



MATTIOLI 1885

Bollettino dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Parma - Spedizione in a.p. - 45% - ART 2 COMMA 20/B LEGGE 662/96 - Filiale di Parma

# PARMA MEDICA

ATTI DEL CONVEGNO

Palazzo Soragna

**SABATO 23 APRILE 2022**

## LA QUESTIONE SANITARIA

Lo sviluppo sostenibile della sanità attraverso l'integrazione  
per l'appropriatezza degli interventi, l'uso ottimale delle risorse,  
la solidarietà e l'equità



**OMCEeO Parma**

Ordini dei Medici chirurghi Odontoiatrici  
della Provincia di Parma



## PROGRAMMA DEL CONVEGNO

### PRESENTAZIONE DEL CONVEGNO

Pierantonio Muzzetto

### LETTURE INTRODUTTIVE

**La salute, bene comune: il medico di fronte alle sfide del terzo millennio e la questione previdenziale.**

Alberto Oliveti

**Il ruolo della Sanità per uno sviluppo sostenibile.**

Fabrizio Pezzani

### TAVOLA ROTONDA

**Moderatrice: Patrizia Ginepri - Giornalista**

**Il ruolo dell'università: la complementarità di ricerca, formazione, e assistenza per la cura della persona.**

Paolo Andrei

**La sanità: il ruolo dell'impresa come fattore di competitività del territorio, volano di efficienza e sostenibilità.**

Cesare Azzali

**La collaborazione istituzionale e interprofessionale alla base delle scelte strategiche interaziendali con al centro il paziente**

Antonio Balestrino

**La visione unitaria nell'integrazione aziendale: un'opportunità all'insegna della sostenibilità e della garanzia di salute**

Massimo Fabi

**L'etica medica nella visione di sistema in sanità: la collaborazione interprofessionale quale valore d'efficacia**

Pierantonio Muzzetto

## MODERATORI E RELATORI

**Paolo Andrei**

*Magnifico Rettore dell'Università di Parma*

**Cesare Azzali**

*Direttore Generale dell'Unione Parmense degli Industriali*

**Antonio Balestrino**

*Direttore del Distretto AUSL di Parma*

**Massimo Fabi**

*Direttore Generale dell'Azienda AOU di Parma*

**Patrizia Ginepri**

*Giornalista*

**Pierantonio Muzzetto**

*Presidente Omceo di Parma*

*Presidente CND Fnomceo*

**Alberto Oliveti**

*Presidente Fondazione Enpam*

**Fabrizio Pezzani**

*Professore Emerito Università Bocconi di Milano*

## Vita dell'Ordine



### “La questione sanitaria” Convegno a Parma

di Pierantonio Muzzetto

In un momento così delicato, che vede il mondo medico e la società impegnati a contrastare due situazioni per certi versi catastrofiche, ovvero la pandemia COVID-19, con un agente che muta e continua a fare danni della popolazione mondiale, e la drammatica situazione di un paese dell'Europa che oborto collo è colpito dalla guerra, si è certamente preoccupati. Queste situazioni lasciano profondamente turbati e, soprattutto, le ripercussioni sono particolarmente marcate, per le conseguenze, incidenti sulle economie del nostro come degli altri Paesi e hanno risvolti sul tema della salute, che richiedono sempre più investimenti per far fronte alle necessità.

Come Omceo Parma abbiamo quindi pensato ad un convegno sul tema **“La questione sanitaria: lo sviluppo sostenibile della sanità attraverso l'integrazione nell'appropriatezza degli interventi, nell'uso ottimale delle risorse, nella solidarietà e nell'equità”**.

Una riflessione ad ampio spettro sui temi che investono la società e soprattutto il mondo sanitario, in particolare mondo medico, come sfide importanti di questo inizio di millennio, in cui si è chiamati a coniugare le risorse con lo sviluppo sostenibile, ricercando quale sia il ruolo assegnato alla sanità per garantirla.

Tutti gli interventi hanno toccato gli aspetti cruciali della socialità, dalla garanzia della salute e dalla formazione universitaria, nel pre e nel post-laurea, al valore della ricerca inscindibile della formazione e dell'assistenza e, anzi, come strumenti fondamentali per la cura e l'assistenza della persona, grazie al continuo confronto tra l'esperienza medica e le evidenze scientifiche.

Di notevole rilievo è stato proprio l'aspetto dell'assistenza sanitaria italiana e come sia possibile avere un rapporto fruttuoso e virtuoso con le imprese in un rapporto pubblico-privato efficiente, soprattutto inserito sul piano della sostenibilità di sistema.

Una riflessione non è mancata sul ruolo altrettanto importante dei rapporti professionali e anche sul giusto tributo da dare alla componente sanitaria, nella cooperazione e collaborazione col medico oltre, e come ci debba essere una visione comune nello sviluppo dei ruoli e delle funzioni, coerenti con la formazione conseguita ma, in particolare modo, con le responsabilità individuale e di équipe. Sempre tenendo al centro il paziente, a maggior ragione laddove si preveda una vera integrazione tra le componenti aziendali, quale strumento organizzativo che sia al contempo un'opportunità ed una garanzia di tutela della salute del singolo e della collettività, secondo i dettami costituzionali.

Ad ultimo è stato posto rilievo al richiamo etico dell'importanza di declinare la cooperazione e la collaborazione tra le figure della sanità, nel rispetto dei ruoli e delle funzioni quale valore di efficacia nel mantenere adeguati livelli di cura ed assistenza.

Dopo le letture introduttive di Alberto Oliveti, Presidente Fondazione Enpam, e Fabrizio Pezzani, Professore emerito all'Università Bocconi di Milano, si è tenuta una tavola rotonda dove, oltre al sottoscritto, sono intervenuti Paolo Andrei, Magnifico Rettore dell'Università di Parma, Cesare Azzali, Direttore dell'Upi, Antonio Balestrino, Direttore del Distretto AUSL di Parma, Massimo Fabi, Direttore Generale dell'Azienda AOU di Parma.

L'incontro è stato moderato dalla giornalista Patrizia Ginepri.

## LA QUESTIONE SANITARIA

Convegno su “Lo sviluppo sostenibile della sanità attraverso l’integrazione nell’appropriatezza degli interventi, nell’uso ottimale delle risorse, nella solidarietà e nell’equità”, organizzato da Omceo Parma.



### LETTURE INTRODUTTIVE

#### LA SALUTE, BENE COMUNE: IL MEDICO DI FRONTE ALLE SFIDE DEL TERZO MILLENNIO E LA QUESTIONE PREVIDENZIALE.

Alberto Oliveti



A proposito della salute come bene comune, la Costituzione italiana, nell’articolo 32, dice: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività”. La salute quindi è legata al concetto di

‘diritto’ e, in questo senso, la priorità è centrata sulla persona e sull’esercizio della scelta. Se chiedessimo ai cittadini di optare per un difensore di fiducia oppure per un difensore d’ufficio è evidente quale sarebbe la loro decisione. Il diritto a scegliere il medico di fiducia da parte del cittadino è fondamentale nel momento in cui stiamo valutando una più generale riforma della medicina territoriale. La nuova sanità che verrà, sulla spinta della tecnologia e del Pnrr, sarà sempre più centrata sul nuovo modello organizzativo di assistenza sanitaria di base, perché dal suo funzionamento dipende quello dell’intero sistema sanitario. L’assistenza di base deve essere capillare nei servizi erogati, per rispondere ai bisogni di salute della popolazione tramite un’adeguata presa in carico della comunità di riferimento con modelli organizzativi basati su team multidisciplinari e multiprofessionali, supportati dalla tecnologia. I modelli organizzativi sono quindi fondamentali, ma il *medico* della persona, della famiglia, della comunità, non può essere sostituito dalla *medicina* della famiglia e della comunità. Qualsiasi ragionamento sul concetto di

salute come bene comune, deve partire dalla concretezza della persona e dei suoi diritti. Per questo motivo preferisco parlare di medico della persona, e non piuttosto di medicina, che è un concetto astratto, diversamente da quello di “persona” che rimanda a una dimensione concreta e anche al diritto di scegliere. La professione medica è agire nell’interesse della persona che si ha di fronte in scienza e coscienza. Sono quindi necessari sapere e saper fare, un bagaglio di conoscenze, competenze e abilità. Bisogna saper anche definire bene il concetto di arte medica ed è importante saper coniugare queste conoscenze e competenze con una dote intellettuale, spirituale e morale.

Il cambiamento legato alla tecnologia, accelerato sia dai mutati scenari socio-economici sia dalla spinta innovatrice portata dal Pnrr, non scardinerà i tre pilastri su cui fondamentalmente si basa la professione medica: logos, techne, e philia. Una triade che oggi è espressa nei termini di un connubio tra la medicina dell’evidenza, l’intelligenza e la relazione, come tempo clinico. Da un lato la scienza, dall’altro l’empatia e l’intelli-

genza applicata, per arrivare a fare ipotesi diagnostiche deduttive quanto più vicine ai fatti, in attesa che siano validate attraverso il momento della verifica.

Nella fase di scelta ha un ruolo centrale, insieme alla scienza, la coscienza, che è la valutazione morale del proprio agire che si fonda sull'introspezione e il giudizio. Scienza e coscienza sono i due pilastri dell'esercizio medico. La decisione è un percorso razionale, frutto di una stratificazione della propria esperienza nel tempo: una sorta di algoritmo mentale personale sulla base delle proprie conoscenze e della relazione con il paziente.

L'intelligenza artificiale potrà essere di grande aiuto all'esercizio dell'atto medico, ma la decisione razionale data dall'*hic et nunc* comprenderà anche la componente emotiva e quella etica, che appartengono solo all'uomo.

La tecnologia e l'intelligenza artificiale non sostituiranno l'atto medico, ma funzioneranno come amplificatori delle capacità che questo atto implica. Gli algoritmi del machine learning o del deep learning basato sulle reti neurali potranno migliorare l'efficienza dei processi clinici, potranno ridurre l'errore, raddoppiare l'efficacia delle cure, dove per efficacia intendiamo la capacità in sicurezza di raggiungere il risultato. Non possiamo però lasciare al deep learning la capacità di autoapprendere e di decidere, sapendo che la decisione è frutto anche di una dimensione etica della valutazione.

Le applicazioni dell'intelligenza artificiale sono tante. Per esempio, c'è la predizione degli eventi gravi. C'è l'analisi dei suoni che potrà predire determinate patologie. Si potrà usare la telemedicina per la comprensione dei testi orali e scritti. L'intelligenza artificiale potrà essere impiegata con grande risultato nell'interpretazione delle immagini (radiomica). Insomma, la mente umana e quella artificiale, insieme, potranno ridurre notevolmente l'errore.

L'evoluzione della salute digitale non dovrà però depotenziare le competenze dei medici, altrimenti si corre il rischio di un'involuzione o di sostituire la relazione con il medico attraverso una chatbot (pensiamo al Babylon Health e le implicazioni negative anche per gli aspetti economici e previdenziali dell'esercizio professionale).

Perché ci sia una reale evoluzione dobbiamo partire dalla valenza umanistica

della professione medica. Per parafrasare Steve Jobs, la tecnologia da sola non basta, deve unirsi alle arti liberali e alle scienze umanistiche, solo così possiamo arrivare al progresso, a quel risultato che fa cantare i nostri cuori.

Se focalizziamo ogni sforzo nell'avanzamento tecnologico corriamo il rischio di chiuderci in un pensiero disgiunto dai valori, dall'etica, un pensiero senza compassione che non considera le conseguenze delle azioni. Dovremo dunque coniugare l'evoluzione dell'intelligenza artificiale con la specificità dell'atto medico.

Dal punto di vista previdenziale l'Enpam è e sarà sempre di più attenta al lavoro, perché dal lavoro nascono i contributi. Dovremo stare attenti affinché la spinta data dalla tecnologia e dall'intelligenza artificiale non portino a un indebolimento della professione anche nei termini di un minor flusso contributivo e quindi a pensioni più basse. La nostra volontà è anche quella di creare un circuito previdenziale che sostanzi un patto professionale prima che generazionale. Questo significa garantire agli studenti, futuri medici e dentisti, un sistema di protezione fatto in modo che ci sia una reale convenienza a starci. Significa garantire per tutti anche la sicurezza di una pensione e un insieme di tutele che sempre di più punteranno allo sviluppo della professione.

## IL RUOLO DELLA SANITÀ PER UNO SVILUPPO SOSTENIBILE.

Fabrizio Pezzani



È giunto il tempo di capire che siamo alla fine di un periodo storico caratterizzato da un modello socioculturale fallito nei fatti e la crisi che ne consegue è di carattere antropologico ancora descritta come economica ma di fatto è finanziaria.

Il modello socioculturale che ha determinato il caos del nostro tempo ha radici

antiche nella storia nel campo della speculazione ma ha avuto la sua progressiva formazione nel secondo dopoguerra e più precisamente dopo la fine, nel 1971, del sistema dei cambi denominato "gold exchange standard" che vincolava la stampa della carta moneta all'oro, era possibile stampare 36 dollari per ogni oncia di oro. Tutti i grafici che evidenziano la disuguaglianza ed il capitale sociale nel secolo scorso negli Usa mostrano la coincidenza del più basso tasso di disuguaglianza e più alto di intensità di relazionalità sociale, capitale sociale, esattamente nello stesso momento storico coincidente con il 1971. La separazione tra il vincolo aureo e la moneta ha innescato la rivoluzione finanziaria che ha contribuito a generare il caos odierno, il modello di sviluppo del liberismo finanziario privo di controllo ha reso l'economia suddita della finanza e contro ogni logica trasformato il dna dell'economia da scienza sociale quale è e continua a rimanere in scienza esatta come la chimica, la fisica e la matematica dove quello che conta è solo ciò che è misurabile mentre in economia gran parte dei fatti non sono misurabili e, seguendo l'abito mentale di chi studia le scienze esatte e riducendo l'analisi solo sui fatti misurabili che sono la minima parte abbiamo limitato le analisi dei mercati solo ad una limitata parte di fatti peraltro non tutti importanti. Lo stesso Einstein ricordava che non tutto ciò che è misurabile conta e ciò che non è misurabile spesso conta. La rivoluzione finanziaria ha avuto un effetto devastante sugli equilibri sociali e sui modelli di consumo orientati ad un consumismo fine a sé stesso, si è di fatto economicizzato l'uomo rendendolo un mezzo e non più un fine e l'economia da mezzo è diventato un fine non si guadagna per vivere ma si vive per guadagnare. L'economia è diventata così un fine e non un mezzo, ora l'economia ha un fine interno che è la sua rapida moltiplicazione e non come prima che aveva un fine esterno coincidente con il bene della società. Il modello socioculturale del liberismo finanziario non controllato è centrato sulla max del risultato individuale a costo di porre in essere comportamenti fraudolenti tali da cancellare il settimo comandamento, Non rubare.

Il modello del liberismo finanziario è un modello non sostenibile perché ha creato povertà, disuguaglianza, conflittualità re-

lazionale, immoralità, disoccupazione ed un profondo disagio sociale che vediamo drammaticamente ogni giorno. Il modello che si forma negli infiniti giochi di una finanza priva di fondamento scientifico diventa non sostenibile per gli effetti negativi a cascata che crea, è ora di prendere coscienza del dramma culturale per proporre invece un modello di sviluppo sostenibile orientato a riportare l'uomo al centro del nostro interesse e l'economia a mezzo e non è più a fine. Ripartire da una società equa e solidale trova nella sanità il percorso virtuoso in cui il dolore incontra un aiuto e la solidarietà condivisa diventa un importante esempio di vita per ricostruire il capitale sociale da cui bisogna ripartire e dare all'uomo come persona la dignità che merita.

In questo senso la salute può essere considerato un bene comune e come tale va salvaguardato, la salute non è solo un bene essenziale per la nostra vita in senso biologico ma è un bene essenziale in senso sociale essendo di fondamento alla dignità umana ed al principio di una vita degna di essere vissuta per tutta la collettività. Va superata la dicotomia tra economia e salute che porta alla competizione e non spinge alla collaborazione nel senso che si opera per una società, la *societas* che nell'antico latino stava per alleanza; proprio puntare sull'essenzialità della persona può essere un modo di intendere il mercato come un volano di cambiamento per riportare il senso di solidarietà sociale per ridurre il ruolo del mercato come despota finanziario. La salute non è un bene privato noi dobbiamo cooperare e non competere dobbiamo stare globalmente bene per stare localmente bene, la salute è un bene comune in quanto interdipendente nell'interesse collettivo per renderla tale è necessaria la collaborazione.

La salute e la malattia da sempre sono state al centro del pensiero non solo cristiano ma dagli antichi greci il malato ed il ruolo del medico erano disciplinati dal giuramento di Ippocrate poi per lungo tempo è stata disciplinata dalla *pietas* ancora di più con l'avvento del Cristianesimo. Ma solo con le dichiarazioni universali dei diritti si comincia a prendere coscienza formale della libertà, dell'unicità dell'uomo, della sua dignità e del suo diritto alla felicità come emerge nella dichiarazione di indipendenza degli stati uniti.

È solo nel secondo dopoguerra che dopo il dolore, come sempre, l'uomo arriva alla saggezza e sia nella costituzione italiana, all'articolo 32, sia nella dichiarazione universale dei diritti dell'uomo all'art 25 come nella Dichiarazione Europea affermano il diritto alla salute, all'assistenza ed alle cure mediche che sono un cardine su cui pensare di costruire un modello di sviluppo sostenibile che idealmente potrebbe essere fatto coincidere con l'evidente applicazione dei diritti fondamentali dell'uomo scritta nel 1948 in occasione della costituzione dell'Onu. Ma il modello del liberismo finanziario e della tecnica ha cancellato quei diritti a conferma del fallimento di un modello socioculturale che non rispetta i diritti fondamentali dell'uomo con una sistematica violazione della società; riproporre quei diritti alla relazionalità tramite il ruolo fondamentale della sanità è la sfida che abbiamo davanti per un modello di sviluppo sostenibile.

La sostenibilità: un ritorno verso la saggezza.

La parola sostenibilità, come l'aggettivo sostenibile, hanno una comune etimologia derivante dal latino *sustinere*, composta da *sub* cioè sotto e *tenere*, così da significare un controllo che afferma la possibilità che un oggetto, una persona, un pensiero possono essere attuati in un equilibrio tra causa ed effetto in un orizzonte di lungo tempo. Il termine è spesso stato usato nell'ambito della natura e del suo sfruttamento ma, oggi, in presenza di un modello socioculturale fallito il tema della sostenibilità va declinato in sostenibilità naturale, sociale ed economica. Tutte e tre le visioni sono collegate fra di loro sulla centralità dell'uomo e vanno chiarite per evitare una confusione nell'uso delle parole. Il modello ideale di riferimento di uno sviluppo sostenibile è la dichiarazione dei diritti universali dell'uomo scritti nel 1948 e prendendo spunto da essi si evidenzia il fallimento del modello socioculturale attuale incapace di declinare la sostenibilità per proporre uno nuovo che rappresenta un ritorno alle radici.

Nel Vangelo secondo Matteo si legge il brano sui falsi profeti che può essere applicato oggi a coloro che sostengono un modello fallimentare: *"Guardatevi dai falsi profeti che vengono a voi in veste di pecore, ma dentro son lupi ra-*

*paci. Dai loro frutti li riconoscerete. Si raccoglie forse uva dalle spine, o fichi dai rovi? Così ogni albero buono produce frutti buoni e ogni albero cattivo produce frutti cattivi; un albero buono non può produrre frutti cattivi, né un albero cattivo produrre frutti buoni. Ogni albero che non produce frutti buoni viene tagliato e gettato nel fuoco. Dai loro frutti, dunque, li potrete riconoscere"* (Matteo 7:15-23). Li giudicherete dai loro frutti e qui possiamo giudicare un modello che crea povertà, disuguaglianza, disoccupazione, degrado morale non può essere un albero/modello buono ma sta a noi capire il senso del Vangelo applicato alla sostenibilità; quel modello non è sostenibile. Proviamo a declinare il senso della sostenibilità nell'aspetto economico, in quello sociale ed in quello naturale.

**Sostenibilità economica** sta per l'idea di un percorso di crescita legato al concetto di equità con il perseguimento del bene comune.

Il tema del bene comune è un'aspirazione, oggi diremmo utopica, che è stato posto con forza da quando l'uomo ha coscienza della vita comunitaria e in particolare dai filosofi greci. Aristotele, nell'Etica Nicomachea<sup>1</sup>, ha introdotto l'idea secondo la quale vi sono certe virtù cardinali (il coraggio, la generosità, la sincerità, la giustizia, ecc.) che si situano in una "medietà" fra gli opposti eccessi. La relazione tra la sfera individuale e quella collettiva del benessere si traduce in quella che può essere considerata la vera felicità. Nell'Etica Nicomachea a questa accezione corrisponde il termine *eudaimonia*, che per la prima volta fa la sua comparsa nella filosofia antica (l'etimologia del termine deriva dal greco antico *eu* che significa buono e *daimon* che significa genio) per indicare l'armonia. Aristotele dal canto suo criticò l'idea di felicità come soddisfacimento di bisogni e desideri, e a questa contrappose i concetti di "la vita piacevole" con "la vita buona".

*"Aristotele interpreta l'eudaimonia come la tensione verso l'eccellenza, sulla base esclusivamente del proprio potenziale, ma in un processo tale per cui la felicità individuale può realizzarsi solo nell'ambito dello spazio sociale"*.<sup>2</sup>

1. Aristotele, Etica Nicomachea, Milano, Bombiani (2000)

2. F. Pezzani, Il futuro nelle radici, Egea (2021), pag. 26

Il concetto di bene comune è fondamentale per esprimere la sostenibilità di ogni organizzazione umana, solo se i membri partecipanti ad una istituzione sociale a partire dalla famiglia che è l'istituto base ed originario su cui si fonda lo sviluppo socioeconomico trovano un appagamento del bene personale in quello comune condiviso il sistema diventa sostenibile nel lungo tempo. Se gli interessi personali non trovano composizione nel bene comune quell'istituto è destinato a sciogliersi diventa cioè non sostenibile.

La discussione sulla relatività del concetto di bene comune è fondamentale per ridurre al minimo le deviazioni che portano al caos le società.

Se la ricerca del bene comune nel tempo non è sempre facile non lo è per niente in un modello socioculturale tipico del liberismo individualista all'eccesso, in cui il bene comune viene visto come un male e così non abbiamo il bene comune ma la lotta di tutti contro tutti, il mostro del "bellum omnium contra omnes".

**La sostenibilità ambientale** è espressa dal rapporto tra beni naturali prodotti ed esistenti ed il loro consumo nei processi economici di produzione e consumo; tale rapporto dovrebbe consentire una stabilità tra risorse naturali, consumi e produzioni in modo che il contesto naturale non venga pericolosamente sottomesso ad obiettivi di guadagno che il modello neoliberista ed individualista considera preminenti.

E' cambiato profondamente il rapporto con la natura che una volta era definita madre e naturale era il comportamento rispettoso degli equilibri naturali; questo rapporto di equilibrio e rispetto è progressivamente venuto meno a causa della diffusione del liberismo finanziario a scapito dell'economia reale.

La finanza opera in un contesto lontano dal rapporto con il mondo reale che vede solo come occasione di guadagno ed intermediato dal computer, mentre l'economia reale opera nel contesto di trasformazione produttiva ed opera in raccordo con il mondo naturale questo genera modelli culturali profondamente diversi. Il primo vede la natura come una miniera da cui potere trarre tutto ciò che è utile indipendentemente dal danno provocato alla sostenibilità del creato; la cultura tecnico razionale collegata all'economia diventa una leva distruttiva del-

la società perché lascia spazio all'avidità infinita dell'uomo teso ad accaparrarsi di tutto ciò che è possibile anche e soprattutto in modo illecito.

*"L'uomo moderno prende sempre più in suo dominio la natura e trasporta nel campo delle libertà le energie che nel regno inanimato sono legate da leggi razionali (...) e le sottomette a un principio che non è calcolabile (...) L'uomo, infatti, è di opinione che ogni acquisto di potenza (tecnica) sia semplicemente "progresso", accrescimento di sicurezza, di utilità, di benessere, di forza vitale, di pienezza di valori. In realtà la potenza è qualche cosa di assolutamente polivalente; può creare il bene e il male, costruire o distruggere".<sup>3</sup>*

La limitazione culturale offre all'uomo una tecnica ed un potere capace di cambiare e creare i beni della natura ma dimostra di non avere il sufficiente potere da limitare questo suo potere per cui diventa imprevedibile capire il percorso distruttivo dei beni naturali perché non vi è stato abituato ed i suoi desideri sono superiori ai volumi dei beni stessi.

Il confronto tra il concetto di sostenibilità e l'equilibrio compromesso dall'avidità dell'uomo può essere espresso dal seguente rapporto proposto da Pitirim Sorokin<sup>4</sup> nel suo lavoro:

### **Totale beni disponibili**

#### **Totale desideri**

Se il numeratore è pari al denominatore abbiamo una distribuzione equa tra i due valori, ma se il denominatore è superiore al numeratore è evidente che non ci sono sufficienti beni per tutti per cui abbiamo due strade la prima è che ci si accontenti di un numero di desideri non realizzabili ma il modello culturale attuale è di non sostenibilità ed ognuno cerca il massimo per se stesso creando una lotta infinita per aggiudicarsi il maggiore volume di beni in una lotta infinita per aggiudicarsi il maggiore volume di beni in uno scontro di tutti contro tutti. Salta il bene comune e con lui la sostenibilità dei consumi: siamo arrivati a questo punto e la percezione della fine di un modello di sviluppo non sostenibile diventa sempre più evidente con il suo fallimento, siamo in presenza di un nuovo modello che ci fa ritornare alla sostenibilità dichiarata

nella dichiarazione dei diritti universali dell'uomo del 1948 che sembrano stati scritti in tempi lontani di cui non abbiamo più memoria.

Il tema della sostenibilità ambientale, oggi pienamente accolto, nasce formalmente nel 1987 con la presentazione del rapporto Bruntland o Our Common Future che si prova a definire il concetto di sviluppo sostenibile legato al mondo naturale ed ad una sua gestione che ne assicuri la funzione nel futuro alle nuove generazioni. Questo concetto che sembra nuovo era invece profondamente radicato nelle comunità agricole e dei contadini in cui il rapporto con il mondo naturale era una spinta vitale da cui trarre tutto per vivere; per loro che vivevano in uno stretto rapporto con la natura la conservazione dei beni naturali era legata alla loro stessa esistenza.

A distanza di poco tempo dal Rapporto Bruntland si colloca la dichiarazione di Stoccolma del 1987 che apre ad un concetto più ampio di sostenibilità in quanto pone come problemi il "diritto di tutti gli esseri a condizioni di vita soddisfacenti in un ambiente che gli consenta di vivere nella dignità e nel benessere". Solo due anni dopo ci sarebbe stato il crollo dell'Unione Sovietica e il modello vincitore sarebbe stato quello degli Usa con altissimi consumi di generi alimentari, insensibile ai risparmi energetici ed alimentari, il mondo stava per cambiare ma nella direzione sbagliata.

**La sostenibilità sociale** si declina con i termini di equità e di democrazia, riportando nei sistemi sociali il senso di solidarietà e di relazionalità che sono alla base di una società sostenibile. Tutte le dichiarazioni sui diritti dell'uomo a partire dalla Magna Charta Libertatum del 1215, in pieno medio evo, per arrivare a quella del 1948 ed al trattato dell'Unione Europea- sono incentrate sul diritto all'uguaglianza, ad un benessere che possa dare dignità alla persona, il diritto all'assistenza sanitaria ed alla scuola, ad un lavoro che consenta la dignità e questi sono sempre i principi fondamentali che rappresentano il senso del *welfare* molto presente nei trattati europei ma molto meno nel modello Usa basato sul mercato.

Lo stesso trattato dell'Unione Europea è molto chiaro sia nel preambolo che negli articoli da 1 a 10, sul senso dello svilup-

3. Romano Guardini, La fine dell'epoca moderna. Il potere, Morcelliana (1993), pag. 126

4 P. Sorokin, op. cit., pag. 167

po sostenibile e sul ruolo delle istituzioni al servizio dei cittadini; dunque la stessa Unione Europea fonda il suo senso di appartenenza sui principi fondamentali delle dichiarazioni universali dei diritti dell'uomo.

Come abbiamo visto nelle pagine precedenti vi è una stretta correlazione tra disuguaglianza e sostenibilità sociale definibile come capitale sociale: alla diminuzione della disuguaglianza corrisponde una maggiore tenuta sociale, diremmo aumenta la sostenibilità sociale al contrario all'aumentare della disuguaglianza tende a ridursi il capitale sociale, la vivibilità diffusa e quindi peggiora la sostenibilità sociale.

Il modello socioculturale che stiamo vivendo è opposto all'equità, alla democrazia ed allo sviluppo sostenibile con una concentrazione di ricchezza che non si è mai verificata nella storia dell'uomo e profondamente stridente con le regole ed i principi alla base di una convivenza civile in una società globale in cui aumenta la povertà e la denutrizione

Un aspetto importante per declinare la sostenibilità sociale è il suo confronto con il concetto di democrazia che trova nella moneta dollaro la scritta *E pluribus unum* ma anche quanto questa affermazione sia ormai lontana dalla realtà. La democrazia (dal greco antico: *démos* «popolo», *kratos*, potere) significa governo del popolo esercitato direttamente o indirettamente dal popolo, generalmente identificato come l'insieme dei cittadini della polis che ricorrono in generale ad elezioni libere.

Un fattore chiave in una democrazia è la presenza, all'interno di una nazione, di una cultura democratica: una «democrazia politica» senza cultura democratica diffusa nei cittadini non sarebbe una democrazia.

Fra i pensatori politici e i filosofi che hanno sollevato dibattiti su tale questione all'interno della tradizione nordamericana ritroviamo certamente Noam Chomsky. La declinazione della democrazia, come sostenibilità sociale, è stata la causa dei sanguinosi conflitti in Medio Oriente in cui la pretesa di impiantarla militarmente è stato un suicidio culturale e militare e la dimostrazione di come non si possa giocare con le parole. La democrazia è una giusta aspirazione utopica facile da definire ma quasi impossibile da realizzare nel concreto; chissà se un

bilancio di sostenibilità possa essere uno strumento di gestione democratica di un'istituzione qualunque essa sia privata o pubblica.

Il diritto di un individuo di vivere in contesto ambientale e socio-economico entro il quale esprimersi è in relazione alla sostenibilità sociale. In questo contesto aspira a una società più giusta ed il ruolo di una sanità consapevole della sua missione come creatrice di sistemi diffusi di relazionalità positiva è fondamentale per proporre un modello di sviluppo finalmente sostenibile.

### Conclusioni

La nostra vita pertanto pone una sfida: ricercare l'armonia tra due spinte opposte quella genetica dell'aggressività, la Thanatos e quello dell'amore, l'Eros; sfida il cui fine ultimo è intrinseco alla ricerca di un equilibrio dinamico posto in discussione dalle forze dell'animo umano.

Ad oggi rimane aperta la riflessione se l'intelligenza dell'*homo sapiens* appartenga alla categoria del bene o del male. Ma pare sostenibile che se rientrerà nel perimetro del male è perché gli individui avranno rinunciato alla dote dell'umanità *“Le risposte all'eterna domanda della vita e della felicità vanno ricercate nelle radici della nostra storia e della nostra tradizione; i modelli culturali ripresi dall'economia aziendale italiana riaffermano con la forza dell'evidenza la necessità di comporre il bene individuale con quello collettivo in modo che, a vario titolo, ognuno possa contribuire alla definizione di un possibile bene comune”*. (Fabrizio Pezzani, *Il futuro nelle radici*, Dicembre 2020)

Qui si ritrova la speranza di potere operare nel solco della tradizione e dei principi familistici per affrontare la sfida del cambiamento verso una società più giusta.

*“Noi non siamo condannati a che la storia si ripeta, sta a noi decidere il nostro destino e non possiamo fingere che questo dipenda dall'evoluzione di fenomeni naturali o da una volontà divina, come uomini dotati di coscienza spetta a noi prendere sulle spalle le nostre responsabilità, dobbiamo decidere noi se lasciarci prendere dalla nostra aggressività e supponenza e precipitare nel baratro oppure ricordare che l'uomo: [...] come dicevano gli orfici è anche figlio del cielo stellato”* (Bertrand Russel).

### TAVOLA ROTONDA

Moderatori: Giovanni Leoni – Roberto Monaco

### IL RUOLO DELL'UNIVERSITÀ: LA COMPLEMENTARITÀ DI RICERCA, FORMAZIONE, E ASSISTENZA PER LA CURA DELLA PERSONA.

Paolo Andrei



Ritengo questo convegno un importante momento di confronto, una mattinata di studi in cui si cerca di approfondire e realizzare qualche passo avanti per costruire insieme quel bene comune a cui faceva riferimento il Prof. Pezzani nel suo intervento. Una visione basata sulla centralità della persona umana, che deve sempre caratterizzare il nostro sapere e il nostro agire.

Le mie riflessioni sono basate sull'esperienza di questi anni, in cui più da vicino ho potuto constatare le grandi potenzialità e le grandi ricchezze che anche territorialmente abbiamo sul fronte sanitario, per verificare quali possano essere le intersezioni, e al tempo stesso le complementarità di azione, che definiscono il rapporto complesso, ma al tempo stesso virtuoso, tra l'Università, le Aziende sanitarie e tutte le attività che nel territorio si sviluppano nelle diverse forme e articolazioni che caratterizzano l'organizzazione sanitaria.

In primo luogo, vorrei fare una riflessione sui “numeri” che contraddistinguono l'impegno dell'Università in ambito medico e sanitario e su quali possano essere le potenzialità di un rafforzamento sempre più adeguato riguardo al rapporto tra formazione, ricerca e percorsi di cura.

L'Università di Parma in ambito medico-chirurgico impiega circa 200 docenti e ricercatori (oltre a personale tecnico-amministrativo che in larga misura è anche implicato nelle attività che riguardano



l'assistenza); di questi, oltre la metà sono impegnati in attività cliniche e assistenziali. Nel sistema organizzativo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma, cinque dei Dipartimenti ad attività integrata (DAI) e oltre trenta Unità operative complesse sono diretti da docenti universitari.

Ma fermarsi al potenziale di formazione e di ricerca, dal lato dell'offerta, sarebbe sbagliato. Altrettanto importanti sono gli ambiti formativi in cui si sviluppa l'attività dei docenti universitari in diretta integrazione con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria. In particolare, segnalo che nel nostro sistema operano circa 900 medici in formazione specialistica. Sono 31 le Scuole di specializzazione di ambito sanitario accreditate e attive facenti capo all'Università di Parma e, per quanto riguarda la formazione di base, il Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia accoglie a Parma ogni anno circa duecentosessanta studentesse e studenti, per un totale di circa 1.600 persone, considerando la durata legale del Corso di studi (sei anni). A tutto questo si aggiungono il Corso di Laurea in Odontoiatria, i Corsi di Laurea delle Professioni sanitarie, che sviluppano attività fortemente integrate con quelle degli ospedali e della medicina territoriale, oltre ai Corsi di Laurea in Scienze motorie e in Biotecnologie mediche.

I dati appena accennati stanno a significare che l'Università di Parma ha una responsabilità grandissima nell'ambito della formazione del "capitale umano" – tema cui faceva riferimento nel suo intervento anche il Presidente Oliveti, sottolineando la centralità della formazione e quella delle competenze – e condivide questa responsabilità con le Aziende sanitarie del territorio e con i medici di medicina generale iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Parma.

Una responsabilità che deve guardare al criterio attraverso il quale la formazione si sviluppa, al di là delle caratteristiche che vengono evidenziate dagli ordinamenti didattici ai quali siamo ovviamente legati, per capire quali devono essere gli ambiti formativi indispensabili perché escano buoni medici e buoni professionisti, guardando allo stesso tempo al continuo aggiornamento delle competenze presenti nei percorsi formativi degli studenti e dei medici in formazione specialistica.

In questo contesto, vorrei porre l'accento sulla strettissima correlazione esistente tra la responsabilità che abbiamo in ambito formativo – cui si connette la qualità del "capitale umano" che si forma e poi

opererà all'interno del sistema sanitario – e la qualità della ricerca che riusciamo a realizzare. Non esiste, infatti, la possibilità di costruire una buona formazione se non si sviluppa costantemente una attitudine altrettanto buona nelle attività di ricerca, che deve potenziarsi attraverso il continuo avanzamento delle conoscenze finalizzato anche al loro trasferimento in ambito formativo. Per dare un'idea dell'impatto generato dai nostri docenti e ricercatori, che molto spesso lavorano insieme ai medici in formazione specialistica e agli stessi studenti e studentesse, nel corso del 2021 nel Dipartimento di Medicina e Chirurgia del nostro Ateneo sono state prodotte circa 900 pubblicazioni scientifiche, la maggior parte delle quali accolta su prestigiose riviste internazionali.

Formazione e ricerca di qualità, quindi, devono essere sempre correlate tra loro e devono fornire linfa e sviluppo a una sempre migliore attività assistenziale nell'ambito dei percorsi di cura, sia in ambito ospedaliero, sia nel contesto della medicina territoriale. Non a caso, infatti, si parla di integrazione tra ricerca, didattica e assistenza, funzioni tra loro inscindibili nell'operato dei docenti universitari di ambito clinico.

Ma per l'Università di Parma, come per tante altre Università italiane caratterizzate dalla vocazione multidisciplinare, si pongono ulteriori sfide. Come accennato dal Presidente Oliveti, oggi il tema centrale sta nel comprendere come le tecnologie possano essere al passo con i tempi, sempre guidate dalle qualità umane ma impiegate nel miglior modo possibile per riuscire a realizzare innovazioni indispensabili per il miglioramento delle condizioni di vita e di cura delle persone. Solo per fare alcuni esempi, i temi dell'ingegneria biomedica, del *management* dei servizi sanitari, o quelli legati agli aspetti socio-assistenziali diventano elementi essenziali per ripensare anche ai processi formativi che caratterizzano i percorsi di studio universitari. La ricchezza di competenze presente nella nostra Università in questi ambiti consente che possano essere meglio identificati e impiegati con sempre maggiore incisività. Da questo punto di vista il nostro sforzo è proprio quello di garantire, attraverso la collaborazione fra docenti e ricercatori appartenenti a diversi ambiti disciplinari, quella integrazione che oggi si sta sviluppando in modo significativo per una formazione sempre più al passo con i tempi e fondata su ricerche tipicamente interdisciplinari. Solo per citare un esempio, nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) si parla delle Case del-

la Comunità come evoluzione delle Case della Salute. Già nei termini impiegati si intravede l'intento di implementare non solo il servizio sanitario ma anche servizi socio-assistenziali con il coinvolgimento attivo della comunità di riferimento, in modo da prevedere la presa in carico della persona in tutti gli aspetti delle sue fragilità: sociali, sanitarie, economiche. Nella individuazione dei modelli organizzativi e di sviluppo delle Case della Comunità, credo che a Parma siano stati già individuati percorsi che tengono conto della multidimensionalità dei problemi nella presa in carico delle fragilità; percorsi che possono essere ancor più corroborati nel prossimo futuro anche attraverso l'impiego di competenze non necessariamente presenti nel solo Dipartimento di Medicina e Chirurgia, ma attive, ad esempio, nel Dipartimento di Giurisprudenza, studi politici e internazionali o nel Dipartimento di Discipline umanistiche, sociali e delle imprese culturali o, ancora, nel Dipartimento di Scienze economiche e aziendali. Si intravede, quindi, un cammino che tiene conto del bene comune e che guarda ai percorsi assistenziali, di ricerca e di formazione non come fini a sé stessi, ma integrati in una visione di società che usa strumenti innovativi per poter continuamente evolvere nel rispetto della centralità della persona umana come soggetto e oggetto della "presa in carico" e della cura. Una integrazione che faccia leva sulle competenze dei medici di medicina generale, delle strutture sociali e sanitarie di differente livello e che guardi a tutti gli ambiti della presa in carico dei problemi delle persone, dove l'atto sanitario è fortemente specializzato, soprattutto nell'acuzie, ma dove le funzioni propeedeutiche e di mantenimento e recupero dell'autosufficienza possono essere meglio sviluppate con l'interazione di saperi interdisciplinari. Ecco allora che ricerca, formazione e assistenza diventano un tutt'uno perché l'inscindibilità tra le tre aree di azione si realizza se veramente si capisce che ognuna delle parti non è un elemento a sé stante, ma una parte di un sistema dove tutto si genera e si modifica con l'evoluzione di ognuna di quelle tre parti complementari e sinergiche: questo è un concetto che spero nella nostra Università sia ormai arrivato a una comprensione adeguata.

Lo stesso PNRR ci aiuta parecchio a capire questa interdisciplinarietà, perché, oltre al tema della medicina territoriale, e quindi delle Case della Comunità, se consideriamo in modo complementare le azioni della Missione 6 (Salute) con quelle previste

nella Missione 4 (Istruzione e Ricerca) troviamo diverse azioni congiunte che dovranno trovare un momento di sintesi unitario. Faccio solo un paio di esempi. Nella Missione 6 (Salute) ci sono ambiti di azione che sono assolutamente in linea con la visione interdisciplinare, dove i temi dell'innovazione tecnologica sono al centro dell'attenzione e necessitano, oltre che del coinvolgimento prioritario delle strutture sanitarie, dell'attività di ricerca svolta da Università ed Enti di ricerca. Al tempo stesso, nel programma che riguarda più da vicino gli Enti vigilati dal Ministero dell'Università e della Ricerca (Missione 4) vi sono progetti di avanzamento della conoscenza che non possono prescindere da un coinvolgimento attivo delle strutture e dei professionisti che operano in ambito sanitario: penso, ad esempio, ai programmi riguardanti la medicina di precisione, le neuroscienze o le problematiche correlate ai processi di invecchiamento, piuttosto che ai Centri Nazionali che stanno sviluppando anche infrastrutture importanti nel campo dell'*high performance computing* o delle terapie geniche. Sono convinto che se non raggiungeremo questa consapevolezza di integrazione non avremo la possibilità di sviluppare appieno ciò che il PNRR ci propone.

La nostra collaborazione istituzionale si sviluppa, come è giusto che sia, in una dimensione che travalica i confini provinciali, e che deve interagire sia a livello regionale che nazionale. In particolare, abbiamo cercato di promuovere, in accordo con gli altri Atenei dell'Emilia-Romagna e con l'Assessorato alle Politiche per la salute, tavoli di lavoro congiunti proprio sui temi del PNRR: dobbiamo lavorare insieme per creare quella massa critica che possa produrre risultati positivi per l'intero sistema regionale attraverso una collaborazione capace di garantire migliori risultati di sistema, in grado di portare benefici anche ai singoli Atenei e ai diversi territori provinciali.

Vorrei concludere con un'ultima considerazione che spero e penso possa essere condivisa. Ci sono, nelle nostre prospettive a livello territoriale, due temi fondamentali: uno è quello della integrazione territorio-ospedali, attraverso il processo in corso teso alla unificazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria con l'Azienda Unità Sanitaria Locale. Il Covid ci ha insegnato che se non c'è questa integrazione saltano i modelli di cura e di presa in carico. Ma oltre alla pandemia, che ci ha fatto toccare con mano questa situazione, è fondamentale capire che non può esistere nel nostro sistema di organizzazione

delle cure una differenziazione così netta fra ciò che è "territorio" e ciò che è "ospedale". E allora, al di là delle singole posizioni di tutela delle autonomie istituzionali, credo che occorra fare uno sforzo di umiltà, che poi diventa anche di coraggio, nel capire che l'integrazione fra le funzioni è la rotta giusta da seguire e che si debba tutti lavorare per fare passi avanti in questa direzione: integrazione delle *équipe* e dei professionisti, integrazione dal punto di vista organizzativo e gestionale, innovazione nei percorsi formativi universitari che possano guardare non solo alla specializzazione ospedaliera ma anche alle competenze necessarie per una medicina territoriale di qualità.

L'altro esempio, e concludo con questo il mio intervento, è la motivazione che ci ha spinto nel recente passato ad avviare a Piacenza un nuovo Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia in lingua inglese. Non è stata una scelta facile e non è stata una scelta dettata dal voler incrementare il peso dell'Università di Parma nel contesto territoriale: è stata una scelta derivante da una assunzione di responsabilità. Non si possono ampliare a dismisura i numeri programmati di studentesse e studenti che vengono accolti nei corsi di laurea di medicina e chirurgia se non si ha la possibilità di garantire un'attività didattica di qualità e fortemente integrata col sistema sanitario. Grazie all'importante disponibilità offerta dal territorio piacentino abbiamo deciso di attivare questo Corso di Laurea con grande convinzione, entusiasmo e coraggio. Il Corso è appena iniziato con cento studenti e studentesse del primo anno che provengono da tutto il mondo, e questa nuova offerta di formazione non è in concorrenza o in alternativa al Corso di Laurea che si tiene a Parma, ma è tesa ad ampliare il bacino di competenze necessarie per la formazione di futuri medici di cui il nostro Paese ha enorme bisogno.

Concludo osservando che tutto ciò che stiamo facendo ha come fine ultimo il bene delle persone nelle loro multiformi specificità: anzitutto, il bene dei pazienti, ma anche il bene delle studentesse e degli studenti, il bene dei professionisti, in generale il bene comune della Società in cui siamo innestati. Ben vengano, quindi, iniziative di collaborazione, di innovazione e di integrazione, sempre da realizzare con quella umiltà e quel coraggio che permettono lo sviluppo di un dialogo franco e costruttivo tra le diverse Istituzioni coinvolte.

## LA SANITÀ: IL RUOLO DELL'IMPRESA COME FATTORE DI COMPETITIVITÀ DEL TERRITORIO, VOLANO DI EFFICIENZA E SOSTENIBILITÀ.

Cesare Azzali



Le considerazioni che posso sviluppare io, sul tema dell'impatto che la sanità ha sull'economia e che l'attività di impresa ha sul funzionamento del sistema sanitario, hanno un carattere relativamente ovvio e scontato. In un Paese come il nostro che ormai è un Paese di gente che chiacchiera per non fare, che sviluppa grandi capacità di analisi per rimuovere sostanzialmente la necessità di assumere comportamenti che li espongono alla valutazione della propria capacità di fare, della propria coerenza fra ciò che viene affermato e le proprie competenze, della coerenza fra i grandi richiami all'etica che sono fondamentalmente vuoti di contenuto perché in realtà ciascuno interpreta il concetto di etica come crede, ecco in un contesto come questo un intervento come il mio potrebbe essere declinato andando a riprendere qualche numero da trasformare poi in valutazione su qual è l'impatto economico, in termini assoluti o relativi, delle attività che il sistema economico sviluppa a servizio del sistema sanitario o che il sistema sanitario al proprio interno esprime.

Se partiamo da queste valutazioni, allora dal punto di vista dell'economia questo impatto è sicuramente molto rilevante.

Avendo io una visione piuttosto parziale, non affronterò però in questa sede l'analisi di qual è l'impatto dell'economia sul sistema sanitario in una dimensione nazionale; mi limiterò a una visione molto più contenuta che è quella di richiamare il concetto, che peraltro trova sempre grande condivisione, secondo il quale, anche se diciamo tutti di volere collaborare con gli altri, in realtà ciascuno di noi collabora con gli altri ma, come ricordava il Magnifico Rettore, in maniera competitiva. Il problema di fondo è che ciascuno di noi mescola egoismo e altruismo a livello individuale. Certamente io appartengo a coloro che sono anche

egoisti mentre la gran parte della gente dice di essere solo altruista, ma dalla mia prospettiva, in merito a questa coniugazione fra la propensione a valorizzare se stessi e la necessità di tener conto degli altri, quando tutti sono chiamati a fare una riflessione su questo tema, non fosse altro perché sono stati educati in un certo modo o non dicono quello che pensano, non esprimono il fastidio di dover convivere con gli altri, riconoscono agli altri un grande valore ma nei comportamenti non portano avanti questo pensiero con coerenza. Tutto questo, dal punto di vista dell'impatto complessivo sul funzionamento di una collettività, produce gli effetti cui stiamo assistendo in questi giorni e cioè illudersi di poter far "volare gli asini" per non costringere l'asino a fare quotidianamente il proprio lavoro di portare avanti i propri carichi. In un contesto come questo, il nostro territorio è sicuramente inserito in una posizione collaborativa con gli altri ma è anche in una posizione competitiva; dal punto di vista del mondo economico è fondamentale presidiare la qualità del sistema sanitario di questo territorio perché questo garantisce una serie di condizioni generali che sono essenziali per far funzionare le aziende e rendere attrattivo questo territorio rispetto ad altri o comunque per tenerlo sullo stesso piano di attrattività. Per le aziende, infatti, è fondamentale che il territorio e l'ospedale dialoghino bene per curare oltre che la salute dei cittadini comuni e delle persone anziane, anche quella del proprio personale, delle persone che lavorano quotidianamente.

C'è un pezzo non banale del funzionamento del sistema sanitario che non corrisponde però alle aspettative dei cittadini; questo succede anche perché quando guardo il lavoro degli altri e sono pieno di pretese sono molto orientato a tener conto solo delle mie esigenze, quelle di avere spazi per esprimere me stesso, la mia personalità, la mia libertà, e quindi di andare alla ricerca della felicità, come ricordava il Prof. Pezzani. Contrariamente a quello che si dice, però, nella Costituzione americana non esiste il diritto alla felicità, esiste il diritto alla ricerca della felicità e la ricerca della felicità si realizza prima costruendo le condizioni che consentono di poter realizzare i propri bisogni, aspettative, o sogni, e poi si può immaginare di riuscire ad essere felici. Ma prima vanno costruire le condizioni perché questa diventi una opportunità concreta. Nel sistema sanitario oggi abbiamo un problema: i territori vedono nella organizzazione sanitaria un elemento fondamentale della loro attrattività, della qualità di vita dei loro cittadini e

per questo, come sistema economico, noi abbiamo una forte attenzione per ciò che viene fatto nel mondo della sanità. Credo che in questa sede vada anche riconosciuto l'impegno del sistema imprenditoriale a sostenere lo sforzo che chi opera nel sistema sanitario ha fatto e fa per rispondere alle sfide che mettono a rischio la salute delle persone, come è stato ed è per il Covid. E' stato uno sforzo, che credo spontaneo, generale e convinto, che ha evidenziato la capacità di questo territorio di fare sistema; credo che gli ultimi anni siano stati certamente per noi molto impegnativi ma ci abbiamo dato un valido motivo per essere soddisfatti del lavoro fatto, perché sistema sanitario, università, sistema delle imprese, comunità nel suo complesso, compreso chi fa volontariato, hanno affrontato la sfida del Covid con risultati che io considero di eccellenza, soprattutto perché quella situazione è stata affrontata affidandosi alle potenzialità di questo territorio. Abbiamo affrontato questa sfida, in un contesto dove la confusione era massima, in maniera efficace perché abbiamo saputo lavorare insieme, facendo a meno di un pezzo dei privilegi, delle abitudini, della tendenza ad essere autoreferenziale che caratterizzavano il passato.

Il Magnifico Rettore parlava prima della scelta della integrazione fra territorio ed ospedale; è una scelta talmente rivoluzionaria che sembra quasi riportare in auge la consapevolezza che se la comunità è una e se il problema è uno, l'organizzazione delle cose che servono a dare risposte ai bisogni di salute della gente dovrebbe essere anche questa unitaria. Certo, ci saranno componenti diverse che fanno cose diverse, ma l'una in stretta collaborazione con le altre, perché tutti coloro che lavorano in quel settore devono dare risposta a quel bisogno insieme. In un'azienda (alla Barilla per esempio) non c'è differenza di organizzazione fra la produzione della pasta; chi gestisce gli impianti o la direzione commerciale o l'headquarters del vertice aziendale, non sono strutture differenziate, non esistono due aziende. Occorre produrre della pasta, va venduta, si deve corrispondere al meglio ai bisogni dei consumatori? Allora ci si organizza tutti insieme, tutti coloro che sono interessati e convinti a fare questa cosa. Ovviamente la mia è una lettura molto semplificata ma è una limitazione di tipo ontologico che corrisponde al mio approccio pratico, dovete aver pazienza.

Al di là però di queste considerazioni, ciò che voglio dire per avviarmi alla conclusione è che dal punto di vista del mondo economico le analisi che vengono fatte in que-

sto periodo sui temi della sanità dovranno essere opportunamente portate avanti con molta coerenza perché i prossimi anni, per essere molto chiari, saranno estremamente complicati. Io ho l'impressione che, forse come forma di difesa dell'essere umano, la nostra comunità non si renda conto che nel cambio di assetto politico, economico, strutturale, militare eccetera, sempre che la guerra non diventi nucleare e perché tutte le nostre analisi sul sistema sanitario diventerebbero inutili, i prossimi anni saranno davvero complicati. Infatti quello che abbiamo conosciuto negli ultimi trent'anni di un settantennio di condizioni privilegiate per questa parte del mondo, cambierà radicalmente.

Nei prossimi anni l'economia ci vedrà in una condizione di grande difficoltà nell'identificare le modalità organizzative della nostra comunità, ma soprattutto a mantenere la capacità di produrre ricchezza e quindi il sistema così come lo abbiamo conosciuto. Se non abbiamo soldi per implementare gli stipendi delle persone e quindi aumentare la loro capacità di acquisto, con ogni probabilità, siccome riempirsi la pancia quotidianamente può essere prioritario rispetto al fatto di avere le risorse per curarsi quando uno sta male, il sistema sanitario potrebbe trovarsi di fronte a un calo delle risorse disponibili. Quindi il tema di fare efficienza, il tema di fare, come dire, uno sforzo di collaborazione è fondamentale. "Smontare" il servizio sanitario nazionale pensando che la gente si debba mettere in testa che la sanità se la deve pagare, non è soltanto un problema di scelta fra il sistema universalistico europeo o il sistema americano. Ricordo che dove hanno fatto la scelta di un sistema non universalistico, hanno gestito la leva fiscale in maniera tale che il cittadino mediamente è tassato fra il 34 e il 36 per cento; noi siamo al 43. Si potrebbe pensare di liberare fiscalità in maniera tale che ognuno possa scegliere se andare alle Seychelles o fare un'assicurazione e arrivare alla sanità privata. Ma non funziona così perché quel 43% è ciò che ci consente di dare il reddito di cittadinanza, pagare le forze di polizia, tutte cose che possono risultare condivisibili o meno ma che sono parte del funzionamento della struttura pubblica e non possiamo immaginare dall'oggi al domani, con una semplice petizione, di principio di cambiare la nostra organizzazione. In sintesi, quindi, io capisco che rispetto al tema teorico della relazione il mio intervento non mostra particolare congruenza, ma io credo che, data la particolarità del momento, bisognerà ricominciare a pensare alle cose di cui parliamo da anni e su cui

ci siamo in qualche modo esercitati, per trovare soluzioni, per decidere se imboccare o meno una determinata strada. Quando parliamo di efficienza del sistema sanitario dovremmo renderci conto che il sistema sanitario deve essere visto, ad esempio, nella sua completezza.

Io, lavorando in Unione Industriali, seguo la sanità privata che in questo territorio, a differenza di altri, secondo me è in mano a persone serie che ovviamente fa attività sanitaria con gli obiettivi e i limiti dell'essere un'impresa, quindi di usare non soldi dei cittadini, pubblici, ma i propri soldi, e quindi se fanno male i conti rischiano di fallire, mentre non fallisce l'ospedale, non fallisce l'USL, a prescindere da come vengono gestiti.

Nel caso della sanità privata, pur non avendo le caratteristiche infrastrutturali, di investimento, di capacità di intervento che ha il pubblico, questa contribuisce al funzionamento del servizio sanitario che è unico, il Servizio sanitario nazionale appunto, in gran parte gestito dal pubblico e in parte dal privato.

Certo, in alcune parti del Paese questo è fatto in maniera delinquenziale, ma la colpa è di chi è delinquente, è anche di chi non controlla.

Da noi il privato accreditato, ovvero chi gestisce con risorse private la funzione di assistenza sanitaria, fornisce il 20% delle prestazioni di questa Regione e costa il 9%: 9% di costo contro 20% di prestazioni. Il privato accreditato non può fare, non potrà mai fare, non deve probabilmente neanche avere l'ambizione di fare, quello che fa il pubblico ma va tenuto presente. Ci sono cose che dobbiamo far funzionare, compreso il rapporto fra il territorio e l'ospedale, compreso il fatto che sul territorio dovremo organizzare servizi non necessariamente medici ma forse a contenuto prevalentemente sociale, che siano però anche in grado di assistere una persona sola che non ha la possibilità di farsi assistere. Quindi non è un problema di tipo sanitario, non si tratta di fare un trapianto di organi. Per il mondo economico che queste cose, in particolare coloro che sono i protagonisti della gestione del sistema sanitario, le affronta in modo efficace, è un passaggio fondamentale perché la nostra capacità di funzionare correttamente è rilevante in termini di attrattività del territorio.

Ogni volta che le imprese devono portare qua persone da fuori, siano essi tecnici, dirigenti, etc, vengono chieste due cose: che tipo di scuola c'è e come siamo messi dal punto di vista sanitario. Quando vengono qui dalla Francia, dalla Germania, dagli Stati Uniti o magari anche dalla Romania,

hanno bisogno di sapere se qui c'è un sistema sanitario che funziona e quindi per il sistema economico è fondamentale che il sistema sanitario funzioni bene.

Vi ho citati due soli aspetti ma non dimentichiamo le ricadute di un sistema sanitario che funziona in termini di attrattività; perché se noi siamo capaci di offrire un'assistenza sanitaria di qualità verranno da altre parti del Paese e ci sarà l'albergo che lavora, il ristorante che lavora, ci sarà con ogni probabilità tutto un sistema intorno alla sanità, che non c'entra tecnicamente nulla in teoria con questi aspetti, che avrà un vantaggio nel poter fornire un certo tipo di attività.

## LA COLLABORAZIONE ISTITUZIONALE E INTERPROFESSIONALE ALLA BASE DELLE SCELTE STRATEGICHE INTERAZIENDALI CON AL CENTRO IL PAZIENTE

Antonio Balestrino



Parlare di collaborazione istituzionale ed interprofessionale, in questo particolare momento storico vissuto dai nostri sistemi sanitari ed organizzativi più in generale, vuol dire puntualizzare con maggiore specificità il significato che si intende attribuire a ciascuno dei succitati termini in modo da non cadere in generalizzazioni che poco si addicono al reale significato dei due sopraccitati termini nel quadro delle scelte strategiche interaziendali che in Sanità acquistano un valore maggiormente pregnante e responsabilizzante poiché finalizzate alla tutela del bene "salute" del Cittadino e della Comunità in toto.

### Definizioni

- **La collaborazione interprofessionale** è definita come compartecipazione delle differenti professioni in ambito di assistenza sociale e sanitaria, che quotidianamente entrano in contatto per concordare soluzioni a complessi e problematici quadri assistenziali, o

garantire prestazioni.

- **La collaborazione interprofessionale (IPC)** è il processo attraverso cui diversi gruppi di professionisti sanitari lavorano insieme per avere un impatto positivo sulle cure

Ciò premesso, l'interprofessionalità (IPC) nelle organizzazioni di cura è stata riconosciuta nel 2010 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), sia sul versante della formazione che della pratica clinica come una *strategia innovativa* con un ruolo importante nel mitigare la crisi globale della *workforce* nell'area sanitaria.

Oggi viviamo un momento di svolta e di riflessione sul tema incentrato su due sostanziali quesiti che abbiamo il dovere di porci:

- Quali effetti l'interprofessionalità ha nella pratica clinica?
- Come viviamo il presente e come ci prepariamo al futuro?

E' indubbio che Punto cardine dell'IPC è l'incontro con **l'alterità professionale** che deve essere attuato quotidianamente nella pratica professionale. L'Alterità professionale è, dunque, una sfida ed un fattore propulsivo il miglioramento delle cure e della crescita professionale; è un elemento fondamentale di crescita che aiuta a superare le dicotomie tra Soggetti di diversa estrazione specialistica ed aiuta a determinare un "ambiente" professionale fondato sulla collaborazione e sul reciproco rispetto delle competenze.

E' proprio il tema delle competenze quello che ritengo debba essere posto al centro dei rapporti collaborativi, vuoi interprofessionali che istituzionali.

Si dicono, infatti, **competenze professionali o skills** le qualifiche professionali conseguite, le conoscenze teoriche, le abilità pratiche, le attitudini comportamentali e relazionali che un professionista singolo o un gruppo professionale è in grado di esprimere ponendo al centro i bisogni del paziente. Esse sono la risultante di una serie di elementi che spaziano dalla conoscenza scientifica del singolo e dei gruppi all'attitudine al confronto, alla valorizzazione delle abilità proprie ed altrui, all'aver chiari e al centro gli obiettivi della persona assistita.

Appare, pertanto, conseguenziale il ritenere che la fiducia reciproca e una regolare negoziazione ed interazione tra i professionisti tale da valorizzare l'esperienza ed il contributo che i diversi professionisti della salute portano nella cura dei pazienti costituiscono determinati imprescindibili per la costruzione e realizzazione di una solida collaborazione interprofessionale.

nale.

Mi appare altrettanto corretto ed imprescindibile il pensare che è subito dopo il 2000 che in Italia si assiste a un sempre maggior ricorso **all'organizzazione a rete** dei servizi.

Allo strumento "**rete**", infatti, è stato affidato il compito di rispondere a molteplici esigenze che negli anni sono maturate all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, quali ad esempio quelle di:

- rispondere alla complessità crescente dei processi assistenziali ed alla necessità di integrare e/o condividere conoscenze, competenze, percorsi di assistenza;
- rendere fruibili "a distanza" competenze specialistiche, aumentando così gli standard di assistenza erogati;

Partendo da queste premesse e prendendo spunto dalle diverse definizioni di IPC, che nel corso degli anni si sono susseguite e via via arricchite, si riesce a delineare, pertanto, un'idea di IPC in cui non ci si limita alla collaborazione tra professionisti di discipline diverse ma, all'interno di questo processo di collaborazione, viene inserito anche il paziente cui viene affidato un ruolo attivo e partecipativo nei percorsi di cura. Il ruolo attivo del paziente permette maggiormente ai professionisti di definire obiettivi comuni, di dividerli con lui e di chiedere anche il suo impegno per raggiungerli.

Affermo con molta serenità che, a mio avviso, il concetto di "rete" rende maggiormente onore al senso profondo che si deve dare al concetto di collaborazione interprofessionale di cui i Percorsi Diagnostico Terapeutici (PDTA) costituiscono strumento importante di realizzazione.

Con il concetto di organizzazione rete ci si riferisce a una serie di attori collettivi, di organizzazioni di carattere pubblico o privato che, non ritenendo utile conformarsi a scelte classicamente di tipo *to buy* (di mercato) o *to make* (di gerarchia), costituiscono network nell'ambito dei quali condividono norme, effettuano transazioni, definiscono processi e rapporti di scambio più e meno durevoli, perseguono interessi comuni, individuano nella cooperazione il miglior modo per realizzare i loro obiettivi, si danno una struttura non gerarchica e interdipendente allo scopo di conquistare efficienza e competitività, di conquistare quote di mercato, di rispondere meglio alle turbolenze dei mercati globali.

In Sanità, si tratta, di fatto, di :

- garantire l'equità di accesso alle cure;
- ottimizzare la gestione del percorso diagnostico-terapeutico del paziente

definendo esattamente il ruolo che il singolo nodo della "rete" è chiamato a svolgere, con un conseguente miglioramento della qualità dell'assistenza (questo obiettivo ha trovato particolare spazio non solo nel rapporto tra ospedali, ma anche nella continuità assistenziale ospedale-territorio e nella conseguente presa in carico del paziente nella "rete locale");

- migliorare l'utilizzo delle risorse complessivamente disponibili;
- adattare maggiormente il sistema delle cure ai bisogni dei pazienti;
- "completare" il sistema di offerta affiancando le reti alla programmazione dei servizi e delle discipline nell'ambito delle singole Regioni.

### **Collaborazione interprofessionale e Ambiente Organizzativo**

L'ambiente organizzativo è uno dei principali fattori determinanti la collaborazione interprofessionale.

Le 7 principali caratteristiche strategiche che un'organizzazione rete, per essere definita tale, deve avere:

1. *il valore che attribuisce alla conoscenza;*
2. *il rapporto di fiducia;*
3. *l'importanza dei processi di costruzione di senso e di significato in particolare modo per quanto riguarda identità, retrospettione ed enactment;*
4. *l'autonomia, la varietà e la molteplicità delle relazioni di tutte le aziende/funzioni aziendali/attori coinvolti;*
5. *l'importanza riconosciuta ai processi di governance indispensabili per regolare e definire ruoli e funzioni secondo criteri non gerarchici e interdipendenti;*
6. *la condivisione di obiettivi, significati, valori, senso di partecipazione, interessi;*
7. *la velocità, la capacità di risposta, la leggerezza e il carattere modulare di tutte le funzioni coinvolte*

Al concetto di IPC viene spesso affiancato quello di Educazione interprofessionale (dall'inglese, IPE), vedendo il percorso formativo di base e la formazione post-base come momenti fondamentali per sensibilizzare, formare e aiutare ad implementare l'IPC.

L'importanza dell'IPE si evidenzia anche con la finalità di riuscire a rompere i silos monoprofessionali, al fine di migliorare i rapporti di collaborazione partendo dai bisogni di salute che si manifestano nelle situazioni locali, per intervenire attraverso l'IPE sia nei percorsi di formazione di

nuovi professionisti sia in quelli dedicati a coloro che già lavorano, al fine di costruire solidi team che agiscano costantemente in forma collaborativa

Due sono gli importanti outcome che derivano da tale impostazione: aumentare i punti di forza del sistema sanitario e migliorare i risultati in termini di salute.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2011, ha stilato un decalogo dei principi e delle competenze "core" per una corretta formazione professionale quale base dell'agire interprofessionale

I due principi fondamentali sono la centralità del paziente e della famiglia; l'orientamento alla comunità ed alla popolazione.

Le competenze sono:

- Competenza 1 – Valori/Etica per la pratica interprofessionale: lavorare con individui di altre professioni mantenendo un clima di mutuo rispetto e condividendo i valori.
- Competenza 2 – Ruoli/Responsabilità: utilizzare le conoscenze del proprio ruolo e quelle di altre professioni per valutare e affrontare adeguatamente le esigenze sanitarie dei pazienti e promuovere e migliorare la salute delle popolazioni.
- Competenza 3 – Comunicazione interprofessionale: comunicare con pazienti, famiglie, comunità e professionisti in ambito sanitario e/o in altri campi in modo responsabile, al fine di sostenere un approccio di squadra volto alla promozione e al mantenimento della salute e alla prevenzione e trattamento delle malattie.
- Competenza 4 – Team e Teamwork: costruire relazioni e gestire le dinamiche di gruppo per assumere i diversi ruoli nel team, pianificare, fornire e valutare cure centrate sulla persona/popolazione e policy che siano sicure, tempestive, efficienti, efficaci ed eque.

Dinanzi a tale scenario, fatto di riferimenti istituzionali importanti e di pratica organizzativa ormai acclarata nei suoi principali determinanti, sorge di recente, grazie anche all'ideazione di uno stimato Collega, il dr. Pietro Pellegrini, Direttore del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche dell'AUSL di Parma, una nuova idea di collaborazione istituzionale che ben si iscrive, a mio avviso, nel nascente quadro realizzativo del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Questa idea si fonda sul concetto di "**connettanza**".

Di fatto, stiamo andando verso una nuova

lettura della Collaborazione interprofessionale: **la connettanza**.

Se, infatti, parliamo di **resilienza** come capacità di un sistema di far fronte ad una perturbazione e di ritornare successivamente ad una condizione di equilibrio dopo la perturbazione, in un tempo definito (tempo di ritorno); se parliamo di **resistenza** come capacità di un sistema di resistere alla perturbazione e mantenere struttura e funzioni intatte, la **Connettanza** rappresenta il **rapporto tra numero delle interazioni (nessi) reali di un Professionista /Servizio e di quelli possibili (in un dato tempo)**

In Sanità la connettanza può essere multilivello ed essere applicata al singolo pz., al servizio, all'istituzione. Essa si esprime in molteplici situazioni. Pensiamo, ad esempio, ad un paziente che esprime i propri bisogni ad un tempo Zero (T0). In tale situazione la connettanza sarà pari al Numero reale dei contatti del paziente/ N° dei contatti potenziali.

Per contatto s'intendono le persone significative alle quali poter chiedere aiuto in caso di bisogno nelle aree di base (salute, casa, reddito). Se all'inizio è 1 (la moglie). Se si valuta la rete potenziale del paziente e del sistema che lo pone al centro per risponderne ai bisogni si potranno costruire nuove relazioni (ad esempio con altri parenti ecc.) e quindi si potrà rivalutare al tempo 1 (ad esempio dopo 3 mesi) e quindi aumentare, sulla base della forza dell'interazione, la connettanza.

La ricchezza della rete relazionale è in rapporto con la salute e il benessere come dimostrano gli studi su isolamento, solitudine e abbandono.

La relazione è alla base della partecipazione e questa delle abilità. E' importante che i nessi siano reali, senza sottovalutare l'importanza di quelli potenziali, essenziali per speranza, fantasia, creatività. Il lavoro di cura prevede sempre entrambi i livelli. La connettanza può essere multilivello ed essere applicata al singolo pz., al servizio, all'istituzione.

La validità/qualità della connettanza è data, pertanto, dalla forza delle interazioni (e non dei singoli punti). Quindi, l'alta competenza/specializzazione deve accompagnarsi sempre ad un'alta connettanza, specie per una visione unitaria dei percorsi (one health, visione olistica), superando il concetto di ospedale e territorio.

Appare conseguente che La connettanza di un Distretto sia data da quanti nessi reali questa Articolazione Organizzativa ha rispetto a quelli potenziali al tempo 0 e rispetto a specifici problemi da risolvere

e/o obiettivi da raggiungere.

Il cammino verso la regionalizzazione e l'aziendalizzazione del sistema è stato destinato a trovare ulteriore sviluppo nell'organica riforma culminata nel d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229, orientata alla ricerca di nuovi equilibri tra le Regioni e gli Enti locali nel processo di razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale. Con tale riforma alle Regioni è stata assegnata la responsabilità totale della programmazione e del governo promuovendo anche il recupero di spazi significativi di intervento a favore dei Comuni. In particolare è stato attribuito, alle autonomie locali, un nuovo ruolo nel governo dell'assistenza sanitaria, non più finalizzato alla gestione diretta del servizio ma funzionale alla cooperazione tra i diversi livelli territoriali nella formulazione delle strategie assistenziali più adeguate ai bisogni della popolazione. Il primo settore di affermazione di questo nuovo ruolo dei Comuni nella gestione del servizio sanitario è quello relativo alla programmazione sanitaria e sociosanitaria a livello regionale e locale; il secondo coincide con il rispetto dei programmi e degli obiettivi definiti. Ulteriori ambiti in cui la riforma del 1999 della sanità ha attribuito un ruolo di amministrazione attiva agli enti locali sono: quello relativo all'erogazione da parte dei comuni di livelli aggiuntivi di assistenza e quello dell'integrazione sociosanitaria. La Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria si può, pertanto, definire come l'Organismo di Governo dei Comuni che ha quale obiettivo principale quello di coordinare le politiche sociali, sanitarie e socio-sanitarie nel livello intermedio fra Regione e Distretto (Ordini Professionali- Organi dello Stato- Associazioni di categoria, OOSS e Volontariato-Enti Locali-Comuni-Provincia- Regione-AUSL-AZOU) Al fine di consentire una programmazione condivisa sanitaria e coerente in relazione ai bisogni socio sanitari del Territorio, i Distretti Sanitari operano in raccordo con i Comuni per coniugare la loro azione programmatica in riferimento agli aspetti sociosanitari attraverso gli strumenti di programmazione del Distretto: Piani di Zona (PdZ), Programma delle Attività Territoriali (PAT)

Il luogo di sviluppo delle relazioni istituzionali tra Azienda Sanitaria ed Enti Locali ed Associazioni è il Comitato di Distretto e dai Sindaci dei Comuni, o loro delegati. L'Associazionismo o l'unione dei Comuni in ambito di welfare e servizi socioassistenziali sono incentivati dalle Regioni per facilitare la programmazione sociale sanitaria integrata.

Di seguito si riportano alcuni esempi di iniziative che, nell'ultimo anno, hanno animato e consolidato in ambito sanitario, nella Provincia di Parma, la rete delle collaborazioni istituzionali:

- Il Patto per la Scuola (Università – Comuni- Scuola – AUSL- Prefettura-Provincia)
- La convenzione tra AVIS e AUSL per raccolta sangue (Volontariato-Comuni-AUSL)
- Il contrasto alle discriminazioni ed alle violenze determinate dall'orientamento sessuale e dall'identità di genere (Prefettura- Comune- Provincia. AUSL-AZOU- Università- OOSS- Ordine Avvocati- Guardia di Finanza-Polizia di Stato- Arma dei Carabinieri- Associazioni di Volontariato)
- La realizzazione della rete sulla prevenzione e lotta alla SIDS (AUSL AZOU-Università)
- L'assistenza ai Profughi (Prefettura-Comune- AUSL-AZOU- Volontariato-Questura)
- La prevenzione Tumori (LILT – AUSL-AZOU)
- Gli interventi per la pandemia da COVID-19 (AUSL-Prefettura- Comuni-Volontariato)
- Il Parma welfare (Comune-AZOU-Servizi per il Volontariato –CSV Emilia-Consortio Solidarietà Sociale, OOSS)
- Il PUC (progetti Utili per la Comunità) (Comuni-AUSL)
- I trasporti Sociali per le vaccinazioni dei fragili (CSV Emilia.Ass.Pubblica CRI)
- L'attivazione SPID (ANMIC E CIAC)
- L'assistenza sanitaria Studenti fuori sede AUSL-Università

Gli esempi sin qui riportati sono significativi poiché dimostrano che si delinea viepiù il passaggio, per il settore sanitario, da un **welfare market** fondato prevalentemente su relazioni competitive tra i soggetti, relazioni assimilabili alle dinamiche di mercato delineato dal D.Lgs. 502/92 ad un compiuto **welfare mix**, nel quale all'impegno pubblico, profondamente ristrutturato nei suoi obiettivi e nei suoi strumenti di regolazione e di promozione, si affiancano una pluralità di soggetti che sono costantemente sollecitati ad assumere comportamenti collaborativi, la cui azione si ritiene possa contribuire alla tutela dell'interesse generale

Vorrei sottolineare i principi della collaborazione istituzionale, come riferimenti imprescindibili che devono muovere e

motivare l'agire delle Istituzioni in abito sanitario:

- promozione della salute non può prescindere dalla maturazione di una coscienza civile e dall'assunzione da parte dei cittadini di una responsabilità personale diretta e consapevole nei confronti del proprio benessere fisico, psichico e sociale;
- la valorizzazione delle competenze e delle disponibilità professionali e umane degli operatori, la crescita della loro qualificazione tecnica e l'umanizzazione della relazione medico-paziente e di tutte le situazioni d'incontro tra cittadini e Servizio sanitario nazionale qualificano la relazione terapeutica e la rendono più efficace;
- la salute non è il mero prodotto delle azioni del sistema sanitario, ma si persegue organicamente attraverso una strategia d'intervento condivisa da tutte le istituzioni e i settori;
- il volontariato contribuisce alla umanizzazione del servizio e dà voce ai bisogni dei soggetti svantaggiati;
- I produttori profit e non profit di beni e servizi sanitari sono chiamati a concorrere alla tutela e alla promozione della salute;
- Il mondo della comunicazione svolge un ruolo rilevante nel diffondere l'informazione e le conoscenze scientifiche, nel favorire l'adozione di modelli di comportamento e di stili di vita sani;
- la strategia sanitaria deve trovare connessioni e sinergie a livello internazionale, in relazione ai flussi migratori e, rispetto al Mercato comune europeo in particolare, all'attività di prevenzione e controllo sulla circolazione delle merci e dei prodotti

Vorrei concludere queste riflessioni evidenziando che il nuovo PNRR e il costruendo DM 71, quest'ultimo rivolto a definire gli elementi cardine dell'Assistenza Sanitaria Territoriale, parlano di **Medicina di Popolazione, di Sanità di Iniziativa e di Progetto di Salute** quali elementi concettuali di riferimento su cui costruire e consolidare la collaborazione interprofessionale e interistituzionale.

Sta a noi non sfuggire da tale opportunità ma saperla coglierla per il bene attuale e futuro della nostra Professione e della Collettività che si affida alle cure di Noi Professionisti.

## LA VISIONE UNITARIA NELL'INTEGRAZIONE AZIENDALE: UN'OPPORTUNITÀ ALL'INSEGNA DELLA SOSTENIBILITÀ E DELLA GARANZIA DI SALUTE

Massimo Fabi



Sono facilitato in questo mio intervento perché tutti coloro che mi hanno preceduto hanno contribuito in maniera molto chiara a definire le motivazioni dell'argomento della mia trattazione. E quindi cominciamo a uscire da alcune dicotomie. Integrazione verso unificazione: il prof. Azzali fa riferimento a esperienze concrete e quotidiane, ma perché se abbiamo una popolazione che è una, se abbiamo dei bisogni sanitari che non possono che essere gestiti in maniera assolutamente integrata, se le persone non vivono solamente un bisogno di assistenza sanitaria e direi neanche un bisogno esclusivamente professionale di assistenza sociale, ma di una comunità che cura, ma perché l'organizzazione non deve essere unica? E naturalmente è una domanda che potrebbe sembrare retorica ma la risposta invece è disciplinata dalle norme. Norme nazionali (DD.LL. 502/92, 517/93) che nei primi anni Novanta hanno preso atto che il sistema di cura che faceva perno su quella grande rivoluzione che è stata la Legge 833/78, doveva ispirarsi anche ai principi e ai criteri della sostenibilità come ci diceva il prof. Pezzani. Sostenibilità economico-finanziaria: nei primi anni '90 del secolo scorso l'aziendalizzazione ha rappresentato la garanzia della sua applicazione. Ma l'aziendalizzazione voleva anche significare la risposta a bisogni di salute che erano comunque vissuti come assolutamente unitari e una organizzazione che fosse a questo coerente. Ma qui viene il punto nodale che il nostro Magnifico Rettore ha toccato. E' possibile formare dei professionisti? e voi sapete benissimo che i professionisti della salute o dell'assistenza sanitaria o sociale sono proprio coloro che apprendono i contenuti della disciplina di base nell'atto pratico e concreto dell'esercizio di una attività prevalentemente

ospedaliera. Oggi ancor di più perché non si formano solamente medici ma si formano all'interno dell'università anche le professioni sanitarie e allora come è possibile che in questa standardizzazione di conoscenze e di saperi, di pratiche non fare riferimento a quegli ambiti operativi dove queste pratiche devono trovare poi la loro concreta applicazione? E allora perché ci sono dei vincoli che sono legati ancora a quelle normative che erano fortemente ospedalocentriche, che non tengono conto del fatto che le patologie croniche sono la prevalenza epidemiologica attuale e che curare una persona affetta da patologia cronica vuol dire mettere in rete quella serie di competenze che in maniera direi esemplare Antonio Balestrino ci ha appena illustrato? Tutti quei contatti che attorno a un problema di salute vengono attivati, molto spesso dallo stesso paziente, in sistemi organizzati e complessamente integrati vedono le organizzazioni stesse mettersi al servizio del paziente e molte volte, quando questo si traduce in un reinserimento nella vita (che è la vita di tutti i giorni), se non c'è una comunità che cura, tutto il valore aggiunto dato dalla tecnica rischia di essere perduto. La nuova figura di operatore di sanità pubblica deve apprendere tutte queste capacità e competenze di costruzione di comunità perché è il sistema che si deve integrare. Le Case della Comunità sono una evoluzione delle Case della Salute nate in questo territorio a superamento naturale del setting ospedaliero potenziando quello territoriale, nella piena consapevolezza che la cura delle persone che hanno patologie croniche si fa principalmente sul territorio, nel setting privilegiato che è il domicilio delle persone. Nei primi anni duemila, la deospedalizzazione che è stata fatta in questa provincia non ha precedenti. C'erano otto ospedali pubblici, sono diventati tre ospedali pubblici, verticalmente integrati: è la fotografia del Decreto ministeriale 70. Un ospedale di secondo livello, bacino di utenza un milione duecentomila abitanti per popolazioni che vanno anche al di là della nostra provincia perché le funzioni hub di azienda ospedaliera universitaria, dalla cardiocirurgia alla neurochirurgia, al sistema integrato di assistenza ai traumi eccetera. Ospedali di primo livello (vengo sempre alla classificazione del Decreto 70 del 2015): gran parte della stessa azienda ospedaliera universitaria, che nella sua dicotomia organizzativa, ha una parte dedicata al suo bacino di utenza naturale per quelle patologie a medio-bassa complessità, soprattutto la riabilitazione delle malattie croniche, pensiamo ai distretti di Parma e sud-est; l'altro

grande ospedale di primo livello che è il P. O. di AUSL (Fidenza e Borgotaro). Se vi ricordate qui c'è tutta la responsabilità di una politica che decide e che si assume delle responsabilità: chi si ricorda i dibattiti pubblici, anche molto accesi, sul nuovo ospedale di Fidenza? Viene fatto a Vaio a metà strada tra Fidenza e Salsomaggiore, non è più l'ospedale di via Borghesi, centrale rispetto al vissuto fidentino. Oppure chi si ricorda delle discussioni accese a S. Secondo? Si trattava di trasformare un ospedale generalista con tutte le discipline proprie di un ospedale di quel livello verso una struttura territoriale, prima post-acuzie e lungodegenza dopodiché polo sociosanitario integrato, poi Casa della Salute e oggi è sul percorso della Casa della Comunità. Chi si ricorda le discussioni per il superamento dell'Ospedale di Colorno? Allora è stata una politica visionaria che ha preso delle decisioni che oggi sarebbero assolutamente non praticabili perché oggi gran parte della politica rincorre ciò che le persone vogliono sentirsi dire. E' la politica dei sondaggi, è la politica dell'"io ti dico quello che vuoi sentirti dire" per tranquillizzarti e non mi assumo quelle decisioni anche apparentemente impopolari in quei momenti, ma che sono state per il nostro sistema assolutamente decisive nel far sì che abbiamo tre ospedali pubblici e una rete di sette ospedali privati accreditati. In provincia di Parma i posti letto gestiti da ospedali a gestione diretta pubblica sono il 68,1% mentre il 31,9% (645 posti letto) vengono gestiti da proprietà privata all'interno di una rete pubblica e secondo le regole di sistema: autorizzazione al funzionamento, accreditamento e accordo di fornitura tra il privato accreditato e il soggetto pubblico. Allora non c'è più distinzione, se non nei termini della proprietà, nella erogazione di un servizio, ma attenzione, qui il privato accreditato non fa la cardiocirurgia, non fa la neurochirurgia, ma fa le prestazioni di cosiddetta medio-bassa complessità. E' un sistema armonicamente integrato che ha consentito un contenimento radicale della rete ospedaliera in termini gestionali, quei tre soggetti pubblici più gli altri soggetti privati che rendono la rete complementare, e non si è andati verso una ridondanza inefficiente di funzioni nonostante questa provincia abbia il 4,5 per mille dei posti letto di degenza ospedaliera con 1,1 per mille di posti letto di post-acuzie e voi sapete che lo standard definito a livello nazionale è del 3,7 per mille e quelle realmente attivate a livello medio nazionale è del 3,2 per mille. Ma allora è una apparente contraddizione? Assolutamente no, questa regione si è assunta la responsabilità di dire: i due poli

ordinatori nell'area ospedaliera di questa regione sono Bologna e Parma. Coerentemente quando la nostra Conferenza territoriale sociale e sanitaria a dicembre del 2016 ha applicato la DGR 2040/15, attuativa del DM 70/15 ha preso atto che l'obiettivo del 3,7 per mille, che in Regione Emilia-Romagna è diventato del 3,9 per mille dei posti letto, è stato applicato a livello medio regionale tendo conto di un fatto fondamentale, della capacità di attrazione dei territori. Questa Regione ha un saldo di mobilità a livello ospedaliero tra quella attiva, quante persone fuori regione vengono a farsi curare negli ospedali di questo territorio, e quella passiva, quante persone nell'ambito della libera scelta del luogo di cura scelgono di andare liberamente in altri territori, abbondantemente attivo e anche in provincia di Parma è così. Abbiamo creato delle piattaforme, dei setting assistenziali assolutamente condivisi, con dei risultati che sono sotto gli occhi di tutti. Non è un caso che le performance di questo ospedale, soprattutto sulle attività di ricovero chirurgico programmate, siano da tempo delle performance di assoluto rilievo a livello regionale e di esempio a livello nazionale. Si può quindi combinare la sostenibilità economica con l'efficiente utilizzo delle risorse ed affrontiamo ora il tema del territorio con le Case della Comunità in una organizzazione del sistema di cura sempre più orientato verso le persone fragili. Questo è l'obiettivo delle Case della Comunità ed è la missione promossa dal PNRR. Ma sempre stando sul tema della sostenibilità socio-culturale e anche economica, voi sapete che PNRR ci dice una cosa importante, fate le Case della Comunità con degli standard definiti. A livello nazionale la gran parte dei territori, e un po' anche in regione, è in clamorosa difficoltà. Torniamo al nostro esempio per capire la sostenibilità e mi avvio alla conclusione sintetizzando questo con un motto "tutto ciò si può fare", quindi anche l'unificazione delle aziende, perché non abbiamo realizzato in provincia di Parma solamente dei poliambulatori integrati, dei poli sociosanitari dopo la deospedalizzazione che abbiamo condotto, ma abbiamo realizzato delle Case della Salute che diventano Case della Comunità. Il personale e profili professionali nel tempo si sono consolidati all'interno di un nuovo setting di cura, buona parte di questi provenivano dagli ospedali e vi faccio solamente un esempio: quando sono partiti gli interventi di assistenza domiciliare nei distretti, in particolari in quelli montani, gli allora direttori di distretto hanno scelto profili che venissero dal mondo ospedaliero. Gli infermieri che andavano sul territorio guidati

sempre dal ruolo fondamentale del medico di medicina generale venivano da esperienza ospedaliera. La tecnica di esecuzione di prestazioni a livello infermieristico si apprende dove queste hanno volumi elevati e la si applicano dove ci sono le persone che ne hanno bisogno. Non abbiamo bisogno noi oggi di investimenti particolari in risorse umane all'interno delle Case della Comunità perché in termini relativi noi abbiamo già creato la popolazione di queste Case della Comunità, ma lo abbiamo fatto deospedalizzando e questo è un processo che è stato guidato da una politica visionaria che ha preso delle decisioni, che ha applicato degli indirizzi regionali e da soggetti tecnici che ci hanno creduto. La riorganizzazione delle chirurgie dell'ospedale citata prima non poteva essere applicata da professionisti convinti che "l'uomo solo al comando", "il miglior chirurgo del mondo" deve essere anche il miglior organizzatore del mondo. Nella visione futura degli assetti organizzativi della sanità fondamentale sarà il ruolo delle attività di ricerca e di didattica all'interno dei percorsi formativi, che devono tradursi in qualità dell'assistenza e di presa in cura del paziente. Trattandosi di soggetti fragili si deve aumentare la capacità di una comunità di prendersene cura. L'autorganizzazione dei sistemi di salute mentale non può non fare riferimento alle grandi spinte che ci sono state in questo territorio per la demicomunalizzazione e per una presa in carico delle persone con problemi di salute mentale non solamente da parte dei professionisti, degli psichiatri, ma di una intera comunità. E allora la sostenibilità non è solamente economica ma è sempre anche sociale e culturale, e vi dico che il capitale sociale si può misurare e non a caso l'Emilia Romagna, ricerche di Putnam della metà degli anni novanta, ha il capitale sociale più alto di tutto il mondo e non è un caso che Parma abbia il numero di associazioni di volontariato più grande e più numeroso di tutta la nostra regione. Qui c'è stato un combinarsi di eventi che oggi possono venire a sintesi. Ultima cosa, ruolo del medico di medicina generale. Fondamentale e centrale, questa rivoluzione sul territorio non poteva che essere condotta grazie ad un patto professionale con questo mondo, patto professionale che si è tradotto in un 80% di questa componente professionale che in questo momento è associata nelle forme associative più evolute, il 60% in gruppo, il 20% in rete, solo il 15% lavora ancora in forma singola, la quasi totalità all'interno delle Case della Salute e delle Case della Comunità. Il ruolo del medico di medicina generale è il ruolo dell'hospitalist



del territorio, e la competenza distintiva è quella di gestire la complessità di integrare le cure primarie. Quindi il tema dell'unificazione diventa un tema attuale, si può fare e qui c'è tutta la responsabilità che sta in capo a quella politica che ha avuto in questi anni il coraggio di costruire qualcosa di unico a livello di questo territorio e che, forse, in questo momento può aiutarci a costruire qualcosa di unico a livello dell'intera nazione.

## L'ETICA MEDICA NELLA VISIONE DI SISTEMA IN SANITÀ: LA COLLABORAZIONE INTERPROFESSIONALE QUALE VALORE D'EFFICACIA

Pierantonio Muzzetto



### Aspetti generali

L'argomento che mi accingo a trattare parte dall'analisi del ruolo del medico in un'epoca di grande trasformazione della scienza medica e della tecnologia. In epoca di grandi trasformazioni e dure prove a cui ci sottopone la non ancora risolta pandemia, in cui la liquidità del sistema sanitario contrapposto a quella della politica sanitaria nazionale e regionale, per quanto ci riguarda della RER, ci porta a ragionare sul valore della professione medica. Che non si contrappone, bensì entra a pieno titolo, nella dinamica degli interventi a tutela della salute, assieme alle professioni sanitarie.

Ciò, affrontando l'argomento con una visione di sistema, finalizzando gli interventi ad un sostanziale miglioramento delle prestazioni a favore del singolo, come persona, e della collettività. Con l'affrontare la duplice questione dei rapporti professionali e della tutela della salute col nuovo che avanza. Toccando gli aspetti delicati e particolarmente importanti dei ruoli e dei rapporti interprofessionali.

Con ciò valutando il **ruolo professionale e dell'atto medico**, in relazione alla sua storia, fin dalle sue origini ai nostri giorni, in osservanza della tradizione, formazione e competenze reali. In un contesto storico

di post-modernità, in cui occorre confrontarci col nuovo che avanza e con le nuove responsabilità forse troppo celermente assegnate a tutte le professioni sanitarie, senza un coerente e valutato rapporto fra le professioni.

Lo snodo è come sempre politico. Infatti, oggi la gestione della salute risente nella nostra realtà porta di una serie di disposizioni che portano ad una contrapposizione interprofessionale. Fra mondo sanitario e medico portando "a sistema" il "task shifting" livellante, di risparmio e in ogni caso elemento minus valoriale di politica sanitaria, in seguito alla modifica del titolo V della Costituzione. Con cui si assegna alle Regioni la tutela della salute, costituzionalmente garantita. Tanto cara a certa parte dei bioeticisti e sociofilosofi è la battaglia contro la dominanza medica, che è ormai un luogo comune da sfatare e che rimarca una visione riduttiva di certa politica regionale, fin troppo a forte espressione sociologica.

La diffusione di competenze in altri ruoli, da Spencer in avanti, e di teorie assimilate ci deve però riportare ad un'analisi di competenze maturate con percorsi precisi. In cui ha ruolo non certo l'organizzazione burocratica regionale, bensì le istituzioni preposte alla formazione, Università, SSN e Ordini, cui la legge ultima assegna proprio un ruolo in tale sistema.

Un insieme di attori che devono riconoscere agli Ordini quei valori etici che sono caratteristici del medico e sono a tutela non solo della professione quanto della salute della collettività, svolgendo quest'ultimi un ruolo di garanzia sociale. Poi, riconoscendo la peculiarità dell'agire medico cui deriva la beneficiabilità e non maleficità nel maggior interesse della persona, secondo i principi deontologici.

Ovvero, quella condizione che determina il lavorare in modo etico secondo pertinenze e responsabilità per cui, ritornando al concetto di dominanza medica, la posizione è piuttosto di «sudditanza» per come oggi il medico verrebbe visto e trattato da certa politica nazionale e regionale.

Approfondendo, certa politica non riconosce che identità, competenza e ruolo siano definite dalla cultura; oppure che le competenze derivino dal *cursus studiorum* specifico e, in particolar modo, che la cultura, che sta alla base della formazione, comporti una **deontologia condivisa**.

Va da sé che ogni atto medico appropriato sia finalizzato agli scopi della medicina con al centro il paziente (EBM-Sackett); o che ogni atto sanitario sia, sì, autonomo ma si eserciti in quella che si definisce "autonomia di scala". Entrando nella valutazione

delle responsabilità, in ambito interprofessionale esse sono differenti e differenziate per cui l'atto medico-sanitario presuppone una responsabilità individuale normata dal CD, rispondendo alla L.3/2018, ma che dovrà trovare risposta a livello legislativo. Al fine di eliminare quelle fughe in avanti professionali che hanno segnato il comma Legge 566/15 (Legge di Stabilità del 2015), la Legge 24/17 o le innovazioni regionali all'insegna del task shifting.

Occorre ragionare in termini più illuminati coerentemente con un percorso logico di sviluppo, col tenere conto del nuovo che avanza ovvero il futuro, che è già il presente. Che impone una nuova governance con nuovo rapporto uomo-macchina e presuppone una crescita professionale simultanea e coerente. Ma che non può prescindere da un'autonomia differenziata e coordinata nel quadro di una cultura istituzionale comune.

### La medicina dei nostri giorni votata al futuro

La repentina modifica dell'allocatione delle risorse e i nuovi, ingenti, investimenti nell'ambito privato portano a sfruttare sempre più il sistema di automazione, la tecnologia, l'AI e la robotica. Il ricorso all'innovazione mostra un futuro di guadagni, da una parte, e dall'altra una progressiva sottoccupazione, così da considerare lo sviluppo tecnologico attraverso l'algorithmica e l'A.I. come un periodo con luci ed ombre.

### I percorsi lavorativi

La complementarità, ovvero la finalizzazione al risultato nel lavoro multidisciplinare, comporta la necessità e l'opportunità di lavorare insieme in modo efficace tutelando la salute, bene supremo comune.

Ciò comporta un riordino del quadro normativo, oggi assai approssimativo e dispersivo delle professioni sanitarie e fonte di interpretazioni non sempre ortodosse; richiede una semplificazione dei rapporti come pure delle pertinenze e dei contenuti lavorativi.

Come comune denominatore delle professioni sanitarie si identifica un metodo di lavoro in comune, sempre rispettoso dei ruoli: finalizzato al risultato in modo che i percorsi lavorativi tengano contro delle esigenze cliniche.

Alla base è sempre la formazione, in modo nuovo e partecipato, che miri a dare quelle competenze necessarie e peculiari delle singole professioni e che siano correlate alle specifiche responsabilità.

Ciò non può avvenire se non ci si attiene alle basi deontologiche dell'autonomia

di ciascun professionista, in un sistema basato sulle competenze, responsabilità e ruolo che riportano al valore dei limiti dell'agire commisurato ai differenti livelli di responsabilità sia professionali che organizzativi.

Il percorso logico di sviluppo lavorativo in ambito sanitario deve considerare il lavorare insieme del medico inserito nel lavoro di équipe e, pertanto, non più individuale aprendosi in questo modo al lavoro multidisciplinare.

### I rapporti professionali

La rivalutazione delle pertinenze e delle responsabilità mediche si fonda perciò sulla cooperazione/collaborazione e coordinamento tra i professionisti coinvolti. Considerando la cooperazione come elemento di tipizzazione del lavoro attuato attraverso lo strumento della collaborazione.

Perché si attui necessita di un'organizzazione finalizzata alla beneficienza ovvero al risultato positivo in termini di salute e presuppone il raggiungimento delle finalità professionali ed etiche.

La "cooperazione" si attua attraverso la collaborazione tra le professioni nel percorso assistenziale e richiede una riflessione socio-politico ed etica. Così facendo diventa funzionale ad una rivalutazione dei compiti e degli atti, per una modulazione degli interventi tarati sull'efficacia in base al ruolo ed alle specifiche responsabilità.

### L'autonomia di scala

Nell'ambito delle autonomie si deve sempre evitare di coniugare autonomia con indipendenza, laddove il sistema d'interventi sia graduato e graduale in base a competenze fra loro complementari. Cioché, al fine di dare funzionalità alle varie prestazioni, è necessario che ci sia chiarezza e non confusione sul fare e su cosa fare. In questo modo si configura un intervento, pur sempre in autonomia, ma in realtà di livello limitato considerando l'aspetto della responsabilità dell'"agire nella funzione" e ruolo stabilito. S'identifica in questo modo una "autonomia di scala".

In un sistema, cioè, in cui le varie prestazioni eseguite per competenza dalle figure preposte che rispondono del proprio agire, da cui l'autonomia, ma siano coerenti con un preciso programma d'interventi coordinati. Da cui si definisce come autonomia di scala l'azione del professionista che **sia graduata e graduale sulla base della specifica competenza e responsabilità**, che è diversa dall'indipendenza prodotta dall'applicazione del task shifting (regionale).

La gradazione di ruoli e funzioni nell'effi-

cienza efficacia degli atti, in base a competenze e responsabilità specifiche si correla sempre più a differenti gradi di ruolo, competenza e specifica responsabilità, alla cui origine si trova la formazione.

A maggior ragione in ambito sanitario, visto che il task shifting, che è mutuato dall'industria, presuppone ruoli e competenze certe e fondate, cui far risalire alle responsabilità specifiche. Soprattutto perché il **governo primario della salute** della persona, paziente, cittadino e della collettività **è di tipo verticale** e si esercita con la partecipazione delle varie figure, a loro volta con competenze specifiche, nella cooperazione/collaborazione fra di loro e coordinate da un'unica figura.

**Mentre le singole prestazioni, pur nel lavoro collegiale, sono di tipo orizzontale**, in base a ruoli e funzioni delle varie figure dell'assistenza e della cura della persona, in un rapporto duale.

### Il percorso logico di sviluppo: gli interessi divergenti della politica

Ogni sviluppo in sanità si fonda su una cultura condivisa, come pure su norme e regole definite. Ciò va a confliggere con certa discordia politica e con la poca chiarezza negli obiettivi sociosanitari. Così da far parlare di una sempre più evidente "liquidità della politica", a testimonianza di una disarmonia funzionale e ideativa, frutto di assenza di programmazione e di non conoscenza delle problematiche reali di salute, parcellizzate in 21 sistemi sanitari italiani, conseguenza della modifica costituzionale che, insieme alla attuale legge di riforma sanitaria, appare insufficiente se non proprio fallimentare. Così da far richiedere a più voci una terza riforma della salute.

A parte queste considerazioni, il bene salute e la sua salvaguardia, quali principi generali, necessitano di un governo fondato su una cultura condivisa e su norme e regole chiare e comuni su tutto il territorio nazionale.

La politica degli interventi nelle singole regioni, a parte talune vicinanze progettuali, fra loro divergono e in taluni casi a prevalere è una certa discordia politica e la poca chiarezza negli obiettivi sociosanitari. Mancano, infatti, gli obiettivi comuni ed è carente la legislazione e la normativa contrattuale.

Se una pecca ulteriore va trovata, manca la mediazione politica nelle normazioni regionali.

Il clima elettorale continuo che porta a certe scelte, anche azzardate come quelle a conferma del task shifting professionale, non consente interventi strutturali ed organici in tema di salute in cui a prevalere

deve essere la collaborazione degli attori-coattori del sistema di assistenza e cura un processo d'intervento coordinato e continuativo in tema di salute.

È carente una governance centrale per il controllo e il coordinamento delle politiche della salute, come pure si vive nell'equivoco della declinazione dell'atto e del ruolo medico, in presenza di disposizioni legislative, talvolta esuberanti e non chiarificatrici, del ruolo delle varie componenti delle professioni sanitarie, assunte al ruolo di professioni intellettuali. Con "equivoco in essere" dell'uso distorto del titolo di dottore che per il medico ne identifica il ruolo per tradizione e per natura stessa, mentre gli altri laureati è solo un titolo accademico, comprovante la laurea universitaria, il cui agire è identificato dalla professione esercitata: ovvero laurea in infermieristica, da cui infermiere, in fisioterapia, da cui fisioterapista, etc.

Perché l'uso e abuso del titolo di dottore, pur non rispondendo alla funzione di medico, confonde e crea aspettative mediche in chi non lo sia e su cui necessita una specifica presa di posizione politica e federativa in onestà intellettuale.

La riprova di una poca attenzione legislativa sull'agire e sul ruolo medico, evidente nell'ambito delle responsabilità determinate in sentenza dalla Corte di Cassazione, si ritrova nelle nove («9») leggi che assegnano una funzione specifica al medico a partire dal 1993-2005. E queste stabiliscono in sequenza: l'Accertamento della morte, il Prelievo di organi da cadavere, il Prelievo organi da vivente, il Buon uso del sangue, la Radioprotezione, la Procreazione assistita, l'IVG, la Sperimentazione con L'uomo, la Sperimentazione sull'animale, cose importantissime, ma che non sono espressive dell'agire medico e delle necessarie differenziazioni dalle altre professioni complementari a quelle mediche.

### Il percorso logico di sviluppo: ruoli e funzioni

Parlare di ruoli e funzioni rientra nella tutela della salute e si deve coniugare con norme legislative chiare. Certamente perché la medicina avanza nella ricerca scientifica e nella tecnologica richiedendo nuove competenze e ulteriori modelli operativi, dovendosi identificare nuovi ruoli e relative funzioni. Da qui l'esigenza di stabilire chiaramente la gerarchia dei ruoli, delle funzioni e delle responsabilità in capo ora al medico.

Di fronte alla liquidità della politica ed a politiche discutibili delle regioni è più che mai necessaria una legge sui Ruoli e sulle Funzioni Medico/Sanitarie, questo, perché

il rispetto dei ruoli e funzioni non può essere mera prerogativa degli Ordini per quanto Enti sussidiari dello Stato e anche perché necessita una definizione dei confini funzionali e d'intervento delle professioni. Tracciando il percorso ideale che risponda ad una logica di sviluppo, l'ipotesi legislativa si basa su una specifica proposta sulla formazione e sulla normazione del lavoro in base alle esigenze oggettive.

**Va considerato il percorso Etico-normativo:** è infatti auspicabile a livello legislativo prevedere un tronco "sanitario" comune e un percorso etico-deontologico di tutti gli operatori della sanità. Così è prevedibile un **percorso Etico-Professionale** che consenta una definizione di tutti i criteri di accesso alla formazione, un percorso formativo su disciplina, governance, diritti lavorativi e una determina di ambiti, stato giuridico, competenze professionali e gestionali.

### Il ruolo delle Istituzioni

A Parma si è parlato e lavorato alacremente per l'Unificazione interaziendale, come progetto innovativo di gestione unitaria della politica della salute, attraverso una proattività Interistituzionale per la governance di sistema, attraverso quello che si definisce come progetto Parma 1. Ciò presuppone l'intesa istituzionale fra Aziende (SSN)- Università - Ordine e Istituzioni economiche per gestione del sistema salute.

L'unificazione del sistema di assistenza e cura è difatti obiettivo primario di gestione delle ASL, sulla base di una cooperazione di sistema e con la previsione di interventi organizzativi coerenti e coordinati, gestione delle risorse economiche e umane. Sarebbe incompleto se non rientrasse in adeguate politiche per la salute e, nella collaborazione con l'Università, con un progetto/revisione della formazione post-laurea.

A questo primo progetto si correla il Progetto Parma 2: in cui l'intesa istituzionale: SSN- Università - Ordine e Istituzioni economiche è per la **life for learning** e per gli interventi di sistema sulla salute.

Occorre, a questo riguardo, affrontare l'aspetto formativo, con un tronco comune al fine di educare (paideia) alla cooperazione attraverso la collaborazione (strumento di cooperazione e non semplice sinonimo), finalizzato all'acquisizione/adequamento costante delle competenze e delle capacità.

È efficace la progettualità formativa attraverso il Progetto Parma 3: in collaborazione fattiva fra Ordine nel ruolo di garanzia cui compete anche la formazione post-

laurea (L.3/18) in stretto collegamento con l'Università nella formazione pre-laurea, col coniugare sempre più l'apprendimento con la professione e agendo come volano per l'inserimento precoce dei laureati nel lavoro. Ci si rende possibile attraverso la formazione post-laurea, l'adequamento e affinamento delle conoscenze tecnico-scientifiche, l'articolazione delle specializzazioni, il superamento degli imbuti "formativo e professionale".

### Le tutele

Da un punto organizzativo e gestionale, in un sistema basato sulla cooperazione e attuato attraverso la collaborazione di tutte le figure professionali occorre uno sforzo ideativo che porti ad un percorso logico di sviluppo che preveda l'applicazione delle tutele.

Nel cui contesto si definisce un "articolato" di tutele che investono non solo gli interlocutori medici e sanitari, ma anche gli stessi cittadini intorno a cui ruota il mondo delle prestazioni.

Le tutele, plurime, sono declinate come la sicurezza sociale, la produttività, la responsabilità e i valori etici espressi dalla professione medica e delle altre professioni sanitarie, chiamate a rispondere sul piano delle specifiche competenze e sugli atti complementari nella filiera della salute.

Esse traggono linfa dalla sinergia degli attori e dal coerente rapporto fra cittadini coi diversi attori della salute.

### In conclusione

In medicina, col riconoscer il giusto tributo a ciascuno, va inteso che si debba uscire da ogni possibile equivoco semantico e funzionale per cui «Dottore» è il «medico» e ne identifica la funzione peculiare. Per tutte le professioni, non solo sanitarie, esprime il solo titolo accademico e non identifica la professione o il ruolo svolto, mentre l'essere laureato non annulla l'indicazione professionale: ingegnere, alla laurea dottore in ingegneria; commercialista, dottore in economia e commercio, infermiere, laureato in scienze infermieristiche, per tutti in base alla professione svolta.

L'Atto medico non è una iattura. Né termine di cui vergognarsi per la veemenza con cui certa politica l'ha depennato da leggi specifiche, come quella della responsabilità medica, sostituendolo con esercente la professione sanitaria. Allo stesso modo è ora di rivendicare un ruolo che sia ligio alla funzione ricoperta ed alla responsabilità assegnata al medico. Tutto ciò, quale presupposto di quanto ogni medico in modo

peculiare e "non delegabile" compia a tutela della salute e abbia responsabilità clinica degli atti complementari di tutti coloro che collaborano con lui nel sistema salute, da lui assolutamente coordinato.

Pur diversificato, l'atto medico è assimilato a "qualsiasi atto proprio e significativo di ogni professione" in ambito sanitario, definito per ruolo e competenze per ciascuna professione le specifiche professioni, legittimamente raggiunte ed esercitate. La cooperazione/collaborazione trova riscontro nell'Apologo di Menenio Agrippa: Come lo "sciopero/indipendenza" delle parti (organi e apparati) del corpo lo portano al caos ed alla morte, così lo "sciopero/non collaborazione" delle componenti sanitarie comporta l'immobilità ed il fallimento dei processi d'assistenza e cura verso chi ne sia destinatario e determina l'inefficacia di ogni intervento con la maleficità vs la beneficiabilità degli effetti.

Il rapporto all'interno dei percorsi assistenziali e di cura si basa, perciò, sulla relazione tra medico e paziente che si fonda sull'alleanza e in tutto ciò è fondante la fiducia espressiva del rapporto duale, valido e coerente con la complessità della sanità moderna; in esso vige la massima deontologica del "tempo di relazione quale tempo di cura".

L'agire in cooperazione è garanzia d'efficienza di sistema e proprio nella filiera della salute, l'agire in cooperazione è garanzia di efficienza /efficacia della cura e dell'assistenza.

Ne consegue la declinazione degli assunti di base che prevede che il responsabile e garante clinico non possa che essere il medico (per suo ruolo e funzione); come pure che ciascun professionista agisca in piena autonomia che non vuol dire indipendenza, ma egli coopera per propria parte al fine comune nell'efficacia delle cure.

Nella filiera assistenziale, infatti, ci si rapporta secondo ruolo funzione e responsabilità specifica sempre nella cooperazione/collaborazione finalizzando ogni atto al risultato nella pluralità degli interventi.

Ricordando la recente prima Conferenza nazionale sulla Questione medica: riporto la frase pronunciata dal Presidente nazionale della Federazione medica commentando l'indagine commissionata all'Istituto Piepoli che dimostra la resa dei medici italiani: difatti un terzo dei medici sogna prematuramente la pensione: ciò è comune soprattutto fra i più giovani, dai 25 ai 45 anni, Un "dato scioccante che fa riflettere. Stiamo uccidendo la speranza. Chi ama questa professione chiede di poterla esercitare con l'entusiasmo degli inizi".



**OMCEeO Parma**  
Ordini dei Medici chirurghi Odontoiatrici  
della Provincia di Parma



*Si ringrazia l'Unione Parmense degli Industriali  
per la gentile concessione della sala*