



Siamo tutti fragili

***Riflessioni sulla fragilità del sistema sanitario,
degli operatori e dei pazienti***

Primo piano

- Elementi culturali e antropologici della fragilità

Responsabilità Medica

- Le novità normative di Filippo Anelli

Testimonianza

- Carlo Mosca: "I tre anni che non dimenticherò"

Sondaggio

- La riforma della sanità lombarda: il parere dei medici bresciani

IN QUESTO NUMERO

EDITORIALI

La fragilità che appartiene a ciascuno di noi
di Germano Bettoncelli3

**Riconoscere le fragilità per rafforzare
gli operatori e il sistema sanitario**
di Angelo Bianchetti.....5

PRIMO PIANO

Elementi culturali e antropologici della fragilità
di Fabrizio Ascoli.....7

LA FRAGILITÀ DEL MEDICO

Il medico è “fragile” di fronte alla legge?
di Germano Bettoncelli.....10

**Colpa professionale medica:
il tempo della responsabilità condivisa**
di Filippo Anelli.....11

Navigare nella complessità del rischio sanitario
di Marzia Vassalini.....15

**I tre anni che non dimenticherò.
Di processi, buio e rinascita**
Intervista a Carlo Mosca a cura di Germano Bettoncelli,
Angelo Bianchetti e Lisa Cesco.....18

LA FRAGILITÀ DEL SISTEMA SANITARIO

**Fragilità della medicina territoriale:
la prospettiva dei medici di medicina generale**
di Maria Elisa Alessi.....22

**L'ospedale è un organismo unico:
i lati deboli si curano insieme**
Intervista a Cristiano Perani a cura di Lisa Cesco.....25

LA FRAGILITÀ DEL PAZIENTE

La fragilità degli anziani
di Alessandra Marengoni e Gaetano Aloisi.....28

Curare il bambino
di Giuseppe Riva.....31

**La cronicità fra ospedale e territorio:
una sfida aperta**
di Umberto Valentini.....34

Riflessioni sulla gestione della cronicità sul territorio
di Dario Palini.....37

LE POSSIBILI SOLUZIONI DELL'IA

**La leva e la mappa:
manovrare l'IA nel mondo sanitario**
di Alberto Signoroni.....39

✱ *L'illustrazione è spiegata
in 3ª di copertina*

Siamo tutti fragili
Raffaele Spiazzi



**IA nel quotidiano del MMG: strumenti innovativi
per diagnosi, formazione e governance clinica**

di Gerardo Medea.....43

L'INTERVISTA

La disinformazione ci rende fragili. L'antidoto?
Conoscenza e fiducia
Intervista a Umberto Gelatti a cura di Lisa Cesco.....46

IL SONDAGGIO

**La riorganizzazione della Sanità in Lombardia:
integrazione Ospedale-Territorio,
Case di Comunità, Distretti**
a cura di Angelo Bianchetti.....49

LA VOCE DEGLI ODONTOIATRI

**ECM e radioprotezione: quali novità in vista
della fine del triennio formativo**
di Gianmario Fusardi.....54

LA FINESTRA SUL MONDO

Tempo di crisi. Tempo di opportunità?
di Gianpaolo Balestrieri.....56

STORIE DI PAZIENTI

Casi clinici
di Renzo Rozzini.....58

INIZIATIVE CULTURALI

**Rassegna “Dalla scienza alla creatività. Medici scrittori”
e non solo**
di Annalisa Voltolini.....60

RICORDI

**Professor Attilio Gastaldi · Professor Flavio Terragnoli ·
Dottor Oscar Vanoni.....62**

I POMERIGGI DELLA MEDICINA

**Il ciclo di incontri al traguardo
della decima edizione.....66**

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.

La fragilità che appartiene a ciascuno di noi



Il Presidente Germano Bettoncelli

Il medico, per intrinseco ruolo professionale, si occupa della fragilità dei suoi pazienti, di volta in volta rappresentata da una compromissione d'organo o della sfera psichica, talora da entrambe.

In realtà la condizione di fragilità è una componente ineludibile nella vita di ciascuno di noi, in questo senso, potremmo pensare, potenzialmente riequilibratrice di quella asimmetria relazionale che caratterizza normalmente il rapporto medico-paziente.

Si consideri ad esempio la fragilità che connota l'età anziana, un'epoca della vita cui tutti naturalmente anelano e che sperano di raggiungere e di vivere al meglio, pur consapevoli di quanto, in tale fase dell'esistenza, spesso si possa incontrare la solitudine, l'indifferenza, lo straniamento, l'angoscia della morte. Ma prima ancora non esiste forse una condizione di fragilità che appartiene anche all'età giovanile? Si pensi all'adolescenza con la sua proiezione straordinaria verso il sogno di sconfinati orizzonti della vita e nel contempo accompagnata da insicurezza, incerta percezione e consapevolezza di sé, al punto talora di scivolare verso terribili abissi di sofferenza psicologica.

Dunque, la fragilità ha a che fare con esperienze fonamen-

tali di ogni età della vita di ogni donna e uomo, a volte con aspetti condivisi e assimilabili, a volte in modi del tutto particolari e originali. Infatti, la fragilità è una condizione che appartiene alla vita, ne costituisce un tratto esistenziale e in quanto tale non può essere ignorata, piuttosto essa pretende che le si rivolga lo sguardo, di essere compresa, ci propone un costante confronto in cui si misura la distanza tra le nostre aspirazioni e le nostre reali possibilità. In fondo un percorso di salvaguardia che eviti, proprio grazie a questa condizione di fragilità, di incorrere in eventi di frammentazione della nostra integrità, verificando il possesso delle risorse utili a reagire a talune circostanze, per poter riprendere il nostro cammino nella vita.

Proprio il medico, per la sua conoscenza dell'essere umano, della sua complessità corporea, con la delicatezza delle strutture e dell'armonia dei processi fisiologici che consentono la vita, dovrebbe non essere estraneo a tali riflessioni. Soprattutto direttamente sperimentando nella sua professione cosa accade quando la nostra complessità viene messa alla prova nella relazione con il mondo che ci circonda e nel rapporto con gli altri esseri umani, in un contesto che moltiplica all'infinito i rischi e i modi più disparati di compromissione della propria integrità. Ogni medico ha conosciuto il momento in cui una sua parola, una sua frase, magari sfuggita con leggerezza, ha prodotto effetti devastanti in un pazien-



Tina - stock.adobe.com

te nel quale è stato toccato un punto di sensibilità o di precario equilibrio e proprio per questo straordinariamente critico per quel soggetto, in quella fase della sua vita. Perché non è stato compreso il momento di particolare suscettibilità, vulnerabilità, preoccupazione, disperazione, attese inesprese appartenenti a quella persona. E per contro il medico conosce, dovrebbe conoscere, anche lo straordinario potere terapeutico delle parole e il valore del gesto, dell'espressione, dello sguardo. E del silenzio. Con le risonanze emozionali che da tutto ciò possono scaturire.

Ma se, come si diceva, la fragilità rappresenta una qualità comune, intrinseca all'essere umano, è evidente che essa non può che appartenere anche al medico. Si tratta di una connotazione che attiene alle caratteristiche psicofisiche del medico in quanto persona, ma che attinge anche in modo significativo al riflesso che scaturisce dalla professione svolta, con la singolarità e unicità propria della relazione medico-paziente. Forse pochi o nessuno, come il medico, nel confronto con il proprio paziente ha l'opportunità di scrutare l'interiorità dell'animo, le ansie, le incertezze, le fragilità talora esplicite, talora mascherate. E in questa relazione è inevitabile il rispecchiare sé stesso, con le proprie incertezze, dubbi, fragilità. La propria solitudine, nel momento decisionale, in quello dell'errore, dello smarrimento per l'immensità della medicina moderna e delle incombenti responsabilità che derivano dal proprio ruolo. Ecco talora che l'indisponibilità del medico a considerare e ad acco-

“ Talora l'indisponibilità del medico a considerare e ad accogliere la risonanza e la profondità del vissuto del paziente traduce l'inconsapevole incapacità o il rifiuto del confronto anche con sé stesso e con le proprie fragilità.

gliere la risonanza e la profondità del vissuto del paziente traduce l'inconsapevole incapacità o il rifiuto del confronto anche con sé stesso e con le proprie fragilità. Da qui l'emergere di modelli relazionali basati sui tecnicismi di linguaggio, contingentamento dei tempi, distacco emozionale. Da qui il disagio, l'insoddisfazione, la delusione dei pazienti e il rimpianto del medico di un tempo, magari idealizzato, un medico pur povero di mezzi ma ricco di sensibilità empatica.

Certo l'evoluzione della società moderna ha contribuito alla trasformazione del rapporto medico-paziente, imponendo il primato della tecnica che ha finito con sostituire il rapporto tra uomo e uomo con quello uomo-macchina, ponendo al centro del processo di cura proprio la macchina al cui esclusivo servizio sono oggi spesso sia il medico che il paziente e tutto quanto gira loro attorno. In tale contesto allora come riesce il medico a considerare la solitudine dell'ammalato che a lui si rivolge, di un uomo spesso impreparato a combattere non solo contro una grave malattia, ma anche contro l'indifferenza della nostra società, che si crogiola spesso nella falsa illusione che la malattia, il dolore – e ancor più la morte – siano eventi che toccano

solo la vita degli altri e mai la nostra. Come non percepire la propria fragilità di medico al cospetto di una società che divinizza il mito della salute, dell'eterna giovinezza, del camuffamento giovanilistico della vecchiaia. E che chiede al medico di essere ogni giorno compiacente e all'altezza di questi miti insensati. Come non percepire il rischio di compromissione delle proprie convinzioni scientifiche fondamentali a fronte della loro quotidiana messa in discussione e tentata falsificazione da parte di ciarlatani e imbonitori. Quei principi cui proprio durante la tragedia COVID i medici, la maggior parte, si sono afferrati per resistere all'onda travolgente di un evento che ha messo in discussione certezze cliniche e organizzazione del sistema. Riscoprendo l'importanza e il valore dell'unità, della solidarietà tra professionisti, nella collaborazione, nella condivisione di valori riscoperti perché forse per un po' dimenticati, ma in realtà dentro di noi pur sempre esistiti. Per questo la consapevolezza della fragilità del nostro paziente, che è anche la nostra di medico, quando non ci è dato il giusto riconoscimento o di essere perdonati, può trovare sollievo nella consapevolezza che grande è la ricerca del bene attraverso la cura di chi al medico si rivolge. ■

Riconoscere le fragilità per rafforzare gli operatori e il sistema sanitario



Il Direttore **Angelo Bianchetti**

La cronaca ci presenta quotidianamente situazioni che mettono in luce le difficoltà del sistema sanitario, che secondo molti non è più in grado di assolvere i compiti assegnati dalla Costituzione, dalle leggi che ne derivano e dai principi deontologici. Difficoltà di accesso ai servizi, crisi di interi settori (in primis la medicina del territorio e quella di emergenza-urgenza), costi sempre in aumento e insufficienza di investimenti pubblici adeguati, insieme a una crescente privatizzazione del sistema, sono solo alcuni degli elementi di maggiore criticità.

Con questo numero di *Brescia Medica* abbiamo voluto soffermarci sulla fragilità del sistema sanitario, degli operatori e dei pazienti, perché solo rafforzando

il sistema e chi vi opera sarà possibile affrontare e superare le situazioni di crisi.

Se la “fragilità” – come ci ricorda Asioli nel suo articolo – è una caratteristica intrinseca dell’umanità, motore che ci spinge alla solidarietà e quindi alla base stessa di ciò che oggi chiamiamo sistema sanitario, è indubbio che gli operatori sanitari siano esposti a numerose e diverse situazioni di crisi, che mettono allo scoperto la fragilità che condiziona la vita delle persone e l’operare dei singoli e dell’intero sistema.

In questo numero di *Brescia Medica* ospitiamo il contributo del Presidente della FNOMCeO, Filippo Anelli, su un tema complesso ma centrale nella defini-

zione della fragilità degli operatori: la colpa professionale medica. Riprendiamo un’affermazione importante: *“L’errore, in medicina, è inevitabile. Ma può diventare un’occasione preziosa se affrontato con onestà, trasparenza e spirito di miglioramento. Serve una cultura dell’errore che non sia punitiva, ma formativa. Che non isoli il medico, ma lo sostenga. Che non cerchi il colpevole, ma le cause sistemiche”*.

Questa visione rappresenta un punto di svolta. I giovani medici e tutti gli operatori dovrebbero essere formati a gestire l’errore; i sistemi sanitari dovrebbero essere orientati a sostenerli e, in un’alleanza virtuosa con i media, si dovrebbe combattere la cosiddetta “sindrome della se-

“ Nessuna legge, nessuna riorganizzazione e nessuna innovazione tecnologica saranno sufficienti se non torneremo a una vera alleanza sociale.





conda vittima". In questo numero ospitiamo anche un'intervista a un collega che ha sperimentato come, in realtà, la società sia spesso più interessata a trovare un "colpevole" che a capire come eventuali errori (se ci sono) si siano sviluppati e come prevenirne altri.

La fragilità del medico e degli operatori sanitari si manifesta non solo di fronte alla legge (si tratta di casi estremi), ma anche quotidianamente di fronte alle difficoltà poste dal paziente complesso, a un sistema sanitario non sempre organizzato in modo adeguato a sostenere il lavoro del professionista, e a una società

che, spinta talvolta dai media e dalla cosiddetta "rete", non fa altro che enfatizzare colpe presunte e diffondere giudizi che non ammettono discussioni o appelli.

Eppure, vi sono modelli virtuosi, esempi di buon funzionamento del sistema sanitario – ne riportiamo alcuni significativi – e crediamo che lo sviluppo della tecnologia possa essere di aiuto (in questo numero ci soffermiamo in particolare sulle potenzialità e sui limiti dell'intelligenza artificiale).

Tuttavia, nessuna legge, nessuna riorganizzazione e nessuna innovazione tecnologica saran-

no sufficienti se non torneremo a una vera alleanza sociale: un patto in cui medici, operatori sanitari e cittadini si confrontino nel rispetto reciproco, condividendo obiettivi comuni e valori fondamentali come lealtà, solidarietà e rispetto.

È per questo che vogliamo dare il nostro contributo come comunità professionale. Crediamo che il dialogo e il confronto siano il primo passo per ricostruire la fiducia e la forza di un sistema di cui dobbiamo andare fieri e che, nonostante tutto, rimane il cuore pulsante della nostra società, nonché un modello ammirato da altri Paesi. ■

Elementi culturali e antropologici della fragilità

Fabrizio Ascoli

Psichiatra e psicoterapeuta

Introduzione

Fragilità e caducità dell'uomo sono temi fondamentali di tutte le religioni e argomenti presenti in tutte le culture, anche molto diverse fra loro, che si sono sviluppate sulla terra. Eppure, nonostante l'ubiquità di questo messaggio, il richiamo ad una caratteristica intrinseca dell'umanità ha spesso suscitato negli uomini in carne ed ossa una certa riluttanza ad accettarla e, in certi periodi storici, addirittura una sua negazione.

Nella cultura occidentale il significato di fragile è contaminato dalla sua derivazione latina. Il verbo frangere significa spezzarsi, rompersi. Dunque, una connotazione negativa che rimanda alle caratteristiche di debolezza, vulnerabilità e finitezza. Tuttavia, accanto a questa accezione ne coabita un'altra, che allude al valore di certi oggetti fragili (ad es., una porcellana) e anche a quello della sensibilità, della capacità di emozione e della flessibilità, caratteristiche che hanno a che fare col mantenimento del proprio equilibrio interiore e – fatto tutt'altro che irrilevante – di quello con i nostri simili.

Cultura sociale e influenze sulle concezioni dell'uomo e della fragilità

Nella concezione corrente, fragilità e forza vengono contrapposte. È piuttosto diffuso lo stereotipo dell'uomo forte che personifica solidità, resisten-

“È più probabile la distruzione di un sistema rigido, anche se robusto, piuttosto di quello dotato di adattabilità, che garantisce una maggiore sopravvivenza.

za, stabilità, capacità di autocontrollo su emozioni e paure. Tuttavia, gli elementi costitutivi di questo modello (rigidità, staticità, inflessibilità) sono condizioni poco idonee dal punto di vista evolutivo e inadatte a misurarsi con i complessi meccanismi di



antishock - stock.adobe.com

“ Il mito che impregna la nostra cultura, quello dell’uomo che sa bastare a sé stesso, contribuisce ad aumentare un disagio che è molto diffuso.

interazione tra uomo e ambiente e nelle relazioni con i nostri simili che richiedono, al contrario, plasticità. Darwin (1859) ci ha fatto notare che per la sopravvivenza e l’evoluzione della specie, risultano molto più adeguate caratteristiche - capacità di adattamento, malleabilità, disponibilità al cambiamento - che sono antitetiche all’immagine convenzionale dell’uomo forte. È intuitivo come possa essere più probabile la distruzione di un sistema rigido, anche se robusto, piuttosto di quello dotato di adattabilità, dote che garantisce una maggiore sopravvivenza.

La cultura che domina il nostro tempo, chiamata post-moderna, nasce dalla crisi delle concezioni della modernità che si basavano su un insieme di ideologie (anche molto differenti tra di loro: il positivismo scienziato, il nazi-fascismo, il comunismo

e altre) che proponevano – tutte - una visione della realtà onnicomprensiva, verso la quale la post-modernità mostra invece una totale sfiducia. In assenza di valori di riferimento forti, ciò che oggi viene esaltato è il singolo, la sua opinione e il suo diritto ad autodeterminarsi. Non può stupire che trovando valorizzazione l’individualismo e la soggettività - parallelamente - risultino indeboliti i rapporti sociali e famigliari, con conseguente crisi delle strutture su base relazionale di cui è composta la collettività (famiglia in particolare).

Paradossalmente, proprio il mito che impregna la nostra cultura, quello dell’uomo che sa bastare a sé stesso, contribuisce ad aumentare un disagio che è molto diffuso. Alcuni hanno indicato nella fragilità e nell’incertezza le caratteristiche peculiari dell’epoca postmoderna (Bauman, 2000). Oggi si evidenziano nuove fragilità o – meglio - fragilità, occultate e mai sopite. Nonostante la iper-valorizzazione della soggettività, dell’individuo e dei suoi desideri (o, forse, proprio per questo), ognuno si percepisce solo, abbandonato a sé stesso e alle sue scelte, isolato, e perciò più fragile e bisognoso di protezione. L’importante incremento di disturbi e di patologie psichiche, che si avviano a diventare il primo problema di salute a livello mondiale, ne sono testimonianza.

“ Questa cultura della salute è molto più incentrata sullo stare bene individuale, che non su una visione solidale del benessere collettivo.

Ricadute della cultura sociale sui temi della salute e sul ruolo della Medicina

La salute e il sistema della salute stanno diventando temi sempre più sentiti, ma all’interno di una visione individualista, più oggetti di consumo e be-



soutstock - stock.adobe.com

ni-rifugio nei quali trovare sicurezza e riparo dalle proprie ansie. Dentro questa visione si vanno manifestando forme di ricerca ossessiva della salute a tutti i costi, di talismani per la longevità e di aspettative del tutto fuorvianti sul proprio benessere. Si sta verificando una medicalizzazione della vita (Montori, 2018), con la trasformazione in malattie di condizioni che non erano considerate tali (calvizie, calo del desiderio sessuale, timidezza, oggi ribattezzata fobia sociale); oppure, grazie ad una progressiva riduzione delle soglie diagnostiche, un considerevole aumento delle persone da curare (i pre-diabetici, i pre-ipertesi, etc.).

Per esorcizzare paure e futuro c'è la tendenza ad allungare all'inverosimile le fasi della vita; allo sviluppo di una cultura esasperata e narcisistica del corpo; al potenziamento delle prestazioni fisiche; a operare (in senso letterale, cioè chirurgico!) manipolazioni destinate, almeno nelle intenzioni, a trasformare il proprio corpo e a celare i segni del tempo. L'aumento impressionante di variegata forme di dipendenza da sostanze (farmaci inclusi) fa pensare che la Medicina venga vista come la risposta a tutti i bisogni e i desideri dell'essere umano. In questa visione vengono veicolati i valori morali attuali che portano a confondere salute fisica con felicità. Nuovi idoli e illusioni di salvezza stanno inquinando il rapporto tra pazienti e medici, generando attese che la Medicina non può soddisfare con i mezzi che le sono propri, determinando quindi insoddisfazione nei suoi confronti.

Questa cultura della salute è molto più incentrata sullo stare bene individuale, che non su una visione solidale del benessere collettivo. Coerentemente a questa visione, la nostra organizzazione di cura che si basava su un Sistema sanitario nazionale si è indebolita a tal punto da essere meno (o affatto) universalistica. Oggi trova progressivo sviluppo la sanità privata (secondo la regola implicita che il diritto di stare bene è di chi se lo può permettere economicamente), mentre la sanità pubblica è frammentata nelle singole Regioni, un buon numero delle quali non è in grado di garantire al cittadino la tutela della salute. Lo sfascio di alcuni Sistemi sanitari regionali comporta penosi fenomeni di emigrazione sanitaria verso altre Regioni o il ricorso a forme di sanità privata non convenzionata, alla quale possono accedere solo gli abbienti. In altri casi, anche laddove i Sistemi regionali garantiscono un sufficiente livello di servizi, ciò avviene sempre più a condizione di una compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini che, soprattutto nel caso di quelli più fragili, si trovano in difficol-

“ La nascita della civiltà viene collegata con l'originarsi della sensibilità verso le fragilità e il dolore degli altri.

tà a pagare i ticket previsti e pertanto rinunciano o rimandano diagnosi o terapie a danno della propria salute.

Conclusioni

Gli antropologi fanno risalire al Paleolitico il passaggio dell'uomo primitivo alla civiltà, proprio a partire dal momento in cui inizia a prendersi cura dei suoi simili, malati o inabili. Ciò avviene grazie allo sviluppo di meccanismi di immedesimazione in chi soffre, quindi nel primordiale manifestarsi dell'empatia. Dunque, la nascita della civiltà viene collegata con l'originarsi della sensibilità verso le fragilità e il dolore degli altri. È quindi del tutto comprensibile che coloro che si dedicano alla cura di chi soffre, oggi vivano una condizione di grande disorientamento.

Un barlume di speranza per il futuro ci viene fornito da un dato antropologico che ci accomuna. Per ciascuno di noi, il momento di massima fragilità individuale è quello della nascita, che avviene alla presenza di chi ci mette al mondo, ma anche di altre persone che si occupano della nostra prima sopravvivenza. Tale esperienza – per quanto negletta e rimossa – è inscritta, in profondità, nel nostro corpo e nella nostra mente e rappresenta un seme in grado, auspicabilmente, di produrre cambiamenti futuri perché è nel rispecchiarsi e nel riconoscersi nella fragilità di chi ci sta accanto che possiamo vivere la nostra umanità fino in fondo e accrescere la disponibilità a prenderci cura dell'Altro. ■

Bibliografia:

- Bauman Z., *La solitudine del cittadino globale*. Milano, Feltrinelli, 2000.
- Darwin C. (1859), *L'evoluzione della specie*. Tr. It Torino, Einaudi, 1967.
- Montori V., *Perché ci ribelliamo*. Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2018.

Il medico è “fragile” di fronte alla legge?

a cura di **Germano Bettoncelli**
Presidente Ordine dei Medici di Brescia

I cambiamenti avvenuti nella società odierna hanno spesso esaltato la precarietà, esacerbato il malessere, sviluppato indifferenza, acrimonia e spirito di rivalsa. Il tutto all'interno della progressiva messa in discussione, se non del rifiuto, di valori etici che ci aspetteremmo essere alla base del vivere civile. Uno tra tutti, il rapporto di fiducia tra medico e paziente. La crescita del contenzioso medico-legale che si registra negli ultimi anni, non solo nel nostro Paese, non è attribuibile allo scadimento qualitativo della professione, bensì allo straordinario aumento dei procedimenti legali intentati contro i medici. Questo in buona parte nella falsa opinione che per tutti i problemi di salute oggi esista una possibilità di *restitutio ad integrum* che a ciascuno spetta di diritto. Un diritto che, se conculcato, necessariamente è da attribuirsi a imperizia o a errore del medico, di conseguenza giustamente risarcibile per via giudiziaria. Senza accettare la necessaria separazione tra cura e guarigione sancita nell'affermazione del principio «obbligazione di mezzi e obbligazione di risultati».

Al cospetto del magistrato accade allora che il medico si trovi a veder messe in discussione le proprie certezze, in una disanima del proprio operato basata su parametri sì oggettivi, standardizzati, ma spesso insufficienti a cogliere compiutamente tutta la dinamica dell'atto medico, nel complesso contesto di una relazione di cura. L'essere imputati dell'errore, senza accettare che il rischio di errore accompagna sempre l'agire medico, come dimostra l'ampia letteratura da sempre dedicata all'argomento o, peggio, subire l'accusa di dolo, rappresenta in ogni circostanza un'esperienza di straordinaria sofferenza e di sconvolgimento per il medico. Esperienza acuita dai tempi lunghi della giustizia italiana, con procedimenti che nella stra-



grande maggioranza dei casi si concludono con l'assoluzione dell'imputato. **Come accaduto anche negli ultimi tempi in tre vicende giudiziarie proprio nella comunità medica bresciana.** Casi preliminarmente esposti con enfasi dai media alla pubblica riprovazione e poi risarciti con piccole note di stampa, non sempre pubblicate, che nello specifico hanno informato del non luogo a procedere o del proscioglimento per insussistenza dei fatti.

Per queste considerazioni abbiamo voluto dedicare questo spazio di Brescia Medica ad uno dei momenti in cui la fragilità del medico viene come non mai messa a dura prova. **Questo contributo vuole esprimere vicinanza e solidarietà dell'Ordine dei Medici a quanti hanno attraversato queste dolorose vicende, ma anche per ricordare a tutti i colleghi quanto la professione richieda senso di responsabilità** nel rispetto dei principi fondamentali di universalità, uguaglianza ed equità sanciti nella Legge n. 833 del 1978. Rispettando la centralità della persona, la responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute, la collaborazione tra livelli di governo della sanità, la valorizzazione della professionalità degli operatori sanitari, l'integrazione socio-sanitaria. In attesa di una legge che finalmente definisca "l'atto medico" con le conseguenti ricadute sulla pressione giudiziaria spesso subita dalla categoria. ■

Colpa professionale medica: il tempo della responsabilità condivisa

Filippo Anelli

Presidente FNOMCeO - Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

Il 4 settembre 2025 è una data che potremmo definire “storica”: il Consiglio dei Ministri approva finalmente lo schema di Disegno di Legge **“Delega al governo in materia di professioni sanitarie e disposizioni relative alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”**.

Il provvedimento interviene anche sulla responsabilità professionale medica. **Modifica la normativa attualmente vigente, incidendo sul Codice penale e sulla Legge Gelli-Bianco in modo da limitare la punibilità per i reati di omicidio colposo e lesioni colpose all’ipotesi di colpa grave, quando il professionista si attiene a linee guida o buone pratiche clinico-assistenziali adeguate al caso concreto.** In pratica, rende stabile e strutturale quello che giornalmisticamente è stato definito lo “scudo penale” per i professionisti sanitari. Un provvedimento molto atteso dal mondo sanitario ma anche da quello giudiziario, e che la Fnomceo sostiene da tempo.

Il 97% delle cause contro i professionisti si conclude infatti con un nulla di fatto, con l’assoluzione o l’archiviazione. Elevatissimi i costi, sia per i medici ingiustamente incolpati, che si vedono rovinata la vita e la carriera, sia per i sistemi sanitari, che, per il timore generalizzato delle denunce,

“Settembre 2025, data “storica”: il Consiglio dei Ministri approva lo schema di DDL che interviene anche sulla responsabilità professionale medica.

vedono lievitare i costi della medicina difensiva, e aumentare gli abbandoni nelle branche più a rischio, nelle quali non si formano nemmeno più i nuovi specialisti. Ma anche per l’apparato giudiziario, appesantito da cause che durano anni e che si dimostrano, poi, nella maggior parte dei casi, infondate.

Abbiamo dunque apprezzato l’intervento del Governo e in maniera particolare del Presidente del Consiglio Giorgia Meloni, del Ministro della Salute Orazio Schillaci e del Ministro della Giustizia Carlo Nordio, sulle Professioni sanitarie, con **un Disegno di Legge che ha l’obiettivo dichiarato di rendere il Servizio sanitario nazionale in grado di attrarre e trattenere i suoi professionisti**, aumentandone il numero, migliorandone le condizioni di lavoro, prevedendo incentivi, alleggerendo i carichi burocratici e affinando e sviluppando i percorsi formativi, anche in relazione alle nuove tecnologie e all’Intelligenza artificiale. Interviene sulla responsabilità professionale, rendendo il medico che si sia attenuto alle linee guida e alle buone pratiche clinico assistenziali punibile solo per colpa grave. Inoltre, nell’accertamento della colpa e del suo grado si tiene conto della scarsità delle risorse, delle carenze organizzative, della contraddittorietà delle evidenze scientifiche, della disponibilità o meno di terapie, della complessità della patologia, dell’urgenza e di altri fattori che possono influenzare l’attività sanitaria. Condizioni, quelle della scarsità delle risorse umane e materiali e delle carenze organizzative che, come ha rilevato anche il Consiglio nazionale Fnomceo in una recente mozione, si sono nel tempo aggravate, determinando una crescente difficoltà nella pratica professionale.

I numeri del fenomeno

Un medico su tre ha ricevuto, nella sua carriera, una denuncia: di tipo penale nel 43,6% dei casi, civile nel 30,8% e di entrambe le tipologie nel 25,6%. È il risultato di una recente survey condotta dal sindacato Anaao- Assomed, che fa il paio con gli appelli lanciati anche da altri sindacati, come la Federazione Cimo-Fesmed, per sensibilizzare su questo fenomeno. **Ogni anno, infatti, in Italia vengono intentate 35.600 nuove azioni legali, mentre ne giacciono 300mila nei tribunali contro medici e strutture sanitarie pubbliche.** Tra la denuncia e la sentenza, però, passano anni: anni di sofferenza per il medico, spesso sottoposto, prima ancora che al giudizio del tribunale, a un processo mediatico, con gravi ripercussioni sulla sua vita privata e professionale. Ma anche anni di costi per lo Stato, che sconta la lentezza della macchina giudiziaria. **Costi cui si sommano quelli indiretti: quelli dovuti alla medicina difensiva, che, secondo stime recenti, si aggirerebbero attorno agli 11 miliardi di euro l'anno.** Ma anche quelli, più difficilmente quantificabili ma non meno elevati, dovuti all'abbandono del Servizio sanitario da parte dei medici che, sempre più demotivati, vessati da denunce ingiuste e violenze ingiustificabili,

“Un medico su tre ha ricevuto, nella sua carriera, una denuncia.”



Foto di Mathurin NAPOLY modnapo su Unsplash

li, costretti a lavorare oltre i limiti, rinunciando alle ferie, regalando ore di straordinari, sentendosi in colpa se si ammalano o devono assentarsi per la maternità, fuggono verso il privato, l'estero, il prepensionamento, la libera professione.

Rendere stabile lo scudo penale, in attesa di una revisione strutturale della materia

Da tempo la Fnomceo denuncia questa situazione in tutte le sedi istituzionali, portando all'attenzione dei decisori politici proposte concrete: prima tra tutte quella del cosiddetto “scudo penale”, vale a dire la limitazione della punibilità ai soli casi di colpa grave, tenendo conto delle condizioni di lavoro dell'esercente la professione sanitaria, dell'entità delle risorse umane, materiali e finanziarie concretamente disponibili in relazione al numero dei casi da trattare, del contesto organizzativo in cui i fatti sono commessi nonché del minor grado di esperienza e conoscenze tecniche possedute dal personale non specializzato. Condizioni queste che, come ha rilevato anche il Consiglio nazionale in una recente mozione, si sono nel tempo ulteriormente aggravate. Determinando *“una crescente difficoltà nella pratica professionale, in termini di carichi lavorativi difficilmente sostenibili e di pesante cumulo di responsabilità, di cui i medici devono farsi carico per garantire ai cittadini un Servizio Sanitario Nazionale al quale vengono rivolte crescenti aspettative e che, grazie all'impegno della categoria, continua a produrre in carenza di risorse, rilevanti risultati di salute”.*

Abbiamo trovato interlocutori attenti e sensibili nel Ministro della Salute Orazio Schillaci, nel Ministro della Giustizia Carlo Nordio, nel vice-Ministro Francesco Paolo Sisto tanto che lo “scudo penale” per i medici è oggi una realtà. Una realtà che, dopo diversi rinnovi, merita ora, anche secondo il Governo, di diventare stabile e strutturata, per restituire ai medici la giusta serenità che è il presupposto essenziale per la sicurezza delle cure. Tutto questo in attesa di una revisione della disciplina sulla colpa professionale medica che parta dai lavori della “Commissione d'Ippolito”. Concordiamo con la posizione espressa dal magistrato Adelchi d'Ippolito, che coordina la Commissione Nazionale sulla colpa medica, istituita con decreto del Ministro della Giustizia del 28 marzo 2023, che ha affermato che *“L'obiettivo non è certo l'impunità, ma quello di individuare un perfetto punto di equilibrio tra la piena*

tutela del paziente e la serenità del medico, perché un professionista sereno è di interesse della collettività". Occorre, in altre parole, individuare il massimo equilibrio tra la serenità del medico nell'esercizio della sua professione e la piena salute delle persone. Un medico che lavora in condizioni di incertezza giuridica è un medico meno sereno, meno efficace, più vulnerabile. La responsabilità professionale deve essere valutata con rigore, certo, ma anche con saggezza, tenendo conto del contesto clinico, delle risorse disponibili, della complessità dei casi.

La legge Gelli-Bianco: un passo avanti, ma non basta

Con la **Legge 24/2017** (nota come legge Gelli-Bianco), l'Italia ha compiuto **un passo importante verso un modello di responsabilità professionale medica più equo, distinguendo tra colpa civile e penale, e valorizzando l'adesione alle linee guida come criterio di valutazione**. Tuttavia, l'applicazione concreta di questa legge è ancora troppo disomogenea e incerta. Servono interventi correttivi, chiarezza interpretativa, e soprattutto una maggiore consapevolezza culturale da parte di tutti gli attori in gioco. La Fnomceo ritiene fondamentale la rapida adozione dei decreti attuativi della legge Gelli-Bianco sulla responsabilità professionale, che si attendono da oltre sei anni. È stata invece accolta e inserita nel DDL appena approvato l'altra nostra richiesta, la limitazione dei casi di punibilità penale del personale sanitario alle sole condotte caratterizzate da dolo o colpa grave. In questo modo la legislazione italiana si allineerà, almeno in parte, a quella della quasi totalità dei Paesi del mondo: ad oggi, solo in Italia, Messico e Polonia l'errore del medico può, in generale, essere sanzionato penalmente.

La cultura dell'errore: da colpa a occasione di crescita

L'errore, in medicina, è inevitabile. Ma può diventare un'occasione preziosa se affrontato con onestà, trasparenza e spirito di miglioramento. Serve una cultura dell'errore che non sia punitiva, ma formativa. Che non isoli il medico, ma lo sostenga. Che non cerchi il colpevole, ma le cause sistemiche.

In molti Paesi si stanno sperimentando con successo modelli basati sulla "no blame culture", dove l'analisi degli eventi avversi non ha lo scopo di punire,

“Serve una cultura dell'errore che non sia punitiva, ma formativa.

ma di prevenire. Anche l'Italia può e deve andare in questa direzione, attraverso percorsi formativi specifici, sistemi di auditing clinico, e soprattutto una *governance* sanitaria che premi il miglioramento continuo, non il perfezionismo astratto.

L'approccio che riteniamo giusto all'errore è di tipo sistemico e non personalistico, poiché quest'ultimo amplierebbe gli scenari che conducono alla medicina difensiva e quindi alla mancata serenità del medico nello svolgere la propria professione. Occorre contrastare la medicina difensiva e creare un'area di non punibilità che valga a restituire al medico la serenità dell'affidarsi alla propria autonomia professionale e, per l'effetto, ad agevolare il perseguimento di una garanzia effettiva del diritto costituzionale alla salute. È comprensibile che individuare un responsabile per gli errori in sanità sia più semplice per le istituzioni, ma questo non risolve in ogni caso il fatto che tali eventi possano verificarsi di nuovo. Riteniamo invece che bisogna lavorare sull'organizzazione; per questo è necessario un sistema forte di Risk Management che parta dal "near miss" (quasi errore), evento che potrebbe aver determinato conseguenze avverse che invece non sono avvenute, e lo consideri lezione gratuita al fine di rendere più efficiente ed efficace il sistema organizzativo in ambito sanitario. Esprimiamo quindi perplessità sul quadro normativo attualmente vigente, che di fatto non evita ai medici l'inizio di un procedimento penale con tutte le conseguenze ed i disagi dal punto di vista mediatico ed economico e della qualità di vita privata e professionale che il processo penale può comportare.

La relazione medico-paziente: un'alleanza fragile

Nel cuore di ogni atto medico c'è una relazione: quella tra il medico e il paziente. È un'alleanza basata sulla fiducia, che però oggi appare sempre più fragile. L'informazione - o meglio, la disinformazione - spesso alimenta sospetti, aspettative irrealistiche, pretese consumistiche. Eppure, quando la comunicazione è autentica e la fiducia è reciproca, il rischio di contenzioso crolla. I pazienti non chiedono infallibilità: chiedono ascolto, comprensione, accompagnamento.

È per questo che, come Fnomceo, riteniamo prioritario promuovere una formazione continua non solo tecnica, ma anche umanistica, orientata all'empatia, alla comunicazione efficace, alla gestione delle emozioni. Il medico è prima di tutto un essere umano che cura altri esseri umani.

Gli interventi necessari

Il DDL che introduce le nuove disposizioni della responsabilità professionale costituisce un importante passo in avanti verso una revisione complessiva della responsabilità professionale in ambito sanitario. Questa tutela per i professionisti sanitari non costituisce certo un'impunità, in quanto l'esercente è in ogni caso punibile per colpa grave, e non mette a rischio i risarcimenti dei cittadini per gli eventi avversi, da ottenersi in sede civile. Risarcimenti che saranno anche più rapidi non dovendo attendere, come spesso accade se i due procedimenti sono interconnessi, la conclusione del procedimento penale. Restituisce, al contrario, la giusta serenità ai professionisti, rinsaldando quella relazione di cura con i cittadini che, per essere tale, deve essere fatta di fiducia reciproca. Rende inoltre di nuovo attrattivo il Servizio sanitario nazionale che, oggi, non è in grado di trattenere i suoi professionisti né di ingaggiarne di nuovi: e in questo un ruolo importante giocano le condizioni di lavoro, che mettono gli operatori in costante rischio di burnout per il superlavoro, le aggressioni, le denunce ingiuste. Ci auguriamo dunque che il DDL sia presto sottoposto al Parlamento per una rapida approvazione.

Tra le altre indicazioni della Fnomceo, la previsione di un risarcimento per i professionisti ingiustamente accusati, mutuando dal diritto civile l'istituto della lite temeraria. La verifica della percorribilità di un provvedimento che, quando il medico accusato sia assolto, ponga a carico del denunciante le spese processuali. E poi, l'accessibilità per il cittadino a procedure di risarcimento del danno eque, tempestive e trasparenti e un controllo più stringente per i messaggi pubblicitari che invitano a intentare azioni giudiziarie contro i medici. Ancora, lavorare sul rischio clinico per rendere la disciplina più uniforme sul territorio nazionale; rafforzare e diffondere le buone pratiche cliniche e la valutazione delle attività sanitarie misurate con indicatori di processo e di esito; implementare la formazione in materia di Risk management e di comunicazione medico-paziente. Infine,

applicare e revisionare il Protocollo di intesa tra il Consiglio nazionale forense, il Consiglio superiore della Magistratura e la Fnomceo, per promuovere e orientare la revisione degli Albi dei periti e dei consulenti tecnici attraverso linee guida coerenti con la Legge 24 del 2017; emanare i decreti attuativi previsti dalla stessa Legge Gelli- Bianco, in particolare quello sui requisiti minimi delle polizze assicurative; verificare, al momento dell'iscrizione agli albi dei Ctu e dei periti, il possesso di elevate competenze tecniche e procedurali e revisionare i compensi.

Il ruolo delle istituzioni e della politica

La responsabilità professionale non è soltanto un fatto tecnico. È anche, e soprattutto, un tema politico. La tutela del lavoro medico, la garanzia di condizioni operative adeguate, la promozione della sicurezza delle cure, la lotta al contenzioso strumentale: sono tutte sfide che chiamano in causa il legislatore, le Regioni, le aziende sanitarie, i tribunali.

Occorre istituire sedi permanenti di confronto tra professionisti sanitari, giuristi, assicuratori, cittadini. **Occorre incentivare pratiche di gestione del rischio clinico realmente efficaci. Occorre, soprattutto, una grande alleanza tra professione e istituzioni,** fondata sul rispetto reciproco e sulla comune volontà di migliorare il sistema.

Conclusioni: prendersi cura di chi cura

La colpa medica, quando accertata, va affrontata con responsabilità. Ma prima ancora, va prevenuta attraverso una sanità che funzioni, una formazione aggiornata, un'organizzazione efficiente, una giustizia equa. E va gestita tenendo presente che dietro ogni errore c'è una persona, un professionista, un essere umano che ha scelto di dedicare la vita agli altri.

Curare chi cura è oggi un dovere etico e civile. Solo così potremo costruire un sistema sanitario che non sia basato sulla paura dell'errore, ma sulla fiducia nella cura. Un sistema dove la responsabilità sia davvero condivisa, e dove il medico possa tornare a essere ciò che è sempre stato: non un tecnico infallibile, ma un alleato affidabile, un professionista competente, un custode della salute. ■

Navigare nella complessità del rischio sanitario

Gestione degli eventi avversi e sindrome della “seconda vittima”

Marzia Vassalini

Risk Manager – ASST Spedali Civili di Brescia

Il settore sanitario può essere definito come un ecosistema ad alta complessità e, di conseguenza, ad alto rischio. Ogni giorno, i professionisti sanitari assumono decisioni, eseguono prestazioni/procedure diagnostico-terapeutiche in un ciclo continuo di interazioni, finalizzate a curare e prendersi cura dei pazienti.

Nonostante gli enormi progressi scientifici e tecnologici, e l'impegno dei professionisti sanitari, la possibilità di incorrere in eventi avversi – ovvero in danni o disagi imputabili, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante il periodo di degenza¹ – rimane una realtà ineludibile. Secondo il *Global Patient Safety Report*², pubblicato nel 2024, quasi un paziente su dieci subisce un danno nell'assistenza sanitaria, il che si traduce in oltre tre milioni di decessi a livello globale ogni anno. Più della metà di questi danni è prevenibile ed è legato a fattori umani.

“L'errore umano gioca un ruolo predominante in una percentuale significativa degli eventi avversi in sanità, superiore al 50%.

L'errore umano gioca un ruolo predominante in una percentuale significativa degli eventi avversi in sanità (superiore al 50%)³. Questi errori sono spesso legati non a fallimenti “individuali”, ma multifattoriali, correlati a problemi sistemici, organizzativi e relazionali.

Ma quali sono le cause di “fallibilità”? Un recente studio⁴ ha cercato di esplorare qualitativamente

1 To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/9728>.

2 World Health Organization (2024) Global Patient Safety Report 2024.

3 Panagioti M et al., Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2019 Jul 17;366:l4185. doi: 10.1136/bmj.l4185.

4 Mujuru C. et al., Beyond error: A qualitative study of human factors in serious adverse events. *J Healthc Risk Manag*. 2024 Nov;44(2):7-13.



hendro - stock.adobe.com

“Gli errori in sanità sono spesso legati non a fallimenti “individuali”, ma multifattoriali, correlati a problemi sistemici, organizzativi e relazionali.

gli eventi avversi gravi nella sanità pubblica. Sono state identificate, in particolare, le seguenti eziologie: ritardi e inerzia nel processo decisionale, un approccio “all-or-nothing” alla cura e alla pianificazione del fine vita, carenze nella comunicazione (tra i team, all’interno dei team e con i pazienti e le loro famiglie), nonché il divario di implementazione tra standard e pratica.

Da considerare, inoltre, l’attuale scenario globale, caratterizzato da un’inarrestabile dinamicità, dove gli effetti combinati determinati dai profondi cambiamenti generazionali, dall’avanzamento esponenziale della digitalizzazione e dall’uso sempre più diffuso dell’intelligenza artificiale permeano ogni settore, e la sanità non fa eccezione. Questi fattori, sebbene apportino opportunità e benefici, nell’elevata complessità dei processi sanitari non possono essere trascurati, rappresentando terreno fertile per l’insorgenza di eventi avversi.

È indubbio che l’analisi di questi eventi, da tempo una priorità per tutte le strutture sanitarie⁵, debba avere un focus legittimo sulla “prima vittima”: il paziente stesso. Tuttavia, una prospettiva spesso trascurata, ma altrettanto cruciale, è l’impatto profondo e duraturo che questi eventi hanno sui professionisti sanitari direttamente coinvolti. Qualsiasi operatore che si trovi ad assistere o essere parte di un errore o un evento avverso che danneggia un paziente, può sviluppare una condizione psicologica ed emotiva nota come sindrome della “seconda vittima”. Il termine è stato introdotto dal Dr. A. Wu⁶, con lo scopo di portare l’attenzione sull’esigenza di fornire supporto psicologico ai professionisti sanitari coinvolti in eventi avversi. Secondo l’autore, tale sindrome non si verifica quando viene commesso un errore, ma quando il protagonista si trova di fronte a una mancanza di empatia da parte dei colleghi e viene accusato dell’errore indipendentemente dalle circostanze.

La prevalenza delle “secondo vittime” dopo un evento avverso varia considerevolmente tra i diversi studi, dal 10,4% fino al 43,3%⁷. Questa ampia forbice dipende da diversi fattori, come la popolazione studiata (medici, infermieri, studenti, ecc.), il contesto clinico (terapia intensiva, pronto soccorso, chirurgia), il tipo di evento avverso e gli strumenti di misurazione utilizzati. Si stima, inoltre, che la probabilità di diventare una seconda vittima nel corso della propria carriera possa arrivare al 70% circa⁸.

Questa sindrome rappresenta un onere, spesso nascosto, ma significativo, che può minare il benessere dei nostri operatori, la loro fiducia nelle proprie capacità e, in ultima analisi, la qualità delle cure future e la resilienza del sistema sanitario stesso. Ancora più pervasiva è la correlazione tra questa vulnerabilità, e conseguente fragilità, e il fenomeno della medicina difensiva. La paura delle ripercussioni legali o professionali a seguito di un evento avverso può spingere gli operatori a modificare il proprio comportamento clinico, non sempre nell’interesse ottimale del paziente. La connessione tra seconda vittima e medicina difensiva è bidirezionale. Da un lato, la paura di diventare una

5 Linee guida per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in sanità – Ministero della Salute, 2011.

6 Wu A. W., Medical error: the second victim. BMJ Quality & Safety 2000, 9(4), 317-319.

7 Seys D et al. Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. Eval Health Prof 2013 Jun;36(2):135-62.

8 Rischio clinico e seconde vittime in sanità. 5 settembre 2019. <https://www.nurse24.it/specializzazioni/management-universita-area-forense/rischio-clinico-e-seconde-vittimein-sanita.htm>

“seconda vittima” – ovvero di subire il trauma psicologico, reputazionale e legale di un errore – è un potente motore della medicina difensiva. Gli operatori, già sotto pressione, cercano modi per ridurre il rischio percepito di errore o di accusa, anche a costo di deviare da pratiche ottimali. Dall’altro lato, la pratica della medicina difensiva, pur nascendo da un istinto di autoprotezione, può a sua volta generare stress e frustrazione nel professionista, che si trova a operare in un contesto di sfiducia e burocratizzazione eccessiva, contribuendo potenzialmente a situazioni che potrebbero innescare nuovamente la sindrome della seconda vittima.

La gestione degli eventi avversi, il riconoscimento della sindrome della “seconda vittima” e la mitigazione della medicina difensiva non sono sfide isolate, ma facce della stessa medaglia nella ricerca di un’assistenza sanitaria di eccellenza. Ignorare questa sofferenza nascosta e le sue ripercussioni significherebbe compromettere non solo il benessere individuale dei nostri operatori, ma anche la qualità delle cure future e la sostenibilità stessa del nostro sistema sanitario.

In questo contesto il *Risk Manager* non deve essere solo un supervisore o un mero compilatore di *report* ma “l’architetto” del cambiamento culturale e organizzativo. Il suo impatto deve andare ben oltre la gestione reattiva degli eventi, estendendosi alla proattiva costruzione di un ambiente in cui gli errori sono visti come opportunità di apprendimento e non come fallimenti personali da nascondere. Questo significa promuovere attivamente un ambiente dove gli operatori si sentano sicuri di segnalare eventi avversi senza timore di ritorsioni ingiuste, spostando il focus dalla colpa individuale all’analisi sistemica delle cause all’origine degli incidenti.

Parallelamente, il *Risk Manager* è promotore e custode dei protocolli per la gestione degli eventi avversi e per il supporto alle “seconde vittime”, fra cui procedure chiare per la segnalazione, l’ana-

“Qualsiasi operatore che si trovi ad assistere o essere parte di un errore o un evento avverso che danneggia un paziente, può sviluppare una condizione psicologica ed emotiva nota come sindrome della “seconda vittima”.

lisi e la comunicazione degli incidenti. Ma è soprattutto nell’ambito dell’advocacy per il supporto psicologico e *peer-to-peer* che il *Risk Manager* deve esercitare un ruolo determinante. Deve farsi portavoce, infatti, delle necessità dei professionisti, assicurando che siano disponibili risorse adeguate – siano esse programmi di *mentoring* tra colleghi, accesso a supporto psicologico professionale o spazi di *debriefing* sicuri.

La strada da percorrere è chiara: dobbiamo continuare a promuovere una cultura della sicurezza che sia “*Just*”⁹, focalizzata non sulla mera colpevolizzazione ma sull’apprendimento, per identificare e correggere le fragilità sistemiche. Altrettanto importante è costruire reti di supporto per le “seconde vittime”, riconoscendo il loro disagio e offrendo risorse concrete.

Investire nel benessere e nella resilienza degli operatori sanitari rappresenta una strategia fondamentale per migliorare la sicurezza del paziente e rafforzare l’intero sistema. Un professionista supportato, che si sente valorizzato e non teme le conseguenze di un errore involontario, è un professionista più sereno, più attento e, in definitiva, più efficace. La sfida è grande, ma la ricompensa – un sistema più solido, giusto e compassionevole – è impagabile. ■

9 Fa riferimento alla “Just Culture”, o cultura della giustizia, un approccio alla sicurezza che mira a creare un ambiente in cui gli errori e i quasi-incidenti possono essere segnalati liberamente e senza timore di punizioni.

Intervista a **Carlo Mosca**

Dirigente Medico ASST Spedali Civili di Brescia - AAT 118 Brescia

I tre anni che non dimenticherò. Di processi, buio e rinascita

a cura di **Germano Bettoncelli**, Presidente Ordine dei Medici di Brescia, **Angelo Bianchetti**, Direttore responsabile di Brescia Medica, **Lisa Cesco**, Ufficio Stampa Ordine dei Medici di Brescia

Quasi 18 mesi agli arresti domiciliari ristretti con un'accusa pesantissima: duplice omicidio volontario. Più di tre anni per vedere riconosciuta la propria innocenza. La storia di Carlo Mosca, che nel 2020, da referente organizzativo del Pronto Soccorso dell'ospedale di Montichiari – Spedali Civili, è caduto nelle maglie di una vicenda giudiziaria complessa – indagato per la morte di due pazienti Covid che avrebbe provocato somministrando farmaci letali durante la prima ondata della pandemia - è per molti aspetti emblematica. Una vicenda che ha avuto un'ampia risonanza mediatica nazionale, e che si è sviluppata attraverso 522 giorni di privazione della libertà a partire dal gennaio 2021, un dibattito in Corte d'Assise a Brescia, per arrivare nel luglio 2022 all'assoluzione in primo grado "perché il fatto non sussiste". La Corte d'Appello di Brescia, confermando l'assoluzione nell'ottobre 2023, ha chiuso definitivamente il caso. La sentenza è passata in giudicato.

Il dottor Mosca è tornato al lavoro, ha ottenuto un indennizzo di 104 mila euro per ingiusta detenzione, ma il prezzo vero che è costato attraversare questa storia rimane nascosto nelle pieghe dove è difficile guardare. Ha accettato di rilasciare questa intervista all'Ordine, cui tiene a sottolineare la propria appartenenza. Gli abbiamo chiesto di ripercorrere la sua vicenda umana e professionale, per offrire ai colleghi uno spaccato su cosa accade a un dottore che si ritrova in un procedimento giudiziario e a quali risorse può fare ricorso per fronteggiare un'esperienza per sua natura traumatica, che rivela rischi e fragilità dell'essere medico.

La tua vicenda è iniziata nel pieno della pandemia Covid, quei mesi della primavera 2020 in cui i contagi dilagavano sul territorio di Brescia e Bergamo.

Ero appena stato nominato referente organizzativo del Pronto soccorso di Montichiari, era un periodo durissimo, bisognava chiudere reparti, convertirli per i pazienti Covid, prendere scelte difficili. Io avevo alle spalle 20 anni di esperienza nel 118, mi sentivo arrivato alla fase

di maturità professionale e avvertivo l'obbligo di fare bene, dando tutto me stesso. Ricordo che la direzione ospedaliera mi aveva assegnato un appartamento vicino al presidio, lavoravo moltissimo, studiavo, pensavo a possibili strategie per affrontare l'onda pandemica, fra queste l'introduzione sperimentale di macchinari messi a punto da una casa farmaceutica che consentivano di effettuare diagnosi di Covid in tempi rapidi, una conquista di cui vado orgoglioso. È stato un periodo

di grande crescita professionale e personale, anche se non sempre semplice perché, quando si è tutti sotto pressione sono inevitabili incomprensioni e scontri.

Proprio in una fase che potremmo definire “eroica” della tua vita professionale, esaltata dalla vocazione a mettersi totalmente a disposizione dei pazienti, scopri di essere indagato dalle autorità inquirenti. Una coincidenza che acuisce il contrasto fra quel momento e la frana improvvisa che ti travolge. Qual è stata la reazione dell'uomo medico?

La prima comunicazione mi è arrivata nel luglio 2020: nella caserma dei Carabinieri di Carpenedolo mi è stato notificato un avviso di garanzia. La mia prima reazione è stata di inconsapevolezza, ero tranquillo perché in reparto eravamo in regola con vestiario e dispositivi di protezione anti-Covid, non avevo certo idea che cercassero qualcosa su di me. L'informazione faceva riferimento ad alcuni articoli dei codici, ma per un medico non è facile districarsi nel linguaggio e nelle formalità della giustizia, come categoria conosciamo poco di quel mondo e delle sue regole. L'incredulità e la preoccupazione hanno iniziato ad affiorare quando ho scoperto, con l'aiuto di un legale, che ero indagato per omicidio volontario di 4 pazienti del Pronto soccorso (addebito poi riformulato solo per due pazienti, perché per gli altri si è scoperto che il decesso si è verificato quando ero da tutt'altra parte). Io ho sempre fatto il dottore, nel mio lavoro so quello che faccio. E in queste circostanze se sei a posto sei spaventato, perché quello che ti sta accadendo non riesci a spiegarlo.

Che impatto ha avuto questa vicenda giudiziaria sulla tua carriera, la vita privata e le relazioni in senso lato?

Di per sé non ha portato nessun cambiamento nelle mie amicizie, nelle relazioni dentro e fuori dall'ospedale, nel mio rapporto con i pazienti, che tramite i miei avvocati (agli arresti non si ha nemmeno il domicilio per ricevere la posta) mi facevano arrivare lettere piene di solidarietà. Anche da parte dei colleghi ho ricevuto stima e fiducia.



Foto di Pixabay

Diverso, e molto più pesante, è stato l'impatto a livello familiare. Il distacco dai miei affetti l'ho sentito eccome: mia figlia, che allora aveva nove anni, e che ho potuto vedere in pochissime occasioni durante l'anno e mezzo passato ai domiciliari, la mia compagna. Il problema lo vivi lì. Il rapporto con mio padre anziano che ha attraversato, insieme a me, quei giorni strani, perché il periodo di privazione della libertà l'ho passato in casa con lui, nel Cremonese.

Quei 18 mesi sono stati l'aspetto più buio. Cosa significa passarci dentro?

Significa guardare le stagioni che passano dal margine di una finestra. Significa scandire il tempo sui controlli quotidiani delle forze dell'ordine, che non puoi mai sapere quando arrivano. Vivere un'attesa di 40 giorni in 40 giorni, quando magari poi ti comunicano che la data dell'udienza è stata ulteriormente rinviata. Significa avere la testa che ti rimbomba perché hai dentro le cose del processo, e senti un'irrequietezza che non sai spiegare. Significa non essere più capace di mettersi le scarpe perché, dopo tanti mesi in ciabatte fai fatica a sopportarle. Significa sentire mio padre, la sera di là in camera, mormorare una preghiera a mia mamma, perché si prenda cura di me. Significa trovare la forza per cercare di sostenere te e lui.

A quali risorse hai fatto appello?

Quando ti arrivano in casa alle 4 del mattino, ti tolgono telefono, computer, tutto, ti senti come un Totò Riina. Bis-

“ Per un medico non è facile districarsi nel linguaggio e nelle formalità della giustizia, come categoria conosciamo poco di quel mondo e delle sue regole.

gna avere la forza di sorreggere certi carichi. Quello che mi ha salvato è stato il carattere: io di natura sposto le montagne e prima che mi passino sulla testa ce ne vuole, perché ho sempre ottenuto da solo quello che ho raggiunto. E in quei momenti non ho pensato soltanto a mia figlia, ho pensato anche a me. Però mi rendo conto che non per tutti è così, e questa ferita può renderti molto fragile. In quei frangenti non hai molto a cui aggrapparti perché sei solo, ti devi attaccare al fattore umano. Mio padre è stato fondamentale per me: parlavamo, ci chiudevamo nel garage di casa con la radio accesa a restaurare biciclette e moto d'epoca, la nostra passione. E poi le buone letture, Pirandello, Verga e i veristi, la mezz'ora di ginnastica quotidiana, una routine in cui trovare rassicurazione.

Hai mai messo in discussione la scelta di fare il medico?

Ero medico allora e lo sono adesso, allo stesso modo. In questa lunga vicenda non ho perso uno dei malati che si rivolgevano a me anche prima, e per me non è cambiato niente. La medicina difensiva non l'ho mai praticata, e non cambierò idea ora che questo incubo è finito. Quello che mi ha aiutato di più è stata la coscienza di avere operato bene, il sentirmi tranquillo rispetto alle scelte fatte, perché mi sono sempre aggiornato e non ho mai smesso di studiare. Sapere di essere un bravo medico conta per il 50 per cento, essere anche un uomo, oltre che un medico, vale il resto di 100.

Come è stato il rapporto fra te medico e gli avvocati che ti hanno difeso?

Io faccio il dottore, le dinamiche dei procedimenti penali mi erano del tutto estranee. Ho dato fiducia agli avvocati che mi sono stati consigliati. Nei nostri incontri loro seguono una linea di cautela, non ti rassicurano mai. Sei tu che cerchi di cogliere certi indizi, uno sguardo, la postura, il tono delle parole. È un po' come per il paziente che si affida a te, e che cerca di capire dal tuo atteggiamento, dall'espressione, dal linguaggio del corpo la diagnosi che hai in testa e la tua reale affidabilità.



Carlo Mosca (nella foto) si è laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Brescia. Nella sua carriera ha prestato servizio, oltre che nei presidi degli Spedali Civili di Brescia, anche all'ospedale Carlo Poma di Mantova.

“La medicina difensiva non l'ho mai praticata, e non cambierò idea ora che questo incubo è finito.”

C'è stato un momento in cui hai avuto paura di non riuscire a dimostrare la tua innocenza?

No, non avevo questa paura. Non conoscevo questo mondo ma sapevo di non aver fatto niente. Tanto che ho rifiutato l'ipotesi di un giudizio abbreviato, perché volevo andare a dibattimento, per dimostrare nel contraddittorio fra le parti che l'accusa nei miei confronti era infondata. In quei momenti non pensi se va male, ma hai sempre dentro un tarlo, qualcosa difficile da spiegare. A me è andata bene.

Difendersi in un procedimento penale ha dei costi, anche economici, non indifferenti...

Un processo può costare molte centinaia di euro. Nel mio caso ho avuto la possibilità economica di affrontare queste spese, grazie anche alla parsimonia di mio padre, che mi ha prestato i suoi risparmi per coprire una parte dei costi. Quello delle spese legali è un problema nel problema, non tutti al posto mio avrebbero potuto permetterselo. Ora sono in attesa di ottenere il rimborso dagli Spedali Civili, in quanto loro dipendente. Ma le parcelle degli avvocati le ho dovute pagare in itinere, durante il processo.

Nei procedimenti giudiziari contro i medici la funzione dei periti è centrale per ricostruire i fatti.

Nel tuo caso, riguardo ai consulenti dell'accusa, si è parlato di “forzature colpevoliste”. Che effetto ti ha fatto il comportamento dei colleghi?

Non ci ho dormito notti intere. Sono rimasto allibito davanti agli errori imbarazzanti emersi durante il processo: dall'accusa di falsa testimonianza che mi è stata mossa perché avrei firmato un elettrocardiogramma di un paziente deceduto, mentre il cuore batteva ancora (ignorando che gli impulsi derivavano dal *pacemaker*), alla mancata identificazione della piaga da decubito di uno dei due pazienti deceduti, perché durante l'autopsia il cadavere non era stato girato per osservare la schiena.

Che ruolo ha avuto la stampa, la

ricerca del sensazionalismo nella tua vicenda?

Il mio caso è diventato subito mediatico ed è rimbalzato su tutti i media nazionali. Spesso costruiscono su di te un profilo che non esiste nella realtà: non ti riconosci ma non lo puoi dire a nessuno. Questa è la motivazione per cui non ho mai voluto rilasciare molte interviste, nonostante i direttori dei grandi giornali mi abbiano chiamato, mi sia stato proposto di scrivere un libro. Non mi interessa la notorietà, mi va bene fare il dottore.

La tua formazione, universitaria e post lauream, ti ha aiutato ad affrontare quanto stava accadendo? Ti sei sentito protetto dall'ospedale, dall'Università?

Il percorso di formazione del medico non affronta questi aspetti, quindi non mi ha aiutato. Lo stesso vale per l'ospedale, e per l'Università dove ero professore a contratto, e dove mi è stato subito chiesto di rinunciare alle cattedre per evitare problemi.

Ho sentito vicino l'Ordine dei Medici, l'allora presidente Di Stefano che si è speso con parole di sostegno nei miei confronti, e per me è stato importante. Una volta arrivata l'assoluzione, mi ha chiamato per dirmi che firmava subito la mia reintegrazione all'Ordine, perché potessi tornare a fare il medico.

Che consiglio daresti a un giovane collega che si interroga sui rischi della professione?

Quello che dico sempre ai miei tirocinanti: preparatevi per essere dei bravi medici, perché saper fare bene il proprio mestiere è qualcosa di irrinunciabile, oltre che doveroso. Mettere a fuoco un obiettivo da raggiungere è importante, ma quello che conta davvero è il viaggio che si deve compiere, questo è ciò che ti arricchisce e diventa occasione di crescita, un po' come Ulisse nel suo lungo ritorno verso Itaca. Certo ogni viaggio ha i suoi rischi, spesso non è semplice e puoi incontrare ostacoli, anche quelli di tipo giudiziario. Ma se vuoi fare il medico devi mettere in conto che ti può succedere anche questo. Ti aiuta avere chiaro il tuo percorso, la voglia di migliorarsi sempre e di continuare a studiare, ad aggiornarsi.

“ Quando ti arrivano in casa alle 4 del mattino, ti tolgono telefono, computer, tutto, ti senti come un Totò Riina.

“ Sul lavoro dei periti non ci ho dormito notti intere. Sono rimasto allibito davanti agli errori imbarazzanti emersi durante il processo.

Cosa ti porti dentro di questa esperienza, in cosa ti ha rafforzato e in cosa ti ha indebolito?

Io sono un po' duro, non sono un sentimentale, e forse questa corazza è quello che mi ha protetto. Però ne sono uscito indebolito dal punto di vista mentale, perché ti sembra interminabile da reggere, i tempi della giustizia sono stati troppo lunghi, e dopo la fine di questa vicenda giudiziaria un altro anno ce l'ho messo per assestarmi, perché il ritmo sonno-veglia rimane alterato, resti prigioniero di certi pensieri, di negatività, ti vengono anche paranoie come controllare lo specchietto dell'auto per il timore di essere seguito, limitare le battute al telefono perché hai sempre paura che qualcuno ti ascolti. Quando leggi le intercettazioni ti rendi conto di come scandagliano ogni dettaglio della tua vita.

Quello che mi ha dato forza, invece, sono state le lenzuola esposte alle finestre degli Spedali Civili di Brescia con scritto "Bentornato dottor Mosca". Mi sono detto: lo sanno anche loro che oggi ricomincio. Sono tornato a casa. Tuo padre che, quando rientri da una giornata di lavoro ti dice "come è andata oggi?". Per 18 mesi non l'avevo più sentita, questa frase. Oggi mi sento arrivato su una spiaggia, dopo un lungo viaggio in mare. E mi auguro che questo approdo non sia l'ultimo.

Ora sei in forze al 118 di Brescia.

Come vedi il tuo futuro? È cambiato il tuo approccio alla professione?

In questa fase della mia vita non sento più la necessità di un riconoscimento in termini di ruolo. Mi interessano i progetti. Nel mio futuro ideale vorrei arrivare a gestire un gruppo di medici giovani e motivati, non importa dove. E mi piacerebbe ricominciare ad insegnare, perché mi interessa molto la didattica, è lì che puoi trasmettere alle nuove generazioni stimoli, preparazione e l'importanza del lato umano nella nostra professione.

Quello che mi è accaduto non deve condizionare la mia vita, e non ha condizionato il mio modo di lavorare.

Rimane parte di me, impresso fra la memoria e l'anima.

Fragilità della medicina territoriale: la prospettiva dei medici di medicina generale

Maria Elisa Alessi

Medico di Medicina Generale a Brescia

La medicina generale, fulcro della sanità territoriale, ha dimostrato durante la pandemia la propria centralità, in particolare nel territorio bresciano, dove buone pratiche e approcci innovativi sono stati esempio a livello nazionale. Tuttavia, oggi è messa a dura prova da una condizione strutturale di fragilità sistemica, alimentata da molteplici criticità organizzative, professionali e relazionali. Vale la pena, quindi, soffermarsi sull'etimologia del termine **"fràgile"**: "che oppone scarsa resistenza al male fisico e morale, quindi debole, gracile, poco fermo" (*Vocabolario Treccani*). Quali aspetti rendono la medicina territoriale fragile, pronta a rompersi al minimo impatto?

1. Sovraccarico di pazienti e carenza di figure professionali

In Lombardia, il 74% dei medici di famiglia supera il massimale di 1.500 assistiti, ben al di sopra della media nazionale (51%). La provincia di Brescia soffre di una carenza stimata in oltre 120 medici. La Fondazione Gimbe registra in Italia una riduzione di quasi il 10% di medici tra 2019 e 2023 e un calo nella partecipazione ai corsi di formazione nel 2024, dove i candidati in alcune Regioni sono stati meno dei posti banditi. Conservare la continuità assistenziale in presen-

“ In Lombardia, il 74% dei medici di famiglia supera il massimale di 1.500 assistiti, ben al di sopra della media nazionale.

za di una popolazione sempre più anziana diventa arduo e la gestione organizzativa è sempre più precaria: serve un cambio di paradigma rispetto al modello organizzativo abituale.

2. Carico burocratico e inefficienze informatiche

La burocrazia sottrae tempo alla cura: secondo un'indagine condotta su 694 medici nel 2022, più della metà dei MMG e specialisti territoriali lamenta un carico burocratico eccessivo e il 91% denuncia un cattivo equilibrio vita-lavoro. A questo si aggiunge l'insoddisfazione verso sistemi informatici inadeguati: lentezza, procedure ripetitive e mancata interoperabilità sono fonti di inefficienza. Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) battezzato come strumento unificante, è ag-

“ La scarsa comunicazione tra medici di famiglia e specialisti ospedalieri limita l’efficacia della presa in carico.

giornato dai MMG solo nel 16% dei casi; i contatti ospedale-territorio avvengono raramente o addirittura mai nell’84% dei casi. La frammentazione dei sistemi regionali accentua la complessità: il passaggio verso un FSE nazionale è in corso, ma il cammino resta lungo, mentre le esigenze della popolazione si modificano rapidamente.

3. Difficoltà di dialogo territorio-ospedale

La scarsa comunicazione tra medici di famiglia e specialisti ospedalieri limita l’efficacia della presa in carico. Da una indagine FADOI emerge che il 50% degli internisti si consulta raramente con i MMG per pazienti ricoverati e che per il 34% degli specialisti ospedalieri i consulti non avvengono affatto. Inoltre, la comunicazione territorio-ospedale è ancora raramente istituzionalizzata: Spedali Civili ha attivato alcuni eccellenti *helpdesk* per le comunicazioni dirette fra le U. O. Diabetologia, Ematologia, Nefrologia e MMG, ma rimangono

esempi isolati. Molto spesso i confronti avvengono attraverso canali informali e questo rende chiara la difficoltà di come un lavoro multidisciplinare, integrato, possa essere efficiente ed equamente distribuito per tutta la popolazione.

Anche le case di comunità, previste dal PNRR e regionalmente recepite, suscitano incertezza: l’82% dei medici teme che la riforma resti parziale o priva di contenuti operativi concreti.

4. Pazienti esigenti e aggressioni

La lentezza del sistema, la scarsità di personale sanitario e le liste d’attesa aumentano la frustrazione dei cittadini, che riversano su medici aspettative irrealistiche: gestione di esami, forzature sulle priorità di erogazione delle prestazioni, richieste complesse. In una società dove la rapidità dei sistemi operativi e relazionali scandisce i tempi della quotidianità, l’ambulatorio di medicina generale, non può attualmente garantire risposte immediate. Il volume di richieste rispetto alle risorse disponibili supera di gran lunga le possibilità del sistema, creando situazioni di frustrazione e incomprensione. Si verificano spesso aggressioni verbali e fisiche in ambulatorio: il disorientamento del paziente si traduce in un ambiente di lavoro insicuro e stressante per i professionisti.

Il logoramento psicologico che ne deriva si riflet-



te anche sull'adesione alla professione: un numero crescente di medici valuta l'uscita anticipata dal sistema o l'impossibilità di mantenere la qualità della propria attività.

5. Conseguenze e possibili soluzioni

I dati recenti della Corte dei conti richiamano l'attenzione sulla medicina territoriale in crisi, indicandola come elemento vulnerabile sulla tenuta del SSN. Ma la questione non è solo relativa ai MMG, perché è reale l'urgenza di interventi strutturali e condivisi, ma ciò è possibile solo in un'ottica di partecipazione alle politiche sanitarie da parte di tutti gli attori (istituzioni, ospedali, cittadini). Nel bresciano, emergono alcuni esempi virtuosi: reti di medicina di gruppo in Valcamonica e Valtrompia hanno organizzato turni condivisi, reperibilità integrate e un primo coordinamento con le case di comunità. Nei Comuni più grandi sono sempre più frequenti le forme associative avanzate, dove aggregazioni di studi di medicina generale possono essere punto di riferimento per la popolazione, con ambienti accessibili, servizi infermieristici, esami diagnostici di primo livello (es. ecografia), *front-office* e assistenza continua dalle 8 alle 19. Manca, però, supporto e valorizzazione anche dal punto di vista economico: gli esami di primo livello vengono garantiti dal MMG su base volontaria e senza alcuna retribuzione aggiuntiva.

6. Garantire una formazione adeguata

Favorire l'acquisizione di nuove competenze da parte dei MMG permetterebbe a questa disciplina di uscire da un contesto spesso paludato e non al

“Favorire nuove competenze permetterebbe al MMG di uscire da un contesto non al passo con le più recenti scoperte scientifiche.

passo con le più recenti scoperte scientifiche. Investire in ricerca, riconoscere economicamente il lavoro accademico e di formazione svolto dai MMG fuori dell'ambulatorio, consentirebbe sia di restituire un nuovo *appeal* a una professione schiava dei pregiudizi, che di riconoscere valore e validità ai professionisti meritevoli. Infine, la formazione delle nuove generazioni: incentivare con borse, tutoraggi efficaci e condizioni di lavoro attrattive è la via per garantire un ricambio reale.

Conclusione

Il MMG è colonna portante del SSN, ma è oggi sottoposto a pressioni che ne compromettono la professionalità. Spazio clinico compresso, burocrazia, isolamento, carenze strutturali e rischio di violenza rendono urgente un ripensamento coordinato, a tutti i livelli. L'Ordine dei Medici di Brescia supporta iniziative e occasioni di incontro e dialogo, da cui potremmo ripartire per ripensare la medicina del territorio. Senza dimenticare l'importanza di chi usufruisce del servizio: i cittadini, con le loro esigenze e bisogni. Se in questo periodo storico la lontananza della politica dal paese reale è profonda, ripartire dal confronto con la popolazione riporterebbe il tema della salute nelle piazze, nei luoghi di aggregazione e di lavoro, facendo riappropriare le persone di un tema tanto fondamentale quanto dimenticato: la politica sanitaria e il rispetto delle istituzioni. ■

Intervista a **Cristiano Perani**

Direttore Pronto Soccorso ASST Spedali Civili - presidio di Brescia

L'ospedale è un organismo unico: i lati deboli si curano insieme

a cura di **Lisa Cesco**, giornalista

La fragilità dell'ospedale conosce stagioni che mettono alla prova: l'estate è la più impegnativa, a causa della riduzione programmata dei posti letto per consentire le ferie al personale, e dell'impatto del caldo che può sospendere verso l'alto i bisogni di cura cui dare risposta.

Incontriamo il dottor Cristiano Perani, direttore del Pronto Soccorso degli Spedali Civili – presidio di Brescia, già *Bed manager* aziendale durante la pandemia Covid, in una giornata tipica d'estate, in cui il clima incandescente si accompagna a una faticosa riprogrammazione delle disponibilità di posti in tempo reale, per garantire la necessaria accoglienza.

“L'attività urgente non ha modulazioni d'estate – spiega – ma avendo una capacità di accoglienza ridotta per le ferie degli operatori, che sono sacrosante, è inevitabile andare in sofferenza”.

Dottor Perani, uno dei principali fattori di fragilità dell'ospedale è proprio lo stress del sistema?

Lo stress organizzativo - pensiamo per l'urgenza al periodo estivo, o al picco di epidemie influenzali in inverno, così come per le attività ordinarie alla necessità di 'produzione di prestazioni sanitarie', interventi chirurgici, visite ambulatoriali, attività diagnostiche riducendo le liste d'attesa - è sicuramente un elemento chiave da considerare, perché genera un disagio percepito dagli stessi operatori, che ha ricadute sull'utenza in termini di disagi e tempi di attesa, e quindi di scontento e maggiore conflittualità. Questo porta a un inevitabile decadimento della relazione di assistenza e cura e influisce sul risultato finale in termini di benessere prodotto.

Carenza di personale, sovraccarichi di

“ La scelta di ridurre i posti letto è diventata anacronistica: dal report Eurostat in Italia ci sono 304 posti letto ogni centomila abitanti, contro la media europea di 511.

lavoro, rischio di aggressioni, burnout sono problemi quasi cronici per l'ambito ospedaliero. Quanto contano le risorse umane?

Sono l'asse portante di un ospedale, e mi riferisco a tutte le professionalità che ci lavorano. Oggi la carenza più avvertita è quella di infermieri, perché non è facile reperire queste figure, che sono fondamentali per assicurare il funzionamento delle degenze, delle sale operatorie, del Pronto Soccorso, delle attività diagnostiche e terapeutiche ambulatoriali e molto altro.

Questo innesca un profilo di fragilità rilevante, la difficoltà nel reperimento dei posti letto...

La questione dei posti letto è un problema molto avvertito nei grandi ospedali, ma anche molto complesso: da un lato sconta la carenza di infermieri, indispensabili per poter aprire nuove degenze,

dall'altro è frutto di una programmazione a livello nazionale che ha progressivamente ridotto i letti ospedalieri. Una scelta giusta per efficientare il sistema, perché l'ospedalizzazione comporta di per sé dei rischi per il paziente e l'evoluzione di tecnologie e terapie ha consentito di ridurre i tempi di degenza. Ma che è avvenuta nel momento in cui la popolazione è invecchiata, cambiando il quadro dei bisogni di cura: oggi il Pronto Soccorso non gestisce più in prevalenza acuti, ma pazienti cronici, spesso anziani, con riacutizzazioni. I bisogni provenienti dal territorio sono ancora più marcati, è cambiato il contesto sociale. Per questo la scelta di ridurre i posti letto è diventata anacronistica: come certifica il recente report di Eurostat in Italia ci sono 304 posti letto ogni centomila abitanti, contro la media europea di 511, e Paesi come la Germania che arrivano a 766.

La scarsa integrazione dei servizi tra ospedale e territorio è un altro elemento di debolezza?

Sono due contesti che procedono a velocità diverse, che andrebbero sincronizzate. L'occupazione delle degenze ospedaliere è legata agli ingressi dei pazienti, che dettano il ritmo, soprattutto per quelle mediche dal Pronto Soccorso. Il problema è la velocità di uscita dei pazienti dall'ospedale, in cui ci si scontra con tempi di reazione lunghi da parte delle altre strutture, penso alle riabilitazioni o ai servizi per i post acuti. Più è lunga la catena organizzativa, tanto più è difficile far capire le esigenze di ciascuno nei tempi giusti. L'ampliamento delle competenze delle ASST alla gestione dei servizi sul territorio potrebbe aiutare a riallineare i tempi di risposta. Gli Ospedali di Comunità, ad esempio, stanno offrendo risposte efficienti per la bassa intensità. Perché non ci siano più pazienti nel limbo fra dimissioni inappropriate e ricoveri ospedalieri parimenti inappropriate.

Migliorare la collaborazione tra i diversi ospedali, pubblici e privati, faciliterebbe il percorso del paziente e la disponibilità di posti per il ricovero? Sarebbe certamente facilitante, ed è questa l'idea di fondo che ha orientato l'av-



Cristiano Perani (nella foto) è specialista in Medicina Interna con indirizzo in Medicina d'Urgenza. È ecografista esperto in ecografia applicata all'emergenza-urgenza, argomento di cui è stato relatore in numerosi corsi e congressi.

“La velocità di uscita dei pazienti dall'ospedale si scontra con tempi di reazione lunghi da parte delle altre strutture.

vio delle Reti di patologia, con una riorganizzazione che però, ad oggi, non ha espresso tutte le sue reali potenzialità. Il modello *Hub e Spoke*, con centri *Hub* di alta specialità per la gestione dei casi più complessi, e presidi territoriali *Spoke* per l'assistenza di primo livello, è un sistema ben noto per la gestione del paziente, ma nel concreto presenta alcune difficoltà, soprattutto per i poli *Hub*, che una volta gestita l'emergenza faticano a spostare i pazienti in un *setting* adeguato, come potrebbe essere un presidio sul territorio dove completare il percorso di cura. Questo è dovuto anche a scogli burocratici e amministrativi, legati in particolare al riconoscimento dei DRG, che non facilitano il passaggio fra strutture. Ma lo *Spoke* per essere reale dovrebbe essere davvero ricettivo, in modo da assicurare i percorsi di continuità assistenziale e sgravare gli *Hub*. Altrimenti anche questa impostazione rischia di diventare un lato debole per gli ospedali di alta specialità, che si trovano a giocare contemporaneamente il doppio ruolo di *Hub* e di *Spoke*.

Quanto sono importanti gli spazi all'interno di un ospedale?

Sono fondamentali per il benessere degli operatori e dei pazienti. È documentato come spazi accoglienti e aree dove “staccare” dalle tensioni e ritagliarsi qualche minuto di relax favoriscano la qualità di vita e di lavoro e contribuiscano alla riduzione degli errori. Garantire il benessere di chi vi lavora ricade direttamente sul benessere dei pazienti. Un ospedale ben strutturato, poi, deve avere a disposizione anche spazi adeguati per l'assistenza, pensiamo all'alta intensità, ai contesti psichiatrici, all'intimità e al decoro da assicurare nel fine vita. Spazi protetti dal rumore, spazi fatti non solo di cemento, ma anche di verde, che diventano punti di forza per l'ospedale di oggi.

Un ospedale che non dispone di strutture duttili e adattabili, in grado di assorbire l'impatto di eventi stressanti, come emergenze e pandemie, racchiude una fragilità di fondo?

L'esperienza del Covid ci ha insegnato

che è indispensabile sapersi adattare ai cambiamenti, acuti o meno, legati all'epidemiologia della popolazione. Anche la struttura ospedaliera, come un organismo, per essere forte deve essere duttile e reattiva e potersi modificare nel tempo.

Flessibilità significa anche integrazione tra i reparti e comunicazione diretta fra le diverse specialità, cosa che non sempre avviene...

Se manca la visione dell'ospedale come un insieme, se lo sguardo non oltrepassa i confini di un solo reparto, le resistenze al cambiamento aumentano ed è difficile essere flessibili.

Penso che il passaggio più importante sia prima di tutto mentale: sentirsi parte di un organismo unico, che magari avrà diversi problemi, ma rimane un sistema che produce un bene inestimabile in termini di salute. Se te ne rendi conto, sei orgoglioso del lavoro che fai. Purtroppo, questa consapevolezza, ravvivatasi in epoca Covid, ora sta venendo meno: si rimane centrati sul proprio *setting* di lavoro ristretto, osservando ciò che non funziona e incolpando il resto del sistema, con un effetto alla lunga molto demotivante.

L'innovazione tecnologica può essere di aiuto?

Le nuove tecnologie favoriscono un avanzamento verso cure migliori, e dal punto di vista organizzativo rappresen-

“ Anche la struttura ospedaliera, come un organismo, per essere forte deve essere duttile e reattiva e potersi modificare nel tempo.

“ Ripartire dal senso di appartenenza a un ospedale, per tornare ad essere consapevoli dell'importanza del nostro lavoro.

tano una indubbia risorsa: pensiamo alla cartella clinica informatizzata, per garantire la sicurezza dei dati, rendicontare il lavoro, ridurre i margini di errore, ad esempio nelle terapie e prescrizioni, analizzare i flussi e scambiare informazioni anche con il territorio. Per funzionare bene, però, deve fare affidamento su un software che consenta l'integrazione con tutti gli aspetti dell'attività ospedaliera, e va costruita insieme ai clinici, non calata dall'alto. Un profilo organizzativo, invece, migliorabile da subito sarebbe una maggiore presenza di personale amministrativo nei setting di lavoro, che consentirebbe ai medici di liberare tempo per fare i medici, sgravandoli da sempre maggiori incombenze di tipo burocratico, sociale e socio-sanitario.

Nel contesto ospedaliero lo spirito di squadra è un antidoto alla fragilità?

Le esigenze di cura della popolazione sono cambiate, la risposta dell'ospedale è cresciuta e si è differenziata, ma deve poter contare su una capacità "strutturata" di accogliere tutti gli utenti. Questo significa posti e programmazione efficace, ma anche e soprattutto infermieri e medici che credono nel proprio lavoro. Dobbiamo ripartire dal senso di appartenenza a un ospedale, tornare ad essere consapevoli dell'importanza del nostro lavoro. Vedere solo quello che non funziona è più facile, ma non porta vantaggio a nessuno.



Ageng Bms - stock.adobe.com

La fragilità negli anziani

Alessandra Marengoni

Responsabile S.C. Geriatria ASST Spedali Civili, presidio di Montichiari, Professore ordinario presso il Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali, Università degli Studi di Brescia

Gaetano Aloisi

Dirigente medico S.C. Geriatria ASST Spedali Civili, presidio di Montichiari

La variabilità dello stato di salute aumenta progressivamente con l'avanzare dell'età. Alcuni anziani mantengono una vita attiva fino a età molto avanzate, mentre altri presentano numerose patologie croniche e disabilità. In ambito geriatrico, il concetto di fragilità viene utilizzato per descrivere tale eterogeneità nel processo di invecchiamento. La definizione internazionalmente accettata di fragilità corrisponde alla riduzione della riserva funzionale degli organi e degli apparati, associata al processo di invecchiamento, che determina una maggiore vulnerabilità dell'individuo agli *stressor* esterni e un aumentato rischio di eventi avver-

“ La definizione internazionalmente accettata di fragilità corrisponde alla riduzione della riserva funzionale degli organi e degli apparati, associata al processo di invecchiamento.



evening_tao - stock.adobe.com

si quali cadute, disabilità, declino cognitivo, ricoveri ospedalieri, istituzionalizzazione e mortalità.

La misurazione della fragilità implica un'analisi globale della funzionalità dell'intero sistema, in contrapposizione all'approccio clinico tradizionale, basato sulla valutazione delle singole patologie o sull'elenco dei problemi, ancora prevalente nei nostri sistemi sanitari. Un'analisi integrata del sistema comporta, ad esempio, la valutazione di condizioni indicative di disfunzione complessiva e delle relative possibilità di intervento; a titolo esemplificativo, possiamo menzionare i disturbi della mobilità che, indipendentemente dalla loro eziologia, traggono beneficio da interventi riabilitativi motori.

Sebbene sia stato suggerito che la fragilità debba essere valutata sistematicamente nell'anziano, permane un acceso dibattito riguardo al modello concettuale più adeguato alla sua misurazione. Tale scelta dipende dall'obiettivo della valutazione, dal contesto assistenziale e dallo scopo specifico dell'indagine. Approcciare la fragilità dal punto di vista biologico significa studiare il legame tra l'accumulo di danno cellulare e le sue manifestazioni a livello microscopico. Le cellule subiscono danni nel tempo a causa dello stress ossidativo, dell'infiammazione cronica di basso grado, dei difetti nella riparazione del DNA e dell'invecchiamento del sistema immunitario. La fragilità biologica può essere identificata precocemente nel corso della vita tramite biomarcatori di invecchiamento. Se, invece, si intende misurare la fragilità in ambito clinico o a livello di popolazione, i due approcci più diffusi sono la fragilità fenotipica e la fragilità da accumulo di deficit.

La fragilità fenotipica è caratterizzata dalla presenza di almeno tre dei seguenti criteri: astenia, lentezza del cammino, bassa attività fisica, perdita di peso involontaria ed esaurimento muscolare. La fragilità da accumulo di deficit viene quantificata attraverso un *'frailty index'*, ossia il rapporto tra il numero di deficit di salute presenti nell'individuo e quelli considerati dal ricercatore. Sia la fragilità fenotipica sia l'indice di fragilità variano tra individui con la stessa età anagrafica e sono entrambi associati a un aumentato rischio di mortalità. Entrambi risultano dall'accumulo di danno cellulare e, successivamente, tissutale e d'organo, che si manifestano fenotipicamente e clinicamente. Tuttavia, è fondamentale considerare l'insieme dei danni piuttosto che il singolo tessuto o organo, per evitare di confondere un danno strutturale con uno funzionale. Ad esempio, il danno cerebrale associato al-

Le evidenze scientifiche dimostrano che la fragilità non è una condizione immutabile, bensì modificabile e potenzialmente reversibile.

la malattia di Alzheimer può manifestarsi clinicamente in modo differente in individui con entità di deterioramento simile in relazione alla presenza o meno di fragilità.

Traiettorie di fragilità

Le evidenze scientifiche dimostrano che la fragilità non è una condizione immutabile, bensì modificabile e potenzialmente reversibile. L'attività fisica e una nutrizione proteico-calorica adeguata rappresentano i principali interventi per prevenire e modificare lo stato di fragilità. L'analisi delle traiettorie di fragilità nel tempo, se effettuata con lo stesso metodo, consente di valutare l'efficacia del piano preventivo-assistenziale adottato per ogni individuo. Ad esempio, il *Primary Care Frailty Index*, utilizzato in medicina generale, può essere rappresentato tramite percentili che mostrano l'andamento temporale della fragilità del paziente e l'insorgenza di eventuali variazioni improvvise o progressive dell'indice. È stato anche dimostrato che modificazioni nella traiettoria temporale della fragilità possono essere un campanello d'allarme per l'insorgenza di altre condizioni quali la demenza.



Foto di Daniele Franco su Unsplash



Foto di Jeremy Bishop su Unsplash

Importanza e utilità dell'identificazione della fragilità nel contesto territoriale

In una recente indagine di Italia Longeva che ha mappato la fragilità nella popolazione ultrasessantenne su scala nazionale utilizzando un indice di fragilità da accumulo di deficit, è emerso che la provincia di Brescia figura tra le aree con maggiore prevalenza di fragilità nel Nord Italia, con una percentuale di soggetti con fragilità moderata-severa pari al 21% (<https://www.italialongeva.it/2022/07/23/indagine-2022/>).

La centralità della presa in carico sul territorio, sul-

“ Il soggetto fragile presenta una prognosi peggiore a parità di severità delle malattie da cui è affetto e spesso manifesta quadri clinici atipici, che rendono la diagnosi più difficile e tardiva.

la base della fragilità, è definita anche nel Decreto Ministeriale 77, il quale sottolinea come tale condizione debba essere individuata precocemente mediante strumenti di valutazione multidimensionali che integrino indicatori sanitari e sociosanitari. L'Allegato 1 del DM 77 descrive i principi fondamentali della riforma, in cui il termine “fragilità” ricorre frequentemente. La rilevazione della fragilità risulta utile in tutti i contesti assistenziali; a tal proposito, il Dipartimento di Continuità di Cura e Fragilità dell'ASST Spedali Civili ha inserito la valutazione della fragilità sia nei pazienti ricoverati sia in quelli ambulatoriali ed ha promosso la stessa nelle Case della Comunità in linea con un modello di integrazione tra ospedale e territorio e con una medicina di iniziativa.

La principale motivazione per la valutazione della fragilità risiede nel fatto che essa aumenta la complessità assistenziale di qualsiasi altra patologia o condizione clinica. Il soggetto fragile presenta una prognosi peggiore a parità di severità delle malattie da cui è affetto e spesso manifesta quadri clinici atipici, che rendono la diagnosi più difficile e tardiva. La fragilità costituisce inoltre un parametro utile per modulare le decisioni cliniche e diagnostico-terapeutiche in termini di appropriatezza aiutando il medico ad evitare sia l'ageismo che l'eccesso di diagnosi e terapia.

Curare il bambino

**Specificità, appropriatezza e il nodo
della continuità assistenziale**

Giuseppe Riva

Responsabile UC di Pediatria, Fondazione Poliambulanza di Brescia

La Pediatria, il mondo dei piccoli, vive dinamiche assolutamente peculiari nel mondo sanitario.

La specificità è la cifra che la contraddistingue e che fa della gestione del bambino un elemento qualificante, e allo stesso tempo critico, all'interno del sistema.

Che il bambino non sia un piccolo adulto è un concetto ormai patrimonio di tutti. La sottolineatura di questo dato è servita negli anni ad evitare che

i bambini continuassero ad essere visti, trattati e ricoverati in ambienti a loro non adatti.

L'istituzione della pediatria di base e il lavoro dei pediatri all'interno delle strutture ospedaliere hanno fatto crescere negli anni la consapevolezza che i bambini debbano essere gestiti da personale formato alla loro assistenza ed in ambienti appositamente strutturati.



Man888 - stock.adobe.com



Halipoint - stock.adobe.com

“ Il bambino che si ammala, nella stragrande maggioranza dei casi, guarisce. Il problema vero è che si ammala spesso.

La diffusione di questo dato culturale positivo ha però determinato alcune criticità all'interno degli ospedali che non sono interamente dedicati alla cura dei bambini. I professionisti non formati alla loro gestione oggi temono più di un tempo, e talvolta si rifiutano, di occuparsene, ammettendo la loro inadeguatezza.

È questa una criticità che accomuna molte Pediatrie ospedaliere di primo e secondo livello, e solo una ulteriore crescita organizzativa e formativa permetterà di superarla.

In ogni ospedale dove esiste una Pediatria dovrebbero essere presenti il radiologo, l'otorino e l'anestesista, che si occupano anche di bambini, in modo da poter assistere in sicurezza le patologie non complesse in ambienti più periferici, assicurando un accesso più vicino al domicilio e senza intasare i centri di terzo livello che dovrebbero essere dedicati alla gestione delle patologie croniche e complesse.

Non mi addentrerò, in questo contesto, nelle necessità del bambino complesso, che rappresenta una nicchia costituita dai bambini veramente fragili, ma vorrei soffermarmi sulle problematiche che

affliggono l'altro gruppo di bambini, fortunatamente molto più numeroso, costituito dai bambini comunemente sani.

Fortunatamente oggi sappiamo che il bambino che si ammala, nella stragrande maggioranza dei casi, guarisce, il problema vero è che il bambino si ammala spesso, in certi periodi della vita molto spesso! Curare un bambino costa poco e la sostenibilità economica delle cure, problema dominante della medicina attuale, non è un problema saliente in Pediatria. Consideriamo però che il bambino non è mai solo, è sempre circondato da una famiglia, frequentemente allargata, ed in ansia per lui.

In questo contesto, la sua malattia è un evento che ha una valenza medica e sociale nello stesso tempo, si insinua costantemente nella quotidianità della vita delle famiglie e la sua gestione vive dei riflessi di tutte le difficoltà e le trasformazioni che la nostra società sta vivendo.

Non amo parlare in questo caso di bambino fragile ma di contesto fragile.

Mai come oggi il bambino vive in un ambiente protetto, accudito e talvolta riverito, ma spesso i condizionamenti interni (culturali) ed esterni (sociali) non permettono che il bambino segua i percorsi di cura più adeguati.

Il bambino deve guarire presto, altrimenti i genitori perdono giorni di lavoro, il bambino deve essere visto subito per lenire l'ansia oppure quando è comodo-possibile per il genitore, come la sera, la notte ecc.

“Oggi il Pronto Soccorso pediatrico viene utilizzato a tutti gli effetti come un ambulatorio.

Il bambino deve essere sempre trattato: ci deve sempre essere una pillola o uno sciroppo che risolva il problema, “perdiana”, siamo nel 2025!

Inoltre, sempre più spesso i genitori presentano richieste specifiche come esami da eseguire o indagini ecografiche e radiologiche, che il contatto sociale o il doctor Google ha suggerito loro di fare.

Il servizio disponibile, non strutturato ed organizzato per questo, ma che può dare risposte a queste nuove esigenze è il Pronto Soccorso.

Oggi il Pronto Soccorso pediatrico viene utilizzato a tutti gli effetti come un ambulatorio, dotato di laboratorio e diagnostica strumentale, aperto 24 ore su 24; purtroppo così è alla mercé delle più disparate e fantasiose esigenze.

A questo si aggiunge un altro dato critico: il rispetto, l'educazione e il riconoscimento della professionalità dell'operatore è sempre più in crisi e a questo si associa una percezione dilatata dei propri diritti, da cui scaturiscono manifestazioni di aggressività, diventate sempre più frequenti da parte degli accompagnatori.

La totale gratuità di accesso alle cure, mi duole dirlo, anziché essere percepita come un bene ed un privilegio da apprezzare, tutelare e conservare viene spesso abusata a proprio uso e consumo.

Nel nostro Pronto Soccorso siamo arrivati a contare fino a 60 accessi per un singolo bambino sano in 3 anni.

Di riflesso si pone la posizione difficile del medico, la cui debolezza sta principalmente nell'impossibilità di reagire e di porre un freno a questa situazione, che gli appare oggettivamente sbagliata, fonte di spreco e di danno, spesso inconsapevole, verso i bambini.

Quale genitore sa che in Pronto Soccorso il bambino riceverà certamente più trattamenti non necessari e più esami di laboratorio non indispensabili, rispetto ad una visita dal pediatra di famiglia?

L'azione del medico in Pronto Soccorso è mirata alla soluzione del problema acuto, in un contesto ad alte risorse diagnostiche e nei confronti di pazienti che non conosce, cosciente che la risposta deve essere congruente all'ambiente nel quale opera.

In questo contesto, inoltre, non può svolgere uno



Oscar - stock.adobe.com

“Nel nostro Pronto Soccorso siamo arrivati a contare fino a 60 accessi per un singolo bambino sano in 3 anni.

dei suoi ruoli più importanti, che è quello pedagogico e di indirizzo. Qualsiasi osservazione mossa ai genitori sulla inappropriatezza della gestione del caso viene interpretata come un'accusa o come poca voglia di lavorare e genera una reazione oppositiva.

Il pediatra di Pronto Soccorso è quindi totalmente privo di qualsiasi strumento atto a ridurre l'inopportunità dell'accesso al servizio: da qui il rischio della perdita del senso della sua funzione e ruolo e, in generale, dell'amore per il lavoro che sta svolgendo.

L'attività di Pronto Soccorso, che nel passato era ritenuta stimolante ed interessante, è oggi spesso stressante e demotivante.

Ritengo estremamente importante porre rimedio a questa situazione disfunzionale che nel tempo sta corrodendo il sistema e sostenendo comportamenti sbagliati.

È necessario trovare soluzioni nuove, condivise e coordinate tra la Pediatria dell'ospedale e del territorio, per dare una risposta adeguata al problema della continuità assistenziale nel bambino, che deve trovare risposte organizzative più congrue alle sue necessità.

La gestione della cronicità

La cronicità fra ospedale e territorio: una sfida aperta

Umberto Valentini

Consigliere Ordine dei Medici di Brescia

Negli ultimi decenni, il panorama sanitario italiano ed europeo ha visto una profonda trasformazione: la transizione epidemiologica ha portato al progressivo aumento delle patologie croniche, spesso multiple, che richiedono un approccio assistenziale continuativo, integrato e centrato sulla persona. In questo scenario, la gestione della **cronicità** rappresenta una delle principali sfide per i sistemi sanitari moderni, chiamati a coniugare sostenibilità, efficacia clinica e prossimità delle cure.

*Le **malattie croniche** sono un'emergenza:*

- la persona con malattia è centrale per il successo: nessun farmaco funziona, anche il più costoso, se il paziente non aderisce al progetto di cura;
- sono presenti nel 30% della popolazione;
- rappresentano più dell'80% delle malattie e sono in drammatico aumento;
- assorbono più del 70% dei costi sanitari diretti e determinano una cifra identica in costi sanitari indiretti;
- provocano più dell'80% dei ricoveri ospedalieri;
- sono responsabili del 56% di tutte le morti;
- NON sono solo appannaggio dell'età avanzata, ma la maggior parte compare tra i 15 e i 69 anni;

“ La gestione della cronicità rappresenta una delle principali sfide per i sistemi sanitari moderni.

- richiedono un'assistenza sanitaria più complessa rispetto alla malattia acuta, spesso “integrata” con quella sociale;
- è difficile mantenere la continuità e il coordinamento assistenziali negli anni;
- richiedono controlli e terapie continue, per tutta la vita.

**Nonostante la complessità
le malattie croniche
si possono curare con successo**

Le malattie croniche – diabete, BPCO, scompenso cardiaco, ipertensione, demenze, malattie oncologiche... – non solo impattano profondamente sulla qualità della vita dei pazienti, ma richiedono una presa in carico multidisciplinare e continuativa. Spesso si tratta di pazienti anziani, fragili, polimorbidi, con bisogni assistenziali che travalicano la dimensione esclusivamente clinica e richiedono un **approccio bio-psico-sociale**. Per curare effica-

“ La continuità assistenziale tra Ospedale e Territorio è oggi imprescindibile.

Per un malato cronico, non è più sufficiente limitarsi alla corretta interpretazione dei segni e sintomi clinici della sua malattia e/o alla prescrizione di farmaci. Un approccio terapeutico completo implica che tra curanti e paziente si stabilisca una **alleanza terapeutica**. La medicina della cronicità comporta il contemporaneo intervento di più operatori sanitari e sociali (medici generalisti, ospedalieri, specialisti, infermieri, psicologi, dietisti, fisioterapisti, ecc.) e persone (familiari, volontari, religiosi, ecc.) nell'assistenza dello stesso malato; per farlo in modo efficace devono dotarsi di competenze nuove necessarie per:

- portare il paziente ad una autogestione consapevole della malattia e del percorso di cura;
- prevenire le complicanze croniche e gli eventi acuti;
- creare un'organizzazione adeguata, diversa da quella per l'acuto;
- saper lavorare in *team*;
- monitorare i processi di cura definiti;
- realizzare banche dati condivise che permettano di seguire nel tempo il paziente.

L'Ospedale, centro di alta specializzazione e cura

per la fase acuta, non deve più essere considerato l'unico fulcro dell'assistenza sanitaria. La **continuità assistenziale** tra Ospedale e Territorio è oggi imprescindibile.

La sfida è duplice:

1. **Garantire una transizione fluida** tra dimissione ospedaliera e assistenza territoriale, evitando i fenomeni di “rottura della cura” che spesso si traducono in riospedalizzazioni evitabili.
2. **Rafforzare l'infrastruttura territoriale**, dotandola di risorse umane (medici di medicina generale, infermieri di comunità, assistenti sociali), tecnologiche (cartelle cliniche condivise, telemedicina) e organizzative (case della comunità, centrali operative territoriali, ADI).

Gestire la cronicità in modo efficace richiede un **cambiamento culturale** prima ancora che strutturale. Significa superare la frammentazione tra livelli assistenziali, promuovere la **presa in carico proattiva**, investire nella **formazione del personale** e nella **digitalizzazione**, e soprattutto porre al centro il paziente, non più solo come portatore di malattia ma come soggetto attivo nel percorso di cura. La cronicità rappresenta oggi una sfida aperta, ma anche un'opportunità per ripensare profondamente l'organizzazione dei servizi sanitari. Solo attraverso un'effettiva **integrazione tra ospedale e territorio**, sarà possibile rispondere ai bisogni dei pazienti cronici con equità, efficacia e umanità.



L'Ordine dei Medici e la Cronicità

Con la crisi pandemica sono stati messi in risalto alcuni problemi cronici del Servizio Sanitario Nazionale, quali, più di altri, l'insostenibilità di un sistema centrato sull'ospedale e sui servizi ad alta intensità e la debolezza dell'offerta territoriale di sorveglianza, prevenzione e cura, svuotata e depotenziata dalla scarsa attenzione a livello istituzionale e da insufficienti finanziamenti.

Il DM n°77/2022, in attuazione della Missione 6, componente 1 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ha operato la riorganizzazione della rete sanitaria territoriale, mediante l'istituzione di nuovi presidi (in modo particolare le Case della Comunità) e la codificazione di un approccio centrato sull'individuo.

L'Ordine dei Medici, garante della Professione nei confronti delle persone con malattia, si è posto i seguenti obiettivi: identificare le competenze del professionista, stimolare la discussione, identificare e analizzare i problemi, proporre soluzioni, senza tuttavia "invadere" il campo delle Istituzioni preposte.

Nel 2021 ha definito la seguente strategia per affrontare la sfida della cronicità:

- Organizzare Convegni Pubblici coinvolgendo le Istituzioni;
- Progettare percorsi formativi dedicati al lavoro in team;
- Formare un gruppo di lavoro misto con ASST, Privato Accreditato, ATS;
- Collaborare con le associazioni di pazienti.

Il 14 giugno 2025 si è tenuto il convegno "La persona con malattia cronica tra Territorio e Ospedale, quali cambiamenti? quali opportunità?" ultima tappa temporale del progetto. Il convegno ha visto la partecipazione dei Direttori Generali delle ASST della provincia e dell'ATS, si è articolato in 3 parti: la prima introduttiva dedicata agli aspetti generali (epidemiologia, modelli organizzativi); la seconda parte ha riportato le esperienze nazionali; la terza parte dedicata alle esperienze in atto nell'ASST Spedali Civili, Valcamonica, Franciacorta, Garda.

“ Gestire la cronicità in modo efficace richiede un cambiamento culturale prima ancora che strutturale.

L'evento è stata l'occasione per conoscere lo stato dell'arte della riorganizzazione in atto; nel novembre 2025 è previsto un corso per referenti delle Aggregazioni Funzionali Territoriali dei Medici di Medicina Territoriale, circa 40 nel territorio bresciano. I referenti AFT avranno il compito di coordinare l'attività dei colleghi e di interfacciarsi con gli altri livelli deputati all'assistenza sanitaria e sociale (Case delle Comunità, Distretti, Presidi Ospedaliari Territoriali, Ospedale...)

Fonti

- World Health Organization (WHO) Innovative care for chronic conditions: building blocks for action Ginevra, WHO, 2002.
- Wagner, E. H. et al. Improving Chronic Illness Care: Translating Evidence into Action *Health Affairs*, 2001; 20(6):64-78.
- Capolongo S., et al. Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali: dagli aspetti funzionali previsti nel DM 77 al Metaprogetto con le caratteristiche spaziali ei requisiti prestazionali da garantire. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, 2022, 63(2S1): 181-181.
- Tozzi V., & Longo F. (2023). Management della cronicità: logiche aziendali per una sanità a processi. Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale.
- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) 2022.

Riflessioni sulla gestione della cronicità sul territorio

Dario Palini

Medico di Medicina Generale a Rodengo Saiano

Essere cronicamente in ritardo ha certo i suoi innegabili vantaggi: permette di arrivare dopo gli altri e non ripetere cose già dette.

Il problema è che scrivere qualcosa di nuovo e sagace dopo aver sbirciato gli interventi dei miei brillanti Colleghi (che avrete già letto o leggerete nelle prossime pagine) è compito assai arduo.

E quindi, cosa dire, per iniziare, sulla cronicità? Che senza dubbio è un problema, ed è proprio per questo che hanno pensato ad una riforma (un po' scontato, vero?! Forse non un grande modo per iniziare). Però le cose, ridotte ai minimi termini, stanno così; e, in fin dei conti, qualcosa da cambiare, migliorare e rinnovare c'è.

Ma in tutta onestà la prima impressione che ho avuto è che tutti i cambiamenti e le migliori proposte, non vadano a insistere sulle fondamenta, bensì su ciò che esse cercano, sempre più faticosamente, di sostenere.

Ci si sta dando un bel da fare per cambiare il mobilio, abbattere muri, spostare i corridoi di un Sistema Sanitario che andrebbe rivisto alla base.

Fondamenta arrugginite e stanche

che scricchiolano sotto il peso di una Medicina moderna che è sempre più complessa e frenetica. A chi mi conosce è ben nota la mia proverbiale vena polemica, ma giuro che non è lì che voglio arrivare, tutt'altro. Il tema centrale del discorso è che, in una casa, anche le fondamenta e non solo le stanze, i corridoi, e il mobilio, sono importanti (e, almeno in termini edili, ma non solo, le prime hanno anche un ruolo cruciale).

“ Ci si sta dando un bel da fare per cambiare il mobilio, abbattere muri, spostare i corridoi di un Sistema Sanitario che andrebbe rivisto alla base.



“ Ricordiamo che le risorse sono limitate, e che l’accesso per problematiche acute riduce inevitabilmente il tempo per quelle croniche e ricordiamo che il cronico a volte è anche fragile.

Il mio personalissimo punto di vista è che tutto quello che questa riforma sta costruendo abbia bisogno di solide basi culturali, che vadano a dar forma alla struttura su cui costruire tutto il resto.

Medici e Pazienti devono accettare un mondo che è cambiato, rifuggendo quella retrotopia che non fa altro che generare pensieri pericolosi e mortificanti.

Il medico di una volta (così come il paziente di una volta) non può più esistere. Ci dispiace? Probabilmente sì, ma va bene lo stesso. Forse questo è il prezzo che abbiamo pagato per conquistare le evoluzioni mediche e tecnologiche che ci permettono di vivere meglio più a lungo.

Forse...

Perché forse tante cose, partendo dal quotidiano, potremmo migliorarle direttamente noi, esercitando una riforma sociale e culturale che ben ridarebbe struttura e solidità alle fondamenta del nostro amato Sistema Sanitario Nazionale.

Medici e Pazienti uniti nel patto di cura così come in questa rivoluzione culturale; vediamo così: lasciamo che la politica si occupi della forma, mentre noi ci concentriamo sulla sostanza, e non lasciamo che questa occasione si

trasformi nell’ennesimo cambiare tutto per non cambiare niente.

Noi Medici dovremmo agire nel quotidiano, ricordandoci che la strada del paziente cronico non deve essere un ciottolato di visite ed esami sconnessi tra loro; dev’essere invece una strada continua, senza interruzioni né buche. Redigere tutte le impegnative necessarie, fissare gli appuntamenti successivi e dire direttamente al paziente: “ci vedremo tal giorno alla tal ora” è l’intervento facilitatore per eccellenza. Non più un “ci vedremo più o meno tra”, ma un “ci vediamo il”. Non è forse quando tutto questo non avviene che il paziente si sente più sperduto e lasciato solo a sé stesso?

Ma ancora (e qui parlo proprio da MMG): dare importanza e tempo alla visita del paziente cronico. Educare la popolazione ad un nuovo approccio in cui, almeno una volta all’anno, almeno per i pazienti più complessi, ci si incontra e si fa il punto della situazione, senza che s’intrometta quel male al ginocchio che è giusto giusto spuntato la mattina stessa (che tempismo!).

E la lista potrebbe certo continuare, così come le riflessioni e le possibili obiezioni.

È certo, però, che questa partita si gioca in due. Chi si rivolge al Medico deve essere ben consapevole che nella gestione della propria condizione cronica egli è parte attiva e responsabile, così come lo è nella gestione delle risorse del proprio Sistema Sanitario.

Responsabilità nel gestire il numero ed il modo di accessi in Pronto Soccorso e dal MMG affinché si possa continuare a parlare di accessi e non di eccessi. Ricordarsi che le risorse sono limitate, e che l’accesso per problematiche acute riduce inevitabilmente il tempo per quelle croniche (e per la prevenzione). Ricordarsi che il cronico a volte è anche fragile, e spesso anche anziano; pensare che ci siano sempre dei Servizi ad hoc che ci sollevino dalle nostre responsabilità nei confronti dei nostri cari o dei più deboli intorno a noi è una pretesa infantile che evita di guardare in faccia la più cristallina e basilare delle verità: in una società possiamo esigere dei diritti solo se prima ci ricordiamo di ottemperare ai nostri doveri, specie nei confronti degli altri.

Ecco, cosa ho detto all’inizio? Forse che avrei cercato di non essere polemico? Davvero, nulla di tutto ciò: sono solo riflessioni, spunti.

Ma sono fermamente convinto che pensare che basti una riforma per cambiare il mondo, ed avere l’illusione che tutto magicamente migliori di colpo, è del tutto utopico. Le cose, sebbene forse molto lentamente, inizieranno a cambiare davvero solo quando, quelli davvero pronti a cambiare, saremo noi.

La leva e la mappa: manovrare l'IA nel mondo sanitario

Alberto Signoroni

Professore associato di Sistemi di elaborazione delle informazioni, Dipartimento di Specialità Medico Chirurgiche, Scienze Radiologiche e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Brescia

«Datemi un punto di appoggio e vi solleverò il mondo». La celebre leva di Archimede muoveva un mondo fisico. Oggi, il “peso” da sollevare è diventato digitale: un fardello quasi immateriale (ma non per questo non zavorrato da costi energetici) che ci costringe a parlare ancora, e con più urgenza, di leve. Il carico da sollevare è quello cognitivo, un’esigenza molto sentita anche nel “mondo” sanitario, quello che a noi interessa qui. Ed è l’in-

telligenza artificiale (IA) la leva che solleva questo carico. Ma... eleva o manleva? Questo è il punto cruciale. Sappiamo tutti di stare vivendo i primi anni D.C., dove C. sta questa volta per ChatGPT. Sembriamo una moltitudine di miracolati. Bastano molto meno di cinque pani e due pesci (li chiamiamo *prompt*) per saziare la nostra fame, talvolta nervosa, e spesso riceviamo più di ciò che ci serve (le famose dodici ceste).



Einur - stock.adobe.com

“ Per mettere ordine propongo un’analisi a tre dimensioni, che corrispondono a diverse coordinate con le quali muoverci nei sistemi di IA secondo i differenti bisogni clinici e organizzativi. A queste, va aggiunta la dimensione cruciale del tempo.

Rimane quindi la domanda: questa leva dell’IA ci “eleva”, potenziando le nostre capacità, o ci “manleva”, fino ad esonerarci dal pensiero critico e dalla responsabilità professionale? Per rispondere a questa domanda, che non è retorica ma tremendamente pratica, occorre smontare il concetto stesso di “Intelligenza Artificiale” in sanità, perché non esiste un unico strumento, ma un ecosistema di tecnologie diverse. Per mettere ordine, e recuperare una visione più concreta, propongo un’analisi a tre dimensioni, che corrispondono a diverse coordinate con le quali muoverci nei sistemi di IA secondo i differenti bisogni clinici e organizzativi. A queste, va aggiunta la dimensione cruciale del tempo: dobbiamo fin da ora porci il tema della sostenibilità a medio e lungo termine di soluzioni che, in molti casi, non abbiamo ancora nemmeno iniziato ad usare, seguendo un principio cardine della medicina stessa: la prevenzione. Una necessità, più che una scelta, dati i ritmi incalzanti dell’innovazione.

Le dimensioni dell’IA in sanità

■ Prima dimensione:

l’IA verticale e il supporto mirato

Ci riferiamo a sistemi ultra-specializzati, progettati per un compito specifico. Questi strumenti possono offrire un aiuto concreto ad alcune fragilità dei professionisti, agendo come un sollievo mirato. Pensiamo al *burnout* generato da compiti ripetitivi: un’IA verticale può eseguire in autonomia i *task* di *screening* più semplici, liberando tempo e risorse mentali del clinico. Oppure pensiamo al senso di solitudine di fronte a decisioni complesse: un sistema di supporto decisionale può agire

come un “collega digitale”, offrendo dati e scenari che arricchiscono la valutazione. Il rovescio della medaglia, però, è l’introduzione di nuove fragilità. La più nota è il *deskilling*: la progressiva perdita di competenze per mancato esercizio. Strettamente legato è il *cognitive offloading*, la tendenza a delegare il pensiero critico alla macchina, con il rischio di relegare i professionisti al ruolo di meri esecutori, spogliandoli del nucleo della loro professionalità. Per questo, occorre mantenere a tutti i costi un ruolo di supervisori critici: è fondamentale conoscere a fondo, e saper misurare, pregi e difetti degli strumenti, interrogarsi sulle loro casistiche e margini di fallimento e rifiutare sempre la logica della “scatola nera”. L’IA non deve togliere al medico la capacità di dubitare.

■ Seconda dimensione:

la natura orizzontale delle IA Generative (IAG) e l’ottimizzazione diffusa

Questi modelli di linguaggio, che tutti ormai conosciamo, e che oggi stanno evolvendo in veri e propri motori generativi multimodali, sono “orizzontali” perché in ambito sanitario rispondono principalmente ad un bisogno diffuso, trasversale e cronico: la mancanza di tempo. Medici ospedalieri e territoriali sono costantemente impegnati a documentare, sistematizzare, rendicontare, rispondere, comunicare, progettare e presentare. Siamo inebriati dallo stupore verso modelli sempre più potenti e la tentazione di usarli per ottimizzare queste attività è fortissima. Alcuni medici, di certo, sono già profondamente immersi nelle dinamiche di sfruttamento delle IAG. Come non capirli! I sistemi generalisti ci stregano, ci stupiscono per quanto tante volte ci azzeccano, ci superano, ma sono oggi molto più rischiosi da utilizzare in ambito clinico. Il paradosso è evidente: sono rischiosi, ma già percepiti come indispensabili. Al di là degli usi esplorativi e (per ora) “liberi” da parte dei singoli operatori sanitari, qui occorre includere soprattutto una serie di strumenti gestionali che stanno iniziando a farsi strada nelle strutture sanitarie più innovative.

Alcuni esempi sono:

- Automazione della documentazione clinica: sistemi che collezionano, ascoltano e generano automaticamente ad esempio “bozze” di referti, cartelle cliniche, lettere di dimissione...
- Assistenti per team multidisciplinari: piattaforme in grado di gestire tutti i dati riguardanti il paziente, suggerire indicazioni terapeutiche, sintetizzare e verbalizzare le decisioni prese, preparare piani di cura, selezionare in modo ottimale pazienti cui proporre cure sperimentali...

“Un uso delle IAG non pienamente critico e consapevole (scusate la vaghezza dei termini) può portare ad una “deprivazione cognitiva”, ad un appiattimento del sapere su risposte standardizzate.

- Gestione amministrativa automatizzata: *chatbot* e assistenti virtuali per semplificare la gestione degli appuntamenti, rispondere a domande frequenti, alleggerire il carico amministrativo del personale...

Qui i rischi sono ancora più sottili e pervasivi. Un uso delle IAG non pienamente critico e consapevole (scusate la vaghezza dei termini) può portare ad una “deprivazione cognitiva”, ad un appiattimento del sapere su risposte standardizzate, vere e proprie “stanze dell’eco” (*echo chambers*) che si limitano a confermare le nostre premesse.

Un pericolo ancora più insidioso è però l’“eterodirezione”: un processo in cui è l’IA, con le sue risposte plausibili, a plasmare il nostro modo di lavorare, e non viceversa, minando l’autonomia del singolo e dell’intera organizzazione.

I sistemi generalisti ci ammal(i)ano?

■ Terza dimensione: la profondità dell’orchestrazione

Le coordinate verticali e orizzontali si possono combinare, assemblare, ma occorre viepiù gestire l’integrazione e dare forma alla collaborazione tra i vari agenti intelligenti. Parliamo, appunto, di orchestrazione. Se le IA verticali e orizzontali sono i singoli musicisti, questa terza dimensione è il direttore d’orchestra: non si limita a farli suonare insieme, ma dà profondità e armonia alla musica che producono. Il suo scopo è puramente strategico: coordinare le azioni sul territorio, anticipare le problematiche e supportare le decisioni a livello dell’intero sistema. La frontiera tecnologica di questa dimensione è la cosiddetta *Agentic AI*, un campo di ricerca in rapidissima evoluzione da cui ci aspettiamo livelli di coordinamento sempre più sofisticati. Questo livello, però, per funzionare richiede un prerequisito non negoziabile: dati di alta qualità, non solo digitalizzati, ma resi “adatti e adattati” all’interno di un’infrastruttura integrata. Senza questa solida base, l’orchestra stonerà, producendo una sinfonia di rischi nascosti anziché di benefici.

■ La quarta dimensione: il tempo e la sfida della sostenibilità

Infine, bisogna considerare come questa offerta tecnologica si sviluppa nel tempo. La dimensione temporale è cruciale, perché introduce il tema della *sostenibilità*, non solo economica, ma soprattutto



Foto di Tung Nguyen da Pixabay



“Mantenere il controllo significa non smettere mai di esercitare il dubbio, l’autoformazione e la verifica.

to cognitiva e professionale. È già chiaro che queste tecnologie modificheranno profondamente il medico, il paziente e le strutture sanitarie.

La vera sfida della *sostenibilità cognitiva* è usare la leva dell’IA nel modo giusto. Se usata passivamente per delegare il pensiero, porta all’atrofia delle nostre capacità critiche. Se usata attivamente, può potenziarci. La chiave sta nel saper ribilanciare il carico cognitivo in modo appunto sostenibile: l’IA deve farsi carico del lavoro di *quantità* (cercare dati, compilare report) per liberare le nostre energie mentali per il lavoro di *qualità* (il ragionamento clinico complesso, l’empatia, la strategia terapeutica) che non deve mai essere interamente delegato. Mantenere il controllo significa non smettere mai di esercitare il dubbio, l’autoformazione e la verifica. Ma la sostenibilità nel tempo riguarda anche

l’integrità dei dati. Esiste un rischio insidioso di “inquinamento” a lungo termine: i successi stessi di un’IA, ad esempio aiutando a trattare precocemente una patologia, potrebbero *contaminare* i dati futuri, mascherando la reale pericolosità dei sintomi per le analisi successive. Questo dimostra che la sostenibilità richiede una visione a lungo termine e una strategia di implementazione che non sia solo tecnologica, ma anche etica e culturale, fondata su principi di cautela e su una formazione continua e dinamica.

Conclusione: una leva da usare, subito

Mi rimane poco spazio, perciò vorrei concludere con un suggerimento che spero possa avere un impatto concreto. Un modo concreto per usare questa leva dell’IA, che da ingegnere affido alla vostra arte medica.

Lo scenario certamente non vi è nuovo, e sarà sempre più comune sia per il medico di famiglia che per il medico ospedaliero: un paziente arriva con una “diagnosi” formulata da ChatGPT (o da uno dei confratelli). La prima probabile reazione potrebbe essere l’irritazione, un senso di fragilità di fronte a questa invasione di campo. La mia proposta è di capovolgere questa prospettiva: invece di respingerla, incorporatela nel processo anamnestico.

È un’occasione preziosa per capire e ripercorrere insieme al paziente il percorso che ha fatto per trovare tali informazioni. Questo permette di comprendere meglio quali domande si è posto, le sue preoccupazioni e i suoi sintomi, aumentando la vostra capacità e profondità di ascolto. A quel punto, la risposta dell’intelligenza artificiale non è più un’interferenza ma diventa qualcosa che è possibile accogliere e inglobare meglio nel vostro processo decisionale, esercitando il vostro fondamentale ruolo critico per trovare la procedura migliore da seguire e migliorare non di poco anche il rapporto empatico con il paziente, allontanando il timore che l’IA possa portarvelo via.

IA nel quotidiano del MMG: strumenti innovativi per diagnosi, formazione e *governance* clinica

Gerardo Medea

Medico di Medicina Generale

L'intelligenza artificiale (IA) si sta affermando come una potente forza trasformativa nel panorama sanitario, offrendo anche al medico di medicina generale (MMG) opportunità senza precedenti per migliorare l'efficienza e la qualità delle cure primarie. Sebbene questa evoluzione presenti sfide da affrontare con cautela, l'obiettivo è esplorare con sguardo pragmatico come l'IA possa diventare un concreto alleato nella pratica clinica quotidiana.

Strumenti concreti per il Medico di Medicina Generale

L'IA offre soluzioni innovative per diverse aree del lavoro del MMG.

Durante la visita, applicazioni dedicate possono registrare e trascrivere il colloquio con il paziente in tempo reale, generando sintesi automatiche e talvolta proponendo ipotesi diagnostiche. Questo



Anwar Fauzan - stock.adobe.com

riduce il tempo dedicato alla burocrazia, permettendo al medico di concentrarsi sul paziente, sebbene si debbano considerare i costi, i possibili errori di trascrizione e le cruciali implicazioni per la *privacy* dei dati.

Nel supporto alla diagnosi chatGPT può aiutare il medico a esplorare un ampio spettro di diagnosi differenziali, specialmente in quadri clinici complessi, analizzando rapidamente la letteratura scientifica e riducendo il rischio di bias cognitivi.

Per la terapia, strumenti come Gemini o Claude, se opportunamente addestrati, possono analizzare la storia clinica del paziente per suggerire trattamenti personalizzati, un approccio che si è dimostrato efficace nel migliorare l'aderenza terapeutica.

Un campo di applicazione di grande interesse è la gestione delle interazioni farmacologiche complesse nei pazienti in politerapia (una tipologia di pazienti che coinvolge fortemente il MMG), dove l'IA può analizzare le combinazioni di più principi attivi (e non solo *one-to-one*), aiutando a prevenire effetti collaterali e a guidare eventuali interventi di deprescrizione.

Oltre alla clinica, l'IA può ottimizzare la gestione. I chatbot intelligenti possono farsi carico di compiti amministrativi, come fissare appuntamenti o rispondere a domande frequenti (anche in tema di educazione sanitaria per la prevenzione primaria e secondaria), liberando tempo e risorse mediche ed infermieristiche.

A un livello più alto, l'IA può integrarsi con i sistemi di governance (come il GPG: General Practice and Governance), analizzando i dati aggregati per identificare trend, anomalie e suggerire azioni correttive. Chatbot integrati possono tradurre report complessi in sintesi immediate, facilitando l'identificazione delle priorità di intervento anche per il singolo paziente complesso.

Infine, l'IA è un potente strumento di formazio-

ne continua. Può creare percorsi di apprendimento personalizzati, generare casi clinici virtuali su cui esercitarsi e, tramite chatbot basati su linee guida, permettere al medico di testare le proprie conoscenze rispondendo ai test generati dall'AI. Strumenti come *NotebookLM* possono inoltre generare riassunti di articoli scientifici, generando inoltre podcast da ascoltare comodamente mentre per esempio stiamo viaggiando in auto aiutando il MMG a rimanere aggiornato nonostante il poco tempo a disposizione.

Vantaggi, rischi e strategie di implementazione

I benefici dell'IA sono evidenti: supporto decisionale avanzato, automazione di compiti ripetitivi, accesso facilitato all'informazione e formazione continua personalizzata. Tuttavia, emergono anche svantaggi significativi: i costi di implementazione, i rischi per la *privacy* dei dati (normativa GDPR), la necessità di validare sempre i risultati dell'IA con l'esperienza clinica e il pericolo di un'eccessiva dipendenza dalla tecnologia a discapito del rapporto umano. A questi si aggiunge il rischio di "allucinazioni", ovvero risposte errate o false generate dai modelli.

Per integrare efficacemente l'IA nella pratica quotidiana, il MMG deve:

- Selezionare strumenti affidabili, valutando sicurezza, funzionalità e adattabilità al contesto ambulatoriale.
- Interpretare sempre i risultati clinici nel contesto specifico del paziente, senza sostituire il ragionamento clinico.

Pre-visita	Visita	Follow-up	Post-visita
• Supporto alla formazione • Generazione di risposte automatiche a quesiti dei pazienti • Appuntamenti • Educazione sanitaria (audio, video, visual)	• Trascrizione Registrazione dei dati della visita • Sistemi di supporto alla diagnosi e terapia	• Report ragionati • Scelta delle priorità • Interazioni farmacologiche complesse • PAI	• Supporto alla formazione mirata al caso clinico

Figura 1. Flusso di lavoro del MMG ed integrazione con l'AI

- Garantire la protezione dei dati, adottando tecnologie conformi al GDPR e informando quando necessario i pazienti sull'uso dei loro dati.
- Formarsi sull'uso dell'IA, acquisendo competenze in *prompt engineering* e interpretazione critica dei risultati.
- Coinvolgere i pazienti, promuovendo trasparenza, consenso informato e uso etico delle tecnologie.
- Monitorare costantemente le performance degli strumenti adottati, con audit periodici per correggere distorsioni e migliorare l'efficacia.

Uno sguardo al futuro della medicina generale con l'IA

L'IA può contribuire a costruire una medicina generale più proattiva e centrata sul paziente. Può favorire diagnosi precoci, migliorare la gestione delle cronicità, alleggerire i compiti burocratici e potenziare la personalizzazione delle cure. Tuttavia, rimangono criticità aperte, in particolare il rischio di risposte errate o ingannevoli da parte dei sistemi generativi, e l'uso di strumenti che raccolgono o elaborano dati clinici sensibili senza adeguate garanzie di riservatezza.

Conclusioni: verso un futuro integrato

L'IA non è un fine, ma uno strumento da integrare nel bagaglio professionale del MMG. L'intelli-



Patcharin - stock.adobe.com

“ L'IA non è un fine, ma uno strumento da integrare nel bagaglio professionale del MMG.

genza artificiale non rappresenta inoltre una minaccia, ma un'opportunità per costruire un futuro in cui il MMG, supportato dalla tecnologia, possa essere ancora più efficiente e centrato sul paziente. L'integrazione dell'IA nel flusso di lavoro (vedi fig. 1) — dalla pre-visita (gestione appuntamenti) alla post-visita (follow-up e formazione) — può liberare tempo prezioso da dedicare alla cura. Con la giusta formazione e consapevolezza, questi strumenti possono essere integrati nel lavoro quotidiano a beneficio dei pazienti. La sfida non è solo tecnologica, ma culturale: riguarda la capacità dei MMG (ma in realtà di tutti i Medici) di restare protagonisti anche nell'era dell'intelligenza artificiale. **■**

Intervista a **Umberto Gelatti**

Ordinario di Igiene e Medicina Preventiva all'Università degli Studi di Brescia
ed esperto di comunicazione in sanità

La disinformazione ci rende fragili. L'antidoto? Conoscenza e fiducia

a cura di **Lisa Cesco**, giornalista

«Coloro che si sono già diagnosticati da soli tramite Google, ma desiderano un secondo parere, per cortesia controllino su Yahoo.com».

Diversi anni fa aveva strappato un sorriso e innescato una riflessione più profonda questa frase appesa fuori da uno studio medico dell'Istituto Tumori di Milano. Segno di un disagio importante, se un professionista di un Irccs di livello nazionale nella lotta contro il cancro aveva avvertito la necessità di mettere in guardia i pazienti, seppure con ironia, sui rischi della disinformazione per la nostra salute. Oggi che al dottor Google si sono aggiunti Chat-GPT e gli strumenti dell'Intelligenza Artificiale, il tema della comunicazione in ambito sanitario è diventato ancora più sensibile, fino a rappresentare un elemento di fragilità per operatori e pazienti, perché esposto a un turbine incontrollato di informazioni che genera fraintendimenti, incomprensioni e *fake news*.

Con il professor Umberto Gelatti, ordinario di Igiene e Medicina Preventiva all'Università degli Studi di Brescia ed esperto di comunicazione in sanità, abbiamo provato ad analizzare le principali tendenze in atto.

Professor Gelatti, la comunicazione sta diventando un problema per medici e operatori sanitari?

Viviamo un periodo storico in cui le conoscenze scientifiche, le nuove tecnologie e l'*evidence-based medicine* hanno raggiunto il punto più alto, e consentono di ottenere traguardi impensabili fino a qualche anno fa. Eppure, ci troviamo ad interrogarci sulla fragilità che può derivare dal disporre di molte informazioni, che non sono più patrimonio dei singoli professionisti sanitari, ma a disposizione dell'intera collettività. Abbiamo dato

“ Come professionisti non abbiamo previsto che dovevamo intercettare un problema comunicativo nella popolazione.

per scontato che l'accesso generalizzato alle informazioni avrebbe spinto la popolazione a stringere in modo quasi automatico un'alleanza con i sanitari, ma non è stato così.

Un altro aspetto da non equivocare: informazione non equivale a conoscenza.

Anche la scienza e la medicina sono entrate nello *star system* della comunicazione: eravamo pronti?

Come professionisti non abbiamo previsto che dovevamo intercettare un problema comunicativo nella popolazione,

non ci siamo preparati per tempo e “posizionati” come interlocutori attivi, in grado di riempire quel vuoto occupato dalle informazioni disintermedie.

Non dimentichiamo che, se sono cambiati i medici e i pazienti di oggi, è molto cambiato anche il concetto di *media* con cui ci dobbiamo confrontare. E come medici abbiamo una difficoltà intrinseca a comprenderne il ruolo e l'evoluzione – pensiamo all'avvento dei *new media* - forse perché storicamente eravamo abituati a un certo tipo di rapporto con il paziente, in cui era il medico a decidere cosa fare, senza bisogno di approfondite comunicazioni, e ci siamo trovati a dover spiegare e raccontare. Cosa che, per alcune delle nostre materie, è obiettivamente complicata.

In rete a raccogliere i maggiori consensi in ambito sanitario sono spesso gli *influencer* del benessere.

Quanto conta la comunità scientifica? Medici e scienziati sono solo una delle tante voci che cercano di richiamare attenzione in rete, e neanche la voce più interessante, come evidenziava un editoriale su *Science*. Se non se ne padroneggiano i meccanismi più profondi, è difficile stare nello *star system* del-

“ Penso che le persone vorranno ancora ascoltare i nostri messaggi se davvero capiamo che dobbiamo cambiare approccio.

“ Non giocare questa partita è come rinunciare ad usare un'arma molto potente.

la comunicazione - dove opinioni, fatti ed evidenze scientifiche sono tutti sullo stesso piano valoriale - e comprendere il significato delle discussioni e schermaglie sui *social media*. Il successo dei “*wellness influencer*” è un segno del calo di fiducia nelle autorità scientifiche ufficiali.

Il fenomeno dell'infodemia, esploso con la pandemia Covid, riguarda solo i non addetti ai lavori?

Si stima che quest'anno verrà prodotta globalmente una mole di informazioni pari a 180 zettabyte (uno zbyte equivale a un trilardo di byte), che la popolazione si troverà a interpretare in ogni momento, con conseguenze disorientanti. Ma l'infodemia ha colpito anche gli operatori sanitari, che si sono ritrovati alle prese con un “torrente” di informazioni scientifiche da decodificare, fenomeno cui loro stessi non erano preparati. Questa infodemia, che il Covid ha reso evidente, non è figlia solo della pandemia e a mio avviso non è destinata a finire, per questo è necessario prepararsi.

Come trovare un punto di equilibrio in questo contesto ad alta complessità, in continuo cambiamento?



È necessario generare nei professionisti sanitari (così come nella popolazione) una *literacy* - ovvero una competenza - migliore, attraverso la conoscenza e l'alleanza con il mondo della comunicazione e i suoi professionisti, per imparare a capire un fenomeno che non può essere gestito in maniera dilettantistica. Siamo davanti ad una realtà multifaccettata e complessa, che non è possibile affrontare con una sola *skill*.

Siamo fragili, ma come abbiamo saputo fare in altri campi abbiamo tutte le capacità di comprendere e interpretare questo fenomeno. Con i piedi saldamente poggiati nell'evidenza scientifica, ma con un metodo che ci consenta di spiegare alla popolazione, comprendere quali sono i suoi bisogni.

Non a caso nella percezione dei messaggi entrano in gioco anche elementi come la fiducia e le aspettative delle persone...

La necessità di conoscere delle persone è anche un bisogno di fiducia, di sentire che qualcuno si prende cura di te. Anche questo è un messaggio importante da trasmettere, in un contesto apparentemente discordante in cui si assiste da un lato ad una caduta della fiducia nei confronti delle organizzazioni e dei professionisti sanitari, dall'altro alla crescita delle aspettative nelle possibilità di cura, complice anche un immaginario collettivo generato da *fiction* televisive e *media* in generale, in cui i successi della medicina sembrano non conoscere alcun limite.

Un recente editoriale su *Lancet* ammoniva sui rischi della disinformazione come minaccia sociale e per la salute pubblica.



Umberto Gelatti (nella foto), medico, specialista in Igiene e Medicina Preventiva, è Delegato del Rettore alla Comunicazione e ai Rapporti Istituzionali di UniBs. È membro dell'*International Association for Communication in Healthcare* (EACH).

“Dove ci sono fiducia e dialogo, la popolazione non ha bisogno di affidare i propri problemi di salute ai *social media*.”

Dobbiamo smettere di pensare alla disinformazione e alla cattiva informazione come un fenomeno quasi “goliardico”: la disinformazione uccide. La gente “muore” di *fake news* perché fa le scelte sbagliate. Forse bisognerebbe tornare a chiamarle “bugie”: anche l'impatto semantico cambierebbe. Gli studi sulle modalità di diffusione delle *fake news* ci dicono che sono soprattutto i singoli a diffonderle, in diversi casi attraverso il meccanismo delle “trasmissioni non consapevoli”, che avvengono ad esempio tramite le condivisioni. Questo determina un ecosistema informativo fragile e incerto che ci rende dubbiosi, insicuri, quasi che l'incertezza fosse diventata la normalità.

Rischiamo la tempesta perfetta?

Io penso che le persone vorranno ancora ascoltare i nostri messaggi se davvero capiamo che dobbiamo cambiare approccio, evolvere in questo campo come abbiamo sempre saputo fare negli altri campi del sapere medico. Dobbiamo continuare ad impegnarci, ad essere presenti in modo professionale: non giocare questa partita è come rinunciare ad usare un'arma molto potente. Del resto, fare il medico significa anche comunicare con la gente. Fondamentale è assicurare gli strumenti e il tempo di dialogo con i pazienti.

Nel tempo dell'effimero, un invito a ripartire dalla solidità della conoscenza.

Dobbiamo pensare che la conoscenza ci serve a capire e a dare risposte efficaci, e come ritorno ci dà la fiducia. E dove ci sono fiducia e dialogo, la popolazione non ha bisogno di affidare i propri problemi di salute ai *social media*. ■

La riorganizzazione della Sanità in Lombardia: integrazione Ospedale-Territorio, Case di Comunità, Distretti

Il parere dei medici bresciani: i risultati del sondaggio

a cura di **Angelo Bianchetti**
Direttore responsabile di *Brescia Medica*

La gestione della cronicità rappresenta uno degli elementi che mette in crisi il sistema socio-sanitario e che è stata oggetto di diversi tentativi di riorganizzazione e di riforma. Il DM 77 e la legge regionale 22 del 14/12/2021 prevedono la riorganizzazione della sanità: da un sistema che vedeva la separazione tra Ospedale e Territorio, ad un sistema che si basa su una forte integrazione tra i due diversi livelli assistenziali. L'aspetto più importante di questo cambiamento è il Territorio: Distretti, COT (Centrale Operativa Territoriale), Case ed Ospedali di Comunità, Presidi Ospedalieri Territoriali diventano centrali nel nuovo modello assistenziale. Questo riordino presenta alcuni ostacoli che vanno superati: da definire le funzioni e le modalità di lavoro che avranno i professionisti della Salute nelle Case di Comunità, da realizzare un unico sistema informatico, da completare l'integrazione tra aspetti sociali e sanitari.

Per questa ragione **abbiamo predisposto un sondaggio on line che si è realizzato nel maggio 2025**, con l'obiettivo di esplorare il "sapere" ed il "sentire" dei medici bresciani riguardo a queste trasformazioni.

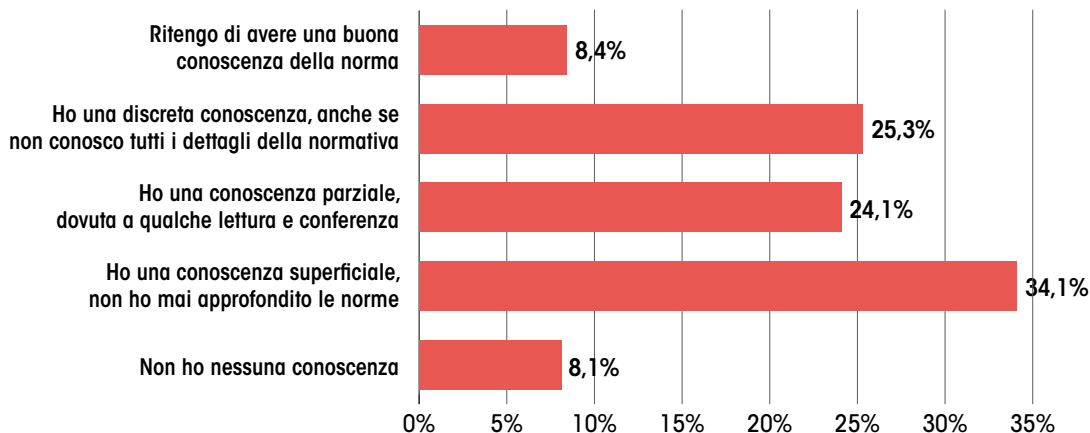
Al sondaggio hanno risposto 1006 iscritti all'OMCeO di Brescia (50,1% donne), con età media 53,3 anni (49,1 per le donne; 57,5 gli uomini).



Il giudizio complessivo sulla riforma è di criticità: il 41,8% la ritiene del tutto inutile o pensa sia poco probabile che porti a miglioramenti.

Il 23% delle donne e il 14% degli uomini ha meno di 35 anni, il 48% e il 31% fra 36 e 60 anni, il 28% e il 49% fra 61 e 75, l'1% e il 6% ha 76 anni e oltre. Per il 32% si tratta di medici ospedalieri, il 22% medici di famiglia e pediatri di libera scelta, il 5% medici di altre strutture sanitarie, l'8% medici dei

Grafico 1 Conoscenza LR 22/2021



servizi, il 21% liberi professionisti, l'11% pensionati e l'1% odontoiatri.

Alla domanda "Qual è il tuo livello di conoscenza del DM 77 e della legge regionale 22 del 14/12/2021 che prevedono la riorganizzazione della sanità territoriale (case ed ospedali di comunità, integrazione ospedale territorio)" (**grafico 1**) una minima percentuale (8,4%) dichiara di avere una buona conoscenza della norma, mentre la maggioranza ritiene di non averne nessuna (8,1%) o una conoscenza solo superficiale (34,1%).

Tra i medici ospedalieri la percentuale di chi dichiara di non avere nessuna conoscenza della riforma è del 10%, mentre tra i MMG/PLS è solo

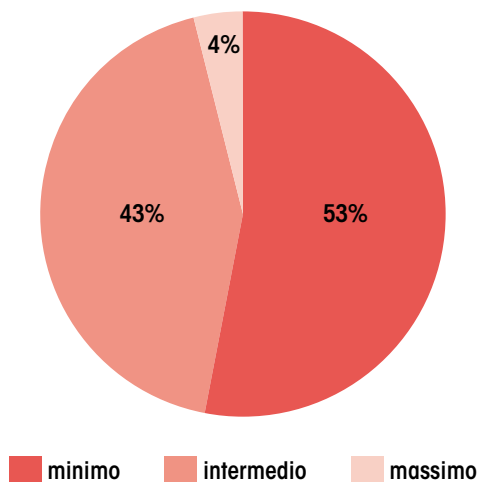
del 5%. Allo stesso modo solo il 4,7% dei medici ospedalieri ha una "buona conoscenza" della norma, *versus* il 14,1% di MMG e PLS (anche i medici dei servizi e ambulatoriali hanno percentuali simili ai MMG, mentre tra i medici liberi professionisti e delle RSA il livello di conoscenza è basso, rispettivamente del 7,9 e 1,9%).

In riferimento al livello di conoscenza dell'attuazione di queste norme nel distretto in cui viene svolta la professione (**grafico 2**), solo una minima parte (4%) dichiara una buona conoscenza, mentre la maggioranza (53%) dichiara di avere una conoscenza minima. Anche in questo caso i MMG/PLS hanno il livello di conoscenza più elevato, insieme ai medici di continuità assistenziale e ai medici dei servizi; il livello di conoscenza più basso è dei medici ospedalieri, dei medici ambulatoriali, dei liberi professionisti e di quelli in RSA e riabilitazione.

Il giudizio complessivo sulla riforma è di criticità: il 41,8% la ritiene del tutto inutile o pensa sia poco probabile che porti a miglioramenti. I maggiormente critici sono i MMG/PLS rispetto ai medici ospedalieri e dei servizi (**grafico 3**).

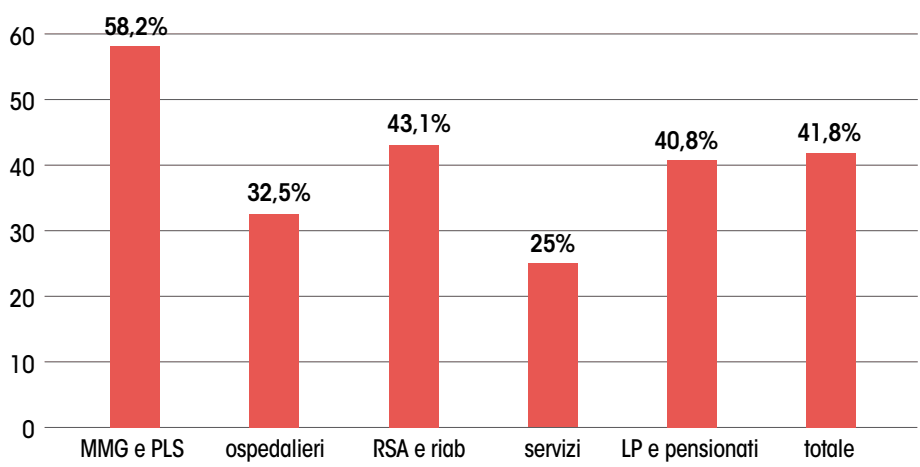
Interessante osservare che i giudizi negativi sono superiori fra chi dichiara di avere una buona conoscenza delle norme (40,5%) o almeno discreta (54,5%) rispetto a chi ritiene di non averne nessuna conoscenza (19,4%) o minima (35,7%).

Grafico 2 Livello di conoscenza attuazione norme nel distretto



“I maggiormente critici sono i MMG/PLS rispetto ai medici ospedalieri e dei servizi.

Grafico 3 Percentuale di giudizi contrari alla riforma



È stato chiesto agli intervistati di esprimere un giudizio su alcune affermazioni che riguardano le norme che riformano la sanità territoriale e il rapporto ospedale-territorio. Come si può vedere nel **grafico 4** il 57% ritiene che “si avrà un approccio più sistematico ai malati cronici con un beneficio in termini di appropriatezza delle cure”, esprimendo quindi un giudizio positivo. La mancanza di chiarezza renderà poco incisiva la riforma per il 35,7% degli intervistati, mentre solo il 23,7% ritiene che il migliore supporto infermieristico ed amministrativo previsto dalla riforma potrebbe determinare una riduzione del carico di lavoro dei medici del territorio. Per poco più di un quarto dei *responders* (26,8%) la riforma determinerà una più stretta collaborazione con gli altri operatori sanitari e socio-sanitari, con il volontariato e con le istituzioni locali.

È stato chiesto un giudizio sul grado di rilevanza per migliorare l’assistenza territoriale di alcuni specifici fattori (**grafico 5**). Il coinvolgimento/educazione della popolazione e dei pazienti e la digitalizzazione sono gli aspetti ritenuti di maggiore importanza per il miglioramento dell’assistenza territoriale; la proposta di trasformare i MMG/PLS in dipendenti del SSN è ritenuta importante solo dal 34,5% dei *responders*. Quest’ultimo aspetto relativo al contratto di dipendenza per i MMG, è considerato rilevante

- dal 15,6% dei MMG stessi;
- dal 51,7% dei medici ospedalieri;
- dal 36,2% dei medici di RSA e riabilitazioni;
- dal 26,1% dei medici dei servizi;
- dal 32,9% dei medici LP e pensionati.

Grafico 4 Livello di accordo con alcune affermazioni che riguardano le norme che riformano la sanità territoriale e il rapporto ospedale territorio

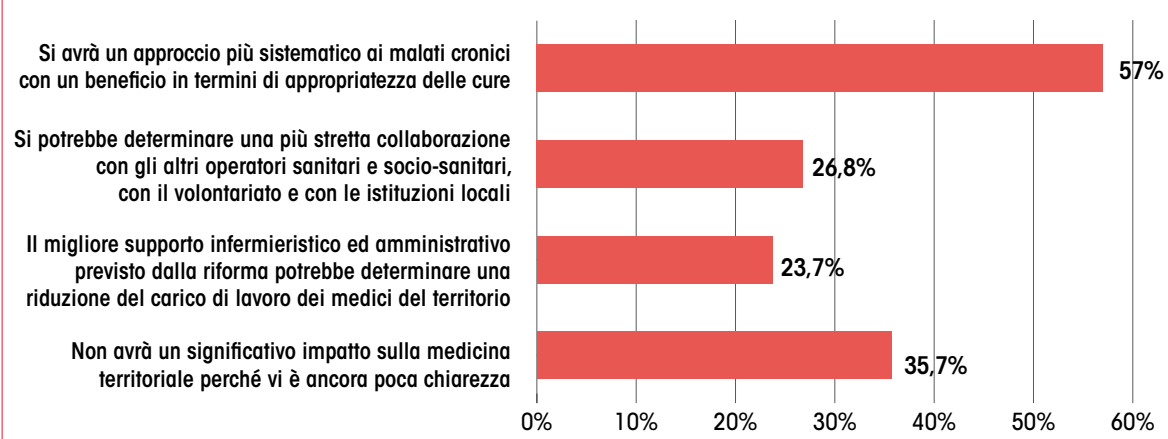
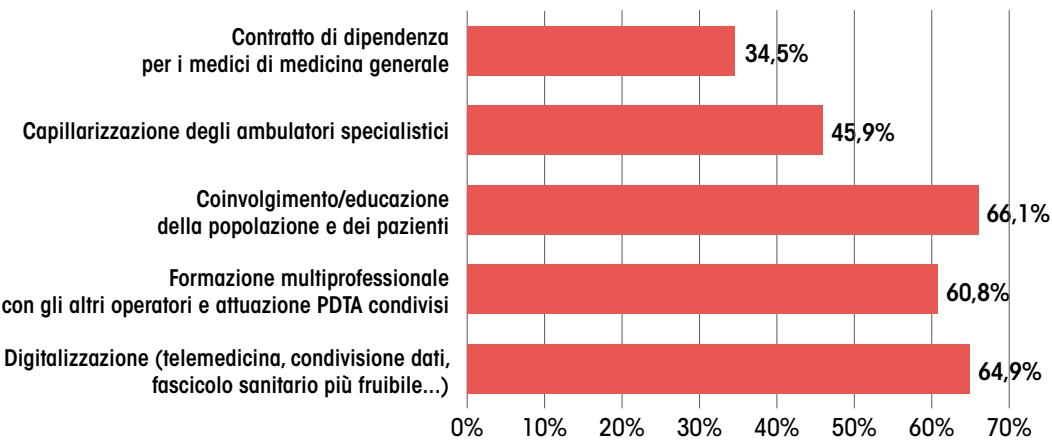


Grafico 5 Rilevanza di alcuni fattori per migliorare l'assistenza territoriale



La riforma prevede che le Case della Comunità diventino il fulcro dei servizi territoriali, nei quali si realizza una integrazione fra servizi sociali e sanitari e si approfondisce la collaborazione fra medicina specialistica e MMG.

È stato chiesto quali attività potrebbero essere svolte dal MMG (grafico 6) e dallo specialista (grafico 7) all'interno delle Case della Comunità. Vi è un ampio accordo sulla possibilità che all'interno delle CDC il MMG possa gestire i propri pazienti cronici in un *setting* diverso dal proprio ambulatorio con personale medico specialistico e infermieristico (72,2% degli intervistati lo ritiene possibile, anche se tra i MMG/PLS solo il 48,4% è d'accordo) e contribuire all'elaborazione ed attuazione di progetti di medicina preventiva per la popolazione, vaccinazioni comprese (72,7% lo ritiene possibile, in questo caso tra i MMG/PLS la

percentuale è del 62,8%). Poco più della metà degli intervistati (54,1% dei *responders* totali, solo il 33,8% dei MMG/PLS) ritiene che i MMG possano far parte del team del PUA (Punto Unico di Accesso) per consulenze ed informazioni di carattere sanitario alla popolazione.

L'80% degli intervistati ritiene che nelle CDC lo specialista potrebbe effettuare visite specialistiche in un ambiente di prossimità (lo considera possibile il 77,4% dei MMG/PLS e il 74,4% degli ospedalieri) e l'87,4% pensa che sarà possibile una collaborazione fra specialista e MMG nella gestione di casi complessi (lo ritiene possibile l'83% dei MMG/PLS e l'88% degli ospedalieri). Ampio accordo ottiene la possibilità di effettuare attività di formazione/consulenza per il MMG e il team di assistenza (infermiere, ecc), mentre

Grafico 6 Percentuali di accordo su alcune attività che il MMG potrebbe svolgere all'interno delle Case di Comunità

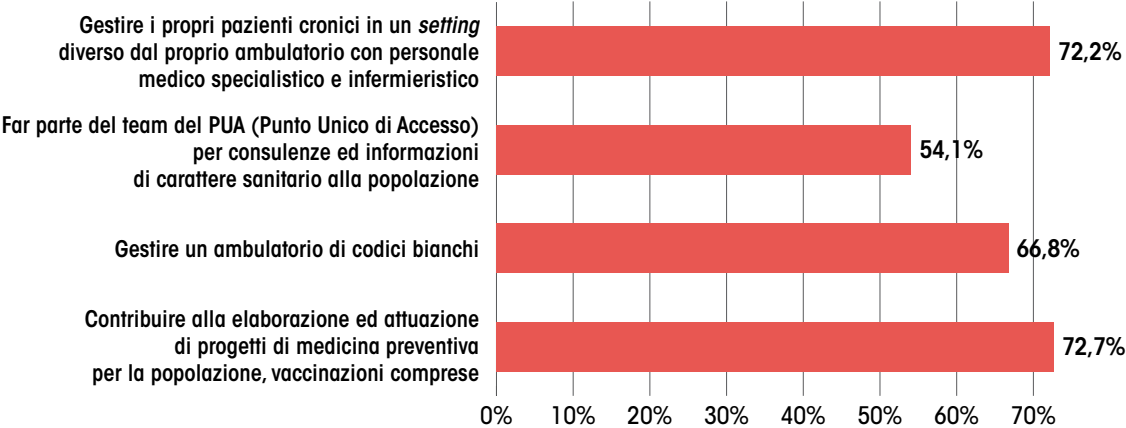
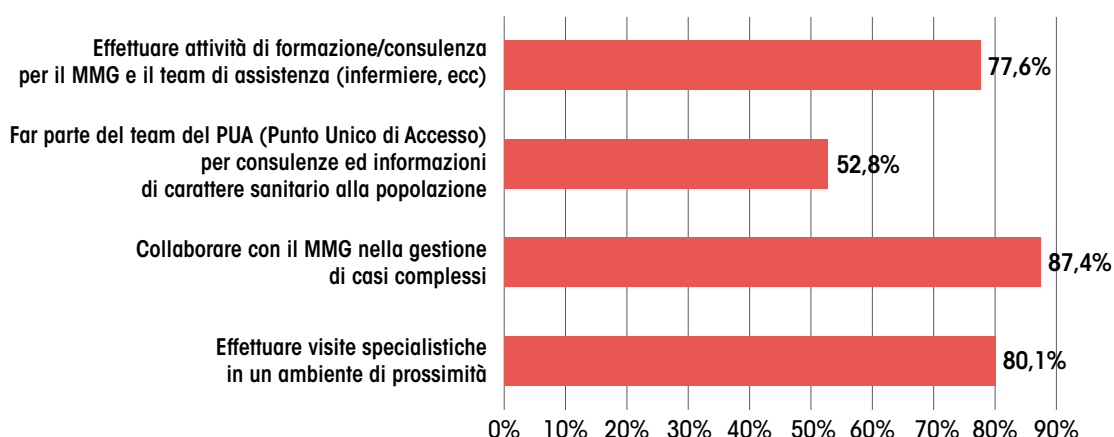


Grafico 7 Percentuali di accordo sulle attività che potrebbe svolgere lo specialista nella Case di Comunità



poco più della metà degli intervistati (52,8%) ritiene che lo specialista possa far parte del team del PUA (Punto Unico di Accesso) per consulenze ed informazioni di carattere sanitario alla popolazione (lo valuta possibile il 36,3% dei MMG/PLS e il 59% degli ospedalieri).

È stato quindi chiesto agli intervistati quale ruolo dovesse avere l'Ordine dei Medici rispetto al tema della riforma della medicina territoriale e dell'integrazione ospedale territorio.

- Per il 48% l'Ordine dei Medici dovrebbe svolgere maggiore attività di stimolo verso le istituzioni;
- Per il 4% l'Ordine dei Medici dovrebbe limitarsi ad una azione di formazione;
- Per il 43% l'Ordine dei Medici dovrebbe rivolgersi a tutti i professionisti, non solo ai MMG;
- Per il 5% non si tratta di un compito ordinistico, quindi l'Ordine non dovrebbe interessarsene.

Riflessioni conclusive

Il sondaggio, pur nella sua parzialità (hanno risposto il 14% degli iscritti) e necessaria sintesi di argomenti che sono complessi, permette di trarre alcune utili riflessioni.

- Le leggi di riforma della gestione della medicina territoriale e la loro pratica attuazione nel territorio in cui si opera sono poco conosciute fra i medici, anche fra chi è direttamente coinvolto come i MMG.
- Vi è un giudizio abbastanza critico, che però va letto alla luce del basso livello di conoscenza: chi meglio conosce le norme ha i giudizi maggiormente critici.
- Il coinvolgimento/educazione della popolazione e dei pazienti e la digitalizzazione sono gli aspetti ritenuti di maggiore importanza per il miglioramento dell'assistenza territoriale.
- La proposta di trasformare i MMG/PLS in

dipendenti del SSN è ritenuta di scarso rilievo, soprattutto fra i MMG.

- Nonostante i dubbi e le criticità, nelle CDC i MMG potranno gestire i propri pazienti cronici in un *setting* diverso con personale medico specialistico e infermieristico, realizzare progetti di medicina preventiva, e gli specialisti effettuare visite in un ambiente di prossimità con una migliore collaborazione con il MMG nella gestione di casi complessi, svolgendo anche attività di formazione/consulenza per il MMG e il team di assistenza.
- Quindi, sebbene di fronte a giudizi critici, i medici intervistati mostrano interesse e disponibilità a confrontarsi con i decisori e gli organizzatori per la realizzazione di una medicina territoriale maggiormente capace di affrontare le sfide della cronicità, non rinunciando ad un ruolo critico e proattivo.

ECM e radioprotezione: quali novità in vista della fine del triennio formativo

Gianmario Fusardi

Presidente Commissione Albo Odontoiatri (CAO)

Il triennio di aggiornamento **ECM 2023-25** è prossimo alla conclusione con il consueto carico di luci e di ombre, ma alcune novità di rilevante interesse sono state recentemente introdotte da Agenas per i professionisti sanitari, anche per agevolarli rispetto all'entrata in vigore delle previsioni di cui alla **L. 233/2021 che lega dal 2026 l'efficacia della polizza di responsabilità civile del pro-**

fessionista ad un congruo aggiornamento con ricadute potenziali dirompenti su tutto il Sistema sanitario.

In particolare, è importante ricordare che gli interventi riguardano:

- **lo spostamento di crediti** che sarà possibile acquisire fino al 31/12/2025, anche i crediti relativi al triennio

2020-2022 spostandoli entro il 30/06/2026;

- **il riconoscimento di crediti compensativi** per ridistribuire i crediti acquisiti in eccedenza rispetto al fabbisogno formativo nei trienni tra il 2014 e il 2028, che verranno automaticamente posti a compensare eventuali deficit esistenti (e non più "sanabili") nei trienni 2014-26, 2017-19, 2020-22;
- **l'attribuzione di crediti premiali** che saranno di entità variabile a valere sui trienni attuale (2023-25) e prossimo (2026-28) per chi al 3 luglio 2025 risultasse



“Alcune novità sono state recentemente introdotte da Agenas per i professionisti sanitari.

in regola con il fabbisogno formativo dei trienni precedenti.

Si richiamano all'attenzione degli Odontoiatri anche gli obblighi relativi al conseguimento di crediti declinati sulla **"radioprotezione"** (obiettivo formativo 27) di cui all'art. 162 del d.lgs. 101/2020, nella misura del **15%** rispetto al fabbisogno complessivo triennale. A questo proposito si segnala che la **piattaforma CoGeAps** (<http://application.co-geaps.it/>) reca per tutti i medici un generico fabbisogno del 10% che deve essere corretto manualmente attraverso una semplice dichiarazione da compilarsi direttamente dalla *homepage* del profilo riservato dell'iscritto.

Per contribuire a soddisfare questo obbligo è possibile collegarsi alla **piattaforma FadInMed** di FNOMCEO dove risulta disponibile gratuitamente un FAD asincrono che conferisce 7 crediti.

Il suggerimento è inoltre quello di utilizzare la modalità di apprendimento in **autoformazione** che consente di soddisfare **fino al 50%** dello specifico fabbisogno in **"radioprotezione"**.

Sia la **procedura guidata** che alcuni possibili **contenuti gratuiti**, da indicare in relazione all'obiettivo formativo, sono stati comunicati attraverso una **circolare** mail agli iscritti proprio nel



I componenti della CAO 2025-2028: da sinistra Chiara Cioffi, Claudia Valentini, Gianmario Fusardi, Sara Geretto, Stefano Salgarello

mezzo di settembre dalla Commissione Albo Odontoiatri.

Si ritiene infine opportuno rammentare che per i professionisti impegnati come lavoratori autonomi presso studi e strutture sanitarie di terzi, sussiste l'obbligo formativo di cui agli artt. 110-111 del citato d.lgs. 101 che è differente rispetto a quello fin qui esaminato; in particolare, non è legato all'acquisizione di crediti, ma alla radioprotezione come lavoratore.

Ha validità quinquennale e può essere conseguito con l'intervento dell'Esperto di Radioprotezione dello Studio, se abilitato come formatore, oppure a distanza anche attraverso l'offerta di ANDI e di altre organizzazioni di categoria..

La Commissione anche attraverso l'assistenza diretta delle funzionarie dell'Area Formazione dell'Ordine resta a disposizione per ogni ulteriore chiarimento e necessità.

“Suggeriamo di utilizzare la modalità di apprendimento in autoformazione che consente di soddisfare fino al 50% del fabbisogno in “radioprotezione”.

Tempo di crisi. Tempo di opportunità?

Cooperazione internazionale e Africa: l'esperienza di *Medicus Mundi*

Gianpaolo Balestrieri

Ospedale di Comunità Fondazione Richiedei di Gussago

Gaza, Medio Oriente, Ucraina. La tragedia delle guerre in corso occupa lo spazio mediatico. Rimane in ombra la fase critica che in questi mesi sta attraversando la sanità africana con l'improvvisa, caotica svolta impressa dalla presidenza Trump. USAID (*United States Agency for International development*) l'agenzia che gestiva assistenza per la terapia di HIV, tubercolosi, malaria, in alcuni casi coprendo il 60% della spesa, è stata improvvisamente smantellata (nel giro di poche settimane) con interruzione del 90% dei suoi

6300 progetti, licenziamento di migliaia di operatori, sospensione di trattamenti vitali.

Si è parlato di "vandalismo geopolitico"¹.

L'uscita simultanea degli Stati Uniti dall'OMS ha aggravato ulteriormente la situazione, indebolendo la collaborazione internazionale, decisiva nel tempo delle nuove epidemie che si affacciano sulla scena.

E tuttavia, questo improvviso cambio di politica, se da una parte crea un'emergenza umanitaria senza precedenti, è anche visto

da studiosi ed istituzioni africane ed internazionali come un'opportunità per una svolta auspicabile nelle politiche sanitarie dei Paesi dell'Africa subsahariana².

Occasione per dar vita a sistemi sanitari nazionali in cui fornitura dei servizi, sviluppo della forza lavoro, ricerca, innovazione siano in linea con le priorità africane, superando una dipendenza dal sapore ancora coloniale, che talvolta indebolisce e non aiuta l'organizzazione sanitaria locale.

Visione strategica, finanziamenti statali adeguati (la dichiarazione di Abuja del 2001 prevedeva per i Paesi dell'Unione Africana l'obiettivo del 15% del PIL destinato alla sanità, obiettivo largamente disatteso), sostenibilità degli interventi, lotta alle inefficienze ed alla corruzione, ricerca e produzione farmaceutica *in loco*, *partnership* con i Paesi donatori in termini di collaborazione e *governance* condivise all'interno di

“ L'uscita simultanea degli Stati Uniti dall'OMS crea un'emergenza umanitaria senza precedenti, ma è anche vista come un'opportunità per una svolta nelle politiche sanitarie dei Paesi dell'Africa subsahariana.

1 After USAID: what now for aid and Africa? Kyoboturgi C, Okereke E Abimbola S BMJ 2025; 388: 479

2 Africa's renaissance amid declining overseas health aid Sewankambo NK et al. Lancet 2025 ; 406: 10-12

organismi internazionali come la Banca Mondiale, l'OMS, il *Global Fund* ed il GAVI (*Global Alliance for Vaccines and Immunization*).

Indirizzi certo condivisibili, che si confrontano con la realtà variegata e complessa dei singoli Paesi, le instabilità ed i conflitti tra stati, all'interno degli stati.

Una sfida che interroga la cooperazione internazionale, anche quella a noi vicina come *Medicus Mundi Italia* (MMI), fondata a Brescia nel 1968, come argomentano Ottavio Di Stefano, Silvio Caligaris, Massimo Chiappa (rispettivamente Presidente, Vicepresidente, Direttore).

Medicus Mundi è presente in diversi Paesi dell'Africa subsahariana (Kenya, Mozambico, Burkina, Burundi) con progetti che coinvolgono le istituzioni sanitarie e le comunità locali. Un approccio capillare che raggiunge le realtà più isolate ed emarginate. Prioritaria l'attività di formazione degli operatori sanitari locali ("agenti di salute" in grado di gestire diagnostica e trattamento delle condizioni più frequenti come malaria, HIV, tubercolosi). Protagonisti nelle campagne vaccinali, nell'educazione alimentare.

In Mozambico, nella vasta provincia di Inhambane le *Brigadas Mòveis* (equipe sanitarie mobili) raggiungono le località più remote garantendo visite, vaccinazioni, farmaci, educazione nutrizionale, in collaborazione con la Direzione Sanitaria regionale.

In Kenya dove è marcato il contrasto tra realtà sanitarie di livello europeo come al centro di Nairobi e, a pochi chilometri di distanza, condizioni di abbandono sanitario e sociale, l'intervento di MMI è rivolto soprattutto alla salute materno infantile (contrasto alla trasmissione materno fetale



Foto di Medicus Mundi Italia



Foto di Medicus Mundi Italia

dell'HIV, miglioramento dello stato nutrizionale, integrazione sociale e affermazione dei propri diritti per le persone affette da HIV). Approcci alla salute di tipo "orizzontale" che guardano alla persona nella sua interezza, non "verticale", rivolto al singolo problema. MMI, con i suoi numerosi progetti, validati dal punto di vista scientifico, con le sue collaborazio-

ni culturali (Università di Brescia e di Verona) e istituzionali (locali e nazionali), con le sue "storiche" e accreditate attività formative per una "Global Health", è in grado di raccogliere le sfide poste dalla nuova turbolenta fase.

Non sarà un compito facile, ma è l'ottimismo della volontà che guida l'organizzazione ed i suoi collaboratori.

CASI CLINICI

Renzo Rozzini

Direttore Programma "Benessere, Salute, Longevità" Fondazione Poliambulanza – Istituto Ospedaliero di Brescia, consigliere Ordine dei Medici di Brescia

You had time

La sua adolescenza è stata difficile. Lei ribelle e libera, lui, il padre, intransigente e incapace di tollerare le esuberanze.

Era la secondogenita, la preferita. In lei forse vedeva alcuni tratti del proprio carattere che in gioventù erano stati piegati dal rigido genitore, e che ora a sua volta combatteva nella figlia. L'avrebbe desiderata come la primogenita, intellettualmente meno brillante, ma rispettosa dello stile familiare. Innamorata della musica rock, quando aveva qualche soldo in tasca, andava ai concerti. Il padre che aveva tentato in ogni modo di educarla alla musica colta era convinto che quella musica fosse robaccia, che invitasse al disordine. Un giorno le vide addosso una maglietta con il volto di Jimi Hendrix scambiandolo, obnubilato dal pregiudizio, per quello dell'odiato Che Guevara; gliela sequestrò e non le rivolse la parola per sei mesi.

Conseguita la maturità cercò una facoltà che le permettesse di stare lontano da casa. Suo padre ne soffrì. Nella città dove andò incontrò un ragazzo che lei credette essere quello della sua vita. Al padre non piaceva per nulla, lo giudicava un poco di buono, ma lei ne era in-

“Lei ribelle e libera, lui, il padre, intransigente.

namorata e lo volle ugualmente sposare: pochi mesi dopo essere rimasta incinta il marito la lasciò. Orgogliosa e testarda, rifiutò l'offerta di ritornare nella casa di famiglia. Lasciò l'università, trovò un lavoro come impiegata e con pesanti sacrifici, rifiutando qualsiasi aiuto dalla famiglia, fece crescere il figlio. Inanellò altre storie sbagliate.

Ora il padre ha quasi novant'anni. È rimasto vedovo e di lui continua a prendersi cura la figlia "brava". È questa che gli organizza la casa, che gli fa la spesa, che lo porta ai

controlli medici. È lei che ha deciso quando cercare e che badante scegliere per lui.

Recentemente il padre ha dovuto essere ricoverato in ospedale. Per un paio di giorni le sue condizioni sono state critiche e "la ribelle" è corsa al suo capezzale. Avrebbe voluto essere utile.

Il padre si è commosso, l'avrebbe accolta, come un figlio prodigo. Ma lei sa che ormai è tardi, che la sua intromissione servirebbe solo a rompere l'equilibrio necessario per il benessere, fragile, del papà, possibile solo con la presenza pervasiva della sorella "brava".

Non c'è più tempo per creare nuovi legami. Permangono quelli di sangue, ma sebbene fondamentali, ora non sono più sufficienti.



Foto di Akram Huseyn su Unsplash

Palo santo

Ottantenne, argentina di Buenos Aires, quattro cognomi, è arrivata all'appuntamento in ritardo, ha detto che la vecchiaia auto ha fatto le bizzesse, che ha faticato a trovare il parcheggio, che la coda all'accettazione era molto lunga, che non sapeva dov'era l'ambulatorio...

Magra, segaligna, capelli neri, qualche grigio, pelle olivastria, occhi celeste-cenere, denti storti (quasi fossero impiantati nelle arcate senza alcun ordine, distrattamente), tratto simpatico del viso.

Mi faccio raccontare la sua storia; è vedova da molti anni, vive sola. Un figlio, il più giovane, non sposato, che progetta e costruisce vele per barche da gara, vive teoricamente con lei, ma è sempre in giro per lavoro, "sono due mesi che non lo vedo, credo sia a Dubai", una figlia è pittrice e vive a Tallin, un terzo è un ingegnere, attualmente lavora a Edimburgo.

Ha fatto un'infinità di lavori. Il prevalente? L'apicultrice, per ben due anni (!). "La produzione della pappa reale è uno sfruttamento delle api operaie bell'e buono; la maggior parte della produzione viene consumata dai preti!".

Guardo l'orologio e l'invito a dirmi sinteticamente il motivo della visita: è venuta principalmente per l'insonnia mattutina, il risveglio da un po' sempre più precoce, e per sintomi depressivi già sperimentati due anni fa e trattati efficacemente per qualche mese con un farmaco antidepressivo.

Le do qualche spiegazione, faccio raccomandazioni, riprescrivo il farmaco che allora aveva funzionato e le programmo una visita di controllo a due settimane.



Foto di Miska Sage su Unsplash

“Spero di rivederla, sono certo che così non sarà.”

Tre mesi dopo improvvisamente, un mattino, arriva in ospedale. Dice alla segretaria di aver fissato un appuntamento (effettivamente nell'elenco delle visite della giornata lei c'è, ma il suo appuntamento è previsto per le tre del pomeriggio).

Ho tempo per visitarla e la faccio accomodare in studio. Sta meglio, è venuta a ringraziare.

Ha portato in regalo un bastoncino di legno, proviene dall'argentina, "palo santo". Con un taglierino se ne devono tagliare minuscoli stecchi da bruciare: il fumo denso è molto profumato e un mezzo efficace per scacciare la "mala energia". Sul bastoncino ha scritto il mio nome con un pennarello... ovviamente sbagliato.

Quando ci salutiamo le dico di non smettere la terapia senza avermi consultato o almeno senza aver consultato un medico. Spero di rivederla, sono certo che così non sarà.



Foto di Brooke Cagle su Unsplash

Consapevolezze

- "Perché è venuta a farsi visitare?"

- "Dottore, preferisco muovermi in anticipo; sono da sempre convinta che prevenire sia meglio che curare".

- "Quanti anni ha?"

- "89".

Rassegna

“Dalla scienza alla creatività: Medici scrittori” e non solo

Annalisa Voltolini

Vicepresidente Ordine dei Medici di Brescia, Coordinatrice gruppo Cultura

Nasce il **gruppo Cultura** dell'Ordine composto da Annalisa Voltolini (Coordinatrice), Tiziana Candusso, MariaPia Pasolini, Bruno Platto.

Sulla scia del successo degli eventi culturali organizzati dall'Ordine in occasione di Bergamo e Brescia Capitale Italiana della Cultura 2023 e delle visite extra time alle mostre di Palazzo Martinengo, si è costituito il gruppo CULTURA con l'obiettivo di promuovere eventi culturali coinvolgendo i colleghi come protagonisti di incontri o come fruitori di speciali visite riservate.

Sono stati così ideati la rassegna “Dalla scienza alla creativi-

tà: Medici scrittori”, incontri con l'autore e le visite al gioiello di palazzo Salvadego “la sala delle dame” affrescata dal Moretto, guidate dal Dr. Paolo Gei.

Il numero di colleghi e colleghe che scrive è elevato: romanzi, gialli, poesie e racconti, a Brescia, e non solo (vedi l'associazione italiana e quella europea medici scrittori), alcuni conosciuti più come scrittori che come medici: nel passato Anton Cechov, Mikhail Bulgakov, Artur Conan Doyle, Carlo Levi e contemporanei Andrea Vitali, Cristina Cassar Scalia, Alessia Gazzola, per citarne solo alcuni.

Il lavoro del medico ha in comu-

“ La bellezza è il filo conduttore di tutti gli eventi che il gruppo Cultura organizza.

ne con la letteratura il fatto di investigare la condizione umana: lo sguardo clinico del medico e l'occhio analitico dello scrittore in parte si somigliano e a volte coincidono. Il medico è scrittore: osserva, ascolta, legge ed interpreta le storie dei pazienti, dà un

“ Il medico è scrittore: osserva, ascolta, legge ed interpreta le storie dei pazienti, dà un nome alle cose.



Le iniziative realizzate nella primavera 2025

nome alle cose.

La relazione di cura efficace utilizza un linguaggio che cura, si basa sulla scelta di parole che facciano bene, che siano inclusive e non discriminanti o mal dette, che potrebbero nuocere.

La parola fa parte della cura. A volte è la cura. La letteratura ci insegna a scegliere le parole con attenzione e a usarle con cura, come un poeta sceglie ogni verso. Esiste un'estetica della cura, non solo nella scelta delle parole, ma anche nella configurazione degli spazi in cui avviene l'incontro tra medico e paziente, nella gestualità, nello sguardo, nell'essere medica e medico. Si parla di arte della cura. Forse per tutto questo il medico, che svolge una professione scientifica, ma anche umanistica, è un artista e qualcuno riesce a tradurre questa sensibilità in pensieri scritti o dipinti, in immagini di bellezza descritte, scolpite o rese con i colori e diventa allora scrittore, scultore, pittore, oppure musicista o fotografo. Forse la quotidianità con la sofferenza porta a riflettere sul senso della vita e allora si scrive o dipinge per imprimere sulla pagina o sulla tela le emozioni e le suggestioni provate. Altre volte si tratta di raccontare la propria esperienza o si scrive per evadere, per andare in mondi fantastici o comunque altri, alla ricerca della serenità, della bellezza.

E la bellezza è il filo conduttore di tutti gli eventi che il gruppo Cultura organizza: presentazione di libri di colleghe e colleghi, visite guidate a mostre, a luoghi sconosciuti o poco accessibili della nostra città, con sguardi e narrazioni diverse, visione di film, concerti.

Credits: proprietà Palazzo Salvadego



La Sala delle dame di Palazzo Salvadego

Le prossime iniziative del gruppo Cultura

 **25 settembre | ore 18.00**

Sala conferenze Ordine dei Medici

**Quarto incontro della rassegna
"Dalla scienza alla creatività: Medici scrittori"**

Partecipano due giovani medici:
Federico Ghidinelli e Andrea Zancanaro.

 **1 ottobre | ore 20.00**

Sala conferenze Ordine dei Medici

"Brescia al cinema". Antologia di film girati a Brescia.

 **11 ottobre | (mattino)**

visita guidata ai luoghi dei film.

 **7-14-28 ottobre | ore 20.00**

Sala conferenze Ordine dei Medici

**Rassegna di film "L'arte che cura".
Malati, malattie e arte**

7 ottobre Van Gogh. Sulla soglia dell'eternità
(di J. Schnabel, 2018)

14 ottobre La vita è una danza (di C. Klapisch, 2022)

28 ottobre Il concerto (di R. Mihaileanu, 2009)

 **25 ottobre | ore 11.00**

 **29 novembre | ore 11.30**

**Visita guidata alla Sala delle dame
di Palazzo Salvadego - Brescia**

Informazioni sulle newsletter settimanali inviate agli iscritti.

Il ricordo dei medici che ci hanno lasciato

Professor Attilio Gastaldi

È singolare che nello stesso anno e a distanza di poco siano scomparsi i due principali fondatori dell'Università statale di Brescia, Attilio Gastaldi e Augusto Preti.

Il Professor Gastaldi, ordinario di Ostetricia e Ginecologia dell'Università di Milano, fu chiamato alla funzione di Presidente del Comitato Tecnico Amministrativo dell'Università di Brescia, istituita il 14 agosto del 1982, di fatto primo Rettore della nuova Università.

Del resto, l'area Ostetrico-ginecologica ha giocato un ruolo importante nella storia dell'Università di Brescia e della sua Scuola Medica. Infatti, la Scuola Autonoma di Ostetricia dell'Università di Milano iniziò a Brescia, presso gli Spedali Civili, nel lontano 1955. Fu il primo riconoscimento universitario in Medicina a Brescia.

Al Professor Gaetano Dossena seguirono il Professor G.B. Candiani e, nel 1964, il professor Attilio Gastaldi. Era nato a Torino il 2 maggio 1924. Figlio di Carlo, Rettore dell'Università di Sassari dal 1935 al 1943, docente di Chimica Farmaceutica e tossicologica.

Iniziò la carriera al San Matteo di Pavia, nella prestigiosa Scuola Pavese diretta dal prof. Mario Massazza, che poi seguì a Milano alla Clinica Mangiagalli.

Fu chiamato a Brescia a soli 40 anni, responsabile di una Divisione di più di 250 letti.

Nel 1971, grazie all'istituzione dell'EULO (Ente Universitario Lombardia Orientale), si tennero i primi corsi di Clinica Ostetrica e Ginecologica, affidati al Prof. Gastaldi, Titolare della 3^a Cattedra dell'Università di Milano.

Profondo innovatore, che sapeva cogliere il nuovo e lo sapeva tradurre in azione clinica. Il fatto straordinario era che non si avvertiva mai la differenza tra universitari e ospedalieri, in una armonia rara da reperire nel nostro Paese.

Fu tra i primissimi a comprendere il valore della cardiotocografia in sala parto e a termine di gravidanza (il monitoraggio del battito cardiaco fetale e il suo rapporto con le contrazioni uterine), il cui utilizzo avrebbe rivoluzionato la condotta del travaglio di parto. Eravamo nel 1971 e mandò un suo collaboratore in California, a San Diego, per visionare la nuova ap-

parecchiatura, che fu poi immediatamente acquisita dall'Ospedale Civile, inserendo un apposito programma di formazione per le ostetriche e introducendolo nell'insegnamento della Scuola di Ostetricia.

Fu un innovatore nella chirurgia vaginale e in quella radicale, rendendo Brescia un Centro di riferimento con pazienti che provenivano da tutta Italia.

Fece un accordo clinico con l'Istituto del Radio Olin-do Alberti, allora diretto dal prof. Mauro Piemonte, istituendo le cosiddette "Visite congiunte". Le pazienti oncologiche venivano valutate congiuntamente dai ginecologi e dai radioterapisti, onde proporre la migliore terapia personalizzata. Eravamo nel 1965, almeno trent'anni prima che la discussione collegiale inter-specialistica del caso clinico divenisse una pratica universale.

Fu tra i primissimi, grazie anche al grande lavoro dell'anatomopatologo prof. Zorzi, a incentivare la prevenzione dei tumori del collo dell'Utero e dell'endometrio, istituendo un apposito Centro nel 1967, dotato di personale medico e infermieristico.

Compresse l'importanza di ampliare l'attività ambulatoriale del sistema sanitario- ancora negli anni '60, istituendo anche i primi ambulatori super-specialistici. Non permetteva che le liste di attesa superassero la settimana!

Fece parte della Commissione Regionale per l'istituzione dei Consultori familiari (1975), e immediatamente mandò tutti i medici della Divisione ad operare nei Consultori istituiti dal Comune di Brescia. "Dobbiamo sempre essere vicini alle donne del Territorio" continuava sempre a dire ai suoi collaboratori. Applicò con grande attenzione e rispetto la legge 194 del 1978, dopo essersi adoperato con il collega nefrologo Rosario Majorca ad applicare un protocollo per salvare molte donne allora vittime di pratiche abortive.

Molto intensi i collegamenti internazionali, che hanno permesso collaborazioni e ricerche con alcuni tra i più prestigiosi Centri al mondo, e hanno aperto la strada a numerosissimi soggiorni di studio e ricerca sia ai giovani in formazione, sia ai professionisti senior; alcuni suoi collaboratori, primo fra tutti il Professor Umberto Bianchi, e molti allievi ebbero la possibilità di tra-

scorrere lunghi periodi di soggiorno in prestigiose istituzioni statunitensi ed europee. Memorabili furono i Corsi in collaborazione con l'Università della California Irvine, tenuti negli anni '80.

Sotto la sua guida, l'attività di ricerca è stata intensissima in tutte le branche della Specialità.

La medicina materno-fetale, con il primo trapianto al mondo in utero di midollo osseo paterno in un feto di 5 mesi affetto da immunodeficienza combinata grave e la nascita di un bimbo sano, grazie alle ricerche e all'intuito del Professor Alberto G. Ugazio, direttore della Clinica pediatrica, con cui collaborò intensamente alla costruzione di un "Prototipo" di Dipartimento Materno Infantile di stampo anglo-sassone. Piena integrazione delle specifiche competenze e perfetta condivisione delle attività comuni, quali la Sala Parto, la neonatologia e la terapia intensiva neonatale, la pediatria, le sale operatorie, il pronto soccorso ostetrico-ginecologico, la chirurgia pediatrica.

L'utilizzo del laser per coagulare le anastomosi vascolari presenti sulla superficie della placenta ed evitare la sindrome da trasfusione feto-fetale.

Ricerche sulle patologie autoimmuni e relative indicazioni terapeutiche, in collaborazione con l'immunologia clinica e reumatologia.

Ricerche sulla poli-abortività e sull'ipertensione in gravidanza.

La gestione con le malattie infettive dirette dal Professor Giampiero Carosi, recentemente scomparso, delle problematiche delle gravidanze e gestione dei bimbi di madri HIV positive, con la nascita del primo bimbo in Italia da madre positiva.

L'oncologia ginecologica, con ricerche di laboratorio, grazie alla attiva partecipazione del Centro di Medicina Molecolare "Angelo Nocivelli" e ricerche cliniche innovative sul trattamento chirurgico e medico dei tumori ginecologici e con studi di Fase I-III di nuovi farmaci antineoplastici, con un Centro riconosciuto dall'FDA americana.

L'Endocrinologia Ginecologica, con ricerche originali nel campo delle amenorree ipotalamiche funzionali e sul quadro endocrino della post-menopausa.

Il Centro per lo studio e il trattamento dell'Infertilità, con un laboratorio dedicato.

La sua attività didattica fu molto intensa e sono stati migliaia gli studenti frequentatori dei suoi corsi e gli specializzandi e le ostetriche usciti dalla Scuola.

Fu tra i Fondatori della Fondazione Camillo Golgi (di cui è stato Presidente) nata nel 1987 con il proposito di promuovere a Brescia la ricerca applicata alla medicina materno-infantile.

Fu socio per più di cinquant'anni del Rotary Club Brescia, con importanti contributi di service.

Va riconosciuta al Maestro la grande capacità di ascoltare le idee dei suoi collaboratori e di permettere loro di svilupparle. Una qualità non da poco, soprattutto in un periodo storico, gli anni Sessanta e Settanta, in cui

l'organizzazione all'interno di un reparto ospedaliero era molto più verticistica di quanto non lo sia oggi. Recentemente, in occasione dei suoi 100 anni, alla domanda "Quali i momenti più belli della sua carriera?" rispose senza esitare "L'assistenza al parto; di notte o nel fine settimana non mi è mai pesato correre in reparto. Ogni parto una emozione straordinaria!".

Quando andò in pensione fu definito "il padre di 120.000 bambini", tanti furono i nati durante la sua attività bresciana.

E non è un caso che pochi giorni prima di morire, già compiuti i 101 anni, confidasse che da qualche tempo sognava ripetutamente un parto e si riconoscesse nel neonato...

Numerosi i riconoscimenti ricevuti durante la sua lunga carriera professionale. Due legati alla Città che lo ha visto protagonista della storia medica e sociale: il Golgi Medal Award, nel 2012 e il Premio alla Brescianità – Santi Faustino e Giovita, nel 2013.

Significativo il suo commento:

"Penso che sia stata veramente una fortuna per me approdare a Brescia".

Il professor Attilio Gastaldi per Brescia è stato punto fondamentale per la cultura, la scienza, la clinica e il sociale. Ed io penso che sia stata veramente una fortuna per Brescia.

Grazie Professor Gastaldi!

Ai figli Gilda, Carlo e Giorgio, nostri Colleghi, le condoglianze più sentite da tutta la Comunità medica e sanitaria bresciana.

Sergio Pecorelli



Professor Flavio Terragnoli

Il 25 agosto del corrente anno ci ha lasciato improvvisamente il professor Flavio Terragnoli; personalmente, più che un collega, un amico, un fratello.

Era nato a Brescia nel 1952, avrebbe compiuto 73 anni il prossimo 15 settembre. Era andato in pensione da sette mesi, in ottima salute, fisica e mentale, dopo essere stato per 30 anni Direttore della Divisione di Ortopedia e Traumatologia della Fondazione Poliambulanza di Brescia.

Non ci sono parole per accettare la sua scomparsa così repentina.

Ci siamo conosciuti negli anni 70 nel reparto della Seconda Ortopedia e Traumatologia dell'Ospedale Civile di Brescia, che diventerà Clinica Ortopedica dell'Università di Brescia, diretta dal professor Giorgio

Brunelli. Io ero arrivato qualche anno prima, mentre Flavio alcuni anni dopo. Eravamo giovani medici pieni di entusiasmo e voglia di fare. C'è stata subito tra me e Flavio una forte empatia, sfociata in una grande amicizia ed una simbiosi lavorativa. Spesso eravamo di guardia insieme. A quel tempo all'Ospedale Civile di Brescia afferiva tutta l'ortopedia e la traumatologia complessa della città e parte della provincia. Inoltre, il professor Brunelli aveva sviluppato una super specialità, la microchirurgia e la chirurgia dei rimpianti degli arti, tra l'altro riconosciuta in Italia e in tutta Europa, per cui dovevamo coprire, oltre l'attività ordinaria, anche gli interventi in urgenza dei rimpianti degli arti, che arrivavano da tutta Italia: un lavoro massacrante, fatto molte volte di notte, con grande sacrificio di tutta l'equipe.

Abbiamo lavorato insieme per 45 anni, 20 passati all'Ospedale Civile di Brescia ed altri 25 alla Fondazione Poliambulanza di Brescia. Insieme abbiamo studiato, partecipato a congressi e corsi di perfezionamento, sia in Italia che all'estero, pubblicato lavori scientifici su prestigiose riviste. Mi dicevi che ero stato il tuo maestro e che ti avevo insegnato tanto quando lavoravamo all'Ospedale Civile, ma poi, come si suol dire, l'allievo ha superato il maestro. Mi ricordo dei tanti casi difficili per i quali ci confrontavamo e decidevamo insieme come poterli risolvere, perché, come dicevi tu, quattro occhi vedono meglio di due. Le nostre conversazioni non si limitavano poi solo alle questioni lavorative, ma toccavano tanti aspetti della nostra vita, scambiandoci reciproci consigli, come accade in chi è legato da un'amicizia di lunga data.

Eri un gran lavoratore e portavi avanti il tuo lavoro con rigoroso impegno professionale. Avevi doti di diplomazia, di comunicazione, di organizzazione e soprattutto quel senso comune delle cose che ti accompagnava in tutto ciò che decidevi di fare: prerogative che non si studiano sui libri, ma sono innate.

In Poliambulanza eri un direttore autorevole, ma non autoritario, aperto al dialogo ed alle novità; ti aggiornavi costantemente, ultimamente anche nel campo della chirurgia navigata e della robotica protesica. Eri capace di far coincidere gli obiettivi dei singoli con quelli del gruppo e di stimolare una sana e leale competitività tra tutti noi.

Eri colmo di onestà ed integrità morale, che non hanno mai vacillato nell'insidioso percorso della tua vita professionale e del ruolo apicale che ricoprivi. Per merito ed impegno avevi ottenuto presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore, al Policlinico Gemelli di Roma, nella Scuola di Specialità in Ortopedia e

Traumatologia, il titolo di Professore incaricato all'insegnamento di Ortopedia e Traumatologia. Tanti medici specializzandi venivano mandati dal Policlinico Gemelli di Roma nel nostro Reparto per completare il percorso di studi. Verso i giovani collaboratori eri prodigo di consigli professionali e comportamentali.

Non esitavi quando eri chiamato a qualsiasi ora del giorno e della notte a venire in ospedale per dare aiuto ad un chirurgo in difficoltà in sala operatoria. Eri sempre a disposizione degli altri, sempre pronto a dare un aiuto sincero a chi ne aveva bisogno, malati e colleghi, anche se questa generosità toglieva tempo a te stesso. Gli unici tuoi hobby erano la lettura (eri un divoratore di libri), e la montagna, quando il tempo libero te lo permetteva.

Eri una persona pragmatica, senza proflui di parole, rapido nelle decisioni. Un grande chirurgo, di alta qualità, abile ed essenziale, come i risultati dei tuoi interventi hanno dimostrato. Infatti, molti tuoi pazienti erano sportivi di alto livello, altri erano personaggi illustri della società civile, altri venivano da fuori regione per essere operati da te. Al contempo, eri però anche al servizio della gente comune, umile, non abiente, che operavi con lo stesso impegno e la stessa perizia, senza alcuna distinzione.

Eri nato a Brescia, sei vissuto a Brescia e qui hai costruito tutta la tua carriera professionale. Sei riuscito a smentire il famoso detto Nemo profeta in patria perché sei stato in grado di vedere riconosciuti, a casa tua, i tuoi meriti umani e professionali, superando invidie ed incomprensioni, lavorando sodo, scegliendo validi collaboratori, e creando dal niente una divisione di ortopedia e traumatologia in Fondazione Poliambulanza che, ad oggi, rappresenta un punto di riferimento non solo in Lombardia, ma di fatto in tutta Italia.

Caro Flavio, alcune persone entrano d'impeto, altre invece sommessamente, nella nostra vita ma, quando ne escono, lasciano un'impronta indelebile nei nostri cuori: tu sei uno di quelli, insieme al compianto nostro amico e collega dottor Achille Bernardini, Direttore del servizio di Anestesia e Rianimazione della Fondazione Poliambulanza. Mi piacerebbe un giorno incontrarvi in qualche posto della divina eternità e passare ancora delle giornate in vostra compagnia. Non un addio, ma un arrivederci.

Giovanni Li Bassi



Dottor Oscar Vanoni

Ad Oscar, per tanti anni un collega, da sempre un amico

Ti ricordi quando ci eravamo conosciuti, eravamo ancora due ragazzini e davanti a noi si prospettava un futuro che immaginavamo lungo e caratterizzato da infinite possibilità.

Cosa ci avrebbe riservato la vita?

Avevamo appena concluso un ciclo e se ne stava aprendo un altro, eravamo a tutti gli effetti finalmente medici! Un traguardo importante, che a volte ci era sembrato molto lontano; avevamo tutti i dubbi e le paure ma anche l’entusiasmo e le speranze che il raggiungimento di questo importante obiettivo comportava.

Eravamo proiettati verso il futuro ed il futuro per oltre 30 anni lo abbiamo percorso insieme, fianco a fianco.

Nel nostro lavoro, con il trascorrere degli anni, abbiamo subito qualche sconfitta, siamo stati a volte delusi, ma abbiamo ottenuto anche tante soddisfazioni, in particolare tu Oscar, che eri un medico eccellente, capace di instaurare rapporti di stima e fiducia con chi si affidava a te e non consideravi mai solo un paziente o un lavoratore ma una “persona” con il suo vissuto, le sue incertezze, i suoi dubbi e spesso tanti problemi.

Sapevi ascoltare, dote ormai rara ed eri capace di riflettere, associare e dedurre senza farti condizionare dalla fretta che oggi purtroppo ci divora. Eri in grado di “uscire” dal nostro stretto ambito specialistico con intuizio-

ni che indicavano che non avevi mai smarrito la visione globale del paziente.

Sei stato un uomo di grande intelligenza e profonda cultura, ma non l’hai mai fatto pesare, eclettico nei tuoi molteplici interessi ma dotato contemporaneamente di una grande disponibilità, empatia, allegria e tolleranza.

Adoravo la tua ironia sottile, lo humor con il quale stemperavi i momenti difficili e cosa fantastica per me, forse irrilevante per altri ma indicativa di una grande sensibilità, amavi i gatti e per tanti anni hai avuto due compagni speciali, bizzarri e affettuosi: Chaco e Pedro.

Eri curioso della vita in ogni suo aspetto. Memorabili i tuoi viaggi e i successivi resoconti che mi facevano pensare di correre a casa, fare le valige, lasciare tutto e partire.

Hai affrontato la vita ogni giorno con l’amabile leggerezza che solo le intelligenze vere e “frizzanti” possiedono e l’hai amata tanto.

E la vita, non si sa per quale disegno incomprensibile, ti ha messo a dura prova. Ma non ti ha piegato, non ti ha sconfitto, l’hai affrontata con la calma, la serenità e il coraggio che solo le persone sagge e giuste e le anime belle possono avere.

Ciao Oscar, mi mancherai molto e chi, come me, ha avuto la fortuna di conoscerti e averti al suo fianco non ti potrà mai dimenticare.

Michela Crippa



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

Dott. Camillo Maria Andreolli	Dott. Leonardo Latini	Dott. Gianluigi Rota
Dott. Giuseppe Capretti	Dott. Paolo Lazzari	Prof. Franco Soardi
Prof. Attilio Gastaldi	Dott.ssa Linda Mazzella	Prof. Flavio Terragnoli
Dott. Giorgio Giampaoli	Dott. Gianpaolo Rossetti	Dott. Oscar Vanoni

ed esprime ai loro familiari le più sentite condoglianze

I Pomeriggi della Medicina al traguardo della decima edizione

**Appuntamento a novembre
con il nuovo ciclo di incontri**

Toccano il traguardo della decima edizione i *Pomeriggi della Medicina*, gli incontri promossi dall'Ordine dei Medici con il Comune di Brescia, che si rivolgono alla popolazione per parlare di medicina e salute con un taglio divulgativo.

La nuova edizione del ciclo di incontri **si svolgerà nel mese di novembre 2025**, nella suggestiva cornice dell'auditorium San Barnaba di corso Magenta, a Brescia, con **quattro appuntamenti** pomeridiani, in calendario giovedì 6, 13, 20 e 27 novembre alle ore 17.30, che affronteranno altrettanti temi di interesse collettivo.

Negli anni gli appuntamenti hanno conquistato riconoscibilità e successo, diventando un appuntamento atteso per la città e la provincia.

Si conferma anche per il nuovo ciclo la formula che contraddistingue i *Pomeriggi della Medicina*, pensata per consentire la partecipazione e la comprensione da parte del vasto pubblico, abbinando rigore scientifico a una divulgazione coinvolgente.

La finalità degli incontri, infatti, è duplice: da un lato offrire un approfondimento culturale su tematiche di interesse comune, dall'altro

proporsi in un'ottica "di servizio", per trasmettere alla popolazione corrette informazioni sulla salute in generale, gli stili di vita, la prevenzione e la cura.

La partecipazione di medici e ricercatori apprezzati sul territorio, affiancati a figure di alto profilo riconosciute sul panorama nazionale e internazionale offrirà al pubblico occasioni di riflessione e punti di vista sempre nuovi, per accostarsi alla trattazione di argomenti di attualità e assoluto rilievo, che spaziano dalle frontiere della ricerca ai progressi della medicina, dall'organizzazione sanitaria alle questioni aperte del nostro tempo,

che incrociano la salute con i risvolti etici, sociali e culturali.

Elemento qualificante degli incontri è il taglio interattivo che prevede, al termine della relazione degli esperti, uno spazio di dialogo con la platea, per consentire al pubblico di porre stimoli e domande libere al centro del dibattito.

Le informazioni aggiornate e il programma definitivo del ciclo di incontri saranno pubblicati sul sito ordinemedici.brescia.it

Vi aspettiamo a novembre in San Barnaba!



Siamo tutti fragili...



Ci rammenta Ascoli, parlando degli elementi culturali e antropologici della fragilità, come l'inizio della civiltà umana venga fatto coincidere dagli studiosi con il tempo in cui l'uomo "inizia a prendersi cura dei suoi simili, malati o inabili". E come sia esperienza comune a tutti noi l'essere stati un tempo neonati, ovvero l'esserci trovati all'inizio della nostra vita nella condizione di massima fragilità e totale dipendenza dagli altri.

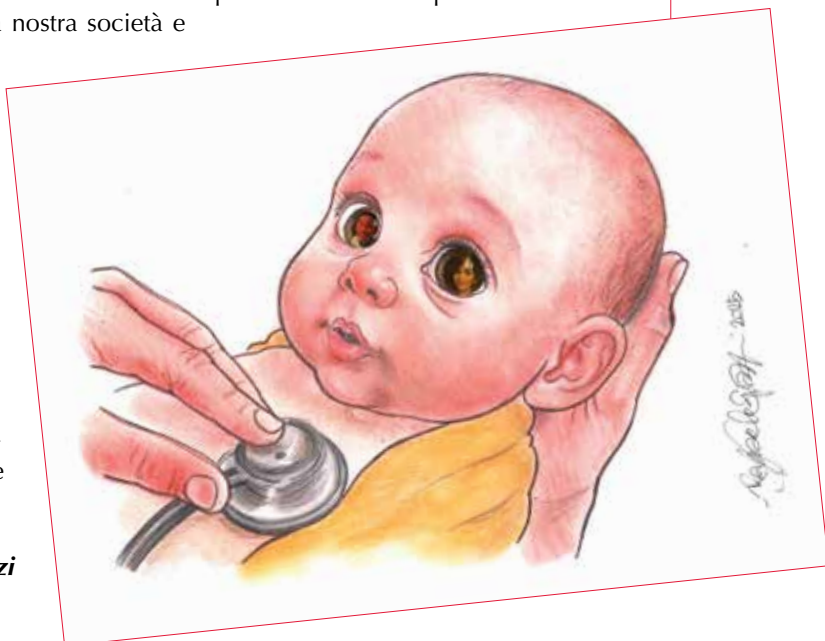
Siamo tutti fragili. O perlomeno tutti lo siamo già stati nella nostra vita. È da questa suggestione che ho preso le mosse per proporre la mia "riflessione per immagini" a illustrare il tema di cui si parla in questo numero della rivista, la fragilità del sistema sanitario, degli operatori e dei pazienti. Negli occhi del bimbo della mia illustrazione si riflettono le sagome della madre e del medico che lo sta visitando, a richiamare la presenza inconscia, se pur rimossa, in tutti noi di questa esperienza di affidamento e dipendenza che ci accomuna, con il valore che essa rappresenta. E, di riflesso, da questa dipendenza e bisogno di assistenza discendono per la madre (la società) e per il medico (il servizio sanitario) la coscienza e la precisa responsabilità della presa in carico, della solidarietà che si fa accudimento e tutela.

Viviamo tempi balordi. Tempi nei quali l'ideologia può rifiutare di specchiarsi negli occhi di un bambino per leggerne la fragilità, fino a respingere la loro richiesta di aiuto, il loro richiamo al bisogno di protezione che sono il motore e la ragione fondante del nostro servizio sanitario. Tempi balordi nei quali ne stiamo mettendo in dubbio i valori e le scelte che nel tempo ne sono conseguite a darvi attuazione, fino a determinare un profondo spaesamento sia tra gli operatori che tra i pazienti.

In questo, l'individualismo spinto o la visione colpevolizzante e utilitaristica della pratica medica non sono che altrettanti sintomi di un malessere diffuso, dove il venir meno di responsabilità e solidarietà colpisce e lascia senza protezione le fasce più fragili della nostra società e non solo, operatori o pazienti che siano.

Scienze come l'etologia e la sociologia da tempo lanciano ammonimenti sui rischi di implosione e disgregazione delle società evolute: non è una strada senza ritorno, ma occorre ripartire dalla base e dalla discussione e condivisione dei valori di fondo. Solo così potremo tornare a guardare negli occhi i nostri bambini. Per il loro e per il nostro futuro.

Raffaele Spiazzi





BRESCIA MEDICA CAMBIA

Per essere al passo con i tempi
e venire incontro alle preferenze
espresse dagli iscritti,
dal prossimo anno
Brescia Medica diventerà digitale.

**La versione cartacea sarà inviata
solo a chi ne farà richiesta e a tutti
i nuovi iscritti per il primo anno.**

**La versione digitale consultabile
e scaricabile dal sito sarà migliorata
e resa più fruibile.**

Continuate a seguirci!

www.ordinemedici.brescia.it

bresciamedica@ordinemedici.brescia.it