

DOMENICA

SETTIMANALE DI TUTTE LE COSE VISIBILI E INVISIBILI



Noi, rimasti soli

CORONAVIRUS: I MEDICI DI FAMIGLIA



In copertina, qui accanto e in tutte le pagine una serie fotografica che documenta il lavoro di un'Unità Speciale di Continuità Assistenziale (USCA) che svolge attività domiciliari per i pazienti Covid-19
FOTOGRAFIE DI FILIPPO VENEZIA



B

revissimo, è uno dei racconti più belli e meno conosciuti di Kafka. Nell'originale tedesco si intitola *Ein Landarzt*, in italiano è stato tradotto *Un medico condotto* ma anche *Un medico di campagna*. Ispirato dalla figura dello zio, che esercitava proprio quella professione, lo scrittore l'ha ambientato nelle campagne di inizio '900. In piena notte il protagonista è chiamato al capezzale di un malato grave che abita parecchio lontano. Non è la prima volta, ma questa volta sembra l'Apocalisse. Infuria una tempesta di neve, il cavallo è morto di stenti la sera prima, lui si sente incerto, impotente (la frase «Chi mai presterebbe il suo cavallo, in una sera così, per un tale viaggio?» allude proprio all'impossibilità di influire sul destino altrui).

Finalmente riesce a organizzarsi ed esce, si avventura nel buio lattiginoso, infagottato, rigido, come compresso da qualcosa di troppo grande. Quando arriva, stordito dalla corsa, trova ad attenderlo al cancello tutta la famiglia e deve perdere tempo prezioso per cercare di offrire respiro e tranquillità a volti stravolti dal terrore. Lo attendevano come si attende un salvatore: un Salvatore, forse. È bravo, prende nelle sue mani l'ansia dei parenti e la volge in speranza. Le parole del malato, un ragazzo giovane, gli entrano nelle ossa più di quanto abbia fatto la neve cattiva lungo il viaggio: sopraffatto dal dolore, «con gli occhi vuoti» gli

A mani nude contro il nemico

Figli di un dio minore. La figura del medico di famiglia è scivolata ai margini della cultura sanitaria: il coronavirus ci richiama all'ordine

sussurra, lo implora, avendo cura che gli altri non sentano, di lasciarlo morire. Il medico prende tempo, tormenta i suoi strumenti e scaccia i brutti pensieri. Fa bene, perché poi il ragazzo invoca la guarigione. Ma la ferita è molto brutta, troppo: «È questa la gente del mio paese: dal medico pretendono l'impossibile». Poco prima, si era sorpreso a pensare: «Scrivere ricette è facile, ma è rendersi con la gente per tutto il resto che è difficile».

Il resto. Che cosa è il resto? Magari si trattasse solo di riuscire a comprendere e farsi comprendere. Significa essere all'altezza delle attese di chi soffre, si mostra nudo nella sua vulnerabilità da neonato e si consegna inerte alla tua scienza semplicemente perché non può fare altrimenti. Insondabile impasto di scienza universitaria e saggezza stradaiola, da Ippocrate in poi la relazione che lega il medico al paziente nasce da un sentire totalmente laico che offre la bussola alla professione, ne determina il fascino e la rende appassionante e ragionevole anche quando la ragione sembra in libera uscita.

POST SCRIPTUM

Abbiamo pensato a tutto questo, ascoltando le storie dei medici di famiglia che hanno combattuto a mani nude contro il coronavirus. La pandemia ha scelto i migliori fra loro e ne ha fatto degli eroi. Alcuni hanno pagato con la morte. Altri sono rimasti nelle retrovie, dando quel che avevano da dare. Ma tutti, tutti si sono sentiti lasciati soli. Forse, nelle grandi città, questa figura professionale è andata un po' scolorendo, ma in cittadine come Bergamo, e nelle nostre valli, resta ancora un punto di riferimento insostituibile. In quei giorni – ci hanno detto – la gente si fidava solo di noi. Perché la politica, da anni, sembra non riuscire a fare altrettanto?

Marco Dell'Oro

IL MIO MEDICO UN AMICO DI FAMIGLIA

Professione in cammino. Una figura che esalta il rapporto con il territorio e che nel tempo è stata un po' svuotata delle sue prerogative: gioiello che meritava di essere custodito meglio, una lezione per il futuro

Il medico sta per raggiungere la casa del paziente affetto da Covid-19 per effettuare la visita

FOTOGRAFIA DI
FILIPPO VENEZIA



Il patriota-poeta vicentino Arnaldo Fusinato dedicava, nel 1845, queste rime alla figura del medico condotto: «Arte più misera/arte più rotta/non c'è del medico che va in condotta».

L'ode, che metteva in versi il fardello di questi camici bianchi, rimbalza nelle retrovie ammutolite del coronavirus, dove i medici di famiglia sono stati proiettati in una dimensione eccezionale: oscura e inafferrabile, al di là delle proprie forze. Una battaglia che li ha visti costretti a mani nude, nella percezione di una solitudine assorbita e respinta dal volontarismo, lasciando sul campo bergamasco 5 loro colleghi dei 150 colpiti dal virus, nel periodo di maggior virulenza dell'epidemia, su un totale di 600.

Le sentinelle di un territorio, che è stato a loro un po' sottratto in questi anni, presidiato nella triangolazione prevenzione-cura-riabilitazione. «In Lombardia c'è stato un clamoroso fallimento della medicina territoriale, ammettiamolo per il futuro», prende nota Massimo Galli, direttore di Scienze biomediche dell'ospedale Sacco di Milano, riferendosi ad altri livelli, perché il medico di base esce a testa alta dallo tsunami sanitario e dove il caso Lombardia andrà studiato a fondo. Perché l'im-

pressione è che il quadro normativo precedente all'emergenza coronavirus abbia in qualche modo ridimensionato il rapporto fra il medico di base e il suo interlocutore principale, che è il territorio, là dove l'opera meritoria dei camici bianchi in questi mesi ne ha ribadito invece l'importanza nei suoi termini essenziali e strategici. Il medico di base (definito anche «clinical manager») oggi deve svolgere un doppio compito: accompagnare nel tempo i propri assistiti come persone, prendendosi cura del corpo e della mente, e gestire la loro salute in una sanità sempre più specialistica, centrata sull'ospedale che privilegia la cura dell'organo e insidiata dalla medicina privata.

Medici, questi, che hanno fra i loro antenati quel Camillo Golgi, il primo italiano a ricevere il Nobel, nel 1906, figlio d'arte e che aveva iniziato la professione come medico condotto nel suo paese: Corteno, in Valcamonica, oggi in provincia di Brescia, ma allora territorio bergamasco, come teneva a far sapere il futuro luminare delle neuroscienze. La storia e la cronaca di questo periodo s'incaricano di ribadire due aspetti che fondano l'antropologia del professionista di medicina generale: la fedeltà alla deontologia professionale e il rapporto fiduciario con i pazienti, che penetra il senso delle relazioni autentiche. E nella figura del medico di base, «il mio dottore», si esalta il rapporto inscindibile con il territorio. Qualcosa di più degli stessi confini della professione, qualcosa oltre la stessa medicina. Può darsi che nelle aree metropolitane il medico di base abbia perso qualcosa per strada delle proprie radici, per effetto della burocrazia e dell'informatizzazione. Diaframmi che possono porsi come distanziamento sociale fra il medico

e i suoi malati. Tuttavia, nella provincia profonda il medico di famiglia ha rinsaldato la propria natura di vicinanza al tessuto vivo del territorio. Una figura senza tempo. Ha dato testimonianza, in modo molto forte, delle proprie radici ippocratiche: di mettere, cioè, il destino del malato sopra ogni cosa, anche a scapito della propria sicurezza. Il lascito del Giuramento di Ippocrate, che fissa le regole di un comportamento moralmente ispirato del medico, è stato praticato in quanto sentito come elemento unificante e fondamentale della professione. Poi c'è la forza evocativa della storia che ne ha fatto un protagonista unico e che, nei secoli, ha posto l'Italia all'avanguardia nell'assistenza di prossimità: il medico dei poveri, l'amico di famiglia, il saggio consigliere, l'approdo di prima e ultima istanza, espressione di una didattica sociologica.

Questo medico in cammino oltre se stesso lo troviamo nella sua fase pionieristica già nell'età medioevale dei Comuni, come ci spiega Paolo Mazzarello, ordinario di Storia della Medicina all'Università di Pavia, per poi consolidarsi nel Settecento illuminista quando il dispotismo riformatore vedeva nella medicina un coefficiente di progresso, imponendo allo Stato di intervenire per sanare le piaghe sociali. Il medico condotto (a tinta unica: carrozza nera, vestiti neri, borsa nera) lo vediamo in azione soprattutto nella Lombardia austriaca della seconda metà del '700 quando il tedesco Johann Peter Frank, direttore della sanità, inventa la «polizia medica», cioè l'area dell'igiene pubblica. Le condotte si diffondono anche in Veneto e in Toscana e, in modo sfilacciato, pure al Sud. Le Repubbliche giacobine di Napoleone confermano il sistema e, a maggior ragione, lo farà l'Italia unitaria, specie i governi Crispi, che inaugurano le vaccinazioni contro il vaiolo. Il medico condotto si affranca dal suo collega ospedaliero, che si dedica al «corpo rotto» come volevano gli indirizzi dell'epoca, e si immerge nel suo habitat naturale.

Si configura così il medico di campagna, che si confronta con i problemi sociali dell'Italia unitaria: povertà, penuria, mancanza di alimentazione. Vede la persona nel suo ambiente ed è il più sensibile a capire che il corpo malato è anche espressione di una comunità che soffre. Un lavoro che svolge accanto al prete di campagna: l'uno cura i corpi, l'altro le anime. C'è, volendo, anche qualche anticipo alla don Camillo e Peppone, perché il medico sovente, a fine '800, è positivista e risorgimentale rispetto al prete papalino. Un sodalizio che poi diventa a tre, con l'arrivo del maestro-maestra. La condotta, quindi, come fattore distintivo dell'emancipazione sociale, del rammendo territoriale e del paesaggio umano.

Il medico di famiglia trova poi la sua istituzionalizzazione nell'Italia repubblicana, con la legge del 1978 che vara il servizio sanitario nazionale, figlio di quel Welfare che, almeno negli ultimi 20 anni, abbiamo strapazzato. Quella sanità pubblica che, nel 2013, il presidente Napolitano descriveva fra le più avanzate, e in grado di reggere il confronto internazionale, per poi ammonire: «Bisogna non regredire, bisogna non abbandonare quella scelta, non abbandonare quella postazione che è titolo di civiltà per il nostro Paese». Tanto più che esperienze come quella americana (il fatto è noto e ribadito dall'attuale pandemia) ci mostrano come l'assenza di sistemi sanitari universalistici non solo non riducono la spesa sanitaria complessiva, ma lasciano scoperto il ceto medio, cioè la maggioranza del Paese, a forte rischio di cadere nella povertà per l'intervento di spese sanitarie impreviste.

Eppure non abbiamo trattato bene questo gioiello di famiglia. Meritava di essere custodito meglio ed è forse questa la prima lezione per il futuro. Nel 2016 la Federazione italiana medici di famiglia, in un'audizione al Senato, parlava di «allarme cogente» per via dei tagli al servizio sanitario, specie in termini di priorità rispetto ad altri capitoli di spesa. «Da più parti - affermavano i medici con la consapevolezza di una battaglia persa - viene sostenuto che la sconfitta dell'evasione fiscale, magari sommata ad una ripresa del Pil, metterebbe rapidamente a disposizione del nostro Servizio sanitario nazionale risorse adeguate a farlo uscire dalla situazione di emergenza attuale. Sia il primo che il secondo evento, però, per quanto desiderati e perseguiti, non sembrano così a portata di mano nel breve e medio periodo».

Quel diritto alla salute, sancito dall'articolo 32 della Costituzione quale diritto fondamentale dell'individuo e la cui lesione - nelle parole della Corte costituzionale - ferisce un diritto proprio della persona «considerato come posizione soggettiva autonoma».

Franco Cattaneo

PROFILO
SOCIALE
CHE STA
NELLA
STORIA
D'ITALIA

SI
PRENDE
CURA DEL
CORPO
E DELLA
MENTE

L'intervista

Io malato, ho costruito il puzzle assistenziale

Massimo Buzzetti. Preso il virus, è finito in ospedale sotto ossigeno. Da lì, appena recuperato il respiro, ha seguito a distanza i pazienti. Ora ha ripreso le visite domiciliari



Appena scesa dall'automobile di servizio e prima di avviarsi verso la casa del paziente il medico indossa i primi dispositivi di protezione

FOTOGRAFIA DI
FILIPPO VENEZIA

Chi è Università e articoli scientifici

**TUTOR**

Medico di famiglia, 61 anni, laureato e specializzato in medicina interna all'Università Statale di Milano. Tutor valutatore per i medici neolaureati candidati all'abilitazione, collabora con l'Università Milano Bicocca, con l'Università San Raffaele e con l'Università Statale di Milano. Ha scritto 8 articoli scientifici e una lettera pubblicati su riviste italiane e internazionali (Scandinavian Journal of Gastroenterology, British Journal of Gastroenterology, American Journal of Clinical Pathology, Haematologica...) su argomenti ematologici o gastroenterologici. Sposato, ha quattro figli. Fotografo nel tempo libero. Ogni volta che può, si sposta in bicicletta

«Sono uscito e ho comperato mascherine, guanti, occhiali e una seconda visiera da saldatore. Era il 21 gennaio. Lo so perché ho tenuto gli scontrini! Ho trascurato i camici, pensavo che sarebbero stati disponibili. Un errore. Intanto si parlava fra colleghi e si è contattato in Ats il dottor Roberto Moretti, il dirigente dipartimento della salute primaria e con lui si è fissato un calendario di incontri per i medici a partire dal 21 febbraio...che poi è stato il giorno del primo contagiato ufficiale. Ci dicemmo subito che avremmo avuto bisogno di protezioni per i medici e di ventilatori per i pazienti, per sollecitare tutti ad attrezzarsi. Invece...».

Si è perso tempo e l'epidemia ha sfondato?

«Sicuramente. Secondo me ha sfondato perché non ha senso chiudere i voli sull'Italia se non chiudi l'Europa; perché la maggior parte dei virus sono infettivi anche nella fase presintomatica e questo è stato sottovalutato. E poi per l'idea che il contagio si trasmettesse solo attraverso tosse, starnuto e stretto contatto e non per aerosol. Fra le primissime indicazioni per la definizione di caso - ai fini della segnalazione di bisogno di tamponi - oltre a verificare l'esistenza di rapporti con Cina e cinesi, si chiedeva anche di comunicare casi che, pur avendo avuto un trattamento adeguato alla patologia diagnosticata, mostrassero segni di peggioramento. Questa indicazione poi mi sembra scomparsa dai documenti successivi. Invece, così sarebbero emerse in fase precoce le cause delle polmoniti strane che venivano osservate. Nei dati Influnet 2019-2020, dopo la curva stagionale, a partire dalla nona settimana dell'anno si è notato una ripresa di infezioni respiratorie ascrivibili al Covid e già all'11ª settimana il 95% delle infezioni appaiono Covid. Ma in fase pre-Codogno i tamponi non venivano fatti e non potevi avere conferme».

I tamponi scarsi. Quanto hanno peggiorato la situazione?

«Tanto, lo sappiamo. Tamponi tardivi in ospedale e, sul territorio, noi medici da soli. Si faceva fatica a trovare idrossiclorochina, ossigeno...Chi faceva le iniezioni di anticoagulante? Non si trovavano saturimetri, faticavi a monitorare...».

Come si è organizzato durante la malattia?

«Non è stato facile, c'era la caccia ai sostituti man mano che ci si ammalava. Grazie alla solidarietà di colleghi ho costruito una sorta di puzzle assistenziale. Appena sono stato meglio in ospedale mi sono messo in WhatsApp con i colleghi. Le prime linee guida farmacologiche per il trattamento domiciliare sono arrivate il 23 marzo e quelle ufficiali dall'Ats il 30 marzo. Ma fra medici di ogni provenienza abbiamo subito formato una rete spontanea di scambio di informazioni e le possibili vie terapeutiche sono nate sul campo. Io mi sono osservato come malato e l'esperienza mi serve ora per i pazienti».

Poi sono arrivate le Unità Speciali di Continuità Assistenziale per le visite domiciliari. Funzionano?

«Le Usca secondo me hanno lavorato bene, anche se è assurdo che per mancanza di protezioni si debbano mandare a domicilio medici che non conoscono il paziente. Per superare il problema, abbiamo sempre fornito loro tutto il quadro del paziente per scritto e alcune decisioni le abbiamo prese insieme».

«L'epidemia cambierà il modo di lavorare del medico di famiglia?»

«Le visite saranno su appuntamento e a tempo standard. Ci vorranno protezioni, procedure, moltissima igiene. In alcuni casi bisognerà ristrutturare gli ambienti».

E fuori?

«Dovremo ricostruire in Lombardia la medicina di territorio. Istruire i pazienti cronici e dotarli di strumenti per il monitoraggio dei parametri: pressione, saturimetro, glicemia, controllo del peso e della quantità di urina. I dati poi trasmessi a un infermiere che in caso di anomalie contatta il medico. Il ruolo degli infermieri diventerà centrale con la telemedicina. E magari potremmo avere punti di riferimento non ospedalieri, per esempio le Rsa, con ambulatori dove il paziente resti in carico al suo medico, ma con la possibilità di avere strumentazioni e letti».

Susanna Pesenti

A

ddesso l'epidemia è in calo: oggi sono arrivate solo una ventina di chiamate nell'ambulatorio del dottor Massimo Buzzetti, che si è

giocato la partita da tutti i punti di vista, come medico e come paziente. Fra i primi a insospettirsi e ad allertare i colleghi, si è poi preso il corona ed è finito in ospedale sotto ossigeno. L'ha anche trasmesso alla moglie, che si è curata la polmonite a casa. Dall'ospedale, appena recuperato il respiro, ha seguito a distanza i pazienti e solo all'inizio di questa settimana è tornato a fare visite domiciliari.

Quando si è allertato come medico?

«A gennaio, quando sono arrivati i primi dati dalla Cina. Mi sembrava strano che i cinesi si spaventassero a tal punto e ho capito che la cosa era più grave

di come appariva. Ho cominciato a informarmi, ma in letteratura c'era pochissimo: fino a metà febbraio ho raccolto solo cinque articoli. La prima statistica cinese parlava di 80% di pazienti colpiti in forma lieve, 18% da ospedalizzare (3% fra questi in rianimazione) e letalità, cioè i morti sul totale dei casi osservati, del 2%. Ma era un dato sottostimato: nella Sars, durante l'epidemia si parlava del 4% di letalità ma alla fine la mortalità sul totale dei contagiati è risultata del 9%. Il doppio. Ho pensato che per il Covid si poteva stimare un 3% di letalità finale, dato che non si sapeva quanti fossero veramente gli infetti cinesi e che la popolazione italiana è vecchia. Intanto la contagiosità si rivelava alta. Tutti questi dati mi preoccupavano. Faccio parte della rete Influnet, coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità, che ogni anno fornisce i dati clinici alla base dello studio epidemiologico dell'influenza e delle infezioni respiratorie stagionali. L'anno scorso ci sono stati 8 milioni di infetti e 8000 vittime, lo 0,1%. Usando come simulazione questo modello e stimando il 3% di gravi, lo scenario del Covid in bergamasca avrebbe richiesto, al picco dell'epidemia, dai 30 ai 60 ricoveri giornalieri in terapia intensiva. Un disastro!».

Allora che cosa ha fatto?

L'intervista

«Soltanto la paura ora potrà salvarci»

Graziella Seghezzi. «Mi sono armata dei miei poveri guanti e sono andata a visitare i miei pazienti: che strazio veder morire alcuni che hanno preferito restare a casa»



Il medico è arrivato sul pianerottolo: prima di varcare la soglia di casa, dove lo attende il paziente, verifica tutte le protezioni necessarie
FOTOGRAFIA DI FILIPPO VENEZIA

Chi è Medicina associativa e tutor



ALBINO
Nata a Bergamo nel 1955, dopo aver conseguito la maturità classica si è iscritta alla facoltà di Medicina e Chirurgia a Bologna laureandosi nel 1981. Sempre a Bologna, nel 1985 ha conseguito la specializzazione in Tisiologia e malattie dell'apparato respiratorio. Fin dall'inizio dell'attività professionale ha esercitato come medico di famiglia ad Albino e da quasi trent'anni lavora nel campo della medicina associativa. Da dieci anni è tutor per gli specializzandi del corso di formazione triennale per medici di medicina generale a Milano. Sposata, è madre di due figli ormai adulti, Paolo, che ha seguito le sue orme diventando medico, e Francesco Maria, astrofisico a Copenaghen.

aveva anche altre patologie, sapendo che l'avrei esposto a rischi maggiori. Ma avevo paura anche di poter contagiare mio marito».

Un bel peso emotivo da gestire...

«Sì, davvero, nonostante sia una professionista con tanta esperienza alle spalle. Spesso mi montava la rabbia perché mi sentivo impotente: penso alle corse fatte senza riuscire a fare la differenza, ma anche al dramma dell'ossigeno che a un certo punto è diventato introvabile. Anche dover spesso lavorare al telefono è stato frustrante: il saturimetro e il termometro fornivano dati oggettivi che potevo farmi riferire dal paziente, ma per i problemi respiratori non ci si può affidare a un'interpretazione molto soggettiva. Per i parenti, poi, è stato devastante: proprio oggi ho rivisto la figlia di un mio paziente settantenne, un signore in forma, salito sull'ambulanza con le sue gambe e mai più tornato. Pensare a un familiare morto senza l'affetto dei propri cari rende più difficile elaborare il lutto. E infatti sto cominciando a vedere tanti parenti caduti in depressione: c'è chi ha attacchi di panico, chi si fa domande, si chiede come sarebbero andate le cose se la mamma o il papà non fossero stati in casa di riposo».

Quando si è trovata per la prima volta davanti a un caso di Covid-19?

«Molto prima del paziente I di Codogno. A gennaio tutti noi abbiamo visto bronchiti e polmoniti strane, che non rispondevano ai farmaci abituali. A posteriori, credo di poter dire che fossero Covid-19. A fine gennaio sono arrivati i primi alert dall'Agenzia per la tutela della salute, ma era ancora periodo di influenze, pensavamo a delle complicanze».

Invece erano le avvisaglie dello tsunami che poi si è abbattuto pesantemente sugli ospedali. Perché la medicina territoriale non è riuscita a contenere l'emergenza?

«La politica sanitaria degli ultimi anni ha indebolito la medicina di base. In questo frangente sicuramente gli ospedalieri ci hanno messo la pelle, ma anche per noi è stato un bel colpo. Forse in maniera meno vistosa, noi abbiamo assorbito la prima ondata di queste patologie, ci siamo trovati sommersi da una situazione drammatica. Le realtà di paese hanno lavorato tantissimo, sono state messe a dura prova. Noi siamo stati i primi filtri, i primi ad affrontare l'emergenza sul territorio. Da soli, senza nessuna protezione. A me alcune mascherine le hanno regalate i miei pazienti, altre le ha portate in ambulatorio la ferramenta del paese. Solo dopo settimane da Ats sono arrivati un po' di guanti e mascherine. Ma in una situazione del genere servirebbero anche tute, calzari, copricapo. Sono morti 120 medici: questo dato dovrebbe far riflettere. Spero che dopo tutto questo qualcosa cambi, che la sanità venga rivalutata e riorganizzata: ci siamo dati tutti tanto da fare, abbiamo fronteggiato un'ondata mostruosa. Io tra un anno o due andrò in pensione, ma spero che quel che è successo insegni qualcosa, che ci possano essere dei miglioramenti per i colleghi giovani».

Si è mai sentita sconfitta?

«A volte sì, soprattutto quando - e mi è successo più di una volta - dopo sette o otto giorni in cui sembrava di vedere un miglioramento, la situazione precipitava. In questi casi il contraccolpo è stato ancora più forte. Io mi ritengo abbastanza scalfata, ho esperienza, eppure a livello sia fisico sia mentale è stata una prova pesante. Sa, per la terapia intensiva ci sono dei protocolli; noi, invece, ci siamo trovati sul territorio soli con la nostra brava borsa, senza indicazioni sul Covid-19, solo ipotesi terapeutiche che ognuno ha sperimentato strada facendo. La mia fortuna è di essere in sei nello stesso ambulatorio: ci siamo spalleggiati, sostenuti, confrontati. Vuol dire molto in una situazione come questa. Di armi ne avevamo gran poche, in paese la gente si affidava a noi».

Lei parla al passato...

«Forse per esorcizzare. Lo dico a bassissima voce: da dopo Pasqua va un pochino meglio, nell'ultimo paio di giorni in ambulatorio abbiamo ricominciato a vedere anche patologie normali. Ma ci sono ancora tanti ricoverati e troppi punti interrogativi. Adesso, per esempio, siamo in un limbo anomalo in cui tanti sono clinicamente guariti, non hanno più sintomi, ma non possiamo dare certezze perché abbiamo riscontrato positivi anche dopo 60 giorni. Bisognerà continuare a usare le mascherine, lavarsi le mani - finalmente adesso lo fa anche chi prima ignorava le regole base dell'igiene - e gli anziani dovranno restare a casa ancora a lungo. Finché non ci sarà un vaccino, solo la paura ci salverà».

Lucia Ferrajoli

H

o quarant'anni di esperienza, ma una tragedia come questa proprio non l'immaginavo». Graziella Seghezzi è un medico di famiglia e l'emergenza Covid-19 l'ha affrontata proprio nella zona più martoriata dai contagi e dai lutti: la Val Seriana. Con i suoi circa 1.500 assistiti è una cosiddetta massimalista che con altri cinque colleghi condivide uno studio associato ad Albino. «Da fine febbraio - racconta - abbiamo visto quasi esclusivamente casi di coronavirus: pochissimi pazienti hanno avuto il tampone, tanti sono ancora ricoverati, dei miei una quindicina purtroppo non ce l'hanno fatta».

o con sintomi più leggeri ho scelto il monitoraggio telefonico, per gli altri mi sono armata dei miei poveri guanti e di una mascherina e sono andata a visitarli a casa. È stato davvero pesante, soprattutto quando sull'ambulanza che avevo chiamato ho visto caricare pazienti che temevo non sarebbero più tornati a casa. Ma è stato straziante anche veder morire alcuni che hanno preferito restare a casa. Parliamoci chiaro: nessuno di noi sapeva come curare questa malattia. Avevamo esperienza sulle virosi, ma questa è stata un'evenienza nuova. Avevamo il saturimetro, il fonendoscopio e il buon senso. Siamo andati per tentativi terapeutici: la tachipirina è stato il baluardo, per il resto abbiamo seguito anche noi l'onda delle indicazioni che man mano venivano date, dall'idrossiclorochina all'eparina a basso peso molecolare».

Qual è stato per lei il momento più drammatico?
«Le prime tre, quattro settimane sono state convulse, arrivavano anche 150 telefonate al giorno. Non è stato facile dirimere i casi: per i pazienti più giovani

o con sintomi più leggeri ho scelto il monitoraggio telefonico, per gli altri mi sono armata dei miei poveri guanti e di una mascherina e sono andata a visitarli a casa. È stato davvero pesante, soprattutto quando sull'ambulanza che avevo chiamato ho visto caricare pazienti che temevo non sarebbero più tornati a casa. Ma è stato straziante anche veder morire alcuni che hanno preferito restare a casa. Parliamoci chiaro: nessuno di noi sapeva come curare questa malattia. Avevamo esperienza sulle virosi, ma questa è stata un'evenienza nuova. Avevamo il saturimetro, il fonendoscopio e il buon senso. Siamo andati per tentativi terapeutici: la tachipirina è stato il baluardo, per il resto abbiamo seguito anche noi l'onda delle indicazioni che man mano venivano date, dall'idrossiclorochina all'eparina a basso peso molecolare».

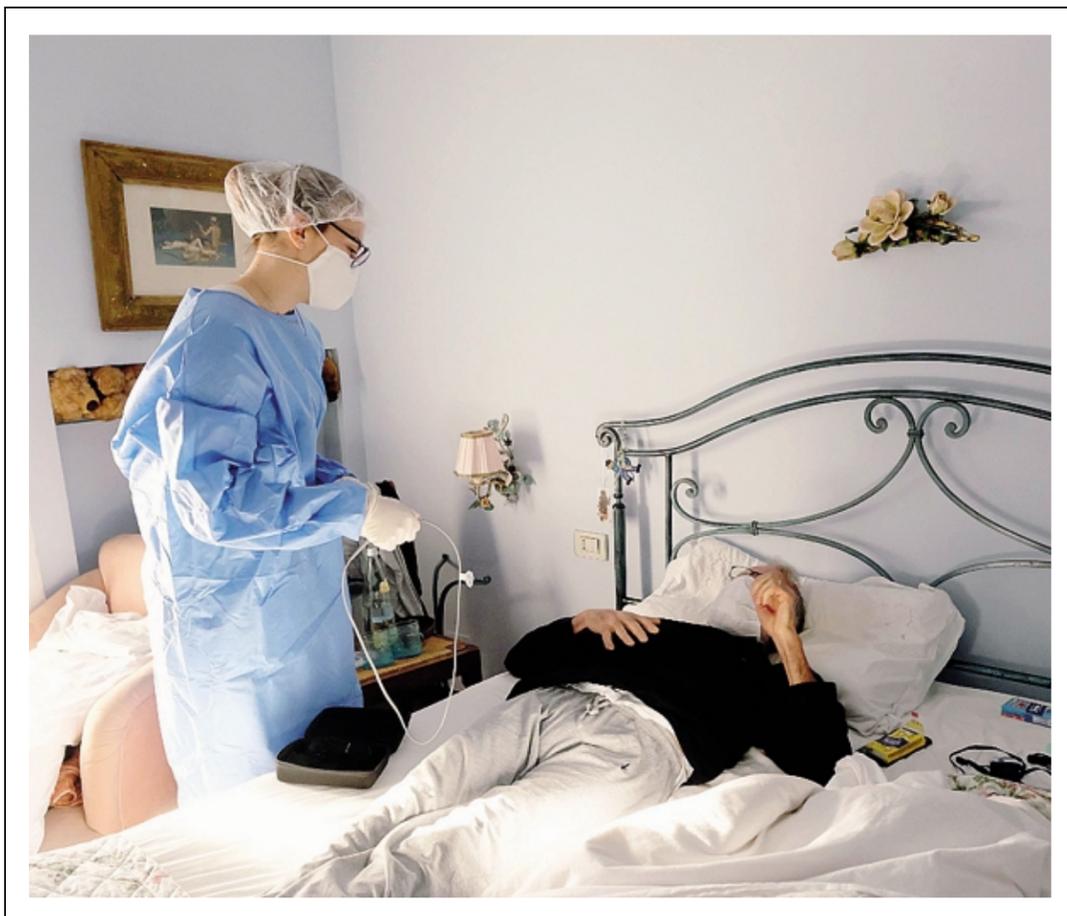
Non ha mai temuto di potersi ammalare o di poter contagiare i pazienti andando da una casa all'altra?

«Non ho mai temuto per me: potrei aver preso il Covid-19 in forma asintomatica, potrei aver sviluppato gli anticorpi. Non lo so. La mia paura era di poter essere veicolo di contagio per i pazienti, nonostante tutte le attenzioni. Anzi, sono convinta che il virus l'abbiamo portato in giro anche proprio noi medici. Perciò ho deciso di non andare a casa di chi

L'intervista

Siamo rimasti soli è il nostro destino

Guido Marinoni. I medici di famiglia e il territorio sono stati relegati ai margini e s'è pensato solo agli ospedali. I risultati li stiamo vedendo, purtroppo



Una volta in casa, il medico visita il paziente nella sua stanza per verificare il decorso della malattia

FOTOGRAFIA DI
FILIPPO VENEZIA

vano i medici di famiglia, i quali si sentivano coinvolti nel progetto. Con la riforma il medico di famiglia è rimasto in capo all'Ats (Azienda di tutela della salute), trasformata in una sorta di direzione generale decentrata della Regione, e molto però è stato assegnato alle Aziende Socio Sanitarie Territoriali, che in pratica sono aziende ospedaliere. In questo modo quasi tutto, quanto meno in termini di energie professionali, è stato dirottato sulla centralità degli ospedali, lasciando sguarnito il territorio relegato alla serie B. I presidi territoriali come i Pot e i Presst sono passati in secondo piano rispetto all'esigenza preminente di gestire gli ospedali per acuti».

È vero che il pubblico è in arretramento rispetto al privato?

«La sensazione è questa, ma il problema risiede altrove. Se il privato accreditato è in condizioni paritarie e se la gestione pubblica centralizzata è forte, qual è la questione? Molte volte, in taluni ambiti, il privato è veloce a muoversi, acquisendo vantaggi. Mi scandalizzo, invece, se il privato è favorito e in tal senso qualche problema è sorto».

Ma chi deve governare la sanità: il governo centrale o la Regione?

«Quel che è certo è che non va bene così. La catena di comando dal centro alla periferia, e viceversa, non funziona, i conti non tornano. Vorrei sapere chi ha deciso di chiudere o non chiudere l'area di Alzano-Nembro. I partiti litigano e, dinanzi a così tanti morti, questo è veramente triste. Non so se dobbiamo avere tutto a livello statale o tutto a dimensione regionale, ma di sicuro metà e metà non funziona e il nostro modello regionale ha evidenziato importanti carenze».

Eppure la Lombardia è celebrata per la sua sanità.

«Onestamente non ho mai capito questa retorica. E' sicuramente vero per quanto riguarda gli ospedali e la professionalità dei medici, e qui probabilmente ci sono ragioni storiche sedimentate nel tempo. Questo non significa, tuttavia, che l'eccellenza sia merito esclusivo dei modelli di gestione regionale, tanto più che l'organizzazione sanitaria del Pirellone lascia a desiderare».

Dunque, ai medici di famiglia è stato tolto il territorio.

«Ovvio, la realtà è questa: non è stato potenziato e per giunta lo hanno depotenziato. Faccio l'esempio anche del grande progetto della cronicità, nato tenendo conto della carenza delle cure primarie nell'area di Milano città, dimenticando i modelli virtuosi degli altri territori lombardi. La Bergamasca prova il contrario: il medico di famiglia ha sempre gestito con accuratezza la cronicità, trasformando una somma di dati in una sintesi che il paziente è in grado di capire e di assimilare. Il progetto regionale prevedeva di affidare la gestione dei malati cronici alle Aziende ospedaliere, che hanno altre priorità e dove gli stessi medici di queste strutture non hanno le caratteristiche professionali adatte per simili approcci. Per consentire ai medici di famiglia di continuare a gestire i propri pazienti cronici sono nate le nostre cooperative, per le quali anche io mi sono speso, ed è stata la risposta a un'insufficienza di programmazione regionale: ci siamo inseriti nel contesto normativo esistente. A Bergamo abbiamo messo in piedi Iml (Iniziativa medica lombarda) che, con 600 soci in tutta la Regione, ha una buona struttura, è dotata di un servizio informatico e di un centro servizi, oltre a offrire formazione. È uno dei soggetti gestori della cronicità, insieme ad altre cooperative di medici di famiglia che operano in Lombardia. L'abbiamo fatta nascere, perché l'abbiamo voluta noi: nel disegno originario della Regione i soggetti gestori erano solo di tipo ospedaliero».

Che cosa dice del progetto pilota delle Case della salute in Toscana?

«Belle iniziative, ma costose e poi servono, oltre ai medici di famiglia, anche specialisti di diverse discipline: non so fino a che punto siano proponibili nella Bergamasca. Nelle nostre condizioni forse è più abbordabile un progetto smart. Anche i sindaci devono capire che può non essere efficiente e sicuro uno studio medico in ogni piccola frazione. Il futuro è in studi ben organizzati, in rete, con presenza di infermieri e di personale amministrativo, magari supportati nella gestione proprio dalle nostre cooperative. Però è necessario che la Regione ci creda e ci investa».

Franco Cattaneo

Chi è

Presidente
Ordine
dei Medici

**MEDICINA GENERALE**

Guido Marinoni, medico di medicina generale, specializzato in Allergologia e medicina del Lavoro, è docente del Corso di formazione specifica in medicina generale. Dal 2018 è Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Bergamo e dal 2001 a oggi è componente del Comitato Centrale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (Fnomceo). Per più mandati componente del Consiglio Superiore di Sanità, è stato anche segretario provinciale di Fimmg (Federazione italiana medici di medicina generale) Bergamo. Ha partecipato a numerosi gruppi di lavoro del ministero della Salute, Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari) e Regione Lombardia.

rie. Codici che sono mancati insieme con gli strumenti di protezione: l'essere rimasti soli è diventato un tratto esistenziale dei medici di famiglia. La soluzione, nella maggior parte dei casi, è stata individuale e ammirevole: proteggersi e proteggere i pazienti. Il medico di famiglia, come tutti, s'è trovato a lottare in un contesto impari. Guardi a cosa è successo nelle Case di riposo: sul territorio sono saltati filiera e coordinamento».

Lasciati soli, dunque.

«Assolutamente sì. In Lombardia, con la legge 23 del 2015 durante la presidenza Maroni, i medici di famiglia e il territorio sono stati relegati ai margini e s'è pensato solo agli ospedali. I risultati li stiamo vedendo. Una normativa scritta proprio in modo sbagliato: decisamente sbagliata».

Sbagliata nella sua «ratio» o perché non completamente attuata?

«Sbagliata proprio nella sua ragione concettuale. Per prima cosa tende a indebolire la Regione. Prima c'erano le Asl con funzioni di controllo e che gestivano medicina di famiglia, igiene pubblica e servizi veterinari. Poi c'erano le Aziende ospedaliere che governavano gli ospedali, mentre sul territorio le Asl avevano la rete dei distretti che si occupavano di vaccinazioni, malattie infettive e che coordina-

G

uido Marinoni, presidente dell'Ordine dei medici di Bergamo, non si ritrova più di tanto nelle analogie fra contrasto al coronavirus e guerra: «L'idea di

guerra condotta con gli stivali di cartone, quella nostra in Albania, l'ho ripresa io, ma era solo un espediente per richiamare un certo modo italiano, un po' straccione e improvvisato, di affrontare i problemi. Detto ciò, quella di oggi non è una guerra, ma una cura». Concetto che gli resta in testa: cura, non guerra.

I medici di famiglia hanno affrontato anche problemi etici: salvare i pazienti prima di tutelare se stessi e poi evitare di essere portatori del virus.

«Un dilemma non facile da risolvere in assenza di disposizioni precise da parte delle autorità sanita-

L'intervista

Ci hanno dato 75 tute per 600 medici

Paola Pedrini. «Il caso Lombardia? Non aver tracciato e isolato per tempo le persone ha causato l'esplosione: un'epidemia si ferma prima che arrivi in ospedale»



In questo momento il medico ricorre all'utilizzo del saturimetro, necessario per misurare la saturazione dell'ossigeno nel sangue
FOTOGRAFIA DI
FILIPPO VENEZIA

Avremo focolai ancora per mesi e bisogna risolvere il problema della disponibilità di reagenti e tamponi».

Perché altre regioni scendono più in fretta?

«Alcune regioni sono state più tempestive e hanno bloccato prima. In Lombardia il contagio ha avuto tempo di allargarsi e anche ora non c'è un vero isolamento dei casi sospetti, perché in un appartamento dove vivono più persone è impossibile evitare qualche forma di contatto. In poco tempo abbiamo visto ammalarsi interi nuclei familiari, in forme lievi e più gravi dentro la stessa casa. Inoltre i casi sospetti non emergono, perché non c'è un'organizzazione dedicata, dentro il dipartimento di prevenzione e igiene pubblica, che tracci i casi e ricostruisca la catena dei contatti. È fin dall'inizio questa una delle carenze maggiori. Non aver tracciato e isolato per tempo le persone, ha causato l'esplosione rispetto alle altre regioni».

Come si raccolgono i dati dell'epidemia?

«Ogni provincia, ogni Ats fa a suo modo. Alla fine saranno dati inutilizzabili, perché non comparabili. Come Fimmg suggeriamo che si muovano i dipartimenti di igiene, noi ci mettiamo a disposizione per aiutare il tracciamento, come facciamo ogni anno con i medici sentinella di Influnet. È una rete nazionale di medici e pediatri volontari coordinata dall'Istituto Superiore di Sanità che segnala i casi stagionali di influenza e affezioni respiratorie».

Perché la rete non è stata attivata?

«Bella domanda. Forse lo sarà in vista della seconda ondata epidemica. In ogni caso, come medici non siamo mai stati coinvolti né consultati nella definizione dei protocolli, a nessun livello».

Nessuno ha nemmeno preso in considerazione l'esperienza sanitaria maturata sulle epidemie in altri continenti. Non sarebbe stato utile attingere a questa esperienza metodologica consolidata, presente anche nella biografia professionale di molti medici lombardi e anche bergamaschi?

«È stata vista subito come un'emergenza delle terapie intensive, senza considerare il problema di sanità pubblica, perché non c'è più questa cultura a livello di Servizio sanitario, né nazionale né soprattutto regionale. Invece un'epidemia dev'essere frenata prima di arrivare all'ospedale. Quindi non sono stati presi in considerazione nemmeno quegli esperti che avrebbero potuto essere utili».

Ora sono arrivate le Unità speciali, ma sono molte meno del necessario: a Bergamo 6 invece che le 22 promesse.

«Data la carenza di dispositivi, le Unità sono nate per concentrare le protezioni su un gruppo di medici. Evidentemente sarebbe stato meglio dare dispositivi sufficienti a ogni medico di famiglia perché continuasse a visitare i suoi pazienti. Data la penuria, l'idea ha una sua logica, ma anche le Usca, per lo stesso motivo di carenza di Dpi, sono poche e possono fare poche visite. Così il collegamento col medico di famiglia che chiede la visita domiciliare per il suo paziente è mediato da una centrale che smista le segnalazioni nel contesto di tutte le richieste arrivate. Quindi il paziente non è certo di essere visitato. D'altra parte la presa in carico precoce diventa difficile perché a distanza non puoi prescrivere quasi nulla».

Quanto possono resistere ancora le famiglie chiuse in casa?

«Speriamo che col caldo il virus si indebolisca, ma non è detto. E senza diagnosi certe sul territorio è rischioso rimettere al lavoro persone che magari sono asintomatiche ma contagiose... Perciò abbiamo chiesto i due tamponi negativi a distanza di 24 ore, perché il tampone ha una percentuale del 30% di falsi negativi: uno solo non dà certezze. Inoltre il dato dei guariti in Lombardia non è distinto dai dimessi dagli ospedali, che possono essere ancora contagiosi».

Come medici di famiglia avete lamentato la mancanza di protocolli terapeutici.

«Di protocolli ne abbiamo visti, ma tutti di gestione ospedaliera, per il territorio è arrivato qualcosa solo in aprile. Non avevamo linee chiare sulla farmacologia: ogni ospedale, ogni azienda aveva un protocollo diverso».

Quali lezioni per il futuro si stanno imparando?

«Il medico di famiglia dovrà lavorare in modo organizzato, rinunciare all'accesso libero in ambulatorio: basta sale d'attesa affollate. Informatizzazione e telemedicina aiutano, il ricambio generazionale favorirà il processo. Sul territorio, più che un potenziamento delle Adi, vedo bene equipe fisse dove si crei un rapporto di fiducia e stili di lavoro comuni medici e infermieri».

Susanna Pesenti

Chi è Segretaria generale Fimmg



SINDACATO

Paola Pedrini, 38 anni, dopo la laurea in medicina e chirurgia e il diploma al Corso di formazione specifica in medicina generale, ha ottenuto un master di secondo livello in «Gestione delle Strutture di Cure Primarie». È medico di medicina generale con esperienze professionali maturate anche come medico di continuità assistenziale e in Rsa. Dopo aver ricoperto incarichi sindacali nella Fimmg (Federazione italiana medici di Medicina Generale) di Bergamo, da novembre è segretaria regionale di Fimmg Lombardia. Fa parte della commissione per la Medicina di genere della Fnomceo, (Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e odontoiatri) e a Bergamo è anche segretario dell'Ordine dei medici.

dispositivi distribuiti sul territorio. Numeri che comprendono anche le donazioni cercate da noi, ma che non siamo stati citati. Sembra che Ats abbia fatto tutto da sola. Logicamente abbiamo inviato il materiale al magazzino di Ats, per favorire la distribuzione a tutti. Ma almeno dire che i medici esistono e si muovono...».

Che cosa manca di più?

«Sono state distribuite 75 tute per 600 medici di famiglia. Si fa fatica a comprare in autonomia e se come Federazione si fanno ordini più consistenti, si rischia il sequestro della Protezione Civile perché in tutta Italia hanno il mandato di darli solo agli ospedali. Se qualcuno ci vuole aiutare con i kit, perché arrivino proprio ai medici di famiglia, le donazioni vanno indirizzate specificamente al Dipartimento di cure primarie diretto dal dottor Roberto Moretti».

Che idee vi siete fatti del balletto di numeri sull'epidemia?

«Secondo noi, all'inizio, in provincia il contagio era cinque volte di più rispetto ai numeri ufficiali e nelle settimane successive è diventato dieci volte di più a Bergamo e nelle province più colpite. Ora direi che a Milano siamo a 5-6 volte più dei dati ufficiali. C'è un calo, ma in Lombardia è precario, bisogna fare attenzione a non dare messaggi troppo rassicuranti, che possano far calare l'attenzione della popolazione.

È

diventata il volto mediatico dei medici di famiglia lombardi Paola Pedrini, 37 anni, segretaria regionale della Fimmg, la federazione italiana medici di medicina generale. Ha parlato chiaro, riuscendo ad attirare l'attenzione sul territorio e su chi combatte la battaglia sanitaria senza ripari.

Dottoressa, ora avete le protezioni?

«In Lombardia e anche a Bergamo c'è ancora carenza di kit. Come Fimmg ci siamo impegnati a ottenere donazioni a livello locale abbiamo coinvolto i cittadini. Abbiamo avuto una buona risposta. Kit completi però non ce ne sono: tutta l'attenzione è puntata sulle mascherine, ma ai medici occorrono anche tute, camici, copricapo, copriscarpe occhiali e guanti. Da Regione Lombardia e da Ats abbiamo ricevuto veramente poco e l'ultima delusione da parte di Ats Bergamo è il comunicato stampa di alcuni giorni fa, con i numeri dei

L'intervista

Addio, caro dottore
Ingiusto tramonto

Giorgio Cosmacini. Veniamo da decenni in cui la funzione del medico generalista è stata gradualmente svalutata: purtroppo abbiamo dimenticato il suo ruolo decisivo



Nella visita a domicilio il colloquio con il paziente avviene in un ambiente familiare che aiuta il malato a stemperare la tensione
FOTOGRAFIA
DI FILIPPO VENEZIA

sufficienza, come un residuo di epoche passate. Ci si è dimenticati del ruolo decisivo di questa figura di collegamento tra il cittadino che ha bisogno di cure e il sistema sanitario che è chiamato a rispondere a tale esigenza. I ministri della Salute che si sono succeduti in epoca recente hanno attribuito una grande importanza – anche giustamente – alla ricerca di punta, alle applicazioni terapeutiche delle nuove tecnologie. Istanze legittime, ripeto, che si accompagnavano un po' ovunque a una visione "ospedalocentrica" della sanità: il problema è che, mentre si concentrava l'attenzione su questi aspetti, si distraeva lo sguardo dalla funzione specifica della medicina ambulatoriale. Sono state poche, a livello politico, le eccezioni a questa tendenza»

Possiamo fare dei nomi, tra queste eccezioni positive?

«Tra i ministri, mi vengono in mente due donne: Mariapia Garavaglia, nel biennio 1993-94, e Rosy Bindi, dal 1996 al 2000. La Bindi, che allora militava nell'Ulivo, proveniva da un'ala della Democrazia Cristiana contrapposta a chi, nello stesso partito, predicava la necessità di un arretramento del pubblico a favore del privato e l'opportunità di estendere anche al settore della sanità il principio della libera concorrenza».

Più di recente, qualche politico ha sostenuto che i cittadini ormai andrebbero dal medico di base «per farsi fare le ricette, ma quelli che hanno meno di cinquant'anni si fanno le autoprescrizioni su Internet». Con l'arrivo della pandemia, è stato anche grazie ai medici generalisti se il sistema sanitario non è collassato: alcuni di loro, costretti a confezionarsi da sé le mascherine, ricordavano quei legionari romani che si sacrificavano alle frontiere dell'impero, per fermare l'avanzata dei barbari.

«Insieme al personale ospedaliero, in questi mesi i medici di Medicina generale hanno costituito la prima linea di difesa: i nomi di molti di loro rientrano tra quelli dei 123 medici italiani finora morti in Italia di coronavirus. Al momento buono – in un momento pessimo, in effetti –, siamo stati costretti a rivalutare queste figure professionali».

Quando si allenterà il lockdown ed entreremo nella famosa «Fase 2», bisognerà fare ancor più affidamento sulla medicina territoriale? In questo caso, converrebbe potenziarla per tempo e predisporre misure per salvaguardare il personale dal rischio di infettarsi: non potremo contare sempre sull'arrivo di medici da Cuba, dalla Russia o dall'Albania.

«Non posso permettermi di entrare nei dettagli della questione di come andrà gestita la Fase 2, perché non sono un epidemiologo né un virologo, né un igienista. Oltre che medico di lunga data, sono uno storico e un filosofo della Medicina. In linea generale, credo di poter dire che attualmente si stia verificando una rivoluzione in questo campo. Così come, in passato, si erano compiute una rivoluzione farmacoterapica (con l'avvento degli antibiotici), una legata all'introduzione in ambito medico dell'informatica e una connessa agli avanzamenti della genomica, oggi siamo di fronte a una "rivoluzione virologica". Una rivoluzione comporta essenzialmente che quanto seguirà sarà diverso da ciò che preesisteva: dovremo presto rinunciare ad alcune categorie e principi che avevano caratterizzato, da alcuni decenni a questa parte, l'orizzonte della cultura medica. Per esempio, nelle attuali circostanze stiamo capendo che una politica centrale forte, capace di guidare la sanità pubblica, è indispensabile per arginare gli effetti di una pandemia. Nel prossimo futuro, forse, dovremo anche "riattualizzare", reinterpretandoli, una serie di concetti medici che parevano un retaggio dei secoli passati».

Ce ne può dare qualche esempio?

«Pensiamo a espressioni come "internamento", "quarantena", "sequestro domiciliare", "patente di sanità" (in questi giorni si è parlato di "patenti di immunità" per i soggetti che abbiano sviluppato degli anticorpi contro il SARS-CoV-2). Detto questo, quando davvero inizierà la Fase 2 ci troveremo in un mondo nuovo, in un contesto inedito: dovremo procedere a piccoli passi, per non commettere nuovamente errori che potrebbero avere conseguenze funeste. Avremo bisogno dei dati scientifici, ma anche della virtù della *phronesis*, della "saggezza" in senso classico, come capacità di operare scelte in situazioni in cui non è possibile contare su certezze assolute».

Giulio Brotti

Chi è Università e medico alla Barona



«PIÙ DI UNA SCIENZA»
Nato a Milano nel 1931, Giorgio Cosmacini si è laureato in Medicina a Pavia nel 1954, con un biennio di anticipo. Medico generico nel quartiere della Barona, si è poi specializzato in radiologia; a lungo docente di Storia della medicina presso l'Università Vita-Salute San Raffaele. Nel 2016 gli è stato conferito l'Ambrogino d'oro. In un'intervista ha detto: «Sostenendo che la medicina "non è scienza" io attendo affermare, in un certo senso, che essa è "di più": è una pratica basata, indubbiamente, su un insieme di conoscenze scientifiche e tecniche, ma il cui fine ultimo – o per meglio dire, primo – rimane l'uomo». Tra le sue opere, «La vita nelle mani. Storia della chirurgia»; «Storia della medicina e della sanità in Italia» (Laterza).

U

n antico detto francese riassumeva così i compiti di un buon medico: *Guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours* («Guarire talvolta, spesso dar

sollevio, sempre consolare»). Soprattutto il medico di famiglia rappresentava tradizionalmente un interlocutore di fiducia, con il quale i pazienti potevano affrontare problemi di salute e non solo, secondo una visione decisamente ampia dello «star bene»: «Noi siamo abituati a usare i termini "terapia" e "cura" come se fossero dei sinonimi – osserva Giorgio Cosmacini –, ma è sbagliato: la terapia si esercita su una malattia, la cura su un malato. La cura non si riduce alla somministrazione di farmaci o alla conduzione di un intervento chirurgico: presuppone la sottoscrizione implicita di un patto per cui il medico si impegna, comunque vadano le cose, a non abbandonare il paziente (ad assisterlo

proprio nell'accezione etimologica di *adsistere*: "sostare accanto"). Nel prossimo futuro, pur tenendo in debita considerazione gli sviluppi della telemedicina, non dovremo dimenticarci di questo aspetto». Già medico «della mutua» nel quartiere milanese della Barona di Milano, poi specialista in radiologia e dirigente ospedaliero, Cosmacini è docente emerito di Storia della medicina presso l'Università Vita-Salute San Raffaele; qualche anno fa – nel 2013 –, in un brillante pamphlet intitolato *La scomparsa del dottore. Storia e cronaca di un'estinzione* (Raffaello Cortina Editore, pp. 152, 13 euro), aveva denunciato i rischi di un'involuzione burocratica del sistema sanitario e di un declino dell'immagine pubblica del medico generalista.

Professore, occorre l'arrivo della pandemia di coronavirus perché riscoprissimo l'importanza degli MMG, i medici di Medicina generale?

«Noi oggi stiamo scontando le conseguenze di una lunga trascuratezza nei riguardi di queste figure professionali. Veniamo da decenni in cui la funzione del medico generalista è stata gradualmente svalutata, come dimostra anche l'ingresso nell'uso comune della formula "medico generico": si è andati privilegiando l'immagine dello specialista, o del superspecialista, mentre quella del medico d'ambulatorio veniva considerata sempre più con