



TORINO MEDICA

anno XXXI
numero 4
2020

comunicazione
informazione
formazione

LA RIVISTA DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TORINO



**PANDEMIA:
IL SSN CHE VERRÀ?**

Dal cuore delle montagne al cuore della tavola



Acqua Lauretana è un dono della natura, di fonte montana, che ha origine in un territorio incontaminato.

Lauretana è l'acqua più leggera d'Europa con solo 14 mg/litro di residuo fisso e grazie alla sua purezza e ai pochi minerali contenuti, si abbina perfettamente ad ogni piatto perché non altera i sapori degli alimenti, esaltandone così il gusto vero.

Sinonimo di eccellenza e qualità, acqua Lauretana rappresenta il valore aggiunto sulle tavole di chi ama la buona cucina.

Tabella comparativa	residuo fisso in mg/l	sodio in mg/l	durezza in °f
Lauretana	14	0,88	0,60
Monte Rosa	16,8	1,2	0,59
S. Bernardo Rocciaviva	34,5	0,8	2,5
Acqua Eva	49	0,3	4,3
Levissima	80	2,1	5,7
Acqua Panna	139	6,4	10,6
Fiuggi	142	7,3	8
Smeraldina	154	25,5	N.D.
Nestlé Vera Fonte In Bosco	162	2,0	N.D.
Rocchetta	181	3,87	N.D.
Evian	309	6,5	N.D.
San Benedetto Primavera	313	4,1	N.D.
Vitasnella	396	3,4	N.D.

Il residuo fisso, il sodio e la durezza di alcune note acque oligominerali (residuo fisso <500 mg/l) commercializzate nel territorio nazionale.

LAURETANA®

L'acqua più leggera d'Europa

Segui la leggerezza



www.lauretana.com

Sommario

numero 4_2020

La Rivista è inviata a tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino e provincia.

4 tribuna
L'OMCeO di Torino e i suoi prossimi quattro anni
Guido Giustetto

9 La Commissione CAO per il prossimo quadriennio
a cura di RTM

11 Le novità organizzative dell'OMCeO di Torino
Rosella Zerbi

14 L'attività disciplinare dell'Ordine: perché, come si svolge, quali novità nel prossimo futuro
Guido Regis, Roberto Longhin

20 editoriale
Natale 2020.
Tra paura, speranza e incoscienza.
Mario Nejrotti

22 focus **Pandemia: Il SSN che verrà?**

23 Ripartire dal territorio. Con il paziente al centro
A cura de il Pensiero Scientifico Editore

27 La rotta della ripresa
A cura de il Pensiero Scientifico Editore

31 Il caos informativo sulla pandemia e l'impatto sui cittadini
A cura de il Pensiero Scientifico Editore

36 Il MMG, il futuro e la nuova organizzazione scuola-famiglia?
Intervista a Diego Pavesio
RTM

38 Covid-19: la rivoluzione non voluta
Emanuele Davide Ruffino, Germana Zolles

40 SARS-CoV-2 e vitamina D. Nuove prospettive
Intervista al prof. Giancarlo Isaia
RTM

46 oncologia contemporanea
Progetto Oncologia Contemporanea
a cura di Rosa Revellino

48 La malattia neoplastica: un malato, un medico
di Andrew Villani e Mario Nejrotti

55 notizie, dibattiti, approfondimenti
Le malattie non trasmissibili e l'alimentazione
A cura di Silvia Trentini

59 le nostre radici
Angelo Pizzini, una vita per la professione, con gioia
di Andrea Pizzini

61 Angelo Pizzini, il nostro cammino insieme
di Antonio Panti



omceo-to.it



facebook.com/omceoTorino



@OmceoTo

Per l'invio di proposte, contributi, segnalazioni e per informazioni è possibile scrivere alla redazione all'indirizzo:
torinomedita@omceo.to.it

Direzione, Redazione,
Corso Francia 8
10143 Torino
Tel. 011 58151.11 r.a.
Fax 011 505323
torino.medica@omceo.to.it
www.omceo.to.it

Presidente
Guido GIUSTETTO

Vice Presidente
Guido REGIS

Segretaria
Rosella ZERBI

Tesoriere
Chiara RIVETTI

Consiglieri
Maria Antonella ARRAS
Domenico BERTERO
Tiziana BORSATTI
Emilio CHIODO
Riccardo FALETTI
Carlo FRANCO
Ivana GARIONE
Fernando MUIÀ
Aldo MOZZONE
Renato TURRA

Roberto VENESIA
Patrizia BIANCUCCI (Od.)
Vincenzo Michele CRUPI (Od.)
Gianluigi D'AGOSTINO (Od.)

Commissione Odontoiatri
Gianluigi D'AGOSTINO
Presidente
Patrizia BIANCUCCI
Claudio BRUCCO
Vincenzo Michele CRUPI
Bartolomeo GRIFFA

Revisori dei Conti
Riccardo FALCETTA
Presidente
Daniela Angela DELLAPIANA
Angelica SALVADORI
Sebastiano ROSA Supplente

TORINO MEDICA
Direttore: Guido Giustetto
Direttore responsabile:
Mario Nejrotti

Progettazione e supervisione: Rosa Revellino

Coordinamento redazionale: Noemi Urso

Redazione: Luca Nejrotti, Silvia Pellicciotta, Laura Tonon (Il Pensiero Scientifico editore)
Aut. del Tribunale di Torino n. 793 del 12-01-1953

L'OMCEO DI TORINO E I SUOI PROSSIMI QUATTRO ANNI

Guido Giustetto
Presidente OMCEO Torino

C'è voluta un'epidemia per mettere sotto gli occhi di tutti i danni che la miopia, che ha pervaso negli ultimi anni la politica sanitaria nazionale e locale, ha arrecato alle persone.

Purtroppo, oggi, tutti tocchiamo con mano cosa ha significato per il Paese e per la nostra professione il defianziamento del SSN: carenza di medici specialisti e di famiglia, anche per la poca capacità delle istituzioni di programmare i fabbisogni, blocco del turn-over, età media dei colleghi al lavoro superiore a quella degli altri paesi OCSE.

Considerare la sanità solo una spesa e non un investimento ha significato:

- rinunciare a costruire una vera rete territoriale delle cure primarie, conservando le gravi lacune e disparità nell'assistenza domiciliare e ai pazienti non autosufficienti;
- mantenere gli ospedali in condizioni critiche, in strutture vetuste, con letti in numero insufficiente e personale ridotto all'osso, obbligato a turni massacranti;
- lasciare i medici in sofferenza per la mancanza del tempo indispensabile a cura e relazione, per nulla incentivati in termini economici, formativi, di merito e di sviluppo di carriera;
- allungare le liste di attesa, per visite e interventi, criticità aggravatasi oltremodo con la pandemia.

All'interno, ma anche al di là, dei suoi compiti istituzionali, oltre le consuete attività, (vedi Box) che cosa può realisticamente fare il nostro Ordine professionale per cambiare questa difficile situazione? Qual è il modo per far riconoscere alla professione medica il suo ruolo nell'indicare e nel concordare con la politica la strada di una organizzazione sanitaria che risponda più compiutamente ai bisogni di salute delle persone e nel contempo permetta ai medici di lavorare in modo da esaltarne le potenzialità e le qualità professionali?

Sicuramente una prima risposta è non rinunciare ai valori di autonomia, indipendenza e responsabilità, tutelando le nostre competenze in ambito di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione. E qui va rimarcata in particolare un'azione di vigilanza e indirizzo su tutto quanto riguarda l'etica e la deontologia della professione: pensiamo per esempio ai temi della autodeterminazione della persona (consenso informato, disposizioni anticipate di trattamento, suicidio assistito), dell'intelligenza artificiale e della telemedicina, dei criteri di accesso alle cure in presenza di risorse scarse. Ma vi sono altre azioni irrinunciabili: contrastare la violenza sugli operatori, garantirne la tutela e assicurare il tempo adeguato per la cura e la relazione con il paziente, anche riducendo il carico degli atti burocratici.



Ma questo non basta più: l'emergenza ci ha insegnato che è fondamentale far valere il nostro diritto/dovere di essere coinvolti in tutte le sedi (Regione o Aziende Sanitarie Regionali) dove si assumono decisioni inerenti alla salute della popolazione, alla programmazione sanitaria e al ruolo dei medici, fornendo il punto di vista della professione nelle strategie di politica sanitaria. Per questo è necessario continuare a elaborare, con sempre maggior accuratezza e dettaglio, proposte sulla riorganizzazione delle cure primarie, dei servizi di prevenzione e della rete dell'assistenza ospedaliera. In riferimento a quest'ultima, il progetto del Parco della Salute, la cui improcrastinabile realizzazione va perseguita, è un esempio: non deve essere inficiata da decisioni che negli anni scorsi abbiamo dimostrato errate, ma arricchita coinvolgendo gli operatori nelle fasi di istruttoria (tipologia di malati, posti letto, dimensione della struttura, area e aspetti urbanistici, rapporto con la restante rete ospedaliera e con la assistenza territoriale) e di progettazione.

Certamente l'Ordine non può perseguire questo obiettivo politico da solo. Sarà necessario definire una vera e propria strategia delle alleanze: in primis io vedo la necessità di consolidare la collaborazione con la Scuola di Medicina dell'Università di Torino sui temi di comune interesse facendo fronte comune, per esempio, per ottenere per i neo-laureati borse regionali aggiuntive per specialità e formazione specifica, commisurate ai fabbisogni della nostra regione. La collaborazione sperimentata nei mesi scorsi con il Politecnico di Torino, nella preparazione dei due manuali "La cura al cittadino riparte in sicurezza" e "Il terzo settore riparte in sicurezza", può essere l'esempio di una virtuosa fusione di competenze da continuare e allargare ad altri soggetti. In questo senso abbiamo dato la nostra disponibilità ad essere partner di alcuni progetti di ricerca: con la Fondazione per l'Architettura sull'umanizzazione dei luoghi di cura, con la Cattedra di Malattie Cardiovascolari della Scuola di Medicina di Torino su modelli di intelligenza artificiale, con la Rete Oncologica Piemonte e Valle d'Aosta sulle novità dell'oncologia contemporanea.

In questo contesto di cooperazione sarà poi utilissimo aumentare la collaborazione e il coordinamento con gli altri Ordini professionali, non solo del settore sanitario, e coinvolgere di più le associazioni dei malati e dei cittadini. Due iniziative, già avviate e che vorrei continuare e arricchire sono: la diffusione nella popolazione di un'informazione e una formazione sanitaria che contrasti le notizie pseudoscientifiche; la promozione con le organizzazioni ambientaliste di un'azione di lobbying perché la tutela e il rispetto dell'ambiente e del principio di precauzione siano poste a fondamento delle nostre azioni.

Una istituzione, l'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri, che poggia su tradizioni, principi e competenze istituzionali salde e ineludibili, ma che vedo necessariamente oggi più aperta ai bisogni di salute della popolazione intesi in un contesto che va oltre i confini puramente sanitari, ma coinvolge l'intera struttura sociale e ambientale. ▶

LE PRINCIPALI ATTIVITÀ SVOLTE NEL TRIENNIO 2018-2020

1. ATTIVAZIONE PEC PER GLI ISCRITTI

2. FORMAZIONE INDIPENDENTE E CONVEGNISTICA

- Attivazione per tutti gli iscritti dell'abbonamento alla banca dati biomedica di risorse EMB DynaMed e banca dati Oral Dentistry and Oral Sciences Sources, a supporto della soluzione di quesiti clinici utilizzando le migliori prove di efficacia
- Formazione indipendente ECM per medici e odontoiatri dell'Ordine dei Medici di Torino, provider nazionale ECM. Nel 2018 sono stati svolti 44 corsi per 2360 medici partecipanti e 67 corsi nel 2019 con 2970 medici partecipanti. Causa COVID-19 solo 7 corsi nel primo bimestre 2020.
- Master MEDPOS in etica, deontologia, politica sanitaria
- CONFERENZE CONVEGNI E SCAMBI CULTURALI
 - "La scienza in Ordine": ciclo di incontri di contrasto alle fake news per medici e popolazione (alimentazione, vaccini, malattie neurologiche, oncologia)
 - "Il mondo che verrà e quello che c'è già": ciclo di otto conferenze nel periodo marzo-novembre 2019 con la partecipazione di economisti, storici, sociologi, cooperanti, esperti su molti temi interdisciplinari tra cui: l'economia mondiale e mutamenti epocali, 5G, blockchain, cripto valute; la tecnologia e gli stili di vita, i conflitti di interesse nella tutela della salute, la caccia al diverso, lo stato dei diritti in Italia e nel mondo, la società della pseudoscienza, stili di vita sostenibili per affrontare la sfida ambientale.
 - La metamorfosi in atto nella cultura degli italiani e i nuovi storytelling.
 - La stazione spaziale ISS e le sperimentazioni nello spazio.
 - La Sanità che verrà.
- "Violenza, un problema complesso. Il tu di fronte all'io": *lectio magistralis* della prof.ssa Michela Marzano
- Incontro di scambio culturale con medici e farmacisti cinesi su temi di organizzazione dei servizi sanitari in collaborazione con associazione culturale Sinomarche.

DOCUMENTI ELABORATI

- Documento sui tempi e autonomia professionale.
- Parco della salute: Osservazioni sullo studio di fattibilità del Parco della Salute, della Ricerca e dell'Innovazione di Torino (documento e convegno)
- Proposte sulla riorganizzazione rete ospedaliera
- Proposte sulla riorganizzazione assistenza territoriale
- DAT: proposta di Dichiarazione Anticipata di Trattamento elaborata a supporto di medici e popolazione
- Proposte in materia di Assistenza a Lungo Termine

- Contrasto alla violenza sugli operatori sanitari (documento e corsi).
- Documento sui Tumori occupazionali a bassa frazione attribuibile
- Nuovo protocollo di intesa per l'attuazione della Carta dei Valori sul diritto delle persone di minore età elaborata con il tavolo interistituzionale e interprofessionale di "Tutti in Rete"
- Protocollo di intesa sulle buone prassi per la consulenza d'ufficio in materia di conflitto familiare e protezione dei minori elaborato in collaborazione con altri Ordini e Tribunale di Torino.
- La Carta dei Valori dell'Informazione e della Comunicazione in Sanità in collaborazione con Rete Oncologica del Piemonte, Ordine dei Giornalisti e altri Ordini delle professioni sanitarie.

GRUPPI DI LAVORO PROMOSSI DALL'OMCeO

- riorganizzazione rete ospedaliera
- riorganizzazione assistenza territoriale
- assistenza ai pazienti non autosufficienti (proposte in materia di Assistenza a Lungo Termine)
- Indagine conoscitiva sul sistema Track Care
- Gruppo di lavoro Scienza e pseudoscienza
- Gruppo di lavoro Unità Valutazione Geriatrica
- Gruppo di lavoro sulle RSA
- Interventi e collaborazioni con associazioni ambientaliste sul tema dell'inquinamento atmosferico

Tavolo permanente OMCeO del Piemonte e Regione sui temi caldi della sanità: Carenza di personale, numero 116.117, rete ospedaliera

Gruppi di lavoro, Tavoli permanenti e commissioni promossi da Regione, Città metropolitana di Torino e altri enti cui l'OMCeO collabora

Tavolo maternità coordinato da Consigliere di parità Piemonte

Tavolo permanente di lavoro e confronto sulla medicina di genere della regione Piemonte D.G.R. n. 16-4307 - DEL 05.12.2016

Tavolo maltrattanti (tavolo della città metropolitana di Torino per progetti finalizzati al cambiamento degli autori di violenza, decreto 248-248-6738/2018)

"TUTTINRETE", tavolo interistituzionale e interprofessionale per la promozione di una cultura condivisa della tutela dei diritti dei minori nel rapporto con i mezzi di informazione.

Tavolo di lavoro del piano locale della prevenzione della Città di Torino gestito dalla ASL città di Torino.

Tavolo di confronto CTU

Tavolo di coordinamento regionale e semplificazione commissione ECM Regione Piemonte

Progetto Rete integrata di farmacovigilanza attiva

Gruppo di lavoro accessi vascolari e consenso informato della città della Salute e della scienza

Gruppo di lavoro emergenza 118 rete oncologica

Progetto medici sentinella

Progetto ordini trasfrontalieri

Commissione regionale per l'incontinenza

Osservatorio regionale RSA Consulta unica delle professioni

tribuna L'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI ALL'EPOCA DEL COVID: UN'ISTITUZIONE INSOSTITUIBILE, CHE SI APRE AL FUTURO.

AUDIZIONI/CONSULTAZIONI presso assessorato regionale alla Sanità, commissioni Consiglio regionale Piemonte, commissioni consiliari comune Torino su temi inerenti alla salute: programmazione fabbisogni formativi professioni sanitarie, programmazione fabbisogni formativi specialità mediche, Rimodulazione della dotazione di posti letto ospedalieri", Disposizioni per il consolidamento della rete di assistenza per la salute neuropsichiatrica dell'età evolutiva e dell'adolescenza", Piano regionale per la qualità dell'aria, Indirizzi e criteri per garantire l'effettivo accesso alla legge n. 194/1978 Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza, esposizione a onde 5G, "Violenza contro gli operatori sanitari", Medicine non convenzionali

ATTIVITÀ DURANTE LA PANDEMIA inizialmente nel contesto dell'Unità di crisi e poi nel Gruppo di lavoro sulla riorganizzazione dell'assistenza territoriale, con particolare impegno sul versante della fornitura ai medici dei dispositivi di protezione, dell'esecuzione dei tamponi, della implementazione delle USCA, della terapia per i pazienti domiciliari, del disegno e dell'applicazione della strategia di individuazione dei casi, isolamento e tracciamento, dell'aumento degli incentivi delle forme di lavoro in gruppo e in rete dei medici convenzionati.

ATTIVITÀ REDAZIONALE TORINO MEDICA

- 6 numeri nel 2018, con Focus di approfondimento su: Il malato immaginario, speciali Terra Madre salone di gusto, Focus farmaci e la governance dell'innovazione farmaceutica, Focus su responsabilità professionale, sui 40 anni del SSN e sui sistemi sanitari nel mondo, su campagne di comunicazione sanitaria e salute globale
- 4 numeri nel 2019 con Focus di approfondimento su fake news in sanità, deprescrizione e armonizzazione terapeutica, comunicare la buona notizia in oncologia, le novità in medicina e chirurgia, gli antibiotici e l'antibioticoresistenza
- 3 nel 2020 (Causa COVID-19) con Focus sulla disabilità, COVID-19 (numero doppio e in doppio formato, cartaceo e informatico) e il SSN che verrà
- Gestione del Portale Giornalistico con argomenti dedicati a medici e odontoiatri, con circa 600 articoli informativi scientifici e di opinione pubblicati ogni anno
- Nel 2019 restyling delle rubriche e introduzione nell'ambito del progetto Oncologia Contemporanea in collaborazione con Rete Oncologica e COES della rubrica omonima, con articoli di informazione scientifica e audio interviste e Oncologia Contemporanea News, rubrica di letteratura scientifica consigliata sull'argomento specifico. È stata introdotta, sempre nel 2018 e poi potenziata, Scelti per Voi, rubrica di letteratura scientifica generale consigliata. Durante la pandemia sono state prodotte interviste audio con molti protagonisti dell'attività sanitaria e organizzativa di contrasto al virus.

SITO ISTITUZIONALE

Nel 2020 riorganizzazione grafica e funzionale del sito istituzionale, potenziato e reso più moderno e fruibile dagli iscritti. Inserimento del Portale Giornalistico all'interno del sito per una maggiore sinergia di informazione.

SOCIAL MEDIA

Presenza sui maggiori social media con notizie e post istituzionali e di informazione.

UFFICIO STAMPA

Dal 2019 potenziamento dell'attività di comunicazione istituzionale, con considerevole presenza dell'Ordine sulle maggiori testate e nei telegiornali locali, regionali e nazionali.

LA COMMISSIONE CAO PER IL PROSSIMO QUADRIENNIO

a cura di RTM

“CI SONO ALCUNE PAROLE CHE CARATTERIZZERANNO IL PROSSIMO QUADRIENNIO DELLA COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DI TORINO.”

Lo ha detto il Presidente CAO **Gianluigi D’Agostino**, vediamo con lui quali sono e perché.



Presidente, quali sono le parole tematiche del prossimo quadriennio?

Partiamo dal termine continuità. Innanzitutto perché riteniamo positivo il percorso dell’ultimo triennio al netto della difficile questione pandemica che abbiamo dovuto affrontare. In questa delicata situazione abbiamo cercato di dare risposte tempestive e coerenti sia ai colleghi che e ai cittadini. Contiamo di migliorare questo confronto e questo dialogo con una sempre maggiore applicazione e grazie all’opportunità di avere due colleghi in più in Commissione. In linea con quanto già fatto vogliamo continuare nel confronto con tutte le realtà presenti nell’esercizio della Professione con una grande attenzione al rispetto della dignità di tutti coloro che esercitano l’odontoiatria. Non esistono colleghi di serie A e altri di serie B. Il nostro impegno al confronto è forte, costante e radicato perché siamo sempre disponibili a dialogare con tutti i professionisti, ma non possiamo che ribadire la criticità rappresentata dalle società di capitale nell’ambito odontoiatrico.

La vicenda Dentix con numerosi pazienti abbandonati in corso di terapia e magari con finanziamenti in corso deve essere da monito e non deve essere dimenticata.

Situazioni così gravi si verificano anche perché esiste un’evidente lacuna nella definizione precisa del profilo professionale e nella formazione dei Direttori Sanitari delle strutture odontoiatriche. Per tale ragione abbiamo pensato di progettare e organizzare un corso specifico che permetta di affrontare il ruolo con consapevolezza.

tribuna L'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI ALL'EPOCA DEL COVID: UN'ISTITUZIONE INSOSTITUIBILE, CHE SI APRE AL FUTURO.

Al tempo stesso è necessario un intervento a livello politico nazionale per uniformare i parametri che devono caratterizzare questo ruolo tra regione e regione.

Il termine continuità ci riporta anche alla parola adeguatezza nella professione che prevede anche una linea forte e netta su alcuni punti cardine, come ad esempio quello della pubblicità sanitaria?

Affronteremo con sempre maggior decisione questo spinoso capitolo. Dovremo senz'altro affinare l'applicazione della legge 145 del 2018 che ben definisce l'informazione sanitaria. In questo momento la Corte Europea sta procedendo ad un'indagine sulla applicazione di questa legge in Italia per valutare se ci sia una lesione del diritto di concorrenza e quindi mettere in atto un procedimento di infrazione.

La richiesta al momento è di modificare la legge. Dovremo muoverci con la giusta attenzione e cautela ma con l'assoluta convinzione di essere nel giusto. La pubblicità la lasciamo ai supermercati, noi vogliamo parlare di informazione.



Quale cornice prospettica si sente di dare agli iscritti per i prossimi anni?

Introduco altre due parole importanti: consapevolezza ed autonomia. Sono termini che rappresentano una presa di coscienza del percorso di interpretazione della legge Lorenzin grazie a decreti attuativi e regolamenti. La consapevolezza di quanto con forza oggi venga affermata l'indipendenza della nostra professione pur all'interno di un unico Ordine.

Si tratta di una vera e propria rivoluzione copernicana ben definita dalla legge e da una sentenza del Consiglio di Stato. Parliamo di una rappresentanza esponenziale della professione da parte del presidente CAO, parliamo di rappresentanza processuale, di autonomia economica ed molto altro.

Avere maggiori risorse economiche avrà come prima conseguenza la possibilità di fornire una offerta formativa gratuita ai colleghi che permetta di avere un sufficiente numero di crediti con percorsi di formazione che valorizzino di più la componente pratica e operativa del nostro atto medico quotidiano.

Affronteremo poi il tema dell'equo compenso, della semplificazione dell'iter burocratico per la trasformazione delle Srl in Stp e l'aumento degli sgravi fiscali per permettere un sempre maggiore accesso alle cure odontoiatriche.



Per condividere questi ambiziosi obiettivi, bisognerà privilegiare la comunicazione agli iscritti. Non le pare che questa parola possa essere un altro cardine per il futuro?

Certamente, infatti, dovremo progettare e gestire meglio la comunicazione verso i Colleghi per far conoscere ciò che la CAO fa a livello provinciale e nazionale soprattutto in un momento in cui, oltre a dover garantire una strategia di confronto anche duro con gli interlocutori esterni alla professione, dobbiamo affrontare attacchi da parte di colleghi che sembrano conoscere meglio la demagogia della realtà istituzionale.

Vogliamo far partire anche un piano di comunicazione verso la cittadinanza. Pensiamo ad un programma di incontri con le associazioni dei cittadini in cui descriveremo ancora meglio il nostro ruolo di rappresentanza di una professione medica di alta specializzazione.



Per il prossimo futuro, offuscato dalle conseguenze della pandemia, crede che la professione odontoiatrica possa avere un ruolo sociale rilevante?

Sicuramente, una parola fondamentale, è sempre stata e sarà per noi, solidarietà.

Ribadiremo il ruolo della CAO nella tutela e garanzia della salute di tutti, come sancito dalla nostra Costituzione. A questo proposito tengo a ricordare l'impegno della CAO Torino per garantire a tutti l'accesso alle cure. Prima del lockdown abbiamo sottoscritto una convenzione con l'ASL Città di Torino e le associazioni di volontariato che operano nella nostra città. L'obiettivo è di cercare soluzioni per affrontare i problemi odontoiatrici di chi è socialmente fragile. Nel prossimo quadriennio la nostra Commissione sarà direttamente presente al tavolo ministeriale sui LEA con lo scopo, attraverso un incremento di risorse, di aumentare e ridefinire le prestazioni odontoiatriche da inserirvi.



LE NOVITÀ ORGANIZZATIVE DELL'OMCeO DI TORINO

Rosella Zerbi

Consigliera Segretaria OMCeO Torino

A dicembre 2020 sono 17.499* gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Torino: complessivamente + 13,8 % dal 2013 al 2020 e + 5,6 % solo negli ultimi due anni. Il progressivo incremento delle iscrizioni agli albi e il conseguente incremento delle attività amministrative hanno reso necessario l'avvio di un ambizioso processo di riorganizzazione degli uffici e reingenerizzazione dei processi, ispirato ai principi di trasparenza, efficacia ed

efficienza dell'azione amministrativa, che permetta la gestione integrata delle attività proprie dell'Ordine e dei servizi a disposizione degli iscritti e il miglioramento della comunicazione con gli iscritti.

Per questo, a seguito di regolare procedura di gara, è stata acquisita e implementata una suite integrata di software web-based a supporto delle attività gestionali e amministrative dell'Ordine, che grazie alla sua struttura modulare consente di semplificare le procedure, ►

tribuna L'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI ALL'EPOCA DEL COVID: UN'ISTITUZIONE INSOSTITUIBILE, CHE SI APRE AL FUTURO.

di condividere e snellire le attività da parte del personale dell'Ordine, di automatizzare i rapporti con gli Enti esterni per la comunicazione delle informazioni e per la verifica delle autocertificazioni (FNOMCeO, ENPAM, Comuni, Università...), di gestire i ruoli e le registrazioni contabili, di aggiornare l'anagrafica dell'iscritto con immediata evidenza sull'albo online della variazione dei dati obbligatori intervenuta, di importare automaticamente gli indirizzi PEC generati dall'iscritto tramite il servizio "Attiva la PEC" messo a disposizione dall'Ordine.

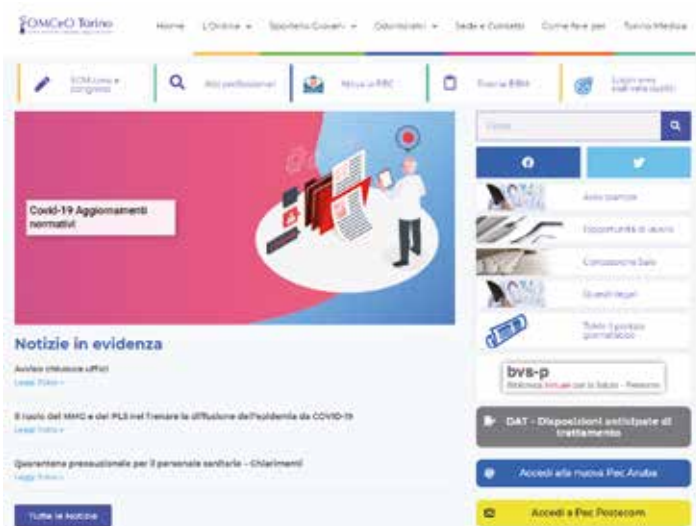
Contestualmente, beneficiando della tecnologia innovativa a disposizione, è stata realizzata l'infrastruttura necessaria a consentire nel lockdown, fin dalla prima fase COVID-19, il regolare svolgimento delle attività amministrative con modalità a distanza, collocando il personale dipendente in smart working, in attuazione delle disposizioni normative varate, e sperimentando con successo modalità innovative di collaborative working. Sono state implementate reti VPN e algoritmi per l'accesso sicuro ai documenti riservati.

Che cosa è già a regime?

Per la gestione amministrativa e contabile:

1. La gestione degli Albi dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, che traccia in modo univoco la posizione anagrafica di un iscritto, a partire dalla richiesta di iscrizione sino alla cancellazione dagli albi.
2. L'organizzazione di corsi residenziali ECM, dalla progettazione e creazione del corso, alla gestione delle iscrizioni, alla somministrazione di questionari, alla fase post corso della gestione dei crediti e stampa attestati.
3. La gestione dei protocolli e dei flussi documentali e la conservazione a norma. In particolare l'attivazione del protocollo informatico, con superamento definitivo del protocollo manuale, assolve alla cosiddetta "dematerializzazione dei documenti", consente maggiore efficienza dei processi, risparmio di tempo e denaro e, non ultimo, il risparmio di carta e toner a favore dell'ambiente; facilita inoltre il reperimento dei documenti informatici, grazie alla classificazione e fascicolazione in fase di registrazione di protocollo.
4. La contabilità finanziaria, comprensiva della gestione dei bilanci di previsione e consuntivo, delle fasi di impegno e accertamento, delle movimentazioni contabili (mandati e reversali), della tracciabilità dei pagamenti; la gestione della fatturazione elettronica; la gestione degli inventari; la gestione autonoma della riscossione dei contributi di iscrizione, che ha permesso all'Ordine di revocare la convenzione onerosa con la società di riscossione a partire dal 2019.
5. La gestione integrata dell'iter dei procedimenti disciplinari, attraverso la connessione delle fasi procedurali e la costituzione del fascicolo informatico del procedimento.
6. La possibilità di effettuare reportistica e analisi dati in tempo reale, secondo molteplici parametri a scelta dell'operatore.
7. La gestione delle operazioni di seggio elettorale, con verifica in tempo reale del raggiungimento del "quorum" e attività di scrutinio, durante le votazioni per i rinnovi degli organi istituzionali e delle cariche.
8. La gestione del personale dell'Ordine.
9. La gestione degli spazi dell'Ordine concessi in uso agli iscritti o a terzi.

Un nuovo sito web che vi invitiamo a visionare, dal quale è possibile accedere all'area riservata, alle risorse EBM (Dynamed e Dentistry and Oral Science Source) e, importantissimo visti gli obblighi di legge e le severe sanzioni per gli inadempienti, attivare la casella PEC (Posta Elettronica Certificata) direttamente e gratuitamente per tutti gli iscritti.



Per gli iscritti una nuova area riservata

L'area riservata agli iscritti, accessibile dal sito dell'Ordine (<https://omceo-to.it/>), è stata interamente riprogettata e offre le seguenti possibilità:

1. Permette all'iscritto di accedere alla propria pagina personale, consultare e aggiornare i propri dati anagrafici, i dati obbligatori di albo medici chirurghi e/o albo odontoiatri, gli indirizzi e recapiti, comunicare l'indirizzo PEC. Consente all'iscritto inoltre di visionare, comunicare e modificare direttamente dati relativi alle specializzazioni conseguite; di visualizzare le tasse ordinarie in scadenza e lo storico, comprese le quietanze dei pagamenti effettuati, e di optare eventualmente per l'addebito del contributo di iscrizione in conto corrente; di esprimere una scelta in ordine alla modalità ricezione della Rivista Torino Medica.
2. Permette all'iscritto di monitorare l'esito delle richieste di cambio indirizzo di residenza, domicilio e recapito, di comunicazione specializzazione, di comunicazione PEC.
3. Consente al neoabilitato o neoiscritto di autocompilare on line la domanda di iscrizione all'Albo e di effettuare i pagamenti utilizzando il sistema PagoPA, quale esclusivo strumento di pagamento imposto dalla legge alle pubbliche amministrazioni.
4. Contiene, inoltre, una sezione dei corsi che parte ex novo ed arricchita rispetto alla precedente. Permetterà non solo di iscriversi ai corsi e di stampare l'attestato di partecipazione, ma anche compilare direttamente on-line il questionario finale, il questionario di gradimento dei corsi e di consultare e scaricare il materiale disponibile del corso. Progettata per i corsi residenziali, la sezione sarà attiva alla ripresa dei corsi in presenza. Nel frattempo nel 2021, e finché dureranno le limitazioni ai corsi in

presenza, l'Ordine procederà con i corsi FAD sincroni tramite la piattaforma FNOMCeO.

5. Mantiene, come dal 2018, l'accesso gratuito alle risorse EBM che l'OMCeO di Torino mette a disposizione degli iscritti, consultabili anche da tablet e smartphone:
 - **BANCA DATI DYNAMED** per risolvere quesiti clinici utilizzando le migliori prove di efficacia a supporto delle decisioni cliniche "al letto del paziente". Con possibilità di utilizzare i calcolatori medici e statistici, gli scores, gli alberi decisionali, le classi di rischio e l'utilizzo di schede per la Educazione del Paziente.
 - **DENTISTRY AND ORAL SCIENCE SOURCE** che permette l'accesso ad oltre 270 riviste in full text e indicizzazione e abstract di circa 350 riviste internazionali di odontoiatria.

Che cosa è in corso?

- La digitalizzazione dell'archivio storico, attraverso la scansione documentale e l'implementazione di un repository per la conservazione a norma di legge.
- L'abilitazione a Spid per l'accesso ai servizi dell'Ordine.
- Lo svolgimento di riunioni delle commissioni e dei gruppi di lavoro e di eventi tramite applicazioni webinar e di teleconferenza, sviluppando l'infrastruttura hardware disponibile affinché sia ampiamente fruibile.

Che cosa sarà possibile a breve

- sostituzione del tesserino di iscrizione cartaceo con tesserino elettronico in formato badge, con tecnologia RFID che permette di coordinare i dati degli iscritti con varie operatività applicative, quali, in prima applicazione, la registrazione degli accessi ai corsi di formazione.
- prenotazione on line da parte degli iscritti di appuntamenti, disponibilità, front-office e videochiamate direttamente dall'area riservata.
- prenotazione on line delle sale concesse in uso agli iscritti.

* la suddivisione per genere nell'Albo medici è 47,2 F e 52,8 % M; nell'Albo odontoiatri è 28.4% F e 71,6 M.

L'ATTIVITÀ DISCIPLINARE DELL'ORDINE:

perché, come si svolge, quali novità nel prossimo futuro



Guido Regis
Roberto Longhin

L'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri è un ente sussidiario dello Stato, cui è affidata la delicata funzione di tutela della professione anche a garanzia dei cittadini.

Un'attività particolarmente rilevante è quella disciplinare che si sviluppa nella funzione di vigilanza e controllo sulla condotta dei propri iscritti quando disattendono i precetti della deontologia fissata nel Codice Deontologico.

L'Azione disciplinare nasce da segnalazioni di singoli cittadini, di colleghi, delle ASL, della Procura della Repubblica o di altre istituzioni, nonché dalla valutazione quotidiana di notizie fornite dai media su fatti che coinvolgono la professione.

È una funzione molto delicata che richiede una particolare attenzione ed impegno in quanto deve essere equanimente esercitata nei confronti di tutti gli iscritti, non può e non deve essere condizionata da fattori esterni di alcun genere, deve garantire il decoro della professione e, quindi, deve essere intransigente ma nel contempo equa, mantenendo la capacità di valutare comunque ciascun singolo caso nella sua peculiarità.

Il potere disciplinare dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri è attribuito dalla legge all'apposita Commissione Disciplinare, individuata in seno al Consiglio dell'Ordine di appartenenza, che nella nostra provincia è costituito da 18 membri, 15 medici e 3 odontoiatri. Con la legge 24.07.1983 n. 409, istitutiva della professione odontoiatrica, sono state istituzionalizzate due Commissioni distinte, una per la professione medica ed una per quella odontoiatrica.

Il campo d'azione del potere disciplinare dell'Ordine è circoscritto alle violazioni dei principi della deontologia fissati nel Codice Deontologico, tra i quali rientra anche il riflesso che possono assumere le sentenze penali di condanna come risulta dall'art. 42 e 44 del DPR 221/50. In questi casi l'azione disciplinare è ancora più cauta e misurata.

Inoltre, quando un medico viene colpito da una misura restrittiva della libertà personale la legge professionale ne impone la sua automatica sospensione dall'esercizio della professione per tutta la durata della misura. Ne segue poi obbligatoria l'apertura del procedimento disciplinare che, solitamente, viene sospeso stante la pregiudizialità dell'accertamento penale. La pregiudizialità penale non è più motivo di obbligatoria sospensione dell'azione disciplinare, ma sono rari i casi in cui i fatti siano di tale chiarezza da consentirne una immediata valutazione disciplinare.

L'esito del giudizio penale assume quindi rilevanza diretta sull'azione. Una sentenza di assoluzione perché "il fatto non sussiste o l'imputato non lo ha commesso", determina quasi sempre una conclusione del disciplinare con una discolta. Diversamente l'assoluzione con la formula "perché il fatto non costituisce reato", o «per prescrizione» lascia intatta la valutazione disciplinare della condotta e dei suoi riflessi sulla deontologia.

Il procedimento disciplinare può dunque scaturire:

- *su richiesta del pubblico ministero o della procura della repubblica*. In questo caso l'apertura del procedimento è dovuta;
- *a seguito di deliberazione* della competente Commissione d'Albo.

MODALITÀ DI SVOLGIMENTO DEL PROCEDIMENTO

La celebrazione del procedimento è scandita dalla Legge professionale e dal regolamento di sua attuazione.

Si articola in due fasi:

1. la fase istruttoria che culmina con la deliberazione di apertura o di archiviazione e la contestazione dell'addebito;
2. la fase del giudizio che culmina nella decisione di discolta o di responsabilità disciplinare cui segue la sanzione.

Le Commissioni, quando deliberano l'apertura di procedimento a carico di un iscritto, nominano tra i propri componenti un relatore al quale compete di preparare il materiale del fascicolo che verrà illustrato durante la seduta di celebrazione del giudizio.

La seconda fase attiene alla celebrazione del giudizio che prende il via con la comunicazione all'iscritto dell'addebito sul quale dovrà rispondere e la data di sua convocazione avanti alla commissione davanti alla quale si svolgerà il giudizio.

Vediamo ora in sintesi come si svolgono le varie fasi.

ISTRUTTORIA

Il Presidente o il Vice-Presidente sono gli organi deputati a raccogliere la documentazione. Richiedono al medico chiarimenti e deduzioni e, se ne ravvisano la necessità, ascoltano personalmente il medico per meglio approfondire i fatti e le giustificazioni. La richiesta di chiarimenti al collega è un atto necessario, per consentire al medico di chiarire la sua posizione, magari fornendo notizie e documentazioni importanti a sua difesa.

Conclusa la raccolta dei documenti e delle deduzioni il materiale viene portato alla Commissione che decide se sussistono o meno elementi per l'esercizio dell'azione disciplinare.

LA CELEBRAZIONE DEL PROCEDIMENTO DISCIPLINARE

Nel giorno fissato per la celebrazione del giudizio il medico ha diritto a presenziare alla seduta, eventualmente facendosi assistere.

Il relatore illustra quindi alla Commissione il caso e la documentazione raccolta nel fascicolo, che ciascun componente ha comunque avuto a disposizione in precedenza, fornendo gli elementi su cui incentrare la verifica deontologica del caso.

Quindi ascolta l'incolpato al quale vengono sottoposte domande e richieste di chiarimenti, prima di ascoltare le argomentazioni difensive del difensore o del soggetto della cui assistenza il medico ha ritenuto di avvalersi. Succede infatti che alcune volte l'assistenza sia fornita da colleghi o da consulenti.

Conclusa la trattazione, congedato il medico, la Commissione procede alla decisione del caso stabilendo se nella condotta siano o meno ravvisabili responsabilità: in caso negativo segue la discolta, altrimenti la sanzione parameritata anche sull'orientamento in materia relativo a casi analoghi. ►

tribuna L'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI ALL'EPOCA DEL COVID: UN'ISTITUZIONE INSOSTITUIBILE, CHE SI APRE AL FUTURO.

L'ultimo atto è rappresentato dalla stesura della motivazione della decisione e del verbale che la contiene. In essa sono descritti i fatti e le prove acquisite, le norme del Codice di Deontologia Medica violate e le motivazioni che hanno portato a questa decisione seguite dalla sanzione.

Le sanzioni in cui può incorrere un medico o un odontoiatra che abbiano violato il codice deontologico sono quattro:

- l'avvertimento, che consiste nel diffidare il colpevole a non ricadere nella mancanza;
- la censura, che è una dichiarazione di biasimo per la mancanza commessa;
- la sospensione dall'esercizio della professione: da 1 a 6 mesi; in caso di "prestanomismo" la sospensione è prevista per un periodo non inferiore ad un anno;
- la radiazione dall'albo.

Nel caso della radiazione è possibile ottenere una nuova iscrizione dopo 5 anni. La domanda dovrà essere corredata da documentazione comprovante che il richiedente ne è degno, avendo dimostrato resipiscenza, riflessione sui principi della deontologia, il risarcimento di eventuali danni e la riabilitazione in caso la radiazione sia derivata da una sentenza di condanna penale, supportata da una buona condotta.

IMPUGNAZIONE

Il medico che abbia riportato una sanzione può comunque proporre impugnazione alla Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie (CCEPS) con sede presso il Ministero della Salute in Roma. Il ricorso determina l'automatica sospensione della sanzione.

La mancata impugnazione della sanzione ne determina la definitività. Quando l'impugnazione viene invece respinta dalla Commissione Centrale, la stessa viene posta in esecuzione anche se ne è ancora possibile l'impugnazione avanti alla Corte Suprema di Cassazione. Il ricorso per Cassazione non sospende la sanzione, ma il medico può chiedere alla Corte la sospensione fino alla pronuncia della sentenza.

RIFORMA DEGLI ORDINI PROFESSIONALI: COSA CAMBIA?

La procedura descritta è destinata a breve ad essere modificata secondo quanto previsto dalla Legge 3/2018, c.d. Legge Lorenzin, di riforma degli Ordini sanitari, che ha previsto la separazione della fase istruttoria da quella giudicante di celebrazione del procedimento.

A garanzia della terzietà del giudizio disciplinare, la funzione istruttoria viene affidata ad uno specifico ufficio costituito a livello regionale di concerto tra tutti gli Ordini del Piemonte che sarà coordinato da un rappresentante esterno nominato dal Ministero della Salute. A questo nuovo organo spetterà esaminare gli esposti e le notizie trasmesse dal Presidente dell'Ordine, svolgere tutti gli accertamenti ritenuti opportuni, acquisire le deduzioni dell'interessato, prove e documenti per poi formulare le proprie conclusioni. Sarà in sostanza questo nuovo organo, composto da componenti dell'Ordine, sorteggiati nelle forme indicate dal Regolamento in fase di adozione, a formulare motivata richiesta di archiviazione o di apertura del procedimento indicando altresì l'addebito cui l'iscritto sarà chiamato a rispondere.

Questa novità è ancora tutta da scoprire nella sua modalità pratica di funzionamento in quanto a due anni dall'entrata in vigore della legge non risulta ancora adottato il Regolamento che dovrà fornire le regole di dettaglio.

ATTIVITÀ DISCIPLINARE DELLA COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI DELLA PROVINCIA DI TORINO – ANNO 2020

Nonostante la nota situazione pandemica abbia certamente reso più complicato anche l'esercizio di questo delicato compito, la Commissione per gli Iscritti all'albo dei Medici Chirurghi della Provincia di Torino ha esaminato 71 pratiche che hanno condotto a 40 archiviazioni e 10 sentenze, con 3 disciolti, 6 sospensioni e 1 radiazione.

In 5 casi si è aperto il procedimento disciplinare senza terminarlo nell'anno in corso.

In 2 casi il procedimento disciplinare è stato aperto e contestualmente sospeso in attesa della pregiudiziale penale.

In 1 caso è stato chiesto un supplemento di istruttoria.

In 4 casi è stato deciso di procedere a un supplemento di istruttoria tramite audizione del medico di fronte al Vice Presidente.

In 5 casi si le interposizioni della Commissione hanno procurato la conciliazione di vertenze fra sanitario e sanitario.

Di seguito la tabella riepilogativa dell'attività disciplinare relativa all'anno 2020:

	20.01.20	17.02.20	20.04.20	18.05.20	21.09.20	19.10.20	10.11.20	23.11.20	1.12.20	14.12.20	Tot.
Archiviazione	5	5		13	6	3		5		3	40
Istanza di rivalutazione archiviazione	1										1
Trasmissione atti Comm. Di Vigilanza - NAS											0
Supplemento d'istruttoria						1					1
Suppl. istruttoria - Audizione ex art. 39 DPR 221/1950	2					2					4
Apertura procedimento				1	1			1		3	6
Apertura proc. e sospensione pregiudiziale penale										2	2
Discolpa								2	1		3
Avvertimento											0
Censura											0
Sospensione							2		3	1	6
Radiazione							1				1
Conciliazione						3				2	5
Differimento							1	1			2
Estinzione procedimento per decesso											0
Tot.	8	5	solo approvazione verbali	14	7	9	4	9	4	11	71

tribuna L'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI ALL'EPOCA DEL COVID:
UN'ISTITUZIONE INSOSTITUIBILE, CHE SI APRE AL FUTURO.

ATTIVITÀ DISCIPLINARE DELLA COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TORINO – ANNO 2020

Sebbene l'emergenza sanitaria abbia complicato lo svolgimento dell'attività disciplinare, nell'anno 2020 la Commissione Albo Odontoiatri ha esaminato 74 pratiche che hanno condotto a 13 archiviazioni e 2 sentenze di censura.

In 5 casi si è aperto il procedimento disciplinare senza terminarlo nell'anno in corso.

In 14 casi gli atti del fascicolo sono stati trasmessi alla commissione di vigilanza e ai NAS.

In 23 casi è stato chiesto un supplemento di istruttoria.

In 16 casi è stato deciso di procedere a un supplemento di istruttoria tramite audizione del medico di fronte al Presidente della Commissione.

Di seguito la tabella riepilogativa dell'attività disciplinare relativa all'anno 2020:

	14.01.20	27.02.20	27.03.20	29.04.20	25.05.20	15.06.20	13.07.20	07.09.20	05.10.20	09.11.20	21.12.20	Tot.
Archiviazione	1	2		1	2		1	1	3	2		13
Istanza di rivalutazione archiviazione												
Trasmissione atti Comm. Di Vigilanza – NAS				12	1		1					14
Supplemento d'istruttoria	1	4	5	2	1	2	2	1	2	3		23
Suppl. istruttoria – Audizione ex art. 39 DPR 221/1950	1		1	1	6	3		2	2			16
Apertura procedimento		2	1						2	1		6
Apertura proc. e sospensione pregiudiziale penale												
Discolpa												
Avvertimento												
Censura										2		2
Sospensione												
Radiazione												
Conciliazione												
Differimento												
Estinzione procedimento per decesso												
Tot.	3	8	7	16	10	5	4	4	9	8		74

CAMPAGNA ISCRIZIONI ANAAO ASSOMED 2020

E DI TE CHI SI PRENDE CURA?

ANAAO ASSOMED TUTELA LA TUA PROFESSIONE
CON LE SUE POLIZZE ESCLUSIVE

Primo sindacato in Italia, Anao Assomed offre a medici e dirigenti sanitari una polizza di Tutela Legale, completa e gratuita, con un massimale di 50.000 €, anche in ambito di circolazione stradale.



Garanzia completa, comprensiva di
responsabilità patrimoniale, gratis
per un anno. Anche per attività
Covid in discipline non equipollenti



Scopri tutti i servizi su anaao.it



MEDICAL
INSURANCE BROKERS

anaao.it

Natale 2020. Tra paura, speranza e incoscienza.

Mario Nejrotti

E dopo un anno siamo ancora qui: con la paura, la speranza e l'incoscienza.

Non è la prima volta che scrivo di SARS-CoV-2 e della sua terribile infezione: la COVID-19. Questo editoriale uscirà nel periodo delle festività natalizie, e staremo per lasciarci alle spalle il funesto 2020.

La paura, però, rimane: per alcuni è la paura della noia, dell'isolamento forzato, per altri quella della malattia e della sofferenza, per altri quella di morire.

I colori delle Regioni Italiane cambieranno ancora nella speranza che la morsa del virus si allenti, che possiamo camminare per strada più tranquilli, senza lanciare occhiate sospettose a chi si avvicina.

E poi al primo allentamento delle norme di distanziamento, l'incoscienza: una rincorsa irrazionale alla riconquista di una normalità perduta, ma fatta soprattutto di consumismo sfrenato.

È tutto già successo l'estate scorsa. Stesse scene, stessi errori, stesse vittime, stesso esercito di sanitari sempre più stanchi, sempre meno amati.

E ora di nuovo: "Salviamo l'economia: compriamo!"

Le autorità hanno rifatto la stessa scelta.

In politica nessuno è ingenuo: tutti sanno perfettamente come sono fatte le persone e a che cosa andranno incontro. Ma si sceglie il male minore, e pazienza per gli effetti collaterali.

"Andate e comprate: apertura dei negozi fino alle 22! Il Natale è alle porte! Ma attenti: siate prudenti!"

È una scelta politica, ammantata di ipocrisia.

È tutto già successo l'estate scorsa. Stesse scene, stessi errori, stesse vittime, stesso esercito di sanitari sempre più stanchi, sempre meno amati

Mercato e profitto vincono, come per l'ILVA di Taranto, come per l'inquinamento, come per i rifiuti tossici, come per i pesticidi, come per la cementificazione, come per il dissesto idrogeologico, come per il cibo spazzatura, come per il fumo di sigaretta, come per l'alcol, come per il gioco d'azzardo...

"Andate nelle piccole botteghe di prossimità, ma state distanti, comprate tanti regali, ma non vedetevi con i vostri congiunti, attenti ai cenoni di Natale e fine anno! Non fate feste, tenete la mascherina sempre. Niente assembramenti, neanche familiari, lavatevi le mani, disinfettate le superfici. E se vi infettate, non venite a piangere da noi. Ve lo avevamo detto!"

Hanno chiamato il virus SARS-CoV-2 con tanti nomi: il nemico invisibile, il bastardo, il virus cinese, lo spietato assassino. Nell'inconscio collettivo è diventato una forma oscura che ti aggredisce alle spalle, un essere maligno che attentava alla vita. Una volontà malvagia fuori di noi.

SARS-CoV-2 non ha volontà.

Ha un messaggio genetico semplice e ottuso, che è il messaggio della vita, di tutte le vite. Crescere e moltiplicarsi.

Il modo di contenerlo c'è. Dipende da noi tutti. Ma purtroppo necessita di cultura, consapevolezza, rinuncia e sacrificio: qualità rare e difficili da praticare, specie a lungo.

Una società complessa come la nostra è facile da infettare e difficile da governare.

Le occasioni di assembramento non si contano.

Ci sono quelli che non si sono mai fermati. Ci sono quelli che non ci credono e vanno in piazza a picchiarsi con i poliziotti. Ci sono quelli prudenti, che fanno tutto ciò che è prescritto, ma vogliono mandare i figli a scuola. Ci sono quelli che tengono i figli a casa, ma che poi vanno in chiesa, nella sinagoga, nella moschea. Quelli che bisogna lavorare, perché se fermi l'economia, allora sì che muori, mica solo il nonno. Ci sono quelli che il centro commerciale sì che è umano, mica come il commercio online. Ci sono quelli che i bambini devono stare a casa, ma non puoi non portarli ai giardinetti. Ci sono quelli che non si può rinunciare ad abbracciare i vecchi, se no si sentono soli e abbandonati.

Risultato: a fine novembre oltre 50.000 morti, età media 80 anni. In genere a casa ad aspettare il virus a domicilio. 1.500.000 infetti che prima o poi torneranno alla vita, loro.

Difficile dire se si sarebbe potuto o si potrà fare qualche cosa di diverso.

Siamo quello che siamo e forse siamo quello che possiamo essere.

Col tempo finalmente, dopo un'altra inevitabile lotta per accaparrarsi il mercato, si scopriranno cure efficaci e arriveranno i vaccini. Ci saranno polemiche, errori e aggiustamenti, ma anche immunità e salute.

Alla fine conteremo i nostri morti, i nostri feriti, come in ogni guerra che si rispetti.

Lentamente le ferite si rimargineranno e infine dimenticheremo responsabilità politiche, scelte sbagliate, egoismi, eroismi, buone azioni e torneremo a una nuova normalità.

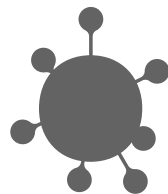
La vita riprenderà con le sue regole e ricominceremo a crescere e moltiplicarci.

Speriamo che l'ultimo fotogramma di questa storia non sia come quello di un film dell'orrore, quando, ucciso il mostro e tutta la sua progenie, un uovo, dimenticato in un remoto angolo della terra, si schiude lentamente sulla parola fine.

focus

PANDEMIA: IL SSN CHE VERRÀ?





Ripartire dal territorio. Con il paziente al centro●

A cura de Il Pensiero Scientifico Editore

L'emergenza sanitaria del 2020 ha colpito il sistema dove era probabilmente più vulnerabile: la medicina generale

“La tecnologia non coincide con l’innovazione. L’innovazione è soltanto una piccola parte di ciò che accade con la tecnologia.” Andrew Russell e Lee Vinsel – ricercatori in due diverse università degli Stati Uniti – scrissero un post provocatorio che fu ripreso anche in Italia¹ e dal loro lavoro è da poco nato anche un libro². L’ossessione per l’innovazione ha investito pesantemente la sanità, soprattutto a parole, privilegiando gli investimenti in tecnologie (dai farmaci alle apparecchiature diagnostiche) rispetto ai cambiamenti o all’adeguamento organizzativo. Soprattutto, dimenticando la manutenzione delle cose esistenti e preziose, sostengono Russell e Vinsel. Un punto di vista quasi coincidente con quello di Marco Geddes da Filicaia, medico di sanità pubblica già vicepresidente del Consiglio superiore di sanità, che in un libro pubblicato dopo l’estate 2020³ ha scritto. “Il viadotto del Polcevera, più noto come ponte Morandi, è crollato il 14 agosto del 2018; il ponte sul fiume Magra, che collega la Toscana con la Liguria, è crollato l’8 aprile 2020. Fra i due crolli, molti dissesti, cedimenti parziali, conseguenti interruzioni. Ciò fa venire in mente le parole di Atul Gawande rispetto alle funzioni della medicina di base⁴, che segue il paziente costantemente nel tempo cosicché «un buon trattamento è come la manutenzione di un ponte: richiede monitoraggio e aggiustamenti continui ed evita catastrofi più costose». Un buon esempio di mancata manutenzione e di sproporzionata fiducia nelle potenzialità della medicina specialistica è stata la progressiva riorganizzazione degli ospedali che ha visto ridurre radicalmente i posti letto e la durata media delle degenze senza che questi cambiamenti si accompagnassero a un adeguato potenziamento della sanità territoriale. “Questo non è avvenuto - spiega Geddes - e si è avuta una riduzione dei medici e dei pediatri di base, un ulteriore impoverimento delle presenze infermieri- ▶

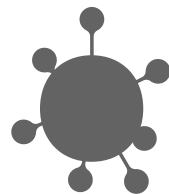
**Nonostante
esistano molte
realità diverse nella
medicina generale
– probabilmente
tante quante sono
le Regioni italiane
e forse anche di
più – quella della
sanità territoriale
è una questione
nazionale**

stiche, una riduzione dell'assistenza domiciliare, un allentamento dei rapporti fra servizi sanitari e sociali e anche questi ultimi hanno risentito della riduzione di finanziamenti.”

Nel 2012, il cosiddetto Decreto Balduzzi aveva istituito le Unità Complesse di Cure Primarie, reti di poliambulatori multiprofessionali, che avrebbero dovuto assicurare una continuità assistenziale sia nei giorni feriali sia in quelli festivi. La riforma ha avuto scarsa applicazione e soprattutto è stata “messa a terra” in modo disomogeneo a seconda di Regioni e contesti così che l'emergenza sanitaria del 2020 ha colpito il sistema dove era probabilmente più vulnerabile: la medicina generale. “Il medico il più delle volte lavora da solo e va in tilt – ha confessato Claudio Cricelli al Fatto Quotidiano – e solo alcuni gruppi associati possono permettersi un segretario e un infermiere. Il punto debole è proprio l'assenza di un team professionale. [...] Noi non riusciamo da soli a fare diecimila cose insieme, dai tamponi ai vaccini, alle visite in ambulatorio, a domicilio, alle ricette, rispondere al telefono e alle centinaia di richieste di chiarimento che arrivano via mail o su whatsapp. Abbiamo bisogno di personale. E dell'aiuto dei nostri assistiti, che devono fare chiamate brevi e in orari definiti. Oggi spendiamo dalle 4 alle 5 ore solo per rispondere al telefono, inevitabilmente qualcosa poi trascuriamo” ha concluso il presidente della Società italiana di medicina generale⁵.

Nonostante esistano molte realtà diverse nella medicina generale – probabilmente tante quante sono le Regioni italiane e forse anche di più – quella della sanità territoriale è una questione nazionale⁶: “di come è organizzata, dell'equilibrio fra i diversi comparti del Servizio sanitario, quali ospedale e territorio, e del rapporto strutturale e funzionale fra questi, emerge come elemento rilevante nell'affrontare questa pandemia” puntualizza Geddes. I modelli organizzativi delle cure primarie messi così duramente alla prova dalla pandemia sono però dei casi di studio che potrebbero permettere di giungere a delle conclusioni importanti riguardo l'efficacia dell'assistenza e l'efficienza dei servizi. Basti pensare – e sono esempi presi a modello sia da Geddes, sia da Maciocco – al confronto tra quanto accaduto in Lombardia e in Veneto nella prima come nella seconda ondata del contagio. Due Regioni geograficamente confinanti e paragonabili per caratteristiche strutturali e ispirazione politica di governo, per dati di mortalità generale e per stratificazione generazionale. Ciononostante, l'impatto della pandemia è stato devastante in Lombardia e assai più contenuto in Veneto. A parte i dati di letalità – spesso poco affidabili per le difficoltà di monitorare con esattezza o quantomeno con buona approssimazione il numero di contagiati – balza agli occhi un dato: il Veneto riesce a effettuare entro aprile 362.459 tamponi, vale a dire il doppio in rapporto alla popolazione di quanto attua l'altra Regione (390.644).

“L'elemento tuttavia più rilevante – osserva Geddes – riguarda la strategia con cui l'epidemia viene affrontata, in particolare nelle prime settimane. Nel periodo 2 marzo -25 aprile la distribuzione della tipologia di assistenza che viene attuata è infatti molto diversa. Il Veneto ha il 74,5% di pazienti in assistenza domiciliare e la Lombardia il 53,6%. Quest'ultima regione fa fronte all'epidemia con i ricoveri ospedalieri che rappresentano ben il 41,7% in degenza ordinaria e il 4,7% in terapia intensiva (TI), mentre il Veneto ricovera (solo) il 17,1% dei pazienti in degenza ordinaria e il 3,4% in TI”. Molti osservatori hanno puntato il dito sul progressivo passaggio da un'assistenza territoriale diffusa a un modello definito “ospedale-centrico”, con una forte presenza della sanità privata. “C'è stato un clamoroso fallimento, e di questo ne dovremo prendere atto per il futuro, della medicina territoriale. Ammettiamolo e riconosciamo questo aspetto”, ha dichiarato Massimo Galli, direttore dell'Istituto di Scienze biomediche all'Ospedale Sacco di Milano. Convinzioni condivise da molti osservatori, tra i quali anche persone coinvolte nella sanità regionale della Lombardia come Vittorio Agnoletto, medico del lavoro che ha parlato di “abbandono dell'assistenza territoriale” e di assoluta mancanza di supporto ai medici di famiglia che avrebbero potuto frenare la corsa ai pronto soccorso limitando la pressione sugli ospedali⁷.



In alcuni contesti regionali viene da tempo sottolineata la convergenza di interessi tra quelli della sanità pubblica e quelli della sanità privata: entrambe dovrebbero concorrere al benessere o alla cura dei cittadini. In realtà, qualcuno fa obiettare che il sistema sanitario “misto” è quasi sempre squilibrato a favore della sanità convenzionata: “Ricordiamo che, su 100 ospedali pubblici, il 60-70% ha un pronto soccorso e un reparto per emergenze. Nel privato non si arriva al 30% – ribadisce Agnoletto – In questi anni si è lasciato totalmente alla sanità pubblica l’onere dell’emergenza e al privato il profitto determinato dalla cura dei malati cronici”. Parti uguali tra disuguali, insomma, e la retorica della convergenza degli interessi è crollata sotto la sollecitazione di una pandemia che ha gli ospedali pubblici e la Medicina generale a una sollecitazione mai provata in passato: non è stata dimostrata dunque “la supposta parità fra erogatore pubblico e privato” sottolinea Maria Elisa Sartor, ricercatrice dell’Università di Milano che da tempo approfondisce le peculiarità della sanità lombarda.

Va detto, però, che il maggiore impatto della pandemia sull’ospedale non ha caratterizzato solo la risposta italiana o di alcune specifiche regioni. È un dato comune a quasi tutte le nazioni soprattutto però nella prima ondata della pandemia, dal momento che a partire dall’estate la situazione epidemiologica e di conseguenza assistenziale è parzialmente cambiata, come vediamo dalla crescita del numero dei decessi dei pazienti nelle proprie abitazioni⁸. COVID-19 ha accelerato alcuni processi di evoluzione del sistema sanitario, rendendo per esempio ancora più necessaria l’assistenza a distanza. In definitiva, molti medici si sono trovati non solo a dover affrontare una nuova malattia ma anche a sperimentare un diverso modo di gestire la relazione col paziente domiciliare, apprendendo a utilizzare diversamente (e in modo più efficiente) il telefono e i video, ottimizzando la connessione dal proprio studio, accettando il compromesso implicito nello svolgere un esame obiettivo da remoto e cercando, in definitiva, di governare i casi di malattia lieve trattenendo il paziente dal recarsi in ospedale⁹. Alcuni studi, anche condotti in Italia, hanno mostrato la fattibilità di condurre dei programmi di monitoraggio domiciliare che possano migliorare l’integrazione territorio ospedale, sviluppando strumenti a supporto della presa in carico domiciliare e la variabilità delle manifestazioni cliniche di COVID-19¹⁰.

Un ripensamento organizzativo del sistema sanitario è tanto più necessario quanto maggiore è il rischio che COVID-19 rappresenti in un prossimo futuro un problema persistente nelle persone che hanno sofferto la malattia. Le persone che sopravvivono all’infezione iniziale di COVID-19 possono successivamente sperimentare gravi conseguenze mentali e fisiche¹¹. A questo si aggiungeranno gli inevitabili e prevedibili problematiche di tipo psicologico, economico e sociale causate dai ripetuti lockdown. La medicina territoriale dovrà dunque essere ancora più attrezzata per valutare il rischio e garantire l’assistenza primaria ai pazienti che necessitano cure o che subiranno i ritardi delle cure pianificate per patologie diverse da COVID-19. “La risposta che un servizio sanitario offre a un evento – spiega Geddes da Filicaia – è condizionata non tanto dalla comprensione del fenomeno e delle corrette modalità con cui affrontarlo, ma dalla struttura che si è in grado di mettere in campo”. Non servono solo “grandi corazzate” ma un’adeguata fanteria capace di arginare il nemico sul campo. Il rafforzamento della sanità territoriale e, nello specifico, dell’assistenza domiciliare per i soggetti che non necessitano di ricovero ospedaliero, è uno degli obiettivi a cui punta il Ministero della Salute ma la traduzione nel concreto della programmazione nazionale dice che al mese di maggio 2020 la copertura della popolazione da parte delle USCA era del 31%, con l’Emilia Romagna che copriva il 91% della popolazione seguita dalle Province autonome di Trento e Bolzano con l’84%. La copertura in Veneto risultava del 49%, mentre la Lombardia si attestava sul 20%.

Problema senza dubbio complesso: come ha detto il presidente della FNOMCeO, Filippo Anelli, in un’intervista al settimanale Famiglia Cristiana¹², ai medici di medicina generale si chiede di “essere la prima linea, ma con un modello organizzativo fermo a 70 anni fa. Il supporto amministrativo è molto limitato, da soli dobbiamo gestire le prenotazioni, ►

In alcuni contesti regionali viene da tempo sottolineata la convergenza di interessi tra quelli della sanità pubblica e quelli della sanità privata: entrambe dovrebbero concorrere al benessere o alla cura dei cittadini

focus **Pandemia: il SSN che verrà?**

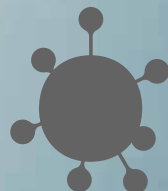
Un ripensamento organizzativo del sistema sanitario è tanto più necessario quanto maggiore è il rischio che COVID-19 rappresenti in un prossimo futuro un problema persistente nelle persone che hanno sofferto la malattia

svolgere l'attività di monitoraggio ai pazienti Covid a casa e, sempre da soli, far fronte alle esigenze dei 24 milioni di malati cronici che oggi sono presenti in Italia. Oltre naturalmente a occuparci di tutte le patologie e delle domande che giornalmente, sia per ragioni di salute che di carattere amministrativo-burocratico, fanno gli assistiti. Il sistema è sotto pressione. Per ogni paziente che ha una positività c'è una famiglia che chiede di essere aiutata a comprendere cosa fare e, accanto a questa, ci sono i parenti, gli amici e tutti si rivolgono al medico di famiglia. Sono pazienti non sempre malati, ma che hanno paura, che chiedono semplicemente indicazioni, che vogliono essere rassicurati. Ma tutto questo lavoro, che ha un risvolto sociale importante, richiede un tempo che si aggiunge a quello ordinario che non possiamo tralasciare. [...] Ci vorrebbe un modello tipo quello tedesco che prevede che, quando vai dal medico di famiglia, puoi fare gli esami del sangue, un'ecografia, una radiografia, usare strumenti diagnostici. Ma lì il medico non è da solo, ha tutte le altre figure professionali necessarie per svolgere questa attività complessa e articolata"¹³.

È probabile, però, che una "riorganizzazione" del sistema sanitario che riequilibri il rapporto tra ospedale e territorio non sia solo una faccenda di ordine organizzativo. Piuttosto, potrà essere soltanto il risultato di una scelta di tipo politico, che recuperi la centralità del cittadino nel sistema sanitario all'origine della legge di riforma sanitaria del 1978 e che enfatizzi la prevenzione e il controllo delle complicanze nelle patologie croniche.

Bibliografia

1. Russel A, Vinsel L. *Viva i manutentori*. *Recenti Prog med* 2017; Suppl. Forward 4: Maggio. Ultimo accesso 19 novembre 2020.
2. Russell A, Vinsell L. *The innovation delusion*. New York, NY: Penguin Random House, 2020.
3. Geddes da Filicaia. *La sanità dopo il coronavirus*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2020.
4. Gawande A. *The Heroism of Incremental Care*. *New Yorker* 2016; 16 gennaio.
5. Daina C. *Medici di base: perché è saltato (di nuovo) il filtro*. *Il Fatto Quotidiano* 2020; 12 novembre.
6. Maciocco G. *Medicina generale, questione nazionale*. *Salute Internazionale* 2020; 19 novembre.
7. Battaglia R. *Coronavirus: il crollo della sanità pubblica. E le colpe della privatizzazione*. *Valori* 2020; 15 aprile. Accessibile a: <https://valori.it/coronavirus-crollo-sanita-pubblica/> Ultimo accesso 23 novembre 2020.
8. ONS. *Coronavirus (Covid-19): Latest data and analysis on coronavirus (Covid-19) in the UK and its effect on the economy and society*. 2020.
9. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases>
10. Greenhalgh TKoh GCH, Car J. *Covid-19: una valutazione a distanza in medicina generale*. *Recenti Prog Med* 2020; 111: 231-7.
11. Banzi R, et al. *Fattibilità ed efficacia di un modello di monitoraggio domiciliare avanzato dei pazienti affetti da covid-19 o sospetti*. *Recenti Prog Med* 2020; 111: 584-92.
12. Valle A. *Paghiamo anni di tagli ed errori delle Regioni*. *Famiglia Cristiana* 2020; 47: 23-6.
13. Park S, Elliott J, Berlin A, et al. *Strengthening the UK primary care response to Covid-19*. *BMJ* 2020;370:m3691.



LA ROTTA DELLA RIPRESA

La politica dopo Covid-19 non può più stare alla finestra. Si rendono necessari finanziamenti strutturali e azioni coordinate, con la salute pubblica alla guida di una ripresa economica e di una crescita sostenibile.

A cura de Il Pensiero Scientifico Editore

Ogni misura per prevenire i contagi ha inevitabilmente delle ricadute dirette e indirette sullo stato di salute dell'economia del Paese

“Questa epidemia ci accompagnerà per un altro anno e mezzo circa. Stiamo mettendo in atto strategie di adattamento che lasceranno il segno in futuro, alcune probabilmente in maniera permanente”. È una delle ultime dichiarazioni rilasciate dal Presidente dell'Istituto superiore di sanità, Silvio Brusaferro, nel pieno della seconda ondata epidemica che ha travolto un'Italia provata dal *lockdown* di marzo e aprile. Quello causato dalla pandemia, aggiunge, “è uno stress che non è stato puntiforme, come un terremoto o un'alluvione”. Uno stress che si inserisce in un contesto socioeconomico già fragile e impone una doppia linea d'azione. La prima per contrastare la diffusione dell'epidemia e porsi nella migliore condizione al fine di contenere i danni e gestire l'attuale emergenza sanitaria e farsi trovare pronti a un'eventuale futura epidemia. La seconda linea d'azione è proiettata alla crisi economica generata dal coronavirus e alla ripresa del Paese come era avvenuto nel Dopoguerra. Ma queste due d'azioni non sempre sono allineate. Ogni misura per prevenire i contagi ha inevitabilmente delle ricadute dirette e indirette sullo stato di salute dell'economia del Paese che avrà delle conseguenze sulla stabilità finanziaria, e viceversa ogni azione a tutela del mercato del lavoro si traduce in un rischio sanitario maggiore. Su un piatto della bilancia c'è il costo delle perdite umane, dall'altro quello del blocco temporaneo dell'economia. A fare da bilanciere i poteri e i ruoli dello Stato e della politica.

LO STATO DI EMERGENZA E LE PRIME RISPOSTE

“Ad una fase eccezionale si risponde con misure eccezionali”, aveva commentato il Ministro della Salute Roberto Speranza su Facebook, a marzo, dopo l'approvazione del Decreto-legge “Cura Italia” che prevedeva 25 miliardi di euro per sanità, protezione civile, famiglie e imprese penalizzate dalle ricadute economiche e occupazionali dell'epidemia abbattutasi sull'Italia. “Ci sono risorse e strumenti per sostenere il lavoro di medici, infermieri e personale sanitario ma anche per le tante persone che stanno pagando il costo di questa emergenza. Ci stiamo mettendo tutto il coraggio possibile per vincere questa sfida senza precedenti”. Ma, stando ai fatti e come era prevedibile, quel primo pacchetto di misure straordinarie non è bastato per preparare il nostro Paese alla seconda ondata di una ►

focus **Pandemia: il SSN che verrà?**

pandemia fuori controllo, che sta mettendo in ginocchio la sanità e l'economia di quasi tutto il mondo. Il Decreto, diventato legge a distanza di un solo mese, serviva per tamponare una situazione di emergenza sanitaria ed economica straordinaria.

A maggio un secondo provvedimento con altre misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali: il Decreto Rilancio¹, con un finanziamento di 55 miliardi, di cui 3 miliardi e 250 milioni per la Sanità "che potranno rafforzare in maniera vera, profonda e duratura il nostro Servizio sanitario nazionale (Ssn) e che ci indicano la strada su cui dovremo continuare a muoverci nelle prossime settimane", aveva commentato il ministro Speranza in un video rivolto ai cittadini². "In questi mesi ho ripetuto più volte che il nostro faro è la Costituzione con l'articolo 32 che tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e come interesse della collettività e che garantisce cure gratuite agli indigenti. Sono poche parole scolpite nella storia del nostro Paese, che ci dicono qual è la strada che noi dobbiamo seguire".

Quei 3 miliardi e 250 milioni dovranno servire per rafforzare la sanità sia ospedaliera sia territoriale, l'assistenza domiciliare e non da ultimo il personale sanitario. Ai finanziamenti già stanziati per 23.000 nuove assunzioni con il Decreto Marzo si aggiungono 190 milioni per incentivi al personale e 241 milioni per ulteriori reclutamenti. "Tante cose contano, ma avere un Ssn di qualità è la cosa che conta di più e che dobbiamo difendere con ogni energia. Con il Decreto Rilancio – concludeva il ministro Speranza – penso che facciamo un passo avanti, molto rilevante, e che questi 3 miliardi e 250 milioni ci possono consegnare un Ssn più forte e un paese migliore. E sono convinto che insieme sapremo con questa impostazione vincere anche questa sfida così difficile che ci è arrivata negli ultimi mesi e dalla quale dobbiamo però uscire tutti insieme più forti di come ci siamo entrati".

LA RISPOSTA DELL'EUROPA ALLA CRISI POST-COVID

Dopo un iniziale periodo di tentennamenti l'Unione Europea è intervenuta prendendo delle decisioni rapide e veloci nel campo della politica monetaria e fiscale con delle linee di credito agevolate tra cui il Recovery Fund (o Next Generation Eu) che mette a disposizione 750 miliardi di euro a livello europeo per contrastare la crisi causata dalla pandemia per Covid-19, e il Sure, il nuovo fondo europeo di sostegno temporaneo pensato per aiutare a proteggere i posti di lavoro e i lavoratori più colpiti dalla pandemia di Covid-19. L'Italia riceverà quasi 210 miliardi dal Recovery Fund destinati all'Italia e 27,4 miliardi di

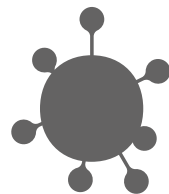
euro da Sure di cui 10 miliardi sono già stati erogati³.

Un'altra azione intrapresa dall'Eurogruppo è la riforma⁴ del Mes, ovvero Meccanismo europeo di stabilità, nato nel 2012 per contrastare una possibile crisi del debito di uno o più paesi dell'Unione Europea e ribattezzato Fondo Salva-Stati. La bozza di riforma presentata a giugno introduce una nuova linea di credito, il *Pandemic crisis support*, i cui soldi devono essere usati esclusivamente per le spese sanitarie – dirette e indirette – legate all'emergenza Covid-19. Con il *Pandemic crisis support* l'Italia potrebbe giovare di un credito di circa 36 miliardi di euro. La riforma del Mes è ancora in discussione a livello comunitario: manca l'approvazione definitiva dell'Eurogruppo e la successiva ratifica da parte dei 19 parlamenti nazionali dell'Eurozona. "Ma nessun paese ha fatto finora richiesta per utilizzarla. Evidentemente lo stigma politico associato al Mes è ancora forte e diffuso", scrive l'Osservatorio Monetario⁵.

In Italia il ricorso al Mes è fortemente dibattuto. Anche all'interno della stessa maggioranza. "Come al solito, il dibattito è più o meno insensato. C'è una corrente di fautori a oltranza, secondo i quali se non si usano questi fondi non si potrà mai riformare la sanità italiana, che accusano i contrari di voler deliberatamente affossare il Ssn per pure ragioni ideologiche. A loro si contrappone una corrente di accaniti detrattori, che invece insiste sul fatto che nonostante tutti i passi formali presi in questo senso dalla Commissione Ue, il ricorso al Mes porterebbe inevitabilmente a forme di sorveglianza macroeconomica, prive di senso nel contesto attuale. Dietro questi argomenti apparentemente economici, si nascondono spesso obiettivi politici non dichiarati, a favore o contro la sopravvivenza del governo attuale", commentano Massimo Bordignon e Gilberto Turati sul blog Lavoce. info rimarcando che invece di questionare sul Mes "sarebbe il caso di discutere seriamente su come riformare il sistema sanitario"⁶.

I CREDITI AGEVOLATI DA SOLI NON BASTANO

"L'elemento forse più surreale di tutto il dibattito – continuano gli economisti Bordignon e Turati – è che si svolge senza alcun riferimento ai costi che il ricorso al Mes dovrebbe finanziare, cioè alle spese necessarie per riformare il sistema sanitario per renderlo più pronto ad affrontare le crisi pandemiche presenti o future. Ragionevolmente, si dovrebbe prima specificare il progetto di riforma della sanità e quantificarne tempi e costi; dopo si può anche ragionare se convenga finanziarlo solo con risorse interne oppure ricorrendo anche a prestiti dal Mes. Ma di questo articolato progetto di riforma del sistema



sanitario italiano non c'è traccia. Anzi, risulta che anche gli interventi di emergenza già previsti per rafforzare il Ssn contro il Covid-19 siano stati soltanto parzialmente attuati, per esempio, nella predisposizione di un maggior numero di posti letti per terapie intensive". Serve dunque una programmazione a monte su come investire i finanziamenti e prestiti, mettendo al centro dei processi decisionali gli obiettivi pubblici e non quelli individuali e di potere. Senza perdere troppo tempo. "Affrontare rapidamente il problema, spiegare bene da parte degli 'avvocati del popolo' che cosa si intende fare, è l'unico mezzo per mantenere un minimo indispensabile di coesione sociale, senza di cui nessuna ripresa è concepibile", scrive Massimo Cacciari su *La Stampa*⁷. "Che metà della popolazione sia in sofferenza e in angoscia, che medici e infermieri rischino la pelle, e che il peso di questa catastrofe non sia a carico dell'intera collettività, in base alle possibilità di ciascuno, è certo eticamente inammissibile, ma ancora di più politicamente irresponsabile". Per il ministro Speranza la strada che seguire è scritta nella nostra Costituzione, nell'articolo 32 che è alla base del nostro Ssn. Ma come perseguirla? Come rilanciare il nostro Ssn?

LA CRISI COME OPPORTUNITÀ

Per rispondere alla doppia crisi sanitaria ed economica servono risorse, strumenti e programmazione, e in seconda istanza servono scelte lungimiranti, responsabili e coordinate

Per rispondere alla doppia crisi sanitaria ed economica servono risorse, strumenti e programmazione, e in seconda istanza servono scelte lungimiranti, responsabili e coordinate per fare di questa crisi una opportunità e non una doppia battaglia persa. Ed è solo in momenti come questo che stiamo attraversando che l'emergenza porta a prendere delle decisioni o a fare delle cose che in tempi "normali" avrebbero richiesto anni di consultazioni, dibattiti e attente valutazioni e che la storia subisce un'accelerazione. "La gravità della crisi richiede l'intervento dei governi, che cominciano a muoversi", scrive l'economista Mariana Mazzucato⁸, docente al University College di Londra, nominata dal Presidente Giuseppe Conte consigliera economica di Palazzo Chigi nel pieno dell'emergenza coronavirus. Autrice di diversi saggi, Mazzucato considera che lo stato deve assumere un altro ruolo, quello di "Stato imprenditore". La sua sola funzione non deve essere quella di intervenire per risolvere i problemi quando si presentano, lasciando alle imprese l'onere e l'onore di decidere la direzione prendere per creare ricchezza. "Oggi si presenta l'occasione di approfittare di questa crisi per capire come fare capitalismo in modo diverso. Occorre ripensare al ruolo dello Stato: anziché limitarsi a correggere i fallimenti del mercato quando si verificano, i governi dovrebbero assumere un ruolo attivo plasmando e creando mercati che offrano una crescita sostenibile e inclusiva, oltre a garantire che le partnership con le imprese in cui confluiscono fondi pubblici siano guidate dall'interesse pubblico, e non dal profitto". Tre le funzioni che gli Stati devono oggi assolvere: investire nelle istituzioni per la gestione e prevenzione della crisi; coordinare le attività di ricerca e sviluppo verso obiettivi di salute pubblica; strutturare il partenariato pubblico/privato perché ne traggano vantaggio sia i cittadini sia l'economia. Questo cambiamento, non solo ideologico. del sistema capitalistico va fatto ora finché lo Stato si trova in posizione di forza. "Ora che i governi sono sul piede di guerra, abbiamo l'opportunità di risanare il sistema. Se non lo faremo non avremo speranze di fronte alla terza grande crisi – quella dei cambiamenti climatici di un pianeta sempre più inabitabile – e di tutte le crisi minori che ne deriveranno nei decenni a venire".

GUARDARE OLTRE I PROPRI CONFINI

Secondo lo storico israeliano Yuval Noah Harari ci si trova di fronte a un bivio: si vuole proseguire sulla strada della divisione o prendere quella della solidarietà globale? "Se l'umanità sceglierà la divisione, non solo prolungherà la crisi ma probabilmente provocherà catastrofi ancora peggiori in futuro. Se sceglierà la solidarietà globale, la sua sarà una vittoria non solo sul nuovo coronavirus, ma anche su tutte le epidemie future e sulle crisi che

focus **Pandemia: il SSN che verrà?**

potrebbero scoppiare in questo secolo". È come dunque se in questa fase di accelerazione della storia dettata dai provvedimenti presi in emergenza i governi avessero ancor di più la responsabilità di condizionare il futuro prossimo e lontano.

Per lo storico una delle scelte da affrontare è quella tra isolamento nazionalista o solidarietà globale. Lui è dell'idea che sia l'epidemia in sé sia la conseguente crisi economica sono problemi globali che come tali possono essere risolti solo con la cooperazione di tutti i paesi. La collaborazione e cooperazione diventa vitale sia per affrontare l'emergenza sanitaria – per esempio mettendo in comune materiali sanitari, quali tamponi e respiratori, e anche il personale sanitario per aiutare i paesi più colpiti – sia sul fronte economico. "Vista la natura globale dell'economia e delle catene logistiche, se ogni Stato fa per conto proprio senza curarsi minimamente degli altri, il risultato sarà il caos e un ulteriore aggravamento della crisi. Serve un piano d'azione globale, e serve subito", scriveva già a marzo lo storico sul *Financial Times*⁹.

Purtroppo questo spirito di cooperazione sembra essere mancato in gran parte. Basti pensare alle scelte prese dal presidente uscente degli Stati Uniti, Donald Trump, dall'inizio della pandemia. L'iniziale chiusura dell'Unione Europea nei confronti dell'Italia quando a marzo era stata la prima tra i paesi del Vecchio Continente a dover affrontare una crescita di contagi e decessi e confrontarsi con l'avanzare, perlopiù incontrollato, dell'epidemia. Il Presidente del Consiglio, Giuseppe Conte, aveva espressamente chiesto alla Commissione europea un finanziamento eccezionale per far fronte all'emergenza del contagio: "Se non ci sarà – aveva dichiarato – una risposta dell'Europa entro dieci giorni ce la caveremo da soli", aveva detto il capo del governo. A sua volta, il presidente della Repubblica Sergio Mattarella aveva ricordato che, nella gestione della pandemia, per l'Unione Europea si tratta di interessi comuni.

LA RIVINCITA DELLA SALUTE PUBBLICA

La speranza è che la crisi generata da Covid-19 abbia ricordato ai governi e decisori l'importanza della salute pubblica dalla quale dipende anche il benessere economico e finanziario dei Paesi e del ripensamento di politiche lungimiranti volte alla sostenibilità del sistema. La priorità è contrastare il virus, i cui danni sono anche economici, ma non è limitando questi ultimi che si sconfigge il virus. Come scrive Erri De Luca su *La Repubblica*¹⁰: "Per la prima volta nel corso della mia vita ho assistito a questo rovesciamento: l'economia, l'ossessione della sua crescita, è scalzata dal piedistallo, non è più misura dei

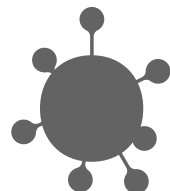
rapporti e autorità suprema. Improvvisamente la salute pubblica, l'incolumità dei cittadini, diritto uguale per tutti, è la parola d'ordine unica e imperativa".

"Nel caso Italia l'idolatria dell'economia si è permessa l'arbitrio di infischiarne delle conseguenze di attività nocive", aggiunge portando come esempio il caso ambientale di Taranto. "Le uccisioni per guasto ambientale sono considerate danni collaterali di attività legittime e impunte. Sono invece crimini di guerra compiuti in tempo di pace a danno di popolazioni ridotte a suddite di signorie".

"Ecco la ribalta improvvisa, l'economia caduta da cavallo e subordinata a nuova precedenza: la vita pura e semplice" afferma lo scrittore napoletano impegnato dal punto di vista politico. "I medici e non gli economisti sono le autorità massime. È una conversione. Migliora il rapporto tra cittadini e Stato, i governi si trasformano da garanti del Pil a difensori strenui della comunità". Un'utopia? Probabilmente sì. Ma un tale cambiamento sarebbe di buon auspicio per fare della duplice crisi generata dalla pandemia del secolo una opportunità di crescita e di modernizzazione. E per recuperare i valori della salute come bene pubblico comune e della coesione sociale che in situazioni normali rischiano di essere tralasciati o, addirittura, passare inosservati.

Bibliografia

1. *Il Decreto Rilancio è legge. Dai piani di riorganizzazione ospedaliera al potenziamento del territorio fino alle nuove norme sui precari e al "premio" Covid*. 17 luglio 2020.
2. "Rilancio Salute" - *Per una sanità più forte e più vicina*. You Tube, 14 marzo 2020 www.youtube.com/watch?v=65aQoJazy4A
3. *Sure, all'Italia già erogati 10 miliardi. Che cos'è il programma europeo per la Cig*. Il Sole 24 Ore, 27 ottobre 2020.
4. Eurogruppo. *Bozza di riforma del Mes*, 4 giugno 2020
5. Baglioni A. *Coronavirus e crisi economica: la risposta europea*. Lavoce.info, 20 ottobre 2020
6. Bordignon M, Turati G. *Discutere di Mes senza sapere perché*. Lavoce.info, 13 ottobre 2020
7. Cacciari M. *Come evitare la bancarotta generazionale*. La Stampa, 3 dicembre 2020.
8. Mazzuccato M. *Non sprechiamo questa crisi*. Bari-Roma: Editori Laterza, 2020.
9. Yuval Noah Harari. *The world after coronavirus*. Financial Times, 20 marzo 2020.
10. De Luca E. *Perché la natura ci soffoca*. La Repubblica, 17 marzo 2020.



Il caos informativo sulla pandemia e l'impatto sui cittadini

A cura de Il Pensiero Scientifico Editore

“Il beneficio principale della vaccinazione contro COVID-19 sarà la prevenzione dell’insorgere di una forma grave di malattia”, ha dichiarato Kanta Subbarao, del centro collaborativo dell’Organizzazione Mondiale della Sanità presso l’Università di Doherty in Australia. Peter Hotez, direttore del centro di vaccinologia del Texas Children Hospital, a distanza di molti chilometri ma poche ore precisava: “Idealmente, però, vorresti che un vaccino antivirale facesse due cose: primo, ridurre la probabilità di ammalarsi gravemente e di finire all’ospedale e, secondo, prevenire l’infezione e quindi interrompere la diffusione della malattia”.

NELLA BUFERA, TRA ECCITAZIONE E PRUDENZA

Entusiasmo incondizionato, invece, da parte del medico e ricercatore Eric Topol, ora noto anche in Italia dopo la partecipazione ad un programma televisivo della domenica sera: “Uno dei maggiori successi della scienza e della medicina, forse il più impressionante”. Ancora, intervistata da The Scientist, la ricercatrice Susanne Hodgson dell’Università di Oxford (peraltro impegnata nella valutazione del vaccino sviluppato insieme ad AstraZeneca) spiegava invece le proprie difficoltà: “Le persone spesso mi chiedono: «Questo vaccino funzionerà?» Sembra una domanda così semplice ed è così complessa. Ci sono così tante precisazioni da fare nel rispondere: cosa intendiamo quando diciamo che un vaccino «funziona?» Significa che previene malattie e infezioni, o vuol dire prevenire la trasmissione? E penso che il vaccino più importante di cui abbiamo bisogno sia quello che prevenga malattie gravi e morte perché questo è ciò che causa il maggior carico nei nostri ospedali e, naturalmente, la perdita di vite umane. Questo è ciò a cui miriamo tutti”. Programmi televisivi, giornali, radio, blog, social media: ognuno ha una dichiarazione a proposito della novità autunnale dell’anno peggiore della nostra vita recente, i vaccini contro la covid-19, e la cosa drammatica è che difficilmente vanno d’accordo l’una con l’altra¹.

Solo all’estero o anche in Italia? Figuriamoci. “Chi ha già avuto il COVID non si deve vaccinare perché ha degli anticorpi naturali” ha avvertito Giuseppe Ippolito, direttore scientifico dell’Istituto Nazionale per le Malattie infettive Lazzaro Spallanzani. “Bisognerebbe vaccinare sia chi non ha mai fatto l’infezione da Sars-CoV-2 sia chi l’ha già fatta perché non si sa per quanto tempo durino gli anticorpi”, lo ha contraddetto Matteo Bassetti, docente di Malattie



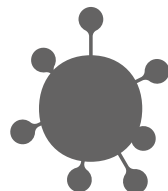
Non possiamo permettere che le questioni di scienza, medicina e salute pubblica diventino prigioniere di una politica ridotta ad uno scontro tra fazioni diverse

infettive all'Università di Genova, scegliendo Facebook per diffondere il proprio parere. "È difficile immaginare che ci sarà una selezione, tu sì, tu no. Mi sembra più semplice dal punto di vista organizzativo immunizzare anche chi dovrebbe avere già sviluppato le difese" sostiene invece Massimo Andreoni, direttore scientifico della Società italiana di malattie infettive e docente all'Università di Tor Vergata. Su un piano più generale, l'accordo non è maggiore: il vaccino "è efficace al 90%, forse ci siamo" esulta infatti Roberto Burioni, virologo del San Raffaele di Milano: "I risultati preliminari del vaccino Pfizer sembrano ottimi. Teniamo duro, perché tra poco potrebbe arrivare la conferma definitiva dell'efficacia e a breve la fine di questo incubo che stiamo vivendo da molti mesi", prosegue. Pochi giorni dopo giunge la doccia fredda del sempre prudente Andrea Crisanti, direttore del Laboratorio di microbiologia dell'università di Padova: "Non credo che la vaccinazione avrà un impatto prima di 6 o 7 mesi, se tutto va bene".

Ancora: "Nei piani del governo c'è arrivare all'immunità di gregge", afferma il ministro della Salute Roberto Speranza ma per Gianni Rezza, direttore della Prevenzione presso lo stesso Ministero si tratta di una sfida difficile: "Grosso modo almeno tra il 60% e il 70% della popolazione dovrebbe essere vaccinata contro il SarsCov2 per ottenere l'immunità di gregge. Ciò vuol dire vaccinare 42 milioni di italiani". Ciononostante, "partiremo con l'impostazione della volontarietà della vaccinazione. E valuteremo dove si arriverà. I cittadini sono consapevoli che il vaccino è la strada per sconfiggere questo virus, e credo che gli italiani saranno all'altezza di questa sfida", tranquillizza Speranza ma il suo consigliere Walter Ricciardi, cattedratico di Igiene alla Cattolica di Roma, precisa che "se capissimo che serve il 90-95% di copertura per ottenere l'immunità di gregge, senza la quale ci troveremmo di fronte alla necessità di dover bloccare la produttività e la mobilità per il Paese, si potrebbe, per cause di forza maggiore, valutare anche l'obbligo"¹.

Se il Regno Unito ha già approvato il vaccino Pfizer/BioNTech in tempi record (a distanza di sette mesi dall'avvio del primo trial) e ha già vaccinato Margaret Keenan, una signora di 91 anni², negli Stati Uniti, l'agenzia regolatoria Food and Drug Administration sta bruciando le tappe per arrivare all'approvazione del primo vaccino contro COVID-19 di produzione Pfizer nella settimana del 17 dicembre 2020. Mentre molti Paesi si stanno dunque adoperando per un'introduzione estremamente rapida dei vaccini per la covid-19, altre nazioni come la Svizzera stanno preferendo un percorso più lento, privilegiando la cautela rispetto alla velocità. Claire-Anne Siegrist, una delle personalità più note della ricerca europea sui vaccini, ha rilasciato un'intervista molto interessante alla rivista *Les Temps*³ "È già stabilito che rispetto ad altri paesi, come Stati Uniti o Francia, che vogliono iniziare a vaccinare alla fine di quest'anno, aspetteremo ancora qualche mese. Le vaccinazioni dovrebbero iniziare all'inizio della primavera per le persone a rischio. Sono contenta che questa scelta sia stata fatta, perché questi pochi mesi, fino alla fine di gennaio, forniranno risposte preziose sull'efficacia dei vaccini a più lungo termine, ma anche sui loro possibili rari effetti collaterali".

La polemica intorno ai vaccini contro COVID-19 è solo la più recente tra le controversie venute fuori in questi mesi di emergenza sanitaria. Quella sull'utilità delle mascherine per la prevenzione del contagio grazie alla protezione del viso è stata per diversi motivi esemplare. Una sintesi dei risultati degli studi esistenti sui cosiddetti dispositivi di protezione individuale è stata archiviata già a fine gennaio 2020 come pubblicazione anticipata in un database di documentazione scientifica⁴. Alcuni tra gli autori sono noti a livello internazionale per autorevolezza e indipendenza, ma le conclusioni a cui giungeva la revisione sistematica da loro elaborata (non ci sono evidenze solide che possano dimostrare che indossare una mascherina protegga dal contrarre virus di tipo influenzale) non sono state giudicate politicamente corrette da gran parte dell'establishment medico scientifico che in una serie di articoli accademici, sui media per il pubblico e in una lettera aperta⁵ hanno criticato la "pericolosità" di una tesi che in nome della mancanza di prove metteva in discussione una misura di prevenzione condivisibile anche solo in base al buon senso.



LA SOLUZIONE È “SEGUIRE LA SCIENZA”?

Di fronte alla molteplicità dei punti di vista, all'accanimento con cui tutti sono stati difesi e alla difficilmente distinguibile autorevolezza dei giocatori in campo, la Politica ha mantenuto un atteggiamento ondivago, raramente prudente e molto più spesso schierato su una o sull'altra posizione. Al punto che alcune questioni chiaramente tecniche – dalla sicurezza d'uso dell'idrossiclorochina all'efficacia del farmaco antivirale remdesivir, fino alla convenienza del ricorso al plasma di convalescente – sono diventate argomento di discussione nei salotti televisivi molto più frequentemente che in consessi medico specialistici. Il presidente uscente degli Stati Uniti, Donald Trump, è l'esempio di un uso strumentale della medicina che potrebbe essere tra le cause del suo *epic fail* se è vero che nessuna delle sue scommesse si è alla fine rivelata azzeccata: dalle iniezioni endovena di candeggina alla promessa del vaccino prima del fatidico giorno delle elezioni, il 3 novembre. C'è chi ha sottolineato la saggezza del presidente eletto, Joe Biden, che all'indomani delle prime conferme dell'esito positivo dei risultati elettorali, garantiva: “We will follow the science”⁶.

Facile a dirsi. “Ad ogni turno, il governo ci ha detto che sta «seguendo la scienza» ha commentato sul *Guardian* Jana Bacevic, sociologa dell'università di Cambridge⁷. “La sua strategia, ci viene detto, è informata dalla «migliore scienza disponibile». Sebbene le prove scientifiche possano essere una valida giustificazione per l'azione del governo (o inazione), la relazione tra scienza, politica e società è molto più complessa di quanto il governo vorrebbe farci credere. Per cominciare, non esiste la «migliore scienza disponibile». Gli scienziati sono regolarmente in disaccordo su diverse questioni, dagli approcci teorici alle metodologie e ai risultati, e le decisioni sul tipo di consulenza scientifica da prendere in considerazione sono altamente politiche. Le persone, le discipline e le istituzioni invitate al tavolo riflettono la distribuzione dei fondi di ricerca, il prestigio e l'influenza, nonché i valori e gli obiettivi dei politici. (...) Lo scopo dei comitati consultivi scientifici come lo Scientific Advisory Group for Emergencies (SAGE è un comitato di supporto al governo inglese simile al nostro Comitato tecnico scientifico, *NdR*) è distillare la ricerca scientifica esistente in modo che possa informare la politica. Ma il mandato di tale comitato è limitato dalle domande che i politici pongono. (...) Le priorità delle scelte in questi momenti sono dettate da un giudizio politico. La priorità è la tutela della vita degli anziani e dei malati? È l'economia? O il consenso politico? Queste decisioni contano. Come anche le domande che i politici non pongono (...).

ABBIAMO POCHE CERTEZZE DA CONDIVIDERE CON I CITTADINI

Beninteso: la contrapposizione politica è “non solo legittima, ma necessaria e proficua quando si tratta di valutare provvedimenti, mettere a punto temporanee limitazioni alla libertà di movimento, individuare quali settori necessitano prioritariamente di finanziamenti” come spiega bene Marco Geddes da Filicaia nel suo libro *La sanità ai tempi del coronavirus*⁸. Meno elegante è invece piegare le prove disponibili ai propri programmi e obiettivi politici, siano essi di governo o ad esso alternativi. Insomma, da un'auspicata *evidence-based policy* ad una perversa *politics-based evidence* la distanza è breve e spesso dai confini talmente sfumati da disorientare i cittadini: “le opinioni delle persone sulla scienza sono modellate dal modo in cui i fatti vengono presentati nelle linee guida ufficiali e nei media. (...) Il modo in cui la scienza viene trasformata in politica dipende da calcoli politici ed economici, nonché dall'impegno morale e ideologico di politici, partiti politici e consiglieri politici. Raramente, se non mai, riguarda solo la «scienza»”⁷.



Lo stato attuale della ricerca impone di lavorare con dati imperfetti e su questi devono necessariamente essere basate scelte e decisioni che non possono attendere prove “definitive” che nella maggior parte dei casi non sono destinate ad arrivare

La Politica è dunque chiamata ad una interpretazione delle migliori prove disponibili, nel contesto di un programma di governo che dovrebbe essere trasparente negli obiettivi e nei metodi idonei per raggiungerli. Partendo dalla convinzione che le evidenze difficilmente saranno univoche e devono sempre essere valutate da persone in grado di farlo. “La scienza a volte è descritta come la ricerca metodica e scrupolosa della verità e il buon processo decisionale come la traduzione in azione di quelle verità basate sulle prove” leggiamo in un commento molto citato uscito su *The BMJ*⁹. “Prima della pandemia a volte queste ipotesi erano valide (anche se non sempre). Ma covid-19 ha messo a fuoco la complessità della scienza e del processo decisionale in un contesto di incertezza. Alcuni recenti risultati di studi possono probabilmente essere considerati «lo stato dell’arte» ad oggi, ma nel complesso l’evidenza sull’efficacia degli interventi (preventivi e terapeutici) non è mai definitiva. (...) Man mano che l’esperienza della COVID-19 nei diversi Paesi da una grave emergenza nazionale si trasforma in una crisi politica cronica, tutti noi – medici, ricercatori, decisori politici e cittadini – dobbiamo dimenticarci che le incertezze possano essere risolte. Potrebbero non esserlo mai”.

Eppure, le stesse persone che hanno scritto queste parole – peraltro su una rivista tra le più rispettate del mondo scientifico – hanno atteso solo poche ore prima di lanciarsi in attacchi personali ad autori del calibro di John Ioannidis, condirettore del Meta-Research Innovation Center dell’università di Stanford in California, uno dei ricercatori più citati del mondo. C’è qualcosa – o più di qualcosa che non va – hanno osservato Vinay Prasad e Shannon Brownlee: “Quando le decisioni importanti devono essere prese in presenza di un’elevata incertezza scientifica, come nel caso della covid-19, non possiamo permetterci di mettere a tacere o demonizzare i colleghi professionisti che manifestano opinioni eterodosse. Ancora peggio, non possiamo permettere che le questioni di scienza, medicina e salute pubblica diventino prigioniere di una politica ridotta ad uno scontro tra fazioni diverse. Oggi più che mai abbiamo bisogno di un intenso dibattito accademico. Per essere chiari, i cittadini statunitensi non hanno alcun obbligo di prendere sul serio l’idea di ogni scienziato. La disinformazione sulla covid-19 è abbondante. Dalle cure con l’olio di serpente alle teorie del complotto sull’origine del Sars-CoV-2, il virus che causa la malattia, internet è pieno di idee prive di fondamento e spesso dannose. Denunciamoli: alcune idee e persone possono e devono essere respinte. Allo stesso tempo, siamo preoccupati dell’atteggiamento agghiacciante di alcuni studiosi e accademici che commettono l’errore di attribuire legittimi disaccordi sulla covid-19 all’ignoranza o a motivazioni politiche discutibili o di altro genere”¹⁰.

I CITTADINI DEVONO COMPRENDERE (E ACCETTARE) LA COMPLESSITÀ

Inutile girarci intorno: la pandemia è un dramma per milioni di persone decedute, malate o ferite da un lutto per la morte di un familiare o di una persona vicina. È la causa di un disastro vitale per chi ha perso un lavoro, per i bambini e gli adolescenti che hanno dovuto interrompere la frequenza scolastica, per le donne colpite selettivamente da discriminazioni di genere o dalla violenza in famiglia. Ma è anche un problema complesso in un sistema sociale, economico e sanitario altrettanto complesso, per definizione costituito da più componenti che interagiscono tra loro, in evoluzione dinamica, imprevedibile e rispondono in modo adattivo agli interventi che le riguardano. I sistemi complessi possono essere correttamente compresi solo nella loro interezza e l’incertezza è parte ineliminabile del sistema⁹. Lo stato attuale della ricerca impone dunque di lavorare con dati imperfetti e su questi devono necessariamente essere basate scelte e decisioni che non possono attendere prove “definitive” che nella maggior parte dei casi non sono destinate ad arrivare.



In una democrazia i cittadini sono chiamati a partecipare a queste scelte e decisioni: è la politica su cui si fonda una società come quella in cui viviamo. Politica che è chiamata a mediare esigenze diverse e talora contrastanti, come ha scritto l'epidemiologo Paolo Vineis con l'obiettivo di "trovare il migliore equilibrio dopo una consultazione (la cosiddetta democrazia deliberativa), pur tenendo conto della rapidità con cui le decisioni devono essere prese in questo frangente. Democrazia deliberativa vuol dire consentire di avere accesso a tutte le informazioni disponibili, e soppesare gli aspetti a favore e contro singole scelte politiche"¹¹. In una situazione estremamente complessa come quella che stiamo vivendo le prove che derivano dalla ricerca clinica devono essere considerate al pari di quelle che scaturiscono dalla ricerca fisica e matematica (pensiamo per esempio ai modelli di diffusione dell'epidemia), urbanistica, psicopedagogica (nel caso della valutazione dei rischi della sospensione della didattica in presenza per bambini e adolescenti) e così via.

La sovrabbondanza di informazioni e la dissonanza tra i punti di vista non deve scoraggiare i cittadini ma, al contrario, alimentare una maggiore determinazione ad approfondire, a selezionare le fonti, a valutare le informazioni e infine a partecipare al confronto in ogni sede possibile. Senza farsi disamorare dall'apparente difficoltà del procedere della conoscenza in un mare che oggi è oggettivamente in tempesta: "La scienza è come una nave che ondeggia, da una parte e dall'altra. Ma non fa retromarcia, semplicemente a volte cambia direzione per capire meglio se stessa. E avanza anche grazie ai suoi «funerali», ossia l'allievo che supera il maestro, o umiliazioni di luminari le cui idee rivoluzionarie inizialmente vengono considerate ridicole e assurde dai colleghi. Ma è così che abbiamo una conoscenza delle cose sempre superiore a dieci anni prima e anche questo è illuminismo"¹².

Bibliografia

1. Le dichiarazioni riportate in queste pagine sono state rilasciate tra il 15 novembre e il 10 dicembre e sono facilmente accessibili in rete anche solo consultando i siti delle principali agenzie giornalistiche italiane e internazionali.
2. *Covid-19 vaccine: First person receives Pfizer Covid-19 vaccine in UK*. BBC News, 8 dicembre 2020.
3. *Minet P. Claire-Anne Siegrist, vaccinologue: «Il est normal que les gens se posent des questions sur les vaccins»*. Les Temps, 27 novembre 2020. Modificato il 30 novembre 2020.
4. Bakhit M, Krzyzaniak N, Scott AM, Clark J, Glasziou P, Del Mar C. *Downsides of face masks and possible mitigation strategies: a systematic review and meta-analysis*. MedRxiv 2020.06.16.20133207.
5. *Masks4All. Over 100 prominent academics call for cloth mask requirements*. <https://masks4all.co/letter-over-100-prominent-health-experts-call-for-cloth-mask-requirements/>
6. USA: "We will follow the science" - *President-elect Biden on new COVID taskforce*. YouTube, 9 novembre 2020.
7. Bacevic J. *There's no such thing as just 'following the science' – coronavirus advice is political*. Guardian, 28 aprile 2020.
8. Geddes da Filicaia M. *La sanità ai tempi del coronavirus*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2020.
9. Rutter H, Wolpert M, Greenhalgh T. *Managing uncertainty in the Covid-19 era*. BMJ 2020; 370: m3349.
10. Prasad V, Flier JS. *Scientists who express different views on Covid-19 should be heard, not demonized*. Stat News, 27 aprile 2020.
11. Vineis P. *La politica non usi le prove scientifiche come scudo*. La Repubblica, 1 dicembre 2020.
12. Guerrera A. Ian McEwan: *Torniamo alla scienza*. La Repubblica, 8 dicembre 2020.

Il MMG, il futuro e la nuova organizzazione scuola-famiglia?

RTM

Intervista a Diego Pavesio

MMG a Moncalieri

Tesoriere Associazione Patto Trasversale per la Scienza

Presidente C.d.I. I.C. Tommaseo di Torino



Quale potrà essere il futuro approccio dei cittadini alla gestione della salute?

Ho scelto di fare il medico di famiglia al terzo anno di medicina, era il 1995. In questi 25 anni ho letto centinaia di articoli, ascoltato decine di interviste su come sarebbe stato il "futuro" della mia splendida professione, su come migliorarla o persino su come "rifondare" la Medicina Generale. Spesso gli autori erano politici o sindacalisti interessati più all'aspetto mediatico che al reale beneficio per i pazienti e i colleghi.

Nella pratica si è continuato a riempire fogli e a inviare documenti via fax...

È dovuta arrivare la prima pandemia del mondo globalizzato perché qualcosa potesse finalmente accadere.

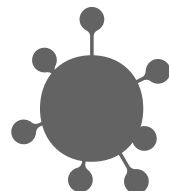
Immaginare videoconsulti, aggiornamenti webinar con colleghi e connessione quasi continua medico-paziente era fino all'anno scorso uno slancio verso il futuro poco realistico. SARS-CoV-2 ci ha dato una mano, almeno questo dobbiamo riconoscerglielo.

Ci sono aree del mondo sviluppato, come l'Australia, dove queste tecnologie sono da tempo parte della medicina territoriale. Nell'outback australiano le visite domiciliari vengono fatte dai famosi Flying Doctor solo per casi selezionati, mentre la maggior parte delle consulenze avviene in remoto.

Oggi molte visite, anche a livello SSN, come quelle diabetologiche nella mia ASL TO5, avvengono in telemedicina con risultati eccellenti. Queste, come altre, sono esperienze che ci dimostrano quale sia la strada da percorrere.

Chi ha lavorato molti anni in guardia medica sa che spesso il contatto con il paziente è telefonico e sa ugualmente che in molti casi può essere sufficiente. I cittadini e i pazienti hanno bisogno di risposte e in particolar modo di risposte in tempi rapidi. Questo è quello che io ritengo essere il vero nervo scoperto del rapporto MMG-paziente. Le attuali tecnologie permettono di coprire questo gap se si ha però una solida base informatica. I giovani cittadini sono ormai nativi digitali e con loro, che spesso hanno poche esigenze, è tutto più semplice. La fascia di età intermedia, quella sulla quale è fondamentale la prevenzione, che rimane sempre uno dei nuclei centrali del lavoro del MMG, ha incrementato in maniera sensibile le proprie competenze tecnologiche. Rimangono gli anziani, che vanno aiutati – se possibile dai parenti – in questo percorso.

La Medicina rimarrà sempre quella del contatto fisico col paziente, della visita e dell'esame obiettivo. Proprio per questa ragione le tecnologie devono permettere di focalizzarci su questi aspetti per evitare l'enorme dispersione di energie e di tempo che la burocrazia ha sempre rappresentato. Un esempio pratico: nel mese di maggio ho fatto parte come estensore del Progetto "La cura al cittadino riparte in sicurezza", costruito da un gruppo di lavoro del Politecnico e dell'OMCeO Torino¹. Tra i vari temi affrontati c'era anche quello della dematerializzazione delle ricette in fascia C. Un piccolo semplice passo che potrebbe ridurre l'afflusso allo studio medico di molti pazienti. Un piccolo passo che il decisore politico non ha percorso ma che spero percorrerà a breve.

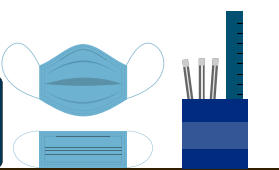


Come potrebbe cambiare quindi il ruolo del MMG all'interno del sistema famiglia?

La pandemia ha brutalmente accelerato il percorso di digitalizzazione del rapporto medico-paziente, alcune decisioni prese mi sono parse troppo d'impulso ed eccessivamente gravate dalla nota "annunciate" italiana.

Lo stanziamento presentato recentemente dal Governo per l'acquisto di strumenti diagnostici per gli studi di medicina generale non va, secondo la mia opinione, nella direzione giusta. Non basta, per esempio, avere un ecografo in studio per diminuire le liste d'attesa. Un ecografista non si improvvisa: deve essere formato e deve fare molte ecografie tutti i giorni per poter mantenere uno standard qualitativo elevato. È sicuramente corretto investire sulle generazioni future con una formazione dei medici di medicina generale che comprenda anche l'ecografia ambulatoriale ma questo richiede un percorso molto più lungo, di anni. Meno annunci, quindi, e più programmazione.

Quello che servirebbe è un sistema capillare di videochiamata che permetta al paziente, quando non ha esigenza di accedere allo studio, di avere un colloquio virtuale con il proprio medico. La piattaforma dovrebbe essere unica e dovrebbe interagire facilmente con il software del MMG. Oggi abbiamo più di dieci gestionali diversi. Questo non ha senso, servirebbe un'unica interfaccia con un applicativo semplice e intuitivo per il paziente. È sicuramente un costo, ma sono soldi ben spesi.



E come potrebbe organizzarsi il sistema scolastico? In termini di screening e monitoraggio?

Fin dai primi giorni di marzo, quando apparve chiaro che la scuola non sarebbe ricominciata, il mio impegno da Presidente del Consiglio d'Istituto della Tommaseo – che comprende cinque plessi dalle materne alle medie per un totale di 1.400 bambini – è stato costante e si è realizzato nell'ottimo lavoro svolto con la dirigente scolastica dott.ssa Lorenza Patriarca. I problemi legati alle carenze infrastrutturali, alle scarsissime risorse economiche e alle lusinghe burocratiche e sindacali che attanagliano il mondo dell'istruzione sono stati notevoli. Ma la scuola è riuscita a ripartire ed è riuscita a ripartire bene. Se dovessi esprimere con un numero da 0 a 10 la sicurezza e la gestione del rischio dei bambini tra le mura degli istituti scolastici potrei dire tranquillamente che il valore raggiunto è di 8. Dove 10 è la didattica a distanza.

In una fase di scarsa circolazione virale (che può essere valutata con una percentuale di tamponi positivi sulla popolazione inferiore al 2%) la scuola in presenza, distanziati e senza uso di mascherine specie per la primaria, è un ottimo compromesso tra l'aspetto pedagogico e quello di sicurezza sanitaria.

Con l'aumento della circolazione virale invece le precauzioni dovrebbero essere più stringenti e comprendere anche utilizzo della mascherina durante il tempo scuola.

La scuola ha subito modifiche normative che non sono mai riuscite ad anticipare il virus, abbiamo sempre inseguito e spesso a troppa distanza. Altro nervo scoperto è stato il rapporto con il SISP (Servizio di Igiene e Prevenzione Pubblica) che, non potenziato a dovere durante l'estate, è stato travolto dalla rapida ripresa della circolazione virale a metà ottobre. Il principale problema rimane l'individuazione dei cluster dovuta ai cosiddetti superspreader, ciò che rende così pericolosa la diffusione di questo coronavirus. In quest'ottica l'ultimo definitivo passo per la diagnostica rapida del SARS-CoV-2 sarà un test salivare antigenico² a basso costo e sufficientemente sensibile e specifico da poter essere ripetuto periodicamente, col minimo disagio per l'individuo e senza richiedere personale specializzato.

Quello che servirebbe è un sistema capillare di videochiamata che permetta al paziente, quando non ha esigenza di accedere allo studio, di avere un colloquio virtuale con il proprio medico

1. <http://www.torinomedica.org/torinomedica/la-cura-al-cittadino-riparte-in-sicurezza-il-progetto-politecnico-omceo-torino-prosegue-nella-sua-strada/>
2. <https://www.scienzainrete.it/articolo/test-rapidi-sars-cov-2-perch%C3%A9-adottarli-subito/sergio-abrignani-adriana-albini-franco>



focus **Pandemia: il SSN che verrà?**

COVID-19: la rivoluzione non voluta

Emanuele Davide Ruffino - *Economista sanitario*

Germana Zollesi - *Medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva*

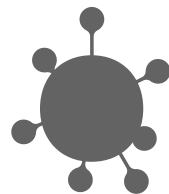
Mentre una rivoluzione presuppone un soggetto che la provoca e che propone un nuovo equilibrio, COVID-19 ha messo in crisi l'esistente, senza elaborare alternative.

Nel rendere omaggio agli operatori sanitari che, con la loro abnegazione, hanno reso meno drammatica la situazione, occorre ipotizzare un'azione di reengineering, perché al Servizio Sanitario (nazionale o regionale) verrà richiesta una rapida trasformazione. Il richiamo a evitare gli assembramenti e applicare le norme igieniche basilari ha faticato a imporsi anche in Paesi ad alto senso civico, evidenziando una difficoltà di coordinare la società nell'indirizzarla verso obiettivi condivisi.

Dopo ogni epidemia, come dopo ogni guerra, si scatena l'euforia: successi così dopo la Spagnola e speriamo che succeda anche per noi, quando l'emergenza sarà realmente finita. Dopo i festeggiamenti (imprudentemente anticipati in estate), dovremo fare i conti con l'eredità lasciata. Il problema coinvolge tutte le discipline: da quelle cliniche, a quelle socioeconomiche, con una ridefinizione degli asset fondanti la società. La presa di coscienza che per affrontare una pandemia non siano sufficienti solo soluzioni locali ma servano coordinamenti internazionali rafforzerà il ruolo dell'OMS (indispensabile per un approccio planetario) e degli altri interlocutori sovrazionali con una visione di sistema. Il COVID-19 ha impedito la circolazione delle persone, rallentato lo scambio delle merci, ma non può impedire la diffusione delle idee.

L'esperienza COVID-19 si è inserita su contesti diversi generando una pluralità di impulsi: dal dirigismo più esasperato (in Cina, l'esercito ha usato la forza) all'auto-mutuo-aiuto di vicinato. La vastità del problema rende impercorribile la ricerca di una soluzione unitaria, anzi, considerato che si opera sulla "variabile umana", sarebbe avvincente ipotizzare una soluzione ad hoc per ogni individuo, con reti di servizi di sicurezza/vigilanza gestiti, finanche a livello di micro-comunità, così da garantire integrazione e alternatività. Non si accetterà più un processo meccanicistico di diagnosi/prescrizione, poiché il baricentro si sposterà sul rapporto "individuo/sistema di cura".

Il COVID-19 ha impedito la circolazione delle persone, rallentato lo scambio delle merci, ma non può impedire la diffusione delle idee



Psicocovid

Il COVID-19 genererà una nuova categoria di soggetti “fragili”: derivanti dagli strascichi che probabilmente non “restituiranno” il paziente (e la società) alle sue “normalità”. Guterres, segretario ONU, ha ammonito sui possibili effetti generati dallo stress, già oggi tra i maggiori fattori di crescita della domanda.

Piuttosto che accettare l'imprevedibilità del fato, la paura ha indotto a estremizzare la ricerca di qualcuno cui attribuire la colpa; a ciò si aggiunge la stanchezza esasperata dal fatto che, quando tutto sembrava finito, è arrivata la seconda ondata. Diversamente dalla Svezia, dove si è subito pensato a come convivere con il morbo, nel resto del Vecchio continente abbiamo inseguito misure estemporanee. A ciò si aggiunge la diseducazione che ha indotto comportamenti socialmente scorretti: per tutelare sé stessi e gli altri occorre sottomettersi a regole condivise cui non siamo più abituati (paradosso per cui il disinteresse verso il prossimo arriva al punto di arrecare danno anche a sé stessi!).

I SSN/R, più che rivendicare riforme volte solo a spostare risorse e potere da un soggetto all'altro, dovranno prendere coscienza di dover svolgere un ruolo maiευtico.

La specializzazione e la globalizzazione permetteranno di sviluppare soluzioni alternative (sia private che no profit) indipendentemente dai vincoli legislativi, sempre più vissuti come appesantimenti burocratici e non come propulsori del sistema. Se diversi saranno gli attori, a non poter essere ceduti dal SSN sono la progettualità e i requisiti etici che si devono perseguire.

Aspetti economici

I debiti contratti per adottare soluzioni rabberciate rallenteranno ulteriormente la riqualificazione delle strutture piuttosto datate e scarsamente attente alle esigenze dei pazienti (in molti ospedali manca ancora un piano colore).

Finita la pandemia il SSN e i SSR dovranno occuparsi di far “sopravvivere” le filiere produttrici rendendole riconvertibili in breve tempo: concetto più evoluto del predisporre magazzini dove la merce è destinata a deteriorarsi o a sparire. L'esempio delle mascherine è solo il più eclatante: più che immagazzinarle occorre predisporre modalità da attivare in caso di bisogno e, superata l'emergenza, pensare a come smaltirle senza inquinare (i cosiddetti “magazzini virtuali delle idee”).

Più in generale, occorrerà interrogarsi su cosa è “indispensabile” e garantirne la disponibilità, a prescindere dal contingente. Purtroppo le necessità, imposte dalla virulenza del coronavirus (dove dopo anni di austerità si è potuto tornare a spendere), rischiano di dare spazio all'inefficiente o, peggio ancora, a interessi particolarizzati, e ciò provocherà, prima o poi, azioni di contenimento.

Il SSN/R che verrà sarà valutato, oltre che dalla quantità di servizi, anche dall'affidabilità che questo saprà offrire nel governare il sistema e dalla produttività che riuscirà a perseguire (ricordiamoci che, per l'Unione Europea, l'Italia e la Grecia presentano la peggior produttività). E per far ciò si dovranno ridisegnare, in modo trasparente, le linee di comando e la gerarchizzazione degli interventi onde evitare il caos.

Occorrerà investire nella prevenzione, storicamente la cenerentola delle spese sanitarie, in quanto gli altri player non potranno mai trovare conveniente investire su progetti collettivi e dai risultati concretizzabili solo nel lungo periodo, superando lo scetticismo generato dalle contraddizioni emerse dal mondo scientifico e dalla confusione dei messaggi diffusi sotto il “regno del coronavirus”. Senza un intervento pubblico affidabile crescerà la ricerca di soluzioni miracolose, la volontà di andarsi a far curare all'estero (per ragioni di convenienza o perché convinti da una migliore qualità) sperando che questo atteggiamento induca a confrontarsi con le altre esperienze internazionali, (compresa la riproposizione dell'Obamacare) e con la costante ricerca dell'utilità marginale di ogni intervento.

Per organizzare un SSN/R occorrerà ripartire dall'impegnativo di accrescere le conoscenze (predisponendo banche dati, ricavabili dall'esperienza e non dal ricorso alle vie giudiziarie per attestare la veridicità delle fonti) e da un più qualificato management (quello attuale è stato formato nella gestione delle prassi amministrative-burocratiche, non nel problem solving). Queste osservazioni nascono dal fatto che, a quasi un anno dall'inizio della pandemia, le conoscenze, cliniche e organizzative (o semplicemente il sapere quanto costa un paziente COVID-19 o sospetto tale), appaiono quanto mai incerte. Le spese miliardarie già sostenute in molti Paesi per ora non hanno portato a un esplicitante rapporto “risorse impiegate/benefici ottenuti” senza il quale non si può dare avvio a un processo riformatore.

SARS-CoV-2 E VITAMINA D. NUOVE PROSPETTIVE

RTM

Intervista al Prof. Giancarlo Isaia

Specialista in Endocrinologia, Medicina Interna e Medicina Nucleare

Dipartimento di Scienze Mediche Università di Torino

Presidente dell'Accademia di Medicina di Torino e della Fondazione Osteoporosi o.n.l.u.s.

Con l'intento di fornire un utile contributo e un supporto scientifico alle Istituzioni per contrastare la pandemia da COVID-19, l'Accademia di Medicina di Torino ha istituito un gruppo di lavoro, coordinato dal suo Presidente, Prof Giancarlo Isaia, Professore di Geriatria e da Antonio D'Avolio, Professore di Farmacologia all'Università di Torino, e composto da 61 medici di molte città italiane; è stato elaborato un documento inviato alle autorità sanitarie nazionali e regionali, che riporta sinteticamente le più recenti e convincenti evidenze scientifiche sugli effetti positivi della vitamina D, sia nella prevenzione che nelle complicanze del coronavirus, e che può essere condiviso inviando una mail all'Accademia di Medicina di Torino.



Prof. Isaia, come nasce l'idea dello studio e qual è il suo percorso?

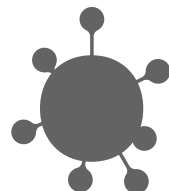
L'idea di questo studio è nata da un documento, pubblicato a marzo in cui veniva ipotizzato il ruolo della Vitamina D nello sviluppo della malattia del Covid-19.

Quest'idea è stata ripresa anche da molte testate giornalistiche ed è stata recepita come una proposta interessante per nuovi studi scientifici. Da gennaio ad oggi sono circa 400 i lavori che riguardano "Vitamina D e Covid-19". In tutto il mondo si stanno interrogando su questa correlazione. In Italia, in un primo momento, la ricerca è stata accolta con sufficienza, nel senso che il Ministero della Salute l'ha bollata come fake news e quindi ci siamo mossi per cercare di dimostrare la nostra teoria.

Siamo partiti da questo presupposto: se riusciamo a misurare la quantità di raggi ultravioletti che si sono diffusi sulle regioni italiane nell'ultimo semestre del 2019, ottenendo quindi una mappa dell'azione solare, andando a correlarla con i dati sui malati, possiamo capire cosa succede. Abbiamo fatto questa ricerca con un team molto qualificato tra cui persone dell'ARPA, dell'ENEA, dell'Università di Bologna e della Sapienza di Roma. Ci siamo quindi confrontati con varie professionalità su questo argomento e abbiamo realizzato questo lavoro che ha dimostrato che più raggi ultravioletti si sono diffusi in Italia nel semestre precedente, meno morti ci sono stati in quello successivo. La ricerca è stata pubblicata sulla rivista "Science of the total environment" dopo una lunga e attenta revisione.

Da gennaio ad oggi sono circa 400 i lavori che riguardano "Vitamina D e Covid-19". In tutto il mondo si stanno interrogando su questa correlazione





Professore ma quindi questa sarebbe la prova del fatto che più sole si è preso, più siamo protetti da COVID-19? Grazie alla Vitamina D o forse grazie a una azione diretta dei raggi ultravioletti sul virus?

Lo studio attesta che la radiazione UV è sia in grado di neutralizzare direttamente il virus, sia di favorire la sintesi della vitamina D che, per le sue proprietà immunomodulatorie, potrebbe svolgere un ruolo antagonista dell'infezione e delle sue manifestazioni cliniche. Le perplessità che aleggiano intorno alla ricerca ci sono in tutto il mondo perché è un'idea che è stata giudicata troppo semplice dagli esperti.

Se si guardano le tabelle del Ministero della Sanità si nota che i morti – nella prima ondata – sono maggiori nelle regioni del nord Italia. Come mai? In Lombardia ad esempio ci sono 0,18 morti ogni 100 abitanti, in Basilicata sono 0,007 morti ogni 100 abitanti. Perché poi colpisce determinate fette di popolazione come quelli che vivono in RSA, conventi o carceri? E soprattutto al nord? Nessuno ha mai risposto a queste domande. Noi abbiamo offerto una risposta.



Professore, a che conclusioni pratiche ci porta lo studio?

In Inghilterra il governo inglese ha disposto di somministrare la Vitamina D a tutti i pazienti delle RSA e in generale a tutti i soggetti più fragili, l'ha annunciato il Primo Ministro. L'Italia dovrebbe fare esattamente la stessa cosa.

Con il nostro documento vogliamo sollecitare il Governo italiano a prendere delle decisioni analoghe a quelle del Governo britannico. Visto che prendere sole adesso è abbastanza difficile, e bisogna prenderne atto – peraltro la vitamina D costa poco e non ha effetti collaterali – proponiamo a tutti i malati e ai soggetti a rischio di prendere la vitamina D. Fino a qualche tempo fa si pensava che la vitamina D servisse solo per le ossa, ma abbiamo capito invece che ci sono recettori della vitamina D in tutte le parti del corpo, dal cervello, al fegato, fino al polmone e alle ossa, quindi anche nel sistema immunitario è coinvolta la vitamina D.

In Inghilterra il governo ha disposto di somministrare la Vitamina D a tutti i pazienti delle RSA e in generale a tutti i soggetti più fragili

Lo studio è stato anche oggetto di un servizio televisivo a cura delle Iene in cui si riporta che il Ministero della Salute nella circolare intitolata "Gestione domiciliare dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2" ha appena dichiarato che: "Non esistono ad oggi evidenze solide e incontrovertibili (ovvero derivanti da studi clinici controllati) di efficacia di supplementi vitaminici e integratori alimentari (ad esempio vitamine, inclusa vitamina D, latte di latte, quercetina), il cui utilizzo per questa indicazione non è quindi raccomandato".

Lo studio è partito dall'ipotesi che l'evoluzione dell'epidemia sia influenzata anche dall'intensità della radiazione ultravioletta solare. Le regioni del Nord Italia, meno esposte, sono state come noto più colpite dalla pandemia. Dallo studio emergerebbe come la differente esposizione ai raggi UV solari sia in grado di spiegare fino all'83,2% della variazione dei casi di coronavirus nella popolazione italiana.

Sebbene la coincidenza statistica non comporti necessariamente un rapporto di causa-effetto, i risultati sarebbero "coerenti con i possibili effetti benefici della radiazione UV solare sul contrasto alla diffusione del coronavirus e alle sue manifestazioni cliniche".

E per sapere se effettivamente la vitamina D possa aiutare nel contrasto al coronavirus occorrerebbe uno studio clinico controllato, che per il momento non è stato ancora fatto.



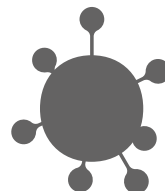
Vitamina D nella prevenzione e nel trattamento del COVID-19: nuove evidenze

La pandemia da Coronavirus si è manifestata e diffusa con caratteristiche peculiari e, nonostante sia presente da circa un anno, la ricerca scientifica, orientata prevalentemente verso la sintesi di anticorpi specifici diretti sull'agente etiologico e la produzione di un vaccino, non ha fornito sufficienti conoscenze: poco si sa delle caratteristiche fisiopatologiche della malattia, dei meccanismi che ne favoriscono l'aggressione alla specie umana, dei target verso cui indirizzare un trattamento farmacologico, e, infine, neppure delle caratteristiche immunologiche del virus. Tutto ciò rende molto problematiche le strategie difensive, ad oggi di fatto limitate alle indiscutibili e fondamentali misure di distanziamento fisico e di igiene individuale.

Sulla base di queste premesse, ci permettiamo di richiamare l'attenzione delle Istituzioni, del mondo scientifico e dell'opinione pubblica su un aspetto, già sollevato nei mesi scorsi (Isaia G & Medico E, <https://doi:10.1007/s40520-020-01650-9>) che si è via via accreditato con numerose evidenze scientifiche: ci riferiamo alla carenza di vitamina D, della quale sono noti da tempo gli effetti sulla risposta immunitaria, sia innata che adattiva (Charoenngam N & Holick M, <https://doi.org/10.3390/nu12072097>) e che si sviluppa nei pazienti affetti da COVID-19 in conseguenza di differenti meccanismi fisiopatologici (Aygün H et al., <https://doi.org/10.1007/s00210-020-01911-4>), ma forse anche a seguito di una ridotta disponibilità di 7-deidrocolesterolo e di conseguenza del suo metabolita colecalciferolo, per la marcata riduzione della colesterolemia osservata nei pazienti con forme moderate o severe di COVID-19 (Marcello A. et al., <https://doi.org/10.1016/j.redox.2020.101682>).

Ad oggi è possibile reperire su PubMed circa 300 lavori, editi nel 2020, con oggetto il legame tra COVID-19 e vitamina D, condotti sia retrospettivamente (Meltzer D et al., <https://doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.19722>), che con metanalisi (Pereira M et al., <https://doi.org/10.1080/10408398.2020.1841090>), che hanno confermato la presenza di ipovitaminosi D nella maggioranza dei pazienti affetti da COVID-19, soprattutto se in forma severa (Kohlmeier M et al., <https://doi:10.1136/bmjnp-2020-000096>) e di una più elevata mortalità (OR 3,87) ad essa associata (De Smet D et al., <https://doi:10.1093/ajcp/aqaa252>): tutti questi dati forniscono a nostro giudizio interessanti elementi di riflessione e di ripensamento su un intervento potenzialmente utile a tutta la popolazione anziana, che in Italia è in larga misura carente di vitamina D (Isaia G et al., <https://doi.org/10.1007/s00198-003-1390-7>). È stata infatti largamente evidenziata, con un'unica eccezione riportata in un lavoro, peraltro non ancora pubblicato e condotto su pazienti in uno stadio molto avanzato della malattia (Murai IH et al., <https://doi.org/10.1101/2020.11.16.20232397>), l'utilità della somministrazione di Vitamina D (in prevalenza colecalciferolo) a pazienti COVID-19. A scopo propositivo, abbiamo selezionato alcuni dati, ottenuti con adeguata sperimentazione clinica, che a nostro parere, nonostante alcuni limiti metodologici, sono degni di attenzione da parte delle autorità sanitarie, al fine di considerare l'utilizzo della Vitamina D sia per la prevenzione che per il trattamento dei pazienti COVID-19.

1. In uno studio osservazionale di 6 settimane su 154 pazienti, la prevalenza di soggetti ipovitaminosi D (<20 ng/mL) è risultata del 31,86% negli asintomatici e del 96,82% in quelli che sono stati poi ricoverati in terapia intensiva (Jain A et al., <https://doi.org/10.1038/s41598-020-77093-z>)
2. In uno studio randomizzato su 76 pazienti oligosintomatici, la percentuale di soggetti per i quali è stato necessario, successivamente, il ricovero in terapia intensiva, è stata del 2% (1/50) se trattati con dosi elevate di calcifediolo e del 50% (13/26) nei pazienti non trattati (Castillo ME et al., <https://doi.org/10.1016/j.jsbmb.2020.105751>).
3. Uno studio retrospettivo su oltre 190.000 pazienti ha evidenziato la presenza di una significativa correlazione fra la bassa percentuale dei soggetti positivi alla malattia e più elevati livelli circolanti di 25OHD (Kaufman HW et al., <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239252>)
4. In 77 soggetti anziani ospedalizzati per COVID-19, la probabilità di sopravvivenza alla malattia, stimata con la curva di Kaplan-Meier, è risultata significativamente correlata con la somministrazione di colecalciferolo, assunto nell'anno precedente alla dose di 50.000 UI al mese, oppure di



80.000-100.000 UI per 2-3 mesi, oppure ancora di 80.000 UI al momento della diagnosi. (Annweiler G. et al., GERIA-COVID Study <https://doi.org/10.3390/nu12113377>)

5. Nei pazienti PCR-positivi per SARS-CoV-2, i livelli di vitamina D sono risultati significativamente minori ($p=0.004$) rispetto a quelli dei pazienti PCR-negativi (dato poi confermato da altri lavori in termini di maggiore velocità di clearance virale e guarigione per coloro che hanno livelli ematici più elevati di vitamina D) (D'Avolio et al., <https://doi.org/10.3390/nu12051359>).
6. In una sperimentazione clinica su 40 pazienti asintomatici o paucisintomatici è stata osservata la negativizzazione della malattia nel 62,5% (10/16) dei pazienti trattati con alte dosi di colecalciferolo (60.000 UI/die per 7 giorni), contro il 20,8% (5/24) dei pazienti del gruppo di controllo. Nei pazienti trattati è stata inoltre riscontrata una riduzione significativa dei livelli plasmatici di fibrinogeno (Rastogi A. et al., SHADE Study <http://dx.doi.org/10.1136/postgradmedj-2020-139065>)

Sulla base dei risultati di questi e di altri studi, formuliamo le seguenti considerazioni:

1. Anche se sono necessari ulteriori studi controllati, la vitamina D sembra più efficace contro il COVID-19 (sia per la velocità di negativizzazione, sia per l'evoluzione benigna della malattia in caso di infezione) se somministrata con obiettivi di prevenzione (Balla M et al., <https://doi.org/10.1080/20009666.2020.1811074>), soprattutto nei soggetti anziani, fragili e istituzionalizzati.
2. Il target plasmatico minimo ottimale del 25(OH)D da raggiungere in ambito PREVENTIVO sarebbe di 40 ng/mL (Maghbooli Z. et al., <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239799>), per ottenere il quale occorre somministrare elevate dosi di colecalciferolo, anche in relazione ai livelli basali del paziente, e fino a 4000 UI/die (Arboleda JF & Urcuqui-Inchima S, <https://doi.org/10.3389/fimmu.2020.01523>)
3. In ambito TERAPEUTICO, gli studi randomizzati indicano l'utilità di un'unica somministrazione in bolo di 80.000 UI di colecalciferolo (N° 4, Annweiler G et al.), oppure di calcifediolo (0,532 mg il 1° giorno, 0,266 mg il 3°, il 7° giorno e poi una volta alla settimana) (N° 2, Castillo ME et al.), oppure ancora di 60000 UI di colecalciferolo per 7 giorni, con l'obiettivo di raggiungere 50 ng/mL di 25 (OH)D (N° 6, Rastogi A et al.).

Nonostante questi ed altri dati, l'impiego della Vitamina D nella prevenzione e nella terapia del COVID-19 non è stato preso in considerazione, con la giustificazione dell'assenza di un'evidenza scientifica sufficiente, che invece, a differenza di altre vitamine o integratori, nei lavori più recenti sta a poco a poco emergendo.

In Gran Bretagna invece, e prima ancora in Scozia, con disposizione governativa, (<https://www.theguardian.com/world/2020/nov/14/covid-uk-government-requests-guidance-on-vitamin-d-use>) è stata recentemente disposta la supplementazione di vitamina D a 2,7 milioni di soggetti a rischio di COVID-19 (gli anziani, la popolazione di colore e i residenti nelle RSA) con un'operazione che alla Camera dei Comuni è stata definita "*low-cost, zero-risk, potentially highly effective action*": ne è seguito un vivace dibattito scientifico, con qualche riserva espressa dal NICE (<https://www.nice.org.uk/advice/es28/resources/covid19-rapid-evidence-summary-vitamin-d-for-covid19-pdf-1158182526661>), ma con il sostegno della Royal Society of London (<https://doi.org/10.1098/rsos.201912>) che la definisce "*...seems nothing to lose and potentially much to gain*"

In conclusione, anche se l'utilità della Vitamina D nella prevenzione e nel trattamento del COVID-19 non è ancora del tutto ben definita, riteniamo che i dati che abbiamo sinteticamente riportato, suggeriscano un serio approfondimento in materia:

a) con l'attivazione di una **consensus conference e/o di uno studio clinico** randomizzato e controllato, promosso e supportato dallo Stato, sull'efficacia terapeutica della Vitamina D, a pazienti sintomatici o oligosintomatici, secondo uno dei seguenti schemi:

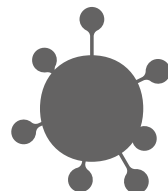
- Colecalciferolo per via orale 60.000 UI/die per 7 giorni consecutivi
- Colecalciferolo in monosomministrazione orale 80.000 (nei pazienti anziani)
- Calcifediolo 0.532 mg (106 gocce) nel giorno 1 e 0,266 mg (53 gocce) nei giorni 3 e 7 e poi in monosomministrazione settimanale.



b) **Con la somministrazione preventiva** di Colecalciferolo orale (fino a 4000 UI/die) a soggetti a rischio di contagio (anziani, fragili, obesi, operatori sanitari, congiunti di pazienti infetti, soggetti in comunità chiuse); segnaliamo che in questo ambito l'utilizzo della vitamina D che, anche ad alte dosi, non presenta sostanziali effetti collaterali (Murai IH et al., <https://doi.org/10.1101/2020.11.16.20232397>), è comunque utile per correggere una situazione di specifica carenza generale della popolazione, soprattutto nel periodo invernale, indipendentemente dalla infezione da SARS-CoV-2.

A disposizione per ulteriori ragguagli, auspichiamo che questa nostra proposta, supportata da suggestive evidenze scientifiche, venga presa in seria considerazione e di conseguenza vengano assunti i provvedimenti ritenuti più opportuni,

- 1) **Giancarlo Isaia** Professore di Geriatria, Università di Torino e Presidente dell'Accademia di Medicina di Torino
- 2) **Antonio D'Avolio** Professore di Farmacologia, Università di Torino
- 3) **Donato Agnusdei** Endocrinologo, Siena
- 4) **Paolo Arese** Professore Emerito di Biochimica, Università di Torino
- 5) **Marco Astegiano** Responsabile ambulatori Gastroenterologia, Città della salute e della scienza di Torino
- 6) **Mario Barbagallo** Professore Ordinario di Geriatria, Università di Palermo
- 7) **Alessandro Bargoni** Professore di Storia della Medicina, Università di Torino
- 8) **Ettore Bologna** Direttore Medico-scientifico della Fondazione Piera, Pietro e Giovanni Ferrero, Alba (CN)
- 9) **Amalia Bosia** Professoressa Emerita di Biochimica, Università di Torino
- 10) **Caterina Bucca** Professoressa di Pneumologia, Università di Torino
- 11) **Teresa Cammarota** Primario Emerito di Radiologia AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, Vice Presidente dell'Accademia di Medicina di Torino
- 12) **Mario Campogrande** Primario Emerito di Ostetrica e Ginecologia, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
- 13) **Rossana Cavallo** Professoressa di Microbiologia, Università di Torino
- 14) **Paolo Cavallo Perin** Professore di Medicina Interna, Università di Torino
- 15) **Carlo Ceruti** Professore di Urologia, Università di Torino
- 16) **Alessandro Comandone** Primario di Oncologia, ASL Città di Torino
- 17) **Fausto Crapanzano** Responsabile UOC di Riabilitazione, ASP di Agrigento
- 18) **Flora D'Ambrosio** Fisiatra, INRCA-IRCCS, Ancona
- 19) **Giuseppe De Renzi** Responsabile Microbiologia Laboratorio Analisi, AOU San Luigi Orbasano (TO).
- 20) **Umberto Dianzani** Professore di Immunologia, Università del Piemonte Orientale
- 21) **Francesco Di Carlo** Professore Emerito di Farmacologia, Università di Torino,
- 22) **Ombretta Di Munno** Professoressa di Reumatologia, Università di Pisa
- 23) **Fabio Di Salvo**, Ortopedico, Direttore Sanitario Centro Medico polispecialistico SANICAM, Palermo
- 24) **Marco Di Stefano** Dirigente Medico di Geriatria, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
- 25) **Ligia Dominguez** Professoressa di Geriatria, Università di Palermo
- 26) **Pier Paolo Donadio** già Direttore del Dip. di Anestesia, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
- 27) **Roberto Fantozzi** Professore di Farmacologia, Università di Torino
- 28) **Etta Finocchiaro** Dirigente Medico Dietetica e Nutrizione Clinica, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
- 29) **Carlo Foresta** Professore di Endocrinologia, Università di Padova
- 30) **Guido Forni** Immunologo, Socio dell'Accademia Nazionale dei Lincei



- 31) **Cristiano Maria Francucci** Endocrinologo, INRCA-IRCCS Ancona
- 32) **Gianluca Isaia** Dirigente Medico di Geriatria, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
- 33) **Maurizio Maggiorotti** Segretario Generale della Federazione Italiana Ossigeno-Ozono
- 34) **Fabio Malavasi** Professore Emerito di Genetica Medica, Università di Torino
- 35) **Patrizia Mecocci** Professoressa di Gerontologia e Geriatria, Università di Perugia
- 36) **Enzo Medico** Professore di Istologia, Università di Torino,
- 37) **Sivia Migliaccio** Professoressa di Scienze Tecniche Applicate, Università Foro Italico di Roma
- 38) **Marco Alessandro Minetto** Professore di Medicina Fisica e Riabilitazione, Università di Torino
- 39) **Giovanni Minisola** Reumatologo, Presidente emerito SIR e Direttore Scientifico Fondazione "San Camillo- Forlanini" - Roma
- 40) **Mario Nano** Professore di Chirurgia Generale, Università di Torino
- 41) **Fabio Orlandi** Professore di Endocrinologia, Università di Torino
- 42) **Luca Pietrogrande** Professore di Ortopedia, Università di Milano
- 43) **Giuseppe Poli** Professore di Patologia Generale, Università di Torino
- 44) **Patrizia Presbitero** Primario di Cardiologia interventistica, Istituto clinico Humanitas di Rozzano (MI)
- 45) **Pietro Quaglino**, Professore di Dermatologia, Università di Torino
- 46) **Giovanni Renato Riccardi** Fisiatra, INRCA-IRCCS Ancona
- 47) **Giovanni Ricevuti** Professore di Geriatria, Università di Pavia
- 48) **Dario Roccatello** Professore di Nefrologia, Università di Torino
- 49) **Floriano Rosina** Gastroenterologo, Torino
- 50) **Carmelinda Ruggiero** Professoressa di Geriatria, Università di Perugia
- 51) **Giuseppe Saglio** Professore di Ematologia, Università di Torino
- 52) **Sergio Salomone** Ortopedico, Direttore Sanitario Centro Medico Polispecialistico L'Emiro, Palermo
- 53) **Anna Sapino** Professoressa di Anatomia e Istologia Patologica, Università di Torino
- 54) **Francesco Scarnati** Ortopedico, Centro Medilab, Taverna di Montalto (CS)
- 55) **Francesco Scaroina** Primario Emerito di Medicina Generale, AOU Città di Torino
- 56) **Giuseppe Segoloni** Professore di Nefrologia, Università di Torino
- 57) **Luigi Massimino Sena** Professore di Patologia Generale, Università di Torino
- 58) **Umberto Senin** Professore Emerito di Gerontologia e Geriatria, Università di Perugia
- 59) **Endrit Shahini** Gastroenterologo-endoscopista, Candiolo Cancer Institute-IRCCS (TO)
- 60) **Alberto Silvestri** Dirigente medico di Medicina Interna, ASO Santa Croce e Carle di Cuneo
- 61) **Piero Stratta** Professore di Nefrologia, Università del Piemonte Orientale
- 62) **Gabriella Tanturri** Otorinolaringoiatra, già Dir. SS day Surgery, Città della Salute e della Scienza di Torino
- 63) **Alessandro Vercelli** Professore di Anatomia Umana, Università di Torino
- 64) **Elsa Viora** Direttrice SS Ecografia e diagnosi prenatale, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino
- 65) **Umberto Vitolo** Ematologo, Candiolo Cancer Institute-IRCCS (TO)

Nota: Le sottoscrizioni sono a titolo personale, senza il coinvolgimento delle rispettive Istituzioni di riferimento

Torino, 03 Dicembre 2020
accademia.medicina@unito.it



Cancer. Change words
contemporary oncology

Progetto Oncologia Contemporanea

A cura di Rosa Revellino

Il progetto “Oncologia contemporanea” nasce da un’intuizione. La fine di un’epoca. Il tramonto di uno stile che ha reso l’oncologia uno spazio protetto e franco. Ma statico e paludoso, rassegnato spesso ad un’idea di riscatto che non arriva.

Il punto zero del progetto è il numero 2.2019 della rivista Torino Medica: il Focus dal titolo “Comunicare la buona notizia in Oncologia” in cui sono stati raccolti contributi e riflessioni del gruppo di lavoro COES della Città della Salute e delle Scienze di Torino. Il titolo scelto può sembrare paradossale dato l’argomento, ma mette proprio in luce la discussione sul mutare della realtà clinico terapeutica della Malattia Neoplastica e delle prospettive di cronicizzazione della malattia, quando non della sua completa guarigione; evidenzia inoltre la frattura tra una realtà che cambia in parallelo alla ricerca e alle potenzialità preventive, diagnostiche e terapeutiche e una cultura diffusa che resta sostanzialmente ancorata al secolo scorso, quando le parole cancro e morte erano tragici sinonimi.

Dopo l’esperienza editoriale del Focus, nasce l’esigenza di esplorare l’universo del linguaggio medico e specialistico in modo scientifico e di costruire un gruppo di ricerca interdisciplinare costituito da oncologi, professionisti della salute, eticisti, giornalisti: l’obiettivo è interrogarsi intorno alla questione della comunicazione in oncologia per valutare registri e significati delle parole usate nella malattia e nei suoi processi diagnostico terapeutici.

Il settore oncologico ha da subito manifestato molto entusiasmo per il progetto: l’associazione CIPOMO lo ha introdotto in convegni locali e nazionali ed è stato oggetto di dibattito in alcune sedi formative dell’AIOM.

A fine 2019 si concretizza quindi l’idea di un progetto organico che vede la collaborazione e il patrocinio tra gli altri della Rete Oncologica Piemonte e Valle d’Aosta, COES, Fondazione Ricerca Molinette, FNOMCeO, Centro di Ricerca Remedia e il sostegno dell’OMCeO di Torino.

Il progetto si articola in alcune direttrici principali:

1. Una ricerca linguistica sul campo in corso di progettazione presso il COES di Torino;
2. una pubblicazione sul tema della buona notizia, in collaborazione con la Fondazione Ricerca Molinette. Il libro sarà edito da Mimesis Edizioni.
3. lo sviluppo del progetto podcast nella sezione “La Bussola” della Rete Oncologica
4. una rubrica specifica sul Portale giornalistico dell’OMCeO di Torino
5. un canale social dedicato in cui raccontare il progetto a professionisti e cittadini.

L’oncologia è certamente oggi uno dei contesti linguisticamente più interessanti, in cui la parola è corpo.

Per questo suo essere massimamente esposta, l’oncologia è un terreno affascinante ma pericoloso per l’ambiguità di cui spesso si carica e per l’altro grado di intimità a cui espone.

Chi si occupa di lingua lo sa bene, le aree più critiche della comunicazione in medicina sono quelle in cui *l’indice ancora palpa le profondità* come ci dice Foucault.

In oncologia le parole arrivano a grande profondità e cambiano il mondo di riferimento, interrompono una linearità semantica.

Sono parole ferali.

Le parole che feriscono passano come lame taglienti nel discorso. E sedimentano nella vita e nelle relazioni. Come ha sempre sostenuto Susan Sontag non è la metafora la formula che esprime la realtà del cancro perché esso è corpo, vita, fisicità e istinto.

Una sera ti metti a tavola e la vita che conoscevi è finita.

L’oncologia ha oggi più che mai bisogno di un nuovo senso.

Parlare di cancro oggi fa ancora molta paura, come ieri. Fa paura perché evoca un suono definitivo, senza appello. Fa eco a stereotipi e pregiudizi sedimentati nella cultura, nella comunicazione e nell’inconscio collettivo.

Il cancro però è innanzitutto una forma che allude ad un’immagine pervasiva e ramificata. Ma oggi quella forma – dal punto della morfologia scientifica – si è modificata. Si è trasformata. Eppure la forza persuasiva di quella parola non si è depotenziata.

Fa ancora paura la parola quasi come se già in quel suono ci fosse una possibilità di contagio, psichico, emotivo, relazionale. Che arriva agli affetti in profondità.

Dobbiamo ripartire dal significante. E ricostruire il significato. Per farlo bisogna avere il coraggio di risemantizzare le parole o inventarne di nuove. E il primo strumento di indagine dovrebbe essere proprio l’ascolto fluttuante, quello che ci consente di arrivare al significato proprio a partire dal suono della parola.

Solo una ricerca, integrata e multidisciplinare, può accogliere questa sfida culturale.

Non sarà facile arrivare all’inconscio. Senza dubbio però potremo tentare di lavorare sulla realtà quotidiana.

Rosa Revellino

Coordinatore progetto oncologia contemporanea



Cancer. Change words
contemporary oncology

La malattia neoplastica: un malato, un medico

di Andrew Villani e Mario Nejrotti



Un elemento accomuna inconsapevolmente pazienti e sanitari: la cultura della malattia neoplastica, che affonda le sue radici nelle tradizioni, nella letteratura, nelle metafore popolari e in tutte le espressioni artistiche, fino alle più attuali dei media, dal cinema, alla televisione al web

Abbiamo voluto cominciare questo viaggio nell'oncologia contemporanea con il protagonista della malattia: il paziente.

La scienza evolve, medici e operatori sanitari cambiano, portandosi dietro per curare i malati il loro bagaglio professionale, il più aggiornato possibile, il più efficace possibile.

Un elemento accomuna inconsapevolmente pazienti e sanitari: la cultura della malattia neoplastica, che affonda le sue radici nelle tradizioni, nella letteratura, nelle metafore popolari e in tutte le espressioni artistiche, fino alle più attuali dei media, dal cinema, alla televisione al web.

Su tutti forte, opprimente e condizionante il linguaggio dei media e il registro tragico e sensazionalistico, enfatizzato dalla necessità degli ascolti, di giornalisti e comunicatori.

Il risultato è un freno tenace alle possibilità della scienza e del prendersi cura del paziente e della sua malattia, su cui aleggia ancora non sconfitta un'atmosfera di morte e di ineluttabilità spesso ormai inattuale e anacronistica.

Nel febbraio del 2019 abbiamo intrapreso una collaborazione tra Ordine dei medici della provincia di Torino e Centro Oncologico Ematologico Subalpino (COES) da cui è scaturita una prima pubblicazione sulla rivista ufficiale dell'Ordine dal titolo "Comunicare la buona notizia". Il lavoro è continuato e alcune iniziative, nonostante gli stop causati dalla diffusione della pandemia, sono già in svolgimento.



Ci siamo resi conto che era molto difficile instaurare una comunicazione con i pazienti che superasse fin dall'inizio un innegabile fatto negativo e sconvolgente, aggravato proprio dalle immanenze culturali, che avvolgono caparbiamente la malattia neoplastica: la diagnosi.

In realtà l'angoscia incomincia ancor prima di questo momento sia nei sanitari sia nel paziente.

La paura legata a sintomi inspiegabili e oscuri o a segni ambigui che necessitano di approfondimento, condiziona entrambi i protagonisti del rapporto.

Paura del malato, sospetto del medico.

Tentativi di rimozione del problema e attesa dei risultati, necessità di approfondimenti e protocolli diagnostici da comunicare e far accettare, senza certezze.

L'obbligo e il timore di iniziare a parlare di neoplasia, insieme al desiderio di rassicurare, fino alla diagnosi certa. Per raggiungerla a volte il percorso è lungo e irto di difficoltà, non solo tecniche, ma anche organizzative: difficoltà di accesso alla diagnostica strumentale di secondo livello, liste di attesa, carenza di personale, turni massacranti, obsolescenza dei macchinari, preparazione degli operatori, collaborazione del paziente.

Quando giunge il momento della diagnosi, gli stereotipi sono difficili da contrastare e le prime rassicurazioni suonano nella stragrande maggioranza dei casi alle orecchie del paziente e forse anche all'inconscio degli operatori come frasi consolatorie di scarsa veridicità.

Che la notizia di essere portatore di una forma neoplastica sia stravolgente per la propria vita è cosa nota, ma diviene realtà concreta nelle parole di un malato di 33 anni che fino dall'adolescenza convive con questa realtà: il signor Andrew Villani, comunicatore particolarmente attivo sui social.

Il primo dato importante è costituito dalla giovane età del signor Villani, che rende ragione di una problematica non ancora sufficientemente discussa e assimilata, né dall'opinione pubblica né in ambito sanitario.

Da dati dell'ISS, in Italia, su un totale di 21 milioni di persone tra i 15 e i 39 anni, si stima la presenza di circa 100.000 adolescenti e giovani adulti malati di neoplasia.

Quindi una patologia numericamente significativa e che si deve prendere professionalmente in considerazione, non come un accadimento eccezionale e di scarsa rilevanza quantitativa, ma come un problema dalle dimensioni preoccupanti.

I giovani malati di neoplasia sono tantissimi!

Inoltre, questo intervallo temporale è estremamente importante per ogni essere umano per la crescita individuale, le scelte, i progetti e le speranze che porta con sé.

Dopo la diagnosi la prospettiva si riduce e la scena è occupata improvvisamente e totalmente dalla malattia.

Ma ancor prima della certezza della diagnosi, per un giovane sano e asintomatico o paucisintomatico, che deve affrontare l'iter della diagnostica differenziale e di approfondimento, può essere già devastante il contatto con gli specialisti di laboratorio o dell'imaging, che per altro è estremamente importante, ma spesso molto difficile.

Ascoltiamo il signor Villani.

“Come si vive una diagnosi di tumore? Come si elabora e affronta questa condizione?

L'immaginario, il nostro immaginario, in un mondo dominato dagli input visivi, sempre e comunque presenti in qualsiasi istante, gioca un primo ruolo chiave. Il nostro teatro mentale, composto da quanto impresso con la visione di film e serie tv, può essere in questo caso una base fuorviante. Chi metterebbe in dubbio che, quanto visto in queste produzioni, possa essere inesatto e deleterio? Sarà così che si affronterà un tumore, giusto? No, errato. Tutto questo rientra nella cultura negativa del tumore.

Per farvi capire perché ne parlo, però, è necessario raccontarvi come è cominciato il mio secondo percorso di malattia. Secondo? Sì, secondo. A sedici anni mi fu diagnostica la F.A.P., Poliposi Adenomatosa Familiare, e nel 2017, a trent'anni, mi sottoposi a una colectomia totale che era la mia unica cura possibile. Pensavo di aver saldato il mio conto in termine di sacrifici fisici, ma mi sbagliavo. Lo spoiler che vi posso fare è che sono stato affetto anche da un raiobiosarcoma sclerosante baso cranico. Lo definisco spoiler perché, la sola diagnosi, ossia la definizione precisa delle masse presenti nella mia testa, è stata come una gravidanza. Ha richiesto nove mesi, col supporto di due ospedali (San Raffaele e Istituto dei Tumori di

oncologia contemporanea come cambia la prospettiva e il linguaggio

Impegnati nel gravoso compito di centrare la diagnosi, quante volte non calibriamo l'iter diagnostico e la sua reale urgenza sulle condizioni generali del paziente e quante volte consideriamo la sua angoscia un elemento trascurabile di fronte alla presupposta urgenza della diagnosi?

Milano), scanditi da esami diagnostici, visite specialistiche, valutazioni anatomopatologiche e chemioterapia, per partorire una risposta precisa rispetto a quanto emerso lunedì 16 luglio 2018."

Il signor Villani ha trent'anni, è giovane, ma non è più un ragazzo. È un uomo. Sono passati quasi quindici anni dalla prima diagnosi di una neoplasia e in qualche modo ha vissuto e ha affrontato quello che lui e i suoi curanti ritenevano una soluzione del problema.

Tutto è sembrato, però, ricominciare da quell'esame di controllo, a cui si annetteva certo importanza, ma da cui non ci si aspettava un nuovo problema dopo tanto tempo.

Di nuovo angoscia e dubbio.

"Quel lunedì che poteva essere una giornata di gioia, anche se gioia e Pianura padana, in un torrido pomeriggio, sono due rette parallele, tuttavia ricorreva il primo anniversario della mia colectomia. Avrei potuto festeggiare, invece, in quel giorno, avevo programmata una risonanza magnetica alla testa.

L'esame me lo aveva prenotato un amico medico, ma in ospedale mi ero recato da solo. Era una precisa scelta. Nelle piccole gioie, ma anche nei possibili dolori, era una linea da seguire. Dovevo prima conoscere, comprendere ed elaborare per poi, forse, condividere. Terminato l'esame, traumatico, se si soffre di claustrofobia, mentre ero in attesa del bus che mi avrebbe condotto alla metro, ricevetti una chiamata da un numero sconosciuto: "È già andato via? Ci servirebbero delle immagini più nitide di una sezione. Stia sereno, tutto bene, però potrebbe tornare indietro?".

Stia sereno, pronunciato alle otto di sera, da chi ti vuole riguardare dentro la testa, induce la fuga. È l'istinto naturale che ti pervade, ma alla fine obblighi le mie gambe ad andare nella giusta direzione. I famosi cinque minuti divennero una mezz'ora."

Uscito dall'ospedale, questa volta in via definitiva, arrivò un'altra chiamata. L'amico medico, che lavorava nello stesso istituto, mi disse che aveva visto le immagini e che nel lato destro era presente una massa. La mia bocca emise un suono onomatopeico e poi cadde la linea. Ormai ero esausto. Come si toglie una massa dalla testa? Come fa a crescerti dentro? Si espande così, in maniera abusiva, senza pagare un affitto, e neppure te ne accorgi? Il peggior inquilino di sempre. Ero passato dall'assillarmi con la domanda "Che ci faccio qui?" alla variante "Che ci fa lei qui?". Prima non c'era e ora sì. Certe notizie credi sempre che tocchino gli altri."

L'esperienza vissuta dal signor Villani è molto significativa, oltre che drammatica.

Un medico radiologo si accorge di una presenza patologica endoencefalica alla risonanza magnetica, ma presumibilmente non ha eseguito l'esame in modo specifico per quel sospetto diagnostico inatteso.

La decisione di richiamare immediatamente il paziente per telefono può essere stata dettata da alcune ragioni, tutte condivisibili e positive, volte ad una diagnosi più accurata e veloce.

La necessità di eseguire un esame mirato al sospetto diagnostico, la possibilità di offrire l'approfondimento rapidamente, senza danneggiare altri pazienti nelle liste di attesa, la volontà di centrare la diagnosi e accorciare i tempi per una eventuale terapia.

Tutto giusto e tutto bene, ma in queste decisioni l'attenzione al paziente passa in secondo piano.

Che cosa può provare un essere umano, che è uscito tranquillo da un esame diagnostico e si è disposto ad attendere almeno i canonici tre-quattro giorni per avere il risultato e invece riceve, ormai a tarda sera, una telefonata che lo richiama d'urgenza in ospedale? Inutili e sospette le deboli frasi rassicuranti di circostanza per giustificare la procedura.

Impegnati nel gravoso compito di centrare la diagnosi, quante volte non calibriamo l'iter diagnostico e la sua reale urgenza sulle condizioni generali del paziente e quante volte



consideriamo la sua angoscia un elemento trascurabile di fronte alla presupposta urgenza della diagnosi? Il paziente è alla fermata di un bus, è uscito dall'ospedale con le sue gambe, magari ha salutato con una battuta l'impiegato della reception, sta come stava prima dell'esame: non può comprendere l'urgenza del medico.

Se il soggetto non aveva nessun sintomo e segno di allarme, avrebbe potuto aspettare una comunicazione più equilibrata e rassicurante.

Sorge spontanea una domanda: nella malattia neoplastica qual è il ruolo dei medici a cui è affidata una tecnologia diagnostica sempre più raffinata e complessa, sempre più cardine delle decisioni diagnostiche e terapeutiche? Può questo fondamentale comparto mantenere un ruolo puramente legato alla trasmissione di dati ematochimici, istologici, genetici o di imaging, di fatto escludendo il rapporto umano, salvo le doverose eccezioni affidate alla buona volontà dei singoli?

E non ultima la comunicazione scritta attraverso i referti, può rimanere immutata nella forma e nel linguaggio, perpetuando il paradosso di dati che sono di proprietà del malato, ma che egli non può di fatto comprendere, senza la mediazione di un altro medico?

L'attesa senza risposte genera paura, depressione e incide sullo stato generale, almeno psichico, del paziente. Quando si protrae, provoca anche sospetti e rancore nella rete, che può essere indotta dall'ansia, dall'impotenza e dalla frustrazione a consigliare vie alternative, a volte pericolose per il decorso della malattia.

Discorsi complessi e di difficile soluzione senza una presa di coscienza collettiva degli operatori sanitari, dei decisori amministrativi e politici e senza una sincera condivisione con i pazienti e le loro famiglie delle difficoltà organizzative e giuridiche del sistema sanitario.

Anche il signor Villani raggiunge, come sta per raccontare, finalmente la diagnosi, ma...

“Da qui è cominciato il mio percorso con il finale che vi ho anticipato: tumore raro nel comparto testa-collo. Nel nostro inconscio, pronunciare il termine cancro, genera la sensazione di una condanna, come se il solo dirlo potesse contagiare. In tv, nei film, in radio, nei romanzi, sui social, nei racconti sentiti da chiunque, conoscenti parenti e amici che siano, emerge immediata l'idea del male incurabile.”

Cancro: immagine legata agli albori della medicina classica e a quello che i primi medici vedevano sulla pelle e nei tessuti che potevano raggiungere con i pochi mezzi allora a disposizione. Vedevano qualcosa che infiltrava e che assomigliava vagamente a un granchio: una forma indistinta e minacciosa, che oggi non esiste più, ma che rimane nell'inconscio collettivo.

Il primo pensiero è comune a tutti i malati.

Molti gli atteggiamenti verbali e corporei alla notizia. Tutti accomunati dalla paura.

Troppi input negativi storici, tradizionali e sociali.

Cancro e morte emergono dall'inconscio come sinonimi inseparabili.

I sanitari, forti delle loro conoscenze, fanno rapide valutazioni di gravità, di tipo istologico e genetico, di localizzazione, di diffusione, ma anche loro in qualche modo conservano quel “sinonimo inseparabile” nel loro profondo culturale. Cercano sicuramente di contrastarlo, ma non sempre ci riescono.

Nel momento della diagnosi si dovrebbe esaurire la comunicazione della inevitabile “brutta notizia” e occorrerebbe trovare parole e strumenti per comunicare positività e programmazione attiva, quando possibile. E questo “possibile” sta diventando sempre più frequente.

Al di fuori dei convegni e dei gruppi di lavoro, però, i malati sono ancora travolti dalla cultura negativa del cancro.

Ascoltiamo ancora il signor Villani.

“Superato questo primo approccio, subentra la narrazione militare: dovremo vestire i panni del soldato per combattere una guerra, fatta di molte battaglie, armandoci di coraggio da guerriero o da leonessa. In alternativa, ma anche volendo in combinazione, vi è pure la narrazione del dono. Insomma, conversare di cancro, oggi, fa paura ed è un tabù, avvolto da un certo alone di mistero e falsi miti, come ieri.”

In questo pensiero, e poi più in là nello scritto del paziente al momento delle scelte terapeutiche, ci viene descritto una sorta di costume obbligato che viene gettato addosso ai malati dalla società dei sani. ►

oncologia contemporanea come cambia la prospettiva e il linguaggio

Per tutti quelli che la malattia neoplastica non ce l'hanno è molto più rassicurante avere a che fare con un esercito di soldati e di felini selvaggi, piuttosto che di esseri umani spaventati e desiderosi solo di curarsi, fermare la malattia e, forse, guarire.

Il linguaggio militare è profondamente sciocco e ingiusto. Nella malattia neoplastica non c'è nessun nemico, non c'è nessuna volontà negativa, non c'è niente di esterno a noi. E quindi non c'è nessuno che vince o che perde. C'è un meccanismo biologico sbagliato e inadatto da correggere: frutto genetico, ambientale, virale, ma in definitiva un meccanismo nostro, che diagnosi precoce e terapia cercano di estirpare, correggere, contrastare.

Il combattente, quello che vorremmo coraggioso ed eroico, uccide sempre qualcuno, qui non si deve uccidere nessuno e quindi non c'è bisogno di nessun soldato o soldatessa e di nessun leone o leonessa. Come dice bene Villani: "Non vi sono vincenti e perdenti, vi sono vita e morte. Solo questo. Dentro o fuori."

Non parliamo poi dei "doni e delle opportunità". Il primo in questo caso sembra di più un pacco bomba e nessun amico te lo regalerebbe mai dicendoti: "E adesso vediamo come te la cavi". E il più laico termine di "opportunità", che oggi si tira fuori solo con chi ha perduto qualcosa, dal lavoro, alla normalità, alla salute, è altrettanto vuoto di significato consolatorio. Verrebbe da dire: "Datemi la vostra salute che vi regalo la mia opportunità." Villani coglie anche l'essenza più moderna del rapporto tra malato neoplastico e rete estesa. L'obiettivo a cui occorre tendere, infatti, è creare un rapporto fatto di sincerità, comprensione e simpatia, che coinvolge il protagonista, la sua famiglia, la sua rete sociale, i suoi curanti, tutti i suoi curanti, dal medico di famiglia, all'oncologo, agli specialisti, agli infermieri, agli psicologi, agli assistenti sociali.

Non lasciare mai solo il malato, anche quando l'emergenza si attenua e gli anni passano, che è il primo obiettivo terapeutico. Ricordare che la paura resta, diventa più subdola, ma sempre presente e può fare molto male. Un male non ancora misurabile, ma sicuramente influente sul decorso.

"Il primo sbaglio è pensare di attraversare questa fase come un rapporto uno contro uno. Da una parte c'è la malattia, che è una, vero, ma dall'altra non c'è un singolo, bensì un nucleo composto dal paziente, dalla sua famiglia, dai suoi affetti e dal personale medico. Non si è soli ed è cruciale comprenderlo il prima possibile. Anche questo rientra nella comunicazione che è l'azione di condividere e rendere partecipi di qualcosa."

Non vi sono
vincenti e
perdenti, vi sono
vita e morte. Solo
questo. Dentro o
fuori

Il fallimento della comunicazione, però, può causare molti problemi anche acuti ed oggi con il web a disposizione si può scatenare la caccia spesso molto pericolosa per questi malati a informazioni, risposte e soluzioni.

Così, nella sua straordinaria lucidità, ammonisce il signor Villani:

"Non bisogna neppure cascare nella tentazione della ricerca di risposte, o peggio ancora soluzioni, da Dr. Google e lo scrive uno che, in nove mesi composti da punti di domanda, non lo ha mai consultato. Lo so, lo so, un vero affronto. Colpa mia, lo ammetto. Ora siamo tutti, va bene facciamo molti, esperti in virologia e infettivologia, ma io scelsi di non prendere svariate specializzazioni last minute in medicina. Mi affidai al primario, seppur le sue prime parole furono: "È strano. Molto strano." e le successive "Non ho mai visto nulla del genere". Non pensai di saperne più di lui. Quando ho letto il referto di dodici ore di intervento, eseguito da un'équipe di dodici persone, ho cercato su Google "petrosectomia", il primo termine delle tre righe di dettaglio, e mi è uscita una spiegazione di 47 parole dal sito starbene.it. A posto così."

Non è colpa di nessun malato se si rivolge a Doctor Google, è il frutto di una carenza culturale dell'ambiente sanitario, di una ancora troppo diffusa "omertà", della paura di condividere con il protagonista la conoscenza, ma anche l'ignoranza della medicina. Paura che il Primario che aveva in cura il signor Villani, dimostrandosi prima di tutto pro-



fondamente umano, non ha avuto. Scegliendo poi la terapia più giusta per lui.

Nel prossimo paragrafo Villani ribadisce ancora un suo bisogno primario, la qualità della comunicazione in tutti i momenti del decorso neoplastico, che ne coinvolga tutti gli aspetti e non solo quelli scientifici. Ha già detto di quanto vuoto e fuorviante sia il registro militare o quello che assimila una sofferenza ad un dono o a una opportunità. Ma chiede, come moltissimi pazienti, anche che gli venga rappresentata la vita da malato, con le risposte alle mille domande sulla quotidianità che cambia, che si adatta e su quella che resta e cresce insieme al tempo restituito dalle terapie.

È vero, come dice, che non ci sono narrazioni sufficienti da usare come modelli.

Ma è anche vero che siamo agli albori di una nuova oncologia, fatta di terapie strabilianti, ma che deve anche crescere in umanità e capacità di usare il linguaggio: una medicina fatta di sensibilità, disponibilità, ottimismo e comprensione.

Il sorriso non sarà una terapia misurabile, non tutti i malati avranno voglia di sorridere, ma la rete che si prende cura di loro deve essere convinta che la depressione è una causa provata di aggravamento della malattia neoplastica e va combattuta in tutti i modi, anche con il sorriso.

Leggiamo il suo pensiero.

“Infine, un altro aspetto essenziale è la qualità della comunicazione. Prima di iniziare la chemioterapia, oltre alle ottime informazioni scientifiche ricevute, avrei voluto sapere come sarebbe stato vivere la quotidianità, le esperienze dirette lato paziente, tuttavia, mancano narrazioni valide di questo genere. Mi ritrovavo immerso in immagini fuorvianti nella mia mente: chi lo avrebbe mai detto che l’attività più intensa della somministrazione della chemio sarebbe stata pesare sacchetti di urina?

Mentre, dal lato delle parole, mi sono ritrovato circondato da vocaboli inutili quali battaglia, ►

“VILLE AUGUSTA”

CASA DI CURA PRIVATA MALATTIE NERVOSE

Direttore Sanitario: *Dott. Enzo Soldano*

Specialista in Neurologia

CONVENZIONATA CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

ACCREDITATA DALLA REGIONE PIEMONTE

(D.G.R. 91-6718 del 3/8/2007)

“VILLE AUGUSTA” s.r.l.

10090 BRUINO (TO), Via Pinerolo-Susa 15
Tel.: 011 90.87.141/42/43 - Fax 011 90.86.264
e-mail: villeaugusta1@libero.it

oncologia contemporanea come cambia la prospettiva e il linguaggio

La forza della malattia neoplastica sta nell'infrangere le nostre capacità di rimozione di un destino di finitezza che l'umanità porta stampato nel suo codice genetico

eroe, guerriero, leonessa, vittoria, sconfitta. Sono tutte cazzate, enormi cazzate, da debellare anch'esse come i tumori. Non vi sono vincenti e perdenti, vi sono vita e morte. Solo questo. Dentro o fuori. Chi non sopravvive è un perdente? Chi guarisce è un vincente? Un bambino, che muore, ha fatto qualcosa in meno di qualcuno che vive? Ha avuto un desiderio o uno spirito inferiore? C'è qualcuno che crede che vi siano differenze?

La malattia non si sceglie, arriva. Anzi, spesso, te ne accorgi che era già lì da tempo. Era parte di te, ma tu non ne eri consapevole. La malattia, qualunque essa sia, è un dono? Vi è mai capitato di sentire qualcuno dire: "Oggi vorrei proprio scoprire di avere un tumore?" Oh, incredibile, non avviene.

No, dono, è un altro termine improprio. Meglio parlare di opportunità. Ok, quindi, è un'opportunità? Sì e no. Può esserlo, ma non deve esserlo per forza. Dipende tutto da come affronti le situazioni. Credo che sorridere alla vita, anche quando vorresti fare l'opposto, non guasti mai. È la più grande lezione di vita, ma che diviene poi di morte, che ho appreso in adolescenza. Quindi un sorriso può curare? Sì e no. È l'angolazione di partenza che è sbagliata. Un sorriso può far male? No. Non ti curerà, questo no, purtroppo, ma l'approccio e lo spirito, oltre che per te, hanno un peso enorme anche per il tuo nucleo. Loro, sì, potranno essere curati da questo gesto. Quindi devo sorridere per forza? No, come coi sorrisi di circostanza a lavoro, non devi. È un se puoi, se te la senti, fallo. Ognuno di noi è differente".

I dati consolidati che abbiamo sulla sopravvivenza, sulle condizioni di vita dei malati, risalgono a valutazioni di alcuni anni fa. L'evolvere tumultuoso delle scoperte in campo diagnostico-terapeutico li rende necessariamente obsoleti. Soprattutto per quello che riguarda le terapie più moderne e rivoluzionarie è trascorso ancora troppo poco tempo per poter stabilire con precisione i traguardi raggiunti con i malati reali e non inseriti in protocolli di ricerca.

Dall'altra parte pochi sono gli elementi per anticipare a nuovi pazienti come sarà la loro esistenza con una malattia che sta diventando sempre più un problema cronico di salute. Villani conclude con un'azzeccata metafora sui malati neoplastici, reintroducendo, però, nel decorso della malattia una sorta di cieco caso, come se gli interventi esterni fossero poco influenti.

In realtà sta alla scienza diminuire l'influenza del caso nella malattia, e alla medicina rendere sempre più forte e completa la comunicazione al malato per aumentare il numero dei chicchi che, nonostante la pentola bollente, ce la faranno a diventare popcorn.

"Un giorno ho realizzato che siamo come un chicco di mais. Lui, il chicco, non è conscio di poter evolvere in pop-corn, ha bisogno di una padella e di un fuoco, o se preferite di un microonde, per vivere questa trasformazione. Però, attenzione, non tutti ci riescono. Non è un percorso facile evolvere venendo buttati in una padella rovente, non vi pare? Alcuni restano così come erano, altri si bruciano. Non ci sono mai certezze. Vi sono opportunità e trame possibili. E va bene così perché la verità è che ci fa paura l'idea di scomparire, l'idea che tutto quello a cui ci si aggrappa, prima o poi, dovrà morire, però ci si può concentrare solo sul poi."

Molto profonda è l'ultima frase del signor Villani, che riporta la malattia neoplastica a livello di tutte le altre malattie gravi che affliggono e hanno afflitto l'umanità. Gli uomini deboli e imperfetti hanno paura di scomparire, di perdere tutto quello a cui si sono "aggrappati", qualunque ne sia la causa. La forza della malattia neoplastica sta nell'infrangere le nostre capacità di rimozione di un destino di finitezza che l'umanità porta stampato nel suo codice genetico.

La scienza, la medicina, l'assistenza sensibile e umana devono aiutare i malati neoplastici a riconquistare la giusta prospettiva, perché alla morte si possa dire tutti insieme, e finché sia umanamente possibile, come nella popolare fiction televisiva Doc: "Non adesso".

Riferimento bibliografico: <https://www.epicentro.iss.it/tumori/pdf/tum-sint.pdf>

LE MALATTIE NON TRASMISSIBILI E L'ALIMENTAZIONE

Cause ed effetti di scelte sbagliate
per l'uomo e l'ambiente

A cura di Silvia Trentini

Responsabile comunicazione e ufficio stampa

Comitato Collaborazione Medica CCM

Infarto, ictus, polmoniti, broncopneumopatia cronica ostruttiva e diarrea sono le cinque cause principali di morte nel mondo indicate dall'OMS, tre di queste sono malattie degenerative.

Perché una tale incidenza e mortalità? Le cause sono molteplici: dieta e stili di vita errati, cambiamenti ambientali, la perdita di biodiversità...

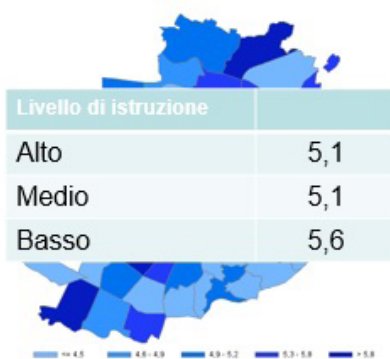


Archivio CCM © Valeria Fioranti, Italia 2015

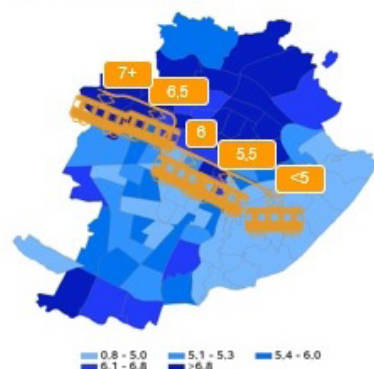
IL TRAM DELLA SALUTE DI TORINO – TRATTO DALL'INTERVENTO DI GIUSEPPE COSTA "EPIDEMIOLOGIA DELLE MALATTIE NON TRASMISSIBILI E IMPLICAZIONI PER LE POLITICHE DI SALUTE CON ATTENZIONE A ALIMENTAZIONE"

Livello di istruzione	
Alto	4,5
Medio	6,5
Basso	13

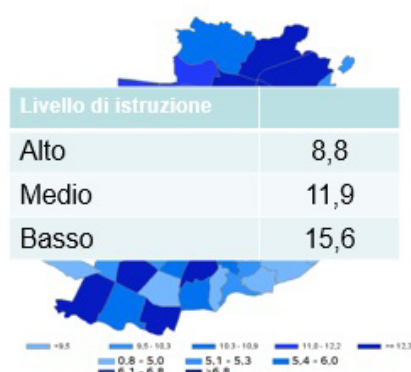
Letalità % nei diabetici nel periodo 2016-2018, standardizzata per età



Prevalenza % di diabete noto nel 2017, standardizzata per età



Prevalenza % di diabete noto nel 2017, standardizzata per età



Se in passato questo fenomeno riguardava quasi esclusivamente i "Paesi ricchi", oggi si è esteso anche ai Paesi a basso reddito. Il connubio fra inquinamento atmosferico e cibo spazzatura, nel quale crescono e si rinforzano le malattie degenerative, riguarda infatti ormai tutto il pianeta e colpisce soprattutto le persone più povere. Ad Addis Abeba, come a Torino.

Torna emblematico il tram di Torino, che unisce gli estremi socioeconomici e sanitari della città, collegando la parte collinare con quella periferica delle Vallette. Inizia il suo viaggio da una zona agiata, con un alto tasso di istruzione e una tarda insorgenza di malattie come il diabete, e man mano che attraversa la città, il benessere economico e il grado di istruzione si abbassano e chi si ammala di diabete diventa sempre più giovane. Una differenza che riguarda solo il momento di insorgenza, non la sopravvivenza né l'accesso alle cure; ciò fa capire quanto i fattori sociali ed economici incidano sulla prevenzione di tali malattie, in particolare sulla possibilità di fare corrette scelte alimentari.

Sono ad esempio molto forti le disuguaglianze nel consumo eccessivo di oli non pregiati o di altri grassi per il condimento e la cottura degli alimenti; se tali scelte siano più legate al livello di istruzione o alle disponibilità economiche è un ambito di indagine in esplorazione, certo è che le disuguaglianze socioeconomiche si traducono in disuguaglianze in salute anche quando si parla di malattie non trasmissibili.

Per cercare di sradicare sul nascere questo intreccio di disuguaglianze, è indispensabile agire sull'informazione di chi "insegna a mangiare": la capacità di nutrirsi si acquisisce fin da bambini, le sane abitudini alimentari si insediano durante il periodo della socializzazione primaria, che vede protagonisti assoluti i genitori. Sono quindi urgenti e necessarie campagne di informazione a loro rivolte, affinché sappiano quanta importanza ha ciò che mettono nel piatto del loro bambino, sia in quel momento che nel futuro.

La ben nota piramide alimentare va riprodotta nel piatto di ognuno noi, a nostro beneficio e a quello del pianeta. Non si può infatti dimenticare quanto la nostra alimentazione incida anche sulla salute dell'ambiente: ad esempio, un eccessivo consumo di carne o

Il dibattito sull'alimentazione umana e tutti i suoi collegamenti, fra malattie non trasmissibili, zoonosi, cambiamenti climatici e molto altro, non può prescindere dall'affrontare la questione della sicurezza alimentare come presupposto per la realizzazione dei diritti della persona

di pesce si traducono in inquinamento e facilitano lo sgretolarsi di quegli equilibri che legano in maniera imprescindibile uomo, animale e ambiente.

Un altro esempio riguarda l'allattamento al seno: esso favorisce una crescita sana, migliora lo sviluppo cognitivo e può avere benefici per la salute a lungo termine nella riduzione del rischio di sviluppare sovrappeso o obesità infantile, nonché malattie non trasmissibili più tardi nella vita. Inoltre ogni madre che allatta i propri bambini per i primi sei mesi evita l'emissione in atmosfera di un quantitativo di CO₂ che va da 95 a 153 kg. Il latte artificiale è infatti un grande nemico dell'ambiente, ad esempio per produrre un chilo di latte in polvere occorrono 4.700 litri di acqua. L'allattamento al seno è quindi la scelta più naturale, economica e sana e ogni mamma deve esserne informata e supportata nel farla.

Entra così in gioco anche l'importanza della comunicazione, di tutti gli stakeholder: siamo tutti chiamati a fare del nostro meglio per favorire una cultura dell'alimentazione sana e in armonia con il pianeta.

In conclusione, il dibattito sull'alimentazione umana e tutti i suoi collegamenti, fra malattie non trasmissibili, zoonosi, cambiamenti climatici e molto altro, non può prescindere dall'affrontare la questione della sicurezza alimentare come presupposto per la realizzazione dei diritti della persona, guardando all'accesso a costi ragionevoli a cibo nutritivo in quantità adeguate, ponendo quindi l'attenzione sia sulla quantità che sulla qualità. Non possiamo infatti dimenticare che oggi 1.800 milioni di esseri umani non hanno accesso continuativo all'acqua e per 1 miliardo la situazione è emergenziale. 8-10 milioni di persone ogni anno muoiono per la carenza d'acqua, ma allo stesso tempo la quantità di acqua utilizzata per la produzione di cibo per l'uomo è in continuo aumento. ►



Centro Studi Terapie Naturali e Fisiche

A.M.I.A.R. – TORINO

www.agopuntura.to.it

SCUOLA DI PERFEZIONAMENTO IN AGOPUNTURA

Direttore: Dott.ssa Tiziana Pedrali

Coordinatore scientifico: dott. Giovanni Battista Allais

Coordinatore didattico: dott. Giuseppe Lupi

La Scuola di Perfezionamento in Agopuntura C.S.T.N.F. con D.D. n° 288 del 3 maggio 2017 è stata **inserita nell'elenco regionale degli Istituti pubblici e privati accreditati per la formazione nelle Medicine non Convenzionali**, possedendo i requisiti richiesti dalla Legge Regionale n° 13 del 25 giugno 2015.

La Scuola, attiva dal 1978, che da dicembre inizierà il suo 43° anno di attività, è abilitata, quindi, a rilasciare ai medici diplomati un **attestato per l'iscrizione negli elenchi degli esperti in Agopuntura depositati presso gli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri di tutt'Italia**, avendo l'accreditamento valenza nazionale. L'attestato è equipollente a quello di un Master Universitario di II livello con pari monte-ore.

In virtù dell'accreditamento, gli iscritti saranno **esonerati dal debito formativo** annuo di 50 crediti.

Il C.S.T.N.F. ha ottenuto nel 2019 il **Patrocinio dell'Ordine dei Medici** di Torino.

Il **programma didattico** sviluppa gli aspetti tradizionali e scientifici dell'Agopuntura attraverso un **corso triennale composto da 500 ore di lezioni teorico-pratiche**. Il monte-ore è composto da: 400 ore di lezioni teoriche, 50 ore di esercitazioni pratiche e 50 ore di pratica clinica in regime di tutoraggio presso **5 ambulatori pubblici convenzionati con il CSTNF per la didattica e la ricerca scientifica**.

Il CSTNF è convenzionato con l'**Università di Medicina Tradizionale Cinese di Nanchino, Cina** per l'organizzazione di Masters di pratica clinica, lo scambio di docenti e la ricerca scientifica. A partire dal 2019 ha iniziato la collaborazione con la **Zhejiang Chinese Medical University di Hangzhou, Cina**.

Tutti i diplomati sono inseriti nel **Registro dei Medici Agopuntori F.I.S.A. (Federazione Italiana Società Agopuntura)**, consultabile sull'app MyAgopuntura.

In qualità di **Provider ECM n° 820** il C.S.T.N.F. ha finora organizzato **215 edizioni** di eventi ECM.

IL CONVEGNO

Il 3 novembre 2020 l'ONG Comitato Collaborazione Medica CCM ha organizzato "Alimentazione, salute e ambiente. L'impatto della dieta sull'insorgenza delle malattie non trasmissibili e sull'ambiente", convegno scientifico che si è avvalso degli interventi di alcuni dei maggiori esperti del settore.

Tre delle cinque maggiori cause di morte sono malattie degenerative. I motivi sono molteplici e fra loro collegati. Una panoramica generale sull'argomento con un focus sulla situazione africana, considerando la diffusione ormai planetaria del fenomeno.

Marilena Bertini, Medico e volontaria CCM

La sicurezza alimentare quale presupposto per la realizzazione dei diritti della persona sul piano internazionale sottintende l'accesso a costi ragionevoli a cibo nutritivo in quantità adeguate su scala pressoché universale ("... enough, nutritious and affordable food").

Pia Acconci, Docente di Diritto Internazionale Università di Teramo

L'anticipo dell'insorgenza di malattie non trasmissibili potrebbe essere collegato alla nostra capacità di screening precoce, migliorata significativamente negli ultimi 15 anni, quello che mostrano però chiaramente le nostre indagini è quanto le disuguaglianze sociali ed economiche incidano.

Giuseppe Costa, Professore di Sanità Pubblica UNITO e direttore della SCaDU Epidemiologia ASLTO3

Il crollo della biodiversità ha correlazioni importanti anche con pratiche scriteriate e non sostenibili connesse con la produzione di cibo. Esempi emblematici sono le problematiche legate alla deforestazione, alla desertificazione e all'overfishing.

Franco Correggia, Consulente Scientifico Naturalista

L'allattamento al seno potrebbe salvare la vita di 830.000 bambini sotto i 5 anni, ogni anno, nel mondo e in particolare nei Paesi a Basso Reddito. E inoltre, ogni madre che allatta per i primi sei mesi evita l'emissione di un quantitativo di CO2 tra i 95 a 153 kg.

Luisa Mondo, Dirigente Medico I livello Servizio Regionale di Epidemiologia dell'ASLTO3 EPI Piemonte

Saper scegliere è la competenza base. Ma non tutti sanno riconoscere il "cibo spazzatura" o comprendere l'equilibrio tra apporto e dispendio energetico: ed è qui che le differenze di istruzione e di possibilità economica giocano un ruolo significativo.

Francesca Lorenzin, Medico Gastroenterologo e Dietologo

Come affrontare un mondo di comunicazione compressa con responsabilità da parte di tutti i player: media, brand, realtà scientifiche, istituzionali, politiche e lettori?

Soprattutto se si trattano questioni di vitale importanza come il cibo, l'ambiente, l'alimentazione.

Nicoletta Polliotto, Consulente di Food&Restaurant Digital Marketing

Sono stati inoltre presentati: il progetto di welfare aziendale implementato da Michelin Italia e Comitato Collaborazione Medica - CCM, le attività del Tavolo Pediatrico di Torino, il programma One Health - salute umana/animale e ambientale del CCM in Etiopia e Kenya, il progetto sulla sindrome del ciondolamento di Amref Health Africa in Sud Sudan e la situazione delle malattie non trasmissibili in Senegal.

le nostre radici

Angelo Pizzini

una vita per la professione, con gioia

di Andrea Pizzini

Il 23 novembre è morto mio papà: il professor Angelo Pizzini.

Era nato a Bergamo il 21 agosto 1926. Il nome gli era stato dato per ricordare il suo giovane zio morto a 23 anni durante il primo conflitto mondiale perché abbattuto nei pressi di Santa Lucia del Piave, mentre in missione era alla guida del suo aereo "Caproni".



Laureato in Medicina e chirurgia a Torino nel luglio 1951 a pieni voti, dal 1953 al 1975 fu Assistente volontario alle Molinette presso la cattedra di Patologia Medica dell'Università di Torino e successivamente presso la cattedra di Clinica medica. In questo periodo lavorò come pioniere nella ricerca scientifica in campo endocrinologico e conseguendo la specializzazione in Medicina Interna nel 1957 e successivamente la specializzazione in Endocrinologia nel 1959, entrambe a pieni voti. Nel 1962 conseguì l'abilitazione alla Libera Docenza in Endocrinologia e Scienza della Costituzione presso l'Università di Torino; l'abilitazione alla Libera Docenza fu confermata definitivamente nel 1969.

Sposato nel 1958 ad oggi con mia mamma Costa Ambrosina, sin d'allora si è amorevolmente dedicato alla famiglia che in quegli anni stava aumentando: nel giro dei primi dieci anni siamo nati noi quattro figli (come diceva Lui: "tutti inesorabilmente maschi") di cui è sempre stato molto orgoglioso.

Dopo il periodo universitario che gli consentì di approfondire le basi scientifiche della medicina, divenne medico di Medicina generale convenzionato prima con il Servizio mutualistico e successivamente con il nascente S.S.N. a Torino.

In questo periodo capì l'esigenza di creare una figura medica con forti base scientifiche e Professionali che potesse essere di vicinanza ai pazienti e garantire una valida presenza assistenziale territoriale. Intuì anche che per garantire i diritti ed i doveri dalla nuova figura di medico di Medicina generale era fondamentale l'unione in una forma associativa sindacale. È infatti socio fondatore della Società Italiana di Medicina generale (SIMG) avvenuta nel 1982, e dal 1971 al maggio '95 è stato segretario della FIMMG – Federazione Italiana Medici di Medicina Generale – di Torino. Dal 1977 al 1979 è stato Segretario Nazionale della FIMMG e, dal 1980 al 1999, ne è stato segretario amministrativo nazionale. Il suo lavoro e lo studio nel Sindacato è sempre stato a suo dire collegiale, avendo il privilegio di lavorare con tanti validi Colleghi di profonda intelligenza e capacità lavorativa. In quegli anni hanno così contribuito a creare i presupposti del moderno general practitioner, oltre che a portare il Sindacato e la Società Scientifica ad essere i più rappresentativi di questa categoria in Italia. ▶

le nostre radici



Durante la sua lunga carriera è anche stato consigliere dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino dal 1968 al 1998 dove ha lavorato a fianco degli indimenticabili presidenti e amici Danilo Poggiolini e Michele Olivetti, al quale lo legava una fraterna amicizia sin dai tempi della Patologia medica. In questo lungo trentennio ha svolto anche la carica di segretario della Federazione Regionale Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri del Piemonte (dal 1978 al 1992) e di Presidente della stessa Federazione (dal 1992 al 1998).

Ricordo vivamente le sue appassionate discussioni in casa su questi temi, nel tentativo di farci partecipi tutti di questi suoi importanti impegni; per noi bambini il papà era sempre o all'Ordine o in sindacato... quando non era in studio con i suoi pazienti!

Infatti, mi ha più volte detto che è nella sua cara professione di medico di famiglia che si è sentito pienamente realizzato, cercando di farsi carico dei suoi pazienti. Fino all'ultimo ne ricordava molti con affetto e si stupiva nel sentire che a loro volta chiedessero spesso di Lui.

In fine vi è stato l'impegno in ENPAM: dal 1993 è stato membro del Comitato direttivo dell'ENPAM e, dopo la scomparsa dell'amico Mario Boni (in quel momento segretario generale nazionale della FIMMG), lo ha sostituito dal luglio 1995 al 2000 come vicepresidente, ricoprendo poi fino al 2005 la carica di vicepresidente vicario. Ricordava questo suo ultimo

impegno come un lavoro duro e difficile, nel quale, con la collaborazione di tutti, si era trasformato radicalmente l'Ente portandolo in grado di adempiere con efficienza ai propri compiti istituzionali, ottenendo anche su un piano economico un attivo con avanzi sempre più consistenti e del tutto impensabili all'inizio del loro lavoro.

Nel suo ultimo discorso in pubblico avvenuto il 25 giugno del 2005, di fronte al Consiglio nazionale ENPAM, nel decidere inaspettatamente di non ricandidarsi più diceva: *"l'Ente è come un'azienda ed occorre soprattutto imparare ad essere buoni amministratori. Però nella previdenza possono essere utilizzati alcuni aspetti della professionalità di ogni buon medico, professionalità che è fatta di studio per avere competenza, di capacità di ascolto per comprendere i problemi e le necessità, di capacità di dialogo per poter spiegare in modo semplice le complessità della malattia. ... Ringrazio la Divina Provvidenza per l'indispensabile costante aiuto e di aver avuto tanti amici, preziosi compagni di viaggio, li ringrazio di tutto cuore. Sono orgoglioso di essere medico e di aver lavorato una vita per i miei pazienti e per i colleghi. Ora sono libero di poter lasciare seguendo il ciclo naturale della vita.*

Il sole sorge libero al mattino e libero cala alla sera: anche lasciare il compito in età avanzata è un sereno tramonto, non una resa!"

È stato nonno amorevole e presente di sette bellissimi nipoti di cui uno, Simone Dott. Pizzini, ha seguito con orgoglio le sue orme.

Io ho fatto il medico perché volevo essere come mio papà: e così nel salutarlo prima di questo passaggio alla sua nuova vita vorrei ringraziarlo per avermi insegnato tutto: mi ha insegnato ad essere un buon figlio, un buon studente, una buona persona rispettosa della società in cui vive, ed un buon padre e marito; ma mi ha anche insegnato a credere e lottare per le cose più importanti. Mi ha mostrato la strada della professione di medico e mi ha insegnato a prendermi cura dei malati, nella loro interezza di persone bisognose di aiuto. Nella Professione mi ha poi fatto capire che è importante dare la propria piena disponibilità per quello che si è capaci di fare.

Poi mi ha mostrato come lasciare il dovuto spazio agli altri, specialmente ai giovani nei cambi generazionali: ai figli, ai colleghi più giovani, ai nipoti, agli amici.

Ora mi ha mostrato come si accetta il passare del tempo, l'invecchiare del corpo e la necessità di doversi ritirare, rimanendo importante non più per quello che si può fare, ma per quello che si è fatto: perché il bene resta.

Non piangete per il mio papà perché lui ha vissuto una vita piena, una vita che gli ha consentito di avere molte gioie e molte soddisfazioni: ha creato molto e dato molto amore.



Angelo Pizzini

il nostro cammino insieme

di Antonio Panti

Già Segretario Nazionale FIMMG

Ci siamo conosciuti, Angelo e io, al Congresso della FIMMG del 1971, quando Danilo Poggiolini divenne Presidente. Noi fiorentini simpatizzammo subito con i giovani torinesi. Era l'epoca del "Medico della mutua", dei mille istituti mutualisti, dell'avvio della discussione sulla riforma, un periodo di grande fermento sociale e politico ed eravamo giovani, molto arrabbiati e pieni di idee. Nessuno di noi si sentiva "medico della mutua"; ognuno voleva, sperava, progettava, era pronto a battersi per una sanità migliore. Avevamo capito che il medico della mutua era morto e sepolto e si affacciava un medico nuovo, un professionista che divenisse il punto di riferimento clinico e relazionale della persona, del cittadino e non del "mutuato". L'assistenza doveva essere universale e uguale per tutti. Avevamo in mente che la tutela della salute di tutti i cittadini, senza distinzione alcuna, rappresentava il più alto fine della medicina, il vero compimento del giuramento di Ippocrate.

Avvenne allora, spontaneamente, un fenomeno che non è frequente nei gruppi umani. Avevamo una comune visione etica e politica del mondo e della medicina, uno stesso livello culturale, e su questa base nacque un'amicizia vera, si costituì un gruppo che lavorava all'unisono, coinvolto sul piano umano. Trovammo nella FIMMG – che negli anni Settanta si chiamava FIMM, Federazione Italiana Medici Mutualisti – la nostra casa e un gruppo solidale e compatto. Quanti Congressi, quante Assemblee si sono concluse con ordini del giorno, con documenti culturali, con piattaforme sindacali, con progetti politici, scritti in quattro, Angelo, Michele, Aldo e io, Pizzini, Olivetti, Pagni e Panti, quasi i quattro moschettieri della FIMMG quando erano segretari prima Danilo Poggiolini e successivamente Mario Boni.

Ed eravamo noi quattro, con il torinese Danilo Poggiolini e il fiorentino Otello Scartabelli, quelli che in una due giorni torinese posero le basi del futuro contratto unico della medicina generale, e c'erano ancora le mutue. L'attuale Convenzione era già pronta nei suoi cardini normativi assai prima della Riforma Sanitaria, precedendo di alcuni anni la 833: l'ACN firmato nell'80 ancora funziona, per quanto debba essere aggiornato. I medici italiani lavorano tuttora su quella base contrattuale, nata dalle aspirazioni di un gruppo di giovani indignati per un presente offensivo per i medici e poco utile alla cittadinanza.

Ecco, ora Angelo non c'è più. Una bellissima poesia di Pessoa comincia con questi versi: "era il tempo in cui festeggiavamo il mio compleanno / eravamo felici e pieni di speranza / e nessuno era morto". Purtroppo troppi di noi mancano a testimoniare un tempo di passione e di speranza, di tensione morale e di azione politica. Il tempo della giovinezza. Di Angelo può dirsi davvero: una vita di battaglie al servizio degli altri, in aiuto ai problemi dei medici ma con la mente rivolta ai bisogni di tutti i cittadini.

Forse fa velo alle mie parole un'antica amicizia e la memoria di un impegno condiviso. Tornano alla mente tanti episodi e le illusioni e le speranze e le delusioni e le sconfitte di una lunghissima consuetudine che, però, ha visto affermarsi tante nostre idee: esiste il Servizio Sanitario, pur con i suoi alti e bassi, esiste la medicina generale e anch'essa, pur con le tante difficoltà, è divenuta il maggior baluardo della salute e l'unico punto del percorso assistenziale in cui il paziente incontra un medico disposto all'ascolto.

In tutta questa lunga storia spiccavano le doti umane di Angelo. La sua integrità: Angelo è stato per molti anni Vice Presidente dell'ENPAM e mai scelta fu più felice. È stato a lungo tesoriere della FIMMG: la sua integrità era una specie di carattere innato e si manifestava insieme a una naturale autorevolezza. Angelo sembrava, e lo era, una persona mite e gentile, ma questa abitudine alla cortesia, alla correttezza anche nei più aspri conflitti, in realtà celava un'attitudine alla fermezza e alla forza nel sostenere le proprie idee. Non era capace di invidia o di acredine e disponeva di un abito di innata tolleranza e di rispetto per chiunque. ▶

le nostre radici

Insomma, se devo disegnare la figura di Angelo, penso alla sua onestà intellettuale. Un uomo leale, sincero, capace di profonda amicizia, coerente ma fundamentalmente onesto fino a rinunciare a quel po' di cinismo che è difficile evitare nella vita politica; ha dato dimostrazione che si può far politica mantenendo un rigore morale senza tentennamenti.

Mi è naturale ripercorrere la storia di Angelo dando prevalenza alle vicende politiche che, però, vanno tutte lette sotto la luce di taglio delle sue qualità umane. Il bilancio tuttavia mostra una continuità di impegno e una qualità di partecipazione che ha inciso fortemente sull'evoluzione della medicina di famiglia in questo Paese. Con il nostro gruppo la FIMMG è uscita dalla vicenda mutualistica, cioè dalla difesa degli interessi immediati, culturalmente esili e privi di futuro, ed è diventata quella forza ideale, propulsiva e progettuale che ancora emerge nel panorama professionale. È stata questa grande spinta culturale – che ognuno di noi, Angelo in particolare, viveva come il concreto fondamento di una politica di qualità, attenta alle esigenze sia dei medici che della sanità – che ha contribuito a portare in quegli anni i medici ad accettare e poi a partecipare pienamente alla scrittura della 833/78 e alla costruzione del Servizio Sanitario Nazionale. Non è poco anche se la delusione di tante occasioni perdute e di tanti progetti falliti è forte e incide pesantemente sull'atteggiamento dei medici oggi.

E come non ricordare le notti al Ministero (chissà perché le trattative si facevano per lo più di notte) per la prima convenzione unica, l'Accordo Collettivo Nazionale per la medicina generale, e quali e quante battaglie abbiamo sostenuto quando mezza Italia lavorava a notula, senza alcuna incompatibilità o limitazione perché allora qualsiasi laureato in medicina, secondo le idee prevalenti e la nostra beneamata Università, poteva esercitare la medicina di famiglia; una attività professionalmente residuale e non, com'è adesso, un caposaldo culturale e professionale di qualsivoglia organizzazione assistenziale moderna.

Ecco, proprio questa attenzione alla grande cultura medica in un'epoca di travolgente sviluppo scientifico e tecnologico, ci indusse a creare la SIMG, Società Italiana di Medicina Generale. Al vecchio gruppo torinese e fiorentino si era aggiunto Mario Boni: ho in mente una vecchia fotografia della serata inaugurale della SIMG dove Angelo segue con aria ispirata l'introduzione di Aldo. La Società è diventata una realtà sempre più grande e importante, vivacissima sul piano scientifico, a dimostrazione che quelle nostre idee coglievano realmente un'esigenza professionale collettiva e una risposta attesa dalla società. L'attività scientifica e formativa della FIMMG e della SIMG ha fatto sì che la medicina generale fosse riconosciuta come una disciplina autonoma, degna di un insegnamento peculiare con un proprio corpo docente.

Rileggendo la storia emerge con evidenza come tutti noi avessimo ben chiaro un disegno preciso e un'idea moderna della medicina generale. Infatti è coerente con quel che ho ricordato, l'idea di portare in Italia la formazione specifica in medicina generale. Angelo si impegnò molto nel favorire l'attuazione in tutte le Regioni del triennio di "Formazione Complementare in Medicina Generale" cosicché l'accesso alla convenzione fosse riservato soltanto ai medici formati. Avevamo realizzato il nostro primitivo sogno, trasformare il medico di Alberto Sordi in un professionista formato e specializzato, pronto per esercitare la più nobile professione tra le arti mediche, quella di referente unico del paziente, capace di ascolto, perno olistico della sua salute e, nello stesso tempo, attento ai bisogni della comunità che lo circonda.

Angelo ha concluso il suo percorso nelle organizzazioni professionali con un incarico prestigioso e delicatissimo, la Vice Presidenza dell'ENPAM, nel momento in cui si doveva ricostruire la fiducia dei medici dopo lo scandalo che aveva portato all'azzeramento dei vertici dell'Ente. Un compito portato magnificamente a compimento insieme a tutta la nuova dirigenza dell'ENPAM. Un'ultima soddisfazione di una lunga carriera vissuta, come ho già scritto, al servizio della comunità.

Oggi tante, troppe cose sono cambiate nella società, nella medicina, tra i medici. C'è più approssimazione e un confuso sentire individualista, conflittuale e competitivo. L'onestà intellettuale e la cultura vanno meno di moda. Sono convinto che Angelo non si perderebbe d'animo e si metterebbe in gioco con la consueta serenità e tolleranza. La sua perdita apre un gran vuoto in tutti noi, ma il suo insegnamento e il suo ricordo non possono non vivere ancora, darci motivazione e indicare la strada per battersi per il bene di tutti. Un abbraccio ad Ambretta, sua compagna di una vita, e ad Andrea che ne continuerà l'opera.

011-8181

La Cerimonia Funebre a Torino



GIUBILEO
www.giubileo.com





NUOVA CONCESSIONARIA LEXUS TORINO NORD

ENTRA NELLO STRAORDINARIO MONDO LEXUS.

**SCOPRI LA NUOVA SEDE SPAZIO 4
PRESSO SPAZIO LA CITTA' DELL'AUTO**



CONCESSIONARIA LEXUS - TORINO NORD

VIA ALA DI STURA, 84
TORINO
TEL. 011 2251711

www.spazio4le.spaziogroup.com

 **LEXUS**
EXPERIENCE AMAZING

Valori di range NEDC correlati (per emissioni CO₂) e WLTP (per consumi ed emissioni NOx) riferiti alla gamma UX: range consumo da 16,5 a 18,8 km/l, emissioni CO₂ da 94 a 103 g/km. Emissioni NOx 0,0049 g/km. -91% rispetto ai livelli di emissione di NOx previsti dalla normativa Euro 6. (NEDC - New European Driving Cycle correlati e WLTP - Worldwide harmonized Light vehicles Test Procedure ai sensi del Regolamento UE 2017/1151).