

Medicina difensiva: tutto e il contrario di tutto?

La medicina difensiva (MD) fa riferimento a tutte le prestazioni sanitarie erogate dai medici principalmente per prevenire il rischio di azioni legali. Le prestazioni superflue indotte dalla MD per timore di contenziosi in ambito giudiziario tendono a determinare un incremento superfluo della spesa sanitaria totale.

DEFINIZIONE INCERTA

Includendo concettualmente tutte le attività cliniche che i medici effettuano al di là delle cure standard suggerite dalle loro competenze cliniche¹, la MD si caratterizza per essere mirata a proteggerli da azioni legali condotte da parte di pazienti (o loro parenti) per negligenza o *malpractice* (*ndr* in italiano si traduce oramai impropriamente 'malasanità', motivo per cui abbiamo preferito lasciare il termine originale in inglese).

In letteratura la pratica della MD è generalmente suddivisa in²: i) 'positiva', quando i medici prescrivono visite e esami superflui e/o ripetitivi; ii) 'negativa', quando i medici si rifiutano di curare pazienti ad alto rischio o evitano prestazioni rischiose.

È assai probabile che la MD venga praticata più frequentemente in specialità ad alto rischio, quindi più esposte a contenziosi legali³; gli esami diagnostici e i tagli cesarei risultano gli esempi più citati in letteratura di prestazioni non necessarie⁴. Ovviamente, i pazienti sono le 'prime vittime' della negligenza medica⁵, ma i medici stessi possono divenirne le 'secondo vittime', conseguentemente alle condizioni di lavoro stressanti che caratterizzano la loro pratica quotidiana⁵. Siccome un'azione legale può addirittura indurre una 'sindrome clinica giudiziaria'⁶, la MD può fornire un beneficio psicologico ai medici ad essa esposti.

Il concetto di MD è stato recentemente esteso alla percezione di essere giudicato un medico di basso profilo da parte dei propri colleghi come conseguenza dei propri errori clinici⁷. La perdita di reputazione sul posto di lavoro può indurre

un sentimento di 'vergogna' sproporzionato rispetto al senso di colpa indotto dall'importanza di uno specifico errore, aumentando la probabilità di burnout professionale⁸. Questa tendenza può essere ulteriormente rafforzata da una cultura popolare orientata a 'colpevolizzare' il singolo individuo stigmatizzando gli errori clinici dei medici sui mass media⁶.

AMBITO LEGALE

La MD è ovviamente influenzata dall'approccio culturale e legale presente in ogni nazione nei confronti della *malpractice* medica, cioè della negligenza professionale che genera un trattamento di livello inferiore al comune standard dettato dalle conoscenze in campo medico⁹, arrecando alla salute del paziente un danno potenzialmente evitabile.

Non a caso il concetto di MD è nato negli Stati Uniti⁷, una nazione in cui le azioni legali causate da negligenza medica sono da anni assai diffuse. In generale, le pratiche collegate alla MD sono plausibilmente più frequenti nei Paesi a elevata densità di avvocati¹⁰. Ad esempio, fra i Paesi europei di maggiori dimensioni, l'Italia fa registrare la più alta percentuale di cause legali giudicate in tribunale per condotta medica non professionale¹¹.

Di conseguenza, la MD sembra essere influenzata più da fattori ambientali che individuali³, divenendo una sorta di 'tassa di lusso' per i Paesi più ricchi con sistemi giudiziari caratterizzati da pene severe sugli illeciti. Poiché fare qualcosa viene spesso ritenuto un comportamento comunque migliore rispetto a quello di non fare nulla, la MD può contribuire alla 'tempesta perfetta per un utilizzo eccessivo di risorse sanitarie'¹². La MD sembra essere recepita come un problema meno rilevante – sorta di futura minaccia indotta dalla crescente 'americanizzazione' dei sistemi sanitari² – in quelle nazioni europee (ad esempio, i Paesi Scandinavi) dove le lamentele dei pazienti possono essere precedentemente affrontate in luoghi alternativi ai tribunali (ad esempio, i comitati disciplinari medici). Dal momento che un ambiente legale equilibrato

NEWS & VIEWS Medicina difensiva: tutto e il contrario di tutto

dovrebbe contribuire a limitare la MD, le politiche legali più suggerite sono quelle orientate a ridurre la responsabilità medica per errori non intenzionali¹⁰. Idealmente, una gestione di buon senso degli illeciti civili dovrebbe dare luogo a: i) risarcimenti assai improbabili per pazienti che intentano contenziosi legali a seguito di danni alla salute irrilevanti, ii) risarcimenti pressoché certi solo per pazienti seriamente danneggiati da episodi di grave negligenza medica.

STIMA DELLE CONSEGUENZE E DEI COSTI

Le indagini mediche sono di gran lunga la fonte principale di stime inerenti la MD e i costi da essa indotti¹³. La MD sembrerebbe in continua crescita nella maggior parte delle nazioni europee¹, salvo in alcuni studi dei Paesi nordici², generando di conseguenza costi assai rilevanti per i sistemi sanitari. Tuttavia, dal momento che il comune standard di cura può essere legalmente definito solamente in riferimento al comportamento che altri medici qualificati avrebbero tenuto in circostanze analoghe⁷, il limite intrinseco dei risultati di queste indagini è la mancanza di riferimenti oggettivi. Poiché le risposte possono variare notevolmente in base a come vengono disegnati gli studi e formulati i quesiti¹⁴, risulta assai difficile tracciare una linea di demarcazione realistica fra pratiche difensive e prudenziali⁴, rendendo così molto arduo il compito di raccogliere informazioni accettabilmente rigorose sulla MD. Di conseguenza, anche le stime di costo risultano scarsamente attendibili⁷.

L'impatto economico complessivo della MD è stato valutato tramite modelli teorici, includendo i costi indiretti indotti dalle condizioni di stress lavorativo dei medici, nonché dalle perdite di tempo e reputazione professionale. Dal momento che la notevole quantità di tempo dedicata ai contenziosi legali può ridurre la produttività¹⁵, i medici possono considerare conveniente la pratica della MD quand'anche coperti da una polizza assicurativa¹⁶. Anche nei casi in cui una tecnologia rischiosa possa portare a una

guarigione completa dei pazienti, la MD negativa può comunque indurre i medici a optare per strategie più sicure (seppure potenzialmente meno efficaci) in ambienti caratterizzati da una legislazione severa nei confronti dei casi di *malpractice*¹⁶.

MEDICINA: SCIENZA O ARTE?

La discussione sulla MD fa parte in realtà di un più ampio dibattito moderno sulla medicina, che in sintesi ruota intorno al quesito se quest'ultima vada oramai considerata una scienza perfetta fondata sulle certezze oppure tuttora un'arte imperfetta basata sulle probabilità¹⁷. Il primo approccio è ben descritto dalla metafora del 'corpo come macchina'⁸, con il medico nei panni del 'meccanico' in caso di guasto. I medici possono fare la giusta diagnosi e fornire la giusta terapia oramai per quasi tutte le patologie grazie al progresso scientifico, generando inevitabilmente un sospetto di errore medico nel caso in cui insorgano complicanze per il paziente¹¹.

L'approccio alternativo enfatizza il concetto che la medicina è tuttora un'arte basata sulle probabilità⁷. Dal momento che la certezza clinica è solo un'illusione, a partire dalla diagnosi¹⁷, con risposte individuali dei pazienti spesso imprevedibili^{6,17}, la pratica medica dovrebbe tuttora basarsi su esperienza e intuizione. Allo stesso modo in cui un libro di ricette non può garantire di per sé una cucina di successo, i medici non dovrebbero seguire esclusivamente le linee guida cliniche quando prendono le proprie decisioni, ma analizzare sempre e comunque le caratteristiche individuali dei propri pazienti¹⁷.

La MD è probabilmente una reazione logica al primo approccio oramai preponderante, che promette di curare qualsiasi malattia¹⁷. Di conseguenza, secondo alcuni autori, la MD risulta necessaria per limitare la responsabilità legale dei medici^{3,4,18}, sorta di conseguenza inevitabile della società moderna, mentre molti altri considerano la MD eticamente inaccettabile^{1,5,17,19}, in quanto espone i singoli pazienti a rischi evitabili e genera costi superflui per la società.

LA FIDUCIA DEL PAZIENTE E L'ATTITUDINE DEL MEDICO VERSO I PROPRI ERRORI

La crisi moderna della relazione medico-paziente sembra alimentare progressivamente la MD¹⁷. Mentre i medici sono tuttora riluttanti ad accettare giudizi critici nei confronti del proprio operato professionale, i pazienti hanno incrementato in modo esponenziale le proprie aspettative nei confronti dei trattamenti innovativi, grazie anche al ricorso sempre più frequente ai media moderni come internet¹¹. La fiducia dei pazienti nei confronti dei medici è stata ulteriormente indebolita dal sempre minor tempo dedicato da questi ultimi a discutere con loro dei problemi di salute⁵, conseguenza inevitabile della tendenza a trattare più pazienti in meno tempo. Perciò, la reazione più efficace alla MD dovrebbe essere quella di incoraggiare comunicazione e rispetto reciproco da entrambe le parti, con maggiore disponibilità da parte dei medici ad ascoltare i propri pazienti prima di provare a convincerli della bontà delle cure loro proposte¹¹. Una strategia sociale avversa alla MD dovrebbe essere in grado di gestire positivamente gli errori medici,¹⁷ ragione per cui una rivoluzione culturale mirata a trasformare gli errori non intenzionali dei medici in opportunità di apprendimento dovrebbe essere quanto mai ben accetta da tutte le parti in causa⁶. I medici dovrebbero anche rendersi maggiormente disponibili a collaborare con i propri colleghi di altre specialità: ad esempio, i radiologi potrebbero educare i propri colleghi sui rischi e i benefici degli esami di propria competenza che prescrivono²⁰. Un clima di collaborazione clinica dovrebbe plausibilmente condurre a un utilizzo più efficace ed efficiente delle risorse sanitarie, scoraggiando la MD¹⁸.

COMMENTO

Dopo avere riscontrato tutto e il contrario di tutto in letteratura, risulta difficile non condividere la conclusione che il dibattito sulla MD è assai confuso e fornisce scarse indicazioni pratiche ai politici che si occupano di sanità¹³. La lezione più sensata da trarre è che va incoraggiato un cambiamento culturale orientato a limitare sia una completa

discrezionalità nella pratica medica sia un'estrema severità nella punizione degli errori clinici²¹. Mentre al giorno d'oggi la prima è in gran parte venuta meno conseguentemente alla crescente redistribuzione di potere dai medici ai pazienti²², la seconda tende sicuramente a incentivare la MD. Coerentemente, un contesto legale analogo a quello dei Paesi Scandinavi dovrebbe essere il più indicato per scoraggiare la MD, offrendo diverse risoluzioni prima di far sfociare le lamentele dei pazienti in azioni legali.

IMPLICAZIONI POLITICHE

Dopo avere constatato che la MD può essere giudicata un 'effetto collaterale' della medicina moderna, piuttosto che una vera e propria 'ferita', sembra utile fornire alcune raccomandazioni generali ispirate dall'economia e dal management per limitarne la portata nei Paesi europei.

La recente tendenza istituzionale più preoccupante è l'adozione generalizzata di tariffe per finanziare i servizi sanitari (ad esempio, le tariffe DRG per i servizi ospedalieri) in sostituzione e/o a complemento dei budget globali di spesa²³. Questa discutibile scelta – una 'americanizzazione' della sanità europea – appare scarsamente raccomandabile, in quanto lede la capacità di coordinamento e di reciproca sinergia fra servizi sanitari. In particolare, tendendo a finanziare anche i trattamenti superflui, i sistemi tariffari possono effettivamente alimentare la MD come ulteriore distorsione¹³. Di conseguenza, condividiamo l'opinione che questa tendenza vada quanto prima bloccata e riformata.

Se la medicina va considerata prima di tutto una missione al servizio dei pazienti, come spesso riportato nella letteratura medica, coerentemente non dovrebbero essere introdotti nei sistemi sanitari incentivi finanziari per stimolare l'operato dei professionisti sanitari a beneficio dei pazienti²⁴. Inoltre, se gli interessi dei pazienti sono la 'stella polare' del rapporto fiduciario instaurato dai medici, l'etica medica e quella degli affari non dovrebbero essere mischiate fra di loro,

NEWS & VIEWS Medicina difensiva: tutto e il contrario di tutto

proprio per evitare di minare la fiducia reciproca fra medico e paziente. Sorprendentemente, nella letteratura europea riferita alla MD non si trova alcun riferimento alla doppia pratica dei medici (cioè la combinazione di attività pubblica e privata). Sotto il profilo manageriale, è in tutto equiparabile alla possibilità di concedere ai dipendenti di un'azienda di fare affari con gli stessi clienti nel proprio tempo libero, una situazione aziendale molto anomala, addirittura paradossale per una professione considerata sempre più stressante e soggetta a burnout come quella medica attuale²⁴. Quindi, questo problema meriterebbe ben altra attenzione e soluzione.

In conclusione, proviamo a formulare una proposta concreta per fornire stime più solide sulla MD e sui costi da essa indotti nei sistemi sanitari europei rispetto a quelle rilevate dalle indagini mediche. Assumendo che i medici siano per definizione i pazienti più informati quando loro (e i loro parenti stretti) si ammalano, perché non fondare un osservatorio permanente nella Unione Europea mirato a confrontare i loro consumi sanitari con quelli della popolazione generale? A quanto ci risulta, questo interessante esercizio è stato condotto in passato negli anni '90 in Svizzera²⁵, ma non è stato più replicato successivamente.

Livio Garattini, Paola De Compadri

CESAV, Centro di Economia Sanitaria,
Istituto Mario Negri IRCCS, Ranica (BG)
livio.garattini@marionegri.it

BIBLIOGRAFIA

1. Ortashi O, Virdee J, Hassan R, Mutrynowski T, Abu-Zidan F. The practice of defensive medicine among hospital doctors in the United Kingdom. *BMC Med Ethics* 2013; 14: 42.
2. Yan SC, Hulsbergen AFC, Muskens IS, van Dam M, Gormley WB, Broekman MLD, Smith TR. Defensive medicine among neurosurgeons in the Netherlands: a national survey. *Acta Neurochir (Wien)* 2017; 159: 2341-50.
3. Bean JR. Defensive medicine: a game in which perception trumps reality. *World Neurosurg* 2016; 90: 646-7.
4. Coates J. Defensive medicine. *N Z Med J* 2002; 115: U144.
5. Assing Hvidt E, Lykkegaard J, Pedersen LB, Pedersen KM, Munck A, Andersen MK. How is defensive medicine understood and experienced in a primary care setting? A qualitative focus group study among Danish general practitioners. *BMJ Open* 2017; 7: e019851.
6. Pellino IM, Pellino G. Consequences of defensive medicine, second victims, and clinical-judicial syndrome on surgeons' medical practice and on health service. *Updates Surg* 2015; 67: 331-7.
7. Berlin L. Medical errors, malpractice, and defensive medicine: an ill-fated triad. *Diagnosis (Berl)* 2017; 4: 133-9.
8. Unningham W, Wilson H. Complaints, shame and defensive medicine. *BMJ Qual Saf* 2011; 20: 449-52.
9. Clark JR. Defensive Medicine. *Air Med J* 2015; 34: 314-6.
10. Cote DJ, Karhade AV, Larsen AM, Castlen JP, Smith TR. Neurosurgical Defensive Medicine in Texas and Illinois: A Tale of 2 States. *World Neurosurg* 2016; 89: 112-20.
11. Toraldo DM, Vergari U, Toraldo M. Medical malpractice, defensive medicine and role of the "media" in Italy. *Multidiscip Respir Med* 2015; 10: 12.
12. Emanuel EJ, Fuchs VR. The perfect storm of overutilization. *JAMA* 2008; 229: 2789-91.
13. Garattini L, Padula A. Defensive Medicine in Europe: a 'full circle'? *Eur J Health Econ* 2019. <https://doi.org/10.1007/s10198-019-01144-0>.
14. Baicker K, Wright BJ, Olson NA. Reevaluating Reports of Defensive Medicine. *J Health Polit Policy Law* 2015; 40: 1157-77.
15. Osti M, Steyrer J. A perspective on the health care expenditures for defensive medicine. *Eur J Health Econ* 2017; 18: 399-404.
16. Feess E. Malpractice liability, technology choice and negative defensive medicine. *Eur J Health Econ* 2012; 13: 157-67.
17. Vento S, Cainelli F, Vallone A. Defensive medicine: It is time to finally slow down an epidemic. *World J Clin Cases* 2018; 6: 406-9.
18. Fronczak SW. Defensive medicine: a tax/surcharge for the delivery of healthcare. *World Neurosurg* 2016; 95: 594-6.
19. Kachalia A, Mello MM. Defensive medicine: legally necessary but ethically wrong? Inpatient stress testing for chest pain in low-risk patients. *JAMA Intern Med* 2013; 173: 1056-7.
20. Chawla A, Gunderman RB. Defensive medicine: prevalence, implications, and recommendations. *Acad Radiol* 2008; 15: 948-9.
21. Catino M, Celotti S. The problem of defensive medicine: two Italian surveys. *Stud Health Technol Inform* 2009; 148: 206-21.

22. Garattini L, Padula A. Patient empowerment in Europe: is no further research needed? *Eur J Health Econ* 2018; 19: 637-40.
23. Garattini L, Padula A. Competition in health markets: is something rotten? *J R Soc Med* 2019; 112: 6-10.
24. Garattini L, Padula A. Dual practice of hospital staff doctors: hippocratic or hypocritic? *J R Soc Med* 2018; 111: 265-9.
25. Domenighetti G, Casabianca A, Gutzwiller F, Martinoli S. Revisiting the most informed consumer of surgical services. The physician-patient. *Int J Technol Assess Health Care* 1993; 9: 505-13.

Essere medico nel nostro tempo

Il più proprio destino del medico è di essere chiamato a rispondere. Egli è per eccellenza il "responsabile". È celebre l'antico precetto "conosci te stesso", rivolto a chiunque intendesse consultare l'oracolo del tempio di Delfi. Secondo la più filologicamente fondata e persuasiva interpretazione, si trattava di una semplice prescrizione rituale. La sua portata in effetti non era in alcun modo filosofica, ma semplicemente pratica. Non si esortava l'individuo alla conoscenza teorica della sua essenza di uomo, ma lo si avvertiva che, prima di consultare l'oracolo, gli conveniva guardare in se stesso per avere chiaro il suo problema: soltanto così egli sarebbe stato in grado di formulare la domanda con la precisione necessaria per ottenere una risposta appropriata. In tutto ciò evidentemente non era in gioco la tranquilla oggettività della scienza, ma l'agitata soggettività del desiderio, cioè il pressante bisogno di sciogliere l'insopportabile ansia di un'incognita pratica. Chi si rivolgeva all'oracolo non cercava la verità, ma la salvezza. Nella complessa economia della vita umana nessun individuo è quello che è, se non in relazione con l'essere di ogni altro. Così, chiunque venga interpellato, già solo per questo è chiamato a

rispondere, è costituito "responsabile". Il medico è per eccellenza il "responsabile". Lo s'interpella per avere la salvezza, appunto ciò che in latino si dice *salus*, salute. La salute è la salvezza della vita, la salvezza dalla morte. Il medico, che interpellato non rispondesse, compirebbe il gesto dell'assassino, abbandonerebbe il sofferente al suo perdersi cioè, nel caso estremo, lo lascerebbe precipitare dal relativo dell'esserci nell'assoluto di un irrevocabile nulla, il medico nei limiti in cui sa, può. E nei limiti in cui può, egli deve "rispondere". La risposta è "medica" nel duplice significato: 1) è la "terapia", conoscenza tecnica (somministrazione di farmaci o intervento chirurgico); 2) è "cura", "prendere a cuore" l'altrui vita, sapienza morale.

Ogni relazione medica (drammatico appello di chi sta male e doverosa risposta del competente) è un segmento di storia: di piccola storia di persone, ma anche di grandiosa storia sociale. Non c'è individuo della nostra specie che non sia diventato "umano" nel rapporto con gli altri esseri umani a cominciare dalla sollecitante accoglienza e dall'incitante parola della madre.

Salute e malattia non sono solo stati o eventi di natura ma ben più effetti di cultura e di organizzazione della società in un determinato momento della sua storia. Del tutto effetto di cultura e di organizzazione della società è la medicina. Nelle società "moderne" la salute e la malattia, e perciò la medicina, sempre più sistematicamente hanno assunto il rango di questione di Stato, fino a diventare competenza di "servizi sanitari nazionali". Al tempo stesso scienza sperimentale e vertiginoso sviluppo tecnologico producono sempre più ampie conoscenze dei processi biologici, e nella quotidianità delle pratiche diagnostiche e terapeutiche introducono strumentazioni sempre più potenti. In questo quadro la responsabilità del medico non cambia nella sua radice, che è il suo essere doverosa risposta all'invocazione di salvezza. Tuttavia adesso al medico paradossalmente tocca di dover difendere la medicina contro gli stessi poderosi strumenti che la tecnologia e la politica sempre più le offrono. Non v'è dubbio che, sol per fare

due esempi, la sempre maggiore disponibilità di prodotti farmacologici strettamente mirati e insieme ampiamente pubblicizzati incoraggia la terapia "fai da te", mentre la crescente varietà di metodiche della diagnostica laboristica e di quella per immagini facilita sbrigativi passaggi alla terapia di questo o quell'organo isolatamente considerato.

La "terapia" pertanto invade l'intera scena dell'azione medica. Resta mortificata, quando non del tutto espulsa, la "cura" la "presa a cuore" della vita sofferente da parte di colui a cui essa è affidata. Il che vuol dire che la medicina – la relazione tra il malato e il medico – è infranta. D'altra parte, l'aziendalizzazione del servizio sanitario che, anche nelle parti private, funziona integrato nel sistema pubblico, comporta la grave interferenza di prepotenti elementi estranei, come politica e burocrazia, nell'esercizio della funzione medica. In conclusione, da una parte la tecnologia con le sue macchine e dall'altra parte la gestione politico-burocratica minacciano la genuina relazione vitale tra le due esistenze, tra la richiesta d'aiuto e la doverosa risposta. La "responsabilità" tende a disumanizzarsi: la risposta da morale diventa semplicemente tecnica e legale. Il dovere di "rispondere" degrada a obbligo di prestazione e produttività economica, come per chiunque lavori in un'azienda.

Il malato si avvia a ridursi a semplice materiale di un lavoro professionale. La responsabilità del medico, nel nuovo contesto, è di resistere non più soltanto, come sempre, alla brama di ricchezza e di potenza sociale, ma anche al rischio di arrendersi alla dittatura delle macchine e della burocrazia. Nessuna "terapia" conserverebbe infatti l'autenticità del suo ruolo nella medicina, se non trovasse più la sua ragione in ciò che fa del medico un vero medico, cioè nella relazione personale, in cui alla richiesta di salvezza si risponde con la "cura", con il "prendere a cuore" l'altrui vita.

Aldo Masullo

È stato un filosofo, politico e accademico italiano (Avellino, 12 aprile 1923 – Napoli, 24 aprile 2020)

Salviamo la Lombardia

Il discorso di don Virginio Colmegna, in occasione della manifestazione "Salviamo la Lombardia" di sabato 20 giugno 2020.

Siamo qui non solo per protestare, ma per testimoniare anche il dolore che abbiamo vissuto e che stiamo ancora vivendo in Lombardia. Siamo qui per dare voce alla sofferenza dei più fragili, a coloro che ci hanno lasciato. Quel dolore, quella umanità sono un capitale solidale umano e, lasciatemelo dire, spirituale che deve innervare anche la politica della salute.

Io penso che sia stata questa tensione a ispirare i padri costituenti, quando scrissero che la salute è un diritto costituzionalmente protetto per tutti: universale, equo, in grado di contrastare ingiustizie e disuguaglianze. È un patrimonio costituzionale, questo, che non può essere interrotto da una logica mercantile.

"Niente sarà più come prima", ci siamo detti spesso in questa fase. Deve essere davvero così, anche e soprattutto nell'ambito della salute.

Con la pandemia abbiamo visto che la salute, secondo anche la definizione che ne dà l'OMS, è un bene complesso, in cui contano anche quelli che chiamiamo "i determinanti sociali", il che significa che la cura va oltre l'aspetto meramente sanitario e assistenzialistico, e che la vera salute è data dalle domande e risposte di cura che si esprimono nella comunità locale, nella prossimità, nella domiciliarità, nella medicina territoriale.

Si fa quindi sempre più urgente un cambio di paradigma, che superi l'idea di una salute solo come merce, dove c'è la separazione tra l'ospedale, con le sue eccellenze, e il valore del territorio. Dobbiamo andare verso un'idea di salute in cui continuo sempre di più l'informazione e la formazione, che già caratterizza alcune esperienze territoriali virtuose. In cui non ci si rassegni di fronte alla cronicità, marginalizzandola; in cui si torni a

fare prevenzione; in cui si superino finalmente quei luoghi di contenimento e abbandono in cui vengono "rinchiuse" le fragilità.

Lo sanno benissimo i familiari degli anziani delle RSA, che hanno vissuto una tragedia negli scorsi mesi e stanno vivendo ancora il dramma della solitudine. Lo sanno moltissime realtà del terzo settore, come molte che sono in piazza oggi, che esprimono comunità di accoglienza per persone con dipendenze, centri diurni per disabili o per coloro che soffrono anche psicologicamente, e che ancora si trovano condannati a essere bloccati nella fase uno, con l'impossibilità di tornare a vivere le proprie relazioni sul territorio, come siamo tornati a fare tutti noi. Questo paradigma va superato!

C'è bisogno di budget di salute, di comunità di cura e di ricerca. C'è bisogno di prossimità.

Questa è una domanda che investe il Paese tutto, con un bisogno di riforma del sistema salute, in cui sia difesa la dimensione pubblica. Ecco perché siamo qui: a dire che quel capitale umano e sociale chiede di voltare pagina non solo qui in questa regione, ma perché tutte le comunità locali e i territori chiedono una nuova cultura della salute, che non istituzionalizzi, che non privatizzi le risorse, che non separi sociale e sanitario, che ponga al centro la persona e la sua domanda di cura. Partendo dalla Lombardia questo cambiamento strategico deve raggiungere tutti i territori, tutte le regioni con la loro specificità, grazie a quella forza straordinaria di solidarietà sapiente che il nostro paese sa esprimere.

E proprio in nome di questo respiro di umanità solidale, dobbiamo dire no a tutta forza alla violenza, che si incanala anche in tristi e barbare minacce che hanno raggiunto anche il governatore Fontana e la sua famiglia. In questo momento, proprio per dare il senso pacifico di solidarietà vera, ci sentiamo di esprimere la nostra vicinanza e il nostro abbraccio solidale.

La politica di cui abbiamo bisogno si rigenera se questi sentimenti sanno esprimere nella cura la dimensione che ci permette di sentirci capaci di critica e di un desiderio di compiere un cammino di comunità, che sia

davvero cittadinanza per tutti. I sistemi si possono rovesciare, ma negando qualsiasi imbarbarimento o accenno a modalità che sono lontane un miglio a questo nostro modo di pensare alla politica, di testimoniare solidarietà.

Don Virgilio Colmegna

Fondazione Casa della carità
"Angelo Abriani"

segreteria.direzione@casadellacarita.org

Lo stop al virus non risolverà l'emergenza

Modello lombardo. È il fallimento di una sanità sottomessa agli interessi privati, concentrata solo sullo sviluppo di terapie sempre più tecnologicamente sofisticate ma destinate ad un pubblico limitato e facoltoso. Un modello non in grado di affrontare un'emergenza di sanità pubblica, che richiede un efficace sistema di sorveglianza sanitaria, un coinvolgimento attivo della popolazione, un ruolo centrale della medicina preventiva e dei servizi territoriali.

La pandemia COVID ha mostrato il totale fallimento del sistema sanitario lombardo centrato sulla sussidiarietà, inventata da Formigoni, tra pubblico e privato accreditato. Un privato che raccoglie il 40% della spesa sanitaria pubblica ma che può scegliere in quali settori investire: alta chirurgia, cardiologia, malattie croniche; e quali settori ignorare: pronto soccorso, dipartimento d'emergenza, per non parlare della prevenzione, vista come una pericolosa concorrente che sottrae loro malati produttori di profitti. Una sanità privata accreditata che, in gran parte, ha aspettato quasi due settimane prima di intervenire. Da oltre vent'anni la sanità pubblica lombarda è gestita con la medesima logica della sanità privata eppure gli interessi materiali dei due

NEWS & VIEWS Lo stop al virus non risolverà l'emergenza

settori sarebbero esattamente opposti.

Più c'è prevenzione, più si potenziano le strutture territoriali, più diminuiscono i malati, più diminuisce la spesa pubblica e più la collettività risparmia. La prima linea è stata abbandonata a se stessa e travolta. Da dicembre i medici di medicina generale segnalavano un aumento di polmoniti interstiziali, ma il virus ha potuto diffondersi indisturbato; i medici di base sono stati completamente abbandonati a sé stessi senza alcun dispositivo di protezione e senza alcuna formazione; i presidi di prevenzione sono ormai poco più che una sigla, privi di risorse e di personale, compresi quelli della medicina del lavoro, gli ambulatori specialistici sono stati sacrificati in una logica ospedalocentrica; l'epidemiologia è una scienza sconosciuta, l'uso del tampone sembrava più finalizzato a non individuare nuovi casi, piuttosto che ad identificare i contatti delle persone infettate nel tentativo di circoscrivere il percorso del virus.

Superata così facilmente la prima linea il virus si è abbattuto sugli ospedali pubblici che nel ventennio formigiano avevano subito tagli pesantissimi di posti letto; si sono aggiunte l'assenza di strutture intermedie, la chiusura di numerosi ospedali territoriali e di parecchi reparti ospedalieri, per fare spazio alla proliferazione di nuove cliniche private. Il risultato lo conosciamo: medici obbligati a scegliere chi curare e chi abbandonare al proprio destino, pazienti COVID positivi trasferiti nelle RSA con le stragi che ne sono seguite, migliaia di malati morti in casa. Nel frattempo non veniva dichiarata la zona rossa nel bergamasco, venivano gettati più di venti milioni per aprire un inutile ospedale in Fiera e migliaia di cittadini sono ancora "prigionieri in casa" in attesa di tamponi e test che non arrivano da settimane e talvolta da mesi.

È il fallimento di una sanità sottomessa agli interessi privati, concentrata solo sullo sviluppo di terapie sempre più tecnologicamente sofisticate ma destinate ad un pubblico limitato e facoltoso. Un modello non in grado di affrontare un'emergenza di sanità pubblica, che richiede un efficace sistema di sorveglianza

sanitaria, un coinvolgimento attivo della popolazione, un ruolo centrale della medicina preventiva e dei servizi territoriali.

Quello che sta accadendo in Lombardia è un segnale d'allarme che va ben oltre i confini regionali e oltre la pandemia da COVID-19 che certamente non sarà l'ultima epidemia della nostra epoca. È necessario lottare per un servizio sanitario nazionale pubblico, gratuito, sostenuto dalla fiscalità generale, capace di intervenire con efficacia non solo nella cura, ma soprattutto prima che gli esseri umani si ammalino. Significa tornare a Giulio Maccacaro, sapendo che si vanno a colpire interessi economici enormi e che lo scontro sarà durissimo. Ma se vogliamo tutelare la salute pubblica non c'è alternativa.

Vittorio Agnoletto

Scienze Sociali della Globalizzazione
Università degli Studi di Milano
<https://www.vittorioagnoletto.it>
vagnoletto@primapersone.org

Diamo voce ai cittadini silenziati

Ci dice uno studio epidemiologico inglese che a Londra a morire di COVID-19 sono stati soprattutto i pakistani e i neri. È molto probabile che anche da noi ci sia una qualche correlazione fra livello socioeconomico e mortalità da COVID. Certamente i morti nelle RSA non erano anziani benestanti.

Certamente i più poveri, i più socialmente vulnerabili hanno sofferto di più e hanno pagato i prezzi più alti. Certamente chi, durante il *lockdown*, viveva in appartamenti microscopici e a volte affollati ha sofferto di più. Chi aveva una autonomia economica soltanto di qualche settimana e poi era già in difficoltà ha pagato i prezzi più alti.

Insomma, anche se può sembrare banale,

dobbiamo dircelo e dirlo che il virus non è democratico e colpisce chi sta peggio. È banale ma non se ne parla molto. Non è il virus che deve diventare più democratico ma sono le risposte dei sistemi sanitari e di welfare che devono ristabilire la democrazia.

Dunque, cosa abbiamo imparato o semplicemente di cosa abbiamo avuto conferma?

1. Che i vecchi contano meno dei giovani

I residenti delle RSA sono stati esposti a una vera e propria carneficina (uso di proposito questo termine anche in riferimento all'alto numero di contagi e morti evitabili, se in quelle residenze si fosse intervenuto con più responsabilità, competenza e meno disprezzo per le persone la cui vita spesso è ritenuta di minore valore). Vi è una cattiva qualità intrinseca a tutte le istituzioni simil-manicomiali, e quindi anche quelle destinate ai vecchi, e che precede la pandemia: infatti prima di essa le RSA erano luoghi di violazione sistematica delle principali direttive della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti dei disabili e che ha in Italia valore di legge visto che il nostro Paese l'ha ratificata. Vi è dunque abbondante materia per indagare sulle violazioni della Convenzione nelle RSA.

2. Che l'Ospedale è stata la sola risposta

Gli ospedali si sono rapidamente saturati infatti non solo per l'incremento massiccio di casi gravissimi bisognosi di rianimazione, ma anche perché casi non gravi non si sono saputi gestire a casa o in strutture meno medicalizzate di un ospedale: non c'erano la cultura, le organizzazioni e le infrastrutture per operare anche al di fuori dall'ospedale. Molti casi sono stati lasciati ad aggravarsi a casa senza la capacità di offrire alcun intervento di mitigazione che impedisse l'aggravamento.

Accanto alla indispensabile adozione di misure di distanziamento sociale l'unica risposta è stata l'ospedale. Ancora una volta, il letto come l'unica risposta alla malattia. In sostanza, fra l'ospedalizzazione in urgenza e il senso civico individuale non c'è stato nulla nel mezzo.

Del resto, questo è coerente con la strategia del sistema sanitario lombardo: disinvestire dalla medicina di comunità e dai territori, sviluppare solo il polo ospedale e favorirne la privatizzazione.

Formigoni oltre a rubare non ha mai capito nulla di sanità pubblica e come lui anche altri esponenti della destra che governa la Lombardia. Il dirigente della Lega Giorgetti ha detto "è vero, mancheranno 45mila medici di base nei prossimi cinque anni. Ma chi va più dal medico di base? ... Tutto questo mondo qui, quello del medico di cui ci si fidava anche, è finita anche quella roba lì".

"Quella roba lì" in realtà dovrebbe essere l'asse portante di un moderno sistema sanitario: la medicina di base e di territorio. E tale asse è stato smontato, irriso, definanziato.

Lo sviluppo di un sistema di medicina territoriale e di una medicina di base "forte" avrebbero dovuto, e da ben prima della crisi pandemica, costituire una scelta prioritaria delle Regioni. E non è stato così in moltissime regioni italiane e ciò che colpisce è la arroganza della ricca Lombardia che si presenta da anni come modello di eccellenza quando invece rappresenta un esempio di cattiva sanità pubblica (si confonde sempre la indubbia eccellenza clinico-chirurgica disponibile in alcuni ospedali lombardi con la eccellenza del sistema di sanità pubblica; la presenza della eccellenza clinica non garantisce l'eccellenza del sistema).

3. Abbiamo capito che rafforzare la medicina di territorio e la medicina di base sarà uno dei grandi obiettivi del "dopo" pandemia

E questo implicherà ripensare seriamente le strategie concrete che promuovano la democrazia nella salute e l'*empowerment* dei cittadini che richiedono salute ai sistemi sanitari pubblici. L'*empowerment* non è un conferimento astratto di potere ma la messa in opera di processi che promuovono la *capacità ad acquisire* strumenti per aumentare benessere, libertà e potere.

Vasto programma, dunque, poiché non solo dovremo produrre più democrazia e più *empowerment* nei sistemi sanitari ma anche

NEWS & VIEWS Diamo voce ai cittadini silenziati

revisitare le culture e le pratiche del volontariato, del privato sociale e del terzo settore esigendo anche da esse una revisione al rialzo dei loro processi di democratizzazione ed *empowerment*. Un processo di *empowerment* è autentico soltanto se da esso risulta una diminuzione significativa del differenziale di potere fra chi il potere ce l'ha e chi non ce l'ha. Valga per tutti l'esempio della più vasta e occultata forza lavoro della assistenza costituita da donne non retribuite e da badanti: una forza lavoro decisiva per la salute di migliaia di anziani o disabili ma privata di ogni riconoscimento e di ogni potere consultivo.

4. In pratica ci aspettano due compiti fra loro interconnessi

Creare una forte medicina significa costruire un sistema sanitario di primo livello capace di erogare interventi di promozione della salute, di prevenzione e di cura a cui la popolazione possa accedere direttamente. E questo è molto di più di un semplice ambulatorio di un medico di base che agisce solo e isolato.

Ma questo non basta.

Progettare forme innovative di salute locale dal basso, significa creare luoghi *della e per la* Comunità: luoghi dell'accoglienza, della partecipazione responsabile, del superamento delle disuguaglianze. Insomma luoghi dove tutti gli attori della convivenza si ritrovano a progettare e a gestire insieme il benessere presente e futuro della comunità stessa. Il Manifesto "Salute bene comune - per una autentica Casa della Salute" è una iniziativa promossa qualche anno fa e ispirata da due gruppi, la Fondazione "Casa della Carità" di Milano e la Fondazione "Santa Clelia Barbieri" di Porretta Terme (Bo). Il Manifesto concepisce, propone, descrive questa idea di Casa della Salute e ha creato una rete di numerose esperienze italiane.

Per raggiungere questa realizzazione concreta e applicabile di welfare di comunità sarà necessario mettere finalmente i determinanti sociali al centro dell'intervento di salute e non lasciarli come sfondo puramente cosmetico.

Oggi è urgente affrancare la questione della malattia dalla esclusiva dimensione individuale

e biomedica e, invece, mantenerla coesa con la questione più generale di una radicale democratizzazione dei sistemi sanitari. La promozione della salute, la prevenzione delle malattie, gli interventi di cura e riabilitazione devono risultare dalla sinergia egualitaria di tre componenti: i soggetti/popolazioni, i tecnici della salute e gli amministratori pubblici locali (in sostanza i sindaci).

In conclusione, abbiamo visto da vicino come quelli che la società neoliberale e mercantile considera come scarti della società, ossia i vecchi, i poveri e tutti i meno garantiti, sono il prodotto di una idea di sviluppo neoliberale che vuole fare credere che il progresso, ossia il desiderabile evolversi della umanità, sia sinonimo di sviluppo neoliberale.

Con Basaglia, quaranta anni fa, abbiamo dato voce ai matti sepolti vivi nei manicomi, abbiamo dato loro voce perché erano cittadini silenziati. Abbiamo deistituzionalizzato la malattia mentale e dato potere ai malati. In questa pandemia abbiamo visto che molti altri cittadini sono senza voce e senza potere, e con le medesime logiche dobbiamo continuare a produrre processi di deistituzionalizzazione ossia di restituzione di voce, senso e potere a chi ne è privato. E dovremo farlo con la necessaria durezza.

Benedetto Saraceno

Già capo della divisione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per la Salute Mentale
Professore, Global Health
all'Università di Lisbona
benedetto.saraceno@gmail.com

Conoscere gli effetti può forse limitarne l'uso

Il 7 Luglio 2020 due adolescenti di Terni sono morti nei propri letti dopo avere assunto del metadone mescolato forse con una bibita gasata.

Dalle indagini sarebbe emerso che le modalità per miscelare narcotici con particolari bibite verrebbero apprese dai giovani seguendo le indicazioni proposte in alcuni video che circolano in rete o praticando quanto cantato da cantanti trap.

Flavio e Gianluca, questi i nomi dei due adolescenti morti, avevano 15 e 16 anni e non erano tossicodipendenti. Si ipotizza che l'effetto letale del metadone sia stato conseguente proprio alla loro condizione di consumatori occasionali e quindi sicuramente non tolleranti all'alta concentrazione di metadone che hanno ingerito.

Non è la prima volta che qualcosa del genere accade in Italia. Infatti, Robbe e Dries, due fratelli belgi di 20 e 27 anni sono morti per arresto cardiocircolatorio, nella stanza di un albergo a Firenze il 29 settembre 2019.

Questi due giovani non hanno neanche dovuto cercare un pusher, magari a sua volta utilizzatore di sostanze psicoattive come accaduto ai ragazzi di Terni, è bastato loro recarsi in una farmacia e acquistare due confezioni di un potente analgesico a base di ossicodone senza presentare la necessaria prescrizione medica.

Allora come oggi, tutte le fonti di informazione trattarono la notizia come un fulmine a ciel sereno, anche se il cielo... non sembra così sereno. Solo chi non conosce la realtà italiana può rimanere sbalordito.

I giovani di Firenze e gli adolescenti di Terni purtroppo rappresentano la punta di un iceberg, di cui è impossibile quantificare la parte sommersa.

Leggendo l'ultima Relazione Annuale al Parlamento sul Fenomeno delle Tossicodipendenze in Italia Anno 2019 (dati del 2018)¹ si evince che il 33,6% degli studenti italiani, circa 870.000 ragazzi, ha utilizzato almeno una sostanza psicoattiva illegale nel corso

della propria vita. Il 25,6% ha riferito di averne fatto uso nel corso dell'ultimo anno. La maggioranza ha assunto una sola sostanza illegale; il 10,6% è invece definibile come "poli-utilizzatore" avendo assunto due o tre sostanze.

Siamo di fronte a un consumo molto diffuso. D'altronde è pur vero che le occasioni per alterare il proprio stato mentale siano disponibili quasi ovunque. Il desiderio di "alterazione" può essere raggiunto e soddisfatto in vari modi, rivolgendosi al mercato nero, al supermarket (sempre più bassa l'età di esordio nei consumi di alcolici e sempre più alto il numero di adolescenti che raggiunge il Pronto soccorso in coma etilico) e oggi anche in farmacia. Ce n'è per tutti i gusti.

Il mercato diffuso varia molto anche le proprie offerte, si va dalle sostanze d'abuso "classiche" (cocaina, amfetamine, eroina), alle *smart drugs* (le sostanze psicoattive "furbe") ai farmaci analgesici vecchi e nuovi, tra i quali risultano tristemente famosi i fentanili, farmaci analgesici di nuova generazione che, prescritti diffusamente da medici compiacenti, avrebbero fatto più morti tra i giovani e meno giovani americani che la guerra del Vietnam. Si ipotizzano infatti circa 60.000 morti. In Italia sembra che i fentanili non siano così disponibili come negli Stati Uniti, anche se due adulti, uno a Milano e uno a Varese, sono morti per sovradosaggio da queste sostanze. Dalla ultima Relazione Annuale al Parlamento sul Fenomeno delle Tossicodipendenze¹ sembra tuttavia che in Italia il mercato degli oppiacei sia in crescita. Sono aumentati i sequestri (+60%) e la concentrazione del principio attivo (+18%) rispetto al 2017. Sono aumentati i ricoveri (+28%) e i decessi (circa +6%) correlati all'uso di oppiacei. È aumentato il prezzo medio di spaccio e sono raddoppiate in un anno le denunce per associazione finalizzata al traffico. È aumentato anche il numero di giovanissimi che hanno provato a utilizzarli: gli studenti 15-19enni che hanno utilizzato eroina almeno una volta nella vita sono passati dall'1,1% nel 2017 all'1,5%. Circa 24.000 studenti (0,9%) hanno utilizzato eroina nel corso del 2018 e il dato è in crescita.

A queste sostanze vanno aggiunte nuove sostanze psicoattive di sintesi che circolano liberamente attraverso internet. Queste sono

NEWS & VIEWS Conoscere gli effetti può forse limitarne l'uso

sostanze caratterizzate da proprietà farmacologiche e tossicologiche pericolose per la salute dei consumatori che, al momento della loro comparsa sul mercato, non sono sottoposte a controllo secondo le due convenzioni delle Nazioni Unite sui Narcotici (1961)² e sulle Sostanze Psicotrope (1971)³ e per questo possono essere vendute liberamente in rete. Bisogna sottolineare che non occorre accedere al cosiddetto *deep web* per procurarsele, ma basta connettersi a siti web accessibili a tutti.

La pericolosità e la disponibilità di sostanze psicoattive, siano esse illegali o legali, sono solo una parte del problema. Infatti nell'ultimo Rapporto al Parlamento sulle sostanze d'abuso¹ si sostiene che una quota consistente di giovani non sa associare un grado di rischio al consumo delle sostanze psicoattive. Il 30% dei giovani non conosce a cosa andrà incontro assumendo la/le

sostanza/e psicoattive che spesso utilizza.

Va anche sottolineato che gli stessi adolescenti dichiarano che le attività di prevenzione in ambito scolastico sono utili a questo riguardo: la quota consistente di giovani che non sa associare un grado di rischio al consumo delle sostanze psicoattive calerebbe dal 28% al 7% in coloro che hanno partecipato ad attività specifiche. E allora, che fare? Informiamo i giovani. Come già scritto, nel recente passato "l'ignoranza non ha mai salvato nessuno e l'ignoranza dei giovani a proposito di sostanze psicoattive è pari alla loro diffusione"⁴. La società e la scuola e quel contraltare sociale-informativo che sono i social media parlino di sostanze psicoattive in modo analitico, scientifico e persino filosofico, in modo da fornire ai giovani gli strumenti necessari a capire che cosa assumono, quali effetti potranno percepire senza nascondere i danni che procurano. Si mettano in discussione i piaceri che promettono e la visione del mondo che ne scaturisce.

Luigi Cervo

Laboratorio di Psicofarmacologia Sperimentale,
Dipartimento di Neuroscienze
Istituto di Ricerche Farmacologiche
Mario Negri IRCCS, Milano
luigi.cervo@marionegri.it

BIBLIOGRAFIA

1. Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento per le Politiche Antidroga. Relazione Annuale al Parlamento sul Fenomeno delle Tossicodipendenze in Italia anno 2019 (dati 2018). www.politicheantidroga.gov.it/it/dpa-in-sintesi/attivita-e-progetti/relazioni-annuali-al-parlamento/relazione-annuale-al-parlamento-sul-fenomeno-delle-tossicodipendenze-in-italia-anno-2019-dati-2018/ (ultimo accesso del 23 luglio 2020).
2. United Nations. Single Convention on Narcotic Drugs, 1961. www.politicheantidroga.gov.it/media/1328/convention_1961_en.pdf (ultimo accesso del 23 luglio 2020).
3. United Nations. Convention On Psychotropic Substances, 1971. www.politicheantidroga.gov.it/media/1329/convention_1971_en.pdf (ultimo accesso del 23 luglio 2020).
4. Umberto Galimberti. Riflessione filosofica sulla droga <https://it-it.facebook.com/notes/vasco-rossi/riflessione-filosofica-sulla-droga-di-umberto-galimberti-a-cura-di-c-bardi/10151072731592633/> (ultimo accesso del 23 luglio 2020).

Con il patrocinio di


**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI GENOVA**

XVII CORSO DI MEDICI IN AFRICA

IL VOLONTARIATO MEDICO IN AFRICA

**CORSO DI ORIENTAMENTO
PER OPERATORI SANITARI**

Presidente Prof. E. Berti Riboli

Genova, 6-7 novembre 2020



Per iscrizioni e informazioni:
MEDICI IN AFRICA ONLUS Segreteria Organizzativa
Da lun. a ven. 9.45/13.45 – Tel 010.84.95.427
mediciinafrica@unige.it – www.medicinafrica.it

"I ragazzi stanno a casa"

**Gli adolescenti raccontano il loro lockdown
in un podcast**

È passato un quarto di secolo da quando Ligabue cantava "I ragazzi sono in giro", e mai come quest'anno è stato vero il contrario. Non è un caso che "I ragazzi stanno a casa" sia il titolo scelto per il podcast ideato e realizzato durante il lockdown dai giovani e dagli operatori del Centro diurno adolescenti della UONPIA (l'Unità operativa di neuropsichiatria e psicologia per l'infanzia e l'adolescenza) dell'ospedale Policlinico di Milano. Al Centro diurno i ragazzi interagiscono con personale sanitario e medico del Policlinico e gli educatori della cooperativa del Consorzio Farsi Prossimo, che da anni lavora con personale specializzato nel campo della salute mentale, sia con preadolescenti e adolescenti, sia con adulti.

L'audio documentario, realizzato in cinque puntate, raccoglie come in un coro le voci dei ragazzi, degli educatori, dei neuropsichiatri e delle psicologhe del centro diurno accompagnando l'ascoltatore in un viaggio nel mondo degli adolescenti con disturbi neuropsichiatrici in un periodo sicuramente unico, quello in cui si sono trovati costretti "in casa".

Una condizione che tutti hanno vissuto con disagio, e che lo è stata ancora di più per dei ragazzi che vivono già forti difficoltà in una situazione quotidiana di normalità.

Nelle cinque puntate del podcast, le voci di ragazzi, personale sanitario del Policlinico, educatori della cooperativa Filo di Arianna, raccontano attraverso parole, poesie, musica,



immagini ed emozioni i mesi in cui sono stati costretti a relazionarsi agli altri e al mondo in un modo diverso, nuovo, a causa del virus COVID-19.

Il lavoro è stato realizzato in un laboratorio "a distanza" durante il quale i ragazzi hanno aperto le proprie case e il proprio cuore con coraggio, condividendo sensazioni e stati d'animo con lo sguardo e l'onestà degli adolescenti.

L'audio documentario "I ragazzi stanno a casa" si può ascoltare sulla piattaforma di podcast Spreaker al seguente link: www.spreaker.com/show/i-ragazzi-stanno-a-casa-presentazione

Se non ora quando?

Per la riapertura di scuole e spazi di vita e apprendimento per tutti i bambini/e e ragazzi/e

Vi è grande preoccupazione tra le organizzazioni e le persone che promuovono uguaglianza in educazione dentro e fuori la scuola, nelle città, nello sport, nel rapporto con la natura e nell'azione per l'ambiente, nell'impegno di cura, nella promozione culturale, nella ricerca scientifica e sul campo, nella didattica e nello studio e promozione delle politiche pubbliche dedicate a istruzione, formazione, apprendimento in ogni luogo.

Il nostro sguardo è centrato sulla complessità della funzione umana dell'educare, sollecitata come mai prima da questa crisi. Invece "la metafora più usata continua a essere quella della guerra, senza considerare che contrastare una pandemia e combattere una guerra sono due azioni che non hanno nulla a che vedere l'una con l'altra. La guerra, qualsiasi guerra, si fonda sull'assassinio e la soppressione del nemico, il contrasto a un virus letale può contare solo sulla cura, la ricerca scientifica, comportamenti coerenti che fermino il contagio e una ritrovata capacità di sentirsi comunità, nel piccolo e nel grande" (Franco Lorenzoni, Internazionale del 30 aprile 2020).

Cura, ricerca scientifica, responsabilità

NEWS & VIEWS Se non ora quando?

possono vivere e contare solo grazie all'assunzione condivisa dei paradigmi della complessità e di metodi e indirizzi di politica pubblica fondati sulla cooperazione scientifica anziché sulla privatizzazione della ricerca, sul dialogo e la cooperazione tesi a risolvere problemi agendo per tutelare ciascuna persona a misura delle persone stesse.

Crisi educativa. 1 miliardo e 650 milioni di bambini/e e ragazzi/e del mondo sono stati o sono fuori scuola e con mobilità limitatissima. In Italia, secondo l'ISTAT, sono 9,8 milioni, il 16,8% della popolazione, di cui 2,2 milioni già vivevano in condizione di povertà relativa e 1,2 in povertà assoluta. Registriamo che 1 milione dei minori che erano in povertà relativa sta rapidamente cadendo in povertà assoluta e che centinaia di migliaia di bambini che vivevano sopra la soglia di povertà vi stanno cadendo, mentre crescono i non raggiunti dalla scuola a distanza, ovunque nelle aree difficili del Paese, in una situazione nella quale, come documenta l'ISTAT, era già aumentato il tasso di dispersione scolastica per la prima volta in decenni.

I bambini/e e ragazzi/e sono cittadini/e che oltre ad avere diritti come gli altri hanno diritti speciali e ulteriori sanciti dalla Convenzione dell'ONU sui diritti dell'infanzia del 1989 che è legge dello stato. Un inasprimento dell'esclusione multifattoriale per così tanti minori rappresenta una ferita terribile per le persone, un attacco a diritti inalienabili, un rischio gravissimo per crescita futura e coesione sociale.

La crisi che stiamo vivendo è la più grande crisi educativa planetaria che si ricordi. Dobbiamo, al contempo salvaguardare la salute e ripristinare quanto prima i diritti dei bambini/e e dei ragazzi/e alla scuola e all'apprendimento più generalmente inteso e, dunque, alla socialità e convivialità tra coetanei e con le altre età, al gioco e alla scoperta, alla vita all'aperto, al movimento e allo sport, alla fruizione dei beni culturali e di ogni esperienza positiva.

È un'alternativa che stiamo vivendo con grande preoccupazione. Per superarla è necessario un sentire comune, pari a quello intrapreso per adottare le misure contro il contagio e una forte azione politica e civile.

La grande rimozione. Si è parlato di salute, com'è giusto e, poi, di economia. I due grandi assenti sono stati: la crisi educativa e la crisi sociale, vale a dire i due ambiti che connotano la vita delle e tra le persone e le generazioni.

La rimozione del carattere educativo della crisi si è mostrata in molti modi. I bambini/e e ragazzi/e sono stati considerati spesso solo come figli/e di lavoratori e, in modo scandalosamente minore, di lavoratrici e quasi mai di donne non lavoratrici. Sono stati raccontati come studenti/esse di scuole chiuse o divenute digitali. Troppi faticano a considerarli/e come persone che apprendono in quanto tali e ancor più dalle vicende dell'umanità, in particolare in una situazione di condivisione di notizie e pensieri tra generazioni che si svolgono in ogni casa, a contatto con opinioni, accessi dibattiti, informazione continua che coinvolge l'intero sapere dell'umanità: scienze, etica, antropologia, letteratura, statistica e matematica, religione, politica, diritto, ecc. Colpiscono i discorsi sulla valutazione scolastica basata sullo schema lezione trasmissiva-controllo-giudizio secondo le peggiori consuetudini *ex ante*.

Per fortuna cresce anche l'attenzione ai processi di apprendimento nuovi in questa straordinaria situazione che riguardano, sì, l'uso della rete ma, soprattutto, le questioni della maturazione del sé di ogni persona in crescita suscitata da una condizione così straordinaria e del rapporto con la conoscenza in presenza di una crisi planetaria, con le "materie" che si parlano l'un l'altra e la didattica che assume forme cooperative e circolari.

Molti docenti stanno cogliendo questa occasione e prestano grande attenzione, per fortuna, a questa potente esperienza di apprendimento multi-dimensionale, emotivo e cognitivo dei propri alunni/e. Scoprono nuove possibilità di insegnamento, che è riduttivo definire "didattica digitale". Insieme alle famiglie, hanno anche conosciuto le resilienze e maturazioni dei bambini/e e ragazzi/e; e sono cresciuti il riconoscimento e la riconoscenza tra case e scuole, dopo anni di incomprensioni e conflitti, grazie soprattutto alle donne, mamme e docenti.

La vera grande ferita di queste lunghe settimane è data dai troppi/e di bambini/e e ragazzi che non solo non hanno connessioni ma vivono in case piccole e sovraffollate, hanno disabilità e bisogni educativi speciali, hanno genitori che non parlano l'Italiano e che stentano a favorire connessioni, vivono in situazione di povertà delle famiglie in quartieri esclusi.

La lunga rimozione dei temi educativi ha purtroppo – con rare eccezioni – una corrispondenza nell'agenda politica. La crisi educativa viene ora nominata ma è trattata in modo frammentario, non strutturale. Nei recenti decreti del governo, i fondi stanziati sono davvero pochi. E colpisce, in Italia come in Europa, l'assenza del tema educativo nella discussione sulle risorse e gli indirizzi per la comune ripresa europea.

È urgente cambiare rotta. La questione educativa deve avere priorità nelle decisioni di governo e regioni, attraversare tutte le considerazioni sulla ripartenza, ricevere investimenti pari almeno al 15% del totale per il rilancio del paese, essere posta dall'Italia al centro del dibattito europeo sulla ripartenza. E va posto all'ordine del giorno della politica – *se non ora quando?* – il pensare a questa crisi come all'occasione per riparare finalmente le ineguaglianze di opportunità in educazione – come stanno suggerendo migliaia di associazioni e cittadini e, nelle sue audizioni, la commissione Bianchi presso il Ministero dell'Istruzione.

Comuni, civismo diffuso, scuole. Decisivo, in questa situazione, è il lavoro dei comuni, in alleanza, diffusa ovunque, proprio con scuole, terzo settore e civismo. È un'alleanza che si sta candidando ad affrontare le gigantesche e complesse esigenze di prossimità verso minori e famiglie, porre la questione delle risorse al più alto livello (governo italiano ed europeo), costruire soluzioni credibili, territorio per territorio, per la riapertura di scuole e spazi educativi costituendo o rafforzando le comunità educanti. L'articolo 118 della Costituzione – che riconosce l'attivazione dal basso, la cooperazione tra istituzioni e cittadini e la sussidiarietà – mai come ora appare essere la cornice entro la quale organizzare e consolidare questo nuovo civismo educativo.

Ed è entro tale cornice che emergono – molto più che dai partiti – indirizzi e proposte che stanno assumendo i caratteri della politica per le persone e contro le inuguaglianze:

- definizione di chiare linee-guida nazionali – fondate sul tasso di decrescita del R con zero – dedicate al come aprire progressivamente scuole e spazi di socialità e vita per bambini/e e ragazzi con il calare progressivo dei rischi di contagio perché solo una chiara e unica cornice – condivisa entro la Conferenza Stato-regioni e la Conferenza Unificata – consente la ragionevole possibilità di differenziare le riaperture per infanzia e adolescenza su base regionale e territoriale.
- Sostegno, con adeguati finanziamenti pubblici, alle alleanze tra comuni, autonomie scolastiche, civismo attivo e privato sociale.
- Aumento delle disponibilità del fondo ordinario per il funzionamento delle scuole.
- Assicurazione degli organici adeguati alla straordinaria situazione che le scuole dovranno affrontare.
- Forte rifinanziamento delle misure dedicate alla fascia di età 0-6 previste dal decreto Leg.vo 65 del 2017.
- Affiancamento di una dote educativa aggiuntiva al Reddito di emergenza appena approvato.
- Congedi parentali e bonus paritari per papà e mamma nonché forme di reddito di cura, paritari per donne e uomini che si dedicano ad accudimento e accompagnamento delle fragilità.
- Assicurazione di continuità per il lavoro insostituibile degli educatori e delle educatrici del privato sociale nell'accompagnamento non solo all'uso dei computer ma al complessivo affiancamento agli insegnanti nell'azione necessaria per creare e mantenere le relazioni tra scuole e ragazzi/e, secondo modelli messi in campo dall'Impresa sociale 'Con i bambini', non solo nella fase di fuoriuscita progressiva dal distanziamento sociale ma anche in quella, successiva, di rilancio del nostro sistema educativo.
- Fin dall'estate attivazione di educatori di quartiere, domiciliari, animatori, assistenti

NEWS & VIEWS Se non ora quando?

dell'autonomia, facilitatori per azioni di supporto e prossimità verso le famiglie.

- Rilancio dell'azione per l'eguaglianza in educazione (contrasto della dispersione scolastica/fallimento formativo sulla base delle raccomandazioni della Cabina di regia nazionale del Ministero dell'Istruzione e battaglia per lo *ius soli* e *ius culturae*).
- Costituzione di un fondo agile che dia in proprietà un computer a tutte le persone minori di 18 che vivono in Italia e oggi non lo posseggono.
- Piano immediato per la connettività gratuita di cittadinanza in ogni parte del territorio nazionale.

Articolo pubblicato su *Menabò* N. 128/2020, I numeri del menabò di Etica ed Economia by Redazione di Etica ed Economia, 31 Maggio 2020; <https://www.eticaeconomia.it/se-non-ora-quando-per-la-riapertura-di-scuole-e-spazi-di-vita-e-apprendimento-per-tutti-i-bambini-e-e-ragazzi-e/>

Come scrive il Forum Disuguaglianze Diversità: "il COVID-19 pone tutto il mondo dell'educare, non solo la scuola, di fronte a una biforcazione. O si va verso una crescita delle disuguaglianze educative, della povertà educativa, del fallimento formativo, oppure vi è una vera inversione di tendenza che ci porta verso una scuola nuova, ad un tempo aperta, egualitaria e rigorosa, dove si impara meglio, entro la prospettiva di comunità educanti larghe e evolute".

È tempo di agire.

Marco Rossi-Doria

Maestro, formatore ed esperto di educazione.

Primo maestro di strada d'Italia e Sottosegretario all'Istruzione tra il 2011 e il 2014. Premio Unicef per l'Infanzia (2000), Medaglia d'oro del Presidente della Repubblica per la cultura, l'educazione e la scuola (2001).

Informazione indipendente in medicina generale: farmaco-logico!

Nella pratica quotidiana è

complesso avere accesso a informazioni indipendenti di alta qualità, sia per la pleora di informazioni sia per l'intrusione di interessi commerciali mascherati da informazioni.

Nel campo delle informazioni indipendenti di alta qualità, si sono distinti i bollettini sui farmaci della rete ISDB (*International Society of Drug Bulletin*). Ma oggi in Italia la situazione dei bollettini indipendenti è critica e, dopo la recente chiusura di *Informazione sui Farmaci*, sopravvivono *Ricerca&Pratica* e la versione online di *Infofarma*.

Per questo, con l'obiettivo di aumentare la visibilità e l'accesso ai bollettini internazionali indipendenti e alle migliori informazioni disponibili dalle

newsletter internazionali, a partire da novembre 2017 abbiamo creato il bollettino *farmaco-logico*.

Si tratta di un indice commentato ai migliori articoli a libero accesso pescati da riviste indipendenti. L'indice contiene un collegamento all'articolo, che può essere consultato nella lingua originale (inglese, spagnolo, francese). In ogni numero un farmaco in primo piano viene raccontato e semplificato tramite un'infografica.

Nei primi tre anni di attività, il

bollettino, pubblicato ogni 4 mesi, si è occupato dello scandalo del Depakin, dell'abuso di farmaci psichiatrici, dello spreco di risorse causato dall'eccessiva prescrizione di vitamina D, e di tanti altri farmaci comunemente usati nella medicina generale.

A partire dall'ultimo numero, che ha come articolo in primo piano la sindrome da sospensione da antidepressivi, *farmaco-logico* è diventato membro associato della rete ISDB. Buona lettura!

Redazione *farmaco-logico*

www.farmacologico.it



Dear Commissioner Hahn: Tell the Truth or Resign

Di seguito, la lettera aperta del 31 agosto 2020 pubblicata su Mescape (www.medscape.com/viewarticle/936611) dal cardiologo Eric Topol e indirizzata a Stephen Hahn, oncologo, a capo dell'agenzia americana Food and Drug Administration.

Dear Dr. Hahn,

I'm writing because I'm gravely concerned about your leadership of the Food and Drug Administration (FDA). The circumstances of your statements in recent days has led to a crisis in confidence. Not only has your credibility been diminished but so has that of the FDA, its 15,000-plus staff members, and, most importantly, your ability to oversee the health interests of the American people.

Let me remind you of the FDA's mission statement:

"FDA is responsible for advancing the public health by helping to speed innovations that make medical products more effective, safer, and more affordable and by helping the public get the accurate, science-based information they need to use medical products and foods to maintain and improve their health."

The emphasis here is on accurate, science-based information. Since you were sworn in on December 17, 2019, you have serially demonstrated your willingness to deviate from this bedrock premise. Immediately after President Trump widely and aggressively promoted hydroxychloroquine as a "miracle drug," on March 30, 2020, you granted an Emergency Use Authorization (EUA) for this drug without any sufficient or meaningful supportive evidence. Proof of that was borne out on June 15, 2020 when you revoked that EUA, acknowledging lack of efficacy and "ongoing serious cardiac adverse events and other potential serious side effects."

The second major breach of accurate, science-based information came on August 23, 2020 when you participated in a press conference with

President Trump and Health and Human Services Secretary Alex Azar billed as a "very historic breakthrough." You said, "I just want to emphasize this point, because I don't want you to gloss over this number. We dream in drug development of something like a 35% mortality reduction. This is a major advance in the treatment of patients. This is a major advance...[A]nd a 35% improvement in survival is a pretty substantial clinical benefit. What that means is — and if the data continue to pan out — [of] 100 people who are sick with COVID-19, 35 would have been saved because of the admission of plasma."

Every part of that statement is incorrect and a blatant misrepresentation of the data. Your statement was based on a preprint, which by definition has not been peer-reviewed, published by Mayo Clinic's Michael Joyner and coauthors. It is a retrospective, observational study of over 35,000 patients who received convalescent plasma, without any controls or untreated patients for comparison. The claim of reduction of mortality is totally unsubstantiated. That was based on improved survival in a subgroup of a subgroup of a subgroup from about 1000 patients, who were partitioned by timing of plasma administration (early vs late), whether they had endotracheal intubation, their age, and level of antibody in the plasma they received. The antibody level was determined post facto. You know full well as an oncologist and researcher that this is an illegitimate analysis that, at best, is hypothesis-generating, requiring a prospective, placebo-controlled trial to confirm.

Nonetheless, you posted this data-dredging subgroup analysis on the FDA website with the headline statement "Another Achievement in Administration's Fight Against Pandemic." Your EUA announcement came the day after President Trump tweeted "The deep state, or whoever, over at the FDA is making it very difficult...@SteveFDA", addressing you directly with your Twitter handle.

It took 24 hours before you started to make a correction on Twitter. You wrote "What I should have said better is that the data show a relative risk reduction, not an absolute reduction."

That is a grossly insufficient correction and does not represent the truth. Here's what you didn't say:

NEWS & VIEWS Dear Commissioner Hahn: Tell the Truth or Resign

There are no data or evidence from prospective, randomized trials for convalescent plasma to support any survival benefit.

The data I am citing are from a subgroup analysis from a preprint, which is intended to formulate a hypothesis without any definitive findings or conclusions.

The 35% survival benefit, and 35 people's lives saved per 100 sick with COVID-19, was completely off-base. If the preprint data held up in a proper randomized controlled trial, it would be avoiding deaths of 3 or 4 people per 100 who would have died. We know that fewer than 1 out of 100 people who have a COVID-19 infection die, so it is impossible to save 35 people's lives of 100 people sick with COVID-19. I made a terrible, monstrous error and I deeply apologize for that.

It is frankly unlikely for there to be a major survival benefit of convalescent plasma, as it contains a broad admixture of patient antibodies, most of which are not neutralizing — that is having no effect against the virus. We need randomized trials to determine if there is any benefit and, if so, what is the magnitude of benefit. Such trials are ongoing and need robust support and participation.

There are still potential safety issues of convalescent plasma that are unresolved, such as transmission of a virus or immune reaction.

The third breach of evidence-based data was your EUA issued August 28, 2020 broadening the remdesivir approval to include any patient hospitalized with moderate COVID-19. There are insufficient data to support this approval, as it is based on small, open-label studies with subjective endpoints. Remdesivir is an expensive drug, costing approximately \$3000 per treatment, in short supply, and even its approval for severe COVID-19 was based on time to recovery in a relatively small trial of just over 1000 patients. That is unlike the proof of dexamethasone benefit for survival in a randomized trial of over 6400 patients.

These repeated breaches demonstrate your willingness to ignore the lack of scientific evidence, and to be complicit with the Trump Administration's politicization of America's healthcare institutions.

In a recent interview with the Financial Times, you said you were prepared to authorize a vaccine before Phase 3 trials were complete. May I remind you that Phase 3 trials are in progress for a few vaccine programs and have only now fulfilled half of their enrollment? It will take many months to establish both safety and efficacy. While most vaccines are safe, trials are needed to demonstrate that participants in these trials do not develop severe immune-mediated reactions to exposure of the virus via antibody-dependent enhancement or immune complex disease. Efficacy data are needed to prove there is a substantial suppression of infections in the vaccine group, compared with placebo. Both safety and efficacy endpoints require adequate statistical power. All of this takes time.

Any shortcuts will not only jeopardize the vaccine programs but betray the public trust, which is already fragile about vaccines, and has been made more so by your lack of autonomy from the Trump administration and its overt politicization of the FDA.

You have one last chance, Dr Hahn, for saving any credibility and preserving trust in the FDA at this critical juncture amidst the pandemic. You need to organize a press conference and tell the truth. Tell Americans exactly how you were pressured to make a breakthrough announcement. Tell all of us how you completely misrepresented the facts about convalescent plasma, and not hide this with the obscurity of technical terms such as relative and absolute differences. Tell us that you are capable and worthy of this pivotal leadership position and that you will not, under any condition, authorize a SARS-CoV-2 vaccine approval before the full Phase 3 completion and read-out of a program.

Otherwise, you need to resign. We cannot entrust the health of 330 million Americans to a person who is subservient to President Trump's whims, unprecedented promotion of unproven therapies, outrageous lies, and political motivations. You have two choices to do the right thing. We cannot and will not rest until you make that choice.

Eric J. Topol

The editor-in-chief of *Medscape*