

Ordine dei Medici  
Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
di Reggio Emilia

# Celebrazione del Centenario degli Ordini dei Medici

## Le testimonianze della Professione Medica Reggiana

La Professione vissuta



Reggio Emilia, 23 novembre 2010

**Testimonianze raccolte, in occasione della Celebrazione del Centenario dell'Istituzione degli Ordini dei Medici, da Maria Brini, VicePresidente OMCeO Reggio Emilia**

**Progetto grafico ed esecutivo di Federica Artioli**

# Interviste e riflessioni

## “Momenti di vita professionale”

### Introduzione

Ho raccolto queste testimonianze ed interviste nell'intento di arricchire la giornata del Centenario della fondazione degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri con le esperienze intensamente vissute da alcuni medici che hanno operato nella sanità reggiana sia ospedalieri, che del territorio, che liberi professionisti.

Ho chiesto ad alcuni dei tanti Colleghi di raccontare le loro storie professionali, i momenti più importanti, le tracce di tanti anni di attività, ma quando le ho riunite “insieme” sono rimasta colpita da come queste *storie* esprimano personalità così diverse, vissuti professionali così variamente elaborati, modi di raccontarsi così individualizzati. Soprattutto però mi ha colpito come, pur con una narrazione diversa tutti raccontino un'unica storia: perché abbiamo scelto di fare i medici, cosa ci hanno trasmesso i nostri maestri, cosa abbiamo imparato dai nostri pazienti, cosa vorremmo lasciare noi ai medici che ci seguiranno ed alla comunità per cui abbiamo lavorato. Si coglie inoltre come l'esercizio della nostra professione continuamente si intrecci con la storia della nostra società. L'esercizio della medicina, infatti, in qualsiasi ambito svolta, impone l'attenzione non solo a problemi medici ma anche sociali, quindi spesso può essere volano per grandi cambiamenti nell'organizzazione della sanità e, in conseguenza, del vivere sociale, dimostrandosi di grande utilità nel far rispettare i diritti portati dai cittadini più deboli, non sempre in grado di manifestarli e rivendicarli. Appare anche evidente leggendo queste testimonianze che i grandi cambiamenti nella medicina, e più in generale nella sanità, non siano avvenuti all'improvviso, quasi come lampi in un cielo sereno, ma attraverso un lungo cammino fatto di piccoli ma inarrestabili cambiamenti, di piccole ma continue azioni, di risultati spesso impercettibili ad uno sguardo in superficie. Solo il loro manifestarsi all'esterno è stato improvviso e ha fatto rumore. In fondo non è sempre facile definire un tempo per raggiungere mete così lontane e soprattutto definire dei traguardi in un cammino inarrestabile.

Da queste testimonianze mi viene anche spontaneo riconsiderare alcuni temi attualmente all'attenzione dei *media* e su cui è facile avere opinioni diverse; uno fra tutti la cosiddetta disumanizzazione della medicina rappresentato dall'utilizzo imperante della tecnologia. Non mi sembra di cogliere leggendo quanto hanno scritto i colleghi una deriva verso la disumanizzazione della medicina, ma è invece evidente uno sforzo di elevare il rapporto tra il medico e il paziente, tema tanto dibattuto negli ultimi anni. Lungi da me cercare di disconoscere un problema sollevato da molti, ma viene il dubbio che la vera causa sia in realtà da approfondire nella malattia stessa che “destituisce” l'Uomo, nell'accezione di P. Levi di destituzione = la condizione di chi ha mutato in peggio il proprio stato: da ricco è diventato povero, **da sano ammalato**, da libero schiavo ecc, visione laica in confronto all'interpretazione del pensiero cristiano che ha cercato di dare valore alla sofferenza e dignità alla malattia.

La sintesi unificante dei valori di tutta la professione (la visione etica di come fare i medici) è ben espressa nell'art 3, caposaldo del nostro Codice Deontologico:

**Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo della sofferenza nel rispetto della libertà e dignità della persona umana.....**

*Maria Brini*

## Testimonianze di

Giuliano Bedogni .....	Pag. 3
Piero Benassi .....	Pag. 7
Umberto Guiducci .....	Pag. 11
Riccardo Motta .....	Pag. 15
Luigi Munari .....	Pag. 19
Remo Italo Portioli .....	Pag. 22
Giancarlo Tavasani .....	Pag. 32

## Dott. Giuliano Bedogni

Il dr. Giuliano Bedogni viene insignito del “**Sigillum Magnum**” dall’Alma Mater Studiorum dell’Università di Bologna nel dicembre 2006



Ciò che va sottolineato è come, con l’aziendalizzazione degli ospedali, sia cambiata

anche e soprattutto la mentalità dei professionisti, medici, infermieri, tecnici e personale amministrativo.

La sanità è un mondo complesso dove oggi ai medici non si richiedono soltanto capacità e competenze specifiche ma sono fondamentali la conoscenza e la padronanza di altre discipline come l’organizzazione, la comunicazione, l’economia e soprattutto l’etica.

Ci siamo abituati a mettere in discussione comportamenti, idee e convinzioni che pensavamo immutabili, ad accendere i riflettori delle verifiche e delle critiche, nella convinzione, come è stato affermato, che sono le porte chiuse, il sottrarsi al confronto, che nascondono scarse e cattive performance.

Umanizzazione e centralità del paziente sono stati e sono tuttora l’obiettivo alto e ambizioso d’ispirazione quasi Kantiana (“considera l’uomo sempre come un fine e mai come un mezzo”), che il Santa Maria si è posto e ha raggiunto pienamente, realizzando un rapporto unico con la sua città e la sua gente, rapporto basato sul reciproco apprezzamento, stima, senso di appartenenza e affetto.

“Un medico deve sapere che qualunque cosa faccia per l’ammalato, anche le azioni più umili, non perderà mai la propria dignità ma potrà solo arricchire la propria professionalità e il proprio prestigio”.

Due sono i consigli e le raccomandazioni da seguire per giovani medici che hanno deciso di intraprendere questa attività, e credo possano valere per tutte le altre discipline.

La prima parola chiave è l’Onestà, onestà nei confronti dei pazienti, dei colleghi e di se stessi;

la seconda è la Persistenza, la tenacia che McCune sostiene che deve essere praticata “undying”, per sempre fino alla morte, in maniera cieca, giorno e notte senza compromessi.

## INTERVISTA AL DR. GIULIANO BEDOGNI PER I SUOI QUARANTA ANNI DI ATTIVITÀ pubblicata su Notizie (bollettino dell’Azienda Ospedaliera S. Maria Nuova di Reggio E.)

### Com’è cambiata la medicina durante i suoi quarant’anni di attività?

1- La domanda è molto impegnativa...elencare le tappe, gli eventi più importanti, le scoperte scientifiche e i grandi cambiamenti che hanno interessato il mondo della medicina negli ultimi quarant’anni, credo si potrebbe addirittura scrivere un intero volume.

Luciano Sterpellone, il grande storico della medicina, in qualche misura lo ha fatto con il suo libro “Premi Nobel per la Medicina”. Nello spazio che ci consente un’intervista possiamo provare a rispondere a grandi linee prendendo in considerazione gli aspetti e gli eventi salienti di questo periodo, consapevole che il rischio di approssimazione e superficialità sarà inevitabile.

Ciò che ha colpito e colpisce (oltre agli “addetti ai lavori”, medici e operatori sanitari) anche il cosiddetto immaginario collettivo è stato lo sviluppo stupefacente delle tecnologie: grazie alle scoperte scientifiche di medici, tecnici, biologi, ingegneri (basti pensare a Cormack e

Hounsfield, entrambi premi Nobel nel '79, cui si deve l'invenzione della TAC), abbiamo assistito all'introduzione e alla rapida diffusione delle tecniche di "imaging".

L'ecografia, la TAC, La Risonanza magnetica hanno reso più rapido, preciso, sicuro e meno invasivo il percorso clinico, diagnostico e terapeutico dei pazienti.

Dalle discipline mediche a quelle chirurgiche non c'è settore che non sia stato coinvolto e profondamente trasformato nel volgere di questi anni: dalla cardiologia all'ematologia, dalla gastroenterologia alla reumatologia. In chirurgia sono stati inoltre fondamentali lo sviluppo delle tecniche laparoscopiche, l'introduzione e diffusione della protesica in chirurgia vascolare, in ortopedia e in endoscopia digestiva, e l'avvento della chirurgia dei trapianti.

Ed il Santa Maria Nuova com'è cambiato in questi ultimi 15 anni, da quando è diventato azienda ospedaliera?

2- Ovviamente queste innovazioni hanno interessato anche il Santa Maria Nuova, che nel corso di questi anni si è dotato delle tecnologie più avanzate e si è avvalso delle tante nuove procedure diagnostiche e terapeutiche. Ciò che va però sottolineato è come, con l'aziendalizzazione degli ospedali, sia cambiata anche e soprattutto la mentalità dei professionisti, medici, infermieri, tecnici e personale amministrativo; come sia cambiato l'approccio e la visione del lavoro, la creazione di modelli organizzativi incentrati sulla dipertimentalizzazione, cioè sull'analisi, la discussione e la condivisione di obiettivi tra le diverse unità operative dei dipartimenti e le direzioni sanitarie, sugli "audit", cioè su un confronto e una valutazione periodica e sistematica degli obiettivi dichiarati e raggiunti, dei difetti da correggere, dei margini di miglioramento da colmare.

La sanità è un mondo complesso dove oggi ai medici non si richiedono soltanto capacità e competenze specifiche ma sono fondamentali la conoscenza e la padronanza di altre discipline come l'organizzazione, la comunicazione, l'economia e soprattutto l'etica.

Abbiamo quindi imparato il significato e il valore di termini concettuali che oggi ci sono familiari, come team-working, clinical governance, bench marking, cost-effectiveness e abbiamo raggiunto, con grande impegno ed entusiasmo, il traguardo prestigioso dell'accreditamento del nostro ospedale.

Nonostante i contrasti, le diffidenze e le polemiche, che all'inizio hanno reso difficile e travagliato questo percorso, alla fine il cambiamento ha prevalso ed oggi i dipartimenti sono una risorsa e uno strumento di gestione imprescindibile, accettato e condiviso da tutti.

Ci siamo abituati a mettere in discussione comportamenti, idee e convinzioni che pensavamo immutabili, ad accendere i riflettori delle verifiche e delle critiche, nella convinzione, come è stato affermato, che sono le porte chiuse, il sottrarsi al confronto, che nascondono scarse e cattive performance.

Nel 1992 Sackett pubblicava il libro che avrebbe rivoluzionato la metodologia e l'epistemologia stessa della scienza medica, la "EBM" (la *evidence based medicine*, la medicina basata sulle prove d'efficacia), recuperando il valore dell'antico insegnamento ippocratico che poneva una netta distinzione fra *dòxa* (l'opinione discutibile e confutabile) ed *episteme* (la verità scientifica, dimostrata e comprovata).

Siamo così usciti dal soggettivismo e dall'autoreferenzialità, ci siamo liberati degli automatismi e abbiamo imparato a correggerci, a riflettere e a migliorare, anche e proprio grazie alle critiche e al confronto.

"La medicina da autoritaria diventava autorevole", come è stato giustamente affermato, e anche il rapporto coi pazienti traeva grandi vantaggi e si arricchiva notevolmente divenendo meno asimmetrico e diseguale, più empatico e più attento alle loro storie, ai loro bisogni, alle loro ragioni.

Umanizzazione e centralità del paziente sono stati e sono tuttora l'obiettivo alto e ambizioso d'ispirazione quasi Kantiana (“*considera l'uomo sempre come un fine e mai come un mezzo*”), che il Santa Maria si è posto e ha raggiunto pienamente, realizzando un rapporto unico con la sua città e la sua gente, rapporto basato sul reciproco apprezzamento, stima, senso di appartenenza e affetto.

Oltre ad avere esercitato la professione con grandi meriti clinici lei ha fatto scuola, formando generazioni di endoscopisti: cosa pensa le mancherà di più, lontano dalla corsia?

3- Dalla fine degli anni settanta, l'endoscopia digestiva del Santa Maria è diventata centro di riferimento e di frequentazione, con corsi di formazione e aggiornamento per tanti colleghi provenienti da diversi ospedali e università italiane ed estere.

Nel 1981 esce l'edizione in lingua inglese del nostro testo atlante di “Endoscopia Operativa delle vie digestive” (sarà il primo pubblicato e recensito da *Gastroenterology* e seguito poi da diverse opere). In seguito, Claude Liguory, uno dei padri dell'endoscopia digestiva mondiale, ne curerà l'edizione francese.

Credo che per un allievo non esista soddisfazione più grande di vedere una propria opera tradotta e recensita dal proprio maestro.

Claude Liguory all'ospedale Saint Antoine e all'Almass di Parigi è stato un grande maestro per tanti endoscopisti italiani che da lui hanno appreso questa disciplina. Aveva il grande dono di sapere insegnare, non nascondendo nulla ai suoi allievi; non custodiva gelosamente per sé i segreti, i piccoli trucchi e gli escamotages che ti consentono a volte di risolvere situazioni tecnicamente complesse e difficili, ma puntualmente interveniva e ti indicava il modo preciso ed efficace di operare. Sapeva poi misurarti e darti dei tempi di esecuzione che gradualmente dovevi imparare a rispettare, evidenziava i tuoi limiti, i tuoi margini di miglioramento, esortandoti a insistere, ad impegnarti di più, a non mollare mai.

Questa la filosofia, la metodologia di lavoro che ho ereditato dai miei maestri e che ho cercato di trasmettere ai tanti colleghi frequentatori e ai miei allievi, perché una grande scuola deve poter contare su successori in grado di garantirne la continuità e la crescita.

Molti di loro si sono affermati e oggi ricoprono ruoli direttivi in importanti ospedali e cariche prestigiose ai vertici delle maggiori società scientifiche; basti ricordare che l'Endoscopia digestiva del Santa Maria ha dato alla Società Italiana Di Endoscopia Digestiva due segretari nazionali e due presidenti nazionali (Giuliano Bedogni ed Enrico Ricci) e, recentemente, Romano Sassatelli è stato eletto presidente nazionale GISCOR, la società scientifica che si occupa dello screening del cancro del colon retto.

Che consiglio darebbe ad un giovane medico che entra al Santa Maria Nuova oggi e quale augurio gli farebbe?

4- Risponderò ricorrendo alle parole di due maestri: Umberto Parisoli e William McCune .

Al primo deve essere riconosciuto il merito di una grande lungimiranza, poiché prevede le grandi potenzialità dell'Endoscopia Digestiva quando ancora era la radiologia a dettar legge e il ricorso al bario era prioritario e obbligatorio.

Ricordo ancora le sue parole il giorno in cui venni assunto nell'aprile del '70 come assistente nel reparto di chirurgia seconda: “la medicina è una donna gelosa, esige un rapporto esclusivo, totalizzante e non ammette tradimenti”.

A differenza d'allora, oggi non avverto nulla di retorico o di enfatico in quella frase.

Avendo lavorato con lui diversi anni, debbo riconoscere quanta sintonia e coerenza ci fosse da parte sua con quell'assunto.

Un altro aspetto del profilo professionale e umano di Umberto Parisoli era il rapporto con i pazienti; non dimenticherò come a volte, durante la visita in corsia, precedesse tutti medici e infermieri nell'esecuzione di atti di semplice assistenza alla persona, come raccogliere oggetti caduti dal comodino, sistemare i cuscini, sollevare il paziente.

“Un medico deve sapere che qualunque cosa faccia per l'ammalato, anche le azioni più umili, non perderà mai la propria dignità ma potrà solo arricchire la propria professionalità e il proprio prestigio”.

Il secondo, Mc Cune, nel '69 eseguì per la prima volta l'incanalamento della Papilla di Vater visualizzando coledoco e wirsung ed è considerato nella storia della medicina il padre dell'ERCP.

Due sono i consigli e le raccomandazioni da seguire per giovani medici che hanno deciso di intraprendere questa attività, e credo possano valere per tutte le altre discipline.

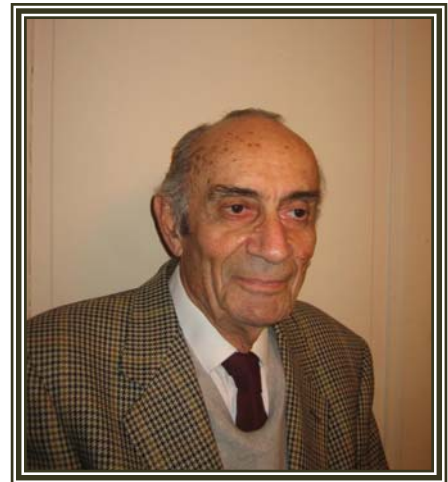
La prima parola chiave è l'Onestà, onestà nei confronti dei pazienti, dei colleghi e di se stessi;

la seconda è la Persistenza, la tenacia che McCune sostiene che deve essere praticata “*undying*”, per sempre fino alla morte, in maniera cieca, giorno e notte senza compromessi.



# Prof. Piero Benassi

Presidente Associazione Museo Storia della Psichiatria di Reggio Emilia, già Direttore ex Istituti Psichiatrici San Lazzaro di Reggio Emilia



Furono gli anni (1960 - 1980) delle trasformazioni radicali, fino ad una vera e propria rivoluzione di tutto il sistema manicomiale.

Per questi scopi occorreva creare nei vari Padiglioni dell'Istituto il senso del gruppo, della comunicazione, del rapporto reciproco, della relazione umana e sociale. Bisognava offrire qualche interesse comune, qualche attività stimolante, qualche motivo valido al presente e per il futuro. Era necessario conoscere i conflitti, le aspirazioni e le aspettative del singolo caso, per potere poi affrontare e risolvere i suoi problemi.

E' stato quindi possibile trasformare il "Manicomio" in "Ospedale" secondo un processo di "umanizzazione globale", di fruizione di tutte le possibili libertà.

Dopo mesi o anni di degenza in stato di quasi isolamento e di passività, gruppi di malati si stavano quindi unendo in senso comunitario, avendo creato stimoli e interessi comuni, e sperimentando direttamente una vita sociale, secondo i modi e i comportamenti della vita extramanicomiale.

Nel contempo furono quindi svolte tutte le pratiche per il riconoscimento di tutte le forme pensionistiche ottenibili.

A favore dei malati si era così realizzata la "LIBERTÀ DAI BISOGNI" (fino al paradosso che qualche malato poté aiutare familiari indigenti).

La dimissione di molti malati divenne quindi realizzabile per la raggiunta autonomia economico-finanziaria di quasi tutti i degenti.....

Il rapporto che si instaura fra medico e paziente non è solo e semplicemente nella fiducia del malato che ha del medico, ma della profonda conoscenza che il medico deve raggiungere col malato.

Per il medico non è solo determinante conoscere questi principi, ma occorre che conosca esattamente l'effetto specifico della sua cura.

Il medico è quindi la medicina: deve dare il meglio di sé stesso per ottenere il massimo dei risultati possibili, specie in tutte quelle forme morbose in cui non solo il corpo, ma in particolare la mente è turbata o alterata da quell'arcipelago di emozioni che feriscono l'esistenza biologica, psicologica e sociale.

## — IL MEDICO COME MEDICINA — ESPERIENZE, TRASFORMAZIONI E FINE DELL'ERA MANICOMIALE.

Troppo spesso il medico è interpellato dal paziente che presenta sintomi svariati, ma non reperti clinici evidenti in grado di condurre ad una diagnosi chiara, e quindi ad una terapia esatta; occorre perciò che il medico raggiunga la piena comprensione, sappia capire, sappia udire ("ascoltare con il terzo occhio"), sappia dunque sviluppare una relazione-comunicazione che metta il malato in condizione di aiutare sé stesso.

Il medico - quanto meno lo psichiatra - non può quindi sfuggire a certe scelte etiche che richiamano i grandi temi del senso della vita, della libertà, della responsabilità, dell'uguaglianza, nei confronti di esistenze deboli ed emarginate.

La Psichiatria ha a che fare soprattutto con le cure (una volta risolti i delicati e complessi problemi diagnostici), ma la cura è solo la parte (o in piccola parte) farmacologica: è anche psicologica e ugualmente sociale, e dipende soprattutto dalla capacità di ascoltare, per

cogliere quel colloquio interno che ognuno di noi intrattiene con le voci e i silenzi della propria anima, anche quando ci trova persi nelle pieghe più profonde della sofferenza psichica.

La Psichiatria deve quindi essere/avere un colloquio continuo (come una medicina ad azione protratta), deve offrire il meglio di sé per raccogliere le sofferenze altrui, entrare nei meandri dell'anima dell'"altro", cioè della sua irripetibile condizione umana.

Primario psichiatra a Reggio Emilia dopo un lungo tirocinio presso la Clinica delle Malattie Nervose e Mentali dell'Università di Bologna (dove i malati psichiatrici non erano molto distinti o suddivisi da quelli neurologici), conobbi la psichiatria manicomiale tradizionale, già osservata presso qualche sede italiana e straniera.

L'assenza, a Reggio Emilia, di qualsiasi attività, indagini, cure, riabilitazione di tutta la vasta patologia neurologica, sollecitò anche il sottoscritto a richiedere all'Amministrazione degli Istituti Psichiatrici San Lazzaro l'utilizzo di un Reparto (il così detto "Vecchio Villa Marchi") per le indagini elettroencefalografiche, per tutte quelle neurodiagnostiche (angiografia cerebrale, mielografia, pneumoencefalografia) e quindi l'apertura (1959) di un Reparto Aperto di Neurologia (ma anche per forme nevrotiche - psicotiche acute) a tipo appunto della Clinica Universitaria di Bologna, convenzionata con le Mutue, e abilitata quindi anche al ricovero di malati affetti da disturbi allora definiti di "piccola psichiatria"; in pratica si trattava di tutta quella numerosa categoria di malati che non erano: "pericolosi a sé o agli altri e/o di pubblico scandalo" (Legge sugli Alienati, 1904).

Questo primo Reparto Aperto di Neuropsichiatria costituì l'inizio dell'apertura e del superamento della vecchia istituzione manicomiale e delle sue leggi, verso un libero accesso ospedaliero, con la successiva trasformazione di altri due reparti psichiatrici da chiusi a aperti, organizzati ignorando o superando la vecchia Legge del 1904.

Nel frattempo gli psicofarmaci stavano sostituendo le terapie di shock (elettroshock e coma insulinici), per cui andavano scomparendo le più gravi patologie mentali (tipo stati di eccitamento acuto e catatonie), dominate o smorzate dalle nuove terapie psicofarmacologiche.

Furono dunque gli anni (1960 - 1980) delle trasformazioni radicali, fino ad una vera e propria rivoluzione di tutto il sistema manicomiale.

Per questi scopi occorreva creare nei vari Padiglioni dell'Istituto il senso del gruppo, della comunicazione, del rapporto reciproco, della relazione umana e sociale. Bisognava offrire qualche interesse comune, qualche attività stimolante, qualche motivo valido al presente e per il futuro. Era necessario conoscere i conflitti, le aspirazioni e le aspettative del singolo caso, per potere poi affrontare e risolvere i suoi problemi.

Si trattò quindi, nell'arco di pochissimi anni, di trasformare la vita manicomiale standardizzata, inerte, passiva, vegetativa, in una realtà esistenziale basata su una serie di stimoli finalizzati a dei meccanismi di risocializzazione e di riabilitazione psicosociale.

Una serie di obiettivi sono stati raggiunti con l'istituzione di una scuola elementare per analfabeti e analfabeti di ritorno, tramite una serie di attività occupazionali lavorative, basate anche su lavorazioni per conto di Ditte esterne, con conseguente guadagno, che metteva in moto la possibilità di soddisfare una serie di desideri e di bisogni, e tramite iniziative ludo-socio-terapiche.

Ma soprattutto fu l'istituzione di Corsi Biennali di Qualificazione Professionale, (fabbrici - falegnami - ceramisti - meccanici - confezionisti) frutto di una convenzione con l'ENAIIP (Ente Nazionale ACLI Istruzione Professionale), a dare un significato alla vita, a proporre situazioni nuove, a sollecitare dinamiche e confronti, modi di vita e comportamenti, nonché

regole comunitarie in vista di una preparazione ad una vita sociale, fuori dall'Ospedale Psichiatrico.

E' stato quindi possibile trasformare il "Manicomio" in "Ospedale" secondo un processo di "umanizzazione globale", di fruizione di tutte le possibili libertà (ad esempio; nel 1970 un Padiglione fu adibito sia come Reparto Maschile che Femminile: avvenimento innovativo rispetto alla tradizione secolare di separazione dei sessi); furono aperti servizi-bar, creati Atelier di disegno, di scultura, di pittura, una palestra per la psicomotricità, ecc..

Per tutta questa serie di attività fu creato un apposito "Servizio di Ergoterapia-Ludoterapia-Socioterapia.

Con lo svilupparsi di tutte queste esperienze, quei reparti dove erano degenti malati cronici-lungodegenti si andarono quindi trasformando in tante "Comunità terapeutiche", già inizialmente costituite in occasione di periodi di soggiorni estivi e anche invernali, al mare e in montagna, presso Colonie e anche Alberghi.

Dopo mesi o anni di degenza in stato di quasi isolamento e di passività, gruppi di malati si stavano quindi unendo in senso comunitario, avendo creato stimoli e interessi comuni, e sperimentando direttamente una vita sociale, secondo i modi e i comportamenti della vita extramanicomiale.

La degenza manicomiale provoca, come è noto, fenomeni di regressione psicosociale, cioè di passività, di inerzia e di perdita di qualsiasi capacità di relazione sociale, con conseguente isolamento autistico dal mondo - ambiente.

Previa una lunga preparazione e qualificazione del personale infermieristico alle metodiche e alle tecniche (di origine anglosassone) per combattere le forme di cronicità dei malati mentali, (si tratta di tecniche di comportamento e di apprendimento socio-riabilitativo), gruppi di malati sono stati mano a mano trasferiti in case di campagna, in villette, in gruppi-appartamento, in gruppi-famiglia, sotto la guida e la assistenza di personale infermieristico esperto.

Con tali modalità iniziò allora (1975 - 1980) quel processo di deistituzionalizzazione, prima ancora che fosse attiva la Legge di Riforma Psichiatrica (1978); al momento dell'interruzione o blocco dei ricoveri negli Ospedali Psichiatrici (dicembre 1980) erano ancora degenti circa un migliaio di degenti, mentre 10 anni prima i ricoverati erano circa il doppio, nonostante il perfezionamento degli interventi farmaco-psico-terapeutici e la conseguente drastica riduzione dei tempi di degenza.

Nel contempo l'opinione pubblica, gli orientamenti politici, sindacali e sociali e, in particolare, gli Amministratori di molti Comuni delle Province di Reggio Emilia e di Modena (sedi di residenza originaria di quasi tutti i degenti), erano divenuti sensibili al tema delle malattie mentali e, in particolare, al problema della cura e dell'assistenza di malati cronici, che potevano comunque essere dimessi dall'Ospedale Psichiatrico, in vista di una futura chiusura dello stesso.

Alla fine del 1993, cioè al termine del mio mandato di Direttore, erano rimasti ricoverati poco più di 200 malati. Nell'ultimo decennio, previo accordo col Giudice Tutelare nella gestione amministrativa dei beni dei malati di mente (procedure semplificate circa le interdizioni-inabilitazioni) a seguito di garanzia di una totale e corretta amministrazione unificata dei loro beni, veniva affrontato e risolto il problema a favore di tutti quei degenti che potevano ottenere il riconoscimento dell'invalidità lavorativa causata da malattia mentale a decorso cronico.

Nel contempo furono quindi svolte tutte le pratiche per il riconoscimento di tutte le forme pensionistiche ottenibili: da pregressa attività lavorativa; o di reversibilità di familiari; o pensione di guerra; o pensione di invalidità con accompagnamento.

Con il progresso maturato, arrivarono tutti i contributi pensionistici richiesti, al punto che nel 1990 i soldi amministrati dal Servizio dell'Ospedale avevano superato i 4 miliardi di lire.

A favore dei malati si era così realizzata la “LIBERTÀ DAI BISOGNI” (fino al paradosso che qualche malato poté aiutare familiari indigenti).

La dimissione di molti malati divenne quindi realizzabile per la raggiunta autonomia economico-finanziaria di quasi tutti i degenti: questa nuova realtà permetteva all'interessato di poter disporre di un proprio fondo pecuniario nonché di un fisso mensile pensionistico, per cui questa situazione facilitò il superamento di tradizionali resistenze alla dimissione, facilitando notevolmente la sistemazione presso i familiari o parenti, presso Pensionati, Case di Riposo, Case della Carità, gruppi-famiglia, ecc..

Il rapporto che si instaura fra medico e paziente non è solo e semplicemente nella fiducia del malato che ha del medico, ma della profonda conoscenza che il medico deve raggiungere col malato, cioè della sua malattia, del suo modo di esprimerla, di viverla, di simbolizzarla, di farla vivere ai familiari, e di come l'interessato la conosce, la interpreta, la valuta, la verifica, nonché come e fino a che punto sa reagire, e così via.

Per il medico non è solo determinante conoscere questi principi, ma occorre che conosca esattamente l'effetto specifico della sua cura, gli effetti collaterali a breve e a lungo tempo, naturalmente non solo dei farmaci e degli psicofarmaci, ma l'effetto delle sue parole, dei suoi consigli, suggerimenti, pareri, interpretazioni che mano a mano deve presentare al suo interlocutore sofferente.

Il buon esito di un trattamento deriva non tanto dalla fiducia (più o meno scontata) che il paziente ha del medico, quanto della fiducia che il medico stesso ha di potere e sapere curare, con mezzi non solo farmacologici ma soprattutto psicologici. Questa fiducia che possiede il medico è un fenomeno di fondo che trascende l'esperienza intellettuale di apprendere determinate regole, ed il conformare ad esse il proprio comportamento.

Il medico è quindi la medicina: deve dare il meglio di sé stesso per ottenere il massimo dei risultati possibili, specie in tutte quelle forme morbose in cui non solo il corpo, ma in particolare la mente è turbata o alterata da quell'arcipelago di emozioni che feriscono l'esistenza biologica, psicologica e sociale.

## Dott. Umberto Guiducci

Il dr. Umberto Guiducci, Relatore ed Organizzatore del Convegno Nazionale della Società Italiana di Cardiologia dello Sport nel giugno 1993 a Reggio Emilia



Sono passati ben 600 anni da quando il fondatore Pinotto Pinotti dichiarò nel suo testamento di aver fatto costruire ed abbellire a sue spese la Chiesa di S. Maria Nuova e di aver fatto sorgere vicino alla Chiesa un monastero di Frati carmelitani. Il fondatore diede disposizioni perché in quel convento si provvedesse al mantenimento e all'assistenza dei poveri, dei pellegrini e degli infermi, raccomandando per questi ultimi i medici Giovanni de' Bianchi e Gabriele de' Medici (che idealmente sarebbero stati i primi iscritti all'Ordine dei Medici di Reggio Emilia).

Pensate: 1376! Cosa sia avvenuto in questi 600 anni è vagamente immaginabile, cosa è avvenuto in questi ultimi 100 anni è ricostruibile, cosa è avvenuto negli ultimi 50 anni nell'Ospedale S. Maria Nuova si può toccare con mano.

Cosa ha concorso a questa che chiamerei "rivoluzione"?

1-lo sviluppo della medicina e la rapida applicazione delle scoperte scientifiche

2-l'attenzione, la sensibilità e la conseguente rapidità impressa alla sanità reggiana dalle istituzioni pubbliche.

3-la spinta culturale dei tanti medici ospedalieri e quindi anche dell'Ordine dei medici (ricordo che molti presidenti del nostro Ordine erano ospedalieri)

4-l'attenzione continua dei consigli di amministrazione prima e dei direttori generali poi che hanno con grande intuizione ma anche grande coraggio da sempre investito in tecnologie d'avanguardia.

La Cardiologia dell'Ospedale S. Maria Nuova e le cardiologie degli altri Ospedali della Provincia si sono organizzate ed integrate tra loro avendo come riferimento il modello di Hub and Spoke, garantendo equità di accesso e di livello delle prestazioni a tutti i cittadini del nostro territorio.

Di pari passo con l'evoluzione delle conoscenze scientifiche, si è assistito ai grandi cambiamenti ed innovazioni di tutte le professioni sanitarie.

Solo un processo armonico di sviluppo delle conoscenze e dell'utilizzo di tutte le competenze potrà continuare questo percorso in crescita della nostra sanità.

## CINQUANT'ANNI DI PROFESSIONE IN OSPEDALE

### Premessa

In occasione del centenario della fondazione degli Ordini dei Medici Chirurghi a cui sono iscritto dall'aprile del 1963, e quindi da quasi 50 anni, mi sento di esprimere alcune considerazioni che, seppure viste da medico ospedaliero "di lungo corso", possono meglio definire l'importante ruolo di questa istituzione ordinistica che ci associa tutti. Quando alcuni Ordini professionali decisero di sospendere le iscrizioni ordinistiche ai laureati o diplomati che erano alle dipendenze di pubbliche istituzioni, il problema ha riguardato naturalmente anche il nostro Ordine: si è infatti dibattuto se i medici ospedalieri ed altri medici dipendenti dovessero necessariamente essere iscritti; ma, fatto per me positivo, è rimasto l'obbligo di iscrizione all'Albo per esercitare la professione di medico in qualsiasi veste.

Anche la nascita negli anni 60-70 dei sindacati medici ospedalieri (ANAAO, ANPO, CGIL-medici ecc ) non ha per nulla favorito un "distacco" tra medici dipendenti e medici del

territorio, ma ha rafforzato la convinzione che per il vecchio “dipendente” l’iscrizione all’Ordine è sempre più motivata, non solo per ciò che questa istituzione rappresenta dal punto di vista deontologico, ma soprattutto per il ruolo culturale che l’Ordine poteva svolgere e che sta svolgendo negli ultimi decenni. Questo impegno culturale dell’Ordine è a mio avviso la cerniera indispensabile tra quello che è il Medico generico (ora più appropriatamente Medico di Medicina generale) ed il Medico specialista ospedaliero, convenzionato o libero professionista. Questa integrazione ha permesso di raggiungere negli ultimi anni due obiettivi:

1) far cessare quella dicotomia, avvertita soprattutto dal cittadino, che percepiva lo specialista come l’unico capace di risolvere i sintomi e le patologie di un organo o di un apparato e il medico di medicina generale visto quale strumento tecnico-burocratico e talora amministrativo per avviare il percorso specialistico.

In altri termini si era determinato, con il favore della tecnologia e dell’organizzazione ospedaliera degli anni 60-70, il convincimento di due livelli distinti di sanità: uno di tipo tecnologico, l’altro di tipo burocratico. Credo che la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici abbia svolto un ruolo determinante nel riequilibrio delle due figure grazie ad interventi sia locali che nazionali volti a garantire sia la formazione continua di tutti i medici, che la formazione specialistica necessaria sia per l’accesso all’attività ospedaliera che alla Medicina Generale.

2) la composizione dei Consigli degli Ordini è divenuta sempre più rappresentativa delle istanze professionali di tutte le categorie dei medici; l’Ordine va sempre più svolgendo un ruolo di integrazione delle varie istanze anche quando promosse da società scientifiche o da enti istituzionali quali AUSL e Aziende Ospedaliere.

### Cambiamenti epocali nella nostra realtà ospedaliera

Per quanto attiene l’evoluzione professionale avvenuta in questi ultimi 50 anni del ruolo e delle conoscenze del medico ospedaliero, ritengo che il fenomeno più clamoroso e quasi rivoluzionario sia rappresentato dalla stabilizzazione della carriera ospedaliera, dalla ricerca biomedica e dalla evoluzione tecnologica.

Sono stati 50 anni che a livello locale hanno totalmente cambiato l’assetto ambientale, tecnico e organizzativo dell’Ospedale S. Maria Nuova. Il 15 maggio 1965, infatti, veniva inaugurato il nuovo Ospedale nella sede di Viale Risorgimento che vedeva la chiusura della sede originaria dell’Ospedale nella Via dell’Ospedale (ora via Dante) dove era stato fondato nel 1376. Sono passati ben 600 anni da quando il fondatore Pinotto Pinotti dichiarò nel suo testamento di aver fatto costruire ed abbellire a sue spese la Chiesa di S. Maria Nuova e di aver fatto sorgere vicino alla Chiesa un monastero di Frati carmelitani. Il fondatore diede disposizioni perché in quel convento si provvedesse al mantenimento e all’assistenza dei poveri, dei pellegrini e degli infermi, raccomandando per questi ultimi i medici Giovanni de’ Bianchi e Gabriele de’ Medici (che idealmente sarebbero stati i primi iscritti all’Ordine dei Medici di Reggio Emilia).

Pensate: 1376! Cosa sia avvenuto in questi 600 anni è vagamente immaginabile, cosa è avvenuto in questi ultimi 100 anni è ricostruibile, cosa è avvenuto negli ultimi 50 anni nell’Ospedale S. Maria Nuova si può toccare con mano.

Cosa ha concorso a questa che chiamerei “rivoluzione”?

- 1-lo sviluppo della medicina e la rapida applicazione delle scoperte scientifiche
- 2-l’attenzione, la sensibilità e la conseguente rapidità impressa alla sanità reggiana dalle istituzioni pubbliche.
- 3-la spinta culturale dei tanti medici ospedalieri e quindi anche dell’Ordine dei medici (ricordo che molti presidenti del nostro Ordine erano ospedalieri)

4-l'attenzione continua dei consigli di amministrazione prima e dei direttori generali poi che hanno con grande intuizione ma anche grande coraggio da sempre investito in tecnologie d'avanguardia come quelle della diagnostica per immagini (radiografia, stratigrafia, TAC, RMI fino alla Tomoterapy, ecc), nella diagnostica di laboratorio passata in pochi anni dalla tecnologie manuali, all'automazione, alla robotizzazione ma anche alle più raffinate applicazioni di biologia molecolare, citofluorimetriche, infine non si può non ricordare gli investimenti sul sistema informatico, sulla Biblioteca scientifica, da tempo fiore all'occhiello del nostro ospedale e disponibile a tutta la comunità professionale reggiana.

### La Cardiologia reggiana

La Cardiologia, nata come branca specialistica dalla Medicina interna, è una delle specialità che hanno avuto una evoluzione clamorosa divenendo ben presto struttura autonoma. Del resto i dati epidemiologici nazionali e regionali confermano la incidenza e la prevalenza delle malattie cardiocircolatorie come le più alte in assoluto. Per quanto riguarda le patologie a carico del cuore la incidenza nella nostra Regione è una delle più elevate con una prevalenza del 25 % nella nostra popolazione. Per questi dati il Piano Sanitario Regionale ha rivolto particolare attenzione alla organizzazione ospedaliera e territoriale delle specialità di cardiologia.

A –Il primo vero caposaldo organizzativo sono stati fin dall'inizio le UTIC =Unità di Terapia Intensiva Cardiologica; all'inizio si occupavano della malattia coronarica ed in particolare dell'infarto del miocardio e successivamente hanno trattato e tuttora si occupano di pazienti cardiopatici con situazioni emodinamiche compromesse: oltre l'IMA e le SCA, trattano scompensi gravi, aritmie iper-ipocinetiche gravi e situazioni con patologie multiorgano in cui i parametri cardiocircolatori vengono sfavorevolmente coinvolti come l'enfisema polmonare acuto.

Nell'Ospedale S. Maria Nuova la UTIC è nata nel 1974 e si è rapidamente evoluta passando da 4 a 11 posti letto anche con degenza post-intensiva. I risultati, fin dall'inizio molto positivi, hanno portato ad una progressiva riduzione della mortalità per IMA dal 30 % negli anni 60-70 fino all'attuale indice di mortalità per IMA del 4-5%. Le apparecchiature di monitoraggio sempre più sofisticate, ma soprattutto le procedure invasive, sono state determinanti nella cura della malattia coronarica. Dal 1988 è stata installata la struttura di Emodinamica, con possibilità di eseguire esami coronarografici, e dopo pochi anni l'utilizzo dell'angioplastica ha significativamente ridotto gli interventi di by-pass.

B - L'angioplastica coronarica ha rappresentato una svolta fondamentale nella cura dell'infarto acuto cosiddetto "ST sopra" permettendo sia una ulteriore riduzione della mortalità, ma soprattutto una guarigione "migliore" per recupero del tessuto miocardico infartuato. L'organizzazione dell'accesso all'UTIC di pazienti della città e della provincia di Reggio è stata la prima a partire nella nostra Regione.

C – Il settore aritmologico, che con l'emodinamica caratterizza la struttura di cardiologia invasiva dell'Arcispedale S. Maria Nuova, fornisce assistenza ai pazienti di tutta la Provincia, permettendo procedure molto avanzate come l'impianto di defibrillatore, l'attività di ablazione ad alta frequenza, la cura elettrica della Fibrillazione Atriale; tutto ciò grazie alla disponibilità di tecnologie considerate d'avanguardia in Regione e in Italia.

D- Recentemente, la struttura di interventistica cardiologica attua l'impianto transcateretere della valvola aortica. Questa tecnica di recente introduzione è applicata da cardiologo interventista esperto (in ambiente cardiocirurgico) e permette a soggetti molto anziani con stenosi aortica serrata di evitare un intervento ad elevato rischio: questo progetto è promosso dall'agenzia Sanitaria Regionale.

E- Nella diagnostica per immagini di particolare rilievo è stata la messa a punto della coronaro-TAC che vede operare insieme cardiologi e radiologi; la Risonanza magnet.nucl del cuore trova particolare applicazione per lo studio del miocardio e delle cavità cardiache.

F- Nel percorso del paziente cardiopatico occorre riconoscere come i risultati ottenuti non sarebbero stati tali senza l'apporto di una corretta riabilitazione cardiologica; questa attività è stata svolta fin dagli anni 80 presso l'Ospedale S. Anna di Castelnovo né Monti in sinergia con il settore di degenza cardiologica dell'Ospedale di Reggio. Con questo obiettivo l'Ospedale di Castelnovo ha potenziato le proprie strutture con 12 posti letto dedicati e 3 letti di UTIC. In questo contesto è stata realizzata una palestra dedicata alla riabilitazione, con percorsi esterni nel parco del S. Anna, che i pazienti utilizzano sotto adeguato monitoraggio elettrocardiografico. Tale attività si è sviluppata anche grazie alla presenza di personale laureato in altra disciplina (scienze motorie) che ha arricchito di competenze e professionalità diverse l'èquipe cardiologica tradizionale (questa è stata in tal senso la prima esperienza italiana).

Quanti cambiamenti dagli anni 1977-78 quando fu acquisita la casa di cura privata S. Anna da parte dell'Ospedale S. Maria Nuova! Pensare allora ad un tale capovolgimento poteva sembrare un libro dei sogni.

G- La Cardiologia dell'Ospedale S. Maria Nuova e le cardiologie degli altri Ospedali della Provincia si sono organizzate ed integrate tra loro avendo come riferimento il modello di Hub and Spoke, fortemente voluto e definito dalla Regione Emilia - Romagna con apposito decreto. La rete provinciale cardiologica organizzata secondo questo modello, ha permesso di raggiungere elevati livelli diagnostici e terapeutici in tutto il territorio provinciale, senza spreco di risorse ma soprattutto garantendo equità di accesso e di livello delle prestazioni a tutti i cittadini del nostro territorio. Questo ha rappresentato un modello organizzativo di riferimento sia regionale che nazionale.

## Riflessioni

Di pari passo con l'evoluzione delle conoscenze scientifiche, con l'utilizzazione di tecnologie così complesse da richiedere investimenti in formazione oltre che in dotazione strumentale si è assistito ai grandi cambiamenti ed innovazioni di tutte le professioni sanitarie. Ormai è sempre maggiore l'impegno negli ospedali di figure anche molto diversificate: dall'informatico, al fisico, al biologo, al tecnico di radiologia, di laboratorio, all'ingegnere, senza i quali non sarebbero possibili applicazioni tecnologiche così sofisticate e complesse. Sempre più il lavoro in équipe prevede l'integrazione di competenze approfondite e diversificate che si arricchiscono a vicenda.

E non solo si è assistito alla comparsa di nuove figure, ma sono profondamente cambiate anche quelle da sempre presenti; tra tutte ricordo l'infermiere professionale che ha visto completamente cambiare i requisiti per l'accesso alla professione (corso di laurea) e di pari passo le competenze e i ruoli all'interno dell'Ospedale. Le "mansioni" delegate agli infermieri erano originariamente la cura e l'assistenza del paziente, la somministrazione di farmaci per os o per via intramuscolare.

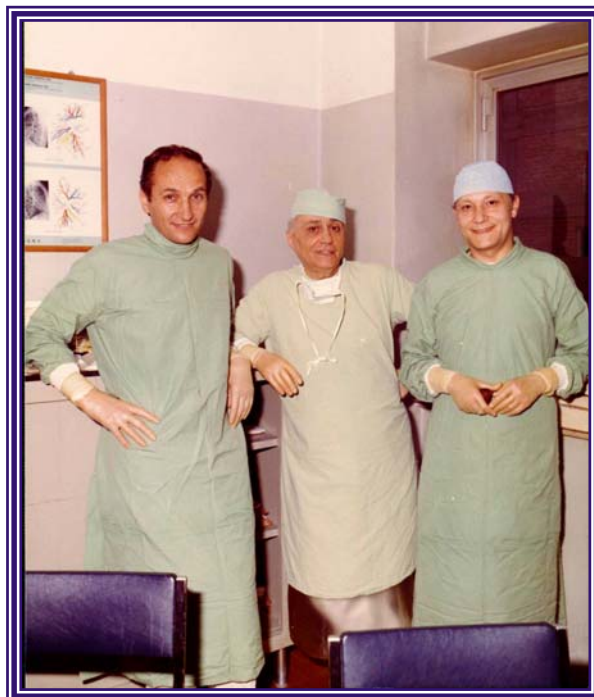
Successivamente si è passati ai prelievi di sangue ed alla somministrazione di farmaci per via endovena, per giungere ora ad un complesso profilo di competenze professionali, gestionali ed organizzative in piena autonomia o con indicazioni condivise che rendono queste professioni una tessera integrante del complesso mosaico che è la cura del paziente.

Solo un processo armonico di sviluppo delle conoscenze e dell'utilizzo di tutte le competenze potrà continuare questo percorso in crescita della nostra sanità.



## Prof. Riccardo Motta

Il prof. Riccardo Motta accanto al suo Primario prof. Dino Pampari ed al collega Ennio Barbieri, negli anni 70, all'uscita dalla sala operatoria nella nuova sede ospedaliera di Viale Risorgimento



La eccezionale esperienza clinica, sostenuta da una moderna visione della chirurgia che il prof. Pampari portava con sé, sono state certamente le premesse per lo straordinario impulso evolutivo che egli seppe imprimere alla chirurgia del nostro ospedale.

Di non minore valore ritengo sia stata poi la sua straordinaria capacità di creare un gruppo di collaboratori profondamente partecipi sul piano del coinvolgimento emotivo; nella sala operatoria si respirava una atmosfera di totale e spontanea partecipazione da parte di un gruppo di persone di cui lui era la

guida, ma nel quale nei momenti di maggior tensione, per eventi imprevedibili e di non facile soluzione, era ben accettata la discussione attraverso la quale trovare una ragionata condivisione di scelte operative non facili.

Ha saputo insegnare le regole di comportamento soprattutto con la forza dell'esempio personale, ha dato fiducia e rispetto quando meritati, ha saputo consigliare con severa obiettività eventuali correzioni di comportamento, quando necessario. Ho fatto parte di questo gruppo per quasi venti anni e questo è per me motivo di profondo orgoglio.

Nell'aprile del 1974 lasciò il suo incarico per raggiunti limiti d'età ed io ebbi l'onore della sua successione attraverso pubblico concorso.

Il peso di un tale incarico era certamente gravoso, ma tanto più forte e preziosa era l'eredità che egli ci aveva lasciato, fondata sul preciso insegnamento della sempre complessa pratica operatoria, ma ancor più sul rispetto di regole etiche irrinunciabili che danno alla professione il valore di una missione.... e l'assoluta intransigenza morale nei confronti dell'ammalato anche quando certe scelte operative potevano mettere in gioco ed a rischio la tranquillità ed il personale prestigio.

Mi si conceda di ricordare.... il prof. Umberto Parisoli con il quale avevo stabilito un rapporto di sincera cordialità e per il quale conservo un debito di riconoscenza per avermi con pazienza e disponibilità insegnato i primi fondamentali della pratica operatoria.

I dottori Antonio Spaggiari e Giovanni Galli, per me aiuti insostituibili per capacità e correttezza professionali, deceduti a breve distanza di tempo quando già avevano acquisito una maturità professionale meritevole di un sicuro successo professionale.

## LA CHIRURGIA REGGIANA, L'IMPORTANZA DEI MAESTRI

Nel quadro generale del progresso evolutivo della Medicina è naturale riconoscere alcuni elementi fondamentali rappresentati dalla migliore e più profonda conoscenza delle varie forme morbose e dal loro carattere evolutivo, dallo sviluppo della industria farmaceutica nella produzione di presidi terapeutici sempre più efficaci ed affidabili, dal continuo evolversi delle tecnologie strumentali per immagini quali la T.A.C., la R.M.N., l'ecografia e l'endoscopia, grazie alle quali l'iter diagnostico viene enormemente facilitato.

Nella Chirurgia il progresso evolutivo mostra peraltro aspetti del tutto peculiari in quanto spesso segnato dalla dominante figura di chirurghi che hanno saputo immaginare e

realizzare percorsi innovativi nel trattamento di forme morbose ritenute non trattabili, o ancor peggio trattate in modo non corretto.

La Chirurgia è sostanzialmente espressione di una manualità raffinata che trova la sua nobiltà nella corretta realizzazione dell'intervento chirurgico, alle cui spalle è peraltro presente una sicura indicazione ed una precisa programmazione del tipo di approccio che trova poi nella sicurezza di ogni gesto operativo le garanzie del risultato.

Questa succinta premessa di carattere generale mi pare opportuna per meglio comprendere il clima nel quale è maturata quella tensione evolutiva della chirurgia reggiana che ha coinciso con l'assunzione, nel 1955, dell'incarico di Primario di Chirurgia da parte del prof. Dino Pampari.

I limiti dell'attività chirurgica in quegli anni del primo dopoguerra, in un ospedale di provincia quale era il nostro, erano sicuramente modesti, ritengo comunque che sarebbe ingeneroso ricercare ora eventuali responsabilità.

La eccezionale esperienza clinica, sostenuta da una moderna visione della chirurgia che il prof. Pampari portava con sé, sono state certamente le premesse per lo straordinario impulso evolutivo che egli seppe imprimere alla chirurgia del nostro ospedale. La profonda conoscenza dei problemi di fisiopatologia della malattia chirurgica, il continuo interesse per lo studio delle complesse alterazioni metaboliche ed idro-elettrolitiche che ne segnano spesso l'evoluzione e quindi la acquisizione di sicure direttive di trattamento rappresentano le basi di una moderna chirurgia.

Di non minore valore ritengo sia stata poi la sua straordinaria capacità di creare un gruppo di collaboratori profondamente partecipi sul piano del coinvolgimento emotivo; nella sala operatoria si respirava una atmosfera di totale e spontanea partecipazione da parte di un gruppo di persone di cui lui era la guida, ma nel quale nei momenti di maggior tensione, per eventi imprevedibili e di non facile soluzione, era ben accettata la discussione attraverso la quale trovare una ragionata condivisione di scelte operative non facili.

Ha saputo insegnare le regole di comportamento soprattutto con la forza dell'esempio personale, ha dato fiducia e rispetto quando meritati, ha saputo consigliare con severa obiettività eventuali correzioni di comportamento, quando necessario. Ho fatto parte di questo gruppo per quasi venti anni e questo è per me motivo di profondo orgoglio.

Nel primo dopoguerra la chirurgia toracica era ritenuta chirurgia d'avanguardia; la profonda conoscenza degli aspetti tecnici, ma ancor più la tempestività con la quale seppe cogliere le prospettive aperte dalle nuove metodiche di anestesia generale, che grazie all'intubazione oro-tracheale ed alla conseguente possibilità di ventilazione polmonare a pressione positiva, gli rese possibile la chirurgia di exeresi polmonare per neoplasia, che in breve tempo divenne nel reparto attività pressochè routinaria.

La chirurgia addominale ha rappresentato comunque l'area di maggior interesse e della più ampia varietà di problematiche. Ricordiamo a tal proposito le resezioni gastriche ed intestinali, la litiasi della colecisti e della via biliare, la difficile chirurgia del pancreas, il cosiddetto addome acuto, rappresentato da occlusioni intestinali, sindromi peritonitiche per lesioni perforative viscerali, e le gravi lesioni traumatiche coinvolgenti più spesso la milza ed il fegato.

La chirurgia dell'addome è non di rado segnata da situazioni patologiche non sempre prevedibili. La difficoltà di interpretare e quindi di correttamente trattare lesioni che coinvolgono più strutture anatomiche; la necessità di affrontare interventi in emergenza tali da non consentire una preliminare sicura valutazione diagnostica, un decorso post-operatorio a volte improntato da complicanze acute anche drammatiche che pongono al chirurgo la non facile decisione di un reintervento.

Negli ultimi anni della sua carriera ospedaliera stava nascendo in Italia la chirurgia vascolare; Egli ne seppe cogliere la suggestione e nel 1963 affrontò, certo fra i primi in Italia, la chirurgia degli aneurismi aortici.

Questa sintesi di una attività chirurgica eccezionale per volume, varietà di patologie e risultati, è la naturale conseguenza di una visione estremamente moderna che ne ha costantemente caratterizzato l'attività professionale.

Il reparto da lui diretto reggeva ora il confronto con i più qualificati centri chirurgici d'Italia.

Nell'aprile del 1974 lasciò il suo incarico per raggiunti limiti d'età ed io ebbi l'onore della sua successione attraverso pubblico concorso.

Il peso di un tale incarico era certamente gravoso, ma tanto più forte e preziosa era l'eredità che egli ci aveva lasciato, fondata sul preciso insegnamento della sempre complessa pratica operatoria, ma ancor più sul rispetto di regole etiche irrinunciabili che danno alla professione il valore di una missione.

L'assoluta intransigenza morale nei confronti dell'ammalato anche quando certe scelte operative potevano mettere in gioco ed a rischio la tranquillità ed il personale prestigio; continuo aggiornamento culturale, la meditata riflessione sulle nuove esperienze chirurgiche, la capacità al sacrificio.

Il ricordo del suo esempio era ben vivo in me ed in tutti i miei collaboratori e questo ci ha reso del tutto naturale la scelta di un percorso operativo che prendeva sicura ispirazione da quell'esempio.

Sin dall'inizio il valore di queste regole ha condizionato il nostro impegno e vorrei sottolineare ancora una volta che sempre si è trattato di un lavoro di gruppo dove l'ausilio di collaboratori è stato in ogni caso di merito non secondario nella realizzazione di una attività che, senza falsa modestia, vorrei definire di alto livello.

La chirurgia dell'addome è stata in gran parte condizionata dal progressivo incremento della patologia neoplastica del pancreas. Ne abbiamo affrontato il trattamento con un certo timore iniziale per l'estrema difficoltà tecnica degli interventi di duodeno-pancreasectomia cefalica. Abbiamo comunque concretizzato nel tempo una casistica di oltre 150 di tali interventi con indice di successo certamente non inferiori a quelli delle più accreditate casistiche presenti in letteratura.

In quegli anni si andava proponendo anche in Europa la chirurgia resettiva del fegato per lesioni neoplastiche più spesso secondarie al carcinoma del colon, ma non di rado anche a neoplasie primitive.

Già da tempo mi ero documentato sui fondamentali tecnici di tali interventi; il nostro primo caso ci è stato peraltro imposto di necessità per il trattamento di una massiva lacerazione post traumatica del lobo destro del fegato di cui era impossibile realizzare una sicura emostasi.

La lobectomia anatomica destra ci ha permesso di risolvere favorevolmente tale drammatica evenienza. E' questo un caso unico per la sua eccezionalità, ma nel tempo abbiamo realizzato una discreta casistica di resezioni del lobo destro, del lobo sinistro e del lobo caudato, tutte per lesioni neoplastiche.

L'esperienza in materia di chirurgia toracica maturata al fianco del prof. Pampari ci ha poi permesso di realizzare una importante casistica di resezione polmonare; nel contempo abbiamo potuto affrontare anche il non facile trattamento delle neoplasie dell'esofago toracico.

La ricostruzione della via digestiva, dopo esofagectomia sub-totale, è stata dapprima realizzata mediante interposizione esofago-gastrica di una ansa colica opportunamente mobilizzata per via retro-sternale. La stessa tecnica è stata adottata nel trattamento di alcuni casi di stenosi esofagea da caustici. Negli ultimi anni abbiamo preferito, quando possibile, adottare la tubulizzazione della grande curvatura dello stomaco che, previa mobilizzazione della regione antro-pilorica, poteva essere sollevata in sede sopraclavare ove si confeziona l'anastomosi diretta esofago-gastrica.

La chirurgia vascolare di cui già si era interessato il prof. Pampari aveva suscitato in noi sin dall'inizio una viva attrazione per la novità ed il continuo evolversi delle tecniche di

trattamento e per la varietà di problematiche che si andavano proponendo progressivamente al chirurgo vascolare.

Il trattamento degli aneurismi dell'aorta addominale ha rappresentato la quota più consistente della nostra attività di chirurgia vascolare. Abbiamo concretizzato una casistica di circa 300 casi; prevalentemente aneurismi sotto-renali operati in elezione; nella casistica è presente una discreta percentuale di aneurismi trattati in urgenza per rottura o fissurazione parietale.

Vorrei sottolineare infine che circa il 10% della casistica complessiva è rappresentato da aneurismi del tratto toraco-addominale dell'aorta; l'intervento, considerato universalmente come il più impegnativo in chirurgia vascolare, prevede un approccio estremamente invasivo mediante toraco-freno-laparotomia e la necessità di reimpiantare sulla protesi i rami arteriosi viscerali di significato vitale: tripode celiaco, A. mesenterica superiore, A.A. renali, e questo con comprensibile rapidità di esecuzione al fine di evitare possibili lesioni ischemiche secondarie a carico delle strutture viscerali.

L'indice di mortalità nelle forme trattate in elezione non è stato superiore al 5% confrontabile con quello denunciato nelle più qualificate casistiche.

Ben più pesante tale indice negli interventi urgenti per fissurazione o rottura; d'altro canto, in questi casi, l'intervento rappresenta l'unica possibile soluzione terapeutica.

Il trattamento delle sindromi da insufficienza cerebro vascolare secondarie a stenosi aterosclerotica delle carotidi interne, rappresenta poi per numero il secondo gruppo nell'insieme delle attività di chirurgia vascolare.

Abbiamo sempre realizzato la trombo-endo-arteriectomia a cielo aperto in anestesia regionale con indici di mortalità non superiori al 2%. Consistente è anche il numero di interventi di rivascolarizzazione degli arti inferiori che abbiamo realizzato con bypass femoro-popliteo o femoro-distale sulle arterie tibiali con vena safena quando possibile o, in alternativa, con protesi in dacron. Vorrei infine ricordare alcuni casi di rivascolarizzazione renale mediante bypass aorto-renale per il trattamento della sindrome da ipertensione nefro-vascolare; abbiamo peraltro ben presto affidato questa patologia alla radiologia operativa per il trattamento mini-invasivo di angioplastica mediante cateterismo arterioso.

Questa sintesi di quaranta anni di attività della chirurgia del nostro ospedale è con ogni probabilità carente per qualche dimenticanza involontaria, ma per certi aspetti anche intenzionale, quando riferire di casi unici del tutto eccezionali, che seppur motivo di profonda gratificazione per l'operatore, avrebbero proprio per la loro assoluta eccezionalità, un modesto significato clinico.

Mi auguro comunque che questa mia relazione possa offrire elementi sufficienti a meglio valutare ed apprezzare quel carattere evolutivo che ha caratterizzato la storia della chirurgia reggiana di questi ultimi decenni.

Mi si conceda infine di ricordare alcuni personaggi, attivi e partecipi di questa storia, ma che ci hanno lasciato troppo presto per eventi morbosi irreparabili.

Il prof. Umberto Parisoli con il quale avevo stabilito un rapporto di sincera cordialità e per il quale conservo un debito di riconoscenza per avermi con pazienza e disponibilità insegnato i primi fondamentali della pratica operatoria.

I dottori Antonio Spaggiari e Giovanni Galli, per me aiuti insostituibili per capacità e correttezza professionali, deceduti a breve distanza di tempo quando già avevano acquisito una maturità professionale meritevole di un sicuro successo professionale.

## Dott. Luigi Munari

Il dr. Luigi Munari riceve, nel maggio 2009, la Medaglia d'Oro per il Cinquantesimo anno di laurea dal dr. Alessandro Munari, Presidente C.A.O.



In Italia fino alla metà degli anni 80, la via di formazione per esercitare l'odontoiatria era la laurea in Medicina e Chirurgia con eventuale specializzazione in campo odontostomatologico.

Fu introdotto l'obbligo in tutti i paesi della Comunità Europea di una via di formazione specifica in odontoiatria.

Di conseguenza l'Ordine dei Medici Chirurghi cambiò la propria denominazione in "Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri" ed al proprio interno furono istituiti due albi separati: quello dei Medici e quello degli Odontoiatri.

Oggi tutti gli esercenti l'odontoiatria devono essere obbligatoriamente iscritti all'Albo degli Odontoiatri.

Il progresso tecnologico ha fornito al professionista strumenti sempre più avanzati; abbiamo assistito inoltre ad un'importante evoluzione dei materiali nell'odontoiatria conservativa.

L'evoluzione della diagnostica per immagini ha comportato notevoli cambiamenti anche in odontoiatria.

Nonostante il livello qualitativo dell'odontoiatria italiana sia di assoluta eccellenza, è ancora molto diffusa nel nostro paese la deprecabile piaga dell'abusivismo, come sempre più spesso viene riportato dalle cronache. Purtroppo molti dei lodevoli sforzi messi in atto dagli Ordini e dagli Organi di controllo, vengono vanificati da una legge anacronistica, le cui pene troppo miti non rappresentano un sufficiente deterrente per arginare il fenomeno.

Il messaggio finale rispetto a questo problema è l'invito a non procrastinare oltre una riforma dell'art.348 del codice penale che sanzioni più severamente l'abusivismo professionale.

## L'EVOLUZIONE DELLA PROFESSIONE ODONTOIATRICA

L'Odontoiatria Italiana negli ultimi 50 anni ha subito notevoli cambiamenti sul piano ISTITUZIONALE, PROFESSIONALE e PREVIDENZIALE.

### PIANO ISTITUZIONALE

In Italia fino alla metà degli anni 80, la via di formazione per esercitare l'odontoiatria era la laurea in Medicina e Chirurgia con eventuale (ma non obbligatoria) specializzazione in campo odontostomatologico. L'odontoiatria tuttavia aveva subito negli anni un costante progresso sia per quanto riguardava le conoscenze scientifiche che per i materiali e la tecnologia impiegati.

La Comunità Europea si rese conto che il piano di studi previsto per il corso di laurea in Medicina e Chirurgia non fosse sufficiente per la preparazione dei futuri Odontoiatri. Fu così introdotto l'obbligo in tutti i paesi della Comunità Europea di una via di formazione specifica in odontoiatria. In seguito a tale input, in Italia nel 1985 fu promulgata la legge 409 che istituiva il "Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi dentale" come unica via di formazione per esercitare la professione.

Di conseguenza l'Ordine dei Medici Chirurghi cambiò la propria denominazione in "Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri" ed al proprio interno furono istituiti due albi separati: quello dei Medici e quello degli Odontoiatri.

Oggi tutti gli esercenti l'odontoiatria devono essere obbligatoriamente iscritti all'Albo degli Odontoiatri.

Il Corso di laurea in Odontoiatria, che quest'anno compie 25 anni, oltre ad alcuni insegnamenti sovrapponibili a quelli presenti nel corso di Medicina e Chirurgia, presenta numerose materie specifiche in campo odontoiatrico e garantisce una preparazione teorico-pratica molto più mirata.

## PIANO PROFESSIONALE

Nell'arco di 50 anni anche in Odontoiatria, come nelle altre branche della Medicina, si sono verificati straordinari cambiamenti nell'approccio operatore-paziente.

Un tempo dentista ed assistente operavano in piedi, a mani nude e senza alcun dispositivo di protezione individuale. Con il diffondersi della cultura dell'igiene sanitaria e dei protocolli per eliminare la trasmissione delle infezioni si è assistito ad un graduale diffondersi dell'uso di guanti, mascherine, visiere, materiali monouso e sempre più sofisticate attrezzature di sterilizzazione. Anche i prodotti per la disinfezione di riuniti e superfici varie dello studio sono costantemente migliorati sia dal punto di vista dell'efficacia che della sicurezza per paziente ed operatore.

Con il passare degli anni hanno assunto grande rilievo i concetti di ergonomia che hanno portato i professionisti a lavorare seduti, in posizioni meno viziate e in locali operativi organizzati per facilitare al massimo i protocolli terapeutici.

Il progresso tecnologico ha fornito al professionista strumenti sempre più avanzati: turbine silenziose e precise, fibre ottiche, telecamere intraorali, ingrandimenti prismatici, grazie ai quali si è incredibilmente migliorata la qualità delle prestazioni.

Abbiamo assistito inoltre ad un'importante evoluzione dei materiali.

Nel campo della conservativa, le vecchie otturazioni in amalgama sono state quasi completamente soppiantate dai moderni compositi incredibilmente estetici e biocompatibili. Per quanto riguarda le impronte, si è passati da prodotti poco precisi, quali gessi ed alginati, a materiali molto più performanti quali idrocolloidi prima e siliconi poi, che hanno consentito di fornire all'odontotecnico impronte molto più leggibili.

Per arrivare oggi alle tecniche di impronta attraverso sistemi CAD-CAM che potranno in futuro sostituire le disagioli e fastidiose manovre nel cavo orale del paziente.

L'evoluzione della diagnostica per immagini ha comportato notevoli cambiamenti anche in odontoiatria. Negli studi si stanno diffondendo i sensori digitali che in tempi rapidissimi danno immagini precise con bassissime esposizioni ai raggi per i pazienti. Oggi il mercato propone per gli studi odontoiatrici anche strumentari quali ortopantomografi digitali e TAC che un tempo erano appannaggio dei solo centri specializzati e delle aziende ospedaliere.

Molte altre innovazioni si sono verificate nelle varie branche delle specialità quali l'ortodonzia, l'implantologia, l'endodonzia, la protesi, che hanno permesso di migliorare le prestazioni odontoiatriche, con un notevole beneficio del paziente dal punto di vista estetico e funzionale.

## PIANO PREVIDENZIALE

Gli odontoiatri liberi professionisti (la stragrande maggioranza) erano tenuti a versare soltanto la quota "A" all'ENPAM (veramente non molto elevata) che avrebbe garantito, giunta l'età della pensione, una mensilità alquanto bassa.

Nel 1990, finalmente, venne reso obbligatorio anche il versamento del 12,50% sul reddito professionale (quota "B" ENPAM); in tal modo veniva garantita una pensione dignitosa, più consona al tenore di vita del professionista.

Nonostante il livello qualitativo dell'odontoiatria italiana sia di assoluta eccellenza, è ancora molto diffusa nel nostro paese la deprecabile piaga dell'abusivismo, come sempre più spesso viene riportato dalle cronache. Purtroppo molti dei lodevoli sforzi messi in atto dagli Ordini e dagli Organi di controllo, vengono vanificati da una legge anacronistica, le cui pene troppo miti non rappresentano un sufficiente deterrente per arginare il fenomeno. Il messaggio finale rispetto a questo problema è l'invito a non procrastinare oltre una riforma dell'art.348 del codice penale che sanzioni più severamente l'abusivismo professionale.

## Prof. Remo Italo Portioli

Il prof. Remo Italo Portioli riceve il Premio alla Carriera durante il 9° Congresso Nazionale "Associazione Medici Endocrinologi" dal dr. Roberto Valcavi nel novembre 2009



### *Perchè scegliamo di diventare medici (la responsabilità)*

Il risultato del confronto tra passato e presente disarma: in tanti anni quasi non è cambiato niente. Provo a sintetizzare le motivazioni, diciamo, secondo un *climax* discendente. Si parte da una motivazione nobile, civile, del genere 'aiutare il mio Paese' per passare ad una più umanitaria diretta 'salvare una vita'; poi, in una motivazione ricorrente 'poter orientare decisioni altrui' fa capolino, inattesa, la *hybris* compiaciuta del poter esercitare un potere tecnico. Seguono poi motivazioni più intime, personali come il 'bisogno di soddisfare un desiderio di razionalità, di scientificità o quella, di segno esattamente opposto, di 'assecondare una passione'.

...una **responsabilità**.

Era letteralmente un 'mostro' esistenziale. Il paziente arrivava dal medico in condizioni quasi estreme e gli si affidava totalmente, consegnandogli una vera e propria '*delega*' di vita (la formula, già allora insostenibile, era: 'la mia vita è nelle sue mani', un messaggio terrificante); il malato si sgravava, si alleggeriva, si svuotava dei suoi problemi e ne trasferiva quasi materialmente il peso sulle spalle del medico.

Oggi la decisione monocratica è finita.

Intervengono con maggior rilievo in ospedale figure non mediche.

E' di molto aumentato il background culturale del paziente.

Siamo sicuri che questo scorrere -non è una deriva- della responsabilità dalla monocrazia verso la democrazia sia davvero uno svantaggio per il medico?

Certo, tra i rischi del passare in disordine dalla monocrazia alla democrazia vi è quello del prevalere del sociale, non del 'sociale' sacro, ma del sociale parolaio, nefasto....

Il medico, per buona sorte, ha pronto l'antidoto a queste deviazioni: l'ancoraggio alla scienza da cui, se praticato con umiltà, non vengono mai tradimenti.

Mi sembra di avere scoperto, finalmente, la natura dell'incrocio: la Clinica è (come) *scienza vivente*, la Clinica è (intrinsecamente) *bio-etica*; non la 'Bioetica' intesa come disciplina insegnata, formalizzata, strutturata (e spesso predicata) ma la bioetica praticata, dove *bio* sta per conoscenza tecnica dei sistemi viventi ed *etica* indica l'esercizio quotidiano del sistema dei valori umani.

## VITA DA INTERNISTA

**Prolusione al XV Congresso Nazionale FADOI Bologna Palazzo dei Congressi 16 maggio 2010**

Il titolo è deliberatamente dimesso (rimanda ad altri analoghi, quasi da fiction, della serie 'vita d'eroe' o 'vita da cane') ma lo è solo per poter mantenere un profilo discreto, sostenibile; la materia, invece, è delicata.

Introdurre un tema di questa portata con il dovuto distacco non è semplice: prima o poi, dalle crepe, salta fuori la scoria autobiografica, fastidiosa. E il sospetto di narcisismo cancella di colpo lo sforzo - che è invece il mio proposito - di indicare un paradigma di



vita da internista che non sia solo una banale testimonianza (certo, un racconto sarebbe più divertente).

Come comincia la vita di un internista? La prima scelta, decisiva, è quella di scegliere di diventare medici, di 'fare Medicina': *perchè scegliamo di diventare medici*, di fare i medici?

### ***Perchè scegliamo di diventare medici (la responsabilità)***

Per rispondervi, - confesso, per rispondermi, non avevo neppure io le idee chiare sul come fosse scattata (?) per me, allora, la scelta - ho provato a confrontare le motivazioni popolari, storiche, quelle che sentiamo da una vita sulla bocca della gente, con quelle, fantasiose e sincere, dei giovani che viaggiano per la rete, che presidiano il web. Sull'argomento vi è però anche una bibliografia più seria, recente, soprattutto anglosassone - il tema è negletto in Italia - .

Il risultato del confronto tra passato e presente disarmava: in tanti anni quasi non è cambiato niente. Provo a sintetizzare le motivazioni, diciamo, secondo un *climax* discendente. Si parte da una motivazione nobile, civile, del genere 'aiutare il mio Paese' per passare ad una più umanitaria diretta 'salvare una vita'; poi, in una motivazione ricorrente 'poter orientare decisioni altrui' fa capolino, inattesa, la *hybris* compiaciuta del poter esercitare un potere tecnico. Seguono poi motivazioni più intime, personali come il 'bisogno di soddisfare un desiderio di razionalità', di scientificità o quella, di segno esattamente opposto, di 'assecondare una passione'. Non di rado, e più semplicemente, la scelta è motivata dalla spinta alla 'imitazione' che nasce dall'aver incontrato in giovinezza una figura di medico carismatica. (Per la verità, nel ventaglio delle intenzioni, vi è anche quella, sorprendente, della 'sete di denaro' ma questa mi è sembrata troppo lontana dalla realtà dell'internista di oggi per essere contabilizzata).

Ho poi cercato se al fondo di pulsioni così diverse vi fosse una sensibilità comune e mi è sembrato di individuarla nella esigenza, molto sentita, di poter esercitare, comunque, una **responsabilità**, (prima parola-chiave di questa riflessione).

E' così che, nel chiedermi come è oggi la responsabilità di un medico, sono stato quasi investito dal ricordo di come era la responsabilità degli anni '60 e per circa venti anni a seguire. Era letteralmente un 'mostro' esistenziale. Il paziente arrivava dal medico in condizioni quasi estreme e gli si affidava totalmente, consegnandogli una vera e propria '*delega*' di vita (la formula, già allora insostenibile, era: 'la mia vita è nelle sue mani', un messaggio terrificante); il malato si sgravava, si alleggeriva, si svuotava dei suoi problemi e ne trasferiva quasi materialmente il peso sulle spalle del medico. Il medico - oggi penseremmo, con incoscienza - se ne caricava, quasi assimilandoli, internalizzandoli, in una caricaturale fagocitosi del paziente; in quel momento egli provava - provavo - la sensazione quasi vertiginosa di un potere dilatato, una sorta di ebbrezza della responsabilità. Era la sostanza del decidere monocratico.

Oggi la decisione monocratica è finita e i motivi sono molti. I medici decisori sono più di uno, si assiste ad un aumento del ruolo degli infermieri, intervengono con maggior rilievo in ospedale figure non mediche come per es. il farmacista ospedaliero, la aziendalizzazione ha introdotto vincoli di spesa che finiscono per condizionare la decisione, i comitati etici e le commissioni per il prontuario dei farmaci pongono limiti regolatori ben definiti al making decisionale. Soprattutto - ed è questo il punto che vorrei sviluppare - è di molto aumentato il background culturale del paziente.

Un tempo le fonti di informazione del paziente erano quelle tradizionali, ben segnate: il medico descriveva quella che riteneva essere la origine della malattia, profilava una descrizione del probabile decorso e metteva sul tavolo le opzioni di terapia, magari suffragandole, se era particolarmente diligente, con qualche elementare documentazione a sostegno. Il paziente tornava in famiglia, ne parlava anche con qualche vicino di casa (una volta si parlava con i vicini di casa) o con qualche amico da cui si ricordava di aver sentito il racconto di un caso 'simile' al suo.

Oggi, la informazione è pervasiva, non mediata: oltre ai giornali e alla TV il paziente ha una fonte di informazione personalizzata, Internet. Addirittura li trova quelli che noi chiamiamo 'dati primari': testi dei trials clinici all'origine, analisi critiche degli studi, linee-guida di società scientifiche; se si tratta di interventi può accederne direttamente al video. Naturalmente in Internet il paziente trova anche qualche bufala: la dieta macrobiotica che cura i linfomi, AIDS che guarisce con la ossigenoterapia iperbarica, il succo di cardo impiegato nella terapia della epatite cronica; tuttavia, se il malato è intelligente, capisce bene i limiti della ricerca sulla rete e sa che, per esempio, sul piano *diagnostico* la rete al più gli può essere di aiuto solo se ha un sintomo assolutamente tipico di una malattia comune, non certo se deve misurarsi con malattie complesse che si presentano con sintomo aspecifici o con malattie comuni a presentazione strana. Ma non è la diagnosi che egli chiede a Internet: a Internet il paziente chiede *informazione* e in questo Internet è molto generoso. La riflessione è che Internet sta dando un contributo decisivo alla fine della decisione monocratica, il web sta profondamente cambiando la comunicazione tra il medico e il paziente. Internet sancisce - non da solo ma in grande misura - il definitivo instaurarsi dello *sharing decision making*, della decisione condivisa, Internet segna l'ingresso definitivo del paziente nel luogo mentale delle decisioni.

Viene subito da domandarsi se a questo aumento di conoscenza da parte del paziente risponderà una perdita di potere da parte del medico: il medico perderà potere? Di certo, "in questo modo, molti aspetti della passata asimmetria di potere tra paziente e medico potranno essere più bilanciati" ma "i medici resteranno sempre nella migliore posizione nel pesare la informazione e consigliare il paziente "se non altro perché dalla loro parte vi è una migliore "comprensione delle evidenze disponibili, la loro personale formazione, la loro esperienza".

Ma non è solo per questa via che Internet modifica il rapporto medico-paziente. Vi è ben di più. Con Internet il paziente non solo controlla la propria diagnosi, la terapia che il medico gli ha prescritto ma *controlla il suo medico*. E' un altro gradino, un passo ulteriore verso il diluirsi della decisione monocratica. Se il medico prova a cercarsi in Google, a 'googlarsi' potrà lì misurarvi la propria reputazione (in genere molto positiva, contrariamente all'atteso, sulle rilevazioni dei primi anni di accesso) ma soprattutto può acquisire dei dati preziosi sul pensiero del paziente: da lì il paziente gli manda dei messaggi non metaforici che possono riorientare il suo comportamento.

Una possibile conclusione è che "il pensiero del paziente migliora il medico". Dunque, nella dialettica paziente-medico, *Internet* sta dimostrando un *potenziale democratico* impensato.

Una conseguenza di questa situazione è che la compliance va profondamente ripensata. La compliance attuale ha come fondamento la prospettiva, esclusiva, del medico. La sua autorità si è formata dall'intrecciarsi più o meno armonioso, di vari ingredienti: i testi su cui ha duramente compitato, i suggerimenti di colleghi più esperti, la guida di veri maestri, la propria esperienza, l'assillo di tenersi aggiornato. *Esigere* la compliance sembra dunque

fisiologico. Così, la compliance è verticale, gerarchica, unidirezionale, predicatoria, discendente verso il malato, 'un atto dovuto' si direbbe in Magistratura. Ma ... Ma il paziente è portatore di suoi interessi e questi - si noti bene - non sono solo l'interesse di guarire ma anche una serie di interessi 'non medici', più propriamente civili, che giusto nel momento della malattia tendono a più chiaramente emergere e affermarsi, costruendo una sua prospettiva, del paziente. E' giusto quindi porsi la domanda: se, riprendendo il tema della Jain, possiamo davvero imparare qualcosa dal paziente e conoscerne la prospettiva, in quali occasioni può questo avvenire e realizzarsi al meglio?

Le occasioni per migliorare sono inscritte, da sempre, nel nostro lavoro. La *anamnesi* - sono ripetitivo in questo - va custodita nella sua ritualità, con i suoi silenzi, nella vera privacy; i suoi contenuti si devono articolare su su nella vita del paziente, ben oltre gli elementari canonici che ci hanno insegnato al 3° anno, ed esplorarne lavoro, farmaci, alimentazione, trasporti, affetti, passioni, tempo libero ecc con tattiche di intervista viepiù sofisticate, in cui ripetizioni, attese, riepiloghi concordati, ranking dei problemi, astensione dal giudizio sono le armi costitutive. Nella anamnesi il medico conferma e rafforza la sua disposizione all'*ascolto*, suo connotato forte, caratterizzante. Già altre volte ho osservato che siamo tutti debitori alla cultura greca di averci educato alla bellezza, premiando così in noi, in una ipotetica gerarchia dei sensi, la vista. E' però altrettanto vero che la cultura ebraico-cristiana di cui siamo tutti impastati ha orientato la nostra sensibilità, tra i sensi, verso il primato dell'udito, della parola. La osservazione che nella cultura più strettamente ebraica pochi sono i pittori o gli artefici del vedere ma moltissimi gli scrittori (Marcel Proust, Thomas Mann, Saul Bellow, Philip Roth, Vasilij Grossman; Ithzaak Singer, Abraham Jeoshua...) e i musicisti (Mendelssohn, Mahler, Schönberg, Gershwin, Copland, Bernstein, Barenboim ecc) è in questo sin troppo esplicita.

Una nuova domanda va posta a questo punto. Siamo sicuri che questo scorrere - non è una deriva - della responsabilità dalla monocrazia verso la democrazia sia davvero uno svantaggio per il medico? A mio avviso, i rischi della passata (?) responsabilità, solitaria, titanica, sono oggi insostenibili. Nei nostri tribunali si assiste da anni, ad un continuo aumento del contenzioso per responsabilità civile dei medici, 15.000 l'anno in Italia, contro i quali la rivalsa legale è prassi non aneddótica. Chi mettesse a confronto la medicina totalizzante degli anni '60 con il contesto attuale sarebbe tentato di concludere che la medicina è passata "*dalla delega alla rivalsa*". In questa luce, l'abdicare ad una parte almeno della responsabilità non è in sé del tutto negativo. Certo, tra i rischi del passare in disordine dalla monocrazia alla democrazia vi è quello del prevalere del 'sociale', non del 'sociale' sacro ma del sociale parolaio, nefasto; detto altrimenti, il rischio che la interazione con il paziente, liberandone la soggettività spesso orientante, possa snaturarsi a bla-bla rivendicativo, populista. Il medico, per buona sorte, ha pronto l'antidoto a queste deviazioni: l'ancoraggio alla scienza da cui, se praticato con umiltà, non vengono mai tradimenti.

### ***Perché scegliamo di fare gli internisti (la complessità)***

Era ora di porsi questa domanda. Una volta fatto, con un buon margine di casualità e di incoscienza, il primo passo verso 'Medicina', il passo successivo verso la disciplina internistica era naturale, quasi obbligato.

Era, allora, ma oggi? Che cosa pensano oggi i nostri pazienti del perché scegliere di diventare internisti nel secolo *che* viviamo? Uno si aspetterebbe, a risposta, una geremiade lamentosa o affermazioni distruttive del tipo "ma che cosa sono questi internisti". Invece. Invece, ancora una volta, nella libera stanza dei punti di vista che è

Internet si trovano molte sorprese. Vi si trovano alcuni giudizi che sono tanto lusinghieri da far persino sospettare di essere stati confezionati da internisti per sé stessi o da loro familiari caritatevoli, mobilitati in loro soccorso (come certe 'Lettere al Direttore' in giornali a vita fragile). Riprendo da *Google*, alcuni giudizi sugli internisti, datati 2009 e 2010: "... quelli più attenti al rapporto medico-paziente", "... quelli che hanno ancora l'anima della professione", "...la parte pensante della medicina", "...quelli veri che pensano per arrivare alla diagnosi giusta", "la più completa; molte specialità sono tali solo in Italia, in Inghilterra la (omissis) non esiste: la fanno gli internisti", "... specializzato in cose strane, deve essere uno molto bravo", "infatti molti vengono da altre specialità, negli Stati Uniti da altre facoltà", "...non è super-specializzato come gli altri specialisti, deve valutare più fattori", "...sono quelli bravi-bravi che con pochi sintomi riescono a risalire alla malattia", "ci sono delle discipline in cui non si fa mai diagnosi (clinica), invece..", "se preferisci un lavoro più investigativo allora sei un futuro clinico", "la bellezza del ramo internistico secondo me è incomparabile".

Uno si rincuora e un po' si stupisce: in questi pensieri si trovano tutti i fondamenti delle nostre scelte. Nel 1996, per conto della Società Italiana di Medicina Interna, avevo scritto una specie di "identikit dell'internista", condensandone il profilo in quattro sentenze apodittiche che avevo, ognuna, corredato di commenti propri. Dicevano che l'internista è i. lo specialista della *complessità*, ii. il medico che sa fare la *sintesi*, iii. specialista nel fare la *diagnosi*, iiiii. medico della *persona*. Della 4 parole cruciali, la prima, *complessità*, sembrava il marker più sensibile della malattia di essere medici internisti.

Era facile arrivarci. Questo identikit guardava a quello della disciplina generatrice, la Medicina Interna, come l'aveva pensata il padre, William Osler (complex, ill-defined). Da questa per faticose rimediazioni, approfondimenti, elaborazioni, successivi sviluppi di conoscenza si è oggi ad un ritratto della Medicina Interna composito. Arbitrariamente, tento di significarlo in 3 tratti, come li ho assemblati, ricavandoli dalla cospicua letteratura dei metodologi degli ultimi anni, (e che riporto in inglese, per maggior vicinanza al senso dei concetti sottesi): a) *patient centering* (single, entire); b) *breadth* (global, comprehensive, longitudinal); c) *depth* (complex, ill-defined). Se uno cerca una logica che tenga insieme i 3 termini (centratura sul paziente, larghezza, profondità) si scoraggia. Una minima lucidità gli fa capire che una loro coniugazione unificante è acrobatica. Se li guarda in spirito euclideo (così definita la Medicina Interna è spazialmente, insieme, centripeta, orizzontale e verticale) ne emerge una geometria impossibile, dell'assurdo. Ecco, essere internisti è aver sentito il fascino di questo assurdo, la attrazione 'fatale' alla **complessità**, (seconda parola-chiave di questo assunto).

Il lemma 'complessità', a ben pensarci, ha in Medicina Interna 2 accezioni molto diverse: da una parte significa *difficoltà*, come è quella del trovarsi di fronte ad una singola patologia, inusuale, articolata ma unitaria; dall'altra significa molteplicità, *intreccio di molteplici* quale noi sperimentiamo ogni giorno sia nel paziente come comorbidità, età avanzata, politerapia ecc. che nella realtà, spesso confusa, del contesto. L'internista frequenta entrambe queste accezioni. Il loro intrico è tanto -rossinianamente- 'avviluppato' che i tentativi di misurare la complessità con categorie strette come le cosiddette '*isoclassi*' - in questo si sono espressi nel tempo recente gli economisti sanitari- sono risultati non esaustivi e sostanzialmente inani quando non addirittura iniqui. Questo vale per le classi di 'isogravità'- elaborate sulla base della prognosi di malattia-, ma anche per quelle di 'isointensità' - basate sulla quantità diversificata di trattamento- e per le classi di 'iso-risorse' - concepite in base alla costosità degli

interventi impiegati (l'esempio più traumatico per noi è quello di alcuni nostri DRG). La griglia di questi parametri è intelligente ma nel paziente reale spesso gran parte della complessità resta fuori dalle loro misure, le 'isoclassi' non riescono, nonostante il grande impegno di dottrina, a catturarla. Si pensi per esempio al dolore cronico del neoplastico anziano: esso schiaccia la diagnosi e le varie co-diagnosi, e resta drammaticamente estraneo al computo più onesto. Altrettanto, si pensi al peso delle condizioni non-cliniche, sociali, nella gestione di questi pazienti, condizioni certamente non peculiari della Medicina Interna ma che per l'internista sono sicuramente più frequenti e pregnanti e decisive della complessità.

### ***L'incrocio dei saperi***

Che cosa ci sospinge così ineluttabilmente verso la complessità? Che cosa ce la rende così fatalmente attraente? La domanda è lecita. Per me la chiamata alla complessità è figlia di un'altra più segreta chiamata, la chiamata all'incrocio dei saperi. Il problema è capire che cosa voglio dire con *incrocio dei saperi*.

Brutalmente significa che noi internisti siamo fatti di saperi incrociati, che la clinica che professiamo è un ibrido, un incrocio. La clinica non è scienza; si serve di scienze - la fisiologia, la biochimica, la genetica, la biologia molecolare, la statistica - ma da sé non è scienza, infatti non può costruire generalizzazioni, non può emettere leggi. Si potrebbe dire che la clinica è ladra, che commette ogni giorno dei furti di dottrina. Dice il filosofo Baldini "...il bravo medico è colui che sa rubare con competenza il maggior numero di leggi nel maggior numero di discipline" in ciò riprendendo Huizinga che nel suo memorabile libro dei tempi di mia formazione scriveva "come la storia, la medicina ha costante bisogno dell'aiuto e dell'appoggio di altri rami della conoscenza".

Questo, perché la clinica fa una cosa 'altra' dalla scienza. Come 'scienza', la clinica è manchevole, è mutila, è alla continua ricerca di qualcosa che la completi. Ma di che cosa? Confesso che mi sono molto interrogato, e confusamente, sulla natura di questo incrocio che in modo originale e misterioso costituisce la 'clinica'.

La prima risposta, che mi è sembrata subito insoddisfacente, viene dal concetto che il medico è una sintesi delle cosiddette due culture, la scientifico-tecnica e la letteraria-umanistica. Il problema era stato definito con chiarezza nel famoso libro di Snow del 1959. In questo libro, di certo non scherzoso, Snow introduce la pungente osservazione che se un uomo di scienza non conosce Eschilo, Dante, o Shakespeare viene subito indicato come un somaro ma che non vale il reciproco, cioè tutti accettano che un uomo di lettere non sappia niente di Darwin o di Keplero o di Galileo (ma, per comune fortuna, nella letteratura italiana del secondo Novecento abbiamo avuto delle strabilianti eccezioni, tutte tra i massimi: l'ingegner Gadda, il chimico Primo Levi e Italo Calvino, sostanzialmente un naturalista).

Nella seconda edizione, del 1964, del suo libro - un altro dei libri fondativi - Snow aveva vagheggiato l'avvento di una cultura, una *terza cultura* in cui gli umanisti-letterati conversano (la sera? all'uscita dal lavoro? dove? con quale mediazione? chi parla per primo? ma i letterati rispettano i tempi?) direttamente con gli uomini di scienza. Dopo oltre 30 anni Brockman ha ripreso a suo modo il tema della 'terza cultura' ma in termini - di pratica del pragmatismo tecnologico - ancora più distorsivi e tali da rendere di fatto inconciliabili i due metodi di lavoro delle culture contrapposte.

Il problema che pongo è, a mio avviso, tutt'altra cosa. Penso che il medico debba essere comunque un uomo di cultura, per conto proprio, meglio per lui, ma questo non c'entra niente con il tema dell'*incrocio* che è, per me, il tratto costitutivo di tutti quelli che esercitano la *clinica*. Il concetto di *incrocio dei saperi* è tutt'altra cosa rispetto a questa artificiosa e decotta tematica diciamo dualistica delle culture: di

sottile distinzione, di sfida, di stupida antitesi, o ancora di incontro in fondo banale, per una sintesi consolatoria. Tutto questo non c'entra niente con la struggente *natura dell'incrocio* che è la *clinica*. Ma allora quale è la natura dell'incrocio? Che cosa è? Sento intimamente che è cosa diversa. Ma quale? Esploro accanitamente una soluzione. Non la trovo. Chiedo aiuto ai filosofi. Scrive Pallottino "Il sapere scientifico è sapere profondamente umano". Ecco un passo di avvicinamento. Ma chiarisce, folgorandomi, un altro filosofo, Enrico Cantore "... rettamente intesa la scienza supera la scienza, perché il suo obiettivo si trova oltre se stessa e sotto di sé, nella direzione di un ideale pienamente umanizzante. Sicuramente questo ideale consiste anche nel conoscere di più. Ma soprattutto consiste nel *vivere* (il corsivo è mio). La scienza invita l'uomo a vivere come un artefice corresponsabile".

Mi sembra di avere scoperto, finalmente, la natura dell'incrocio: la Clinica è (come) *scienza vivente*, la Clinica è (intrinsecamente) *bio-etica*; non la 'Bioetica' intesa come disciplina insegnata, formalizzata, strutturata (e spesso predicata) ma la bioetica praticata, dove *bio* sta per conoscenza tecnica dei sistemi viventi ed *etica* indica l'esercizio quotidiano del sistema dei valori umani. La medicina interna come Clinica è dunque un incrocio speciale, è Umanesimo scientifico, è l'Umanesimo scientifico. L'Umanesimo scientifico che è la Clinica riporta all'interno della cosiddetta cultura tradizionale il significato umanistico della scienza, fa sentire che la scienza ha un cuore, un cuore battente, un cuore di vivente; dall'altra parte esso ricorda pressantemente alla scienza la urgenza di avere sempre un riferimento umanistico, che la metta al riparo dalla tentazione a-finalistica, e quindi sostanzialmente an-etica, della pura potenza della tecnologia.

Così intesa la medicina Clinica, curiosamente, da scienza imperfetta, mutila (e ladra) appare, al contrario, scienza sovrabbondante, ridondante del *vivere*. E l'internista ne è l'interprete fortunato e singolare come colui che coniuga, in un modo che a me sembra prodigioso, l'essere "scienziato", sia pure sui generis, e lo sperimentare il vivere: nella pienezza della salute fisica constatata, nella condizione dolorosa di salute ferita, offesa dalla malattia, nella gioia della salute recuperata.

### ***Incrocio di saperi, incontro tra uomini, empatia***

L'internista è dunque un incontro riuscito, un incrocio di saperi. Questo non sarebbe possibile se il fine e insieme lo strumento di questa diversa sapienza non fosse l'incontro tra uomini. Tra tutte le professioni che ho in mente nessuna ha la ricchezza delle occasioni di incontro con l'uomo che ha la Clinica. Nella saldatura miracolosa tra la scienza e il *vivere degli uomini* l'internista arricchisce ogni giorno e perfeziona - direi anche tecnicamente- la sua capacità di incontrare gli uomini, se ne fabbrica inconsapevolmente gli strumenti più adatti a capirli e a curarli. La sua è dunque una condizione benedetta, non confinata ad astrazioni, non a sillogismi, non a calcoli ma libera nel realizzare il massimo potenziale di empatia, la massima capacità di percepire che cosa prova l'altro. Prendendo dalla terminologia sportiva, mi sono convinto e sempre lo ripeto, che il Clinico, per l'intrico della rete delle relazioni che frequenta, per la estensione e la profondità dei rapporti che intesse, è un comunicatore imbattibile. Un vero modello di empatia (anche nel senso di permeabilità, di vulnerabilità che di recente ha voluto dare a questo termine Jeremy Rifkin).

Per i cultori della teoria dei neuroni-specchio poi la empatia, la nostra empatia, avrebbe anche una natura fisica, anatomica: la socievolezza umana, insieme al comportamento imitativo e alla trasmissione di cultura hanno una solida base (anche) anatomica, neurologica.

Non è casuale così che nella vita reale il punto più alto della empatia internistica lo raggiunga il medico-donna: la sua capacità empatica, per la totale assonanza che la donna ha con i ritmi e i modi della Natura, è anche maggiore, il suo stile di comunicazione è ancora più conquidente. La femminilizzazione della medicina è ancora purtroppo incompleta ma il suo sviluppo è una riserva per le fortune future della medicina interna.

### ***Il declino della diagnosi***

E' stridente la contraddizione. Mentre si aggira in questi territori quasi epici, l'internista avverte che, tutt'intorno, la quotidianità è ben diversa: uno dei tratti distintivi della sua persona professionale, la capacità di fare diagnosi, (l'internista come paradigma del diagnosta "... quelli che pensano per arrivare alla diagnosi giusta", dice il navigatore del web) è in palese declino.

Ripercorriamo in breve, brechtianamente, l'ascesa e il declino della diagnosi.

L'ascesa della diagnosi era stata trionfale. Si parlava sino a pochi anni fa addirittura di 'senso clinico', di 'occhio clinico', la fisiologia era stata forzata per poterci dotare di un senso accessorio; si era creata così la mitologia dei medici celebri (che forse ripensati oggi erano solo il frutto di uno 'stato di necessità' indotto dalla povertà, al tempo, di qualsivoglia strumento diagnostico), di certo, pensati come persone inclini ad una curiosità spiritosa, alla investigazione; dietro ogni diagnosi, in fondo, c'è un po' del fascino del giallo e la ricerca della presentazione inusuale o del caso difficile non è estranea a questo nostro per-scrutare insistito. Qualcuno vi sospetta anzi, il fumus dell'estetica e parla, con un punta di sarcasmo, di diagnosi come 'processo eroico' o la indica come la 'parte scenografica' della clinica.

All'altro estremo il declino. Si assiste oggi ad un malinconico declino dell'esame obiettivo. Le opinioni: "è ridondante", "non è 'Evidence-Based'", "i segni hanno scarso valore", "non mi aspetto di trovare gran che" (una disposizione d'animo, questa, che fa trovare ancora meno del possibile), "chiarirà tutto l'Eco-". "aspettiamo la RMN". Coerentemente, in alcune Facoltà italiane è scomparso l'insegnamento della Semeiotica Fisica.

Il problema non è solo nostrano, è universale. In un gustoso articolo di due anni fa si racconta di un giovane medico americano, laureato alla Stanford, che vi fa il suo tirocinio. Il suo primo impatto è traumatico: egli si aspetta di incontrare un malato, di parlare con lui, di ascoltarlo, di osservarlo, di toccarlo, di palparlo e invece si trova in un semi-interrato- dice esattamente in un bunker- in uno stanzone, in cui è sistemata una selva di computers, e lì egli vede.....il paziente sul monitor. Lo shock è forte, il paziente è presente come 'icona', l' 'icona' è diventata un paziente, è stata sublimata a paziente: l' "*i-Patient*", una nuova ontologia. Per la verità gli fanno vedere delle alterazioni, la parotidomegalia, gli spider angiomi, ecc. ma quello che ha di fronte è solo una entità informatica vestita con gli abiti della logica binaria. Il giovane medico ripercorre mentalmente alcune frasi che ha sentito durante il corso di studi " il nostro testo è il corpo del paziente" o un'altra, più vicina alla situazione, " la mappa non è il territorio" ma poi sempre sul monitor, gli mostrano anche i dati di laboratorio, gli esami strumentali, tutto l'imaging, e la terapia. Il paziente viene osservato attraverso gli EMR, electronical medical record, che sono il suo surrogato, *l'i-Patient* produce '*cartoma*' come li chiama l'autore, non produce emozioni come fa un paziente vero. Il giovane è terrorizzato dall'idea di poter diventare al più un medico da *i-Patient*, non un medico vero, con 'bedside skill', la capacità di stare al letto del malato.

Di chi è la colpa del declino della diagnosi? Certamente della applicazione distorta della informatica, soprattutto della strepitosa affermazione dell'imaging. In un orizzonte

più domestico, la colpa sembra in buona parte da riferire al calo (inevitabile ?), della 'degenza media'. Questo ha comportato un taglio secco dei tempi di riflessione e con ciò la perdita della continuità diagnostica, la rottura della sua logica. La diagnosi è diventata sempre più un processo sincopato, a singhiozzo, a tappe, un atto interciso. Era stato buon profeta l'allora Editor in chief di *Lancet*, Richard Norton a lamentare, in un articolo del 1997 - con buone ragioni intitolato "A manifest"- che "l'enfasi è sempre sull'istantaneo, sull'immediato....la ossessione per il rapido e il nuovo toglie spazio alla prospettiva medica".

Il declino della diagnosi clinica, penso, si è poi tirato dietro, a cascata, il declino del concetto di 'decorso' ("maestro di tutti noi", aveva un bel dire Frugoni) e di quello di 'storia naturale' delle malattie. Si è portato dietro anche, malauguratamente, il declino del riconoscimento sociale della difficoltà della diagnosi. Troppe volte abbiamo sperimentato quanto la diagnosi sia tortuosa e sfuggente e come sia sofferto il raggiungerla. Eppure il giudizio, dall'esterno, è tutt'altro: " ..fare diagnosi oggi è facilissimo", "con tutti i mezzi che ci sono". O "ma quando comincia la cura?"

### **Come finiamo**

La fine di una vita da internista è prevedibile. Lo scenario, come dicono i sociologi, in cui si è mossa è quello di un nuovo presente che si è a lungo protratto -non era un passato, è stato diversissimo dal passato - , un presente continuamente gravido, e già in parte sgravatosi, di futuro.

*In sintesi*, tre osservazioni generali. Primo, le conoscenze e le tecnologie sono, da un bel po', in un momento sontuoso, mai sono state tanto generose di novità, da esse la medicina è, come non mai, sospinta sempre più in alto, obbligando ad un continuo resetting. In parallelo, seconda osservazione, assistiamo ad un non arrestabile scivolamento delle competenze, ad un loro riposizionamento sicché, per esempio, una certa diagnostica una volta ritenuta materia dei maestri ("qui ci vuole il Capo" si sentiva dire) è ora di ogni internista onorato; le competenze di quest'ultimo stanno però già in parte passando al nursing e da questo addirittura a un malato informato (si pensi all'autocontrollo del diabete). Ancora -ci siamo a lungo soffermati su questo - è in atto uno complesso svolgersi della responsabilità; da monocratica la responsabilità continua la sua marcia verso una (impossibile ?) simmetria democratica, segnando la fine della discrezionalità ipocratica e il nascere di minute zone grigie del decidere.

Come finiscono gli internisti in questo tumultuoso sommovimento? *Finiamo isolati*. Non è una predizione né una maledizione, solo una confidenza positiva. Tutto si spiega. Assediati o posseduti come siamo stati dai dèmoni della responsabilità (*perché medici?*), da loro incessantemente ricacciati verso la complessità (*perché internisti?*) con la lusinga di sentirci buoni interpreti di saperi incrociati (*umanesimo scientifico*) e trascinati verso il target arduo di poter essere medici della persona, (incontro tra uomini: *empatia*) e per di più ostinatamente diagnostici (il mio amico M. quasi mi rimproverava, nei primi anni di primariato "ma tu sei proprio fissato nel voler fare la *diagnosi*"), ebbene, messi così, senza dietro un minimo battage mediatico e nella disattenzione-incuria dei politici, non possiamo non finire isolati.

Questo isolamento è però il nostro blasone, il nostro brand, il marchio in forza del quale in fondo *finiamo privilegiati*. La nostra diversità, la nostra peculiarità, la nostra atipia - stavo per dire la nostra eccellenza- , la nostra duttilità -pensiamo cosa sanno fare gli internisti nei loro reparti - è spesso avvertita da fuori con imbarazzo e suscita interrogativi. E' un 'privilegio' costruito nel tempo, coltivando il metodo, la propensione



a ragionare e a sempre dubitare; è uno stigma, ci segue sempre, ci fa buona compagnia. *Finiamo privilegiati* anche perché –ma questa è una conquista recente, degli ultimi vent’anni - abbiamo il vantaggio di una eccitante contiguità con la biologia. Se ci si pensa a modo, mai la biologia è stata così vicina –temporalmente, concettualmente, direi anche fisicamente in senso murario - alla Clinica. I tempi biblici del passaggio dalla scienza basica allo sviluppo delle tecnologie e da questa alla pratica clinica sono un cattivo ricordo; oggi i biologi conversano con noi nei break, i nostri problemi diventano spesso, con loro, ipotesi e piani di lavoro, è come se avessimo in tasca un pass alla conoscenza alta, un legame vivo con la aristocrazia del pensiero. La Clinica è rigenerata da quello che chiamo il ‘radicamento biologico’.

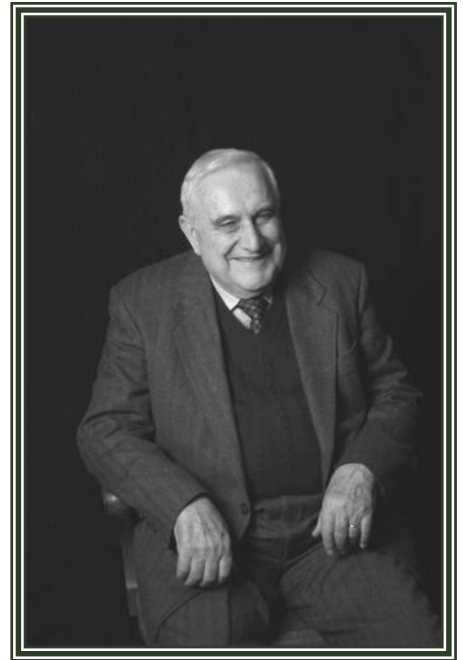
Il nuovo internista avrà dunque un profilo stellare, leonardesco. A malapena vi si potranno leggere le esili tracce dei segni che hanno contribuito a comporlo: genetica, biologia molecolare, informatica, matematica statistica, economia sanitaria, ambiente, epidemiologia clinica, medicina comportamentale, etica, problem solving..... Con tutti questi talenti finiremo (finirete) con il volere non solo la salute fisica ma anche la felicità -la felicità laica- dei nostri pazienti, finiremo insomma per competere con i filosofi, *finiamo filosofi*.

I nostri fondatori del resto ce lo avevano promesso. Forse Ippocrate - *yatròs filòsofos isòtheos*- si era un po’, come si dice oggi, allargato nel dirci simil-dei (isòtheos); più umanamente si era inteso Galeno: *nullus medicus nisi philosophus*. Un bel regalo in ogni modo.

*Vita da internista*: una vita piena, piena di ‘scienza’, in mezzo agli uomini. Quale mai altro lavoro!! Una vita incomparabile. “...la bellezza del ramo internistico secondo me è incomparabile ..” ha scritto, con linguaggio proto-novecentesco, l’ingenuo navigatore del web. Come dargli torto ?

## Dott. Giancarlo Tavasani

Il dr. Giancarlo Tavasani, attualmente Presidente Onorario della Società Scientifica Interdisciplinare di Medicina di famiglia e di Comunità, Dirigente provinciale e regionale AVIS



Per quel che riguarda la medicina è cambiato il concetto di salute, sono cambiati i bisogni e i problemi di salute delle persone, delle famiglie, delle comunità, è cambiata la patologia prevalente, è cambiato il quadro nosologico di ogni singola malattia, emergono nuove figure professionali sanitarie (23 figure sanitarie) e sociali (più di 20) che esigono spazio e visibilità.

Due sono, a mio avviso, le priorità da affrontare: la promozione della salute della popolazione e la formazione continua del personale sanitario, sociale ed educativo.

Ogni persona, in qualsiasi condizione sociale, è dotata di risorse e di capacità: va aiutata a riconoscerle, ad appropriarsene e ad esprimerle per sé e per gli altri.

Il Sindaco (la "Conferenza dei Sindaci") e il Comune (Il Distretto socio-sanitario) hanno tutti gli strumenti per tutelare e promuovere la salute del singolo, delle famiglie, dei gruppi sociali e della popolazione e per sviluppare la partecipazione attiva e responsabile della comunità che lo ha eletto e che amministra (vedi progetto "città sane").

Nel dicembre 2000, l'allora Ministro della Sanità Umberto Veronesi disse a chiare lettere che molta strada ci rimane da fare per rispondere alla domanda di salute che riguarda i "processi esistenziali e la qualità della vita.

E, per conquistare la salute, la sanità non è sufficiente, ma occorre un'azione intersettoriale che ha come protagonista la comunità intera, dove tutti i soggetti sociali ed istituzionali si confrontano e collaborano: le famiglie, la scuola, il lavoro, il 3° Settore, il Comune, la Provincia, la Regione.....

"meno cura e più assistenza" è da anni uno degli slogan dell'OMS

La persona in difficoltà, va mantenuta, per quanto è possibile, a domicilio, nella sua casa, coi suoi ricordi, coi suoi affetti, con la sua privacy, adattando l'ambiente di vita alla disabilità, aiutandola con reti parentali, amicali, di vicinato, con le "badanti", con i volontari domiciliari, perché si tutela la sua dignità e il suo equilibrio neuro-psichico e perché costa meno.

## TESTIMONE DI CAMBIAMENTI EPOCALI

### Premessa

Negli ultimi 100 anni il mondo è profondamente cambiato: dobbiamo essere capaci di gestire la complessità e la rapida transizione che non accenna ad arrestarsi.

Nel dicembre 1947 viene emanata la **Costituzione della Repubblica Italiana**.

Nel 1948 si costituisce a Ginevra **l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, WHO)**. Nel 1° articolo *la salute è definita non solo come assenza di malattia, ma come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale.*

Il 10 dicembre 1948 l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha emanato a New York **la Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo**.

Nel settembre '78 l'OMS e l'UNICEF organizzano ad Alma Ata una Conferenza mondiale. Esce la **Dichiarazione di Alma Ata** secondo la quale i Servizi Sanitari Nazionali degli Stati membri devono essere fondati sull'Assistenza Sanitaria Primaria e non sugli Ospedali che sono Servizi di 2° e di 3° livello. Il Documento di Alma Ata delinea la Assistenza Sanitaria Primaria come primo livello di contatto di individui, famiglie e comunità con il SSN, porta l'assistenza sanitaria il più vicino possibile ai luoghi di vita e di lavoro e costituisce il primo elemento di un processo continuo di assistenza sanitaria e sociale, accessibile a tutti gli individui di cui richiede la piena partecipazione. E' erogata ad un costo sostenibile per il SSN, è basata su metodi e tecnologie scientificamente valide e socialmente accettabili. Affronta i bisogni primari di salute multidimensionali e fornisce servizi globali richiedendo il loro coordinamento. Coinvolge oltre al settore sanitario il settore sociale e della educazione nonché altri settori richiedendo l'impegno coordinato di tutti

Nel dicembre '78: viene emanata la Legge di **Riforma Sanitaria italiana** che recepisce i principi contenuti nella Dichiarazione di Alma Ata. A tutt'oggi però questi principi non sono ancora realizzati : dopo 32 anni in Italia c'è ancora un sistema sanitario ospedalocentrico e l'Assistenza Sanitaria Primaria è intesa come "Servizi Sanitari di base", che presuppongono un vertice, quello ospedaliero. Solo la Regione Emilia-Romagna, ma del tutto recentemente, ha emanato il 1° Piano Sociale e Sanitario 2008-2010 in cui viene programmata una organizzazione sanitaria basata sulla assistenza socio-sanitaria e sostenuta dalla assistenza ospedaliera.

Con la legge di Riforma Sanitaria **scompare la condotta medica**, che per oltre 100 anni ha rappresentato la spina dorsale della sanità italiana.

### La Medicina di Comunità in Italia.

Nel settembre '79 a Kamarina (RG), in occasione del 53° Congresso Nazionale dei Medici Condotti, presentammo la bozza di un **profilo professionale del Medico di Comunità**.

Nell'aprile '82 a Roma e nel giugno '82 a Maratea in 2 laboratori di ricerca viene costruito **il profilo professionale del Medico di Comunità nel Servizio Sanitario Nazionale**, coerente con gli indirizzi internazionali e con la legislazione nazionale e regionale di Riforma Sanitaria. Il profilo delinea un medico del SSN con compiti professionali clinico-assistenziali-organizzativi che cura e si prende cura dei pazienti attraverso interventi di promozione della salute, prevenzione, diagnosi, cura, supporto psicologico e counselling. E' un medico "del territorio" che collabora con i servizi sanitari e sociali che stanno nascendo, di cui il SSN ha bisogno e che deve trovare una collocazione giuridica e professionale adeguata.

Nel settembre '82 ho presentato ufficialmente il **Profilo professionale del Medico di Comunità nel Servizio Sanitario Nazionale** in una tavola rotonda, in occasione del 56° Congresso Nazionale dei Medici Condotti, alla presenza del Professor Alfonso Mejia, responsabile delle risorse umane dell'OMS di Ginevra, del professor Rossi-Espagnet, responsabile della ricerca finalizzata dell'OMS di Ginevra, del Professor Paccagnella, ordinario di Igiene all'Università di Padova, del Dottor Celotto, segretario del Centro Studi e di ricerca "V. Pespani" per la formazione continua del medico dell'Associazione Nazionale Medici Condotti.

Nel gennaio '83, a Venezia, viene organizzato dalla Fondazione Smith-Kline un workshop con 30 docenti delle Università di Medicina del Nord-Est Italia, 6 Medici Condotti del Centro Studi "V. Pespani", 6 studenti del 6° anno della Facoltà di Medicina (Gruppo docente: Pissarò, psicopedagogo di Parigi dell'OMS, Vian, demografo sociale di Padova e Paccagnella, igienista di Padova e consulente dell'OMS), per la presentazione del **Profilo professionale del Medico di Comunità e per la modifica dei curricula formativi di base nella Facoltà di Medicina**. Erano previsti altri 3 workshop con i docenti delle Università di Medicina del Nord-Ovest Italia, dell'Italia centrale e dell'Italia meridionale e Isole, che non si realizzarono per l'indisponibilità dei docenti delle Facoltà di Medicina

Nel settembre '84, a Riva del Garda (TN), è organizzato un workshop sul tema **La carriera del Medico di Comunità nel Servizio Sanitario Nazionale**, in occasione del 58° Congresso Nazionale dei Medici Condotti

Nel 1986 **la disciplina Medicina di Comunità** viene introdotta nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia (Nuova Tabella XVIII° - DPR 28.02.'86, n. 85), ma solo da pochi Atenei in Italia (Atenei di Padova e Modena) è stata attivata seguendo gli orientamenti suggeriti nel **Profilo professionale del Medico di Comunità**. Altri Atenei, pure attivando la disciplina hanno dato ad essa contenuti propri della disciplina Igiene, contribuendo a creare quella confusione che tutt'ora esiste fra Medicina di Comunità e Igiene

Nel giugno '86 si è tenuto a Roma la Conferenza nazionale sul tema: **Il Medico di Comunità e il Distretto sanitario in Italia**, con la partecipazione del Professor Menù, dell'Ufficio europeo dell'OMS di Copenhagen. La conferenza ha sottolineato il ruolo del Medico di Comunità nello sviluppo dei Distretti, attribuendo a questa figura professionale il ruolo clinico-assistenziale-organizzativo delineato nel Profilo professionale

Nel 1988 il **Dottorato di ricerca in "Medicina di Comunità"** viene attivato a Padova dal Ministero della Pubblica Istruzione (P.I.) e dal Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica (MURST).

Il 20 aprile 1989 viene costituita a Roma **la Società Italiana di Medicina di Comunità (S.I.M.E.C., Società Scientifica del Sindacato Italiano dei Medici del Territorio**, che viene presentata ufficialmente a Fuggi (FR), in occasione del 2° Congresso Nazionale del S.I.M.E.T. (settembre '89).

Nel 1991, con il rinnovo delle cariche sociali, **vengo nominato Presidente della S.I.M.E.C.**

Nel settembre 1993 a Pizzomunno (Vieste), nell'anno internazionale della Famiglia, in occasione del 6° Congresso Nazionale del S.I.M.E.T., viene cambiata la denominazione di S.I.M.E.C. a **Società Italiana di Medicina di Famiglia e di Comunità (S.I.Me.Fa.C.)**.

Nel 1996 **la Scuola di Specializzazione in Medicina di Comunità** viene inclusa nell'ordinamento didattico universitario (DM 03.07.'96). La Specializzazione viene attivata presso l'Università di Padova nel luglio 1997 e nel 2000 anche presso l'Università di Modena.

Il 12 novembre 1996 con **l'Accordo di Granada** viene sancita la collaborazione tra la Società Spagnola di Medicina di Famiglia e di Comunità, l'Associazione Portoghese dei

Medici di Clinica Generale e la Società Italiana dei Medici di Famiglia e di Comunità (S.I.Me.Fa.C.).

Il Decreto MURST 28.11.2000 relativo al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia individua ***l'ambito disciplinare Medicina di Comunità*** come contenitore di discipline universitarie diverse (medicina interna, medicina fisica e riabilitativa, pediatria, malattie infettive, igiene) che concorrono a fornire competenze nell'area della Assistenza Sanitaria Primaria

Nel 2000 iniziano i lavori di riordino delle Scuole di Specializzazione di area medica, che si concludono nel 2005 con il Decreto MUR 1.8.05. Il DM colloca la ***Specializzazione in Medicina di Comunità nell'Area Medica, Classe della Medicina clinica generale***, delineando una formazione post-laurea specifica nell'area della Assistenza Sanitaria Primaria. I primi Atenei che attivano le Scuole di Specializzazione in Medicina di Comunità secondo il nuovo ordinamento sono gli Atenei di Padova e di Modena-Reggio Emilia nel 2008

Il Decreto MUR 16.3.2007 relativo al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia (Laurea Magistrale LM-41) ribadisce ***l'ambito disciplinare Medicina di Comunità*** da attivare in tutti gli Atenei nell'ambito dei Regolamenti Didattici di Ateneo (RAD) in adempimento al DM 22.10.2004, n° 270

Il 20 febbraio 2004, a Catanzaro, l'Associazione Cultura Medica Interdisciplinare (ASS.CU.M.I.) si fonde con la Società Italiana di Medicina di Famiglia e di Comunità (S.I.Me.Fa.C.) per dar vita ***all'Associazione Società Scientifica Interdisciplinare di Medicina di famiglia e di Comunità (ASSIMEFAC)***, full member del WONCA (che è l'Associazione Mondiale dei Medici di Famiglia) e che diventa la ***Società Scientifica del Sindacato dei Medici Italiani (SMI)***.

Sono eletto, prima, Presidente del Comitato Scientifico e poi, con il rinnovo delle cariche associative, Presidente onorario dell'ASSIMEFAC.

#### Piano strategico sanitario dell'OMS-Europa (revisione 1991)

Nel maggio '77 la 30° Assemblea Mondiale della Sanità decise che, nell'ambito delle politiche sanitarie dei successivi decenni, *l'obiettivo sociale primario* degli Stati membri doveva essere quello di raggiungere entro l'anno 2000 un livello di salute tale da permettere a tutti gli uomini di condurre una vita socialmente ed economicamente produttiva (Risoluzione WHO 30.43).

Il Piano generale strategico che ne è derivato è stato indicato in modo sintetico con lo slogan: *"salute per tutti entro l'anno 2000"*.

Un anno dopo, ad AlmaAta (settembre '78) la Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria Primaria approvò quell'obiettivo e confermò che l'Assistenza Sanitaria Primaria appariva come lo strumento adeguato per ottenere nel mondo il livello di salute desiderato. Fu anzi affermato che l'Assistenza Sanitaria Primaria appariva come "il fulcro e il centro" di tutti i sistemi sanitari nazionali.

Negli anni '80 sono state sviluppate nel mondo e in Europa ulteriori strategie. Il Comitato degli Stati Europei nel 1980 chiese all'OMS di sviluppare una strategia sanitaria per la Regione europea e nel 1984 venne approvato il *Piano strategico sanitario europeo*, articolato in 38 obiettivi specifici.

Questo Piano è stato riconfermato nel 1991 con alcuni particolari aggiornamenti in particolare :

**i 38 obiettivi del Piano strategico sanitario dell'OMS/Europa sono stati così ristrutturati:**

- dopo avere analizzato le *esigenze fondamentali* per migliorare la salute delle popolazioni  
(obiettivi che vanno dall'1 al 12)
- vengono presi in considerazione i cambiamenti necessari che consistono:
  - nella promozione di *stili di vita più sani*  
(obiettivi che vanno dal 13 al 17)
  - nella creazione di *un ambiente più sano*  
(obiettivi che vanno dal 18 al 25)
  - nel fornire *un'assistenza appropriata* fondata su un'Assistenza Sanitaria Primaria di buona qualità ed accessibile a tutta la popolazione  
(obiettivi che vanno dal 26 al 31)
- vengono infine individuate *le azioni di supporto* per lo sviluppo della "salute per tutti"  
(obiettivi che vanno dal 32 al 38).

I risultati che il movimento "Salute per tutti 2000" si propone di ottenere in Europa, hanno 4 dimensioni:

- a) *assicurare equità nei confronti della salute*, riducendo le disuguaglianze nello stato di salute tra i Paesi membri e tra gruppi di popolazione all'interno degli stessi Paesi;
- b) *aggiungere vita agli anni* aiutando le persone a raggiungere e ad utilizzare nel migliore dei modi il loro potenziale fisico, mentale e sociale;
- c) *aggiungere salute alla vita* riducendo malattie e disabilità;
- d) *aggiungere anni alla vita* aumentando la vita attesa.

**Fornire un' ASSISTENZA APPROPRIATA**

In tutti gli Stati membri, entro l'anno 2000, dovrebbero essere approvate strutture e procedure che assicurino il continuo *miglioramento della qualità dell'assistenza*, nonché lo sviluppo e l'uso appropriato delle tecnologie sanitarie.

(obiettivo 31)

*L'Assistenza Sanitaria Primaria* dovrebbe soddisfare in tutti gli Stati membri i bisogni sanitari di base della popolazione fornendo un'ampia gamma di servizi di promozione della salute, di prevenzione, di diagnosi, di cura e riabilitazione, di sostegno supportando le attività di auto-aiuto delle persone, delle famiglie e dei gruppi.

(obiettivo 28)

*Gli Ospedali* dovrebbero erogare assistenza sanitaria secondaria e terziaria, secondo criteri di costo/efficacia e contribuire attivamente a migliorare lo stato di salute e la soddisfazione dei pazienti.

(obiettivo 29)

In tutti gli Stati membri le persone che hanno bisogno *di assistenza e di sostegno a lungo termine* dovrebbero poter disporre di servizi appropriati.  
(obiettivo 30)

Entro l'anno 2000 tutti gli Stati membri dovrebbero avere sviluppato ed avere in corso di applicazione politiche che assicurino l'accesso di tutte le persone a *servizi sanitari di qualità, basati sull'assistenza primaria* e sostenuti dall'assistenza secondaria e terziaria.  
(obiettivo 26)

I sistemi dei servizi sanitari dovrebbero essere gestiti secondo criteri di costo/efficacia, distribuendo le risorse secondo i bisogni.  
(obiettivo 27)

### Aumento della speranza di vita e inverno demografico in Italia

Nella seconda metà del secolo scorso la speranza di vita in Italia è aumentata di 25-30 anni: si tratta di un fenomeno che non si era mai verificato nella storia dell'umanità (All'inizio degli anni '50 la speranza di vita si attestava poco al di sopra di 50 anni, con poca differenza tra i due sessi, mentre alla fine del secolo scorso la speranza di vita era di 82 anni per le femmine e di 76 anni per i maschi).

Siamo però avviati verso un "inverno demografico" e, se non si inverte la tendenza con adeguate politiche familiari, ci stiamo incamminando verso il punto di non ritorno, che porta all'estinzione.

Oggi l'indice di natalità in Italia si aggira attorno all'1,2 per mille, mentre, per mantenere l'equilibrio tra nati e morti, dovrebbe aggirarsi attorno al 2,1 per mille. Se si osservano le piramidi delle età a livello comunale, distrettuale, provinciale, regionale e nazionale si nota un rallentamento delle nascite in concomitanza dell'emanazione della legge sul divorzio, che si accentuano notevolmente dopo l'emanazione della legge sull'aborto. Negli anni '80 e '90 le piramidi delle età sono addirittura rovesciate con un dimezzamento della natalità. Dal '78 ad oggi sono stati notificati quasi 5.000.000 di aborti legali, senza contare quelli clandestini e qui si pone un problema di bioetica.. La nascita di una persona avviene al momento del concepimento, quando il corredo cromosomico aploide della madre si unisce al corredo cromosomico aploide del padre per formare il genoma della nuova persona, che è diverso da quello della madre e del padre.

La legge italiana sull'aborto contrasta con il giuramento di Ippocrate, che è stato scritto 400 anni prima della nascita di Cristo.

### Complessità e transizione politica, sociale, economica, culturale, epidemiologica

In questi ultimi 100 anni abbiamo assistito a cambiamenti epocali che si sono succeduti in modo sempre più accelerato e che non accennano ad arrestarsi. Due devastanti guerre mondiali, tre dittature opprimenti, migrazioni di popoli (nella prima metà del secolo scorso emigrazione per la povertà e per motivi politici; verso la fine del secolo scorso e fino ad oggi, immigrazione: oggi, in Italia, sono presenti 5.000.000 di immigrati "regolari" provenienti da ogni parte del mondo e appartenenti ad oltre 120 diverse etnie), passaggio dalla cultura contadina alla cultura industriale e allo sviluppo dei servizi, dalla povertà al benessere diffuso, migliore cultura, migliori abitazioni, migliore alimentazione, nuovi strumenti di comunicazione e nuovi mezzi di trasporto, la costruzione dell'Europa.

**Per quel che riguarda la medicina** è cambiato il concetto di salute, sono cambiati i bisogni e i problemi di salute delle persone, delle famiglie, delle comunità, è cambiata la patologia prevalente, è cambiato il quadro nosologico di ogni singola malattia, emergono nuove figure professionali sanitarie (23 figure sanitarie) e sociali (più di 20) che esigono spazio e visibilità.

Deve cambiare pertanto anche il modo di fare il medico. Deve cambiare la formazione di base (prelaurea), la formazione specialistica (postlaurea), la formazione continua, che dura per tutto l'arco della vita lavorativa e che deve essere considerata lavoro..

Nel giugno '89 partecipai a Rovigo a un workshop dell'OMS, coordinato da Walter Hubrich, responsabile dell'Ufficio Regionale per l'Europa di Copenhagen, col quale discutemmo per una settimana dei cambiamenti necessari per sviluppare l'assistenza medica primaria nell'ambito dell'Assistenza Sanitaria Primaria. Convenimmo che *il fulcro* del problema consisteva nel passare dalla cultura della malattia alla cultura della salute: non solo diagnosi e cura delle malattie, ma anche prevenzione e assistenza con "presa in carico" del malato e della sua famiglia. Per quel che riguarda *i contenuti* dei cambiamenti necessari: non ci si poteva accontentare del trattamento dei singoli episodi morbosi ma ci si doveva impegnare nella promozione della salute, per ridurre la grossa fetta delle malattie comportamentali e quindi il numero dei malati; si doveva passare dall'assistenza episodica alla continuità assistenziale; dal trattamento di problemi specifici a una assistenza globale.

Per *l'organizzazione dei servizi*: si doveva passare dagli specialisti ai medici di medicina generale, dal medico singolo ai gruppi multiprofessionali per gestire i casi complessi, dal lavoro individuale al lavoro d'equipe. Per *le responsabilità*: dal solo settore sanitario alla collaborazione intersettoriale, dall'autorità professionale alla partecipazione comunitaria, dalla ricezione passiva all'auto-responsabilizzazione del paziente e della sua famiglia.

Ma **la maggior parte dei medici si oppone al cambiamento**: il medico di medicina generale rimane chiuso nel suo ambulatorio e si occupa solo della componente bio-medica della persona e del singolo episodio morboso; i medici ospedalieri sono arroccati negli ospedali e non comunicano con i medici del territorio; i docenti universitari continuano ad insegnare quello che insegnavano mezzo secolo fa, privilegiando l'approccio bio-medico e la formazione e l'aggiornamento per preparare gli studenti a lavorare negli Ospedali.

Una riprova di ciò l'avemmo a Venezia quando presentammo a 30 docenti, tra i più innovatori delle Università mediche del Nord-Est Italia, il Profilo professionale del Medico di Comunità: rifiutarono di mettersi in discussione (I contenuti dell'insegnamento, l'approccio bio-psico-sociale, il metodo d'insegnamento, il metodo di valutazione). E i Docenti delle altre Università italiane rifiutarono il confronto

### Dalla Sanità alla salute

Nel novembre 1986 si svolse ad Ottawa (Canada) il primo Congresso Internazionale sulla Promozione della salute. Promuovere la salute significa: costruire una politica pubblica per la tutela della salute; creare ambienti capaci di offrire sostegno; rafforzare l'azione della comunità; sviluppare le capacità personali; riorientare i servizi sanitari.

Seguirono altri 5 Congressi Internazionali in varie parti del mondo, l'ultimo dei quali nel 2005 a Bangkok su: "la promozione della salute in un mondo globalizzato". Nel 1998 l'OMS diffuse in tutto il mondo (nelle 4 lingue ufficiali: francese, inglese, russo e spagnolo) il Glossario per la promozione della salute.

Nel maggio 1992 la nostra Società Scientifica (SIMeC) tenne a Perugia il suo 1° Congresso Nazionale sul tema: "La transizione epidemiologica verso il 2.000: dalla cura delle malattie alla promozione della salute"



Verso la fine degli anni'90 il Ministero della Sanità ha cambiato nome in Ministero della Salute e la promozione della salute diventa il primo obiettivo del Servizio Sanitario Nazionale: dalla sanità alla salute è il titolo del 3° Piano Sanitario Nazionale 2003-2005.

Tre sono i progetti sulla promozione della salute che si stanno sviluppando in Europa e nel mondo:

- il progetto *“città sane”*. Nella *“rete italiana”* delle città sane i Comuni più avanzati sono arrivati a stendere e a realizzare i *“profili di salute urbana”*, propedeutici ai *“Piani di salute urbana”*, che sostituiscono ormai gli obsoleti *“Piani regolatori edilizi”*;
- il progetto *“gli ospedali per la promozione della salute”*, iniziato in Italia nel 1990 coinvolge ormai le reti degli ospedali di numerose Regioni italiane. L'idea di fondo dell'iniziativa è quella di attivare e sostenere un processo di riorientamento degli ospedali europei per aggiungere alle tradizionali attività curative proprie dell'ospedale un nuovo approccio al tema della salute, basato sull'azione intersettoriale (i determinanti della salute non possono essere controllati dai soli sistemi sanitari) e sull'empowerment dei cittadini (gli stili di vita non possono essere prescritti come un farmaco, ma devono essere consapevolmente adottati). Il coordinatore della *“rete italiana”* degli ospedali per la promozione della salute è il dottor Carlo Favaretti, attualmente direttore generale a Udine. Nell'anno 2000 si tenne a Reggio Emilia il 4° Convegno della rete italiana degli ospedali per la promozione della salute e, per l'occasione, il direttore generale dell'USL Franco Riboldi fece distribuire la traduzione italiana del Glossario dell'OMS sulla promozione della salute;
- il progetto della *“Rete europea delle scuole orientate alla promozione della salute”*, iniziato nel 1991 e che coinvolge la Commissione Europea (EC), il Consiglio d'Europa (CE) e l'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS, in Italia è praticamente al palo di partenza (salvo una iniziativa della Regione Umbria nel novembre 2002).

### Le persone (e le loro famiglie) al centro del sistema sanitario, sociale ed educativo

Ogni persona, ognuno di noi, unico ed irripetibile nella storia dell'universo, è una unità inscindibile di corpo, mente e spirito ed è profondamente inserito in un contesto familiare, lavorativo e sociale.

Anche se povero, vecchio, ammalato, emarginato od escluso dalla sua comunità, conserva tuttavia un valore inestimabile ed è titolare di diritti inalienabili, sanciti dalle Carte dei diritti (Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo – Costituzione italiana ed europea).

Il rispetto della dignità delle persone e delle famiglie richiede un sistema sociale che garantisca a tutti l'accesso al lavoro, alla casa, all'istruzione, alla tutela della salute, all'autonomia economica.

In una comunità la maggior parte delle persone fruisce di condizioni di benessere e di servizi diffusi. Ma una consistente minoranza (che è cresciuta negli ultimi due anni a causa della crisi mondiale) rimane ai margini sia del benessere che dei servizi, anche se assistita.

Le persone e le loro famiglie vanno poste al centro del sistema sanitario e socio-assistenziale, in quanto organizzazioni, servizi, burocrazie e tecnologie hanno un senso solo se sono protese al soddisfacimento dei bisogni, dei problemi e delle aspettative della popolazione e, in un sistema universalistico come il nostro, soprattutto di quelli che vivono e lavorano ad alto rischio o di quelli i cui bisogni siano maggiori (equità e giustizia sociale).

Da tenere sempre presente che gli operatori dei Servizi sociali, sanitari, educativi, come dice il nome, sono dei *“servitori”*, per cui i servizi vanno organizzati e gestiti per soddisfare i bisogni e i problemi di salute delle persone e delle loro famiglie, piuttosto che quelli degli operatori che li gestiscono.

## Dall'approccio bio-medico all'approccio bio-psico-sociale

Stiamo assistendo al passaggio dall'approccio bio-medico all'approccio bio-psico-sociale, dalla preminenza del pensiero positivista del modello bio-medico alla comprensione della complessità e della transizione verso un modello sistemico: si tratta di un processo lungo e difficile e di un passaggio traumatico e faticoso.

L'evoluzione ha inizio nel 1948 con la modificazione del concetto di salute.

La "crisi" della **Medicina** che si definisce **scientifica** nasce da motivazioni complesse, paradossalmente insite al suo interno:

1. prende in considerazione soltanto la dimensione "**biologica**" della persona (bio-medicina) e ignora la dimensione mentale, la dimensione spirituale, la dimensione sociale;
2. **frammenta la conoscenza**: studia e analizza i vari organi (cuore, rene, cervello, occhio, ecc.) dal punto di vista anatomico, fisiologico, biochimico, patologico fino a livello cellulare, sub-cellulare e molecolare e **perde di vista l'insieme e la complessità** (si fa fatica poi a comprendere che quell'organo fa parte di una persona, che è un complesso inscindibile di corpo, mente e spirito, unica ed irripetibile nella storia dell'universo, profondamente inserita in un contesto familiare, lavorativo e sociale);
3. **pretende di applicare dei metodi matematici alla realtà biologica per renderla oggettivabile**, il che comporta l'esclusione di tutto quanto non è misurabile e quantificabile, dando inevitabilmente una rappresentazione parziale e limitata dell'universo osservabile (le emozioni, i sentimenti, le relazioni interpersonali, l'amore, l'ideazione, l'astrazione, la bellezza, l'arte, ecc. non sono quantificabili, anche se possono modificare in modo sostanziale l'equilibrio salute);
4. **trascura il rapporto medico/paziente** e tratta la persona come un oggetto da riparare. Gli ospedali sono suddivisi in reparti per malattie d'organo (cardiologia, oculistica, dermatologia, ecc) e le persone sono chiamate col nome della malattia che le affligge (il cardiopatico, il glaucomatoso, l'eczematoso, ecc.) o con un numero (del letto o della cartella clinica). Vengono applicati rigidi protocolli terapeutici, ignorando che ogni paziente è diverso dall'altro e reagisce in modo diverso allo stesso trattamento. In altre parole la bio-medicina è "disumana" e comporta la disumanizzazione dei servizi;
5. ha creato una **ipertrofica domanda di malattia**, sostenuta dalle lobby di tutti coloro che lavorano nell'industria della malattia (i professionisti; le industrie farmaceutiche, gli ideatori e i costruttori di opere murarie – ospedali, RSA, Case Protette, Centri Diurni, ecc per l'istituzionalizzazione delle persone malate -; i costruttori e i venditori di apparecchiature diagnostico-strumentali, che hanno costi particolarmente elevati, fuori mercato; i costruttori e i venditori di laboratori di analisi; i costruttori e i venditori di apparecchiature elettromedicali, di presidi riabilitativi, di protesi e di ortesi, ecc., ecc.). Per rimanere nel campo ostetrico: la gravidanza è diventata una malattia, il parto cesareo è diventato il modo naturale di nascere, sembra che la procreazione assistita sia l'unico modo per mettere al mondo dei figli (magari alti, con gli occhi azzurri e con i capelli biondi), superata ora dal concepimento in provetta. I check-up e gli screening si sprecano, la stragrande maggioranza degli esami emato-chimici e diagnostico-strumentali sono normali e quindi inutili, i costi degli esami di ultima generazione sono proibitivi..... Il tutto comporta un aumento continuo e progressivo dei costi senza un miglioramento dei benefici in termini di miglioramento dell'equilibrio salute col risultato finale che oggi, in Italia, la spesa sanitaria è fuori controllo.

“La stessa **medicina basata sull'evidenza** (evidence- based medicine, EBM) nasce dall'esigenza irrinunciabile della scienza all'oggettività, ed ancora risente del modello cartesiano che propone la visione dell'universo come una macchina governata da leggi matematiche, come sostiene anche Galileo.

La EBM si configura negli anni '90 come adattamento dei metodi dell'epidemiologia clinica all'analisi dei processi decisionali su pazienti singoli o su categorie di malati. In questo tipo di metodologia il caso singolo non ha alcun valore, mentre la maggiore significatività viene attribuita a casistiche quanto più ampie possibili dal punto di vista numerico. Fino a che viene usata come strumento conoscitivo utile per orientare una scelta terapeutica, non si può disconoscere l'utilità, ma i troppo entusiasti sostenitori di tale metodologia finiscono per proporla come unico criterio di decisione per fissare protocolli rigidi delle strategie di cura, senza più porsi il problema di adeguarlo alla soggettività del malato”.

Non possiamo certo disconoscere gli enormi meriti e gli indubbi vantaggi, specie in termini di speranza di vita (**dare anni alla vita**) che sono stati ottenuti dalla **Medicina ufficiale**, ma la realtà in cui viviamo è assai più complessa, per cui dobbiamo essere capaci di superare il dualismo oggi esistente tra **Medicina convenzionale** (MC) e **Medicina non convenzionale** (MNC) per andare verso il concetto di **Medicina integrata** (MI), che sia orientata alla promozione della salute, che affronti la rapida transizione e la complessità nella quale viviamo (**modello sistemico**) e che metta al centro del sistema sanitario e socio-assistenziale **la persona** (con i suoi bisogni e i suoi problemi di salute, per dare **salute alla vita**) e **la comunità**, poiché a loro spetta di prendere le decisioni in merito ai comportamenti e alle politiche da adottare (Piani di Zona per la salute e il benessere sociale).

Nel novembre 1998 l'USL di Reggio Emilia, assieme alla nostra Società Scientifica (SIMEFaC), organizzò a Reggio Emilia un Convegno internazionale sul tema: “Migliorare la salute della famiglia”. Al termine dei lavori venne stilata la “**Dichiarazione di Reggio Emilia sull'approccio bio-psico-sociale nell'Assistenza Sanitaria Primaria**”, sottoscritto dalle 12 Società Scientifiche di diverse nazionalità: tra le italiane la Società Italiana di Medicina di Famiglia e di Comunità (SIMEFaC) – Federazione Italiana dei Medici Pediatri (FIMP) – Associazione Culturale Pediatri (ACP) – Società Italiana di Medicina dell'Adolescenza (SIMA) – Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale FIMMG) – Società Italiana di Medicina Generale SIMG .

“Dopo la Carta di Ottawa (1986) si va sempre più affermando la **dimensione spirituale della salute**. “Negli ultimi anni sono comparse, su riviste di Medicina Interna, Medicina di Famiglia, Medicina Generale, Pediatria, Oncologia, Scienze Infermieristiche, centinaia di pubblicazioni sul tema “**Spiritualità e Medicina**”.

Questo grande interesse si è manifestato soprattutto nel mondo anglosassone e in particolare nel Nord America, dove attualmente vengono svolti corsi regolari di spiritualità in almeno 50 Scuole di Medicina per studenti, infermieri e per laureati in formazione continua, essendo considerata **la spiritualità un fattore importante e trascurato della salute del paziente**”

“La spiritualità viene vista per lo più come una parte complessa e multidimensionale dell'esperienza umana, avendo aspetti cognitivi, esperienziali e comportamentali.

*Gli aspetti cognitivi e filosofici* comprendono la ricerca del senso, dello scopo, della verità nella vita e comprendono le credenze e i valori secondo i quali l'individuo vive.

*Gli aspetti esperienziali ed emozionali* comprendono le sensazioni di speranza, amore, appartenenza, pace interna, conforto, sostegno. Questi aspetti si riflettono sulla qualità delle risorse interiori dell'individuo e delle sue relazioni con se stesso, con la famiglia, con la comunità, con l'ambiente, con la natura e con il trascendente.

*Gli aspetti comportamentali della spiritualità* comprendono i modi con cui la persona manifesta le credenze individuali e lo stato spirituale interiore.

Molte persone promuovono la spiritualità attraverso la religione, oppure attraverso una relazione personale con il divino, mentre molte altre possono promuoverla attraverso un rapporto con la natura, con la musica e le arti, o attraverso una serie di valori e di principi, oppure attraverso la ricerca delle verità scientifiche.

Si può comprendere che, nel processo per la tutela e la promozione della salute, la spiritualità può aiutare a sopportare il dolore, a sopportare le cure, a resistere e superare malattie e difficoltà della vita, ad affrontare la morte e può aiutare anche a migliorare le condizioni di benessere, che a sua volta migliora il piacere di vivere.”

### Dallo Stato assistenziale (Welfare State) alle Comunità del benessere (Welfare Community)

Stiamo transitando faticosamente dallo Stato assistenziale alle Comunità del benessere.

Nell'anno 2000, dopo 110 anni (Legge Crispi), è stata emanata la Legge-quadro di Riforma dell'Assistenza (L. n. 328/00) e nel 2003 la Regione Emilia-Romagna ha emanato la Legge attuativa regionale (L. R. n. 2/03). Nel Dicembre 2007 la Regione Emilia-Romagna ha emanato il 1° Piano Sociale e Sanitario 2008-2010.

Le Leggi ora ci sono: si tratta di applicarle perché non rimangano sulla carta.

Due sono, a mio avviso, le priorità da affrontare: **la promozione della salute** della popolazione per ridurre la consistente fetta delle malattie comportamentali e quindi il numero dei malati e la spesa sanitaria e **la formazione continua del personale sanitario, sociale ed educativo** perché la qualità dei servizi dipende dalle conoscenze e dalle competenze del personale che li gestisce

La Legge di Riforma dell'Assistenza ridefinisce il profilo complessivo delle politiche sociali, modificando il concetto su cui si basava il sistema delle prestazioni e dei servizi socio-sanitari per arrivare a superare il tradizionale concetto passivo e puramente risarcitorio dell'assistenza e muovere verso un sistema di protezione sociale attivo, capace di offrire possibilità di autonomia e di sviluppo alle persone che si vengano a trovare in condizioni di bisogno

**Ogni persona**, in qualsiasi condizione sociale, **è dotata di risorse e di capacità**: va aiutata a riconoscerle, ad appropriarsene e ad esprimerle per sé e per gli altri.

La legge è finalizzata alla costruzione di un sistema integrato di servizi e prestazioni, che veda coinvolti soggetti istituzionali e della solidarietà e caratterizzato da **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)** sanitari e sociali, con prestazioni accessibili a tutti.

**Il Sindaco** (la “Conferenza dei Sindaci”) e **il Comune** (Il Distretto socio-sanitario) hanno tutti gli strumenti per tutelare e promuovere la salute del singolo, delle famiglie, dei gruppi sociali e della popolazione e per sviluppare la partecipazione attiva e responsabile della comunità che lo ha eletto e che amministra (vedi progetto “città sane”).

**Il Piano di Zona, distrettuale, per la salute e il benessere sociale** è lo strumento per creare un sistema di protezione sociale costituito da una rete di interventi e di servizi sanitari, socio-assistenziali ed educativi, autorizzati ed accreditati, a favore delle persone e delle famiglie in difficoltà, con la loro partecipazione attiva e responsabile, per dar vita a un sistema fondato sull'Assistenza Sanitaria Primaria (Alma Ata, 1978).

I Servizi devono occuparsi di **promozione della salute**, di **prevenzione delle malattie**, di **riabilitazione** e non solo di **diagnosi e cura**. Devono essere efficaci, culturalmente accettabili, accessibili e fruibili; la comunità deve essere coinvolta nello sviluppo dei servizi, anche per promuovere l'auto-responsabilizzazione e per ridurre la dipendenza.;

l'approccio ai problemi di salute deve essere intersettoriale, cioè coinvolgere tutti gli altri servizi non medici e sociali, che risultano però importanti ed utili ai fini di promuovere la salute.

Nel dicembre 2000, nella sua relazione **“dalla sanità alla salute”** l'allora Ministro della Sanità Umberto Veronesi disse a chiare lettere che, mentre abbiamo costruito un **“sistema sanitario”** tra i migliori del mondo per quanto concerne la capacità di soddisfare equamente i bisogni di cura dei cittadini e di rispondere alla richiesta di prestazioni tecnico-professionali valide e garantite a tutti, molta strada ci rimane da fare per rispondere alla domanda di salute che riguarda i **“processi esistenziali e la qualità della vita”**, il bene-essere, lo star bene, che è fatto di molti altri fattori a cominciare dalle relazioni di affetto, dai rapporti umani che intratteniamo con gli altri, da ciò che mangiamo, respiriamo, acquistiamo, dalle case che abitiamo, dalla città in cui viviamo.

E, **per conquistare la salute**, la sanità non è sufficiente, ma occorre un'azione intersettoriale che ha come protagonista la comunità intera, dove tutti i soggetti sociali ed istituzionali si confrontano e collaborano: le famiglie, la scuola, il lavoro, il 3° Settore, il Comune, la Provincia, la Regione.

Per convincerci di questo, basta ripercorrere gli indicatori della **“Relazione dello Stato sanitario del Paese”** per rendersi conto che, accanto ad alcune **“performances”** più che apprezzabili – come ad esempio, maggiore longevità, minore mortalità per tumori e infarto, minore mortalità infantile, minore mortalità per AIDS, maggiore controllo delle malattie infettive – emergono situazioni sempre più preoccupanti sul piano della **qualità della vita** e della **salute dei cittadini**.

Pensiamo solo ad alcuni **“stili di vita”** irregolari come il **fumo di tabacco** e l'**abuso di alcol**, ai **disturbi del comportamento alimentare** che sconfinano nell'anoressia e nella bulimia, all'obesità e al sovrappeso, con il più alto tasso europeo di obesità infantile, alle **morti evitabili per infortuni in casa e sul lavoro** e per **incidenti stradali**, che nascondono spesso cause legate a situazioni di profondo malessere.

L'aumento di fenomeni come la **depressione**, l'**ansia**, gli **stati di panico**, l'**insonnia**, la **dipendenza da farmaci**, soprattutto **psicofarmaci**, alcuni epifenomeni di grande allarme sociale, come l'**aumento di suicidi**, la **pedofilia**, la **violenza all'interno della famiglia**.

Sono tutti sintomi di un disagio ampio e preoccupante, di un diffuso malessere sociale, di un **“cattivo stato di salute”**, che contrasta con il buon stato della sanità.

**“meno cura e più assistenza”** è da anni uno degli slogan dell'OMS

L'approccio all'Assistenza Sanitaria Primaria comporta l'erogazione a tutta la popolazione, residente e presente in un determinato ambito territoriale (distretto sanitario e sociale), di servizi di primo livello, capaci di rispondere ai bisogni reali e locali di salute, privilegiando i gruppi di popolazione più svantaggiati, allo scopo di presidiare l'**equità** e la **giustizia sociale** in campo sociale, sanitario ed educativo.

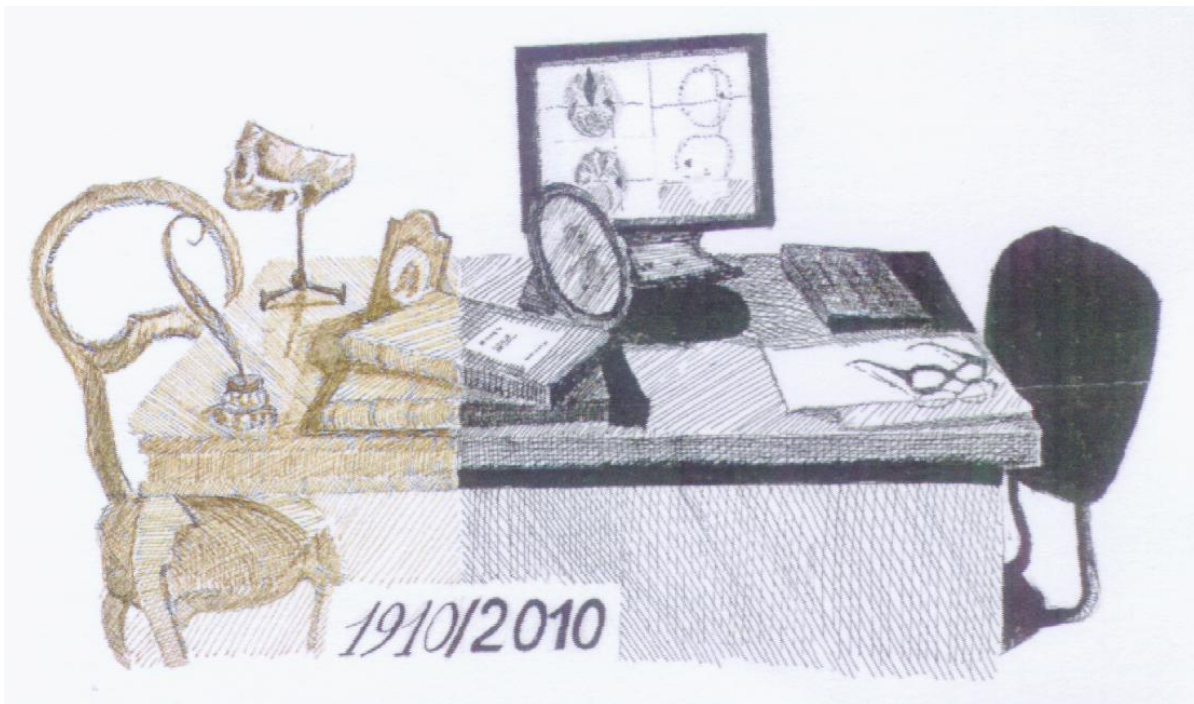
**Presidiare l'equità** significa partire dagli ultimi, dagli emarginati, dagli esclusi dalla comunità di appartenenza, dare di più a quelli che hanno meno, privilegiando le fasce deboli della popolazione (famiglie multiproblematiche, gravi disabili fisici, psichici, neuro-sensoriali, soggetti autistici, disturbati mentali, cerebrolesi, malati cronici con pluripatologie, malati terminali, non autosufficienti, anziani soli, drogati, alcolisti, vedove, orfani, nomadi, immigrati, prostitute, carcerati, ecc.) per dar vita a comunità solidali ad aiuto reciproco, dove ognuno si senta responsabile di tutti. Esistono famiglie forti, ben strutturate, capaci di gestire in modo autonomo casi gravi e complessi, mentre esistono famiglie multiproblematiche che non sono in grado di gestire neppure la normalità.

I **casi complessi** vanno gestiti con Piani di Assistenza Individuale (PAI), costruiti e monitorati da equipe multiprofessionali e intersettoriali, in quanto le risposte ai bisogni non

sono solo sanitarie e sociali, ma possono essere anche educative, economiche, abitative, spirituali, affettive, amicali.....

In questo quadro generale le **organizzazioni di volontariato**, specie quelle di mutuo-auto-aiuto (anche per le malattie rare) possono e devono svolgere un ruolo insostituibile: nell'ascolto, nella vicinanza, nella prossimità, nella com-passione, nell'analisi dei bisogni e dei problemi, nell'accompagnamento, nell'umanizzazione dei servizi, nell'advocacy, nella denuncia, nell'emergenza.....

La persona in difficoltà, **va mantenuta**, per quanto è possibile, **a domicilio**, nella sua casa, coi suoi ricordi, coi suoi affetti, con la sua privacy, adattando l'ambiente di vita alla disabilità, aiutandola con reti parentali, amicali, di vicinato, con le "badanti", con i volontari domiciliari, perché **si tutela la sua dignità e il suo equilibrio neuro-psichico** e perché costa meno.



Design F. Tosi

*“La storia alimenta la memoria,  
che genera cultura di futuro”*

*Salvatore De Franco*

**A cura dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Reggio Emilia**  
**Novembre 2010**