

**CREDITI
ECM**
IMPORTANTE
vedere ultima pagina



Crisi d'identità?

Verso gli Stati Generali della Medicina

Primo Piano

Verso gli Stati Generali della professione medica

Sondaggio

Crisi della medicina e ruolo del medico: l'opinione dei medici bresciani per la costruzione di un nuovo modello di medico

Medicina e Filosofia

Medicina e filosofia della scienza: tutto da reinventare?

IN QUESTO NUMERO

EDITORIALE

Il nostro cammino
di Gianpaolo Balestrieri 3

Ma cos'è questa crisi?
di Ottavio Di Stefano 4

PRIMO PIANO

Verso gli Stati Generali della professione medica
di Filippo Anelli 6

SONDAGGI

**Crisi della medicina e ruolo del medico:
l'opinione dei medici bresciani per la
costruzione di un nuovo modello di medico**
a cura di Angelo Bianchetti 9

MEDICINA E FILOSOFIA

**Medicina e filosofia della scienza:
tutto da reinventare?**
di Loana Liccioli 20

Epistemologia della pratica quotidiana
di Sebastiano Castellano 26

**Stati generali e crisi della medicina:
contributo al dibattito**
di Giuseppe Belleri 31

PUNTI DI VISTA

Formazione del medico, fabbisogno di professionisti
di Alessandro Padovani 36

Specialisti: emergenza?
di Enrico Sartori 42

**Medicina delle cure primarie, territorio, ospedale:
una visione sistemica**
di Fulvio Lonati 45

La crisi "cronica" della Medicina Generale
di Erminio Tabaglio 49

L'evoluzione dei modelli per il futuro dell'ospedale
di Valerio Verdiani 51

Quale Ospedale futuro? Ospedale e malattia cronica
di Umberto Valentini 56

La rete ospedaliera
di Benvenuto Antonini 60

Quale medicina per una società che invecchia
di Renzo Rozzini 63

Lavorare insieme: la relazione tra medici e infermieri
di Stefania Pace 68

**I nuovi ruoli dei Farmacisti bresciani
e l'evoluzione della Farmacia**
di Francesco Rastrelli 70



**Medici di Medicina Generale e Farmacisti territoriali:
"un matrimonio che s'ha da fare"**

di Ovidio Brignoli 72

STORIE DI PAZIENTI

Carmelo e la sua mamma
di Adriana Loglio 75

PAGINA DELL'ODONTOIATRA

Da qui si riparte con regole chiare
di Luigi Veronesi 77

LIBRI

**"Un volgo disperso. Contadini d'Italia
nell'Ottocento", di Adriano Proserpi**
recensione a cura di Gianpaolo Balestrieri 79

RICORDI

Professor Mario Zorzi
da Fausto Zorzi 80

Dottor Carmine Errico
da Brunello Morrica 81

Dottor Alberto Dotti
da Gina, Anna, Silvia Dotti 82

Dottor Carlo Guandalini
dalla moglie Ausi ed i figli Mattia e Alessia 82

Dottor Beatrice Gattamelata
da Gianna Santus 83

Dottor Giuseppe Raza
da Graziano Amodeo 84

Dottor Italo Rossi
da Silvia 84

Dottor Francesco Besozzi Valentini
da A.C. 85

Dottor Franco Venturoli
da Nicola Venturoli 86

DIREZIONE-REDAZIONE-AMMINISTRAZIONE: Via Lamarmora, 167, Brescia, Tel. 030 2453211, Fax 030 2429530, info@ordinemedici.brescia.it, www.ordinemedici.brescia.it
Direttore Responsabile: Dott. Gianpaolo Balestrieri, Comitato Di Redazione: Dott. Angelo Bianchetti, Prof. Giovanni Cancarini, Dott. Claudio Cuccia, Dott. Ottavio Di Stefano, Dott.ssa Anna Giulia Guarneri, Dott.ssa Adriana Loglio, Dott. Piergiorgio Muffolini, Dott. Renzo Rozzini, Dott.ssa Intissar Sleiman, Dott. Raffaele Spiazzi, Dott. Erminio Tabaglio.

CONSIGLIO DELL'ORDINE 2018-2020: PRESIDENTE: Dott. Ottavio Di Stefano, VICEPRESIDENTE: Dott.ssa Luisa Antonini, SEGRETARIO: Dott. Bruno Platto, TESORIERE: Dott.ssa Adriana Loglio, CONSIGLIERI: Dott. Gianpaolo Balestrieri, Dott. Germano Bettoncelli, Dott. Angelo Bianchetti, Dott. Ovidio Brignoli, Prof. Francesco Donato, Dott. Giovanni Gozio, Dott.ssa Anna Giulia Guarneri, Dott. Alessandro Pozzi, Dott.ssa Intissar Sleiman, Dott. Umberto Valentini, Dott. Lorenzo Zanini, Dott. Gianmario Fusardi (Odontoiatra), Dott. Luigi Veronesi (Odontoiatra), COLLEGIO REVISORI DEI CONTI: PRESIDENTE: Dott.ssa Analia Carmen Perini, COMPONENTI EFFETTIVI: Dott.ssa Emanuela Tignonsini, Dott.ssa Annalisa Voltolini, COMPONENTE SUPPLENTE: Dott. Nicola Bastiani, COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI: PRESIDENTE: Dott. Luigi Veronesi, SEGRETARIO: Dott. Pierantonio Bortolami, COMPONENTI: Dott. Claudio Giuseppe Dato, Dott. Gianmario Fusardi, Dott. Giuseppe Venturi, UFFICIO DI PRESIDENZA: COMPONENTI: Dott.ssa Luisa Antonini, Dott. Gianpaolo Balestrieri (Direttore Responsabile BresciaMedica), Dott. Germano Bettoncelli (Coordinatore Comm.ne Cultura), Dott. Ottavio Di Stefano, Dott.ssa Adriana Loglio, Dott. Bruno Platto, Dott. Umberto Valentini (Consigliere).

PROGETTO EDITORIALE: a cura di Margherita Saldi, partner Luca Vitale e Associati - Progetti di comunicazione.

STAMPA: Com&Print srl - Brescia • IMMAGINE DI COPERTINA: realizzata dal Dott. Raffaele Spiazzi.

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

Medicina delle cure primarie, territorio, ospedale: una visione sistemica

Fulvio Lonati

Associazione APRIRE

Assistenza Primaria In Rete - Salute a Km 0

“Nel XXI secolo, in un mondo ormai libero dalle epidemie, economicamente prospero e in pace, coltiviamo con strumenti sempre più potenti l’ambizione antica di elevarci al rango di divinità, di trasformare Homo sapiens in Homo Deus. E allora cosa accadrà quando robotica, intelligenza artificiale e ingegneria genetica saranno messe al servizio della ricerca dell’immortalità e della felicità eterna?”

Così esordisce il visionario storico-antropologo Yuval Noah Harari nel suo *“Homo Deus - Breve storia del futuro”*, ove preconizza *“gli ultimi giorni della morte”*. Non per tutti, ma per qualcuno vede all’orizzonte la prospettiva della *“amortalità”*, un indefinito spingere in là il momento del trapasso, grazie a conoscenze e strumenti sempre più in grado di *sconfiggere* la morte, vista, così come le malattie, quale *disguido tecnico*, che meccanicamente può essere capito, affrontato e risolto. Basta avere le cognizioni e gli strumenti adeguati. Ipotizza cioè che la continua crescita

delle competenze tecniche porterà ad un progressivo incremento delle potenzialità di prevenzione e cura lungo la strada, ovviamente solo per i pochi che potranno permettersela, verso l’*amortalità*, ovvero un allontanamento indefinito dalla morte. Ma, pur suggestionati da una visione così radicale, torniamo *con i piedi per terra* ai nostri giorni: quali sono i problemi di oggi e quelli che si stanno prospettando per il nostro futuro prossimo? Vedo due linee divergenti. Da un lato, la specializzazione sta rendendo il medico sempre più potente ed efficace nel risolvere i problemi clinici,

con modalità apparentemente semplificate: pensiamo, ad esempio, a quanti interventi pochi anni fa richiedevano ricoveri di dieci giorni mentre ora si affrontano con un solo accesso ambulatoriale.

Ciò avviene tuttavia con una separazione dei *mondi* e dei *poteri*: il singolo medico ha più conoscenze, competenze e capacità diagnostico-terapeutiche che in passato; ma queste sono limitate in uno specifico e limitato ambito. Inoltre, il medico sempre più è supportato da sistemi che si avvalgono dell'*intelligenza artificiale* e di *attori robotici*: man mano, stanno sostituendosi a quella che in passato configurava le peculiarità intellettive, decisionali e operative del medico *diagnosta-operatore*.

Il medico diventa quindi più potente e capace di risolvere i problemi clinici, ma è relegato in un ristretto ambito d'azione, vincolato-soggiogato alla disponibilità di un apparato strumentale sofisticato ed eterodiretto, ben diverso dagli strumenti medico-chirurgici tradizionali. L'*acume clinico* come la *manualità esperta* tradizionali vanno perdendo significato.

Soprattutto il medico non è più il medico della persona, ma il super-specialista di una specifica e delimitata area di problematiche cliniche.

La conseguente inevitabile prassi del ricorso alla consulenza espone al rischio di essere medici che delegano sistematicamente ad altri il loro compito fondamentale, cioè curare la persona e non la sua malattia.

Dall'altro lato il problema esplosivo che sta travolgendo i servizi sanitari è la cosiddetta *cronicità*. Ma un medico, in essenza un *diagnosta-operatore*, che ruolo può giocare per un problema clinico che, in quanto cronico, è stato *diagnosticato* anni fa e per il quale non è possibile *operare* alcun *intervento*?

Va peraltro precisato che nell'immaginario collettivo, così come in quello dei professionisti sanitari, al termine *cronicità* è associato genericamente il solo concetto di *malattia*. Le *cronicità* possono invece riferirsi a categorie ben diverse, che toccano la sfera medica con differenti

intensità e valenze. L'elemento unificante è che le persone - non i professionisti - convivono a lungo con le proprie *cronicità*. Ma queste possono assumere forme diverse: *malattie*, ma anche *fattori di rischio* o *fragilità* o *disabilità*, eventualmente e variamente assortiti tra loro. Se possiamo considerare l'artrosi una *malattia*, il sottoscritto, che è un iperteso e dislipidemico, compensato da alcune attenzioni nei propri stili di vita e dalla terapia farmacologica continuativa, non si considera *malato*: è, più propriamente, portatore di fattori di rischio, trattati farmacologicamente in *prevenzione secondaria*. Oppure: provate ad appellare *malato* un paraplegico che cinque anni fa è stato vittima di un incidente stradale e che ora, superato il lutto della sua disabilità, l'ha accettata, ci convive ed oggi lavora regolarmente e guida la macchina; non si sente un *malato*. Anche la *fragilità* di un anziano, che rimane nell'equilibrio precario di più organi in compenso labile, non è propriamente un *malato*: è a rischio di perdere repentinamente, anche a seguito di fattori esterni socio-ambientali-relazionali, questo suo equilibrio. Ebbene, noi medici tendiamo a trattare queste diverse tipologie di *cronicità* sempre con un medesimo approccio, considerandole genericamente tutte *malattie*. Peraltro con un armamentario concepito e sviluppato per trattare solo le acuzie. È chiaro quindi che ci ritroviamo disorientati e privi di un ruolo preciso e riconosciuto. Monitorare, accompagnare, curare - la *presa in carico dei cronici*, come si suole dire oggi in Lombardia- appaiono come attività burocratiche e banalmente esecutive.

Ci troviamo cioè di fronte ad una sorta di scontro tra i due aspetti, la progressiva *specializzazione* e le diverse *cronicità*, che pone la figura del medico in crisi di identità: mentre i problemi acuti sono risolti dal sistema medico-sanitario in modo sempre più rapido, efficiente e semplificato (ma con apparati tecnologicamente sempre più sofisticati e dipendenti da *robotica*, *intelligenza artificiale* e *ingegneria genetica*, e dove

il singolo medico tende a diventare solo esecutore competente della manipolazione di tali tecnologie) la condizione di vita delle persone ha a che fare eminentemente con le *cronicità*, siano esse *fattori di rischio, malattie, fragilità o disabilità*.

Il ruolo centrale del medico quale *diagnosta* (formulando la diagnosi compie l'atto medico per eccellenza), *prescrittore* (decidendo il piano di cure è il cardine del sistema), *operatore* (mettendo direttamente in atto le azioni curative è l'attore principale) viene messo in discussione dal fatto che le persone con problemi di salute cronici hanno altre esigenze, che coinvolgono anche il medico, ma a lui richiedono nuove competenze e abilità. La crisi sta soprattutto nel fatto che il medico è preparato ad affrontare le *cronicità* (è vero: viene chiamato specialmente nei momenti delle riacutizzazioni) solo con gli strumenti dell'*operatore delle acuzie*, mentre l'esigenza è *orientare-insegnare-educare-supportare-monitorare* la persona a come convivere bene, fuori dagli ospedali nei luoghi di vita, con le *cronicità*.

E si badi bene: si dice che più del 70% delle risorse sanitarie è rivolta a persone che sono portatrici di *cronicità*. Quindi, nessun medico, o altro professionista sanitario, può ritenersi escluso.

L'aspetto cruciale è che, nelle *cronicità*, il vero *operatore* è la persona, con il suo contesto di vita, che, fuori dall'ospedale e fuori dai luoghi di cura, deve *gestire* al meglio, in prima persona, le proprie *cronicità*.

Al contrario, la nostra visione, la nostra organizzazione, le nostre parole rivolte al *cronico* sono le medesime che usiamo nei confronti dell'*acuto*: noi crediamo di essere gli *operatori*, mentre sarà al di fuori che l'assistito, o quando necessario la sua famiglia, dovrà *arrangiarsi* 24/24 ore ad essere l'*operatore* di se stesso.

Avremmo cioè bisogno di trovare, accanto alla identità tradizionale del medico che, in occasione delle acuzie, fa *diagnosi*, *prescrive* ed *opera*, un nuovo strumentario professionale, per gestire il nuovo ruolo di *assistente-formatore-supervisore-consulente*

del soggetto portatore di *cronicità*, unico possibile vero *operatore*: soltanto questi infatti sarà, nel tempo, l'*attore* degli stili di vita, dell'assunzione delle terapie, del monitoraggio continuativo dei segni e dei parametri necessari. A ciò dovrebbe essere formato affinché svolga questo ruolo attivo con la cognizione, la competenza e lo spirito di collaborazione sufficienti. Purtroppo a ciò non siamo preparati. Infatti i percorsi formativi (non solo dei medici ma anche delle figure infermieristiche e della riabilitazione) sono incentrati solamente sulla fase acuta, trattata elettivamente negli spazi ospedalieri. E sulla gestione delle *cronicità* ci troviamo, senza rendercene pienamente conto, disorientati, spaesati, incompetenti, privi di una formazione e di un bagaglio professionale appropriato.

Avremmo quindi bisogno di nuovi percorsi formativi per acquisire competenze professionali - di cui poter essere orgogliosi- dove il nostro obiettivo non sarebbe più solo *diagnosticare-prescrivere-operare* ma anche fornire alle persone gli strumenti affinché esse stesse siano rese *operatori* sufficientemente competenti per prendersi cura adeguatamente delle proprie problematiche di salute croniche. Avremmo bisogno di imparare: a leggere anamnesi fatte non di eventi ma di linee di tendenza sui tempi lunghi; a diagnosticare tipologia-competenze-capacità della persona che stiamo curando; a capire se l'assistito ha accettato la sua condizione; a come supportarlo ad *elaborare il lutto* di essere portatore di una *cronicità*; a comunicare in modo efficace, differenziando le nostre parole e i nostri gesti in relazione alle peculiarità della persona che ci sta di fronte; a individuare i fenomeni che, nel tempo, si vanno lentamente manifestando impercettibilmente; a valutare gli aspetti clinici sapendoli inserire in un quadro multidimensionale, ovvero che tenga conto anche degli aspetti funzionali, cognitivi, socio-economico-relazionali e dei bisogni assistenziali; a saper lavorare in gruppo (ciò peraltro è ben necessario anche nella gestione delle fasi acute); a

superare la logica della *delega al consulente* per riappropriarci sempre di una visione globale della persona, ricollocando-ridimensionando il nostro specifico apporto clinico, anche se specialistico, nel contesto complessivo della persona.

Avremmo bisogno di essere preparati a lavorare in gruppi di professionisti di diversa estrazione: nel mondo reale, appena usciti dalle scuole, da subito si viene gettati all'interno di continue interazioni tra colleghi della propria e di altre professioni e discipline (anche il medico di famiglia, che spesso crede di lavorare da solo!). E mentre le unità operative ospedaliere sono gruppi di lavoro ben definiti da una precisa gerarchia, da un confinamento spaziale e da una contingenza temporale, nei confronti di ogni *cronico* agisce un peculiare *gruppo di fatto* di figure professionali dalla composizione sempre diversa, afferenti ad organizzazioni variabili, che agiscono su tempi lunghi. Spesso costoro non si conoscono, e non ritengono di doversi conoscere, e interagiscono tra loro per il tramite dell'assistito: di fatto, per l'assistito, sono il gruppo di riferimento, composto dal medico di famiglia e sostituto, dai suoi eventuali collaboratori, dagli specialisti, dai medici di continuità assistenziale, ma poi dalle altre figure professionali, spesso numerose: si pensi anche solo a quanti farmacisti entrano in gioco lungo la storia della persona, spesso semplicemente consegnando un farmaco, ma non raramente diventando la prima figura da cui ricevere consigli e pareri. Gli attuali percorsi formativi continuano invece ad essere assolutamente individuali e monoprofessionali. Avremmo al contrario bisogno di momenti formativi, nelle aule e nelle esercitazioni, interprofessionali (sì: insieme medici e infermieri o tecnici, psicologi, assistenti sociali...) e di gruppo (sì: anche con valutazioni di gruppo, perché nel mondo del lavoro sono spesso le unità operative ad essere valutate nel loro insieme).

Quanto detto sino ad ora indicherebbe la necessità di dare ai servizi territoriali una diversa collocazione gerarchica: mentre l'ospedale dovrebbe rimanere egemone nella gestione delle acuzie (e

qui ci siamo) l'assistenza primaria, ovvero l'insieme dei servizi presenti nel territorio, dovrebbe acquisire l'assoluta egemonia nella gestione delle *cronicità*, in termini di risorse e organizzazione, ma soprattutto di *visione*.

Avremmo anche bisogno, tutti, di una *visione* e una *affettività professionale* di *sanità pubblica* o, meglio, di *comunità*: non dovremmo accontentarci di curare bene il singolo che abbiamo davanti in questo momento ma, in una logica di *governo clinico*, collocare organicamente il nostro contributo, necessariamente specialistico rispetto ai bisogni complessivi della persona, nel sistema. Soprattutto dobbiamo porci, nei fatti, la domanda se, come medico, sto curando tutti quelli che, secondo le indicazioni della letteratura, dovrei curare.

O, meglio, se il mio contributo, accanto al contributo degli altri colleghi/servizi, è in grado di dare una risposta esaustiva sia al singolo, sia alla comunità.

In conclusione, una proposta temeraria: puntare ad un unico *Ordine* di tutti i professionisti della salute, accomunati dal principale e generale obiettivo della tutela della salute del singolo e della comunità. O almeno, pensare ad una forte Federazione che leghi, all'interno di una visione unitaria, tutti gli *Ordini delle Professioni Sanitarie*.

Le sfide del futuro non ci chiedono lobby monoprofessionali, che peraltro stanno per essere surclassate da una pseudo-emancipazione sostenuta da media, internet e social, ma un insieme autorevole, credibile e solidaristico di professionisti tra loro collaboranti. ●