

DOSSIER AGILE SU SANITÀ, SALUTE, QUALITÀ.

**Problemi con proposte per
i cittadini.**

Francesco Carelli
Salvatore Crapanzano
Rosanna De Cicco
Walter Marossi

WORKING PAPER / 4

Nella migliore tradizione dei circoli storici della cultura municipalista e riformista milanese incarnata dalla lunga stagione dei sindaci socialisti e rinnovatasi con la “rivoluzione arancione” che con l’elezione di Giuliano Pisapia che ne ha aperto una nuova tuttora in corso , nel 2023 nasce il Centro Studi Circolo Caldara con l’obiettivo di promuovere eventi, iniziative e cultura civica con un focus sul territorio di Milano.

Il mondo attorno a noi cambia sempre più in fretta. Ma per indirizzare i cambiamenti nella giusta direzione bisogna anche sapersi sedere intorno ad un tavolo a riflettere: nascono così i Working Papers, frutto dell’unione delle menti dei membri dei nostri gruppi di lavoro.

I Working Papers sono brevi analisi che hanno l’obiettivo di stimolare riflessioni e processi di pensiero che possano, in futuro, tradursi in nuovi contributi e alimentare ulteriori studi e proposte.

Il Consiglio Direttivo del Centro Caldara è composto da: Franco D’Alfonso, Presidente, Anna Catasta, Vicepresidente, Stefano Rolando, Direttore Scientifico, Giuseppe Conte, Tesoriere, Biagio Longo, Direttore Operativo, Danilo Aprigliano, Simona Riboni, Diego Castagno, Walter Marossi, Salvatore Crapanzano, Francesco Carelli, Linda Poletti, Rosanna De Cicco, Dorina Perego, Stefano Pillitteri e Gloria Giuliano.

INDICE

Nota Introduttiva

Pagina 6

Premessa

Pagina 7

Percorso storico

Pagina 10

Proposte per la sanità

Pagina 24

**Armonizzazione delle cure in un dialogo tra
municipalità, regione, università**

Pagina 41

**Case di Comunità, non di discontinuità,
lontananza e utopia**

Pagina 51

**Formazione di qualità, aggiornamento,
rivalidazione**

Pagina 58

Liste d'attesa e tentativi di sblocco

Pagina 66

**Caregiver, problema e distress. Politiche
attuative per una soluzione qualitativa e
relazionale**

Pagina 70

Lo stato dei nostri consultori

Pagina 82

Scuola e Salute: sinergia indispensabile

Pagina 84

Le fragilità giovanili

Pagina 86

Allegato:

Appello per la sanità pubblica

Pagina 87

Introduzione

Questo Paper “Dossier agile su Sanità, Salute, Qualità, Problemi con Proposte per i Cittadini” vuole modestamente proporsi come strumento operativo, creativo, semplice, snello, di facile comprensione per i Cittadini avulsi da grigie tematiche tecniche, da diagrammi, da citazioni di liste di leggi e leggine, da impostazioni puramente ideologico / preconette su tematiche di cui già ben sanno per esserne toccati e coinvolti pesantemente e da anni. Nel suo piccolo, questo Paper, che tratta un argomento Monstre come la Sanità, vuole farsi leggere per la sua semplicità e sinteticità, per la sua specifica vicinanza ed empaticità con il Cittadino/Paziente (non l’utente da indottrinare e lasciare stranito come prima, e pure vuoto di soluzioni reali, neppure le spicciole), vuole puntualizzare su alcuni/varî problemi specifici, senza trattazioni spossanti, non da riporre in uno scaffale fra altri libri senza leggerlo, vuole essere strumento di rilettura e puntualizzazione sui problemi vissuti quotidianamente da noi Cittadini nella Sanità e indicare Proposte semplici e fattibili per uscirne, insomma, con un Paper che può essere fonte anche di riflessioni e operatività pubbliche con serie di dibattiti sui temi specifici trattati.

Milano Dicembre 2024

Francesco Carelli

Premessa

A cura di Francesco Carelli

Si protesta per la Sanità, si protesta per la carenza di personale, si protesta per gli stipendi fra i più bassi nell'Europa centrale, per le liste d'attesa da grottesche a drammatiche in relazione a tempestività clinica, a continuità diagnostica e conseguentemente terapeutica. Ma oggettivamente è chiaro, e pure noto da tempo a chi si occupa di Sanità, che la situazione della Sanità italiana non è il risultato del fato o di malattie acute, bensì il risultato di una malattia cronica che attraverso un declino progressivo l'ha portata ad uno stato pre-comatoso. Tutto ciò ha origine in due svolte importanti: la promulgazione della Riforma Bindi e la riforma del titolo V della Costituzione, ora ripudiata anche da chi la volle a suo tempo. La Riforma Bindi ha consegnato il controllo del Servizio Sanitario Nazionale alla politica e ai direttori generali delle Aziende con poteri molto ampi e di nomina politica. La riforma del titolo V ha demandato le competenze a 21 Regioni decisamente difformi fra loro. Ogni anno, Corte dei Conti e Guardia di Finanza hanno denunciato infiniti elenchi di clientele, sprechi, ruberie, con voragini nei conti della sanità e con piani di rientro duri e pure astrusi e inutili. Negli anni, si è tagliato sul personale, si sono bloccati i turn over, con ministero Lorenzin, ma anche dopo, si è toccato il

vertice nelle chiusure di piccoli ospedali chiamati rami secchi, senza riconvertirli in strutture di prossimità che fossero agili ed efficaci e polifunzionali. Si sono abbandonati i medici di famiglia, negando pure la scuola di specialità come esiste da anni in tutta Europa, demotivandoli, isolandoli, trasformandoli in burocrati a comando, facendo perdere ruolo e funzione e riconoscimento - chiave nel Sistema.

Ora si grida a una montagna di problemi, che sono verosimilmente il risultato di lustri di politica più ideologica che razionale e efficace. Il problema delle liste d'attesa era presente anche nei lustri scorsi, e già allora non bastavano mesi per Tac, risonanze, e stagioni per esami più complessi, e per interventi a programmazione si andava alle calende greche. Chi si indigna ora, sorvolando sul processo distruttivo passato, è scorretto e se lo fa ideologicamente è ancora più scorretto, a cominciare verso i propri Cittadini / Pazienti / Elettori. La burocratizzazione dai medici di famiglia è dilagata in tutti i settori con perdita della dignità di ruolo, e ora ecco a valanga chi si pensiona, chi fugge nel privato, chi fugge da una aggressività verbale e fisica determinata anche dall'evaporare del ruolo e del rispetto e senso di riconoscenza.

Se fosse vero che ci si vuole occupare del malato gravissimo, la Sanità pubblica, tutti gli attori coinvolti dovrebbero "concertare" ai tavoli una Riforma dalle fondamenta del SSN, che parta dalla

estromissione di assessorati e politici a vario titolo. Va fatta una grande riflessione in modo da capire davvero e onestamente i motivi di tale stato patologico grave per approntare riforme, di cui alcune semplici, prendendo in esame singolarmente ogni problema e ogni proposta di soluzione possibile, e che ciò avvenga esclusivamente nell'interesse dei Cittadini / Pazienti. Agire così, uniti, dimostrerebbe una reale svolta, una reale volontà di cercare di risolvere i problemi ed il Problema. Diversamente, si rinnovano chiacchiere ideologiche e di basso profilo, senza costrutto alcuno, e lo stato della Sanità Pubblica Universalistica diventerà di coma irreversibile.

Percorso storico

A cura di Walter Marossi

Palazzo Marino, Caldara e la sanità.

Nel secolo scorso Milano ha avuto 18 sindaci di questi 4 erano medici Filippetti, Mangiagalli, Ferrari, Bucalossi che governarono la città per circa 20 anni, cioè escludendo dal secolo i 23 anni di podestariato fascista per circa un quarto della sua storia, Ferrari inoltre è stato il sindaco più longevo nella storia della città.

Filippetti, Ferrari, Bucalossi facevano parte del variegato mondo socialista, mentre Mangiagalli in origine radicale aderì poi al fascismo.

L'intreccio tra politica, consiglio comunale e medicina è così sintetizzato da Cosmacini: "Affermatasi già sul finire dell'800, la medicina sociale si trasformò, all'inizio del secolo, con una inversione tra sostantivo e attributo, nel socialismo medico di una Milano fortemente politicizzata, autocandidata a capitale economica e morale d'Italia. Di tale socialismo medico furono interpreti protagonisti alcuni esponenti della classe medica tanto coinvolta negli avanzamenti della scienza e della tecnica quanto impegnata nella lotta sociosanitaria contro le malattie dell'arretratezza e contro le malattie del progresso. Emblematica al riguardo è la figura di Anna Kuliscioff..." e di questa classe medica sciorina un lungo elenco tra i quali Edoardo Bonardi (che fu consigliere

comunale e deputato), Giuseppe Forlanini primario nell'Ospedale maggiore anch'egli consigliere comunale, Paolo Pini 'Pinin' come lo chiamavano la Kuliscioff e Turati, per un decennio consigliere comunale, Luigi Verratti assessore e vice sindaco nella giunta Caldara, Giovanni Allievi che fu assessore, Luigi Carozzi, Enrico Arienti consigliere comunale, Annibale Albini consigliere comunale. Del resto, già alle elezioni del 1911 i socialisti elessero 16 rappresentanti di cui ben otto medici.

Anche per questo si parla di "Milano capitale sanitaria" della nazione. (G. Cosmacini, Salute e medicina a Milano, sette secoli all'avanguardia, L'ornitorinco edizioni, 2018)

Caldara dedicò alla sanità molte pagine del suo rendiconto alla città dopo 6 anni di sindacatura (Il socialismo municipale: sei anni di amministrazione socialista, 3 luglio 1914 -3 luglio 1920, Milano, M&B Publishing, 2005), pagine che vale la pena ricordare: " L'opera svolta nel Riparto Igiene e sanità si inizia con la riforma delle condotte mediche ed ostetriche comunali....Mercé tale riordinamento poterono sussistere e mantenersi nei riparti urbani, misti e rurali, un'equità, un'unità e un'armonia di lavoro dapprima giammai conseguiti.

Oggi nelle grandi città italiane, ed a Milano, specialmente, le condotte mediche costituiscono un anacronismo. Il povero, che ha diritto all'assistenza sanitaria gratuita, dovrebbe essere

munito dalle competenti autorità, di un certificato che comprovi tale suo diritto e determini la sanzione di un altro legale diritto offerto al povero stesso: quello di scegliersi, in caso di malattia, un sanitario di sua fiducia, designandolo fra quelli che spontaneamente o per intese speciali col Comune o per disposizioni di leggi ad hoc, vorranno assumere il servizio di assistenza sanitaria gratuita; e le cui prestazioni andrebbero poi a carico dell'autorità comunale. In tal modo si eviterebbero i molti dissidi, incresciosi, che ora troppo spesso occorrono fra medici condotti e malati, cui infine la legge impone una fiducia coatta; si risparmierebbe ai sanitari il compito indecoroso di tramutarsi in scrivani, in dettatori di certificati, compilati, concepiti, sotto l'assordante irruenza di folle indiscrete. (sembra oggi n.d.r.) Il servizio ostetrico comunale venne affidato in Milano a 30 levatrici che uniformandosi in ciò alle Istruzioni dell'Ispettorato Medico, dovettero estendere l'assistenza loro in pro delle gestanti povere, oltre che al parto, alla gestazione propriamente detta, in tutte le sue fasi, alle crisi od alle convalescenze puerperali.... Oggetto di lunghi studi e di laboriose trattative fra le competenti autorità comunali e la direzione della Guardia Medica Permanente di Porta Venezia, fu, nel 1917, l'affacciato disegno d'avocazione della guardia stessa al Comune. Il servizio celere a domicilio sarà disimpegnato, specialmente durante la notte, a mezzo di automobile (Municipale, Croce Verde, Pompieri).

L'orario diurno va dalle 8 alle 22, ed è disimpegnato da due medici residenti in Guardia, con cambio ogni due ore; l'orario notturno che va dalle 22 alle 8 del giorno successivo, è disimpegnato da due medici, di cui uno residente in guardia e l'altro sicuramente reperibile a domicilio a mezzo telefono...Le prestazioni ostetrico-ginecologiche saranno gratuite solamente per i poveri iscritti nell'elenco del Municipio di Milano, saranno retribuite secondo tariffa quelle agli abbienti. Il denaro dovrà essere tutto versato alla cassa della guardia; di esso il 40% andrà alla Guardia per essere speso in acquisto di libri, giornali, eventuali ricerche, pubblicazioni, ecc... Contro il vaiolo, si ordinò la rivaccinazione in tutti gli stabilimenti industriali. Contro il tifo e contro l'influenza (si ricorda che la spagnola fece a Milano 10000 morti ndr) si istituì, presso il Palazzo d'Igiene, la nuova Sezione per le vaccinazioni antinfluenzali e antitifiche.

Merita di essere ricordata la disposizione in forza della quale si concede uno speciale sussidio ai lavoratori che debbonsi isolare per forme infettive diffusibili e ai quali, per il coatto abbandono del lavoro, vengano meno i mezzi di sussistenza.... Con la legge 27 luglio 1905 lo Stato passava ai Comuni la gestione dei Dispensari Celtici.

Per quanto riguarda la parte della propaganda il personale medico del dispensario ha il dovere, oltre che di fare un'opera diretta sui malati colla persuasione orale, con la distribuzione di foglietti,

di opuscoli, ecc., di mettersi in rapporto con tutte quelle istituzioni che hanno lo scopo di difendere il popolo dalle malattie in genere ed educarlo a vivere bene fisicamente e moralmente. Tali incombenze non sono di natura generica ed affidate solo indiscriminatamente alla coscienza, ma sono regolate in modo da venire comprese fra i doveri propri d'ufficio dei sanitari. E ciò in perfetta armonia anche con quelle giuste opinioni, che reputano l'assistenza e l'educazione delle masse un dovere sociale che gli uffici pubblici devono esplicare e regolare, e non una capricciosa e non sempre disinteressata offerta di privati.

Quanto al Servizio antiblenorragico mattiniero e serale, i rendiconti sempre molto più lunghi e dettagliati fanno capire l'importanza che alla sanità veniva dato dalle amministrazioni riformiste.

Centrale per la sindacatura Caldara fu la fase bellica: sul *Il Corriere della Sera* del 20 12 1917 vengono censiti 58 ospedali militari cittadini e 15 in provincia; 9 ospedali territoriali della Croce Rossa e 3 in provincia; 43 furono gli ospedali completamente nuovi per circa 10.492 posti letto, da destinare ai feriti trasportati con i treni ospedale dal vicino fronte di guerra. Una stima approssimativa indica un totale di circa 14.000 posti letto per militari.

Snodo principale dell'assistenza sanitaria milanese di guerra è l'Ospedale militare di Sant'Ambrogio entrato in funzione fin dai tempi della repubblica Cisalpina per iniziativa dei francesi che fu dismesso

nel 1932 per lasciare spazio alla Università Cattolica e venne trasferito a Baggio. (<http://milanoneisecoli.blogspot.com/>)

Ma l'esigenza di creare posti letto portò a scelte anche estreme: in Darsena erano operativi i barconi destinati a funzionare da ospedale da campo galleggiante.

Non mancava, anche allora, il problema del personale, quello infermieristico laico salariato era normalmente di basso livello con una formazione che durava poche ore, in condizioni di lavoro pessime (molte infermiere si ammalavano di TBC, o di altre malattie contagiose) si deve a Ersilia Bronzini Majno, prima donna tra l'altro a essere ammessa nel Consiglio di Amministrazione dell'Ospedale Maggiore la proposta per l'istituzione di una Scuola per infermiere, che non senza polemiche tra laici e religiosi venne istituita con sede presso l'Ospedale Ciceri detto Fatebenesorelle (attuale sede dell'A.O. Fatebenefratelli e Oftalmico), che apparteneva al complesso di strutture facenti capo all'Ospedale Maggiore.

La giunta Caldara portò a termine, con il contributo della Cassa di Risparmio delle Province Lombarde, anche un contenzioso relativo all'Ospedale Maggiore che interessava i Comuni sui quali insistevano proprietà della Ca' Granda, ponendo come condizione la realizzazione di strutture e di iniziative per l'assistenza sanitaria in loco, ma consentendo sempre il ricovero degli

infermi di quei comuni negli istituti ospedalieri di Milano per gli interventi di alta chirurgia e per la medicina di specialità

Dopo Caldara viene il tempo del primo medico sindaco Filippetti che presso l'Ospedale Maggiore inizia la sua militanza politica fondando, tra il Ticinese e Porta Genova, il Circolo Fate largo alla povera gente, nel 1899 era stato eletto al Consiglio comunale di Milano nella lista del Blocco popolare. Diversamente da Caldara, Filippetti, pur essendo un intellettuale organico alle istituzioni del socialismo riformista milanese, Società Umanitaria in primis per la quale già nel 1904 aveva curato una approfondita inchiesta sulle Condizioni di sanità e spedalità nella provincia di Milano non faceva parte della Milano riformista e turatiana.

Memorabile la rivalità con Luigi Mangiagalli che fu politica, professionale ed umana, si narra che cambiassero strada quando si incrociavano per non salutarsi.

Nell'aprile del 1912 viene eletto dai suoi colleghi presidente dell'ordine dei medici, due anni dopo fu fermato per aver partecipato ad una riunione nei locali della sezione socialista e aver gridato "abbasso la guerra, viva l'Avanti! viva l'Austria", cui seguì una condanna a 5 mesi con la condizionale, per questo su segnalazione di Mangiagalli (che l'aveva già fatto decadere da assessore per incompatibilità con l'essere viceprimario dell'Ospedale Maggiore) venne rimosso da presidente dell'ordine.

Del resto nel 1912, quando Filippetti viene eletto presidente dell'Associazione sanitaria milanese (succedendo a Giuseppe Forlanini) e nel contempo primo presidente del neonato Ordine dei medici della provincia di Milano propose tra gli obbiettivi di “sottoporre a indagine critica serena e coscienziosa il complesso funzionamento degli istituti superuniversitari [di perfezionamento clinico] che si vollero far sorgere a Milano”, cioè una delle creature di Mangiagalli.

Nell'agosto del 1922 i fascisti occuparono Palazzo Marino e a settembre un decreto reale legittimò il colpo di mano sciogliendo il comune.

Mesi dopo verrà eletto sindaco proprio Mangiagalli uomo di grande prestigio, insigne studioso e pessimo politico; medico inventore della moderna ginecologia italiana, già docente universitario a Sassari, Catania, Pavia, direttore per anni del reparto ostetrico-ginecologico dell'ospedale Maggiore, direttore della scuola di ostetricia di S. Caterina di Milano, senatore dal 1905, consigliere al Comune di Milano dal 1899 al 1904, deputato al Parlamento come esponente della Associazione democratica milanese nelle elezioni suppletive della XXI legislatura per il IV collegio di Milano nel 1902; presidente dell'Istituto sieroterapico milanese e presidente onorario della Croce rossa italiana; a lui la città deve l'Università di Milano ottenuta dopo una dura battaglia con il premio Nobel pavese Camillo Golgi, comprendente le facoltà di medicina e chirurgia, giurisprudenza, lettere e

filosofia istituita nell'ambito della riforma Gentile del 1923(r.d. 30 sett. 1923) di cui sarà il primo rettore.

Licenziato dai fascisti, nonostante l'iscrizione al partito e la strenua difesa del regime anche sull'assassinio Matteotti, e nell'agosto del 1926 sostituito con un podestà, non si ritirò a vita privata, anzi fu premiato nel 1926 con la nomina a ministro di Stato e nel 1928 verrà nominato presidente del nascente 'istituto nazionale per lo studio e la cura dei tumori. L'istituto era stato da lui lanciato proprio da palazzo Marino il 19 gennaio 1925: "Associamo Milano al movimento mondiale della lotta contro il cancro. Questa lotta nella quale sono impegnati scienziati di tutto il mondo, unite tutte le forze sociali di Governi e di Enti. Ignota la causa, non conosciuto il rimedio, enormemente diffuso il morbo, espongo il mio proposito: dar vita all'Istituto Nazionale Vittorio Emanuele III per lo studio e la cura del cancro. L'idea base è che il cancro deve essere curato da cancerologi e per formare i cancerologi è necessario riunire questi malati in un Istituto dove chirurghi, radioterapisti, patologi, possano osservare e studiare una larga casistica e farsi una esperienza e una competenza altrimenti impossibile; un secondo concetto è l'interdisciplinarietà, per sperimentare e valutare le possibili associazioni terapeutiche."

Dell'istituto sarà direttore generale e poi presidente l'altro sindaco Bucalossi.

Nel dopoguerra scrive Tognoli (dal 2005 al 2009 fu alla guida della Fondazione Ca' Granda): “subito dopo la Liberazione, nei primi mesi di vita della giunta nominata del CLN, oltre alle iniziative per dare alloggi, sia pure provvisori, ai senza tetto e cibo ai cittadini, venne concessa l’assistenza sanitaria gratuita, a carico del Comune, a oltre 16 mila cittadini bisognosi, mentre venne istituito un Fondo, presieduto da Mario Borsa, allora direttore del “Corriere”, per acquistare la penicillina, che in Italia arrivò con la fine della guerra, ma che era difficile da reperire, soprattutto per i meno abbienti, che erano veramente molti. Successivamente la raccolta di mezzi fu continuata per l’acquisto della streptomicina, altro antibiotico scoperto da poco.

La politica sanitaria e assistenziale del Comune non cambiò di molto con Ferrari (tisiologo primario del Sanatorio di Garbagnate Milanese) che realizzò una ristrutturazione dell’Ufficio d’Igiene dando notevole importanza alla sezione dedicata alla medicina preventiva, il cui scopo era ovviamente quello di intervenire prima del sorgere della malattia (in particolare verso i minori). Un’altra sezione operava nel campo ambientale per rimuovere le cause d’ insalubrità. La profilassi riguardava le (poche) malattie pestilenziali, il vaiolo e l’epatite virale (il “morbo giallo”) e le endemie infettive (scarlattina, difterite, febbre tifoidea, poliomielite). C’era inoltre una specifica assistenza sanitaria per le malattie veneree che avevano visto

una recrudescenza. La profilassi antitubercolare venne molto sviluppata dal Comune (anche se non era un suo compito istituzionale) con interventi diretti e la collaborazione con altre istituzioni sanitarie. I controlli schermografici vennero molto estesi innanzitutto agli scolari, ma anche agli adulti e in particolare ai candidati al lavoro e agli addetti alle manipolazioni alimentari. Venne intensificata la vaccinazione antitubercolare. Contro la poliomielite si introdusse, gratuitamente, il vaccino Salk, da poco diffuso; e in quegli anni vennero aperte quaranta farmacie comunali riprendendo la linea Caldara – Filippetti.”

Ma andando oltre la politica amministrativa Milano del resto era stata protagonista anche della prima legge per la tutela dell’igiene e della sanità pubblica nel dicembre 1888 sotto il governo di Francesco Crispi. Gran parte della fase preparatoria era stata preparata dal milanese Agostino Bertani, le cui parole hanno una certa attualità: “...che i fatti non ci consentono di affidarci alla iniziativa privata, non sempre provvida, né illuminata, né disinteressata in ogni luogo; né vediamo universalmente educate le persuasioni igieniche, né spontanee le iniziative a provvedervi: deve adunque la suprema e ordinata azione dello Stato venire incontro alle oneste e legittime esigenze delle popolazioni; i doveri dello Stato sono imprescindibili, l’igiene pubblica, dunque, deve essere comandata...”; nel febbraio 1887 un gruppo di igienisti milanesi aveva presentato in una sala

dell'Ospedale Maggiore una proposta di legge basata sul lavoro di Bertani che durante l'insurrezione milanese del marzo 1848 aveva diretto l'Ospedale militare di S. Ambrogio, mentre da garibaldino era stato direttore sanitario della spedizione dei mille e in parlamento era stato il leader dell'estrema sinistra storica.

Per ritrovare una legge di riforma bisogna arrivare al 1968, quando il governo di centro sinistra approva il provvedimento di 'conferimento agli ospedali pubblici della soggettività di diritto', proposta dal ministro Mariotti con la normativa tendente a mettere ordine al sistema dell'assistenza ospedaliera. La Legge Mariotti del 1968 istituisce e organizza gli Enti Ospedalieri, costituisce il Fondo nazionale ospedaliero e introduce la programmazione ospedaliera attribuendone la competenza alle Regioni. È la premessa per la nascita del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), istituito dalla legge 833 del 1978 e costituito dal "complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione".

Con questa legge venne riconosciuto uno 'status' giuridico agli ospedali e anche ai dipendenti, medici compresi.

Dopo l'istituzione delle Regioni, avvenuta nel 1970, viene sanzionato con una legge del 1972 il trasferimento delle funzioni amministrative in

materia di assistenza sanitaria e ospedaliera alle Regioni a statuto ordinario.

Nel 1977 - dopo una serie di provvedimenti assunti per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli ospedali e l'istituzione del fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera - vengono soppressi gli enti mutualistici con funzioni di assistenza sanitaria e le gestioni dello stesso genere degli enti previdenziali.

Nel 1978 l'Amministrazione comunale provvide alla elaborazione di una Relazione sullo stato sanitario della città di Milano, anche in vista della riforma nazionale. "Lo scopo del documento era quello di mettere in luce la complessità del sistema milanese, che avrebbe dovuto portare ad una attuazione della riforma secondo le esigenze di una grande città, che aveva strutture consolidate e una distribuzione territoriale dei servizi storicamente non omogenea.

Dipendevano dal Comune tutti i servizi di profilassi, di medicina preventiva e sociale, di medicina scolastica, di igiene ambientale e veterinaria, 3 istituti per anziani, i laboratori protetti e le scuole speciali per portatori di handicap, le colonie, gli asili nido. Altri servizi, ospedali, istituti a carattere scientifico, cliniche universitarie, case di cura, centri diagnostici e per anziani, che insistevano nel territorio urbano, dipendevano dalla Provincia, dagli enti ospedalieri, dalle IPAB, dagli enti pubblici nazionali, dall'università e da privati. A questi vanno aggiunti

il consorzio provinciale antitubercolare, l'azienda delle farmacie municipali, l'emergenza e il pronto soccorso (10 servizi presso gli ospedali pubblici) le prestazioni di medicina generale, specialistica e diagnostica degli enti mutualistici e i centri antidroga (CAD) finanziati dal Comune. Questa elencazione sommaria da un'idea di cos'era il sistema sociosanitario milanese prima della riforma, con le sue frammentarietà, ma con le sue potenzialità.

Tra ospedali regionali, provinciali, zionali, IRCCS, psichiatrici, c'erano a Milano, alla fine degli anni '70, oltre 12.300 posti letto e 18.000 dipendenti. Gli enti mutualistici disponevano nel 1981 di oltre 1600 medici di famiglia e circa 1200 medici specialisti negli ambulatori. In totale il personale impiegato nei servizi sanitari pubblici in città era di 24.500 unità per una spesa, nel 1979, di 511 miliardi di lire (di cui 282 per gli ospedali).”

Con la legge che istituisce il Servizio Sanitario Nazionale e vale la pena ricordare che il sindaco Aniasi all'inizio degli anni Ottanta per due volte Ministro della sanità fu un protagonista dell'implemento della legge, il protagonista principale non sarà più il comune ma la regione. Ma questa è storia dei giorni nostri.

Premessa Storica

A cura di Francesco Carelli

Quando Roberto Formigoni divenne Presidente della Regione Lombardia nel 1995 creò una squadra che argomentava l'insostenibilità economico – finanziaria del SSN: propose e sostenne per lunghissimi 20 anni, con ben quattro mandati, la necessità di un rapporto di sussidiarietà con le strutture private tramite ingaggi o convenzioni con la Regione. Questi anni hanno evidenziato l'insuccesso di tale impostazione che mirava, tramite le strutture private convenzionate, a incrementare l'offerta di salute: il cittadino può decidere di andare dove vuole e trova ampia offerta nel SSN. Si è verificato, invece, un puzzle di errori che ha determinato essenzialmente una privatizzazione, prima strisciante e ora dilagante, ormai predominante. Tutto questo ha provocato, ed è sotto i nostri occhi, effetti scellerati tra cui primeggia che il cittadino che può deve pagare una seconda volta tramite assicurazioni o out of pocket per avere assistenza ed essere seguito (con le deleterie incapacità di molto privato di sapere o potere proseguire gli iter diagnostici e terapeutici quando complessi e lunghi), tanto meno di avere una visione completa e longitudinale nel tempo del paziente e non conoscitivo dei rapporti sociali, sanitari del paziente e nulla della familiarità e dei consanguinei e ancora nulla facendo

attivamente nel campo della prevenzione (non porterebbe guadagno!) tranne i check codificati da varie assicurazioni ed i pacchetti aziendali, non secondo linee guida società scientifiche.

L'affossamento delle cure del cittadino / paziente, dalle vaccinazioni, alla prevenzione, ai controlli, alle prese in carico, al dopo che riguarda l'assistenza riabilitativa e la galassia della cronicità (percentualmente dilagante per età e per infortuni), e la degenza a tempo o definitiva che non sia a totale pagamento.

Una disfatta socio – sanitaria abbastanza ampia che ha creato, contrariamente a quanto dettano l'Etica e la Costituzione, cittadini di serie A, di serie B e fuori serie: percentuali sempre maggiori non si curano più! Quest'ultimo tragico aspetto porta poi di rimbalzo a maggiori costi sulla Sanità Pubblica che deve intervenire in situazioni diventate molto pesanti e in situazioni dove è mancata un'organica visione di Prevenzione. Contemporaneamente, questa pervicace impostazione si è accompagnata a lesinare gli investimenti pubblici lasciando decadere il settore pubblico come strutture e innovazioni, non reclutando adeguatamente nuovo personale a fronte di necessità contabilizzate, di turnover e ultimamente di fughe nel privato e pre – pensionamenti, lasciando spesso degli Eroi della Sanità a operare in ambienti difficili e ad affrontare, con perizia, professionalità, estrema dedizione, le situazioni più difficili e a più alto costo, rifiutate / deviate proprio dal settore privato.

In quanto su esposto, ho evidenziato anche un *key-point prima totalmente ignorato* e per me fondamentale, mentre allora si usavano diagrammi istituzionali ben lontani dal Cittadino ancora meno empatico/umani/pratici verso il Paziente.

“Con il privato, il cittadino/utente *non è più* un paziente/persona di cui ci si interessi, come nelle basi fondanti metodologiche e relazionali della Medicina, in tutto il suo aspetto olistico–bio-psico–sociale, tanto come Community Orientation. Con ciò, si perde umanizzazione, prevenzione, visione essenziale longitudinale, si procede per pura presa in carico per singolo evento, perdita di visione unitaria e programmatica, assenza di accompagnamento in successive complicanze, come cronicità, fragilità, istituzionalizzazioni. Si sta creando una Sanità disumanizzata e “scientista” solo nell’uso a domanda e nell’uso estemporaneo di strumenti anche sofisticati e puramente connessi al “momento” diagnostico”.

50 sfumature per il servizio sanitario nazionale

A cura di Salvatore Crapanzano

Nonostante sia importante e urgente migliorare la sanità, la risposta non può limitarsi alla semplice richiesta di aumentare la spesa sanitaria; con obiettivi diversi, sui giornali sono costantemente contrapposte notizie – forse entrambe vere – che nel prossimo bilancio dello Stato “la disponibilità di spesa aumenta oppure che diminuisce”.

L’urgenza di avere maggiori risorse per aumentare in modo corretto e adeguato gli **stipendi di medici e infermieri** è evidente, ma per queste due categorie professionali l’aspetto economico non è sicuramente l’unico, e in molti casi neppure quello prevalente, rispetto ad altre concrete e annose esigenze (organizzative, lavorative, disparità di trattamento, senso di abbandono...) che hanno medici e infermieri che operano nel Servizio Sanitario Nazionale.

Dato che la spesa sanitaria in Italia, pur non essendo maggiore di quella di altri paesi europei, è molto elevata, per affrontare in tempi il più possibile brevi questo fondamentale problema bisogna **porsi ora in parallelo diversi obiettivi**, che pur sembrando discordanti perché necessitano

tempi e modalità di intervento molto diversi, sono invece del tutto strettamente collegati:

1. l'obiettivo fondamentale deve essere quello di **riqualificare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN)** possibilmente per potenziarlo, ma prima di tutto per evitare che riesca a sopravvivere alle molteplici e crescenti difficoltà.
2. È assolutamente indispensabile mettere costantemente al centro le fondamentali, ma tutto sommato molto semplici, **esigenze del normale cittadino**, il reale cliente del Servizio Sanitario Nazionale (che ad esempio non può attendere troppo per effettuare indagini diagnostiche, che in molti casi si dimostrano particolarmente urgenti).
3. Le campagne di **prevenzione**, che è necessario organizzare adeguatamente per rendere i risultati meno incerti, sono molto utili per ridurre il numero di futuri pazienti, e di conseguenza anche i costi.
4. Le campagne di **promozione** di adeguati stili di vita, oltretutto se bene orientate e non eccessivamente invasive, possono fortemente ridurre il numero dei futuri potenziali malati (esempio i bambini sovrappeso) e di conseguenza anche i costi.

5. Le **nuove tecnologie** permettono di aumentare il numero e la qualità di molti importanti servizi sanitari, ottenendo risultati maggiori e migliori con possibilità di ridurre la spesa in modo molto consistente. Tenere conto sia della potenziale resistenza al cambiamento da parte del personale sanitario non adeguatamente formato, sia degli elevati costi iniziali di investimento.
6. La **telemedicina** è in grado di fornire prestazioni sanitarie migliori a costi più contenuti, non solo per il Servizio Sanitario Nazionale (diminuendo molti problemi logistici e amministrativi) ma anche per il singolo paziente (che ad esempio evita di spostarsi).
7. Il servizio di **telemonitoraggio** attraverso sensori può essere facilmente di notevole aiuto per seguire l'evoluzione di una malattia, può anche migliorare l'assistenza ai pazienti (specialmente quelli cronici, ad esempio con scompenso cardiaco) e può ridurre i costi specialmente se svolto su larga scala. **Garantire la sicurezza dei dati** dei pazienti è un prerequisito per sostenere lo sviluppo di telemedicina e di telemonitoraggio.
8. Indispensabile alleggerire la pressione sui **pronto soccorso degli ospedali**, organizzando un'assistenza meglio

distribuita sul territorio, attivando un numero non eccessivo di Case di Comunità e Ospedali di Comunità perché è necessario che ogni ambito territoriale sia direttamente adeguatamente dotato di medici, infermieri, apparecchiature; nelle Case di Comunità potrebbero anche essere presenti (a gruppi), molto opportunamente, i medici di famiglia.

9. Le effettive **urgenze di intervento salvavita** devono essere affidate a una rete organizzativa molto rapida, specializzata, e mantenuta ad un livello di massima efficienza garantendole non solo adeguate risorse economiche, ma anche una logistica di alto livello.
10. Opportuno intervenire sull'iter di accesso ad **accertamenti specialistici** che il SSN eroga solo attraverso il proprio medico di famiglia, per ridurre inutili loop e conseguenti perdite di tempo.
11. Considerare le esigenze dei pazienti nel quadro dei personali **aspetti psicologici** e delle specifiche **problematiche familiari**, per aumentare l'efficacia delle cure e diminuire i costi.
12. Migliorare la continuità dell'assistenza ai **pazienti cronici**, in particolare l'assistenza infermieristica; in modo da ridurre i costi unitari e poter aumentare il numero degli assistiti

13. Definire meglio apposite modalità di **assistenza domiciliare**, adeguatamente personalizzata non solo nei casi delle persone non autosufficienti; a tal fine risulta molto utile coinvolgere gli Enti del Terzo Settore per ottenere supporti qualificati. Riducendo i costi unitari di questo servizio è possibile aumentare il numero dei pazienti serviti.
14. Il **fascicolo sanitario elettronico** può facilitare interventi sanitari di specialisti diversi, in diverse zone del paese, nell'arco degli anni; per esperienza sottolineo che è importante non solo aggiungere informazioni, ma anche annullare quelle che per motivi vari sono state inserite in modo sbagliato e garantire la riservatezza dei dati, specialmente per evitarne l'utilizzo per fini del tutto impropri (ad esempio da parte delle case farmaceutiche)
15. Il contributo delle diverse modalità di **welfare aziendale** (che si stanno diffondendo in molte aziende ed enti del Paese) può essere molto utile, specialmente se si riesce ad integrarlo con il Servizio Sanitario Nazionale e non solo con la sanità privata (come sta avvenendo in modo sempre più diffuso).
16. Studiare **Piani assicurativi volontari** che possano integrare le prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale (interessante

prendere in esame diverse situazioni presenti in Svizzera).

Con riferimento al fabbisogno di personale:

17. La sfida principale è rappresentata dalla **carenza cronica di personale**, soprattutto nelle specialità più richieste, ma serve nei casi specifici una corretta e completa analisi della situazione pregressa, cioè di come è stato utilizzato il personale, quali carenze si sono evidenziate e perché.
18. Serve effettuare serie **attività di verifica (audit)** sull'attuazione e l'idoneità delle scelte fatte.
19. Serve un'accurata individuazione delle esigenze pubbliche da soddisfare, sia quelle che in passato si sono dimostrate evidenti, sia quelle che per motivi vari (ad esempio statistici) sono ragionevolmente prevedibili.
20. Serve sempre rivedere gli **assetti organizzativi**, con i livelli di responsabilità, prendendo in esame separatamente i diversi settori (amministrativi, tecnici e quelli direttamente operativi in campo sanitario).
21. Sulla base di queste analisi serve determinare quante persone occorrono per assicurare le funzioni fondamentali,

naturalmente articolate per **processi da gestire** (ma tenendo sempre presenti i vincoli e i problemi della finanza pubblica, che dipendono da altre considerazioni!).

22. **Evitare di confermare semplicemente** la situazione esistente e prevedere quanti andranno in pensione per chiederne la sostituzione e una ovvia (ma forse non ben motivata) integrazione.
23. Tenendo conto delle **strumentazioni** e delle tecnologie che potrebbero diventare disponibili, importante richiedere dotazione di personale che sia capace di utilizzarle o che possa rapidamente fare percorsi di formazione. Il SSN si trova sempre in un contesto di scarsità di risorse economiche e vincoli di bilancio.
24. Tenendo anche conto dei possibili ipotizzabili futuri rischi (pandemia o altro) considerare che il personale non sia eccessivamente iper specializzato, ma che possa, in caso di necessità, essere disponibile con adeguata **flessibilità** per poter rispondere anche al cambiamento delle future esigenze.
25. Tener conto delle opportunità che possono derivare dalla cooperazione di altre strutture analoghe (all'interno della stessa struttura o comunque del territorio circostante) che possono **determinare un minore fabbisogno**, soprattutto per le

professionalità particolarmente specializzate

26. Tenere conto che molte risorse, ben qualificate e ben motivate, possono essere ricercate anche attivando **collaborazioni specialistiche**, finalizzate a specifici obiettivi (e recuperabili con apposite gare).
27. Non basta però svolgere un'accurata analisi e una ben motivata proposta, perché per ottenere il risultato voluto serve anche individuare e seguire l'**iter decisionale** complessivo necessario per ottenere il risultato desiderato (anche se esula dalle proprie dirette responsabilità).
28. Non dimenticare l'importanza della crescita del personale già disponibile, non solo dal punto di vista **professionale** ma anche sotto quello **etico e collaborativo**, particolarmente importante proprio nel settore sanitario.
29. Sul progressivo aumento delle “**cause per colpa dei medici**” intervenire in modo adeguato, preferendo attivare forme di giusta difesa che costituiscano un filtro rispetto a tutte quelle richieste che non hanno oggettivo costrutto, rispetto alla decisione di attivare forme assicurative che potrebbero invece incentivare la deresponsabilizzazione.

30. La **nomina dei dirigenti** negli ospedali e nelle strutture sanitarie non può essere affidata solo a scelte di natura politico-personale (che difficilmente possono mancare). Necessario garantire maggiore coinvolgimento (ma in forme adeguate, per non complicare ulteriormente il processo decisionale) delle categorie professionali direttamente interessate e anche, ad esempio, delle associazioni dei pazienti.
31. Gli **informatori farmaceutici** dovrebbero contattare i medici esclusivamente attraverso seminari pubblici, compito che così potrebbe essere facilmente garantito dagli Ordini dei Medici.
32. È necessario che nel mercato entrino **farmaci innovativi e con costi più contenuti**, che tengano anche maggiormente conto delle differenze fra maschio e femmina, fra bambini e anziani. L'inserimento di farmaci nuovi deve insieme motivare la decisione di togliere dalla rimborsabilità altri farmaci meno attivi o più tossici. Risulta evidente che risultati di questo tipo si possono ottenere solo affrontando adeguatamente – con gruppi interdisciplinari e intersettoriali in grado di esprimere elevate competenze

disgiunte da interessi di parte - i fortissimi interessi oggettivamente contrastanti.

Con riferimento alle esigenze della popolazione:

33. Particolare attenzione alle **esigenze dell'infanzia e dell'adolescenza**, che pur essendo ridotti di numero stanno aumentando di complessità (dipendenze patologiche, influenze dei social, etc), e quelle della Terza Età perché l'allungamento della vita ha determinato esigenze diverse nella **popolazione anziana**, che è anche in numero preponderante rispetto alle altre classi di età.
34. Garantire la massima integrazione tra i **servizi sanitari e alcuni servizi sociali** per ottenere migliori risultati sul territorio (riducendo anche i costi complessivi) e controllare per **nucleo** familiare gli interventi oggi ad personam (tenendo insieme le esigenze delle donne e dei minori).
35. Importante aumentare le attività di **prevenzione** in modi diversi e in tutti i campi, sollecitando ad esempio collaborazioni del Terzo Settore, che spesso dispone di personale molto disponibile e capace.

36. Riorganizzare le **cure domiciliari** per ottenere migliori risultati limitando i costi.
37. Lo sviluppo delle attività di **riabilitazione domiciliare** può determinare anche la progettazione di appositi dispositivi medici innovativi.
38. **Infermieri di comunità**, che oltre a dare risposte più dirette e più rispondenti alle esigenze territoriali sono in grado di ridurre, almeno in gran parte, le richieste da sempre frammentarie e disorganiche dei singoli pazienti.
39. Le **Case di Comunità** dovrebbero fornire maggiore vicinanza della sanità al cittadino, maggiore integrazione dell'assistenza sanitaria e di quella sociosanitaria, essere riferimento operativo per la prevenzione in collaborazione con i medici di medicina generale.
40. Gli **Ospedali di Comunità**, con la dotazione di alcuni posti letto dovrebbero costituire l'indispensabile alleggerimento dei grandi ospedali.
41. La **Centrale Operativa Territoriale (COT)** dovrebbe essere messa nelle condizioni di essere il cervello che coordina tutto su più ambiti di territorio

Con riferimento ad aspetti generali:

42. Operare in modo coerente e continuativo su tutte queste attività è assolutamente necessario per poter dare futuro alla **Sanità Pubblica**.
43. La **sanità privata**, certamente molto utile, è stata e continua ad essere troppo favorita (per molti motivi, in gran parte evidenti) e sta rapidamente fagocitando quella pubblica, anche perché è una tendenza più facile da seguire, in una situazione con risorse sempre più scarse e complessità crescente.
44. La trasformazione del sistema sanitario richiede non solo investimenti finanziari, ma anche una profonda **riorganizzazione** dei processi e un **coordinamento** tra diversi attori e settori, tutti risultati non facili da realizzare.
45. Tenere conto che su ogni proposta di intervento possono emergere specifiche **difficoltà**, non solo nella fase di impostazione ma anche in quella gestionale.
46. I vantaggi attesi dal supporto dell'**intelligenza artificiale** (A.I. Artificial Intelligence) sono molto rilevanti, perché l'A.I. è certamente uno strumento importante per offrire soluzioni anche molto innovative per migliorare la qualità, la produttività, l'efficienza e l'accessibilità dei servizi pubblici. Tutto questo pur di

mantenere forte controllo degli aspetti negativi.

47. L'integrazione sempre più ampia delle **tecnologie digitali avanzate** può aumentare la sicurezza di tutte le attività, da quelle formative (simulatori) a quelle operative (realtà virtuale per i chirurghi) a quelle di controllo.
48. La **volontà** di intervenire in modo responsabile ed efficace sul Servizio Sanitario Nazionale, cercando di mantenere sempre nettamente prevalente l'obiettivo di consolidare i vantaggi verso tutti i Cittadini, deve essere molto energica; ma la modalità deve essere ben gestita, motivata e finalizzata. Dato che molte cose che ho sinteticamente elencato sono da tempo ben note, in questi casi il problema diventa ancora più difficile da affrontare, perché non si tratta di migliorare soltanto le conoscenze ed approfondire le difficoltà, ma si tratta di riuscire ad intervenire correttamente (ad esempio evitando di scegliere alcune soluzioni tecnologiche soltanto per favorire qualcuno).
49. Per rendere più attrattivi i lavori di Medici e Infermieri è indispensabile un'ampia azione finalizzata a recuperare l'**autorevolezza degli Operatori** del settore sanitario e a sottolineare la

presenza in loro di solide basi di empatia e umanità.

50. Inserisco una notizia che potrebbe essere utile, e che potrebbe aprire altre **nuove modalità di collaborazione**: su richiesta dell'Ordine dei Medici di Milano avevo presentato una relazione ad un incontro da loro organizzato per la formazione dei medici nella quale sottolineavo che tra le opportunità di miglioramento dei servizi sanitari oggi offerti, era interessante tenere in debito conto la presenza sul territorio milanese di molti Comitati di Quartiere che potevano fornire peculiari esigenze e proposte.

Armonizzazione delle cure in un dialogo tra municipalità, regione, università

A cura di Francesco Carelli

Curarsi dei Cittadini deve essere, anzitutto, relazione, vicinanza, condivisione, farsi carico dei guai dell'altro, e per ottenere ciò, anzitutto, vi deve essere un rapporto sinergico fra mondo della Sanità e mondo della Salute. Occorre chiedersi: dove esiste questo, dove non esiste più perché smantellato? Subito e forte, occorre indicare che va ricreato e come. Il punto chiave è avere cura degli altri, dei cittadini / pazienti, quando tutto il resto (tamponi, saturimetri, farmaci, finta efficienza dei centralini, digita 1, digita 2, case della comunità inventate ai tavoli di uffici lontani e senza vedere e conoscere la realtà e confrontarsi e discuterne con gli attori di quella Sanità) sono solo degli strumenti.

È volere bene alle proprie Cittadine e ai propri Cittadini nei loro momenti più difficili, dicendo che si è loro vicini con trepidazione e si fa tutto ciò che si può, anche se quello che si può magari è poco, per diminuire sofferenze e fatiche, sconcerto, delusione. La politica è una cosa bella, bellissima per questo!

C'è un senso di forte attesa e di forti e chiare idee o proposte o reclami per qualcosa di nuovo per il

presente e il futuro, occorre programmare, con orizzonti ampi, il futuro partendo dal presente e dal passato, per un reale e sostanziale cambiamento in meglio per tutta la Società. Tutta la Società a partire dai più deboli, dai meno avvantaggiati, che sia inclusiva dei dimenticati, di quelli che non votano più e non gli chiediamo perché e cosa fare: nessuno deve essere lasciato indietro.

In Sanità, l'obiettivo deve essere quello di rispondere alle reali esigenze dei pazienti, con servizi mirati. Ad esempio eclatante, i pazienti fragili sono in gran parte anziani e magari non autosufficienti, per cui, sarebbe molto evidente che tali servizi sono in parte sociali e andrebbero erogati, come avviene quando avviene, dai Comuni. Con ciò si parla di un reale intervento di amministrazione e supporto nella Assistenza Domiciliare Integrata e nelle Degenze di Sostegno e nelle RSA e che siano a dimensione umana ed etica.

Occorre dialogo con il personale sanitario che, infatti, è già in forte subbuglio e forte opposizione, e operare tempestivamente sulla **necessità di metterlo in rete**. Occorre progettare servizi per le "Case", dai Presidi Sociosanitari Territoriali ai Punti Unici di Accesso, dalla **riconversione dei piccoli ospedali** per pazienti a bassa intensità alla presa in carico dei cronici, occorre anzitutto **creare una efficiente "mappatura"**.

E, poi, ma non meno importante, non privilegiare dialettiche con distanti uffici regionali e/o asettici /

impersonali uffici puramente amministrativi, distanti, ma invece essere vicini con amore e pazienza, e si dia la gestione sanitaria solo a coloro che davvero sono al servizio dei cittadini / pazienti, a coloro che davvero già sono vicini a questi e contemporaneamente ai deboli, ai fragili, ai domiciliati (potenziare la domiciliarità! ... e, quindi, al personale Socio-Sanitario, ascoltandolo molto seriamente.

C'è una carenza di comprensione e vicinanza tra i sentimenti, le preoccupazioni, le difficoltà che i cittadini, disorientati, stanno affrontando e quello che dall'altra parte è il governo dei territori. Il punto è ***distinguersi nell'offerta e nella proposizione attuativa*** come riferimento a una comunità comprensibilmente in attesa di risposte adeguate. Se curarsi dei cittadini deve essere, anzitutto, relazione, vicinanza, condivisione, farsi carico dei guai dell'altro, allora, anzitutto, vi deve essere un ***rapporto sinergico fra Sanità e Salute***.

E veniamo a **quattro punti, come punti di critica con lo scopo di costruire o ricostruire proposte e realtà necessarie. Medicina Scolastica, Medicina di continuità assistenziale, Medicina territoriale e Medicina di famiglia, Case di Comunità.**

La non - situazione di una ***medicina scolastica comunale***, fiore all'occhiello dei Comuni, negli anni che furono, nella sua capillarità e nel suo ruolo di controllo, prevenzione, vaccinazione, assistenza: ora una delle grandi realtà commemorate, rapita nel 1994 ai comuni e abolita come “non necessaria

“, chissà perché. Si rivela, ora, anzi, già durante il 2020, un qualcosa che ha un ruolo chiave che è mancato, su aspetti epidemiologici, prevenzione e educazione sanitaria con le famiglie. Va riformulata, e nuovamente a livello comunale.

Non meno importante, una guardia medica, che si chiamava servizio di **Continuità Assistenziale**, ora si scopre che è carente, eppure periodicamente si piange, a livello delle massime Istituzioni, ma solo dopo periodiche uccisioni, stupri, ferimenti, minacce. Il Comune deve avere un rapporto chiaro relazionale e supportivo (vedi sedi, vedi sicurezza) con chi lavora per assisterci durante le notti e le festività e nelle urgenze sanitarie. **Il Comune deve assumersi le sue responsabilità di vicinanza attiva, assumersi delle competenze**, anche alcune che aveva già prima, e che ora è dimostrato quanto sia stato deleterio averle perse e quanto urgente sia che vengano riprese, con un ruolo fattivo di collaborazione e di supporto. Le competenze si prendono, ancora più quando si è una grande metropoli europea e la situazione è visibilmente carente e le necessità sono palesi.

Occorre cautela, se si considera la riforma della medicina del territorio come prevista nel **Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza** del governo Draghi e incentrata sulle Case della Comunità. Lascia perplessi perché: **i finanziamenti potrebbero non finire nei posti giusti**, vi sono una serie di regole lacunose per la loro utilizzazione, e poi si evidenzia una decisa incoerenza quando,

nello stesso, si accorpa in alcune Case ogni tot decine di migliaia di cittadini/pazienti e si sottolinea poi la necessità di avere una efficiente medicina di Prossimità.

In effetti, il PNRR, come si vede nelle prime fasi di ideazione / strutturazione, non risponde alla esigenza, questa necessaria e urgente, di dare migliori risposte, di aggregare le forze del servizio sanitario che sono già presenti sul territorio. Cioè: medici di famiglia, pediatri, specialisti in specifiche branche, infermieri e farmacie. Il PNRR prevede, invece, di accorpare servizi, formare poliambulatori, così allontanando fisicamente le cure dai pazienti. Queste *Case della Comunità*, denominazione che sostituisce il precedente termine di Case della Salute, dovrebbero offrire funzioni “sociali” dei Comuni, integrandole con le “competenze sanitarie” delle Regioni. Ma va considerato quanto sia noto e dimostrato che le Regioni hanno possibilità, e lo fanno, di sostituirsi a deliberazioni comunali! Inoltre, nel PNRR, i 2 miliardi di fondi europei sono riportati al capitolo “Sanità”. Dunque, anche qui, siamo davvero sicuri che davvero tutto è sotto controllo?

Se guardiamo alla riforma della medicina del territorio, tentata dieci anni fa dalla legge Balduzzi, cioè quella che cercava di aggregare medici di famiglia, specialisti di branca medica e infermieri in Aggregazioni funzionali ed Unità Complesse di cure primarie, con obiettivo dichiarato di migliorare l'organizzazione, dare continuità tra le

diverse figure professionali, e migliorare l'accessibilità, abbiamo visto come fu fermata soprattutto dalla realtà della frammentazione regionale, che ha creato situazioni altamente diversificate tra loro.

Argomento serio sotto il profilo di merito e di qualità e secondariamente causa di disaffezione e fuga, è lo stato dei corsi di perfezionamento in medicina generale, mai allineati con le Direttive Europee e delle Società Scientifiche in merito, per cui non sono stati equiparati agli altri corsi specialistici, causa mancati accordi con l'Università e conseguente non equiparazione ai titoli qualificanti a livello europeo. Anche qua, occorre riprendere una armonizzazione fra Università, Regione e Ordini professionali.¹

Occorre “sapere” impiegare le risorse, e il PNRR ci dà soltanto cinque anni di tempo. Finora, i dibattiti sono stati affrettati e confusi, partendo dall'idea che le Case di Comunità siano come scatole dove poi metterci servizi. L'obiettivo deve essere quello di rispondere alle reali esigenze dei pazienti, con servizi che siano essenzialmente mirati. Ad esempio eclatante, i pazienti fragili sono in gran parte anziani e magari non autosufficienti, per cui, sarebbe evidente che tali servizi sono in

¹ Simmenroth A, Carelli F, Vallersnes OD, et al. – European Education Requirements for Family Medicine Curriculum, 2020, EURACT / WONCA Europe Document

parte sociali e andrebbero erogati, come avviene quando avviene, dai Comuni.

In alternativa alla prossimità fisica ci può essere quella generata da una **efficiente piattaforma informatica comunale** fruita da medici di famiglia e farmacisti, quelli che sono i capisaldi che realmente resterebbero capillari. La sanità digitale potrebbe mettere in relazione il medico con gli altri professionisti consentendogli di lavorare sia nel suo studio sia nelle Case di Comunità (sdoppiamento di presenza?) e di aumentare l'intensità assistenziale. Inoltre, va speso e investito più in personale e formazione e qualificazione che in “opere edilizie”!

Le farmacie devono avere un ruolo di supporto e di educazione sanitaria. SI propone che le farmacie possano eseguire esami per sfoltire le liste d'attesa. Ma, a quanto pare, non limita gli esami eseguibili in farmacia al solo insieme dei test prescritti da medici, siano essi del Servizio sanitario o privati. Se chiunque può entrare in farmacia e chiedere un test, ci si deve chiedere quali diventino i rapporti con i medici, i loro ruoli verso i pazienti e quali sono le competenze di un farmacista rispetto ad un laboratorista. Questo quando, da tempo, si tenta faticosamente *una armonizzazione di metodiche* fra laboratori per monitorare efficientemente i

risultati per pazienti che non afferiscono sempre allo stesso laboratorio.²

La soluzione comunale non sia rincorrere la Regione ad una Sanità che non si approssima e si prende Cura, e faccia uscire ancora il privato e i divari economici, ma progettare se aprire delle Case, su dati scientifici ed economici già sperimentati all'estero, e attui, con progressività solo con la premessa di capire, studiare, conoscere, vedere dove e come si trovano quotidianamente a lavorare, e pesantemente, i vari operatori. E, last but not least, non privilegiare dialettiche con distanti uffici regionali e lo stesso per asettici / impersonali uffici puramente amministrativi ASL, distanti invece di essere vicini con amore e pazienza, ma dia la gestione sanitaria solo a coloro che davvero sono al servizio dei cittadini / pazienti, a coloro che davvero già sono vicini ai cittadini, ai pazienti, ai deboli, ai fragili, a domiciliati (potenziare la domiciliarità!).

Per sconfiggere le politiche sanitarie statali e regionali, errate e fatte nelle lontane stanze ovattate, occorre una sollevazione cosciente, acculturata, propositiva, riformista da cittadini, da associazioni, da terziario, da volontariato, i Comuni si riappropriano competenze perdute e difendano competenze nuove, tutti vicini ai fragili, ai dimenticati, ai cronici, agli invalidi o disabili, a

² Plebani M, Lippi G. - Standardization and harmonisation in laboratory medicine – Clin Chem Lab Med 2023; 61(2): 185 – 187.

prendersi cura con strumenti adatti e di propria gestione, e con il personale competente, che ne sia consultato e che ne sia premiato.³ Nei Comuni, grandi e piccoli, i Cittadini devono potere trovare anche strutture *RSA* a differente livello di assistenza, autorizzate e periodicamente ispezionate e costantemente video controllate, a tariffe calmierate e verificate e con reali budget per intervenire a compensare nei casi di incapacità di coprire la spesa da parte dei ricoverati.

Il Commissioning (in italiano la messa in servizio) è molto di più che il comprare servizi; richiede cicli annuali di riflessioni collettive ed un'azione coordinata per una serie di miglioramenti che coinvolgono una moltitudine di persone nelle reti in sistemi di mappatura.

Studi decennali hanno valutato la natura delle cure integrate orientate sulla comunità (COIC) nel significato di integrare gli sforzi combinati fra trattamento delle malattie e miglioramenti della salute a livelli locali, sviluppando comunità per la salute, con servizi multipli con attività per popolazioni in condizioni complesse.⁴

³ Carelli F. – Per una nuova Sanità, con i Cittadini, per i Cittadini - Atti - Relazione al Congresso Alleanza Civica Sanità presso Centro Culturale Caldara- 2022

⁴ Evaluating case studies of community-oriented integrated care - Paul Thomas, Andrew Papanikitas, Francesco Carelli et al. – London Journal Primary Care. 2018; 10(4): 73-81.

Anche l'**uso delle linee guida evidence – based** può avere impatto e forzare a cambiamenti “politici”, in quanto le raccomandazioni associate alla indicazione di standards di qualità hanno prodotto effetti positivi in vari paesi europei sia come strutturazione sia come finanziamenti ad hoc. Da considerare, che, comunque, questi cambiamenti richiedono anni per essere attuati.⁵

⁵ Francesco Carelli – Evidence Based Medicine and Needs Based Medicine – Int Clin Med Jour. 2022; 1(12). 1-2.

Case di Comunità, non di discontinuità, lontananza e utopia

A cura di Francesco Carelli

Le Case di Comunità – Hub, cioè centralizzate, dovrebbero essere concepite come strutture molto grandi, facilmente accessibili e ben individuabili dove i cittadini possono recarsi per soddisfare bisogni di salute che richiedono assistenza sanitaria e sociosanitaria.

Ma con pochi medici di famiglia, infermieri del territorio, farmacisti e specialisti di più branche le *Case di Comunità - Hub* previste dal Piano nazionale di ripresa e resilienza stentano molto a decollano. Il punto è che, al posto di grandi edifici, serve personale concentrato in strutture più ridotte e che sia il più vicino possibile ai pazienti. Il problema non è tanto riutilizzare edifici o realizzare le “case” con i soldi europei, ma come tenerle aperte in carenza di personale sufficiente e con macchinari aggiornati e realmente utilizzabili di routine da non da alta tecnologia, da usare negli ospedali.

Anche per quanto riguarda gli *Ospedali di Comunità* (tanti fatti chiudere negli anni passati, facendoli passare per “rami secchi”) i dati sono nettamente inferiori ad un quarto dei previsti. Va poi considerata la riduzione del 30 per cento degli interventi da finanziare con le risorse del PNRR entro il 2026, determinata dall’aumento dei costi.

Lo stesso Piano afferma che le strutture cancellate saranno realizzate con risorse provenienti dai fondi dell'edilizia sanitaria, ma le Regioni preannunciano ostacoli.

Occorre “sapere” impiegare le risorse, e il PNRR ci dà soltanto uno spazio **fino al 2026**. Finora, i dibattiti sono stati affrettati e confusi, partendo dall'idea che le Case di Comunità siano come scatole dove poi metterci servizi. L'obiettivo deve essere quello di rispondere alle reali esigenze dei pazienti, con servizi che siano essenzialmente mirati. Ad esempio eclatante, i pazienti fragili sono in gran parte anziani e magari non autosufficienti, per cui, sarebbe evidente che tali servizi sono in parte sociali e andrebbero erogati, come avviene quando avviene, dai Comuni.

In alternativa alla prossimità fisica ci può essere quella generata da una efficiente **piattaforma informatica comunale** fruita da medici di famiglia e farmacisti, quelli che sono i capisaldi che realmente resterebbero capillari. La **sanità digitale** potrebbe mettere in relazione il medico con gli altri professionisti consentendogli di lavorare sia nel suo studio sia nelle Case di Comunità (sdoppiamento di presenza?) e di aumentare l'intensità assistenziale.

Accanto a medici di famiglia, infermieri di comunità, assistenti sociali e volontari di supporto, **le farmacie territoriali** hanno dimostrato essere perno importante della rete di prossimità, e grazie al PNRR può essere arricchita con tecnologia che

consente monitoraggi e gestione dati con test diagnostici raccolti alla porta di casa del cittadino.

Una proposta in discussione è quella che medici di famiglia e pediatri si aggregano, formando cooperative o società tra professionisti, per dare vita a **Case di Comunità – spoke**, quindi caratterizzate da maggiore capillarità ed effettiva vicinanza sul territorio, gestite in autonomia e prese in affitto o in leasing con il sostegno di ENPAM (Ente Previdenziale Medici). Case Spoke e mini-Spoke possono favorire ***l'aggregazione professionale o lo sviluppo e l'espansione di studi medici esistenti o di nuova costituzione***, da collegarsi con le strutture enormi (Hub) e finanziate con i fondi PNRR, ben previste ma con le loro evidenti criticità. Le case-Spoke avrebbero l'obiettivo di passare da un modello con al centro l'ospedale ad un'integrazione progressiva sul territorio, e, punto importante, partendo dalla casa come primo luogo di cura.⁶

Inoltre, va ***speso e investito, anzitutto! più in personale e formazione e qualificazione che in "opere edilizie"*** per poi meravigliarsi non si riempiano né delle figure professionali previste, né ovviamente di coperture H24 – 7/7.

6

- Carelli F. - Congresso Sanità Alleanza Civica, Febbraio 2022
- Il Giornale ENPAM, 2023, n.5:6-8.

Appropriatezza

A cura di Francesco Carelli

L'appropriatezza prescrittiva.

Si considerano cure mediche appropriate quelle i cui vantaggi superano i rischi con un margine sufficiente a renderle meritevoli di applicazione: aumentare le cure appropriate riducendo quelle inappropriate, produce vantaggi per i pazienti e per la società in termini di salute e benessere.

La “tendenza è quella di misurare l'appropriatezza di un procedimento diagnostico oppure terapeutico in funzione dell'aderenza a linee - guida che di solito sono basate”, secondo canoni accettati, “su trial controllati e randomizzati e in popolazioni selezionate. Più recentemente si tende a includere nella definizione di appropriatezza la correzione degli sprechi che contribuiscono fortemente a mettere in crisi la sostenibilità economica in Sanità.

Le indicazioni di un decreto – legge e le scelte politico - economiche non devono limitare il libero esercizio della professione medica, ma sono un invito ad attenersi a determinati protocolli e servono a tutelare il paziente dalla cattiva clinica.

La sentenza n. 169/2017 depositata il 12 luglio 2017 dalla Corte Costituzionale¹ definisce con esattezza le norme relative alle condizioni di erogabilità del decreto Lorenzin, e di ogni decreto sulla spesa sanitaria, e lo interpreta non come un

vincolo ma solo come un invito di conoscenza per il sanitario.

Va ricordato, poi, il problema del sottoutilizzo, cioè le pratiche che secondo le prove scientifiche apportano benefici certi, ma che non vengono erogate a sufficienza.

La medicina è una scienza e come tale in continua evoluzione, per cui non è possibile imporre una metodica sostanzialmente finanziaria nelle linee guida, ma la pratica deve considerare l'autonomia e la responsabilità del sanitario che con il consenso del paziente, opera le necessarie scelte professionali ritenute necessarie.

Le eventuali sanzioni non devono mai essere applicate per deterrenza ai fini di ridurre la spesa sanitaria ma per tutelare la buona clinica.

Il confine tra terapie ammesse e terapie non ammesse, deve tener conto dei due diritti fondamentali della persona malata: quello ad essere curato efficacemente, secondo i canoni della scienza e dell'arte medica e quello ad essere rispettato come persona.

La richiesta di chiarimenti al medico prescrittore da parte della Autorità di controllo o gestore e l'eventuale riduzione del trattamento economico accessorio, deve essere intesa come rigorosamente riferita, non a mere elaborazioni statistiche sull'andamento generale delle prescrizioni, ma a gravi scostamenti dalle evidenze scientifiche in

materia di controlli in linea con la deontologia medica.

L'inappropriatezza può essere sia in eccesso che in difetto ed è influenzata da tre variabili - relative all'epidemiologia, alle scelte del medico e alla dimensione sistemica - che possono giustificare o meno la devianza statistica individuale delle medie finanziarie:

1) La composizione anagrafica "pesata" degli assistiti: cioè, percentuali superiori alla media di over65, grandi anziani, invalidi civili, fragili non autosufficienti, terminali etc. possono spiegare una parte dell'eventuale scostamento, poiché questo dato indipendentemente da altri parametri è correlato all'aumento della spesa.

2) La prevalenza delle patologie croniche o rare, documentata dalle relative esenzioni: è correlabile al punto precedente e/o ad una maggiore sensibilità diagnostica individuale e, automaticamente, si scosterà dalla media della popolazione afferente. Il medico che attua un capillare ed efficace controllo dei fattori di rischio può discostarsi in eccesso dalle medie, ma non certo per inappropriatezza, anzi, sul lungo periodo può contenere eventi acuti, complicanze e peggioramento funzionale e quindi anche i costi delle ospedalizzazioni o della prevenzione secondaria.

Non meno rilevante sul piano dell'equità e della qualità, è il caso degli ipo-prescrittori, che non sono automaticamente medici "virtuosi", ma in una visione razionale potrebbero all'opposto essere

accusati di deficit assistenziale in relazione alle raccomandazioni dai percorsi diagnostici. Dovrebbero rendere conto dell'eventuale inappropriatezza per difetto, con rischi sanitari più gravi dell'eventuale eccesso prescrittivo.

In sostanza, le medie finanziarie in astratto, ovvero attribuite rispetto ai comportamenti clinici (indicatori di processo ed esito) e all'epidemiologia del singolo medico, sono prive di basi logico-razionali e ingiustificate sul piano scientifico ed organizzativo sistemico.

Il termine appropriatezza è diventato il filo conduttore dei principali documenti nazionali di programmazione sanitaria. L'inappropriatezza è da considerare come patologia del sistema se l'appropriatezza costituisce la condizione fisiologica ottimale per lo stesso, e come tale va individuata e sconfitta. Quindi, va considerata "appropriata" la prestazione sanitaria erogata in conformità alle migliori evidenze scientifiche nella misura in cui queste risultano trasferibili al contesto del luogo e del livello sanitario a cui la prestazione viene erogata.

(Sintesi da pensieri società scientifica SNAMID - Società Nazionale Aggiornamento Medicina Interdisciplinare - dottori Saffi Ettore Giustini e Marco Cambielli)

Formazione di qualità, aggiornamento, rivalidazione

A cura di Francesco Carelli

La formazione continua (articolo 16-bis del Decreto Legislativo n. 229/99, che ha istituito in Italia il sistema ECM) consiste in un'attività di qualificazione specifica per i diversi profili professionali attraverso la partecipazione a corsi, convegni, seminari – organizzati da istituzioni pubbliche o private accreditate – nonché soggiorni di studio e la partecipazione a studi clinici controllati e ad attività di ricerca, sperimentazione, sviluppo. Può essere svolta secondo percorsi formativi autogestiti per obiettivi, liberamente scelti dal singolo professionista. Stare in aula o andare a convegni è una buona occasione per confrontarsi con gli altri ma non va considerata l'unica possibile modalità di aggiornamento.

Oltre a lettura-studio individuali e riunioni di reparto o di team professionale, altre modalità possono essere i confronti strutturati su problemi, la discussione di casi, la lettura critica di articoli e i tirocini formativi in altri contesti. Per un aggiornamento reale, queste iniziative vanno strutturate; per i tirocini formativi vanno predefiniti obiettivi e modalità di svolgimento, e la lettura critica di articoli deve fare parte di un piano di sviluppo delle conoscenze. Le offerte sul campo

riguardano soprattutto convegni, corsi di aggiornamento (più o meno interattivi) e quelli universitari (corsi di perfezionamento, master).

Le modalità ritenute più efficaci sono quelle con apprendimento attivo, anche sotto forma di tirocinio, che prevedono il coinvolgimento del personale sanitario. Le preferenze variano in base al progetto individuale della singola persona: ciascuno dovrebbe poter definire i propri obiettivi formativi e selezionare, di conseguenza, le attività educative offerte dal mercato che consentano di raggiungerli. La costruzione del proprio percorso di formazione post-aggiornamento dipende da come ciascuno di noi vuole sviluppare la propria attività e la carriera, e dal proprio livello di partenza. Se si vuole cominciare ad approfondire un argomento si comincia con i testi, i corsi base, per poi privilegiare i convegni e il confronto tra colleghi: le sequenze e le scelte possono essere diverse di volta in volta. A livello ci si basa sul ***CPD (Continuing Professional Development)*** cioè il complesso della vita professionale valutato secondo il curriculum di ciascuno.⁷

Spesso la scelta è condizionata dalla possibilità di acquisire ***crediti***.

Ancora non esiste una chiara possibilità di accreditare la formazione sul campo, che

⁷ Mulvey Rachel – How to be a good professional. Existentialist continuing professional development (CPD) – British Journal of Guidance & Counselling (2013) 41:3, 267-276, DOI 10.1080/03069885.2013.773961.

rappresenta una quota rilevante delle modalità di formazione continua. La differenza sta nel valutare la competenza (basata su variabili estreme e soggettive) e la performance (che è misurabile - assesment - allo stesso a livello internazionale anche come self- assesment).⁸

La possibilità di utilizzare per l'apprendimento e per la rivalutazione - riaccreditamento le strutture sanitarie, le competenze dei sanitari impegnati nelle attività assistenziali, rappresenta un'opportunità assai fertile di formazione, da potenziare sotto l'aspetto organizzativo e finanziario, come già accade nella maggior parte dei paesi Europei (Re-Accreditation, Revalidation, personal Portfolio system).⁹ Non si tratta di un tentativo per accumulare crediti facilmente, ma anzi di incentivare attività che sul piano dell'impatto formativo e del miglioramento organizzativo si ritengono potenti e responsabilizzanti.

Sono utili pure la ***partecipazione a commissioni, a gruppi di lavoro per progetti di miglioramento, l'audit clinico-assistenziale, nonché il prendere parte a progetti di ricerca.*** Chi partecipa attivamente a un progetto di ricerca impara ad osservare meglio un problema, a valutare il caso in modo strutturato e ad utilizzare nuove scale di

⁸ Wilm S., Carelli F., Spiegel W. - The EURACT Performance Agenda - www.euract.eu - Dusseldorf University Press

⁹ Ibidem

valutazione. Inoltre, prendere parte a tutte le fasi dello studio, compresa la stesura-discussione del protocollo di ricerca, implica interrogarsi sul problema, attivare un monitoraggio rigoroso e imparare a leggere i dati e a confrontarli con la propria realtà, attiva dei processi formativi perché richiede rigore metodologico, approfondimento e consente di riflettere sui propri casi, di valutare il proprio lavoro; producendo nuove conoscenze si diventa protagonisti del processo di cambiamento culturale - operativo.¹⁰

Strumento di formazione a distanza relativamente recente e molto positivo è l'*e-learning*, con o senza supervisione; non va confuso con per le potenzialità offerte dalla metodologia che permette di aggiornarsi da casa e nel rispetto dei propri tempi; non va confuso con l'*e-teaching*. Per ottimizzare è in espansione il *blended learning*, una combinazione tra moduli di e-learning e insegnamento face - to - face, che si rivela efficace e proficuo per "docenti e studenti"¹¹. Numerosi corsi di formazione utilizzano la lettura di testi, *la*

10

- Revalidation for doctors - medical appraisal - British Medical Association - www.bma.uk.
- Francesco Carelli – Essere Medici di Famiglia – Vol. 2° - Accreditamenti e Crediti- 2003.

¹¹ Kiknadze N., Carelli F. - Blended learning. Coordination, comprehensiveness, continuity of care - Presentation at 2nd EURACT Educational Conference, Leuven University, 2018. ID:8800099

visione di filmati, le visite documentative o stage presso centri o comunità. Sono tutti strumenti molto utili per la formazione se congruenti agli obiettivi da raggiungere e che dovrebbero trovare spazio maggiore.

Argomento serio sotto il profilo di merito e di qualità e secondariamente causa di disaffezione e fuga, è lo stato dei corsi di perfezionamento in medicina generale, mai allineati, praticamente soltanto in Italia, con le ripetute e reiterate Direttive Europee e delle Società Scientifiche Europee (EURACT, UEMO, WONCA) in merito, per cui non sono stati equiparati, come Corsi Universitari di Specializzazione in Medicina di Famiglia agli altri corsi specialistici, a causa di mancati accordi con l'Università e conseguente non equiparazione ai titoli qualificanti a livello europeo. Ciò comporta, pure, una mancata omogeneizzazione dei Corsi nelle diverse regioni italiane (alcune non hanno neppure i Corsi e si assiste a migrazioni, una carente qualità contenutistica rispetto agli standard europei, e il non riconoscimento reciproco, con le conseguenze nelle fattibilità di scambio internazionali dei professionisti.

Il "*triennio di formazione*" non può dare alcun valore specialistico, di pertinenza universitaria, certo non di competenza regionale: *gli Atenei sono fonti di saperi e non devono essere strumenti di pressioni politiche*. Gli unici Corsi Didattici sono

nati, a suo tempo, da lungimiranza di Cattedre dell'Università, istituendo, di loro iniziativa, Contratti all'insegnamento della Mdf. Piuttosto, è il livello regionale ad avere ostacolato l'iter e pure la formazione e la presenza come "medici formati", con il fallimento e naufragio di accordi con l'Università di Milano e chiudendo 4 poli didattici su 5 nella sola area milanese (lasciando solo quello dell'Ospedale S. Carlo nell'edificio scuola infermieristica) determinando in tale modo anche il prodursi di una carenza progressiva e infine drammatica di nuovi medici di famiglia "formati". Questo e la equiparazione specialistica sono tra le prime cause della *disaffezione da questa professione specifica, specialistica in tutta Europa*,

compresi paesi in forte e recente organizzazione come Macedonia e Ucraina.¹²

Si legge di bandi deserti per i candidati "con titoli in regola". Dilagano burn - out, demotivazione, cambiamento dei rapporti cardine di fiducia medico - paziente, borse delle scuole di MdF alla metà della borsa specializzando universitario. Conseguentemente, ***sfuma una selezione qualitativa***: tutti comunque accettati ai concorsi.

12

- WHO Europe – Region – 21 Targets for Health – 1997.
- WHO – Framework for Professional and Administrative Development in Europe – Copenhagen, WHO Europe, 1998.
- Soler JK, Carelli F, Lionis C - The wind of change: after the European Definition - Eur. J. Gen. Pract. 2007,13: 248-251.
- Reforming primary care: innovation or destruction - van Weel C, Carelli F, Gerada C. - Br J Gen Pract, January 2012: 42-43.
- Brekke M, Carelli F, Zarbailov N. – Medical Education in FM through Europe – a descriptive study – BMC Medical Education – 2013; 13(1): 157- 163.
- Karppinen H, Carelli F, Cojic M. – Alignment for Standards of High Quality Education – The World Book -WONCA Europe Edition, 2020
- Simmenroth A, Carelli F, Vallersnes OD, et al. – European Education Requirements for Family Medicine Curriculum, 2020, EURACT / WONCA Europe Document
- Carelli Francesco – An experience on deciding national projects and developments- British Journal of Healthcare and Medical Research – 25 June 2023 – Vol.10, (3): 284-285. DOI:10.14738/bjhm.103.14882.
- Harding Alex, Vallersnes Odd Martin, Carelli Francesco, et al. – European standards for undergraduate medical education in general practice; a blueprint- for action – Education for Primary care – 2023 – 34:1, 2-6, DOI: 10.1080/14739879.2022.2155997.
- Harding A, Vallersnes OM, Zarbailov N, Carelli F, Varvulyte S, Locmele I, Simmenroth A & Karppinen H. - Provision of European Undergraduate Primary Care education and placements; cross-sectional questionnaire study – THE LANCET Public Health (2024, preview publication) The world leading public health journal

In Europa, i test di accesso non sono soltanto test a crocetta su temi astrusi (come, d'altra parte, in vari concorsi italiani per altri posti a concorso), ma prevedono *colloqui per valutare la reale vocazionalità* del candidato a quel posto che richiede un impegno a così diretto contatto con una variabilità estrema di cittadini /pazienti. Questo è non piccolo key - point: *quale tipo di medico "affidiamo" al cittadino/paziente malato?* Cioè è compito dell'Università in cooperazione con le Società Scientifiche che siano rappresentative e qualitativamente accreditate (*accreditamento delle società scientifiche*) Ricordiamo che, spesso, sono stati i sindacati ad essere stati i co-protagonisti nella demolizione progressiva "al ribasso" della MdF, che viaggiava discretamente negli anni 80 post-Riforma, cominciò ad avere colpi dal 1992 (insieme a tutto il comparto Medicina e Salute, colpita da una peggioramento e interferenza negativa della politica), processo che si è tramutato in un disastro e in evaporazione da circa 2010. Allo stesso modo, è stata una parte della politica a interferire.

Liste d'attesa e tentativi di sblocco

A cura di Francesco Carelli

Il decreto sullo sblocco delle liste d'attesa rischia di tradursi in tagli ai livelli di assistenza garantiti ai cittadini e pure di indurre nuova spesa e nuova attesa. Chi governa non conosce il reale stato di salute della popolazione. Il decreto del governo sulle liste d'attesa dovrebbe abbattersi su medici di famiglia imponendo il taglio di un 20% di prescrizioni "improprie" di esami e visite specialistiche. Le prime indiscrezioni prevedono che il medico indicherà in ricetta il quesito diagnostico indicato con standard Icd-9-cm. Ma la realtà clinica sa che è spesso impossibile dare un codice esatto ad una situazione clinica complessa. Quindi, in base al bacino di pazienti di ogni medico, l'Asl confronterà le prestazioni attese e le ricette emesse: se la bilancia pende troppo per le seconde, la Regione non sanzionerebbe il medico ma gli chiederebbe solo conto. Tuttavia, è su una base simile che le Corti dei Conti regionali hanno indagato e in casi limitati condannato medici per danno erariale. La legge 8 marzo 2017 n.24 (Legge Gelli-Bianco)

L'Istituto superiore di Sanità lavora a linee guida per indicare ai medici buone pratiche prescrittive. In parallelo, lato offerta, si pensa a consentire agli ospedali di acquistare dai propri medici prestazioni

libero professionali fuori orario anche intramoenia, o di appaltare set di esami diagnostici al privato convenzionato. Logica dice che invece di tagliare le richieste dei pazienti del medico di famiglia, si dovrebbe imporre ai medici ospedalieri di esercitare in libera professione solo dopo aver esaurito le liste d'attesa.

Il presupposto della riflessione è che la colpa delle attese non è del medico di famiglia, che prescrive ragionando in chiave di prevenzione su un paziente che conosce bene, ma della stessa lista d'attesa che si autoalimenta. Pure richiedendo correttamente il medico di famiglia esami secondo i criteri “urgente - a 10 giorni - differibile-programmabile” (come da decreto liste d'attesa), le strutture pubbliche e private non rispondono mai nei tempi richiesti. È normale che per non aspettare troppo chi può si rivolge al privato, ma a sua volta il privato suggerisce gli accertamenti di supporto a carico del Ssn e rimette in gioco il medico di famiglia, che si trova a prescrivere non solo per quanto lo riguarda, ma anche per gli specialisti pubblici, privati, pubblici in libera professione intramoenia e pubblici in extramoenia decentrata, alimentando suo malgrado le liste d'attesa. A nulla serve che in ricetta si possa segnalare se la prescrizione è suggerita dallo specialista: la responsabilità prescrittiva rimane perché si avallano le richieste dei colleghi. I medici ospedalieri dovrebbero prescrivere su ricettario del servizio sanitario, lo dicono le norme regionali. E nessuno gli chiede

conto. Da prevedere una nuova rincorsa di medici vicini alla pensione and anticipare la fuga. Inoltre, il decreto userebbe due pesi e due misure. Ai medici di famiglia taglia le prescrizioni, alle farmacie dà la possibilità di prescrivere. Il decreto abilita anche le farmacie ad eseguire esami per sfoltire le liste d'attesa. Ma, a quanto pare, non limita gli esami eseguibili in farmacia al solo insieme dei test prescritti da medici, siano essi del Servizio sanitario o privati. Chiunque può entrare in farmacia e chiedere un test? In effetti quali sono le competenze di un farmacista rispetto ad un laboratorista? Questo quando si tenta faticosamente una armonizzazione di metodiche fra laboratori per monitorare efficacemente i risultati per pazienti che non afferiscono sempre allo stesso laboratorio.¹³

Di fatto, si permetterebbe ai farmacisti di prescrivere Ecg e Holter anche senza competenze mediche specifiche. Davanti alla crisi del SSN ci si deve aspettare il rafforzamento della medicina di prossimità, solo in questo modo si potrebbero abbattere le liste di attesa. Nel definire l'appropriatezza prescrittiva fin qui si tiene conto della sola spesa, e non del dato clinico, o della necessità dei cittadini di effettuare gli esami. In tali condizioni chi può giudicare l'operato di un medico? Le commissioni di burocrati delle Asl?

¹³ Plebani M, Lippi G. - Standardization and harmonisation in laboratory medicine – Clin Chem Lab Med 2023; 61(2): 185 – 187.

Perché i medici dovrebbero essere controllati sull'appropriatezza prescrittiva se hanno completato un lungo percorso formativo che prevede una laurea, una specializzazione, un esame di Stato, un'abilitazione alla professione e tanta esperienza sul campo?

Caregiver, problema e distress. Politiche attuative per una soluzione qualitativa e relazionale

A cura di Francesco Carelli

Premessa. definizione e analisi dei problemi

Il progressivo invecchiamento della popolazione è un fenomeno che pone una serie di questioni in materia di cura e di assistenza ai pazienti più longevi. In questo contesto rientra la figura del caregiver che è la persona che giornalmente assiste il malato. Il suo tempo dedicato a questa attività è comparabile ad un lavoro vero e proprio e le conseguenze di questo ruolo non sono da sottovalutare, soprattutto per il fatto che questi soggetti, rispetto alla popolazione media, hanno un maggior rischio di compromettere la loro salute psicofisica.

Il caregiver si trova ad affrontare problematiche, in quanto la progressione della patologia attiva differenti coinvolgimenti emozionali e relazionali, che possono emergere solo nell'ambito di un rapporto di fiducia e attraverso una comunicazione efficace con il proprio Medico di Famiglia e che rendono ancora più complesso un compito già di per sé faticoso e difficile.

La percezione della qualità di vita del proprio familiare da parte del caregiver non è decisamente

considerata di buon livello: quasi tutti considerano scarse le risorse per poter condurre una vita quotidiana normale e questo è un elemento che grava ancor di più sulla loro qualità di vita.

Il malato e colui che l'assiste devono adattarsi a una nuova condizione, rispettivamente di paziente e di caregiver. La malattia può favorire l'insorgenza di modificazioni nella relazione tra questi, la comunicazione interpersonale può essere compromessa, si possono creare tensioni e incomprensioni legate alla fatica psicologica, alle preoccupazioni per la situazione, a paure e sentimenti repressi. Questo perché sia il caregiver che il familiare spesso non riescono ad accettare la malattia.

La non accettazione della malattia da parte del caregiver può manifestarsi, per esempio, come un tentativo di negare le necessità del paziente, minimizzare i suoi bisogni, nascondersi dietro un atteggiamento apparentemente tranquillo, non facendo trasparire nessun sentimento di dolore o tristezza. In tal modo il familiare non si sente preso in considerazione e si generano in lui sentimenti di ansia, isolamento, sospetto e solitudine che indeboliscono il rapporto e il dialogo diventa molto complicato. In altri casi, il caregiver, non sopportando sensazioni estremamente dolorose, si distanzia in modo totale dal malato, vedendolo come la rappresentazione materiale di tutta la sofferenza che prova.

Nell' 88,8% dei casi, l'attività di caregiver sconvolge il normale ritmo di vita, il 92,5% ritiene che la malattia del proprio caro sia stata un elemento sconvolgente per la propria vita e nel 70% dei casi la stessa attività lavorativa ha dovuto subire variazioni. La significativa riduzione del tempo libero viene messa in evidenza dalla maggior parte (70,3%) dei caregiver in quanto dichiarano che l'assistenza al malato assorbe completamente tutti i momenti della giornata e diventa molto difficile riuscire a trovare degli spazi da dedicare alla propria persona o alle relazioni con amici e parenti.¹⁴

Il 46,2% manifesta l'esigenza di poter esprimere le proprie emozioni e il desiderio di avere vicino qualcuno disposto ad ascoltarli, in particolare amici e altri membri della famiglia, del cui sostegno sono molto poco soddisfatti. Solo il 46,1% si può dire soddisfatto dal punto di vista psicologico, mentre ben il 74% desidererebbe essere accompagnato da una figura professionale (psicologo). Il caregiver, soprattutto se vive solo con il familiare malato, può trovare enormi difficoltà a comunicare le proprie emozioni, in particolare quando il malato è difficile da gestire, o si chiude in un solitario silenzio. È in questo caso che l'aiuto di altre persone care potrebbe essere di grande valore, basti pensare che

¹⁴ Valentina Grimaldi, Federica Fabbrini. Proposta di uno strumento per misurare il carico assistenziale del caregiver di un paziente oncologico in fase terminale a domicilio. La rivista italiana di cure palliative, 2007; 1: 51-58.

il 92,3% pensa che potrebbe fornire un aiuto migliore solo se avessero un maggiore supporto, (solo il 25 % ha ottenuto aiuti da amici e parenti e il 37% dal proprio Medico di Famiglia) con conseguenze positive anche sulle condizioni del proprio caro (il 61,5% pensa che seguendolo maggiormente otterrebbe maggiori risultati anche in termini di qualità di vita).

Il 55,5% dei caregiver afferma di essersi trovato molto spesso in condizioni di cattivo umore o di relativa depressione e il 62,9% è stato colpito da molte incertezze durante il percorso di caregiving. Tutto questo nonostante comunque la maggior parte di essi siano molto o abbastanza soddisfatti della gestione del proprio caro dal punto di vista medico (74%), dell'accesso ai servizi sanitari (77,7%) e nonostante l'ambiente in cui vivono sia adatto per l'accudimento del proprio caro (74%).¹⁵

Questo risultato ci induce a pensare che il caregiver non sia da considerare una figura accessoria, bensì rappresenti l'altro protagonista, o meglio l'altra "vittima" della malattia e, come tale, deve essere necessariamente integrato nel piano di assistenza.

Nella cura di un parente al proprio domicilio, non basta la tecnologia e non sono sufficienti i servizi, se ad essi non corrisponde una cultura che non si limiti a considerare il malato e i suoi bisogni e non chiuda l'attenzione alle relazioni familiari. Molto

¹⁵ Ibidem

spesso si tende ad affidare la gestione quotidiana del malato alla famiglia, senza tener conto che questa, però, può sentirsi completamente impreparata a svolgere un compito così difficile. Analizzando quindi i due protagonisti della malattia possiamo porci due domande:

Di cosa hanno bisogno i pazienti?

innanzitutto di non essere abbandonati, isolati ed esclusi; di mantenere la comunicazione con i familiari, con i medici e con gli amici; di sentire ed esprimere il senso di una progettualità verso se stessi (decidere sulle terapie, dove stare, come essere trattati) e verso gli altri (sul futuro dei familiari, attraverso scelte di natura economica e patrimoniale, rispetto ad eventi e scadenze); di mantenere l'autostima e il rispetto della dignità del corpo, di essere curato e trattato con rispetto; non ultimo di vicinanza emotiva, attraverso la continua richiesta di presenza fisica, di fare delle cose e di essere aiutato.

E di cosa invece hanno bisogno i caregiver?

di sentirsi utili e fare abbastanza per il malato; di essere rassicurati sul fatto che il paziente non soffra; di essere informati sulla reale situazione; di esprimere le proprie emozioni, comunicarle ed affrontare con una figura di riferimento l'esperienza che stanno vivendo; di sentirsi supportati dall'equipe curante; di dare un senso alla situazione di malattia cronica ed irreversibile; di essere sostenuti nel trovare l'atteggiamento più adeguato da assumere in un dato momento; di

consigli riguardo a scelte da prendere per la gestione “pratica” del proprio caro; di sentire la vicinanza reciproca.¹⁶

Figure di riferimento

Per quanto riguarda le figure di riferimento per i caregiver non si può non evidenziare come il Medico di Famiglia sia la persona a cui essi si affidano con maggior sicurezza: ben il 51,8% degli intervistati ha ricevuto dal proprio MdF il maggior aiuto dal punto di vista medico e nel 22,2% dei casi è sempre il Medico di Famiglia ad essere la figura di riferimento insieme a medici specialisti e ospedalieri. Nel 50% dei casi è sempre il medico di famiglia il gestore della situazione dal punto di vista sanitario e ben il 37% trova nella sua persona una figura di appoggio morale e psicologico. Questi dati fanno emergere senza ombra di dubbio l'importanza e la massima considerazione che i caregiver hanno nei confronti del proprio MdF: egli diventa non solo un pilastro nella cura e nell'assistenza medico-sanitaria fornita al proprio caro, ma anche un amico-confidente, a cui poter rivolgersi per un supporto psicologico.

Nei momenti più critici i caregiver riferiscono di aver bisogno di sostegno da amici e parenti (14,8%), fatto che rispecchia sempre la necessità di comunicazione e di espressione delle proprie

¹⁶ Norme per il riconoscimento ed il sostegno del caregiver familiare – Bollettino Ufficiale n.39, - 28 marzo 2014, Legge Regionale Emilia Romagna n.2

emozioni, di avere più tempo libero e quindi di poter usufruire di una sostituzione temporanea nell'assistenza (18,5%) e la possibilità di ricovero temporaneo per il malato. Non da sottovalutare è l'aiuto richiesto spesso nei confronti delle asl e delle istituzioni, sia in ambito finanziario che in termini di strutture, e anche la richiesta di un aiuto pratico per la gestione delle innumerevoli pratiche burocratiche.

Per quanto riguarda la suddivisione degli intervistati in categorie psicologico-relazionali, il sesso femminile è senza dubbio quello più colpito dal distress: la media del punteggio ottenuto dalle figlie (93,75) rientra nella categoria del sovraccarico molto elevato, quella delle mogli (89,66), delle madri (84,66) e delle sorelle (84,33) nella categoria di sovraccarico moderato, ma con tendenza a valori piuttosto alti.

La media diminuisce di molto invece quando a prendersi cura del proprio malato risulta essere un fratello (62,66) o un figlio (71,75), raggiungendo valori un po' più elevati quando si tratta di mariti (81) o padri (80,5).

Problemi di tempo del caregiver

Partendo dal presupposto che le restrizioni nel tempo personale costituiscono l'aspetto del prestare assistenza che pesa maggiormente ai caregivers, nella maggior parte (70,3%) l'assistenza al malato assorbe completamente tutti i momenti

della giornata e diventa molto difficile riuscire a trovare degli spazi da dedicare alla propria persona o alle relazioni con amici e parenti: si suggerisce la necessità di incentivare quegli interventi che possano ridurre il tempo che quotidianamente il caregiver dedica all'assistenza del paziente, aumentando così il tempo che questi può destinare a se stesso, agli altri familiari ed al lavoro. Questo implicherebbe rendere accessibili a tutte le persone affette da patologie cronico-degenerative, una serie di servizi già presenti sul territorio, ma che spesso sono accessibili ad un numero limitato di persone, o non sono specificatamente attrezzati per determinati tipo di patologie:

1) ricoveri di sollievo e centri diurni. Interventi di questo tipo potrebbero essere particolarmente utili ai caregivers data l'elevata percentuale di donne giovani, figlie del paziente, con maggiori livelli di conflitto tra il ruolo di caregivers ed i diversi ruoli ricoperti in famiglia (moglie, madre) ed uno scarso sostegno nell'assistenza da parte degli altri familiari.

Un altro importante intervento da mettere in pratica dovrebbe essere quello di dare ai caregiver la possibilità di affrontare il proprio senso di fallimento, la propria voglia di esprimere emozioni e il proprio stress fisico,

2) sostegno psicologico individuale, spesso richiesto dagli stessi intervistati, quale counselling breve. Nonostante questo ruolo sia già in gran parte dei casi ricoperto dalla figura del Medico di

Famiglia, resta comunque di primaria necessità l'utilizzo di servizi, ad esempio uno sportello o una linea telefonica di sostegno psicologico, caratterizzati dalla brevità, e da un'attenzione particolare a non richiedere un eccessivo impegno in termini di tempo, lasciando notevoli spazi di autonomia al caregiver.¹⁷

Da non sottovalutare dovrebbero essere gli interventi finalizzati alla vera e propria:

3) formazione del caregiver: finora essi erano orientati alla sua semplice informazione, alla cura del suo riposo, al supporto domestico, partendo spesso dall'assunto che la morbilità psichica e fisica del caregiver fosse legata agli aspetti pragmatici del provvedere all'assistenza fisica del familiare impedito. Tuttavia, altrettanta attenzione dovrebbe essere posta nell'aiutare il caregiver a minimizzare la sofferenza del malato e a far fronte a quegli aspetti della sofferenza che non si possono controllare. In particolare, una terapia del problem - solving potrebbe essere particolarmente efficace nel:

aiutare ad identificare gli specifici comportamenti e sintomi che portano alla percezione che il malato sta soffrendo

determinare quali sintomi di sofferenza il caregiver può aiutare a minimizzare o alleviare

¹⁷ ibidem

confrontarsi con quegli aspetti della sofferenza del malato che non sono sotto il controllo del caregiver¹⁸

Considerazioni conclusive

Quindi occorre:

1. Rilevare e descrivere il carico soggettivo che grava sui familiari che si prendono cura, come caregiver, di un familiare che richiede cure e attenzioni continue: il carico assistenziale a cui sono sottoposti risulta nella maggioranza dei casi piuttosto elevato e spesso vengono manifestati l'esigenza di poter esprimere le proprie emozioni e il desiderio di avere vicino qualcuno disposto all'ascolto (richiesta la figura professionale dello psicologo).
2. Capire se e come il carico soggettivo sperimentato dai caregivers e le diverse dimensioni che lo compongono sia influenzato dalle caratteristiche dei caregivers (caratteristiche socio-demografiche) e dalle risorse di sostegno sociale che hanno a disposizione: il sesso femminile risulta maggiormente sovraccaricato rispetto al sesso maschile, con maggiori livelli di

¹⁸ Bresciani E., Carelli F., Cugno M., L'importanza della Comunicazione tra il Caregiver e il Medico di Famiglia per la comprensione del Distress nell'ambito della gestione dei malati cronici, in una esperienza nell'area milanese. -Oral Presentation – Congresso sulla Comunicazione – Aula Magna Università degli Studi di Milano, 27 Novembre 2011

distress soprattutto all'interno del gruppo delle figlie e delle mogli.

3. Valutare il ruolo del MdF nei confronti del caregiver, quale figura di supporto: il Medico di Famiglia è la figura professionale di riferimento; svolgendo il ruolo di educatore alla salute, fornisce spesso l'opportunità di esplorare, scoprire e chiarire gli stili di vita più fruttuosi e miranti ad un più elevato stato di benessere. Egli diventa così un vero e proprio counselor, ossia un professionista il cui scopo è aiutare le persone ad aiutarsi. Il MdF deve pertanto garantire ai caregivers sia una fonte di informazione, utile al paziente al quale prestano assistenza, che una fonte di supporto psicologico, facendo diventare il proprio studio un luogo di accoglienza che induca i famigliari dei malati a “deporre” in buone mani la storia del proprio lavoro di caregiver.

Partendo dal profilo dei caregivers così individuato, occorre proporre delle ipotesi di intervento volte ad ottimizzare il supporto alle famiglie fornito dalla rete dei servizi socio-sanitari:

- rendere accessibili a tutte le persone affette da patologie cronico-degenerative, una serie di servizi già presenti sul territorio: i ricoveri di sollievo e centri diurni.
- dare ai caregiver la possibilità di affrontare il proprio senso di fallimento, la propria voglia di esprimere emozioni e il proprio stress fisico, fornendo sostegno psicologico individuale,

spesso richiesto dagli stessi intervistati, quale counselling breve.

- interventi strutturali a livello locale o regionale finalizzati alla vera e propria formazione del caregiver, ormai diventato non solo la figura familiare ma il badante esterno, che deve essere formato sotto aspetti comunicativi, psicologici, di uso delle medicine, nelle medicazioni, nella pulizia, nelle trafile burocratiche.

Lo stato dei nostri consultori

A cura di Rosanna De Cicco

I consultori familiari sono istituiti con la legge 405 del 29 luglio 1975, lo stesso termine ha origine dal latino "consulere" chiedere consiglio, deliberare. I cittadini possono quindi rivolgersi agli stessi e chiedere consulenze sanitarie/sociali, come maternità/paternità, affettività/sexualità, gravidanza/allattamento, contraccezione/applicazione legge 194/78(interruzione volontaria di gravidanza). I consultori dimostrano così una grossa valenza psicosociale, di cui oggi c'è un gran bisogno, e in più coinvolgono la partecipazione di utenti e associazioni civili, nel diffondersi con le proprie attività. Gli stessi fanno da tramite, almeno in alcune realtà con le strutture ospedaliere, per meglio gestire determinate situazioni. Purtroppo oggi si assiste ad un grosso divario tra consultori esistenti al Nord, e quelli del Sud, ancora una volta il nostro Paese sulla Sanità procede a due velocità. In alcune città del Meridione non sono nemmeno presenti e se ci sono, sono collocati in strutture non idonee, prive di attrezzature e personale medico, manca anche la componente volontaria, utile ad accogliere e sostenere i cittadini nel momento del bisogno. Questo grave ridimensionamento porta i consultori a perdere la loro funzione sanitaria e sociale, per cui sono stati pensati. Da questi disservizi si genera il cosiddetto

Turismo Sanitario, che porta i cittadini a spostarsi dalla propria regione, per poter ricevere esami, diagnosi e cure appropriate, intasando e generando dispendi economici per sé e le stesse regioni. È indispensabile che oggi i consultori vengano rafforzati, aggiornati, arricchiti di personale e tecnologie e investimenti validi, in modo che questi presidi siano ancora e di più un punto di riferimento per tutti i cittadini.

Scuola e Salute: sinergia indispensabile

A cura di Rosanna De Cicco

La Scuola non deve essere più considerato il luogo dove apprendere solamente, ma un luogo privilegiato dove i ragazzi possano imparare a "stare bene. "E' indispensabile che ad affiancare materie di studio, si promuovano percorsi di informazione e formazione, non solo del benessere singolo, ma collettivo, in un 'ottica della tutela alla Salute, alla Prevenzione e Sviluppo della personalità'. Il luogo dove i ragazzi trascorrono la maggior parte del loro tempo, deve promuovere la Salute e i comportamenti sani tra loro. Questo obiettivo non è solo responsabilità degli enti sanitari preposti, bensì di una sinergia tra Scuola e Famiglie. Questo è richiamato nelle indicazioni e nei documenti internazionali, che concordano nell'affermare che è indispensabile lavorare a politiche e strategie efficaci nel campo della Prevenzione e Salute. La qualità della vita, è sia benessere fisico che relazionale. La Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea sancisce che tutte le politiche e le attività vanno a garantire la difesa e protezione della Salute umana. Esempio n'è stato la recente pandemia covid-19,il concetto di protezione della Salute come tutela del bene collettivo ,oltre che individuale. Già con l'agenda ONU 2030 il vasto programma delle Nazioni Unite ha incluso l'obiettivo 3: assicurare la

Salute e il Benessere per tutti e per tutte le età. E' necessario quindi che il Diritto alla Salute deve rafforzarsi, ed è qui che la Scuola conquista il suo ruolo centrale, diventa il luogo dove imparare "A STARE BENE".

Di fatto i ragazzi a Scuola sviluppano conoscenze, competenze, abilità, da usare in autonomia, in tutela della propria Salute e nel mettere in atto stili di vita corretti .

La Scuola contribuisce alla formazione della persona come cittadino, capace di comprendere quali scelte fare che condizionano la propria salute.

D'importanza fondamentale e' che il Ministero Dell'istruzione Pubblica e il Ministero della Salute lavorino insieme, avviando attività e collaborazioni, rivolte alle scuole di ogni ordine e grado per tutelare il Diritto alla Salute. Una grande rilevanza spetta alla Prevenzione, occorre prevedere e costituire momenti d'incontro tra l'istituzione Scuola, i suoi componenti, Famiglie, Ragazzi, Specialisti, questo per meglio comprendere e individuare le forme di disagio giovanile oggi in crescita esponenziale(fumo, alcol, cibo, e tutte le altre forme di dipendenza).Di fronte alla grave crisi geo politica, economica e finanziaria di questo tempo abbiamo quindi il dovere di investire di più nell'Istruzione e nella Sanità pubblica „perché entrambi sono diritti inalienabili e fondamenta della nostra Costituzione.

Le fragilità giovanili

A cura di Rosanna De Cicco

Oggi più che mai, i nostri giovani manifestano fragilità e disagi, soprattutto dopo la fase del Covid. In molti si sono rifugiati nell'isolamento, così da diventare dipendenti da droghe, alcol, farmaci, e massivo uso di strumenti informatici. Tante' che in molti si riscontrano atteggiamenti aggressivi/distruuttivi, depressione, ansia. Per loro diventa difficile, se non aiutati, a liberarsi da idee "negative" e generare forme di pensiero "positive", cadere in forme depressive, non sentirsi importanti dare valore alla vita. Purtroppo il sistema educativo, in primis le Famiglie e la Scuola sono in crisi.

Gli stessi genitori, educatori, insegnanti esercitano la loro leadership in maniera limitata, si limitano spesso a fare "la predica", a giudicare. E' basilare generare con l'ascolto, il dialogo, l'accoglienza, una cultura positiva, a favore della vita, che aiuti i ragazzi ad essere "resilienti", a far crescere "autostima", ottimismo, determinazione, sicurezza, capacità di affrontare problemi e di risolverli, ambizione, caratteristiche che permettano loro di creare relazioni, così da ricollocarsi nel mondo e vivere nel miglior modo possibile, evitando atteggiamenti negativi come l'autolesionismo, e nel peggiore dei casi il suicidio/omicidio. Infatti negli

ultimi periodi la cronaca ha visto aumentare atti violenti verso se stessi o altri. Questi sono più che campanelli d'allarme sullo stato giovanile, a cui bisogna che la società e le istituzioni preposte diano risposte. Le prime società educative Famiglia/Scuola, diventano protagoniste e responsabili del Benessere di tutti i ragazzi. La costruzione di un collaborazione fra entrambi deve sostenere la crescita dei giovani. Spesso è proprio la Scuola che si accorge e registra, ma non solo se ne deve fare carico, del malessere e disagio dei ragazzi. Fondamentali per questo è il ripristino della Medicina Scolastica e la creazione di sportelli psicologici, a cui i ragazzi possano rivolgersi, se in difficoltà.

C21. Centro per la ricerca sull'innovazione
economica e sociale. S.c. Via Volga, 129. Bari.
info@crise21.it