dell'Università degli Studi di Milano. Nel 1980 assume il ruolo di Professore ordinario di Chimica biologica presso il medesimo Ateneo. Nel 1982 esercita l'opzione di trasferimento presso la nascente Università degli Studi di Brescia dove nel 1983 viene eletto primo Rettore dell'Ateneo bresciano. Il suo instancabile impegno per la crescita dell'Università cittadina viene riconosciuto (e premiato) dalla comunità accademica che lo rielegge nella carica di Magnifico Rettore per i successivi sette mandati. Negli anni è stato anche Direttore della Scuola di Specializzazione in Biochimica clinica e Coor-

dinatore del Dottorato di Ricerca in Biotecnologie cellulari e molecolari applicate al settore biomedico dell'Ateneo bresciano. Conclude il suo impegno accademico nel 2010.

L'impegno scientifico del Prof. Augusto Preti è stato prevalentemente incentrato nell'ambito della neurochimica e in particolare allo studio del metabolismo dei sialo-glico-coniugati. Il rigore scientifico e la sua onestà intellettuale sono sempre state le cifre della sua personalità anche in ambito scientifico e un importante insegnamento per tutti i suoi collaboratori.

Il Prof. Augusto Preti è stato guida ed esempio anche per i numerosissimi studenti che hanno avuto il privilegio di averlo come docente di Biochimica della Facoltà di Medicina e Chirurgia ma anche per i tanti studenti dell'Università che hanno avuto il privilegio di interagire con lui anche nella veste di Rettore. Coloro che l'hanno conosciuto lo ricorderanno in particolare per le sue doti umane e di dialogo, rispettoso di ogni interlocutore.

Augusto Preti è stato il pilastro su cui si è fondata e sviluppata l'Università di Brescia. La sua visione lungimirante ha consen-

tito all'Università di raggiungere importanti traguardi scientifici e culturali con importanti ricadute nella società bresciana. È stato promotore della realizzazione del Campus Nord dell'Università dove sono situate le Facoltà di Medicina e Chirurgia e di Ingegneria, ma soprattutto dell'acquisizione e recupero di importanti edifici storici del centro cittadino dove sono situate le Facoltà di Economia e di Giurisprudenza. Il suo obiettivo, pienamente riuscito, era infatti l'integrazione dell'Università con il tessuto urbano e la cittadinanza tutta. Per fare di Brescia una città universitaria anche a misura di studente ha realizzato e recuperato strutture per realizzare alloggi, mense e sale studio e lettura.

Il suo senso del dovere, la sua visione lungimirante, il suo instancabile impegno e la passione verso l'Università di Brescia e la comunità accademica, il personale amministrativo e gli studenti hanno lasciato il segno in tutti coloro che l'hanno conosciuto. Un segno che rimarrà per sempre, così come è stato spesso definito il Prof. Augusto Preti: Rettore per sempre.

Prof. Roberto Bresciani

Dottor Tiziano Zambolin

Quando la moglie del Dottor Zambolin, “Zambo” per i colleghi, ci ha chiesto di scrivere qualcosa per ricordarlo, ho pensato che fosse una cosa giusta. Perché chi lavora in ospedale ci passa la vita e spesso il tempo trascorso con i colleghi, almeno in termini quantitativi, è più di quello riservato ai familiari.

Il vissuto con Zambo è stato veramente tanto, lungo e largo! Quando sono arrivata in reparto Zambo era già un punto di riferimento ma la pensione era ancora fuori dai suoi pensieri, troppo lontana e nemmeno ancora contemplata. È stato un lungo viaggio, bello. Come tutte le cose non perfetto, solo il Signore, che adesso se lo sta sopportando, sa quanti erano i suoi difetti!

Ma esattamente come dopo un bel viaggio, la memoria delle cose negative sbiadisce per lasciare spazio solo ai ricordi più sereni.

Tutti, ma proprio tutti, quelli che hanno incrociato Zambolin, i colleghi, gli infermieri, il personale ausiliario, i pazienti, i parenti, i portinai, tutto il “mondo ospedale” lo ricordano per la sua vivacità, per la sua capacità di accompagnare i pazienti con dedizione e sensibilità, per il rispetto verso il prossimo, per l’entusiasmo con cui coinvolgeva i più giovani, la sua competenza e umanità, le sue debolezze e la sua resilienza. Tutte caratteristiche mantenute nella propria malattia.

Dopo la sua morte a tutti son tornati in mente aneddoti con lui protagonista. Perché a Zambo sono legati anche ricordi di grasse risate: lui che parte per un congresso con il bagagliaio aperto domandandosi per ore da dove venisse il vento, lui che aveva uno dei primi navigatori con voce italiana ma accento russo, lui

il “veneto”. Solo in veneto si esprimeva e si arrabbiava con chi rispondeva in bresciano, sostenendo di non capire. Ormai per tutti noi il rene è il *rognon* e il dito è il *deo*.

Zambo era orgoglioso, apprezzava e si commuoveva per ogni forma di affetto e riconoscenza nei suoi confronti. Per anni si è fatto ripetere la storia del paziente musulmano che disse: “dopo Allah Zambolin”, o quella della paziente che aprendo gli occhi dopo l’anestesia esclamò: “Quando ho visto il suo viso, ho pensato fosse il Signore”.

Era incontenibile! Prima di una difficile nefrectomia disse alla giovane paziente: “Non ho dormito niente pensando al suo intervento!” (Ora la paziente, poi diventata amica, gode di ottima salute). Per la sua grande e faraonica festa di pensionamento, mai realizzata appieno a causa del Covid, si era messo in testa di fare il karaoke. Io e lui facevamo le prove per il duetto di “Vivo per lei”. La sua versione di Bocelli era inscitolabile, non prendeva una nota, né una parola e nemmeno il tempo, ma era un’esibizione eccezionale.

Ecco, Zambo mi manca, a volte ho ancora l’istinto di sentirlo per un consiglio o una rassicurazione, non solo per la sua professionalità, ma anche per la sua leggerezza, per la capacità di stemperare nel sorriso giornate spesso convulse e stressanti.

*Alessandra e tutti quelli che hanno contribuito
con un ricordo scritto o a voce*



L’Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Brescia
ricorda con rimpianto i Colleghi deceduti recentemente

Prof. Romano Airò	Dott. Ferdinando Di Noto	Dott. Franco Previdi
Dott.ssa Domenica Armanini	Dott. Paolo Faccoli	Dott. Camillo Filomeno Rossi
Dott. Fabrizio Bertolini	Dott.ssa Pierangela Flocchini	Dott. Sergio Salvi
Prof. Tito Giuseppe Bezante	Dott. Danilo Gervasoni	Dott. Tiziano Zambolin
Prof. Ernesto Bonera	Dott. Demetrio Iaria	
Prof. Giampiero Carosi	Dott.ssa Letizia Masseroli	

ed esprime ai loro familiari le più sentite condoglianze

Con il contributo di tutti



Il “Cantiere Sanità” è aperto, su scala nazionale come nella nostra realtà locale. A tutti i livelli, da quello organizzativo e contrattuale, con il tema dell’integrazione tra ospedale e territorio come filo rosso sul quale ridisegnare e rendere operativo un nuovo modello di sanità, a quello più operativo delle ristrutturazioni fisiche e funzionali degli ospedali – degli Spedali Civili ma non solo – a quello più estesamente culturale e sociale.

L’immagine di copertina per questo numero che inaugura la nuova stagione del rinnovato comitato di redazione parte così da una suggestione: in questo cantiere, qual è il ruolo atteso per la nostra professione? E con quali aspettative ci avviciniamo ad esso? Affezione e disaffezione sono le due facce di una stessa medaglia che prevede passione e investimento personale, ma anche il rischio di disillusione o scoramento.

La ricetta, allora, forse è ancora una sola: portare tutti il proprio contributo come forma di partecipazione alla costruzione di un futuro che ci appartenga. Se davvero ci teniamo.

Raffaele Spiazzi





**L'Ordine dà il benvenuto
ai 221 giovani medici e odontoiatri**
che hanno prestato il giuramento ippocratico
in occasione dell'assemblea annuale del 6 aprile



Buon inizio a tutti!

