



## Tempi difficili

### Sondaggio

- Due anni di COVID-19: riflessioni e indicazioni per il futuro

### Primo Piano

- Autonomia professionale ruolo sociale del medico

### Testimonianze

- La medicina nella società della longevità: il canone geriatrico

## IN QUESTO NUMERO

### EDITORIALE

- Tempi difficili**  
*Gianpaolo Balestrieri* ..... 3
- Il tempo triste di un mestiere bellissimo**  
*Ottavio Di Stefano* ..... 4

### PRIMO PIANO

- Autonomia professionale ruolo sociale del medico**  
*Fabrizio Asioli* ..... 6
- Per salvare la Terra (e noi stessi) impariamo a pensare in modo nuovo**  
*Intervista a Luca Savarino,*  
*a cura di Gianpaolo Balestrieri e Lisa Cesco* ..... 11

### SONDAGGIO

- Due anni di COVID-19: riflessioni e indicazioni per il futuro.**  
**I dati di un sondaggio fra i medici bresciani**  
*Angelo Bianchetti* ..... 17

### INTERVISTE

- La rivoluzione dell'imaging funzionale**  
*Intervista a Raffaele Giubbini,*  
*a cura di Ottavio Di Stefano* ..... 26
- La medicina come "misura". Tra scienza e relazione umana**  
*Intervista a Claudio Cuccia,*  
*a cura di Gianpaolo Balestrieri e Lisa Cesco* ..... 30
- Lascio tutto per ritrovare il piacere di fare ricerca**  
*Intervista a Laura Andreoli,*  
*a cura di Gianpaolo Balestrieri e Lisa Cesco* ..... 33
- Il senso della cura. L'oncologia, la lezione di Alberto D. e la mia testimonianza civile**  
*Intervista a Alberto Dalla Volta,*  
*cura di Gianpaolo Balestrieri e Lisa Cesco* ..... 36

### TESTIMONIANZE

- La medicina nella società della longevità: il canone geriatrico**  
*Renzo Rozzini* ..... 40
- Cibo e demenza**  
*Renzo Rozzini* ..... 46



\* spiegazione della copertina pag 63

**Tempi difficili**  
*Raffaele Spiazzi*

### PUNTI DI VISTA

- Il linguaggio dei dottori da Der Zauberberg, di Thomas Mann**  
*Sebastiano Castellano* ..... 47

### QUI ODONTOIATRI

- Salute è anche libertà di scelta**  
*Gianmario Fusardi* ..... 52
- Le novità dell'ENPAM**  
*Claudia Valentini* ..... 53

### RICORDI

- Dottor Genesio Balestrieri,**  
*Franco Franceschini* ..... 55
- Dottor Giorgio Bertolizio,**  
*La moglie e i figli* ..... 56
- Dottor Antonio Losio,**  
*Sergio Perini* ..... 57
- Dottor Armando Lumini,**  
*La moglie Francesca e la figlia MariaStella* ..... 58
- Dottor Gaia Panina,**  
*Silvia Galeri* ..... 59
- Dottor Renzo Mastroeni,**  
*Le tue, i tuoi, colleghe/i di Asola* ..... 60

#### DIREZIONE - REDAZIONE - AMMINISTRAZIONE

Via Lamarmora, 16 - BRESCIA - Tel. 030 2453211 - Fax 030 2429530  
 info@ordinemedici.brescia.it - info@omceobs.legalmailpa.it - ordinemedici.brescia.it

DIRETTORE RESPONSABILE: Dott. Gianpaolo Balestrieri - COMITATO DI REDAZIONE: Dott. Angelo Bianchetti, Dott.ssa Lisa Cesco, Dott. Ottavio Di Stefano, Dott.ssa Anna Giulia Guarneri, Dott. Cristiano Guido Cesare Perani, Dott. Renzo Rozzini, Dott. Raffaele Spiazzi, Dott. Erminio Tabaglio, Dott.ssa Giulia Zambolin.

#### CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE 2021-2024

PRESIDENTE: Dott. Ottavio Di Stefano - VICEPRESIDENTE: Dott.ssa Luisa Antonini, SEGRETARIO: Dott. Bruno Platto - TESORIERE: Dott.ssa Anna Giulia Guarneri - CONSIGLIERI: Dott. Gianpaolo Balestrieri, Dott. Nicola Bastiani, Dott. Germano Bettoncelli, Dott. Angelo Bianchetti, Dott. Silvio Caligaris, Prof. Francesco Donato, Dott. Giovanni Gozio, Dott. Renzo Rozzini, Dott. Erminio Tabaglio, Dott. Umberto Valentini, Dott.ssa Annalisa Voltolini, Dott. Gianmario Fusardi (Odontoiatra), Dott.ssa Claudia Valentini (Odontoiatra).

#### COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO MEDICI

PRESIDENTE: Dott. Ottavio Di Stefano - VICEPRESIDENTE: Dott.ssa Luisa Antonini - SEGRETARIO: Dott. Bruno Platto - COMPONENTI: Dott. Gianpaolo Balestrieri, Dott. Nicola Bastiani, Dott. Germano Bettoncelli, Dott. Angelo Bianchetti, Dott. Silvio Caligaris, Prof. Francesco Donato, Dott. Giovanni Gozio, Dott.ssa Anna

Giulia Guarneri, Dott. Renzo Rozzini, Dott. Erminio Tabaglio, Dott. Umberto Valentini, Dott.ssa Annalisa Voltolini.

#### COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO ODONTOIATRI

PRESIDENTE: Dott. Gianmario Fusardi - VICEPRESIDENTE: Dott.ssa Claudia Valentini - SEGRETARIO: Dott. Claudio Giuseppe Dato - COMPONENTI: Dott.ssa Sara Geretto, Prof. Stefano Salgarello.

#### COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

PRESIDENTE: Dott.ssa Patrizia Apostoli (nominato ai sensi dell'art.2 co. 3 della L.3/2018) - COMPONENTI EFFETTIVI: Dott.ssa Tiziana Candusso, Dott.ssa Emanuela Tignonsini - COMPONENTE SUPPLENTE: Dott.ssa Giulia Zambolin.

#### UFFICIO DI PRESIDENZA

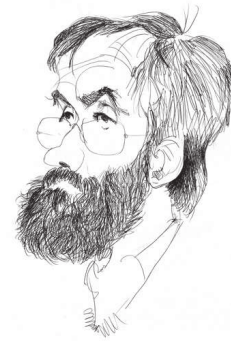
COMPONENTI: Dott.ssa Luisa Antonini, Dott. Gianpaolo Balestrieri (Direttore Responsabile BresciaMedica), Dott. Germano Bettoncelli (Coordinatore Com. ne Cultura), Dott. Ottavio Di Stefano, Dott.ssa Anna Giulia Guarneri, Dott. Bruno Platto, Dott. Umberto Valentini (Consigliere).

PROGETTO EDITORIALE a cura di Margherita Saldi, partner Luca Vitale e Associati - Progetti di comunicazione - IMPAGINAZIONE E STAMPA: Com&Print srl - Brescia.

IMMAGINE DI COPERTINA realizzata dal Dott. Raffaele Spiazzi.

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

# Tempi difficili



Il Direttore  
**Gianpaolo Balestrieri**

Viviamo tempi difficili. La pandemia che non smette di mordere. La guerra nel cuore dell'Europa. Cortine di ferro, minacce nucleari. Si riaffacciano, minacciosi, fantasmi che pensavamo appartenere alla storia del Novecento.

Il cambiamento climatico, la siccità.

Sulla scena non manca nessuno dei Cavalieri dell'Apocalisse. In altri tempi, nell'Ottocento positivista vi erano medici in prima fila contro le ingiustizie sociali, da Rudolph Virchow in Germania ai condotti italiani. Negli anni Sessanta e Settanta del secolo scorso Bernard Lown negli Stati Uniti, Yevgeniy Chazov in Unione Sovietica, Alberto Malliani in Italia animavano l'associazione dei medici contro la guerra nucleare.

Convinti che quelle battaglie facessero parte dei compiti, dei doveri della professione.

Oggi non è più così e dobbiamo prenderne atto, a malincuore.

Ma una cosa rimane, e dobbiamo tenerla stretta. Il lavoro del medico, di servizio agli altri, la sua qualità.

Diceva Avedis Donabedian, il pioniere del *Quality Improvement*; "Infine. Il segreto della qualità è l'amore. Dovete amare il vostro paziente.

Dovete amare la vostra professione. Dovete amare il vostro Dio"<sup>1</sup>.

Molti di noi lo hanno riscoperto durante i primi, terribili, indimenticabili mesi della pandemia, quando, caduto ogni ciarpame burocratico, ogni barriera specialistica, ci si è ritrovati nell'essenza della professione che si è scelta, essere vicini ai pazienti, talora con la sola presenza.

E questo va ricordato, anche ora, che la stanchezza, il *burnout*, la disillusione per le promesse mancate ed il futuro incerto sembrano prevalere.

Diceva Primo Levi ne "La chiave a stella": "L'amare il proprio lavoro (che purtroppo è privilegio di pochi) costituisce la maggior approssimazione concreta alla felicità sulla terra; ma questa è una verità che non molti conoscono".

In attesa di tempi migliori. ●



<sup>1</sup> Rosenbaum L., *Peers, professionalism and improvement. Reframing the quality question* (N Engl J Med 2022; 386 : 1850-54).

# Il tempo triste di un mestiere bellissimo

*Un sabato mattina d'estate. In bermuda e maglietta sta ripitturando il timone della sua caravan. Moglie e figli caricano le ultime cose. La vacanza è già cominciata. Aspettano il fresco per "andare al mare".*

*Il dolore, la sudorazione profusa, la sensazione di mancamento. "Sto male, mi fa male qui". La mano sul torace e poi la corsa in ambulanza. Corre anche il barelliere verso l'ambulatorio del PS, l'ammalato è "brutto". Siamo in epoca pre-codici, pre-triage.*

*La pressione, la vena, l'ecg: infarto acuto anteriore. Colloquio via interfono con il cardiologo e invio in UTIC.*

*Aspettando l'ascensore. "Oggi dovevamo partire per il mare", dice al medico, l'infermiera gli prende la mano. "Certo adesso dobbiamo curarla, ma sono sicuro che fra qualche giorno porterà sua moglie e i*

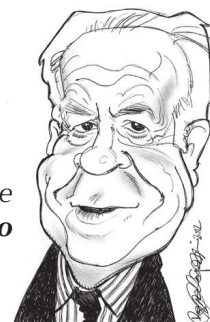
*suoi figli al mare". Il medico gli parla, lo guarda. È lì con lui.*

Quante volte ci è capitato di partecipare ad improvvise cesure della vita. Il referto TAC portato con trepidazione al medico di famiglia. correggi con "Guardare l'espressione del dottore mentre legge per capire se proseguirà nella sua quotidianità o se tutto cambierà.

Ed è su questi momenti relazionali che si misura la qualità vera del medico.

Ma siamo sempre più attratti, e ancora di più i giovani per questioni generazionali di dimestichezza digitale, dalle "meravigliose sorti e progressive" dell'intelligenza artificiale che si affaccia sempre più in termini operativi nella clinica.

Il Presidente  
**Ottavio Di Stefano**



John Noseworthy, già direttore della Mayo Clinic, scriveva nel 2019 (NEJM): "Questa relazione, al centro dell'assistenza sanitaria, è stata una costante attraverso culture e secoli, e credo che debba rimanere centrale nella pratica medica anche se la medicina si evolve".

Il contrasto al COVID-19, anche nei momenti più aggressivi, si è in larga parte basato sulla qualità di questa relazione, divenuta, spesso, l'unica vicinanza al paziente, soprattutto quando non avevamo strumenti efficaci di fronte ad un morbo sconosciuto.

Ma la competenza è un altro prerequisito per fare il dottore. E in questi due anni e più di pandemia tutti ci siamo affidati all'umiltà del metodo scientifico, sempre in progress, e allo studio.

Si sono resi disponibili, in tempi rapidi ed impensabili, vaccini efficaci.

*“Sulla base del nostro modello di adattamento ai decessi per COVID-19 ufficialmente riportati, abbiamo stimato che 18.1 milioni (intervallo credibile 95% [CrI] 17.4-19.7) di decessi dovuti a COVID-19 si sarebbero verificati senza vaccinazioni in tutto il mondo durante il primo anno del programma di vaccinazione COVID-19 (8 dicembre 2020, 8 dicembre 2021)”. Global impact of the first year of COVID-19 vaccination: a mathematical modelling study. The Lancet Infectious Diseases 23 giugno 2022.*

La campagna vaccinale nel mondo, come era del tutto prevedibile, ha privilegiato i paesi più ricchi.

In Italia e nella nostra provincia è stata di grande successo ed impatto. Per una volta è merito di tutti e le continue sollecitazioni dell’Ordine a lavorare insieme, come per altro COVID-19 ci ha insegnato nelle fasi più acute, non sono rimaste inascoltate. Ebbene dobbiamo mantenere quello spirito e riflettere (nessuno ha la pallottola d’argento) su come affrontare i prossimi mesi. Sollecciteremo in tal senso le istituzioni.

Il virus nelle varianti più recenti di Omicron circola ed è altamente infettivo, se pur, dai dati

di letteratura, con una minore morbilità. Sappiamo tutti che la protezione vaccinale contro l’infezione è modesta e scema nel tempo. Siamo tutti stanchi, noi compresi, di restrizioni e tutti speravamo in una convivenza accettabile con la pandemia e che si scivolasse verso l’endemia. Rimangono tanti dubbi. Ci sarà un nuovo vaccino in tempi brevi attivo sulle varianti? Chi dovremo vaccinare? Aspettiamo i risultati delle sperimentazioni in corso.

Ma intanto usiamo la mascherina (FFP2) nei luoghi chiusi o in caso di assembramento.

Il nostro sondaggio, in pubblicazione, tratteggia bene questo tempo triste di pandemia. La comunità medica bresciana ha sofferto, pagando un prezzo alto in termini di disagio fisico e psichico, ma ha risposto con sacrificio e dedizione che qui vanno testimoniati.

Finirà la pandemia, finirà la guerra alle porte, finirà questo tempo dell’insicurezza e dell’ansia collettiva.

Si apriranno scenari complessi di nuove strabilianti conquiste tecnologiche centrate, come dicevo prima, sull’intelligenza artificiale che faranno un gran bene ai futuri malati.

**Ma c’è un elemento costituente, scolpito nella pietra, del nostro lavoro: l’incontro, unico, insostituibile con il malato. Senza questo nessuna innovazione potrà realizzare a pieno tutte le sue potenzialità.**

*Non ne poteva più. Quanti malati aveva visto. Guardava l’orologio... 20 minuti poi finito per oggi.*

*Un bussare lieve. “È la suora...”. “Guardi, è arrivata una cartolina da Rimini indirizzata ai dottori e personale del PS”. “Cari dottori, cari infermieri e personale tutto siamo al mare. Grazie. Il malato con l’infarto di sabato mattina di un mese fa”.*

Il nostro è un mestiere bellissimo. ●

# Autonomia professionale ruolo sociale del medico

A cura di **Fabrizio Asiola**  
Psichiatra

## Introduzione

La storia della Medicina ci mostra che fra l'autonomia professionale del medico e il ruolo che gli viene riconosciuto dalla società in cui opera, esiste una relazione diretta di tipo lineare che si può sintetizzare nella seguente affermazione: tanto più forte (cioè, tanto più apprezzato e valorizzato) è il ruolo che la società attribuisce al medico, tanto maggiore è l'autonomia professionale che gli viene accordata. Naturalmente può accadere anche il contrario, cosa che si sta verificando proprio nel periodo che stiamo vivendo. In tutte le culture che si sono sviluppate sulla faccia della terra, a chi si occupa di alleviare la sofferenza dei suoi simili è stato sempre attribuito grande rispetto e un forte riconoscimento sociale. È accaduto così anche da noi e, più in generale nella società occidentale, almeno fino a circa cinquant'anni fa. A partire dalla metà del secolo scorso, le cose sono rapidamente cambiate e hanno preso tutt'altra direzione, così il medico ha visto ridimensionare progressivamente la sua immagine e il suo

status sociale. In modo corrispondente, si è ridotta anche la sua autonomia professionale. Oggi, nel suo agire, il medico è condizionato dalla società in cui vive, talvolta criticato o addirittura disprezzato (come fanno i no vax), molto più di quanto avvenisse in tempi precedenti.

## Sacralità del prendersi cura

Fa parte delle prerogative dell'uomo avere attenzioni verso i malati e i più deboli. Dal ritrovamento di fossili e di pitture rupestri sappiamo che comportamenti di tipo compassionevole erano sistematicamente praticati fin dal Paleolitico da tutto il gruppo sociale. Pur non essendoci note con esattezza le ragioni, a partire da un certo momento in poi, questa funzione di cura verso i bisognosi viene delegata a un singolo membro della comunità, lo sciamano, che assume questa funzione in modo *esclusivo* e *specifico*. Per interpretare questa mutazione, gli antropologi avanzano alcune ipotesi. Fra le più importanti viene menzionata l'utilità di "specializzare" la funzione della cura secondo le caratteristiche individuali, dato

che non tutti i membri del gruppo sociale erano (o, forse, si sentivano) in grado di svolgere questa attività in modo adeguato. Un attento studio delle diverse Medicine che si sono sviluppate sulla faccia della terra ha messo in luce che alla figura che si dedica alla cura (non importa se medico, curatore, sciamano) da sempre sono state riconosciute almeno 3 doti *distintive* rispetto alla gente comune: 1) l'attitudine a sapersi avvicinare al dolore, senza provare eccessivo turbamento; 2) la capacità di cimentarsi nella lotta contro il male e di dedicarsi alla persona ammalata; 3) la disponibilità ad accompagnarla fino alla morte quando le cure non portavano beneficio. Non deve stupire che queste qualità abbiano conferito prestigio e addirittura una certa *sacralità* ai gesti e al ruolo dei curatori. Nelle società primitive, allo sciamano veniva riconosciuta persino una capacità soprannaturale, grazie alla quale egli era in grado di frequentare "gli spiriti" (cioè, l'ignoto): quelli del male, che causavano la malattia e quelli che popolavano l'aldilà, ai quali affidare lo spirito del defunto nel suo ultimo viaggio.

La peculiarità del compito esercitato da chi si occupa della sofferenza degli altri, in molte culture trova un riscontro anche in precise caratteristiche fisiche, in grado di permettere la individuazione di tipologie (limitate e *distinguibili*) di persone che, in quella società, possano assumere il dovere di dedicarsi alla cura. Ad esempio, fra i Kuna, una popolazione che tuttora popola l'America centrale, i *curanderi* vengono identificati, sin da piccoli, nei bambini albini. Questa anomalia genetica produce tre conseguenze particolari: coloro che ne sono affetti sono un numero piuttosto limitato di individui; essi hanno la carnagione chiara perché priva di melanina; pertanto, sono facilmente riconoscibili all'interno del gruppo sociale; la mancanza protettiva di pigmentazione genera piaghe e sanguinamenti alla loro pelle per le ustioni causate dal sole dei tropici, quindi provoca anche sofferenze. In alcuni gruppi di indios della Amazzonia, gli sciamani vengono invece identificati sin da piccoli in coloro che sono portatori di definiti difetti fisici, per esempio, l'essere storpi. Anche in questo caso, come per i

Kuna, la menomazione sembra costituire, contemporaneamente, un preciso criterio di differenziazione rispetto agli altri membri del gruppo sociale, e anche una "garanzia" che il curatore - per esperienza diretta - abbia conoscenza del male e del dolore.

Le origini della Medicina occidentale risalgono a Ippocrate, ma solo alla fine del '700 nasce la Medicina moderna, grazie alla introduzione del metodo scientifico allo studio del corpo umano e delle malattie. Ciò ha permesso la comprensione dei meccanismi patogenetici e ha consentito una interpretazione biologica delle malattie sottraendole definitivamente a concezioni magiche. Tuttavia, fino alla scoperta avvenuta nel 1935 dei primi farmaci, i sulfamidici, i medici hanno continuato ad usare interventi curativi di importanza limitata (diete e riposo), spesso di dubbia efficacia (purganti), a volte addirittura pericolosi (salassi), per più di 150 anni. **Si può dire che, nonostante le differenze abissali fra la nostra Medicina e lo sciamanesimo, il medico ottocentesco e lo sciamano per lungo tempo abbiano condiviso un approccio ai loro pazienti molto simile, caratterizzato dalla povertà di strumenti terapeutici a disposizione e da una loro assidua vicinanza all'ammalato.** In estrema sintesi: alla scarsità degli strumenti di cura si accompagnava una intensa offerta di relazione, di supporto e di conforto. Al medico ottocentesco (così come allo sciamano) era riconosciuto un ruolo sociale di prestigio, ed egli godeva di indiscusso rispetto da parte della comunità e della gratitudine dei pazienti a cui si dedicava. Proprio grazie a questa sua fedeltà alla persona sofferente.

### **Perché il rapporto del medico col paziente e con la società è andato in crisi?**

**A determinare l'attuale crisi ha contribuito certamente una profonda modificazione culturale avvenuta nella popolazione e nei comportamenti dei pazienti.**

Questi cambiamenti non sono stati tutti necessariamente negativi: per esempio, si è verificato un progressivo abbandono dell'atteggiamento di passiva sottomissione

nei confronti dell'autorità e, nello specifico, di reverente fiducia nei poteri del medico; si è sviluppato un processo di acculturazione della popolazione e un maggior accesso alle informazioni riguardanti le malattie e le terapie. Il problema semmai nasce dal fatto che queste informazioni non sempre sono corrette, ma anzi, costituiscono una sorta di "informazione deformata", in quanto desunta da una acritica consultazione della rete. Si è anche sviluppata una sempre maggior propensione soggettiva a definire "malattia" qualsiasi sintomo o dolore fisico, che si accompagna ad una determinazione (sconosciuta fino alla generazione dei nostri genitori) a cercare di rimuovere il "male", il prima possibile. **Tutto ciò fa assumere nei confronti del medico un comportamento attivo ed esigente, diametralmente opposto a quello passivo-dipendente che ha caratterizzato il rapporto medico paziente fino a qualche decennio fa.**

Tuttavia, gli storici della Medicina, per spiegare le trasformazioni di cui stiamo parlando, individuano come fattori determinanti i grandi cambiamenti a cui è andata incontro proprio la Medicina. Sono questi cambiamenti che hanno modificato in profondità (e *irreversibilmente*, sostengono alcuni) proprio il rapporto di cura e il patto di fiducia che da sempre ha caratterizzato la relazione, così particolare, che lega le persone che soffrono con chi si occupa della loro sofferenza.

**Da anni la Medicina sta registrando continue conquiste e successi scientifici davvero sorprendenti. Questo straordinario sviluppo delle conoscenze mediche e delle frontiere della cura ha aperto le porte all'era della Medicina tecnologica, che ha determinato una strutturale modificazione del modo in cui essa viene praticata.** Lo sviluppo della tecnica e il ruolo così predominante che questa ha assunto in campo diagnostico e terapeutico ha sopraffatto, marginalizzandola, la *componente umana* che da sempre ha rappresentato la sostanza profonda e il fondamento costitutivo della Medicina occidentale, così come di tutte le altre forme di medicina che si sono sviluppate nel corso della storia dell'umanità.

### Interrogativi e metamorfosi

Oggi la Medicina si prende ancora cura delle persone oppure si limita a curarle (seppure sempre meglio)? La Medicina è ancora una pratica scientifica che si realizza all'interno di una relazione oppure il rapporto col paziente è finalizzato sostanzialmente a fornirgli le informazioni necessarie ad ottenere il suo consenso formale alla cura? Esiste ancora la consapevolezza da parte dei medici che la relazione col paziente (e, soprattutto, la qualità di questa relazione) ha conseguenze influenti sulla cura (cioè ha effetti terapeutici)? La risposta a queste domande non appare affatto scontata.

Nel giro di 50 anni molte cose sono cambiate. Il vertiginoso aumento delle conoscenze ha provocato la nascita delle Specialità, fenomeno per certi aspetti indispensabile, per altri pericoloso nei suoi eccessi. La moltiplicazione delle Specializzazioni mediche ha fatto perdere di vista la centralità della *persona* ammalata ed ha prodotto una duplice *scomposizione*: innanzi tutto quella del corpo del paziente, in quanto gli esperti delle diverse cliniche quasi sempre si occupano esclusivamente delle "parti" del corpo ammalato di loro competenza. "Come si può essere empatici con un fegato?" si domanda provocatoriamente una grande clinico come Carlo Flamigni. Si è anche verificata una frantumazione del rapporto che il paziente ha con i curanti: i medici che oggi intervengono su di lui sono molto spesso più di uno, così che la relazione risulta frammentata e *dispersa* perché nessuno di loro si occupa di "tenere insieme" e coordinare quanto i singoli specialisti stanno facendo. Di questo dovrebbe occuparsi il Medico di Medicina Generale che, a differenza di altri Paesi, sfortunatamente non ha un ruolo centrale nel nostro sistema sanitario, perciò, spesso viene bypassato dal paziente o ignorato dagli Specialisti. Così il paziente si trova *fra* medici, quasi mai *nelle mani* di un medico.

Va poi sottolineata la drastica riduzione del tempo che viene riservato dal medico all'*ascolto*, sia durante la raccolta della storia e delle informazioni anamnestiche che nel corso di tutto il trattamento. Il tempo che dedichiamo a qualcuno costituisce una misura



indiscutibile di quanto questa persona ci interessa e tutti gli studi ci dicono che i medici sono abituati a parlare, più che ad ascoltare. Fra i vari fattori che spingono le persone verso "altre" medicine c'è sicuramente la maggiore attenzione che viene prestata dai praticanti delle medicine alternative, i quali sono forse solo dei ciarlatani, ma almeno ti prendono in considerazione e ti ascoltano: una loro visita dura in media 30 minuti contro i 7 della Medicina ufficiale. Anche la attuale cultura della organizzazione sanitaria, centrata sulla prestazione formale e sulla produttività (quantitativa) contribuisce ad accentuare questa criticità. Nella Medicina di oggi è poi quasi scomparso il *contatto diretto* con il *corpo* del paziente. Una parte dell'ascolto - quello dedicato al corpo - avveniva attraverso lo stetoscopio, la palpazione e l'indagine diretta condotta dal medico sul paziente. La semeiotica manuale è stata soppiantata dall'uso sempre più diffuso della strumentistica e dalla tecnologia, che forniscono certamente una maggiore accuratezza diagnostica, ma non possiedono lo stesso potere di rassicurazione che viene trasmesso dalle mani e dal contatto diretto. Al progressivo svilupparsi del potere della *vista* del medico sul corpo, e addirittura dentro il corpo del paziente, è corrisposta la perdita di importanza dell'*orecchio*, che è l'organo deputato ad ascoltare gli altri, e anche del *tatto*. **La Medicina moderna ha dimenticato che toccare è la più antica ed efficace modalità di rassicurazione rivolta a chi ha paura.**

### Fuori dal paradigma ippocratico

La Medicina risente delle influenze della società e del clima culturale in cui viene

esercitata e ne subisce - certamente più di quanto non si creda - condizionamenti importanti. Oggi la Medicina, per esempio, si caratterizza per un alto numero di prestazioni *atipiche*, che sono sollecitate proprio da una forte domanda sociale. Fra queste rientrano molte delle attuali pratiche inerenti alla procreazione (inseminazione artificiale, utero in affitto, etc.), il doping sportivo ma anche intellettuale e quello sessuale, tutta la chirurgia estetica (tranne forse quella "riparativa" rivolta agli esiti di traumi e interventi chirurgici). In tutte queste situazioni ci troviamo di fronte ad una serie di applicazioni mediche sull'uomo che hanno la loro ragion d'essere non nel *patologico* con la finalità di affrontare una malattia, ma nel *fisiologico* cioè nel campo della "normalità". Grazie alla disponibilità della Medicina e in particolare di alcune sue specializzazioni recenti, l'uomo può modellare il suo corpo e anche la sua vita (o, per lo meno, illudersi di farlo) oltrepassando la propria *individuale* umanità e la propria finitezza. In questi casi si travalica la linea che demarca il campo della necessità vitale (cioè, opporsi alla malattia) per sconfinare in una dimensione del tutto nuova, quella della soddisfazione del desiderio, della ambizione personale e dell'esercizio di potere sul proprio corpo e sulla natura.

**Questo tipo di Medicina ha spostato la sua attenzione dalla malattia e dalla sofferenza a qualcosa d'altro, che ha a che fare con l'estetica, l'esaltazione della prestazione e della bellezza, l'apologia della individualità e partecipa attivamente ad accentuare un valore già assai presente nella società**



odierna che premia l'esteriorità e l'apparire, e contribuisce a sostenere in chi ne usufruisce il tentativo di *negazione* dei limiti della natura umana, fra i quali quello dell'usura provocata dall'invecchiamento e dai suoi processi sull'uomo. Come tutti i passaggi di confine, anche in questo caso si sono verificate conseguenze che hanno prodotto significative ricadute sulla Medicina, con interferenze sul suo statuto valoriale e su coloro che ne usufruiscono. Questi ultimi, dal ruolo di pazienti, *beneficiari* di un intervento compassionevole indirizzato ad eliminare la sofferenza e a salvaguardare la propria integrità, ne assumono un altro completamente diverso, attivo, di *committenti* e *compratori* di una prestazione che esigono, senza alcuno stato di necessità di salute, ma per puro (e insindacabile) desiderio personale. Anche per i medici si verifica un drastico cambiamento di ruolo: da *soccorritori* di persone che sono malate, con tutte le implicazioni relazionali ed emotive connesse a questo status, a quello di tecnici, *esecutori*, al servizio di una moltitudine crescente di clienti, dei quali si soddisfa il desiderio di spadroneggiare sul proprio corpo al di là dei limiti indicati dalla natura.

### Conclusioni

La *Medicina tecnologica* ha avuto un forte impatto anche sull'immaginario collettivo. Grazie ai suoi molti successi, in particolare nei settori della lotta ai tumori, della genetica, dei trapianti e della chirurgia più avanzata ha, indirettamente, contribuito a rafforzare una idea sempre più diffusa delle aspettative sociali su che cosa *dovrebbe* essere la Medicina e che invece **la Medicina non è, non può essere, e non sarà mai: una disciplina che salva sempre**. Queste attese da parte della popolazione, cioè dei potenziali utenti, oggi sono orientate ad una *sovraestima* delle possibilità della Medicina. Anche un buon numero di medici (molti, fra quelli che frequentano gli studi televisivi) contribuisce in parte significativa a rafforzare questa visione irrealistica che accentua aspettative utopistiche - già così diffuse nell'immaginario della popolazione - che non tengono conto dei limiti imposti

dalla esistenza e dalle leggi di natura. Come invece sappiamo bene, la cura può essere sconfitta, ma questo dato di realtà non risulta facilmente accettabile dal malato (reale e, ancor di più, potenziale). Anche molti medici si trovano a disagio di fronte a questa verità, perché non sempre sono culturalmente preparati a riconoscere e a fare conoscere i limiti delle cure, della Medicina e del loro stesso agire.

**Nonostante gli enormi progressi terapeutici e le straordinarie conquiste avvenute in campo medico, l'insoddisfazione dei pazienti (ma anche dei medici) è molto aumentata.** Può sembrare un paradosso, ma da quando i pazienti hanno iniziato ad essere curati *meglio* hanno anche progressivamente cominciato a sentirsi curati *meno*. La causa principale va ricercata nella progressiva *spersonalizzazione* del rapporto che intercorre fra il medico e il paziente, e in due corollari collegati e interdipendenti: il primo concerne l'obiettivo della Medicina di oggi, che non è più focalizzata sul paziente, ma centrata sulle malattie (per avvalorare questa affermazione è sufficiente considerare il curriculum formativo delle Facoltà di Medicina); il secondo riguarda il fatto che noi medici curiamo le malattie, ma ci interessiamo sempre meno e trascuriamo le preoccupazioni e l'angoscia che si generano nell'uomo ogni volta che una malattia mette in discussione la sua esistenza. ●

### Bibliografia

- Asioli F., *La relazione di cura. Difficoltà e crisi del rapporto medico-paziente*, Milano, Franco Angeli, 2019.
- Balint M., *Medico, paziente, malattia*, (Tr. It.) Milano, Feltrinelli, 1961.
- Eliade M. *Sciamanism*. Princeton: Princeton University, 1964.
- Flamini C., Mengarelli M. *Nelle mani del dottore?* Milano, Franco Angeli, 2014.
- Porter R., *Breve ma veridica storia della medicina occidentale*, Roma, Carocci, 2011.
- Shorter E., *The Troubled History of Doctor-Patient Relationship*. New York, Simon & Shuster, 1985.

# Per salvare la Terra (e noi stessi) impariamo a pensare in modo nuovo

Intervista a cura di  
**Gianpaolo Balestrieri e Lisa Cesco**

Nella lectio magistralis tenuta a Brescia, in occasione della Giornata del Medico, il **prof. Luca Savarino**, filosofo e bioeticista, delinea i principi per affrontare la complessità del presente, fra pandemia e crisi climatica

La salvaguardia del pianeta e i rischi di uno sviluppo indiscriminato che sta generando inquinamento, cambiamenti climatici, perdita della biodiversità e diffusione di malattie sono temi che ci interpellano tutti da vicino. Una minaccia colta in tutta la sua urgenza durante l'ultimo biennio di pandemia, che ci ha resi profondamente consapevoli della relazione tra l'ecosistema e la nostra salute.

Ne abbiamo parlato con il professor Luca Savarino in occasione della lectio magistralis tenuta lo scorso 19 giugno a Brescia, durante la "Giornata del Medico" promossa dall'Ordine. Savarino, filosofo e bioeticista, è professore di Bioetica all'Università del Piemonte Orientale e membro del Comitato nazionale per la Bioetica. Si occupa in particolare dei rapporti fra etica e scienza, filosofia e medicina, ambiente e salute. È uno dei pochi

filosofi in Italia che fa stabilmente parte di un Dipartimento di Medicina. Il suo ultimo libro, uscito nel 2021 per Feltrinelli, è *La salute del mondo. Ambiente, società, pandemie*, scritto insieme all'epidemiologo Paolo Vineis.



**Professor Savarino, la pandemia e la crisi ambientale hanno sollevato nuovi quesiti etici, e reso necessaria una "agenda globale" che rimetta in discussione molte delle nostre più radicate convinzioni. "Per preservare l'ambiente, la Terra che abitiamo, e quindi anche noi stessi, bisogna imparare a pensare diversamente", scrivete nel libro. Da dove avviare questa "rinascita" del pensiero?**

Il nuovo modo di pensare nasce da una riflessione sulle cause della pandemia. Quando nel marzo del 2020 ci siamo ritrovati tutti chiusi in casa per due mesi, ci siamo immediatamente chiesti di chi fosse la responsabilità di questo evento, se poteva essere previsto, se si trattava di un evento naturale come un terremoto o maremoto, qualcosa cioè di imponderabile e imprevedibile, oppure se non esistessero delle responsabilità sociali, culturali e politiche nello scoppio della pandemia. Le risposte sono state spesso avventate, almeno all'inizio molto superficiali, e hanno cercato di trovare un "colpevole" cui addebitare quanto accaduto. Purtroppo, di fronte a questi fenomeni non esistono risposte semplici: la prima caratteristica del nuovo modo di pensare è abbandonare l'idea della semplificazione ad ogni costo. **Siamo di fronte a un fenomeno complesso che ha delle cause molteplici che vengono da lontano, e come tale va affrontato, entrando nell'ottica secondo cui gli effetti della pandemia si vedono non solo nell'immediato, ma anche a lungo termine. Il Covid non è finito e questa non sarà probabilmente l'ultima pandemia a colpire l'Occidente.**

Ma il vero problema che l'umanità futura dovrà affrontare sarà in primo luogo la questione della crisi ambientale e del cambiamento climatico, un tema che ha radici altrettanto lontane ed effetti a lungo termine, di fronte al quale siamo chiamati a mettere in atto un'azione di *preparedness*, che significa essere preparati a quello che ci aspetta e che certamente in futuro ci toccherà.

**Se vogliamo capire cosa è stato il Covid dobbiamo capire cos'è la crisi ambientale, quali sono le sue determinanti e i possibili effetti. Il nuovo modo di pensare deve essere globale e abbracciare un'ampia prospettiva temporale, sia passata che futura.** Occorre andare alle radici di ciò che sta accadendo e le radici sono molto profonde e molto lontane.



### **L'illusione umana di uno sviluppo illimitato ha una parte importante di responsabilità...**

Il motivo per cui è scoppiata la pandemia da Covid-19 è essenzialmente il fatto che l'umanità ha creato una serie di condizioni

ambientali favorevoli alla diffusione di quelli che si chiamano fenomeni di zoonosi, ovvero il passaggio di un virus dall'animale all'uomo tramite un ospite intermedio. **I fenomeni di zoonosi sono in aumento esponenziale in questi 30 anni, per una serie di azioni che abbiamo messo in atto sul pianeta negli ultimi 150 anni, come la deforestazione, l'aumento degli allevamenti intensivi che favorisce il contatto uomo-animale, la perdita di biodiversità.** Tant'è che si è iniziato a utilizzare la categoria di "antropocene" per riferirsi ad un'era geologica in cui l'uomo per la prima volta è diventato una forza capace di trasformare radicalmente le condizioni di vita sul pianeta. Si tratta di una nozione non solo filosofica ma scientifica, se consideriamo che gli strati geologici più profondi del pianeta recano traccia dell'azione umana. La plastica è arrivata alle fondamenta del pianeta terra, e l'uomo è diventato un fattore capace di alterare gli equilibri geologici fondamentali dei luoghi in cui viviamo.



### **Una tendenza che sembra difficile da invertire. Come provarci?**

Non si tratta di trovare i colpevoli, si tratta di gestire una situazione che richiederà un drastico cambiamento nel nostro modo di pensare e nelle abitudini di vita, soprattutto per le generazioni future, se vogliamo che esistano delle generazioni future.

La questione riguarda da vicino i medici, se si considera che l'epidemiologia si era dimenticata dell'esistenza delle epidemie, perché si pensava che riguardassero il passato o zone remote e a basso reddito. Sempre di più negli ultimi 50 anni abbiamo iniziato a comprendere che le malattie hanno cause complesse che vengono da lontano, e che nessun sistema sanitario al mondo potrà più affrontare la questione soltanto all'ultimo miglio: non possiamo più pensare di curare tutti quelli che si ammalano perché questo è troppo costoso. Bisogna agire sulle cause, su fattori intermedi e distali - ovvero quelli che vengono da lontano - cercare di prevenire, di prevedere, non semplicemente di curare.



**La nuova concezione di salute globale - *One Health* - che unisce in un unico sguardo l'uomo e l'ambiente ci sta portando a riconsiderare il concetto stesso di malattia?**

I medici e gli scienziati più avvertiti sanno da molto tempo che esiste una connessione tra dimensione sociale, ambientale e salute umana, e che la malattia dipende da molteplici fattori, non solo di carattere naturale.

Alcuni anni fa uno studio pubblicato su una prestigiosa rivista scientifica sosteneva che ammalarsi di cancro sia questione di sfortuna, perché i meccanismi che lo provocano sono legati ad errori nella duplicazione cellulare. Oggi sappiamo bene che questa tesi non è sostenibile, va rivista e ampliata perché quei meccanismi di replicazione dipendono anche da una serie di fattori ambientali e sociali (si pensi all'esposizione ad agenti inquinanti, allo stress psichico e in generale al livello sociale che determina anche l'aspettativa di vita). Sono cose note da tempo, **non possiamo più considerare la malattia come una fatalità, né pensare di agire semplicemente quando la**

**malattia si manifesta:** se vogliamo proseguire nel percorso verso un maggiore benessere e durata della vita media che l'Occidente ha sperimentato negli ultimi 80 anni **dobbiamo ragionare in termini di complessità e di interconnessione, cioè ragionare su quegli elementi sociali e ambientali che fanno sì che le persone si ammalino.**



**I sistemi sanitari sono chiamati a confrontarsi con tagli e scarsità di risorse. Questo nuovo approccio può assicurare la loro "tenuta"?**

Chiunque conosce le dinamiche del Servizio sanitario nazionale sa che l'equilibrio complessivo del sistema dipende dalla possibilità di diminuire i costi delle cure. Oggi sappiamo curare in maniera altamente tecnologica e molto costosa, ma non possiamo curare tutti. Nel libro trattiamo di un tema che è salito alla ribalta degli ultimi due anni, soprattutto all'inizio della pandemia, quello del *triage* nelle Terapie intensive, quando i posti disponibili erano pochi e si è dovuto scegliere chi ricoverare e chi no. Le zone del Bresciano e della Bergamasca sanno bene che questo è accaduto negli

ospedali italiani. Ma al di là della questione dell'emergenza che ci ha colti impreparati c'è un nodo strutturale, quello dell'allocazione delle risorse sanitarie. È un problema, soprattutto in Italia, perché invece che essere discusso viene accettato e risolto in maniera "occulta". Le risorse sanitarie non sono illimitate, non possiamo curare tutti per tutto: quindi viene fatta una scelta che non è "tragica" come quella del marzo, aprile, novembre e dicembre 2020, ma è piuttosto una selezione legata all'aumento di alcuni fattori di rischio, cui alcuni vengono sottoposti a dispetto di altri. Questa è l'ottica su cui ragionare.



**Perché è fondamentale che la concezione *One Health* si accompagni ad un'etica globale (*One Ethics*) e ad una nuova idea di responsabilità?**

Insistere su questo tema significa anche ripensare la questione della responsabilità etica e politica. Perché se il problema è sociale e ambientale, non è più esclusivamente limitato ad un contesto che noi definiamo di tipo prossimale, cioè ad un ambiente ristretto, una cerchia di persone chiaramente identificabili. La verità è che le nostre azioni in campo sanitario e ambientale hanno dei riflessi che si ripercuotono su persone molto lontane da noi, per esempio sulla vita di chi abita altri luoghi del mondo. La crisi ambientale è un iperoggetto, cioè un oggetto così grande da non poterlo misurare adeguatamente e vedere nella sua interezza. In Bangladesh la crisi ambientale si manifesta con l'aumento delle acque dell'oceano che penetrano negli estuari dei fiumi, salinizzano le acque e aumentano la mortalità per malattie cardiovascolari. Da noi si manifesta con la siccità che fra un po' ci costringerà a razionare l'acqua, visto che il Po è completamente secco. Anche il virus è un iperoggetto, ancora oggi non sappiamo bene come si muove e per che motivo ci siano stati livelli di contagio così alti in alcuni luoghi piuttosto che in altri. Di fronte a questo la responsabilità diventa una responsabilità a lungo termine e a largo raggio. Siamo responsabili nei confronti di persone che non conosciamo e non vedremo

mai, di individui che ancora non ci sono, e questo è un problema etico e politico, perché l'umanità ha sempre vissuto in contesti limitati e ha sempre pensato la responsabilità in termini di comportamenti che aiutino o danneggino persone che ci stanno vicino. **La questione della responsabilità tra generazioni non è mai stata posta in maniera così radicale: oggi siamo di fronte alla concreta possibilità che l'umanità si estingua e non esistano generazioni future.** E questo riguarda non soltanto ciascuno di noi individualmente, ma soprattutto la politica.



**I rischi globali ci dovrebbero unire nella tutela di un bene che ci accomuna tutti, la Terra che abitiamo. Ma trovare una via d'azione condivisa non sembra ancora una priorità...**

Non è molto difficile capire cosa bisognerebbe fare per mitigare gli effetti del cambiamento climatico nei prossimi anni. Intanto bisognerebbe cercare di ridurre le emissioni di CO2, cosa che è molto complesso fare per una serie di ragioni, e in questo l'Italia sconta un suo decennale ritardo sulle fonti di energia rinnovabili. Altre priorità sono la riduzione degli allevamenti intensivi e del consumo di carne, il rallentamento della deforestazione, il mantenimento della biodiversità. Cosa si dovrebbe fare a livello mondiale, attraverso azioni politiche internazionali coordinate, tutto sommato si sa. Il problema è che queste raccomandazioni si scontrano con un problema di forma politica, dal momento che la politica fa uso di uno strumento decisionale che è lo Stato nazionale, che è limitato territorialmente. Istituzioni come Onu e Oms non hanno potere decisionale, chi decide sono gli Stati, e le cose si complicano perché la transizione ecologica ha dei costi e bisogna mettersi d'accordo su chi li pagherà, e in quale misura.



**Da un lato il sostegno allo sviluppo economico, dall'altro la salvaguardia del pianeta. Obiettivi non facilmente conciliabili per i governi. Come deve ripensarsi la politica?**

Il problema non è il fine, la sopravvivenza del pianeta, su cui ormai c'è una consapevolezza diffusa a livello mondiale. Il problema è che ci sono obiettive differenze nei livelli di sviluppo delle diverse aree del pianeta e scelte troppo restrittive potrebbero negare ad alcune qualsiasi possibilità di migliorare le proprie condizioni nel futuro, una situazione che per questi territori renderebbe preferibile l'opzione del "morire tutti assieme" a causa dei cambiamenti climatici piuttosto che continuare a vivere con pesanti disuguaglianze. Non si può dire a chi ha un milionesimo delle tue ricchezze "ci tagliamo di metà il nostro reddito". Questo è un problema dell'Occidente, che deve cercare di elaborare una strategia sostenibile ma allo stesso tempo equa e gestire i problemi che si porranno in termini di decrescita, difficoltà economiche, difesa dei posti di lavoro. Scelte molto complesse che ci riportano all'interrogativo iniziale: chi paga i costi e in quale misura.

C'è poi un'altra questione, più strutturale ancora. Il politico risponde ai propri cittadini, non all'umanità. L'umanità non vota. La logica dello Stato è di corto respiro, territorialmente limitata, risponde ai suoi cittadini e nell'arco di pochi anni. Le generazioni future non voteranno gli attuali politici, e questo pone anche un problema di efficacia della politica. Si possono mettere in atto azioni i cui risultati si vedranno fra 70 anni, ma il risultato più immediato sarà una mancata rielezione fra 4 anni. Questo è uno dei motivi per cui COP26, la conferenza delle Nazioni Unite sul cambiamento climatico, ha avuto un esito insufficiente rispetto agli obiettivi prefissati.



**Anche il rapporto tra scienza, società e politica si è fatto sempre più complesso, come insegna l'esperienza pandemica. Colpa di una scarsa consuetudine con i principi del metodo scientifico?**

L'Italia sconta indubbiamente un deficit di formazione scientifica a livello di istruzione di base e questo è un problema specifico del nostro Paese. Ad esempio, subito dopo lo scoppio della pandemia non si è capito, e talvolta nemmeno accettato, il fatto di dover vivere nell'incertezza riguardo ai meccanismi di diffusione del contagio e alle sue cause. La scienza produce delle certezze che crescono progressivamente, ma sono necessariamente limitate. Una delle cose più difficili è stata comunicare l'incertezza, si pensi ai vaccini: la comunicazione istituzionale a mio giudizio avrebbe dovuto essere maggiormente univoca, articolata in poche voci, e comunicare con maggiore chiarezza che alcune cose non le sapevamo e non avremmo potuto saperle. Questo avrebbero dovuto capirlo tutti gli italiani. Adesso il problema si riproporrà con la campagna per la quarta dose del vaccino, perché non è stato detto con chiarezza che non sapevamo quanto sarebbe durata l'immunità e quanti richiami erano necessari. A settembre si ripresenterà un problema di vaccinazione complessivo che dovrà essere giustificato, ma che andava giustificato prima.



**Abbiamo visto in questa pandemia come la scienza sia diventata lo strumento di cui la politica si è servita per giustificare le proprie scelte. Ma per mettere a punto politiche efficaci e legittime basta appoggiarsi alle evidenze scientifiche?**

Non mi sento di accusare la politica italiana perché la situazione era molto complicata. Quello che è sbagliato è pensare che la politica possa legittimare le sue decisioni sulla base di un'evidenza scientifica. La scienza

ti dice qual è l'Rt, cosa succede se non lo abbassi, come si muove il virus, ma non ti dice se è giusto o no salvare le vite degli over 70, dei soggetti fragili o salvaguardare il sistema ospedaliero. La scienza non te lo dice perché si tratta di una decisione etica. Ci sono luoghi, come il Brasile o gli Stati Uniti, dove i *lockdown* sono stati messi in atto in maniera molto limitata: ciò significa che le politiche di *lockdown* non erano "necessarie", se no le avrebbero adottate in tutto il mondo. Non erano "necessarie" ma erano "giuste" secondo chi ha deciso di adottarle, per salvare vite umane e assicurare i doveri di solidarietà sociale. **La scienza non può giustificare una decisione politica, ma può dirci che se agiamo in un certo modo le conseguenze saranno di un certo tipo.**

Invece in questi due anni c'è stato nei confronti della scienza un atteggiamento ambivalente, che da un lato ha cercato di sovraccaricarla di responsabilità che per sua natura non può avere, dall'altro ha teso in buona parte a svilirla.



### **Cos'è il "mix etico" di cui parlate nel libro come riferimento per le scelte politiche?**

Mix etico significa che in situazioni complesse come quelle in cui ci troviamo è opportuno cercare di ragionare con strumenti e metodi che la tradizione filosofica ci mette a disposizione, senza privilegiarne per forza uno. Emblematico dell'approccio che guarda solo alle conseguenze del nostro agire è un articolo apparso sull'*Economist* nel marzo 2020, secondo cui gli effetti economici del *lockdown* si sentiranno nei prossimi 50 anni, e questo provocherà un numero di morti molto più alto di quelli che ci sarebbero stati se non avessimo fatto il *lockdown*. Questa affermazione è difficilmente misurabile, possiamo anche pensare che sia plausibile, il problema vero è che la gente "ti moriva davanti". I costi sociali ed economici li devi avere presenti, ma il metodo del calcolo delle conseguenze da solo non basta, ci vuole un approccio che ti consenta di salvare le vite di quelli che oggi puoi salvare, senza trascurare quelli che fra 50

anni moriranno ad emergenza finita. Questo implica un mix di due prospettive differenti, quella che guarda alle conseguenze e quella che ti impone un dovere di soccorso immediato nei confronti delle persone.



### **In un orizzonte di responsabilità collettive come può agire il singolo?**

La pandemia ha messo sotto gli occhi di tutti il fatto che viviamo in un contesto sociale di cui ci stavamo dimenticando. Per la bioetica, l'etica e anche la politica degli ultimi 50 anni il valore fondamentale era l'autonomia individuale, l'autodeterminazione del singolo.

**Noi abbiamo riscoperto anche la necessità della solidarietà sociale**, come quella che impone dal punto di vista morale di vaccinarsi a chi non avrebbe molti rischi di ammalarsi in forma grave.

Per salvaguardare il pianeta esistono una serie di comportamenti virtuosi, il vero problema è come convincere le persone a adottarli. La leva per un comportamento responsabile individuale passa attraverso un mix di utilità e dovere, secondo le politiche che vengono definite dei co-benefici. Pensiamo al consumo di carne rossa: mangiarne meno può essere raccomandato sia in ordine ai benefici che avrà sull'ambiente (in termini di diminuzione degli allevamenti), sia per i benefici sulla nostra salute. Il co-beneficio sta nel fatto che scegliendo questa linea d'azione si ottiene un vantaggio che riguarda noi stessi e il mondo. È questa la logica argomentativa da scegliere, non pensando che le persone debbano per forza essere votate alla santità e alla bontà, ma certamente responsabili nei confronti di sé stesse e degli altri. Lo stesso ragionamento potrebbe valere per ridurre gli spostamenti con mezzi di trasporto inquinanti come l'aereo o l'automobile, da utilizzare solo quando strettamente indispensabili: questo fa bene al mondo ma anche a noi, perché probabilmente faremo più attività motoria con un ritorno positivo sul nostro benessere. ●



# Due anni di COVID-19: riflessioni e indicazioni per il futuro

## I risultati del sondaggio fra i medici bresciani

A cura di  
**Angelo Bianchetti**

### Introduzione

Dopo due anni di pandemia Covid-19, dopo i primi tumultuosi mesi gravati da incertezze, smarrimento, mancanza di indicazioni e mezzi, grande sofferenza, sono arrivati i vaccini, migliori indicazioni di tipo clinico-gestionale, reparti meglio attrezzati, maggiore disponibilità di presidi. La mortalità per Covid-19 si è drammaticamente ridotta, così come i casi gravi. **Eppure, il disagio dei medici è ancora grande, anzi forse è aumentato.**

**La fatica di questi due anni si fa sentire, la burocrazia è aumentata, le risorse sempre le stesse, il futuro resta incerto.**

Molte promesse sono state disattese, l'impressione che tutto sia tornato "come prima", anzi "peggio di prima" è diffusa. Abbiamo voluto quindi analizzare questo fenomeno, riprendendo quanto fatto nella primavera di due anni fa, con lo strumento semplice (e certamente imperfetto) del sondaggio on line.

Siamo sicuri che le indicazioni emerse da questa inchiesta potranno essere utili per una riflessione sul passato e per trarre indicazioni utili per il futuro del sistema socio-sanitario.

### Chi ha risposto al sondaggio: caratteristiche generali

Il sondaggio è rimasto on line dal 25 maggio al 10 giugno 2022. La risposta al sondaggio è stata elevata: hanno risposto complessivamente 1299 medici, corrispondente al 17,4% degli iscritti (al sondaggio del 2020 aveva risposto il 24,2%), di cui il 46,6% uomini e il 53,4% donne.

La classe di età maggiormente rappresentata è quella dei medici con età superiore a 65 anni tra i maschi e tra 36 e 50 anni tra le donne (tabella 1); l'età media degli uomini è maggiore di quella delle donne (56 contro 48 anni). Rispetto al precedente sondaggio sono diminuiti i partecipanti con età inferiore a 35 anni (dal 21,7% all'attuale 16,9%) e sono aumentati quelli

con 65 o più anni (passati dal 17% al 24,2%). La categoria professionale più rappresentata è quella dei medici ospedalieri di struttura pubblica (30,1% del campione) e dei medici di medicina generale (17,6%), seguono gli odontoiatri (10,2%), i medici ospedalieri di struttura privata (8,9%), di strutture sociosanitarie (4,7%), i medici specialisti ambulatoriali (8,9%), i pediatri di libera scelta (4,2%), i medici di continuità assistenziale emergenza (3%), i medici di struttura pubblica di servizi (2,6%) e di strutture riabilitative (1,3%). L'8,45% del campione è invece rappresentato da medici che dichiarano di non svolgere attività professionale. Il 53,7% del campione è composto da medici che lavorano in città o hinterland, l'11,8% nella bassa bresciana, il 9,2% nella zona del lago di Garda, il 9,6% nella zona della Franciacorta, il 7,0% in Val Trompia, il 6,3% in Vallecarnonica e il 2,4% in Valle Sabbia.

### Il coinvolgimento nell'assistenza ai pazienti COVID-19

La maggioranza dei medici che ha risposto al sondaggio (68,1%) dichiara di essere stato coinvolto direttamente nell'assistenza ai pazienti Covid. Nella maggior parte il coinvolgimento è stato fin dalle prime fasi della pandemia: il 47% nel febbraio-aprile 2020, il 36% nel maggio-agosto 2020 e il 39% nel settembre-dicembre 2020. Il 37% di coloro che hanno risposto è stato coinvolto nell'ultima ondata (da gennaio a marzo 2022) e il 19% è stato coinvolto in tutto questo lungo periodo di pandemia. Il numero medio di mesi di coinvolgimento nella gestione dei pazienti Covid-19 è stato di 14 (da 1 a 24).

I settori principalmente coinvolti nella gestione dei pazienti Covid (tabella 2) sono stati la medicina di famiglia, dove, secondo il nostro campione di intervistati, l'88,8% dei medici ha gestito in modo diretto l'assistenza ai pazienti. Anche tra i medici ospedalieri una quota rilevante (il 68,4%) è stato coinvolto nella gestione dei pazienti Covid, principalmente (60,9%) in reparti ospedalieri dedicati e in misura significativa anche in reparti non covid (26%) e in pronto soccorso (13%). È interessante osservare come anche le strutture riabilitative e del versante sociosanitario (RSA)

sono state coinvolte largamente nella gestione dei pazienti Covid. Tra i responder al nostro sondaggio, infatti, risulta che il 94,7% dei medici di questi comparti ha preso parte attiva all'assistenza di questa tipologia di pazienti.

**Complessivamente, l'intera categoria professionale medica è stata coinvolta nell'assistenza ai malati Covid 19 e la pandemia ha rappresentato dunque una sfida che ha richiesto un impegno molto elevato.**

Il 38,2% dei medici intervistati ha dichiarato di aver svolto attività vaccinale, perlopiù presso i centri vaccinali (77,5%), meno nell'attività di MMG o PLS (22,5%). Il 35,9% dei MMG o PLS ha dichiarato di aver svolto attività vaccinale all'interno della propria attività.

Questi dati pongono ovviamente una importante riflessione su come potranno essere organizzate le future campagne vaccinali che si ipotizzano per il prossimo autunno-inverno.

### I medici e l'esperienza della malattia Covid-19

Il 45,2% degli intervistati dichiara di essere stato positivo al Covid, il 34,8% nella prima ondata (gennaio-agosto 2020), il 14,6% nella seconda ondata (settembre 2020-febbraio 2021), il 4% nella terza ondata (marzo-settembre 2021) e la gran parte (58,6%) nella quarta ondata (da ottobre 2021 in poi).

Il 3,7% è stato ricoverato in ospedale per i sintomi del Covid (solo lo 0,8% dei casi ha dovuto ricorrere alla TI), nell'80,8% dei casi si è trattato di una sintomatologia gestita a domicilio e il 14,8% dei casi sono stati caratterizzati da forme completamente asintomatiche.

Oltre al coinvolgimento diretto, il 74,5% di chi ha risposto ha visto colleghi o persone care ammalarsi e nel 46,4% dei casi morire per Covid.

Il tema della vaccinazione è complesso perché per i sanitari ha rappresentato un obbligo il cui non assolvimento immotivato ha determinato la sospensione dall'Ordine per legge. È quindi non sorprendente che il 95,5% degli intervistati abbia fatto la terza dose e solo il 2,2% non sia stato vaccinato per motivi che ne hanno determinato l'esenzione.

Interessante invece è la valutazione degli effetti conseguenti al vaccino: nel 40,9% dei casi

non vi è stato nessun disturbo e nel 45,5% solo disturbi lievi, solo l'11,9% ha subito dei disturbi moderati (che hanno richiesto riposo per uno o più giorni) e l'1,7% ha avuto dei disturbi seri che hanno richiesto cure specifiche. La letteratura riporta al riguardo effetti collaterali nel 25% dei casi dopo la terza dose, con effetti severi nello 0,3% dei casi (Moreira et al, NEJM 2022;386:1910-20). Studi condotti su operatori della salute hanno mostrato la presenza di effetti collaterali in percentuali simili a quanto da noi osservato ed anche superiori: nel 50-70% dei casi (Paczkowska et al, Vaccines;2022;10:434; Kadali et al.Int J Infect Dis, 2021; 106:376-381) forse per una maggiore attenzione degli operatori sanitari alla presenza di sintomi avversi.

### Il fenomeno dei no vax

Gran parte dei medici (l'88,8%) ha dovuto confrontarsi con pazienti che, per ragioni diverse, hanno rifiutato il vaccino. Nella maggior parte dei casi (tabella 3) per paura di reazioni avverse o per ragioni ideologiche, meno frequenti la mancanza di fiducia nell'efficacia del vaccino o addirittura la convinzione che il Covid-19 non esista. L'atteggiamento da tenere in questi casi è improntato ad un ruolo educativo da mantenere in tutti i casi (per il 29,4% degli intervistati), anche se vi è la convinzione che in molti casi questo non cambierà la loro decisione (per il 54,7% degli intervistati), il 13,1% dei colleghi ritiene di rispettare in ogni caso queste decisioni e solo il 2,8% è per un deciso atteggiamento di rifiuto di cura! Quale atteggiamento tenere invece con i colleghi che rifiutano di vaccinarsi o addirittura sconsigliano i loro pazienti di farlo? Si tratta di un fenomeno relativamente marginale in termini numerici, ma molto complesso da gestire sul piano culturale ed anche ordinistico. Per il 50,6% dei medici intervistati sono necessarie decisioni forti, di tipo sanzionatorio sia ordinistico che amministrativo, per il 24,5% sanzioni solo di tipo ordinistico. Per il 15% sarebbe comunque necessario un tentativo di convincimento e solo per il 9,9% degli intervistati vanno rispettate queste decisioni e scelte.

### Le ultime fasi della pandemia: cosa è cambiato?

Le fasi più recenti della pandemia sono state caratterizzate da un carico avvertito soprattutto dalle cure primarie e dagli ospedali, con un minore impatto sulle strutture residenziali e riabilitative. **La gestione clinica dei pazienti è migliorata per la gran parte degli intervistati (72,5%), questo soprattutto per la diffusione dei vaccini (per il 93,8% degli intervistati), per una migliore capacità di utilizzare farmaci noti (per il 78,1% dei casi), per una più adeguata organizzazione dei servizi ospedalieri (71% dei responder), per la disponibilità di farmaci specifici (60,5%), per una assistenza domiciliare più efficace (57,6%) e per un maggiore coinvolgimento dei MMG/PLS (57,5%).**

Il territorio è stato a lungo criticato per l'inadeguata risposta, soprattutto alle prime fasi della pandemia, che ha riversato il suo carico soprattutto sugli ospedali. Il giudizio sulla risposta dei medici delle cure primarie, tenendo conto delle risorse disponibili, è giudicata positiva dalla gran parte degli intervistati: generosa per il 32,6% e lodevole per il 22,5%, per il 25% è sufficiente e solo per il 20,2% viene giudicata inadeguata.

Quali sono le massime criticità incontrate in questa ultima fase della pandemia (tabella 4)? L'aspetto più critico sono le incombenze burocratiche richiesta da ATS e Regione e il coordinamento fra ATS e ASST (60,8% e 50,9%). Per il 48,3% degli intervistati è risultata critica anche l'adeguatezza dei sistemi informatici, per il 37% la disponibilità di linee guida chiare per la diagnosi e terapia, per il 35,1% la disponibilità di cure domiciliari e solo per il 22,7% la disponibilità della rete ospedaliera. La rete ospedaliera e la comunicazione con i colleghi non sono considerati elementi di grande criticità. Il giudizio sul livello istituzionale (ATS e Regione) nella gestione della crisi è impietoso (grafico 1): per il 35,5% poco adeguata e per il 32,1% del tutto inadeguata, il 29,9% ritiene la gestione abbastanza adeguata in considerazione della mancata esperienza di gestione di crisi pandemiche e un giudizio pienamente positivo è formulato solo dal 2,5% degli intervistati. Il confronto con il giudizio



espresso nel sondaggio di due anni fa mostra solo un lieve miglioramento del giudizio: chi considera la gestione abbastanza adeguata passa dal 14,7% al 29,9% e chi la considera del tutto inadeguata dal 49% al 32,1% e i giudizi pienamente positivi passano dall'1,8% al 2,5%. Troppo poco per dire che la pandemia ha insegnato qualcosa...

### **Lo stress dei medici: un problema rilevante**

La pandemia ha provocato livelli diversi di stress tra gli operatori sanitari. Il 21,8% dei medici ha dichiarato di aver avuto bisogno di un supporto psicologico o aiuto per superare lo stress durante la pandemia. Nella maggior parte dei casi questo supporto è venuto dalla famiglia e dagli amici (84,7%) e dai colleghi (82,1%). Il 48,4% ha richiesto aiuto

ad uno psicologo o psichiatra, mentre il 41,7% ne avrebbe avuto bisogno, ma non ha avuto la possibilità di usufruire di questo servizio. Il 23,8% dei casi ha avuto la possibilità di usufruire di un supporto sul luogo di lavoro. Il 51,9% di chi dichiara di aver sofferto di stress ha fatto ricorso a farmaci, soprattutto per facilitare il sonno o per l'ansia, solo in misura minore (9,4%) dietro prescrizione specialistica.

### **Uno sguardo al futuro**

Tutti speriamo che la pandemia diventi presto solo un brutto ricordo. Purtroppo, i dati di questi giorni, con le nuove varianti che si stanno rapidamente diffondendo, anche grazie al sostanziale abbandono di ogni forma di protezione personale, ci dicono che non sarà facile eliminare del tutto la presenza di questa condizione dalla vita sociale e professionale. Abbiamo chiesto ai medici cosa si aspettano nel futuro.

Solo il 19,5% degli intervistati ritiene che *"la pandemia scomparirà con la bella stagione e diventerà come una semplice influenza stagionale"*, mentre per il 69% *"la pandemia rallenterà, ma nel prossimo autunno dovremo riprendere ad usare le mascherine e i sistemi di protezione"* e per il 67,5% *"la pandemia rallenterà, ma dovremo continuare a fare la vaccinazione annuale per tutti"*; l'85% dei responder è convinto che *"la vaccinazione sarà necessaria per i fragili, come per l'influenza"*, mentre solo una minoranza (il 13,6%) pensa che *"avremo nuove ondate di varianti diverse del virus e saremo costretti a nuovi lockdown"*. Nel grafico 2 sono presentate le possibili azioni da svolgere nel futuro per migliorare la gestione della pandemia. La maggioranza degli intervistati ritiene prioritarie due azioni: il mantenimento di aree dedicate ai pazienti Covid all'interno di ogni ospedale (66,3%) e il mantenimento dell'operatività delle USCA territoriali per il supporto nella gestione al domicilio dei pazienti (65,4%); scarso consenso trovano invece le ipotesi considerare la gestione dei pazienti Covid una questione esclusivamente specialistica (13,9%) e l'istituzione di ospedali completamente dedicati ai pazienti Covid (20,4%).

**La pandemia ha inciso profondamente nei comportamenti sociali e nella realtà**

professionale. È possibile che vi siano cambiamenti sociali e ricadute professionali che potranno durare a lungo, permanendo oltre la durata della pandemia. Nel grafico 3 sono presentate le opinioni degli intervistati a questo riguardo. La maggior parte degli intervistati (il 59,3%) ritiene che il ruolo sociale del medico e delle professioni sanitarie non esca migliorato e valorizzato dalla pandemia, che i rapporti fra medico e paziente saranno difficili anche in futuro (58,8%) e che i conflitti sociali resteranno acuti e la distanza fra le componenti della società resterà a lungo aumentata (61%). Secondo la maggioranza degli intervistati (43,8%) la pandemia non cambierà in meglio nemmeno il modo di svolgere la professione. L'opinione sugli investimenti del PNNR è piuttosto frammentata: il 27,2% ritiene che questi vadano nella giusta direzione con la valorizzazione del territorio e delle cure domiciliari (la pensa all'opposto il 39,7%); è ampiamente prevalente l'opinione che il SSR è ancora troppo concentrato sulla rete ospedaliera con ancora pochi investimenti sulle cure primarie (63,1%).

E quale ruolo ha avuto l'Ordine dei Medici nella gestione della crisi pandemica nelle sue varie sfaccettature? Il giudizio (grafico 4) è nel complesso positivo per la gran parte degli intervistati, anche se per il 36% la sua azione è stata "ininfluente"; per il 43,6% l'azione dell'OdM è stata importante per sostenere l'attività dei medici anche se solo per il 9,8% la sua azione ha inciso nella gestione della pandemia. Anche in questo caso il confronto con il giudizio espresso due anni fa mostra solo minimi cambiamenti, che vanno però considerati: è aumentata la proporzione di chi ha giudicato l'azione dell'Ordine importante per sostenere i medici (dal 40% al 43,6%) e si è ridotta la quota di chi ha ritenuto l'azione dell'Ordine "ininfluente" (dal 42,2% al 36%).

### Conclusioni

Il questionario che abbiamo sottoposto ai medici e odontoiatri dell'Ordine di Brescia ci permette di trarre alcune riflessioni, pur considerando i limiti intrinseci nello strumento.

Innanzitutto, sebbene il tasso di risposta sia stato significativo (17,4%), è risultato

comunque inferiore all'analogo sondaggio condotto nel 2020 al quale aveva risposto il 25% degli iscritti. Sono diminuiti i giovani tra coloro che hanno risposto, ed aumentati proporzionalmente gli anziani. Segno questo di una disaffezione, soprattutto tra i più giovani, o di un'abitudine al tema della pandemia e delle sue conseguenze? In modo ancora più evidente che nel precedente sondaggio hanno risposto soprattutto i colleghi adulti (o anziani! Tra gli uomini la categoria più rappresentata è quella degli over 65). È un problema dell'Ordine dei medici, poco attrattivo verso i giovani? O più in generale un problema della società? Pur con questi limiti alcune considerazioni possono essere fatte con una certa sicurezza. Innanzitutto, il coinvolgimento quasi totale della professione medica nella gestione dei pazienti, soprattutto nella medicina territoriale, in quella ospedaliera e in quella della residenzialità. Coinvolgimento che ha avuto le sue conseguenze: la metà dei medici ha avuto il Covid, uno su 5 ha vissuto e vive situazioni rilevanti di stress con richiesta di aiuto (non sempre evasa).

Il giudizio sul sistema sanitario (ospedali, medicina territoriale, residenzialità) è tutto sommato positivo, pur con sfaccettature diverse, mentre impietosamente negativo resta il giudizio sulla fase istituzionale della gestione, solo lievemente migliorato rispetto a quello formulato due anni fa!

**Il futuro preoccupa, sia per i timori che la convivenza con il Covid non sia finita e che gli strumenti di protezione (i vaccini soprattutto) dovranno accompagnarci a lungo, sia perché le conseguenze sociali e professionali della pandemia non sono positive. "Andrà tutto bene" è stato un utile slogan, purtroppo non del tutto aderente alla realtà che la pandemia ci sta consegnando.**

Certo vi sono prospettive di cambiamento, alcune positive, altre viste con perplessità. Sicuramente i medici, i loro rappresentanti e fra questi gli Ordini professionali vorrebbero essere maggiormente ascoltati. Certamente l'Ordine di Brescia non smetterà di muoversi a fianco dei colleghi come ha fatto in questi anni cercando, per quanto possibile, di essere più incisivo nelle scelte gestionali. ●

**In sintesi:**

- ✘ Il coinvolgimento dei medici nella gestione dei pazienti Covid è stato massiccio, interessando quasi il 90% del MMG e PLS, il 68% dei medici ospedalieri e il 95% dei medici delle strutture residenziali (RSA) e riabilitative.
- ✘ Quali la metà dei medici è stato colpito dal Covid, per gran parte in forma lieve o moderata.
- ✘ Molti hanno visto la malattia dei colleghi e dei propri cari e in quasi la metà ha avuto persone care o colleghi deceduti per il Covid.
- ✘ La vaccinazione per Covid è stata nella gran parte dei casi priva di effetti collaterali significativi.
- ✘ Gran parte dei medici ha dovuto confrontarsi con il fenomeno del rifiuto della vaccinazione da parte dei pazienti, soprattutto per paura di reazioni avverse o per ragioni ideologiche; nella maggior parte degli intervistati è prevalso un atteggiamento educativo, pur nella convinzione che questi atteggiamenti non cambieranno.
- ✘ Le decisioni sanzionatorie verso i medici che rifiutano di vaccinarsi sono condivise dalla gran parte degli intervistati.
- ✘ La gestione clinica dei pazienti è migliorata soprattutto per la diffusione dei vaccini e per una migliore capacità di utilizzo di farmaci già noti.
- ✘ L'opera degli ospedali e dei medici delle cure primarie è giudicata nel complesso positivamente, mentre la gestione della crisi a livello istituzionale è considerata poco adeguata.
- ✘ Un medico su 5 dichiara di aver avuto bisogno di aiuto o supporto psicologico per superare lo stress determinato dalla pandemia. Famiglia, amici e colleghi sono stati l'aiuto più frequente, ma in quasi la metà dai casi si è ricorso allo psicologo o allo psichiatra e in oltre la metà dei casi all'uso di farmaci.
- ✘ Nel futuro la pandemia rallenterà, ma i mezzi di protezione dovranno ancora essere utilizzati e la vaccinazione dovrà continuare ad essere praticata, soprattutto per i pazienti più fragili.
- ✘ Gli ospedali dovranno mantenere aree dedicate ai pazienti Covid e il territorio dovrà continuare ad essere presidiato dalle USCA.
- ✘ Purtroppo, non tutto tornerà come prima e non saremo migliori... Le ricadute sul ruolo del medico, sui rapporti fra medico e società, sui rapporti fra colleghi si faranno sentire a lungo.
- ✘ L'attività che ha svolto l'Ordine dei medici è giudicata positivamente, non tanto per aver inciso effettivamente nella gestione della pandemia, quanto per aver sostenuto l'attività dei medici.

Classi età	Maschi		Femmine		TOTALE	
	N	%	N	%	N	%
meno di 35 anni	83	13,7%	137	19,9%	220	16,9%
fra 36 e 50 anni	106	17,5%	249	36,15	358	27,6%
fra 51 e 64 anni	187	30,9%	218	31,6%	406	31,3%
65 anni o più	230	38,0%	85	12,3%	315	24,2%

*Tabella 1: Distribuzione dei responder per classe di età e sesso.*

Settore di assistenza	Proporzione di medici coinvolti	
	sul totale dei responder	fra i responder della specifica area assistenziale
Medicina di famiglia (MMG e PLS)	32,0%	88,8%
Territorio (USA, emergenza, ecc.)	5,35%	
Reparto ospedaliero dedicato	26,9%	
Reparto ospedaliero non covid	11,5%	
Pronto Soccorso	5,7%	
Ospedale (pubblico e privato)	44,1%	68,4%
Riabilitazione e RSA	9,4%	94,7%

**Tabella 2:** Coinvolgimento dei medici nell'assistenza ai pazienti Covid, per settore di assistenza.

Paura di reazioni avverse	50.5%
Ragioni ideologiche (es. salutisti, contro i vincoli alla libertà, contro la dittatura sanitaria, ecc.) o superstiziose (vaccino come demone)	44.2%
Paura di manipolazioni conseguenti alla vaccinazione (es. dittatura dei poteri forti o delle big-pharma)	16.6%
Non credono nella efficacia del vaccino o per sfiducia nella scienza	18.7%
Non credono nell'esistenza del Covid	3.1%

**Tabella 3:** Le ragioni per cui alcuni tra i tuoi pazienti hanno rifiutato di vaccinarsi per il Covid-19 (possibili più di una risposta).

Incombenze burocratiche richieste da ATS e Regione	60,8%
Adeguatezza dei sistemi informatici	48,3%
Disponibilità di linee guida chiare per la diagnosi e terapia	37,0%
La disponibilità della rete ospedaliera	22,7%
La disponibilità della rete delle cure domiciliari	35,1%
La comunicazione con i colleghi	16,2%
Il coordinamento con ASST/ATS	50,9%

**Tabella 4:** Le criticità incontrate nella ultima fase della pandemia (la percentuale indica i responder che indicano "massima criticità")

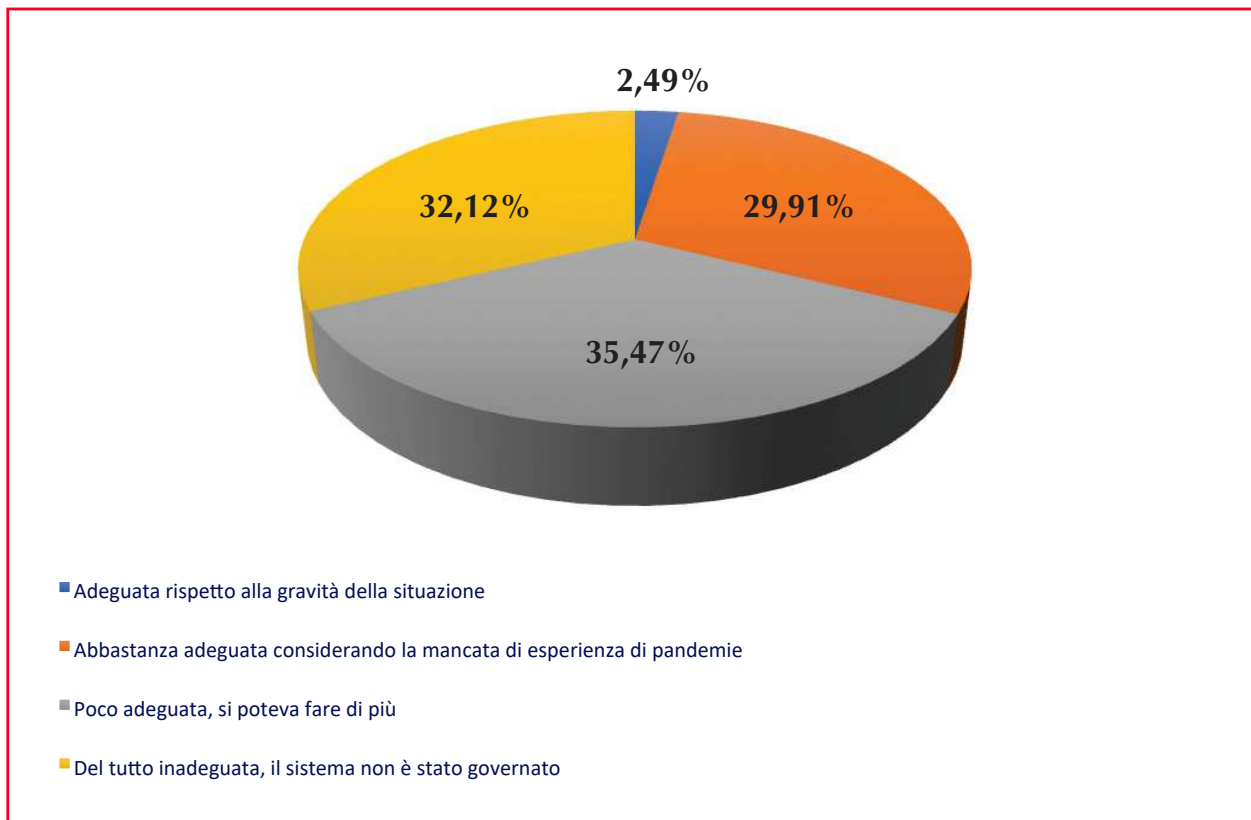


Grafico 1: Il giudizio sulla gestione della crisi Covid-19 a livello istituzionale (ATS e Regione).

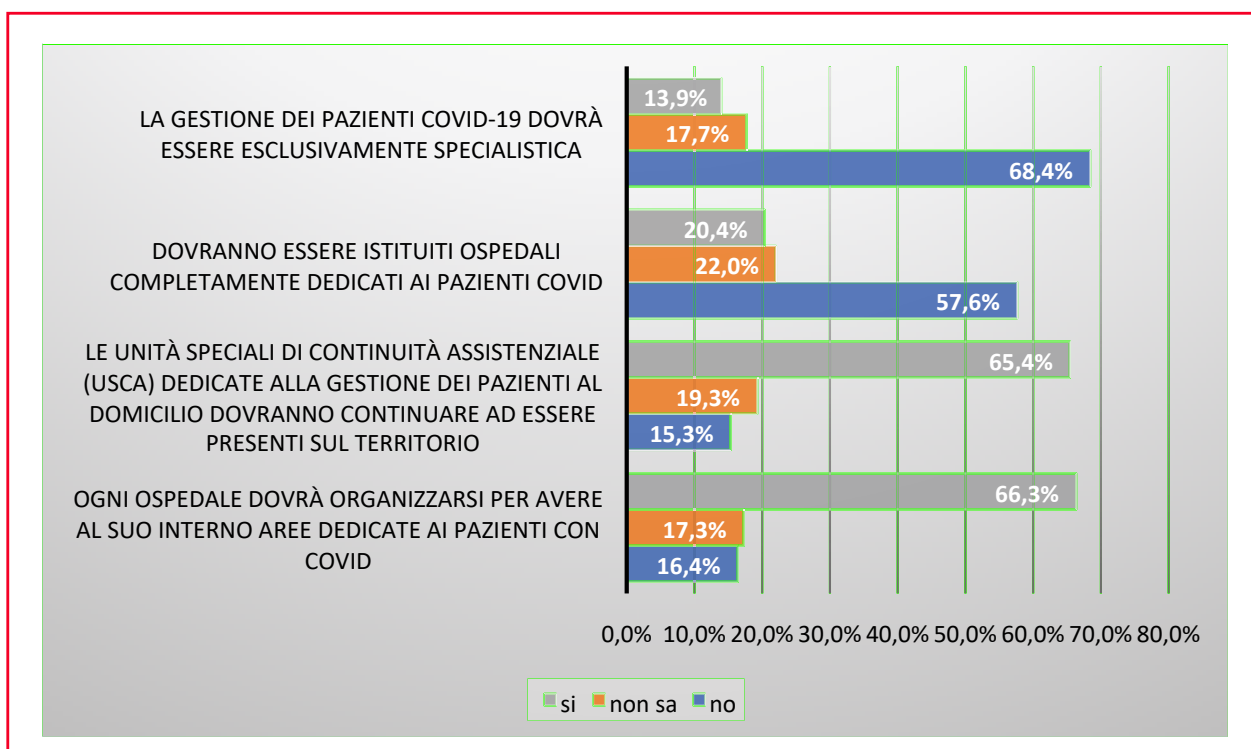


Grafico 2: Le azioni da svolgere per una migliore gestione della pandemia nel futuro.



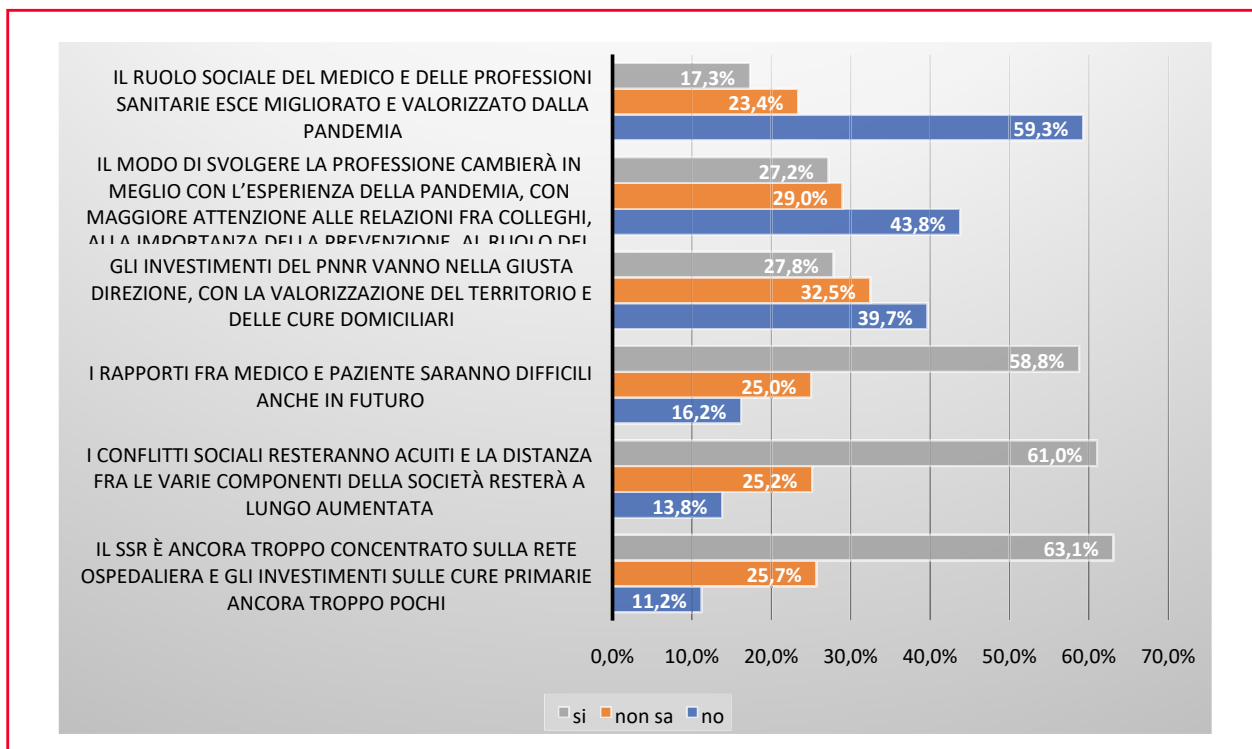


Grafico 3: I cambiamenti sociali e le ricadute professionali della pandemia.

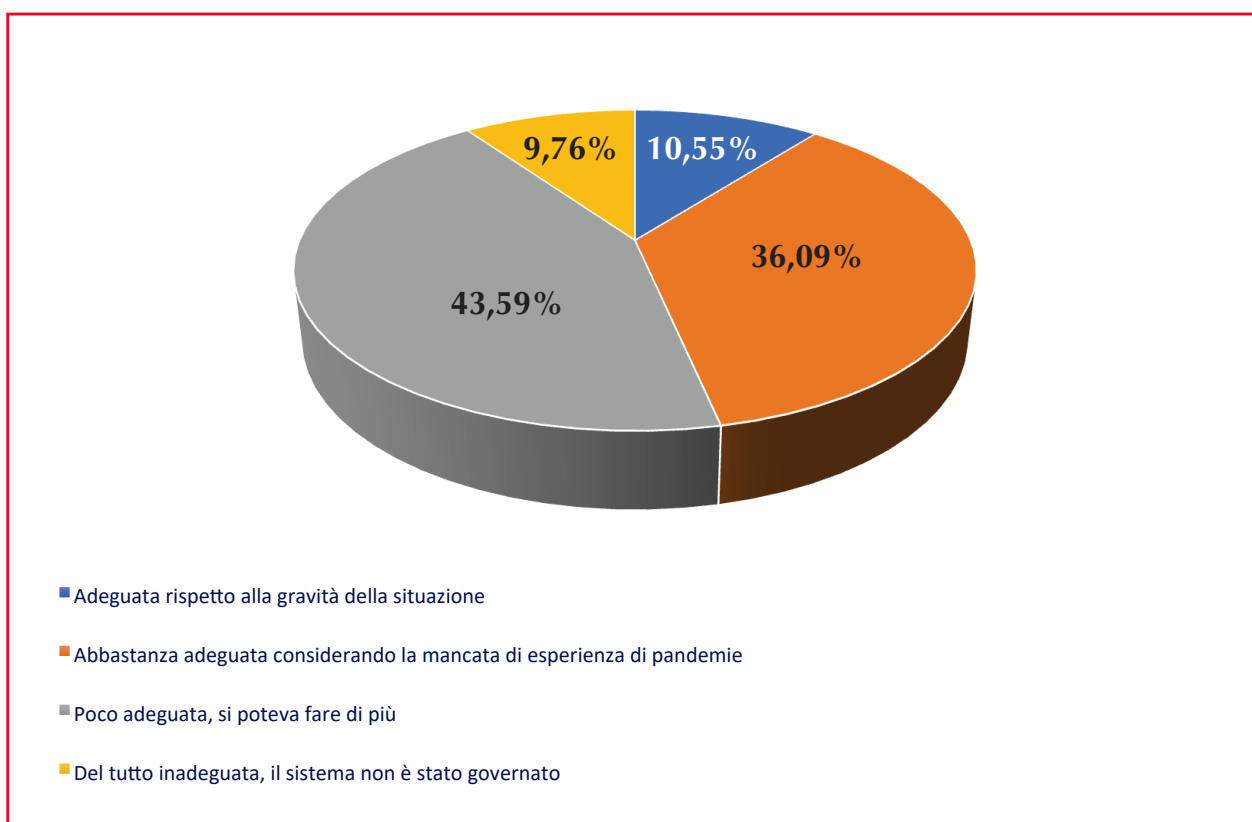


Grafico 4: Il ruolo dell'Ordine dei Medici nella gestione della pandemia.

# La rivoluzione dell' *imaging* funzionale

## Un racconto della medicina nucleare

Intervista a **RAFFAELE GIUBBINI**

a cura di Ottavio Di Stefano



Una vita dedicata all'*imaging* funzionale, che lo ha portato a tracciare nuove strade, e a creare un gruppo di lavoro coeso che prosegue su quel solco. Raffaele Giubbini è in pensione da qualche settimana, dopo avere diretto per decenni la Medicina Nucleare ed il Dipartimento di Diagnostica per Immagini degli Spedali Civili e la cattedra di Medicina Nucleare dell'Università degli Studi di Brescia. È stato testimone dell'evoluzione tecnologica che ha rivoluzionato la diagnostica per immagini negli ultimi decenni, ma pur muovendosi in un mare di macchine futuriste ha sempre privilegiato il rapporto umano, convinto che "le macchine, da sole, non bastano a fare diagnosi".

Qui si racconta a un intervistatore molto speciale, il presidente dell'Ordine Ottavio Di Stefano, che con Giubbini ha studiato sui banchi dell'Università.



**Raffaele, professor Giubbini, ci conosciamo e siamo amici dai tempi del liceo, più di cinquant'anni. Abbiamo condiviso la vita professionale nello stesso ospedale. Oggi che bilancio tracci della tua, della nostra esperienza?**



*Devo dire che abbiamo vissuto un periodo molto fortunato di transizione della medicina, legato al miglioramento delle potenzialità diagnostiche e terapeutiche in tutti i settori. Una transizione di tipo tecnologico e metodologico, che delle nozioni studiate in sei anni di Università ha visto sopravvivere solo il 4-5%. C'è però un punto fermo che sopravvive ai cambiamenti, ed è la semeiotica. Visitare il paziente è fondamentale per ogni medico, e lo dice chi come me ha fatto diagnostica: se non ti rendi conto delle caratteristiche cliniche del paziente sarà difficile orientare anche la diagnostica più avanzata. La mia vita professionale è stata particolarmente fortunata, non trovare immediatamente posto a Brescia mi ha portato ad entrare nell'ambiente*

universitario della Statale di Milano, ricco di nuovi stimoli, come quelli che ho trovato poi al Civile, in veste di direttore della Medicina Nucleare, grazie a tre figure incrociate in maniera casuale e fortuita: Augusto Preti, rettore dell'Università degli Studi di Brescia, verso cui tutti abbiamo un debito di gratitudine per come è riuscito ad affermare l'ateneo cittadino; Lucio Mastromatteo, che era direttore generale degli Spedali Civili, portatore di una visione dell'ospedale non provinciale o autoreferenziale, interessato al confronto con grandi centri medici di livello internazionale; Antonio Chiesa, cattedratico di lungo corso e direttore della 2<sup>a</sup> Radiologia, un radiologo proiettato nel futuro. Aggiungo una quarta figura, quella di Adolfo Turano, microbiologo e archiatra pontificio, illuminato consigliere di Mastromatteo.



**Eri appena rientrato da un'esperienza oltreoceano, al Philadelphia Heart Institute dell'University of Pennsylvania...**

Al Civile, al mio ritorno, ho trovato un ambiente favorevole per sviluppare le mie prospettive professionali sul piano clinico e su quello scientifico. Posso dire che è stata una congiuntura unica, di quelle che difficilmente si ripetono, e che ha portato a una stagione straordinaria, dalla fine degli anni Novanta all'inizio del nuovo millennio.



**Noi vecchi siamo portati a dire, quasi un luogo comune, che "noi sì che avevamo la passione". Ebbene, tu che hai diretto per anni una scuola di specialità, cosa pensi dei giovani di oggi?**

Che non sono né meglio né peggio dei giovani di ieri. Possono cambiare motivazioni e obiettivi, ma l'entusiasmo, la voglia di fare e l'impegno che avevamo noi lo ritroviamo anche nelle nuove generazioni. Se mai bisogna chiedersi quanto siamo in grado di motivarli, dal punto di vista scientifico, culturale ma anche economico.



**Molti di noi hanno la sensazione che si sia spezzata quella catena solidale fra le generazioni mediche. Tutti noi abbiamo rubato il mestiere agli anziani, ma loro ce lo facevano fare, da veri mentori. Ora non è più così? Sono i vecchi meno disponibili o i giovani pensano che la tecnomedicina dia le risposte a tutto?**

Oggi il medico può contare su supporti tecnologici formidabili nella decisione, ma deve saperli usare. Davanti all'intelligenza artificiale che sa interpretare una Tac, una Pet o una risonanza in modo sovrapponibile a quello di un medico esperto, la nostra funzione cambia: non è più solo quella di "leggere" le immagini, ma di integrare gli elementi diagnostici "ipertecnologici" nella storia clinica del paziente. *Servono medici, non tecnocrati, e anche l'esperto di imaging deve diventare esperto clinico di quelle immagini, aperto al confronto multidisciplinare.* In questa prospettiva le diverse specialità si dovranno sempre più integrare per gestire in maniera coordinata il percorso diagnostico del singolo paziente: penso all'Heart team, alla Thyroid unit, ai gruppi di lavoro sulle patologie oncologiche gastroenteriche, sui tumori neuroendocrini. Quanto ai giovani, mi piace ricordare che di fatto le redini della Medicina nucleare di Brescia sono state prese in mano da figure capaci di stimolo e dialogo con tutti, e in particolare con gli specializzandi fin dai primi anni: il prof. Bertagna, che a 44 anni è diventato ordinario di Diagnostica per immagini, e il dottor Albano, ricercatore capace di coltivare rapporti e generare interessi fra i più giovani. Non dimentichiamo, inoltre, che la formazione degli specializzandi è anche legata al confronto quotidiano con Medici Ospedalieri ed anche in questo caso la Medicina Nucleare annovera un gruppo molto giovane che mi fa piacere ricordare: Barbara Paghera, Giovanni Bosio, Silvia Lucchini, Mattia Bertoli, Alessia Peli, Valentina Zilioli, Elisabetta Cerudelli, Marina Gazzilli.



**Quali sono stati i tuoi maestri?**

*Il prof. Bestagno, più un maestro di vita che di professione. Ben presto i nostri interessi si sono indirizzati su settori diversi, lui molto più clinico, interessato alle patologie endocrine, io proiettato sulle patologie funzionali. Ma la sua integrità morale, la disponibilità, le capacità organizzative e pratiche erano esemplari, e Bestagno è sempre stato un modello cui ispirarsi. Da Bestagno ho imparato che tutti noi abbiamo aspetti positivi e negativi: la cosa importante è enfatizzare quelli positivi. Come compagno di viaggio, invece, non posso dimenticare Arturo Terzi, che ha dedicato la sua vita alla clinica ed è stato una figura insostituibile in reparto.*



**La tua specialità ha sempre fatto da apripista nell'evoluzione tecnologica. Eri assistente quando dominavano le scintigrafie tiroidee, ossee e polmonari. Hai portato la cardiologia nucleare a Brescia negli anni '80. Oggi con la Pet il raggio d'azione si è ulteriormente ampliato. Quale lo stato dell'arte nella medicina nucleare?**

*Accanto ad aspetti ormai consolidati ci sono ambiti, come quello cardiologico, in cui la comparsa di altre tecniche di imaging morfo-funzionale (come risonanza e Tac coronarica) hanno posto il problema della loro integrazione nel percorso clinico: se una prevale sulle altre si creano infatti disomogeneità. Ad esempio, a Brescia c'è ancora una prevalenza non giustificata della cardiologia nucleare sulle altre tecnologie (con conseguenti liste di attesa di parecchi mesi), quando alcune diagnosi potrebbero essere invece gestite con altre metodiche.*

*Va tenuto conto che in questo ambito un risultato negativo di un esame può essere un valore più che positivo. Pensiamo a un paziente con coronaropatia: avere un esame funzionale quasi normale vuol dire che la sua prognosi è quasi analoga a quella di una persona normale.*

*Ciò significa poter identificare una popolazione a basso rischio di eventi coronarici: per questo riceviamo un'infinità di richieste.*

*Riguardo invece alla Pet di Brescia, ricordo che nel 2005 è stata, grazie all'intuizione del direttore Mastromatteo, la prima Pet pubblica della Lombardia. Brescia si è anche dotata di una struttura dedicata per la produzione di radiofarmaci utilizzati nell'esecuzione delle indagini Pet: un investimento preveggente che ha consentito di abbattere significativamente i costi degli esami ed ampliare il panorama di possibili applicazioni.*



**Tornando ai giovani, il corso di studi di Medicina privilegia l'apprendimento su metodiche che consentono un approccio diagnostico non pensabile fino a pochi decenni fa. Ma la relazione con il paziente, senza romanticismi, che valore ha?**

*Penso che il corso di Medicina debba essere traghettato verso altre prospettive, e che sconti una troppo elevata frammentazione dei programmi di studio. Il rapporto medico-paziente, ad esempio, non è preso in considerazione in maniera adeguata, e l'esperienza con la medicina di base non dovrebbe avvenire dopo la laurea, ma andrebbe anticipata già nei primi anni di formazione universitaria, per accostarsi alla raccolta anamnestica, ai principi della semeiotica, al follow up domiciliare. Per molti esami specialistici, inoltre, è forte la tentazione di uno studio nozionistico, che assicura conoscenze facilmente dimenticabili dopo il superamento dell'esame. Forse anche per questo, in sede d'esame, usavo chiedere ai miei studenti di parlare di un argomento a piacere: più che un atto di generosità, era un efficace strumento per capire se avessero acquisito una metodologia e fossero in grado di sviluppare un discorso logico sull'argomento.*



**Hai diretto il Dipartimento di Diagnostica per immagini del nostro Civile. Come vedi l'ospedale di oggi e di domani?**

Nella sua crescita il Dipartimento non ha intrapreso negli ultimi anni un parallelo sviluppo di semplificazione, anche architettonica, e organizzazione adeguata. Questo non è certo responsabilità dei professionisti di altissimo profilo che vi lavorano - da Maroldi e Grazioli a Gasparotti della Neuroradiologia, da Vezzoli e Cristinelli per Gardone Val Trompia, da Tagliaferri e Scipione a Montichiari, alla dott.ssa Bondioni per la Radiologia pediatrica. Penso alla dispersione dell'équipe di Neuroradiologia su tre poli di risonanza magnetica, perché non si dispone di un'unica struttura di diagnostica per immagini.

Per il futuro auspico che la ristrutturazione complessiva del Civile, con l'abbattimento del Satellite, possa portare a una riorganizzazione efficace: affidare a un concorso europeo di idee l'ideazione dei nuovi spazi dovrebbe garantire una visione di più ampio respiro.



**Da "esperto" di sistemi informatici, quali sono a tuo avviso gli strumenti da implementare per l'integrazione con il territorio?**

Finché la medicina del territorio e quella ospedaliera rimarranno due mondi separati che si parlano solo con ricette e referti sarà difficile l'integrazione. Da parte mia rimango convinto che elementi di semeiotica dell'immagine andrebbero condivisi proprio con la medicina territoriale, pur non essendoci molti corsi mirati. Rilevo, a margine, che è in atto un'annosa "battaglia" tra super specialisti e radiologi. Si prendano ad esempio i neurochirurghi e i neuroradiologi: i primi ritengono di poter interpretare una Tac o una risonanza come i secondi, da qui le polemiche persistenti sulla possibilità di leggere le immagini prima del referto.



**Vuoi dire che la tecnologia ci consente di guardare con sempre maggiore precisione all'interno del corpo umano, ma con limitazioni? E allora, come si legge un'immagine prodotta da una macchina?**

*Vale la pena ricordare che le immagini che noi vediamo in digitale non sono la realtà, ma un'interpretazione della realtà basata su numeri, che rappresentano un'immagine attraverso scale di grigi o colori. Proprio perché non sono la realtà, possono contenere artefatti e variabili tecniche in grado di modificare l'esame, se non interpretati da un occhio esperto. Il fatto stesso di osservare l'immagine su uno schermo comune o sugli schermi del Dipartimento di Diagnostica per immagini, schermi di qualità medica ad altissima risoluzione digitale (e costi molto elevati), fa la differenza. La stessa immagine letta in Neuroradiologia o Neurochirurgia può avere contenuti molto diversi. Ed è singolare notare come nel novero delle indagini che presentano maggiori difficoltà interpretative ci siano proprio gli esami ritenuti più banali: una radiografia al torace presenta talmente tante variabili da prestarsi facilmente ad errori interpretativi e "sbandate". Lo stesso vale per la mammografia, che necessita la decodifica di un ventaglio di variabili e segni resi visibili da tecnologie estremamente raffinate.*



**Il tuo impegno si proietta anche nella IAEA (International Atomic Energy Agency), l'agenzia delle Nazioni unite che si occupa dell'impiego pacifico dell'energia nucleare e, in tal senso, anche della diffusione della Medicina Nucleare.**

La IAEA, tramite un suo specifico settore, finanzia la creazione di laboratori di Medicina Nucleare e il training degli operatori. In epoca pre-Covid accoglievamo medici da tutto il mondo e assicuravamo la supervisione per far partire le attività nei diversi Paesi. A me è sempre piaciuto viaggiare ed ho avuto il piacere e l'onore di far partire decine di laboratori in Est Europa, Asia, Africa e Sud America: da pensionato, mantengo la collaborazione in protocolli di ricerca a Vienna, sede della IAEA. E a ottobre volerò a Rio de Janeiro, per ricevere la laurea honoris causa dall'Università Federal Fluminense, in occasione del congresso internazionale di Cardiologia, un'opportunità per rivedere grandi amici brasiliani in epoca post-Covid. ●

# La medicina come "misura". Tra scienza e relazione umana

Intervista a **Claudio Cuccia\***  
a cura di Gianpaolo Balestrieri e Lisa Cesco



Non si è mai preparati ad accogliere la diagnosi di una malattia, che sia un malanno destinato a risolversi o un disturbo che ci accompagnerà a lungo nel tempo, come un inquilino inatteso che si installa nella nostra dimensione più privata. La malattia è sofferenza, smarrimento, dolore, ma è anche, inevitabilmente, una "pietra d'inciampo" che ci fa fermare e riflettere. Un viaggio interiore nel proprio vissuto, alla riscoperta di sé stessi. A patto di avere al proprio fianco un buon medico, dotato di umanità e nutrito di letteratura scientifica, ma anche umanistica.

Ne è convinto Claudio Cuccia, cardiologo, direttore del Dipartimento Cardiovascolare della Fondazione Poliambulanza di Brescia, che ha saputo unire la passione per la medicina a quella per la scrittura. All'alleanza tra medico e paziente ha dedicato il suo ultimo libro, già evocativo nel titolo, "La supplico, mi salvì!" (edizioni Scholé, 2022).



## Da dove nasce lo spunto per questo nuovo libro?

*È una sorta di piccolo testamento bioetico, intendendo per bioetica non tanto l'accezione diffusa che guarda ai grandi confini esistenziali come l'eutanasia e il fine vita, quanto una "bioetica del centro" di cui ci dovremmo occuparci di più, perché accompagna la nostra quotidianità e che offre risposta alla domanda fondamentale: "Perché sono qui a curare questa persona?".*

**Tra le righe si legge un velato rimprovero ai medici...**

*Vorrei che ci prendessimo cura del paziente come persona, andando oltre il caso clinico. Sono contro il riduzionismo medico, il paziente non è la malattia che si porta appresso. È vero, "malato" viene da "male-abitato", ma se ti trovi a ospitare un inquilino non gradito, non devi soccombergli, devi rimanere te stesso, con la tua dignità, le tue aspettative, il tuo vissuto, quei sentimenti che fanno di te la persona che sei. Nel libro cerco di far capire ai medici qual è il privilegio della nostra professione, per cogliere il vero senso del nostro mestiere. "La supplico, mi salvi" è un'invocazione non infrequente, che ha quasi un significato salvifico, i pazienti si rivolgono a noi con il verbo della preghiera, chiedono di salvarli, non di guarirli, e ciò va ben al di là della dimensione lavorativa di noi che curiamo il corpo. Il medico dovrebbe rendere conto di questo privilegio a chi glielo concede, dando in cambio la competenza unita al garbo, al trasporto, alla sensibilità: le virtù dei grandi medici.*

**"Alle sette Pinochet" è il titolo del tuo primo libro, nel 2006, cui sono seguiti molti altri, sia di fiction sia di divulgazione scientifica di successo. Cosa ti ha spinto sulla strada della scrittura?**

*Mi ha spinto qualcosa di molto personale: ero gravemente turbato da un problema familiare e trascorrevi le notti senza riuscire a chiudere occhio. Mi sono rivolto a un amico psichiatra che sapendomi un appassionato lettore mi ha suggerito di cimentarmi nella scrittura, per distrarre la mente dal pensiero fisso che mi tormentava. Scrivere è stato fortemente terapeutico e mi ha avvicinato a tante persone che non conoscevo, ne sono uscito arricchito e risanato. Da lì è nata anche l'idea che l'ospedale potesse essere un luogo di cultura oltre che di cura, un percorso che ha portato all'apertura della libreria in Poliambulanza e delle iniziative culturali umanistiche e letterarie che ne sono derivate.*

**Nel frattempo, la tua specialità, la cardiologia, ha conosciuto un'evoluzione travolgente che, negli ultimi 40 anni, ne ha cambiato profondamente l'essenza.**

*I colleghi della mia generazione hanno iniziato la professione "spogli" di tecnologia: immaginatevi che la prima ecocardiografia è della fine degli anni 70, e la dispensa dei farmaci "cardiologici" non offriva molto di più dell'aspirina, dei betabloccanti, della digitale. Nei primi anni 80, la mortalità per infarto era più o meno del 30% ed oggi è scesa a meno del 3%: se oggi un paziente non sopravvive si convoca una riunione di reparto, per capire cosa non ha funzionato.*

*I giovani medici si trovano nel pieno del successo - e anche del potere - della tecnologia, e questo pone una sfida in più, quella di saper guidare la mano dell'uomo nelle strade della tecnica da lui stesso inventata. È vero, la prima carità da offrire al paziente è (e rimane) la scienza, che non può però rinunciare alla relazione umana, all'ascolto, alla saggezza dell'uomo che fa bene il proprio mestiere perché pensa e lo fa per non naufragare nel mondo dell'inappropriatezza. Si tratta, per dirla con la celebre terzina dantesca, di saper bilanciare la "virtute" con "la canoscenza".*

**Settorializzare le competenze, tuttavia, è inevitabile per gestire tecnologie sempre più specialistiche.**

*La tecnologia evolve a una velocità che il medico fatica a seguire, ti "sorpassa", costringe alla settorializzazione del sapere e del fare: quanto più un sistema è specifico tanto più consente di andare in profondità e di offrire al paziente soluzioni efficaci. Tutto questo non è scevro da problemi di sostenibilità economica: ciò richiede di fare un po' di ordine, con linee guida dedicate e precise, e al contempo è necessario ridare importanza allo sguardo d'insieme, fare sintesi tra le diverse abilità, coinvolgendo più voci di specialisti nel comune obiettivo di sconfiggere la malattia.*



**Sei stato tra i primi ad avviare un percorso per coinvolgere le professioni sanitarie non mediche dopo il tuo approdo in Poliambulanza nel 2005. Perché questa determinazione?**

*Perché è fondamentale valorizzare ogni competenza. Nel nostro reparto tante tecnologie di primo livello come l'holter, l'ecocardiografia di base e la telecardiologia sono gestite da infermieri, formati grazie a corsi di aggiornamento dedicati (anche se queste loro competenze tecniche non trovano ancora un adeguato riconoscimento professionale). Questo consente agli infermieri di esprimere al meglio le loro capacità e ai medici di dedicare il proprio tempo alle prestazioni più complesse. Tutti comunque partecipano al percorso di assistenza e di cura, nel rispetto del ruolo di ognuno. Indispensabile è la comunicazione costante all'interno del reparto, così come un efficace e costante controllo della qualità, "qualità" che non deve arrendersi alla "quantità" delle prestazioni erogate. Grazie a questa organizzazione, le attività del reparto hanno potuto ampliarsi e differenziarsi per venire incontro ai problemi di ogni singolo paziente, con ambulatori dedicati a temi come lo scompenso avanzato, le cardiomiopatie, l'embolia polmonare, la cardio-oncologia.*



**La tua carriera è la dimostrazione di come ci si possa aprire a una dimensione globale pur rimanendo legati alla propria terra, nel tuo caso Provaglio in Franciacorta.**

*Il legame con le mie radici è stato determinante nelle mie scelte, e non mi ha mai permesso di accettare offerte di lavoro all'estero o comunque lontano da casa. Era impensabile allontanarmi dai miei affetti, dalle amicizie radicate nel tempo, dai luoghi in cui sono cresciuto. Sono contento di essere rimasto qui: essere legati a un luogo non significa smarrire l'idea di ampi orizzonti. La mente ti offre grandi spazi in cui vivere, col pensiero, con l'immaginazione, magari con la fantasia. Sarà anche per questo che ho sempre preferito e difeso le periferie rispetto al centro...*



**La Cardiologia è in testa nelle richieste per le Scuole di specialità. Se dovessi ricominciare da capo confermeresti questa scelta?**

*La mia scelta iniziale non è stata priva di dubbi. Ho intrapreso il percorso ospedaliero perché allora (mi sono laureato nel '78), con un curriculum universitario molto buono, stupidamente si pensava che dedicarsi alla medicina di base fosse sbagliato, fosse uno spreco di competenza. Se dovessi scegliere oggi, senz'altro mi dedicherei alla medicina territoriale, non solo perché è il punto debole della catena assistenziale, ma perché è lo snodo fondamentale per metter a frutto le conoscenze tecniche, per ridisegnare i percorsi organizzativi, per dare al paziente l'idea di essere preso in cura. Un po' lo sto già facendo, cercando di creare un ponte fra ospedale e territorio grazie al progetto "Col cuore e con le mani" rivolto ai pazienti ad alto rischio di riospedalizzazione: questi pazienti vengono assistiti presso il loro domicilio con regolari visite fatte da un nostro infermiere per 8 settimane, durante le quali si fa educazione sanitaria, si sollecita all'aderenza terapeutica, si colgono i segnali di eventuali peggioramenti, si mettono in collegamento il medico ospedaliero, l'ambulatoriale e l'infermiere nel controllo della complessità del paziente. I risultati sinora ottenuti sono stati importanti in termini di ospedalizzazioni evitate, soprattutto nei pazienti con scompenso cardiaco.*



**Qual è la chiave per quantificare il valore del legame tra ospedale e territorio?**

*Penso che qualsiasi soluzione debba transitare dalla misura delle cose, altrimenti entriamo nel regno dell'opinabile senza riuscire a cogliere il rischio di inappropriatazza con cui dobbiamo fare i conti. So che i medici non amano essere misurati, ma questa è la strada, una strada da percorrere con parametri di misurazione ben fatti, da gente competente e seria, medici, infermieri, decisori pubblici. *L'operato dei**



*medici non può essere valutato solo in termini numerici, in termini di procedure fatte: è la "misura del percorso" che dobbiamo imparare a cogliere. Non vorrei si dimenticasse che il lemma "medicina" ha una derivazione lontana, nasce da una radice comune a molte lingue e significa intendere, conoscere, sapere, misurare: ecco l'idea della "misura", una parola che ha una doppia accezione, quella tecnica, fatta*

*di cifre, e quella umanistica, che indica il garbo, la gentilezza. Ecco, misuriamo ciò che facciamo, col garbo delle persone sagge. ●*

*\* **Claudio Cuccia**, medico e autore di libri di successo, esorta a custodire il senso della professione: "Curiamo il paziente come persona e misuriamo ciò che facciamo, col garbo delle persone sagge".*

# Lascio tutto per ritrovare il piacere di fare ricerca

Intervista a **Laura Andreoli\***  
a cura di Gianpaolo Balestrieri e Lisa Cesco



Una carriera in ascesa, assaporata in ogni suo momento: dagli studi di Medicina alla passione per la ricerca che l'ha portata a diventare professore associato a 39 anni. Dall'interesse sviluppato per l'attività clinica al rapporto didattico appagante con studenti e specializzandi. Nella storia di Laura Andreoli, professore associato di Reumatologia all'Università degli Studi di Brescia e dirigente medico di Reumatologia e Immunologia Clinica agli Spedali Civili, sono racchiuse tre vite in una: medico, docente e ricercatore. Insieme a una quarta, la più importante: quella di mamma. Un equilibrio fragile e complesso, tenuto in piedi da una ferrea forza di volontà. Poi è arrivato il Covid, e ha scardinato tutto. «Eventi acuti come una pandemia fanno da spartiacque. In un mondo sempre

più complicato ho sentito l'esigenza di razionalizzare, ridarmi nuove priorità. Mi sono detta: se non ora, quando?», racconta Andreoli, che ha scelto di prendersi un anno di congedo per studio e ricerca a partire da luglio. Abbiamo indagato con lei un vissuto comune a molti medici, che intreccia il tema del *burn-out* con quello della *gender equity*.



**Professoressa Andreoli, nella fase fiorente della tua carriera perché un anno sabbatico?**

*Negli ultimi dieci anni ho dedicato tutta me stessa al lavoro, ma ho sacrificato molto della mia vita personale. Il life-work balance è oggi molto precario, e dopo la maternità ti accorgi che la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro è ancora più complessa. L'esperienza dei lockdown e della Dad, con una bambina alla scuola primaria, mi ha messo a dura prova, perché non sapere ogni mattina se tua figlia potrà andare a scuola, come è successo lo scorso gennaio, diventa un rompicapo conciliabile con grande difficoltà con i turni in ospedale. Sul lavoro è cresciuto in maniera esponenziale anche il carico burocratico-amministrativo a cui far fronte, spesso ti accorgi di dedicare più tempo a questi adempimenti che alla professione. Il Covid, che ci ha costretti a vivere e lavorare in continua emergenza, ha lasciato segni profondi. Ho sempre amato il mio lavoro di medico, docente e ricercatore e mi ritengo fortunata perché ho potuto realizzare i miei desideri. Ho avuto il privilegio di occuparmi della organizzazione ex novo dei tirocini abilitanti per gli studenti di Medicina, con grande soddisfazione nella collaborazione con colleghi e rappresentanti degli studenti. Ma avevo bisogno di staccare da una quotidianità diventata troppo faticosa, che non consentiva di gestire in maniera efficiente ciascuna delle "anime" del mio lavoro, in particolare la ricerca.*



**Quando hai deciso di prenderti dodici mesi di pausa?**

Quando le tue pazienti storiche ti chiedono "dottoressa non sta bene? La vedo cambiata...", quando è il paziente che domanda al dottore come sta, c'è qualcosa che non va. Mi sentivo un sacco svuotato, ho iniziato ad avvertire una stanchezza fisica mai provata e non giustificata, ho capito che avevo bisogno di fermarmi. In questi due anni di pandemia si è parlato molto della resilienza dei medici, l'errore è dare per scontato che sia infinita. E tutto questo ha un prezzo in termini di stress e burn-out, situazioni molto diffuse tra i colleghi.



**Piani e destinazioni per quest'anno di congedo?**

*Vorrei riconquistare il piacere di fare ricerca, che negli ultimi due anni è stata molto accantonata. Il mio pensiero va ai colleghi che hanno collaborato ai progetti, lo faccio anche per correttezza nei loro confronti, consapevole che i lavori scientifici devono prendere il volo, non marcire in un cassetto. Vorrei accostarmi ad altri centri di ricerca per cogliere nuovi stimoli, per questo passerò del tempo a Stoccolma, al Karolinska Institutet, grande ospedale universitario che porta avanti alcune linee di ricerca affini al mio percorso, come quelle sul Lupus eritematoso sistemico e sulla sindrome da anticorpi antifosfolipidi. Viaggerò anche per congressi in Europa e Stati Uniti, in città dove ho contatti con molti colleghi. Ho voglia di essere mobile, senza la preoccupazione di turni in ospedale, lezioni in Università e di far quadrare tutto. Questo aiuterà a rigenerare la mente.*



**Alla passione per la ricerca affianchi quella, altrettanto forte, per la clinica. Scegliere la Reumatologia ti ha permesso di conciliare queste due vocazioni?**

*Le malattie autoimmuni sistemiche mi hanno affascinato fin dai primi anni di Medicina, perché il sistema immunitario che "sbaglia" e attacca sé stesso è un campo stimolante da indagare. Ti conduce a valutare ogni paziente nella sua interezza. Presso la Reumatologia e Immunologia Clinica degli Spedali Civili ho trovato un ambiente molto familiare e ricco di fermento, dove mi sono accostata fin da subito alla produzione scientifica e ai meeting internazionali. Promotrice e mentore di questo percorso è stata la prof. Angela Tincani, insieme al prof. Franco Franceschini che oggi ne ha raccolto il testimone. Nei nostri ambulatori facciamo un lavoro di gestione della cronicità e siamo un po' un ponte fra ospedale e territorio, anche perché avere a che fare con malattie sistemiche implica una visione ampia, specialmente in termini di diagnosi differenziale, e capacità di dialogo con specialità diverse.*



**Sei principal investigator del Registro italiano delle gravidanze nelle malattie reumatologiche e fai parte del Gruppo di studio sulla Medicina di genere della Società Italiana di Reumatologia. Quanto è importante uno sguardo di genere nella tua specialità?**

*Dedicarsi alle malattie autoimmuni significa 8 volte su 10 avere a che fare con pazienti donne, spesso in età riproduttiva, che aspirano quindi a creare una famiglia. Nella cronicità c'è un rapporto medico-paziente speciale, dalle storie delle mie pazienti ho imparato tanto, e a mia volta credo di aver potuto incidere positivamente su di loro avvalendomi del mio percorso personale, in una sorta di rispecchiamento reciproco. Ma accettare la diagnosi e poi la convivenza con una malattia cronica non sono passaggi facili, e lo sguardo di genere è fondamentale, anche se non ancora così diffuso in Italia. Da più di 30 anni esiste una proficua collaborazione con la Ostetricia per l'ambulatorio multidisciplinare per la gravidanza nelle malattie reumatologiche. Recentemente, questa collaborazione si è arricchita di un percorso con la Psicologia Clinica dell'Ostetricia per cogliere il disagio perinatale, gestire e studiare la depressione post-partum, argomento finora scotomizzato, che può presentarsi in pazienti con malattie croniche che di per sé possono essere disabilitanti dal punto di vista psicologico. A proposito del rispecchiarsi, essere donna e madre è sicuramente un valore aggiunto che mi aiuta nella gestione dell'ambulatorio per la gravidanza.*



**La professione medica è sempre più declinata al femminile: sotto i 50 anni le donne rappresentano il 60% dei medici iscritti, ma devono ancora confrontarsi con molti ostacoli per arrivare ai vertici. Tu sei un esempio in controtendenza, hai realizzato le tue ambizioni di carriera quale professore associato: cosa serve per valorizzare i talenti femminili?**

*C'è bisogno di una rivoluzione culturale. Ancora oggi le donne devono fare le proprie scelte in considerazione della famiglia, non possono permettersi di "eclissarsi" come tradizionalmente l'uomo può decidere di fare.*

*Penso che si debba partire da tante piccole cose che possono fare la differenza: le donne dovrebbero iniziare ad avere maggiore rispetto di sé stesse e riscoprire quel sentimento di sorellanza che si è perso nel corso del tempo. Dal punto di vista gestionale e dell'intelligenza emotiva abbiamo una marcia in più, come dimostrano i ruoli apicali ricoperti all'estero da molte donne, in aziende farmaceutiche e altre realtà private. Ma i modelli organizzativi accademici e ospedalieri scontano ancora una rigidità che non aiuta le donne. Pensiamo al tema della child care, la cura dei figli, che richiederebbe una maggiore flessibilità e una diversa organizzazione del lavoro: per esempio fissare le riunioni non alle 8 del mattino o di sera, ma in orari più conciliabili con la gestione dei figli, in particolare a favore delle realtà monogenitoriali. Tutti aspetti messi a fuoco nella task force sulla Gender Equity dell'EULAR (European Alliance of Associations in Rheumatology) che ho contribuito a far nascere con altre colleghe europee. Non nascondo che le resistenze siano ancora molte, ma la strada da percorrere è tracciata.*



**Sei stata coinvolta nella fondazione della SIR Young, la commissione che raccoglie i soci under 40 della Società Italiana di Reumatologia, e sei stata presidente dal 2018 al 2020: che consiglio daresti a una giovane donna che si avvia alla professione di medico?**

*Le ragazze giovani "sono avanti", hanno le idee chiare sul proprio percorso formativo mediante specialità e/o dottorato, e soprattutto sono meno legate agli stereotipi, si sono affrancate dall'idea che per realizzarsi una donna debba per forza mettere su famiglia e fare figli. Credo sia importante ascoltare sé stesse, perché il lavoro che scegli è molto importante, soprattutto se fai il medico, che io reputo, più di un lavoro, una*

*vocazione. Occorre essere assertive e saper piazzare i “no” giusti, ma allo stesso tempo non rinunciare alla propria indole femminile e a quell’empatia che nel nostro lavoro è indispensabile per capire chi hai di fronte, che sia un paziente o un collega. Bisogna riuscire a portare a bordo le persone nella maniera giusta, con adattabilità e flessibilità. ●*

**\* Laura Andreoli**

*medico reumatologo e professore universitario, racconta la scelta controcorrente di un anno sabbatico, che muove da un vissuto comune a molti medici, tra burn-out e lotta per l’equità di genere.*

# Il senso della cura. L’oncologia, la lezione di Alberto D. e la mia testimonianza civile

Intervista a **Alberto Dalla Volta\***

a cura di Gianpaolo Balestrieri e Lisa Cesco



Può una storia innervata nelle lacerazioni del Novecento, nella tragedia della Shoah, con un epilogo consumato nel campo di Auschwitz, arrivare con il suo significato più profondo in un reparto di Oncologia del nuovo millennio? Portare un messaggio a chi sta resistendo contro un male diverso, ma pur sempre un male che può spersonalizzare. Che obbliga a misurarsi sul crinale tra la vita e la morte. Che impone una battaglia secondo la legge del più forte. Che muove a una ricerca di senso, proprio dove il senso non c’è.

Non sappiamo cosa avrebbe risposto Alberto D., “l’uomo forte e mite contro cui si spuntano le armi della notte”, secondo le parole di



Primo Levi, che lo ha reso immortale nel suo capolavoro “Se questo è un uomo”, raccontando l’amicizia stretta con lui nel campo di sterminio di Auschwitz, da cui quest’ultimo non avrebbe fatto ritorno. Sappiamo però che la parabola umana di Alberto, la sua capacità di preoccuparsi

dell'altro, di dosare intelligenza e istinto e di resistere a testa alta nell'orrore del lager ci lascia una potente testimonianza sul senso della cura. Affidando ai clinici - lui che non era medico - una lezione emblematica. Una vicenda, quella di Alberto Dalla Volta, protetta per molti anni dal silenzioso riserbo della famiglia, fra le mura domestiche del civico 11 di piazza Vittoria. Fino a che non è arrivato un altro Alberto, che porta lo stesso nome e cognome del prozio, e che a partire dal 2008, quando era ancora studente del liceo Calini, ha scelto di riannodare i fili di questa storia. Lo ha fatto andando nelle scuole e nei quartieri per raccontare la Shoah, incoraggiando a tenere sempre alta la guardia, attraverso il profondo messaggio di umanità e di rigore morale impersonato dal suo prozio. Un impegno civile che prosegue tuttora, e che si intreccia con la vita di un reparto di Oncologia: quello degli Spedali Civili dove l'Alberto di oggi lavora come giovane medico oncologo, portando in sé il valore guida di una storia speciale.



### **Cosa ti ha spinto a diventare medico?**

*Non sono di quelli che hanno avuto la vocazione per la medicina fin dalla nascita. Ho sempre avuto una vocazione umanistica, l'idea è affiorata negli anni del liceo e si è poi consolidata: mi piaceva la prospettiva di coniugare realtà scientifica e umanistica, unendole al mio interesse per il rapporto con l'altro.*



### **Perché l'oncologia?**

*Inizialmente ero orientato alla psichiatria, ma sono rimasto affascinato dalla biologia e biologia molecolare che mi hanno dato un imprinting già nel triennio preclinico, seguendo le lezioni del prof. Presta all'Università degli Studi di Brescia. Ho iniziato a frequentare l'Oncologia dell'ospedale Civile quando era appena arrivato l'attuale direttore, prof. Berruti, di cui sono stato il primo tesista interno. Ho iniziato la specialità a Verona per terminarla a Brescia, dove ho sempre avuto la libertà di*

*frequentare e imparare, grazie anche a figure importanti come la dott.ssa Valcamonico e il dott. Rangoni. Penso che la presenza in corsia sia una scuola fondamentale per un giovane medico: prima di essere oncologi da scrivania, bisogna essere oncologi da reparto.*



### **Al laboratorio che ti aveva inizialmente sedotto hai preferito la clinica.**

*In me è diventato prevalente l'interesse per il rapporto con il paziente e il percorso di cura. Questo non significa che in reparto non ci si possa impegnare anche nella ricerca, sotto forma di ricerca clinica: mi occupo di oncologia urologica e siamo riusciti ad attrarre importanti finanziamenti per studi sui tumori alla prostata. La ricerca in laboratorio può essere affascinante, ma mai rinuncerei al rapporto con il paziente. Certo come in tutte le relazioni ci sono alti e bassi, ma le soddisfazioni superano questi piccoli inciampi.*



### **Il rapporto con i pazienti, in un ambito delicato come quello oncologico, comporta un carico psicologico pesante. Come riesci a gestire il coinvolgimento e il necessario distacco?**

*Questi carichi emotivi per me sono più una spinta e una motivazione al lavoro che non un freno. Sono altre le cose che mi schiacciano: la burocrazia, la scarsa linearità nelle procedure, la necessità di occuparsi di aspetti organizzativi non di pertinenza medica, e senza strumenti adeguati. Forse anche grazie al mio lato caratteriale riesco a mettere un filtro tra la mia vita personale e quella lavorativa, e in questo mi hanno aiutato molto i primi anni a Verona e in reparto. Porto sempre con me l'insegnamento della dott.ssa Sabbioni, oncologa palliativista: "Mettersi nei panni di" ma non "identificarsi con". Non è detto che tu sia un medico migliore se vivi quello che sta vivendo il malato. L'attenzione, prima di tutto, va rivolta a non illudere il paziente: nei casi in cui la guarigione non è perseguibile, comunicare che il percorso di cura si inserisce in una prospettiva di cronicità è indispensabile. Non crudezza ma chiarezza.*



**Il tema del “breaking bad news”, della comunicazione della diagnosi è centrale ma è anche un problema complesso...**

*Ci sono corsi con psicologi che insegnano la comunicazione, credo però che ciò che fa la differenza sia l’esperienza e la possibilità di rubare il mestiere a chi lo sa fare bene. È così che si imparano strategie su cosa comunicare e cosa no, si presta attenzione al linguaggio non verbale, che spesso vale di più, si capisce come far sentire “accudito” il paziente, che è in fondo l’obiettivo più importante. Esistono diverse filosofie nel comunicare la diagnosi, quella anglosassone è più diretta, può portare a quantificare anche la sopravvivenza attesa, con il rischio di sbagliare. Io penso che sia necessario comunicare i concetti fondamentali, e non i numeri, che saranno sempre errati.*



**L’oncologia è fra le specialità che hanno evidenziato l’importanza delle riunioni di gruppo per discutere i casi in un’ottica multidisciplinare. Com’è il rapporto con gli altri reparti?**

*Esiste un progetto di Cancer Center per l’organizzazione di gruppi di patologia, e questo sarebbe un bene perché gli attuali percorsi multidisciplinari andrebbero migliorati e resi più capillari e fluidi: quello che deve guidare è il paziente, non la divisione tra reparti e specialità. Tra l’altro le discussioni multidisciplinari non sono ancora formalmente contabilizzate, pur assicurando una validità più forte alle decisioni prese, anche dal punto di vista medico-legale.*

*Anche i percorsi per consulenze ed esami urgenti potrebbero essere meglio codificati, spesso si procede ancora chiedendo un favore a colleghi che conosci. Nonostante tutto, però, il senso di appartenenza all’ospedale Civile è ancora forte, e resiste una propensione a spendersi per aiutare l’altro. Ho scelto di lavorare qui, e se dovessi pensare a un posto dove lavorare sceglierei sempre questo.*



**Quanto conta l’interesse per l’aspetto palliativo?**

*La forte tradizione di medicina palliativa che ho respirato fin dai miei inizi in reparto a Verona mi ha insegnato molto. A Brescia il rapporto con le strutture dedicate alla palliazione funziona molto bene, abbiamo un canale aperto con l’Hospice della Domus, la possibilità di spostare il malato che ne ha necessità facilita la qualità del fine vita. Anche all’interno del Civile si è creata una Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP-Dom) che funziona molto bene. Meno buono il rapporto con altre strutture Hospice della provincia, mi riferisco a quelle più chiuse alla possibilità di fornire assistenza ai pazienti ancora in terapia attiva. Dimenticando che la letteratura scientifica ha confermato l’utilità delle “cure simultanee”, con l’introduzione di terapie di supporto già in corso di terapia: l’attenzione al sintomo agisce sulla sopravvivenza, che si allunga rispetto alla terapia standard.*



**Al lavoro di medico affianchi l’impegno civile di testimonianza sulla Shoah, attraverso la riscoperta della figura del prozio, di cui porti il nome. Come è iniziata?**

*Prima è arrivata la chiamata dello storico Marino Ruzzenenti, che nel 2006 ha dato alle stampe il volume “La capitale della Rsi e la Shoah”, poi nel 2008 l’inaugurazione al mio prozio dell’aula magna del Calini, dove aveva studiato Alberto e dove studiavo io che rappresento la terza generazione. Una miccia esplosiva che mi ha portato a condividere una storia fino ad allora custodita gelosamente in famiglia. Del resto, la Giornata della Memoria è stata istituita solo nel 2005 e, se penso a quanto silenzio c’è stato, motivato anche dalla resistenza delle famiglie delle vittime a parlarne, credo sia giunto il momento di porre rimedio.*



**Alberto D. viene deportato a 22 anni, tu parli a ragazzi di 16-18 anni messi al cospetto con la storia di un loro quasi coetaneo. Com’è l’accoglienza delle classi?**

Penso che le “microstorie”, le storie personali possano essere un modo per togliere l’inevitabile spersonalizzazione della Storia con la maiuscola. Agli studenti spiego che questa vicenda ha coinvolto “persone comuni, che potreste essere voi”. Li invito a riscoprire la storia della loro famiglia. La loro attenzione mi stupisce sempre, mi fanno domande profonde sul senso della memoria per i sopravvissuti, il significato della perdita, del perdono, la responsabilità di quanto accaduto. Ad Auschwitz non sono mai stato, vorrei ci fosse l’occasione per andarci con la mia famiglia. Ma quando varco le porte di una classe ci credo sempre, lo considero un dovere.



**Abbiamo visto No Vax manifestare con la stella gialla, accostando vaccino e deportazioni. Si assiste alla riemersione di frange antisioniste e di episodi di discriminazione contro gli ebrei. L’antisemitismo in Italia è un problema?**

L’antisemitismo è come una brace coperta: è difficile eradicarlo del tutto, c’è sempre una “malattia minima residua” per usare un paragone medico, che riemerge quando la coscienza civica si appanna. Molto spesso gli atti di odio contro gli ebrei sono giustificati da un odio contro Israele: bisognerebbe approfondire dove sia diretta questa critica e chi la appoggia, ma soprattutto investire in comunicazione per avvicinare posizioni oggi molto radicalizzate.



**Nel tuo intervento all’assemblea dell’Ordine nel 2019 hai messo in guardia sul rischio di una medicina spersonalizzata, rilanciando la lezione di resistenza e dirittura morale impartita da Alberto D. in “Se questo è un uomo”.**

È una riflessione necessaria sulla nostra professione, per scongiurare il rischio di una logica sottile di “disumanizzazione”. Penso che

i medici non potranno essere sostituiti dalle intelligenze artificiali, a patto che si continui a coltivare l’umanesimo che connota l’arte medica, quella relazione col malato che fa del “medico prima medicina”. Nonostante le difficoltà e gli inceppi del sistema, saper guardare all’unicità del rapporto col paziente che abbiamo davanti. Buttare sempre il cuore oltre l’ostacolo.



**Come lo buttò, nel 1943, il tuo prozio all’ingresso nel lager. “Non ha perso tempo a recriminare e a commiserare sé e gli altri. Lotta per la sua vita, eppure è amico di tutti - così lo descrive Levi - Sa chi bisogna evitare, a chi si deve resistere. Eppure non è diventato un tristo”. Una lezione che ci illumina ancora.**

Credo che l’insegnamento morale più forte sia quello di non lasciarsi intrappolare dalle circostanze. Non è qualcosa di astratto, vale anche per noi, ogni giorno, nella nostra professione: sfuggire alla tentazione delle lamentele che non ci fanno crescere, aver presente l’obiettivo senza scoraggiarsi, non chiudere gli occhi. Alberto ha cercato di vivere libero, nonostante fosse in catene. È stato capace di gesti di solidarietà in una situazione estrema, dominata dalla legge del più forte e da un deliberato disegno di eliminazione sotto il profilo umano prima ancora che fisico, perseguito attraverso condizioni terribili, volte a far emergere la parte più animalesca ed egoista di ogni individuo. Lui non ha ceduto a questa logica di spersonalizzazione, conservando l’umanità e la dignità. Lui si è sottratto. Così brilla. ●

\* **Alberto Dalla Volta**

giovane oncologo: “Contro la logica di spersonalizzazione della medicina porto nelle scuole la testimonianza di Alberto D.”

# La medicina nella società della longevità: il canone geriatrico



A cura di **Renzo Rozzini**

Fondazione Poliambulanza - Istituto Ospedaliero

Come sono cambiati i pazienti anziani negli ultimi quarant'anni e come si è modificata la loro aspirazione alla salute? Correlativamente, quali mutamenti si sono verificati nel modo di considerare i problemi della vecchiaia da parte di medici e sanità e quale dovrebbe o potrebbe essere l'attitudine medica di domani?

Quarant'anni fa, quando ho iniziato ad occuparmi di vecchiaia, gli ottantenni rappresentavano una percentuale trascurabile della popolazione che si recava dal medico. Si trattava di persone che, nella maggior parte dei casi, avevano la licenza elementare (molti solo la terza o la quarta) erano sopravvissuti alla spagnola, alla prima e alla Seconda guerra mondiale, avevano vissuto buona parte della vita in case povere, senza riscaldamento, avevano conosciuto la fame e la mortalità infantile. Essi si consideravano pertanto sopravvissuti e pensavano che i loro acciacchi fossero l'ineludibile conseguenza del passare degli anni (la demenza si chiamava arteriosclerosi cerebrale!). Quarant'anni fa le richieste di salute erano dunque prevalentemente per bisogni primari e il linguaggio per esprimerle era spesso primitivo; il medico d'altro canto era autorevole e il suo approccio paternalistico.

Gli ottantenni di oggi, cioè le persone nate agli inizi degli anni '40, rappresentano una quota rilevante della utenza del medico ed addirittura sono il segmento di popolazione in maggior crescita. Queste persone, mediamente, hanno vissuto la maggior parte della vita in condizioni abitative e di lavoro adeguate, non hanno patito la fame, hanno avuto la possibilità di scolarizzarsi, hanno goduto di una sufficiente protezione sociale, dopo la pensione e prima di arrivare alla vecchiaia hanno potuto disporre di molto tempo libero. Anche il loro rapporto con i sistemi sanitari e la salute è cambiato: questi ottantenni da un lato hanno usufruito di un sistema sanitario efficiente e universalistico e per altro verso, adottano, in gran parte, comportamenti salutari (ad esempio alimentazione equilibrata, attività fisica, cautela nel consumo di fumo e alcool), si sottopongono a visite e accertamenti di prevenzione, hanno facilità nell'accesso alle informazioni sanitarie e conseguentemente si informano in autonomia sulla propria salute, formulano richieste specifiche ed esigenti alle strutture di cura. Di conseguenza le patologie sono quasi esclusivamente croniche e i soggetti sono candidabili a interventi anche di chirurgia maggiore.



Qualcuno è arrivato alla vecchiaia in condizioni di grave disabilità fisica e mentale, ma la maggior parte vi è giunto in salute.

In definitiva, la popolazione longeva è aumentata così come l'eterogeneità della salute (vecchiaia a più stadi) mentre le richieste di cura si sono ampliate e diversificate.

### Società longeva e cultura medico-sanitaria

I cambiamenti epidemiologici sopra descritti sono occorsi senza che sia contemporaneamente maturata una cultura clinica in grado di comprendere il significato di questo processo, di leggere e formalizzare i bisogni delle persone longeve e di dare risposte soddisfacenti: sono aumentate cioè le possibilità di processi diagnostici e terapeutici per le patologie d'organo, specie di quelli chirurgici (grazie alla chirurgia mininvasiva), ma nello stesso tempo non si è proceduto a chiarire gli obiettivi della cura, in termini di salute globale e di senso. Quando il paziente (ottantenne) può giovare di un trattamento, di una procedura, di un intervento, in che modo ne può beneficiare? Come lo si definisce in termini clinici? Quale valore dare ai parametri biologici, a quelli psichici, a quelli sociali e relazionali, all'autonomia e alla autodeterminazione?

Si assiste a una dissincronia tra l'offerta, fatta di processi "semplici", seppur ipertecnologici, che riguardano la patologia d'organo e la domanda complessa di presa in carico: ciò rende ragione dell'insoddisfazione del cittadino rispetto alle cure erogate e del diffuso percepito di inefficienza dei servizi.

Un esempio emblematico di quanto affermato, anche in relazione al relativo processo comunicativo, è stato il piano cronicità della Regione Lombardia varato qualche anno fa per rispondere al bisogno di salute dei pazienti cronici. Il progetto non è andato a buon fine: i cittadini (e i loro curanti) non hanno trovato nel programma le risposte attese. E se molti sono i fattori che possono rendere ragione del fallimento, certamente ad esso non è estranea la

circostanza che il piano abbia confuso la gestione della patologia cronica con la presa in carico degli esiti della patologia stessa, ossia il paziente cronico.

È poi assai consistente la preoccupazione che anche altre risposte programmate per far fronte al problema della salute dei pazienti anziani non siano in grado di soddisfare i bisogni per i quali sono state pensate.

Ci si riferisce all'Ospedale di Comunità-ODC: nel gennaio 2020 l'Intesa, in sede di Conferenza Stato Regioni sull'Ospedale di Comunità, ha definito i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per autorizzarne l'esercizio. L'Ospedale di Comunità dovrebbe essere un "presidio sanitario di cure intermedie con tempi di degenza brevi, per pazienti che necessitano di un periodo di stabilizzazione clinica, monitoraggio e rimodulazione della terapia dopo la dimissione da reparti per acuti, e per quelli provenienti dal domicilio, che presentano una riacutizzazione di una patologia cronica e/o la necessità di un percorso clinico-diagnostico e terapeutico non gestibile in regime ambulatoriale o in assistenza domiciliare al fine di prevenire un ricovero ospedaliero inappropriato". A fronte della buona intenzione teorica del programma, che implicitamente riconosce la modificazione epidemiologica della domanda di salute con l'irrompere prepotente della cronicità e della complessità ad essa legata, si fatica a cogliere in esso un *background* definito, tale da evitare possibili fraintendimenti e a sbavature interpretative.

Come si fa a definire il paziente candidato al ricovero in questo *setting*? A che cosa deve fare riferimento l'appropriatezza del ricovero: alla patologia indice? Alla fragilità? Alla disabilità? Alla vulnerabilità sociale? Alla copresenza di alcuni o di tutti questi fattori? E quale spazio è da riconoscere agli interventi di prevenzione e di riabilitazione? E ancora, quali sono i criteri e quali le parole da utilizzare per navigare in questa complessità? Perché un paziente con uno scompenso cardiaco (patologia cronica) dovrebbe essere ricoverato in un Ospedale di Comunità piuttosto che in un Ospedale per acuti (dove? in cardiologia? In reparto

medico?)? Qual è il livello di intensità diagnostica richiesto? Quale quello assistenziale? Per quale obiettivo?

### Il canone geriatrico: il linguaggio come premessa indispensabile alla medicina della complessità

La risposta ai problemi della cronicità e dell'invecchiamento della popolazione che fa riferimento ai sistemi di cura richiede innanzitutto l'adozione di un canone di riferimento, di un linguaggio condiviso.

Quando si parla della salute degli anziani si devono usare termini precisi, riproducibili e confrontabili come lo sono i termini scientifici, allineando l'accuratezza della descrizione della persona anziana ammalata con quella delle sue malattie e del contesto relazionale e sociale in cui vive il paziente.

Se da un lato la medicina nella descrizione delle singole malattie impiega termini sempre più precisi. Si veda, ad esempio, la definizione dei tumori e la loro stadiazione, con gradi di caratterizzazione sofisticatissimi e tali da permettere una personalizzazione delle cure: per Ca mammella "pT2 (is, [3cm]) pN1a (1inf.pos/5 esam) pM0 G3; margini resezione chirurgica neg; Stadio IIB ER 56% PR 19% MIB 1 70% c-Erb2 ++- ; DDISH amplificata)", nella descrizione della "cronicità" e dei "pazienti cronici" il livello di approssimazione è spesso sconcertante (*grande anziano, grande vecchio, paziente old old, vecchio fit, paziente senile, cronico plurimorbido, over85enne vulnerabile, non resiliente, di età biologica inferiore a quella anagrafica, ecc.*).

Com'è possibile che i diversi protagonisti della cura si comprendano e si facciano comprendere se i termini impiegati sono imprecisi e danno spazio a fraintendimenti? Come sarà possibile capire i bisogni della popolazione se non sappiamo descriverla? Com'è possibile definire l'intensità diagnostica e quella terapeutica, il *setting* di cura più appropriato senza avere un lessico standardizzato, scevro da possibilità di mal interpretazioni, che li descriva?

La geriatria e la gerontologia hanno maturato negli ultimi quarant'anni il linguaggio che permette di definire in

modo inequivocabile le condizioni di salute proprie delle persone che invecchiano: si potrebbe parlare di "canone geriatrico", cioè la lista dei fondamenti (paradigmi, principi, lessico standard di riferimento) del sapere geriatrico, il patrimonio da cui traggono ispirazione e al quale devono attenersi le azioni per la cura dell'anziano, i lavori scientifici per lo studio della sua salute, i sistemi socio sanitari per l'organizzazione dei servizi.

Il "canone geriatrico", semplificando le complessità, utilizza termini del suo proprio sapere attribuendo loro un significato clinico preciso, tale da poter essere inequivocabilmente impiegato da tutte le discipline che si occupano di pazienti anziani e diventare patrimonio del linguaggio ordinario. L'organizzazione della cura e dell'assistenza dei pazienti con patologia cronica e degli anziani deve innanzitutto partire dal lessico. "Chi parla male, pensa male" dice Nanni Moretti nel film "Palombella Rossa" (e agisce male).

### Il lessico della geriatria

Di seguito si riportano i termini più rilevanti e frequenti del linguaggio della geriatria (il lessico della geriatria) che si ritiene possano essere agevolmente condivisi dalle discipline medico-chirurgiche che si occupano di pazienti anziani.

### I processi di invecchiamento

Come conseguenza del processo di invecchiamento (modificazioni della composizione corporea, minore capacità di utilizzare l'energia prodotta, fenomeni di neurodegenerazione centrale, modificazione della "rete" ormonale) l'organismo va incontro a una maggiore suscettibilità alle malattie, una ridotta risposta allo stress (compresa la limitata capacità di guarire o di riprendersi dopo malattia acuta), una ridotta risposta al trattamento, un alto rischio di disabilità e di perdita di autonomia. L'invecchiamento, rende la persona più fragile, cioè la predispone alla "rottura". Oggi si ha l'abitudine di definire un paziente anziano con perifrasi o circonlocuzioni nel tentativo narrativo di caratterizzarne le

qualità, o di scotomizzarne le *défaillance*. Paradossalmente il modo operativo più efficace per definire l'invecchiamento di una persona, qualora si segua il canone geriatrico che impone altre specificazioni, rimane quello di riferirne l'età (un 87enne, un 90enne, un 77enne).

### **Patologia indice**

La malattia indice è la patologia di interesse primario dell'atto clinico: può essere somatica (ad es. scompenso cardiaco) o psichica (ad es. disturbo d'ansia), può essere acuta (ad es. infarto del miocardio, polmonite batterica, disturbo depressivo maggiore) o cronica (ad es. scompenso cardiaco, diabete mellito tipo 2, distimia). L'identificazione della malattia indice è influenzata dal punto di vista dell'operatore sanitario che si trova a gestire tale patologia.

### **Comorbidità concordanti e co-occorrenti**

Il termine si riferisce alla presenza di ogni altra patologia (preesistente o coesistente, comparsa in tempi diversi o contemporaneamente) rispetto alla malattia "indice", ovvero alla malattia che determina un peggioramento dello stato di salute in un individuo e/o all'evento acuto o la malattia che ne condiziona maggiormente la prognosi.

Le comorbidità (patologie aggiuntive) possono essere concordanti (quando condividono gli stessi fattori di rischio: se la patologia indice è l'infarto del miocardio, condizioni morbose concordanti possono essere l'ipertensione arteriosa e le dislipidemie) oppure co-occorrenti ma non concordanti (se la patologia indice è un'aritmia cardiaca patologie co-occorrenti ma non concordanti, possono essere una neoplasia mammaria o la malattia diverticolare del colon). Le comorbidità oltre ad avere un peso variabile e indipendente sulla sopravvivenza (ad es. BPCO, neoplasia renale) possono avere un peso variabile sulla disabilità (ad es. poliartriosi, malattia di Parkinson). Infine, esistono condizioni aggiuntive non classificabili tra le condizioni precedentemente elencate che possono ugualmente condizionare lo

stato di salute del paziente e che per questo devono essere tenute in considerazione nell'atto clinico, ad esempio jatrogenesesi, ex tabagismo, pregresso intervento chirurgico. La patologia indice messa in relazione alla eventuale co-presenza di altre patologie e della loro gravità permette di definire con minore incertezza le possibilità terapeutiche, l'impatto sulla disabilità e la prognosi del paziente.

La definizione della patologia indice e delle comorbidità è un processo che ha particolare valore in ospedale luogo dove il paziente anziano si reca per la rottura di un equilibrio, non gestibile al domicilio, la cui causa è, e dovrebbe essere, sempre una condizione patologica acuta.

### **Multimorbilità**

Il termine multimorbilità descrive l'intercorrenza o co-presenza di due o più malattie o condizioni mediche croniche nello stesso individuo senza attribuire ad alcuna di esse un ruolo causale o un'importanza clinica prioritaria. La multimorbilità è la tipica condizione di un paziente clinicamente stabile rilevata in corso di una visita di controllo in un ambulatorio di medicina generale. In una condizione di multimorbilità le patologie croniche che possono essere:

- a) somatiche (es.: scompenso cardiaco) o psichiche (es.: depressione);
- b) concordanti (le patologie condividono gli stessi fattori di rischio: es.: scompenso cardiaco e FA; depressione e ansia);
- c) co-occorrenti e non concordanti (es.: scompenso cardiaco e ca prostata o demenza; depressione e psicosi o BPCO);
- d) più o meno gravi (es.: scompenso cardiaco NYHA II o IV; BPCO Gold II o IV);

Analogamente alle comorbidità, le malattie che caratterizzano un quadro di multimorbilità possono avere:

- a) un impatto prevalente sulla sopravvivenza (es.: scompenso cardiaco, BPCO); oppure sulla disabilità (es.: poliartriosi, neuropatia periferica, demenza);
- b) un'evoluzione breve (es.: ca polmone) o lunga (es.: distimia, demenza);
- c) un impatto variabile sull'utilizzo dei servizi sanitari (es.: BPCO, poliartriosi).

La multimorbilità di un paziente anziano è fatta prevalentemente di patologie croniche la cui evoluzione porta a fragilità, disabilità, e decremento della qualità della vita.

### Fragilità

È condizione di elevata vulnerabilità ovvero di ridotta efficienza omeostatica dopo un evento stressante e conseguenza del declino cumulativo nel corso della vita in molti sistemi fisiologici legato alle patologie singole o più frequentemente alla multimorbilità, al loro trattamento, agli stili di vita, all'invecchiamento. La fragilità è la predisposizione alla rottura, al danno, è la vulnerabilità latente, la possibile perdita di capacità adattative, la minor capacità di rispondere agli stress con quindi difficoltà a ritornare alla condizione precedente. La fragilità viene spesso identificata da parole che esprimono una condizione simile come "vulnerabilità" o, come è accaduto più recentemente, come condizione da contrapporre a "robustezza".

Fragilità non significa disabilità, ma il concetto di fragilità è generalmente legato a quello di funzione, perché il rischio di perdita di quest'ultima è correlato - sebbene in modo non sempre lineare - con i meccanismi di malattia che determinano la fragilità.

Vi sono due concetti di fragilità che differiscono sostanzialmente l'uno dall'altro: 1) il "fenotipo fragile", che include riduzione della forza muscolare,

affaticamento, riduzione della velocità del cammino, perdita di peso (ridotta massa magra) e ridotta attività fisica e 2) il numero di "deficit accumulati" nel tempo all'interno di una lista molto ampia (malattie, deficit fisici e cognitivi, fattori di rischio psicosociali, sindromi geriatriche). I due approcci alla fragilità forniscono differenti informazioni prognostiche: il "fenotipo fragile" dà informazioni sul rischio di sviluppare disabilità in futuro, mentre l'accumulo dei deficit contribuisce di per se stessa alla diagnosi di fragilità.

### Disabilità

La disabilità è la condizione personale di chi, in seguito ad una o più menomazioni, ha una ridotta capacità d'interazione con l'ambiente sociale rispetto a ciò che è considerata la norma; pertanto, è meno autonomo nello svolgere le attività quotidiane e spesso in condizioni di svantaggio nel partecipare alla vita sociale. La disabilità nell'anziano è la conseguenza principale, la via finale comune, delle malattie croniche e della loro combinazione. La disabilità nell'anziano è spesso la conseguenza principale, la via finale comune, delle malattie croniche e della loro combinazione. La disabilità ha un ampio spettro di manifestazioni: può insorgere sia acutamente (disabilità catastrofica) come conseguenza di una patologia che ha un impatto rilevante sull'apparato locomotore (ad esempio uno stroke o una frattura di femore) oppure quando il substrato clinico è molto fragile (ad esempio la polmonite in un paziente malnutrito e con grave comorbilità) oppure può manifestarsi progressivamente iniziando in modo subclinico (caratterizzato dallo sviluppo di limitazioni funzionali minime, ancora non tali da interferire in modo rilevante con la funzione): è il caso delle condizioni non fatali quali la demenza, la situazione subclinica indica un elevato rischio di successiva disabilità clinicamente manifesta. La valutazione funzionale (della disabilità) è l'aspetto principale dell'assessment geriatrico: indaga la capacità di compiere attività,

### Il lessico della geriatria



dalle più semplici alle più complesse, e di conservare un ruolo sociale. In rapporto alla complessità ed alla difficoltà le attività della vita quotidiana possono essere definite “di base”, “strumentali” oppure “avanzate” (BADL, IADL e AADL rispettivamente).

La capacità di svolgere le specifiche attività si valuta chiedendo al soggetto se è in grado di compierle in modo autonomo o se ha bisogno di assistenza parziale o totale. Questa caratteristica, la soggettività, costituisce la loro principale limitazione. Una possibile alternativa al suo superamento è data dai test di misura oggettiva o di “performance” che consistono nel chiedere al paziente di eseguire un compito preciso rilevando, secondo criteri prestabiliti, parametri specifici (ad esempio come il soggetto riesce a compiere un’azione e/o in quanto tempo). Le prove di valutazione funzionale oggettiva, soprattutto se quantitative (ad esempio il tempo impiegato a portare a termine un compito o punteggi di scale) sono indicate nella rilevazione di piccoli cambiamenti, ideali nella valutazione clinica dei pazienti chirurgici. La funzione di un paziente viene raramente riportato in una cartella clinica attribuendogli un valore prevalentemente assistenziale piuttosto che medico (è più facile trovare una descrizione della disabilità in una cartella infermieristica che in una medica). Eppure, la disabilità è uno straordinario indicatore clinico (una volta instauratasi diventa un fattore prognostico indipendente). Il modo più semplice per valutare la disabilità di un paziente è... chiederglielo, oppure chiederlo a un familiare (è capace di alzarsi dal letto da solo?).

### Burden di morbilità

Di definisce “burden di morbilità” l’impatto complessivo della multimorbilità che tiene in conto dell’età, degli effetti dell’invecchiamento, del numero e della gravità delle singole malattie, della loro durata, della fragilità e/o della disabilità che ne consegue.

### Vulnerabilità sociale

La complessità comporta, infine, il riconoscimento dei fattori extra-clinici (ad esempio il sesso, oppure la rete e il supporto sociale), cioè delle condizioni non mediche ugualmente in grado di condizionare la salute del paziente e la sua traiettoria: fattori di rischio extraclinici in grado di determinare una vulnerabilità sociale sono il basso livello di istruzione, la carente disponibilità economica, la struttura familiare povera, le condizioni abitative disagiate. I pazienti che non dispongono di una rete sociale significativa possono non avere informazioni o *feedback* necessari, mentre le persone che hanno un adeguato supporto sociale possono essere in grado di far fronte alle modificazioni implicite nel loro invecchiare e alle crisi connesse (mediche e sociali). Le modificazioni delle condizioni, sindromi, sistemi, descritti coesistono, si sviluppano in parallelo e interferiscono tra loro attraverso loop di “feed-back” e “feed-forward”: il fenotipo dell’invecchiamento (le caratteristiche del paziente) è la risultante delle loro interazioni.

### Conclusioni

Di fronte a un paziente anziano con problemi di salute, acuti o cronici, ognuna delle variabili elencate deve essere riconosciuta e quantificata. Di ogni paziente, in vista di una prognosi relativa sia alla sopravvivenza sia alla funzione, si rende necessario conoscere l’età, qual è la patologia principale (patologia indice) e la gravità di questa, le comorbilità (quelle concordanti, che con la patologia indice condividono i fattori di rischio, e quelle semplicemente concomitanti nonché il loro peso prognostico “quoad vitam e quoad valetudinem”), la fragilità (quanto si è rotto l’equilibrio-salute dopo l’evento acuto che ha portato il paziente dal medico ovvero di quale entità dovrà essere la condizione clinica che potrà romperlo), la disabilità, il burden di morbilità (la somma della gravità delle condizione appena descritte) e, infine, il grado di vulnerabilità sociale.

Come le spie di un cruscotto dell'automobile si accendono al rilevamento di un guasto nei meccanismi critici del motore di un autoveicolo, analogamente le spie di indicatori di criticità dovranno accendersi all'individuazione di un malfunzionamento delle determinanti della salute del paziente anziano.

La possibilità di avere, in condizioni di incertezza, elementi che facilitano decisioni appropriate determina la qualità delle cure (intensità biomedica e assistenziale) e i luoghi dove queste possono essere erogate al meglio. Ciò non toglie che, comunque, nell'atto di cura vi siano elementi decisivi legati alle caratteristiche del medico (competenza clinica, capacità di dialogare con gli altri esperti, capacità di lavorare in squadra). Ugualmente se si vuole superare il livello di colpevole superficialità con la quale sin qui il paziente anziano è stato approcciato, se vogliamo che la sua patologia venga contestualizzata, oggi non possiamo più nasconderci inermi dietro al termine "complessità". La complessità è la caratteristica della salute dell'anziano, ma gli strumenti per poterla affrontare con serietà possono essere a nostra disposizione. ●



#### Lettere consigliate sul tema

Ferrucci L., Studenski S. *Clinical problems of aging*, in Harrison's Principles of Internal Medicine 19th ed (2015).

Kane RA, Kane RL., *Assessing the elderly: A practical guide to measurement*, Lexington, 1981.

Rozzini R., *The geriatric lexicon. G Ital Cardiol* (Rome) 2019; 20:204-209.

Rozzini R., *The geriatric canon*, Monaldi Arch Chest Dis. 2019; 5: 89-93.

Rozzini R., Bianchetti A., Trabucchi M., *Medicina della fragilità: manuale di lavoro. Vita e Pensiero*, Milano, 2014.

## Cibo e demenza

A cura di **Renzo Rozzini**

“La mamma è morta ieri mattina presto, si è addormentata nel suo letto. Io, Roby e la sua fidanzata con l'aiuto di una badante siamo riusciti a curarla a casa. Da più di tre anni non camminava. Ultimamente era diventata uno scricciolo e accudirla non era certo un problema fisico. Non ha mai avuto una piaga. Ieri e oggi sono venute a farle visita moltissime persone del paese, parenti, amici miei e di Roby. Ognuno, a suo modo, ha voluto ricordare un pezzo di questi lunghi anni di malattia. Molti hanno ricordato anche le diverse badanti che si sono avvicendate. Mentre ascoltavo e guardavo il corpicino di mia madre ho pensato al cambio repentino di dieta che ha dovuto sopportare per ogni badante. Maria di Bagnolo Mella veniva da mia madre nei primi tempi della malattia, mangiavano insieme e se ne andava alla sera. Cibo preferito: salame, pancetta, cotechino, patate e polenta. Poi è arrivata Liuda, moldava, la prima a fermarsi dalla mamma anche di notte. Alimenti principali: funghi, patate, barbabietole, cavoli, cipolle e aglio, talvolta salsiccia. Le ha dato il cambio Rose, filippina: “pappe” di pollo o maiale cotto con aglio, salsa di fegato e riso. Altre badanti, Valentina, Fatima, altri cibi. L'ultima è stata Nadia dal Marocco il cui piatto prediletto era il cous cous con manzo, agnello e pollo e poi spezie, spezie, spezie: cannella, cumino, zenzero, pepe nero, semi di anice e di sesamo, coriandolo, zafferano, menta e prezzemolo. Al sabato e alla domenica ho sempre cucinato io: pasta, bolliti, arrostiti vari”.

Penso ai cambiamenti alimentari che quel fisico minuscolo ha dovuto subire, agli articoli di giornale (futili? inutili?) sulle diete salubri per vivere in salute e ai suoi undici anni di malattia a corpi di Lewy.

[Immagino cosa sarebbe cambiato con un'alimentazione diversa...](#) ●

# Il linguaggio dei dottori da *Der Zauberberg*, di Thomas Mann

A cura di **Sebastiano Castellano**

All'inizio di agosto del 1907, il giovane Hans Castorp di Amburgo arriva a Davos nel cantone svizzero dei Grigioni. Partito tre giorni prima dalla sua città, appena sopra il livello del mare, è salito in treno a milleottocento metri per visitare il cugino Joachim Ziemssen, da sei mesi al Sanatorio Internazionale Berghof. Pensa di fermarsi tre settimane.

È l'inizio di una lunga storia. Thomas Mann la racconta in *Der Zauberberg*, pubblicato nel 1924, variamente titolato nelle edizioni italiane.

Pur riconoscendo i limiti di una lettura frammentaria del complesso romanzo, ritengo interessante considerare alcune unità narrative con lo scopo di riflettere sul non meno complesso sistema delle cure. I dialoghi tra il giovane Hans e i medici del sanatorio, ad esempio, rimandano a caratteristiche e difficoltà anche oggi presenti nella interazione tra curanti e malati.

## Due incontri

La sera stessa dell'arrivo Hans ha un esempio del potere che si nasconde nelle parole.

Dopo la cena, Joachim lo presenta all'assistente del direttore. Il dottor Edhin Krokowski l'accoglie con un sorriso cortese: *Benvenuto tra noi*, dice dandogli la mano. Non è un benvenuto senza condizioni perché subito dopo chiede se sia venuto al sanatorio come paziente.

Hans risponde di essere in visita al cugino e di sentirsi, *grazie al cielo, perfettamente sano*. La risposta non piace al dottore. *Davvero? dice, allora lei è un'apparizione ben degna di studio*. È la prima volta, dice, che incontra un uomo perfettamente sano.

Hans aggiunge di non avere intenzione di profittare dei trattamenti fisici e psicologici offerti dal sanatorio. Il dottore non nasconde il rinnovato malcontento e mette precipitosamente fine al colloquio. Augura a entrambi la buona notte e ad Hans insinua, nella cortesia dell'augurio, il dubbio di un rischio: *Allora dorma bene, signor Castorp, in piena coscienza della sua salute immacolata! Dorma bene e arrivederci!*

Ha detto più di quanto Hans abbia capito. Stanco per il viaggio va a dormire, tranquillamente certo di essere una persona sana. Gli sfugge l'avvertimento nascosto: è meglio non fidarsi dell'esperienza personale riguardo al proprio star bene o al proprio star male. Krokowski ha voluto convincerlo che la salute non è l'ordinario nella vita degli uomini. La cosa strana non è la malattia, ma il prodigio della salute. Sentirsi bene è l'illusione di chi si accontenta dell'apparenza. Bisogna sempre pensare di essere almeno un po' ammalati e affidarsi a chi conosce le complicazioni di quell'oggetto misterioso che è il corpo umano e sa come dare il poco e provvisorio ordine possibile<sup>1</sup>. Il mattino seguente Hans Castorp incontra per caso il direttore del sanatorio. Il dottor Behrens, sbrigate rapidamente e con molta enfasi le convenzioni d'obbligo, porta l'improvvisato colloquio nell'ordine professionale e riduce le infinite prospettive che un incontro può aprire a una sola; quella in cui un agente incontra un paziente. Certo della propria competenza in fatto di segni si accontenta di uno sguardo per un'inferenza diagnostica che immediatamente rivela. All'uso del linguaggio settoriale aggiunge una prossimità sconveniente. Oltrepassa, non autorizzato, lo spazio che protegge l'intimità personale e si permette, come solo durante la visita medica è permesso, di toccare il viso dello sconosciuto. Abbassa una palpebra con il pollice e l'indice nella parodia di una visita. Gli è sufficiente per confermare il precedente azzardo diagnostico. Dice, come già aveva detto, che Hans è completamente anemico e ha bisogno di aumentare l'albumina. Certo di intervenire nel suo miglior interesse, gli prescrive regole di condotta per i giorni che passerà a Davos. Dovrà far conto di essere affetto da una forma leggera di *tuberculosis pulmonum* e comportarsi esattamente come ogni giorno da sei mesi si comporta il cugino ammalato.

---

<sup>1</sup> Sedici anni dopo, un anno prima della pubblicazione di *Der Zauberberg*, il dottor Knock avrebbe espresso lo stesso concetto davanti al pubblico della Comédie degli Champs-Élysées: *Les gens bien portants sont des malades qui s'ignorent*. J. Romain, *Knock, ou le Triomphe de la médecine*, Gallimard, Paris 1923, I,

Non attende risposta. Non pensa che le sue parole possano aver suscitato fantasie inquietanti. Non ci pensa e, non pensandoci, non ne sente la responsabilità. Si avventura in un lungo e immaginoso monologo che conclude con cenni di fisiologia delle alte quote. Soddisfatto dell'atto di comando con cui ha chiarito al nuovo arrivato le reciproche posizioni se ne va dondolando le braccia verso altri ospiti. Chiede a tutti se il sonno è stato buono, tutti rispondono affermativamente.

Ha cominciato anche questo giorno calcando la scena davanti ai malati. Pensa ne siano assicurati, e anche soddisfatti per la parte che hanno avuto nella quotidiana rappresentazione.

Entrambi i medici hanno colto un'ordinaria interazione sociale per imporre del tutto fuori contesto il ruolo dominante della loro professione. Krokowski si era tenuto sulle generali quando aveva espresso la sua diffidenza sulla convinzione di essere in buona salute e di non aver bisogno di cura. Behrens ha compiuto il passo successivo. Ha individuato la falla che rende la cura necessaria.

### Due linguaggi

Alla fine delle previste tre settimane al sanatorio, Hans Castorp, benché convinto di non avere che un fastidioso raffreddore, chiede al direttore di essere visitato in occasione del controllo mensile del cugino. Per un'incertezza dell'ultimo momento arrivano in lieve ritardo. Il dottor Behrens ne è visibilmente irritato. Invita Joachim a sbrigarsi e gli toglie di mano la scheda con le temperature giornaliera. La chiama *certificato di buona condotta*. Forse vuole aggirare la barriera del linguaggio tecnico. Di fatto dà esempio della leggerezza dannosa di cambiare nome alle cose. **Se non si chiamano le cose con il loro nome se ne nasconde la concretezza e si nega la responsabilità del proprio dire.** Le parole pronunciate dal medico risuonano nell'immaginazione dei malati. Riferirsi a un documento che riporta dati clinici come alla certificazione della buona condotta non è una spiritosaggine. Il malato subisce la malattia e la buona volontà non basta a prevalere sul suo evolvere. È una



beffa. Porta alla mente un'antica e mai del tutto dimenticata convinzione: la malattia è il mezzo con cui la divinità svela e insieme punisce il disordine morale degli uomini. Durante la visita Behrens è attento e scrupoloso, non ha fretta. Controllato il grafico conclude che non ci sono miglioramenti rispetto a quattro settimane prima. Joachim non è disintossicato, dice, non lo è affatto. Chiede di certe fitte a destra, dove aveva sentito l'ilo iperfonetico. Va meglio, dice Joachim e il dottore passa all'esame fisico. Percuote il torace cominciando dalle parti superiori, tornando qualche volta su punti già considerati. Finita la percussione ausculta le stesse aree su cui prima aveva picchiato, chiedendo di respirare con diversa intensità e di dare qualche colpo di tosse. Non chiede più, non spiega, dà brevi ordini. Le osservazioni che ricava sono rivolte all'assistente che le annota, con la diligenza *di un lavorante di sartoria*. Poche parole, quasi mute all'orecchio del malato, bastano ai due medici per intendersi con precisione. Parlano del malato. Non gli parlano. Al malato Behrens esprime infine le sue conclusioni. Comincia mettendo in luce i dati incoraggianti. Tutto considerato, non va male. La situazione è sotto controllo, nei limiti del possibile. Si può sperare che prima della prossima visita mensile qualche miglioramento possa esserci. Joachim chiede, rispettosamente, quanto ancora si prolungherà la sua degenza. Behrens si irrigidisce. Conferma che sarà necessario un mezzo annetto, tutto quanto. Il tono frettoloso, svagato, un po' sprezzante tradisce lo sforzo di credere alla calma apparente del malato per ignorare il vortice di pensieri che nasconde. Non ha altro da aggiungere, guarda per aria e chiama: *Avanti, chi ancora vuole venire*. Viene Hans, che è un caso nuovo, non un controllo. È necessario raccogliere dati che indirizzino le scelte più opportune. A parte questa differenza sia Joachim sia Hans sono, in quel luogo, corpi simili agli altri in attesa delle decisioni di chi sa e dispone. Behrens avvicina Hans afferrandolo per un braccio, senza incontrare il suo sguardo. Ripete in ordine i passi della visita precedente. Ancora si muove con

competenza e scrupolo. Dedicava a ogni manovra il tempo necessario, tornando sui punti più significativi. In questa seconda visita parla con il visitato, gli chiede se avverte la diversità dei suoni della percussione, espone le sue considerazioni. Completa l'esame con una breve anamnesi familiare e patologica remota. Infine, inquadra i segni che ha riscontrato in un ordine che permette di dare loro significato e pronuncia la diagnosi. Dice di non aver trovato se non quello che si aspettava di trovare. Aggiunge di averne avuto il sospetto fin dal primo incontro. Il suo acume interpretativo, mai in riposo, già l'aveva messo in allerta riguardo allo stato dei polmoni dell'ospite di passaggio. Un'impressione ma, alla luce della sua esperienza, non priva di consistenza. I riscontri obiettivi della visita, vagliati dal suo sapere di medico e associati ai perduranti valori della temperatura, fanno pensare con molta probabilità alla presenza di patologia. È meglio che Hans non lasci il sanatorio. La probabilità che tragga beneficio dal prolungamento del soggiorno è alta. Alta è anche la probabilità di incorrere in qualche peggioramento se torna subito alla vita ordinaria. Behrens si sente di affermare che in questo secondo caso Hans sarebbe costretto a rientrare dopo breve tempo. Prospetta la situazione con precisione e, insieme, con enfasi retorica e metafore fantasiose. La collezione di osservazioni è la premessa da cui trae la sua conclusione: *C'è, in alto a sinistra un'area dove sento un raschio. È già quasi un fruscio e sicuramente viene da una lesione recente. Non intendo adesso dire che si tratti di un focolaio, ma certo è una zona umida. Se lei torna laggiù in queste condizioni, per l'intero lobo polmonare sarà una rovina*. Si compiace della conferma delle sue previsioni ma non dà per scontato il risultato attuale. Forse non si tratta di un focolaio. Ma la linea tra salute e malattia non è tracciata con un segno netto e Behrens sceglie la prudenza. Prescrive qualche settimana di riposo a letto e, più avanti, un esame radiografico. La visita è finita. Con l'impazienza un po' irritata di chi vuol chiudere il discorso senza



intralci, va alla scrivania e scrive su un foglio, a testa bassa.  
 Con Hans, che inizia il percorso diagnostico, si è sforzato di essere esauriente e di spiegare quello che c'era da spiegare. Per consolidata abitudine ha attribuito alla comunicazione del programma terapeutico la natura di comando, senza preoccuparsi di convincere e senza considerare la possibilità di contraddittorio. Sicuro nella sua funzione di prescrittore non può pensare che sorgano obiezioni e considera la richiesta di visita implicito consenso alle conclusioni cliniche e alle indicazioni che dalla visita sono derivate. Neppure pensa a controllare se l'interlocutore abbia compreso né se sia consapevole di quel che c'era da comprendere. Se lo coglie un dubbio, riguarda l'ottimismo della prognosi. Nessun pensiero riguardo all'efficacia della comunicazione.  
 Con Joachim è stato più sbrigativo. Non ha colto la sua sofferenza per la prolungata esclusione dalla vita fuori dal sanatorio. Vago e sfuggente ha contrapposto all'incertezza di Joachim sul proprio futuro la superflua certezza che la degenza al sanatorio non è una carcerazione ed è preferibile al lavoro nelle miniere siberiane. Sempre così, il dottor Behrens. Conosce il suo mestiere e ha a cuore il bene del malato. C'è tuttavia qualcosa che stona nelle interazioni, di parola e di atteggiamento.

Parla con il malato senza ascoltare o, ascoltando, fraintende. Indulge a chiacchiere incoerenti. Chiama *certificato di buona condotta* la cartella delle temperature, come altre volte ha chiamato *sigaro di mercurio* il termometro. È il suo vocabolario. Sopra le righe, accenna senza dire. È la maschera che il professionista spontaneamente indossa per sottrarre l'uomo alla pena di chi ha di fronte. Forse è questa, in parte, la spiegazione della distanza che crea tra sé e il malato. Pensa di fare tutto quello che gli è richiesto: scoprire il male nascosto, provvedere a rimuoverlo. Ma il malato che per quel male soffre è davanti a lui solo in superficie una persona. È un oggetto di studio e un problema da risolvere. La sua storia emerge malamente, quasi in forma di pettegolezzo e, dopo tutto, non interessa. Sia il linguaggio tecnico, preciso e conciso, sia il linguaggio retorico, vago ed eccessivo, distolgono dal dialogo franco, rispettoso e costruttivo. Esprimono indifferenza per la vicenda umana che il curante è chiamato a condividere. Chiudono la bocca al malato, lo distraggono, non danno spazio alle sue parole. Impediscono quella relazione tra alleati che crea fiducia, dà senso a quel che accade, rafforza la resistenza alla malattia, ne rende possibile l'accettazione.

### La funzione operativa del linguaggio

Qualcosa è cominciato già dal primo incontro con il dottor Krokowski.  
 Prima di incontrare Krokowski, se qualcuno gliel'avesse chiesto, Hans Castorp avrebbe detto senza esitare di essere in buona salute. Lo pensa anche dopo. Il lieve malessere che sente è dovuto al lungo viaggio e al cambio di clima e di altitudine. Passerà. Una notte di sonno e passerà. La reazione del dottore però, entra segretamente nei pensieri. Quando, il mattino dopo Joachim gli rivolge parole rassicuranti: *Tu sei sano, puoi fare quello che ti pare*, Hans non reagisce con l'impulsiva sicurezza della sera precedente. Percepisce qualcosa di malato nella sua salute e risponde: *Sano, è vero, a parte l'anemia*. E a Settembrini dice di essere di passaggio. Resterà un paio di settimane a fare compagnia al cugino. A pensarci bene, però, ammette

di non essere, nemmeno lui, di robusta costituzione. Krokowski ha parlato in generale, Behrens è stato esplicito. Entrambi, ricorrendo inopportuno al loro sapere e al loro ruolo, hanno cercato di trasformare l'incontro con Hans in un rapporto di dipendenza. Hans si muoveva da osservatore, esterno alle dinamiche del sanatorio. I dottori hanno riconosciuto in lui un elemento fastidiosamente indefinito e potenziale fonte di disordine. Hanno inteso disciplinare la sua presenza e assegnargli un posto riconoscibile nella tassonomia che inquadra le presenze al sanatorio. Le loro parole non hanno solo trasmesso informazioni. Hanno stabilito l'ordine in cui è concesso muoversi nell'ospedale.

La trasformazione dell'identità si completa con la pronuncia del giudizio diagnostico, ancora incerto, ma di gran peso. **I termini che compongono l'enunciato di una diagnosi sono la sintesi di quel che il medico ha compreso e l'indicazione di quel che il paziente dovrà fare. Ma il breve tempo necessario per pronunciarli è sufficiente a riconfigurare l'identità di una persona, il suo modo di stare con sé stessa e con gli altri<sup>2</sup>.**

Non è ancora certo che Hans Castorp abbia una malattia, ma già il giovane Hans è un malato. Pensa al futuro con incertezza. Assume il giudizio medico come principio ordinatore della sua visione del mondo. È tenuto a curarsi e ha bisogno, per farlo, dell'aiuto di esperti. Può esonerarsi da un certo numero di obblighi e di responsabilità sociali. Chi lo incontra poserà su di lui uno sguardo diverso.

## Conclusione

La breve e preliminare analisi di pochi dialoghi tra medici e malati di un grande romanzo del Novecento illustra la gamma di implicazioni che portano le parole dei curanti oltre l'apparenza della loro esplicita funzione colloquiale o informativa. Ci si può chiedere perché riflettere sulle parole e sui comportamenti di medici e di malati vissuti, nella finzione letteraria, più di cento anni fa. In questi cent'anni le conoscenze e gli strumenti su cui si fonda la pratica medica sono cambiati, si sono potenziate le risposte che i medici sanno dare, sono cambiati i malati e le richieste che rivolgono ai medici.

Immutate restano le attese di ascolto dei malati e i meccanismi di risposta dei medici<sup>3</sup>.

**Troppo spesso i messaggi trasmessi con parole, gesti e posture cooperano ancora, ciascuno al suo livello, a rendere l'asimmetria epistemica e operativa della relazione tra curante e curato una forma di distanza e di potere. Utilissima a chi vuole mantenere il controllo della relazione, ma del tutto inadatta al coinvolgimento consapevole del malato nel processo di cura. ●**

2 Si dice *performativo* il linguaggio con cui il parlante compie un'azione con l'atto stesso del parlare. Ad esempio, quando un giudice dice *ti assolvo* il destinatario delle sue parole si trova veramente libero da ogni accusa. Allo stesso modo si compiono azioni con espressioni come *ti condanno*, *ti prometto*, *ti perdono*, *scommetto*, *apro la seduta*, etc.

J.L. Austin, *How to do Things with Words*, 1962, trad. it. di C. Villata, a cura di C. Penco e M. Sbisà, *Come fare cose con le parole*, Marietti, Genova 1977.

Per una disamina del concetto nel linguaggio giuridico, facilmente estendibile ad altri domini, si veda: G. Carofiglio, *La manomissione delle parole*, Rizzoli, Milano 2010, pp. 23-36.

3 2.2.2. *I concetti medici cambiano da cultura a cultura ma la componente psicosociale rimane la stessa.*

[...] *Qualunque paziente è ansioso di trovare una soluzione al proprio malessere e cerca sollievo; per fare questo interagisce con un medico e alla fine riceve una terapia. È una sequenza di eventi che caratterizza tutte le culture a prescindere dai concetti biomedici, dalle visioni filosofiche e dalla pratica medica.*

F. Benedetti, *The patient's brain*, (2011), trad. it. di A. Pollo, *Il cervello del paziente, Le neuroscienze nella relazione medico-paziente*, Giovanni Fioriti Editore, 2012 Roma, p. 46-47.

# Salute è anche libertà di scelta

## **Gianmario Fusardi**

Presidente Commissione Albo Odontoiatri (CAO)

✉ [gianmario.fusardi@ordinemedici.brescia.it](mailto:gianmario.fusardi@ordinemedici.brescia.it)

Un'occasione persa. È l'unica definizione che trovo pertinente per descrivere quanto verificatosi recentemente in occasione del percorso parlamentare del Disegno di Legge Concorrenza la cui discussione pendeva di fronte alla decima Commissione del Senato della Repubblica prima dello stralcio di tutti gli emendamenti che ne ha interrotto bruscamente l'incedere. Conteneva una serie di interventi di analogo tenore, ispirati dalla Federazione degli Ordini con l'appoggio delle principali associazioni di categoria, miranti ad ottenere il medesimo trattamento tra convenzioni dirette ed indirette nell'ambito del cosiddetto "secondo pilastro", la sanità intermediata dai terzi paganti (fondi di assistenza sanitaria, assicurazioni, casse di mutuo soccorso), molto in

voga nel cosiddetto *welfare* aziendale. Di cosa si tratta? Milioni di lavoratori e le loro famiglie - dietro versamento di un contributo mensile da parte dei datori di lavoro - vengono attratti verso un sistema che apparentemente si fa carico di alcune prestazioni sanitarie (specialmente di natura odontoiatrica) ma presenta due evidenti distorsioni: la prima è che nella grandissima parte dei casi il terzo pagante sostiene direttamente il costo della prestazione, imponendo alla struttura sanitaria convenzionata onorari orientati al ribasso secondo una inevitabile logica di "economia di scala"; la seconda - e peggiorativa della prima - è che il paziente può avvalersi soltanto della struttura "convenzionata". Il combinato disposto di queste condizioni è tale che la convenzione "diretta" priva il paziente della possibilità



di scegliere dove e con quale medico curarsi. Qualora quest'ultimo infatti desiderasse accedere ad una struttura non convenzionata (avvalendosi dell'assistenza del terzo pagante in forma indiretta) e quindi a odontoiatri e medici di suo gradimento, subirebbe delle forti restrizioni, che oscillano fra il non ricevere alcun rimborso e il riceverne uno estremamente inferiore rispetto a quello della prima

ipotesi. Eppure, ci troviamo proprio sulle fondamenta del diritto alla salute. Tanto è fondamentale che proprio la storica legge n. 833 del 1978 istitutiva del SSN già assicurava "ai cittadini (...) il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura" a concretizzare il disposto dell'art. 32 della Carta. Il nostro obiettivo come dirigenti è di ottenere la rimozione di ogni differente trattamento fra forme "dirette" ed "indirette" di rimborso.

**Il cittadino paziente dovrebbe acquistare e mantenere la prerogativa di scegliere da solo presso quale struttura e medico curarsi ricevendo poi un rimborso di importo predeterminato in relazione alla prestazione ricevuta, indipendentemente dall'onorario pattuito che rimarrebbe un aspetto contrattuale tra sanitario e utente.**

In questa prospettiva, che è radicalmente diversa dalla prima perché è il paziente che si relaziona con la struttura, la libertà di cura e di scelta verrebbero tutelate. Il Legislatore nel caso in parola tollera il mantenimento di un oligopolio che favorisce solo alcuni potentati economico-finanziari e comprime un diritto fondamentale dei cittadini. La discussione sugli emendamenti è stata bloccata dall'urgenza di proseguire il percorso parlamentare - essendo strettamente legato alle scadenze del PNRR - ma il dibattito è spostato alla Camera dei deputati dove le stesse tematiche si sono riproposte. Non deporremo le armi (della ragione) senza aver ottenuto dei risultati! ●

## Le novità dell'ENPAM

**Claudia Valentini**

*Vicepresidente Commissione Albo Odontoiatri (CAO)*

Sabato 30 aprile 2022 si è tenuta a Roma l'Assemblea Nazionale Enpam per l'approvazione del bilancio consuntivo dell'esercizio 2021 della Fondazione. Dai tanti dati ricavabili dalla presentazione del bilancio, approvato all'unanimità salvo due astenuti, si evince che l'utile di esercizio è di circa 1,14 miliardi di euro, risultato quasi triplo rispetto ai dati del bilancio di previsione, con un incremento del 4,3% del patrimonio netto che giunge così a superare i 25 miliardi di euro in valore assoluto. Il dato è ancor più significativo, oltre che non scontato, se si pensa che il 2021, così come il 2020, sono stati anni certamente non facili a causa della pandemia Covid-19, dell'instabilità dei mercati finanziari e dell'incremento del numero di iscritti che



hanno maturato il requisito anagrafico per accedere alla pensione. I saldi positivi della gestione finanziaria ed immobiliare hanno però potuto incrementare ulteriormente solide basi per permettere alla Fondazione di affrontare gli inevitabili stress che, per i motivi di cui sopra, interesseranno nei prossimi anni la gestione previdenziale.

Un altro dato emergente è quello di un Ente che sempre meglio negli ultimi anni ha saputo affiancare alla funzione previdenziale quella assistenziale, come è nelle sue prerogative, arrivando ad erogare nel 2021 più di 7 milioni di euro in aiuti Covid agli iscritti e più di 5 milioni di euro di indennità per inabilità temporanea e assoluta all'esercizio della professione per gli iscritti alla Quota B, ponendo anche una crescente attenzione alla tendenza alla femminilizzazione della professione. Tendenza che ha portato a maggiori interventi di sostegno alla genitorialità (bonus bebè e assegni che si aggiungono alle indennità di

maternità), "con un sempre maggior impegno a rivedere alcuni vincoli di sostenibilità che possono sembrare anacronistici in un momento congiunturale come quello che stiamo vivendo", come recentemente affermato dallo stesso presidente Oliveti. Altro aspetto caratterizzante delle novità dell'Ente è la ormai irreversibile transizione digitale, concretizzatasi anche nella **creazione del portale web "TECH2DOC" dedicato alla formazione e informazione su innovazione e tecnologia. Il portale è stato costruito sulle specifiche esigenze professionali del medico e dell'odontoiatra italiano per potenziarne le competenze manageriali, gestionali, comunicazionali e tecnologiche.** Il progetto ha ottenuto il premio "AIC Awards 2022" insignito dall'Associazione Italiana Ingegneri Clinici. A fronte di questi risultati giova anche ricordare il continuo impegno della Presidenza dell'Ente per combattere il rischio di una deriva pubblicistica, obiettivo comune a tutte le altre Casse di Previdenza private riunite in AdePP. ●



# Dottor Genesio Balestrieri

Il dottor Genesio Balestrieri, per me, è stato il maestro. Da lui ho imparato la maggior parte di quello che so di Immunologia Clinica e di Reumatologia ma, soprattutto, ho imparato ad essere medico nell'accezione più completa che questo comporta. Le giornate in ospedale erano molto lunghe con il dottor Balestrieri, iniziavano al mattino presto e, la sera, spesso finivano con cene conviviali in cui si faceva "gruppo" e si continuava a discutere di "lavoro". Con il dr. Balestrieri era così e noi giovani neolaureati abbiamo avuto la fortuna di poterci formare in questo modo. Ricordare il dr. Balestrieri e raccontare quegli anni, per me meravigliosi, è una tentazione forte, ma è lui che dobbiamo ricordare.

La formazione al Liceo Classico a Brescia, gli studi di Medicina a Milano, gli anni in Clinica Medica e poi il ritorno a Brescia nel 1974 dove, negli anni seguenti, dà avvio "all'avventura" del Servizio di Immunologia Clinica di cui è stato senza dubbio l'artefice ma che non volle mai, formalmente, dirigere. La cosa più difficile è sintetizzare quale sia stata la cifra caratterizzante del dr. Genesio Balestrieri in quanto Medico, Uomo, Scienziato.

Il suo tratto distintivo come Medico è stato l'amore generato nei "suoi" pazienti. I suoi malati erano coloro che necessitavano del grado maggiore di attenzione. I pazienti con la malattia più severa e complessa, ma anche quelli socialmente, affettivamente o umanamente meno fortunati: non erano selezionati, erano naturalmente attratti verso di lui e viceversa. Erano questi che il Medico Genesio sceglieva e, tacitamente, stipulava con loro il patto secondo il quale li avrebbe seguiti incondizionatamente attraverso tutte le fasi della malattia. A mia memoria non ha mai tradito il patto. Li seguiva costantemente,

ponendosi e ponendo infinite domande, in un continuo confronto con i colleghi, anziani e giovani. Lo faceva cercando, senza risparmiarsi, le soluzioni migliori per ogni singolo paziente, si trattasse di cure, gestione ospedaliera o consulti specialistici. Per ottenere questi risultati aveva creato una rete assistenziale vasta, solidale e collaborativa, su cui poteva contare per offrire ai pazienti più complessi e con le malattie più gravi le cure migliori, più avanzate e competenti possibili. Il concetto di rete assistenziale si diffonderà, in campo immunologico e reumatologico, in anni più recenti con la creazione delle "Lupus Clinic", delle "Scleroderma Unit", degli ambulatori condivisi da diversi specialisti per l'artrite reumatoide e le Spondiloartriti, le vasculiti e per le malattie con espressione clinica più eterogena. Il dottor Balestrieri, anni prima, senza darne un nome, ne è stato architetto e tessitore.

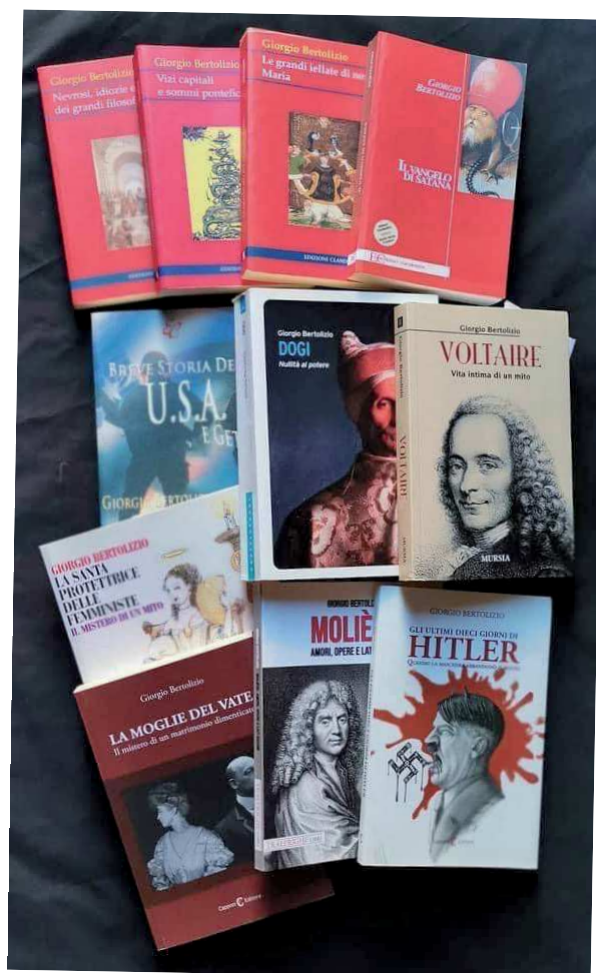
Genesio Balestrieri non è stato solo il Medico affidabile e amico per il paziente. È stato anche uno scienziato di rilievo internazionale. Soprattutto in questa veste la sua cifra è stata la condivisione, a partire dal rigoroso ragionamento scientifico che amava compartire con il più ampio gruppo di collaboratori attraverso il suo entusiasmo e le sue grandi doti. Se dovessimo giudicare la sua produzione scientifica con i criteri odierni potremmo collocarla sui gradini più elevati delle mediane bibliometriche, nonostante le sue ultime pubblicazioni risalgano al momento del pensionamento nel 2007. I lavori che ha contribuito a pubblicare testimoniano solo in parte la quantità e la qualità della sua produzione scientifica. "Big brain" era il nomignolo con cui, con affetto, lo indicava qualcuno dei suoi più frequenti e fedeli collaboratori che con lui discutevano idee, ipotesi e progetti da realizzare. Gli studi sugli immunocomplessi e sulla cross-reattività degli anticorpi anti-fosfolipidi sono pietre miliari nel campo dell'autoimmunità. Il dr. Balestrieri è stato un uomo estremamente serio e rigoroso sul lavoro, ma sapeva dispensare buon umore. Piacevole e spiritoso, grande conversatore e aveva per tutte le situazioni un ricordo o un aneddoto da raccontare, spesso umoristico. Amava stare in compagnia, ne sono testimonianza le cene

che spesso improvvisava a fine giornata con tutto il gruppo dei giovani collaboratori per continuare a discutere di lavoro (e non solo) in un ambiente amichevole e conviviale. È stato stimato e amato da pazienti e colleghi. Un uomo generoso e disinteressato, sono molti gli aneddoti che si potrebbero ricordare a questo proposito ma, sono certo, non ne avrebbe piacere.

Vorrei concludere questo ricordo con le parole del professor Nigel Harris, pioniere dello studio degli anticorpi anti-fosfolipidi, ricercatore e amico del dottor Balestrieri: "Genesio was the ultimate gentleman, an exceptional mind, serious and very focused on the work at hand. None of us can live forever. At some moment each of us must pass on. But what remains is the value one's life has brought to the world in which one has lived - not only in material contributions, but in whom we have been as human beings. Genesio's warmth, good humour, inspirational leadership to generations of young people, commitment to family and to the communities he served are legacies that will surely outlive his presence among us." (Genesio è stato un autentico gentleman, una mente eccezionale, serio e molto concentrato sul lavoro. Nessuno può vivere per sempre. Ad un certo momento ciascuno di noi viene a mancare. Ma ciò che rimane è il valore che la nostra vita ha portato nel mondo in cui siamo vissuti - non solo in termini di contributi materiali, ma per ciò che siamo stati come esseri umani. Il calore umano di Genesio, il senso dello humour, il ruolo di guida stimolante per generazioni di giovani, la dedizione alla famiglia e alla comunità che ha servito sono eredità che di certo manterranno viva la sua presenza fra noi).

*Franco Franceschini*

## Dottor Giorgio Bertolizio



Ricordando la grande personalità  
e la profonda cultura di Giorgio Bertolizio.

*La moglie e i figli*



# Dottor Antonio Losio

Scrivere di Antonio mi coinvolge emotivamente perché con lui c'è stato un percorso professionale comune che nasce negli anni '80 del secolo scorso. Stesso impegno sindacale nello Snami e impegno culturale con la Snamid nonché tutor di Medicina Generale.

Particolare, poi, il medesimo percorso formativo e didattico nel mondo dell'agopuntura. Membro fondatore nel 1990 dell'UMAB, con cui abbiamo organizzato una miriade di Congressi Nazionali a Brescia e, inoltre, abbiamo gestito assieme per 24 anni un percorso formativo triennale per medici nel campo dell'agopuntura.

Conosciuto a livello nazionale per il suo impegno nell'ambito della SIRAA (Società It. Riflessoterapia, Auricoloterapia e Agopuntura) di cui ha fatto parte del board esecutivo.

È stato per numerosi anni coordinatore del corso in Neuromodulazione Auricolare a Brescia con il coinvolgimento di un esperto internazionale quale il dott. Giancarlo Bazzoni.

Iscritto all'Ordine dei Giornalisti di Milano in qualità di direttore responsabile del "Quaderno Bresciano di Agopuntura" nonché responsabile del sito web [www.umab.it](http://www.umab.it), ricco di suoi interventi e di sue riflessioni sui vari aspetti dell'agopuntura e dell'auricoloterapia.

Si laurea in Medicina e Chirurgia a Milano nel 1983. Si qualifica subito nel campo della agopuntura frequentando il corso triennale di Ulderico Lanza a Torino (1985-88), successivamente il corso triennale di Riflessoterapia e agopuntura presso l'Airas di Francesco Ceccherelli a Padova (1989-92) e un corso di perfezionamento in Agopuntura presso la Università di Pavia. È stato membro della Commissione MNC dell'Ordine dei

Medici di Brescia. Fino all'ultimo, anche nel letto dell'ospedale, si è portato appresso una nuovissima monografia in inglese sul tema dell'agopuntura, espressione di una passione infinita verso una disciplina medica che lo ha sempre appassionato.

Caro Antonio, ci hai lasciato una bella testimonianza di coerenza e di impegno nel mondo medico bresciano. Di questo te ne sono grati tutti i colleghi dell'UMAB, docenti e discenti e molti MMG.

Come insegna Appio Claudio il cieco:  
*Fabrum esse suae quaemquae fortunae*  
e tu, Antonio, hai dato corpo a questo insegnamento realizzandoti e permettendo a molti medici di formarsi nell'Arte Medica come previsto dal nostro Codice Deontologico.

Un pensiero particolare alla moglie dott.ssa Vanna Stagnati e ai figli Stefano e Francesco, orgogliosi di tale padre.

*Dr. Sergio Perini*  
Presidente UMAB

# Dottor Armando Lumini

Armando si laurea in Medicina e Chirurgia a Pavia nel 1959 e si specializza a Pavia nel 1963. Dopo 12 anni da ospedaliero, sceglie di dedicarsi alla Medicina Generale.

Poter condividere un grande dolore aiuta molto. Come ricordare una persona, tanto cara, se non attraverso l'affetto, la stima, il rimpianto sia per la persona che per il professionista.

In questi dolorosi giorni, ci è di conforto la grande partecipazione di colleghi, di persone da lui curate, di amici, di parenti, di conoscenti.

Un giornalista ha scritto: "Il dottor Lumini era una persona speciale, un professionista competente e sempre disponibile, che ha aiutato intere generazioni. A piangerlo è l'intera comunità palazzolese, stretta nel dolore alla moglie e alla figlia".

Una collega ha detto: "Armando era il medico. Noi crediamo che abbia realizzato, nella professione, il giuramento di Ippocrate, testimoniando la fede, l'amore e la carità".

Il nipote Luca lo ricorda così: "Profonda era la sua serietà: tempo e spazio da ignorare se qualcuno era nel bisogno.

Diagnosi sempre attente, precise e ponderate con scrupolosità. Profonda era la sua eleganza: nel comportamento, simbolo di una interiorità onesta verso chiunque.

Profonda era la sua fede: consapevole che curare le persone non fosse, solo, togliere il dolore, bensì essere strumento di qualcosa di più grande. Profonda era la sua bontà e umiltà: non inseguiva i sentieri di ambienti elitari. Uomo del popolo per il popolo, la cui ricompensa erano i sorrisi di affetto, riconoscenza, stima e gratitudine degli ammalati".

Sentiamo, con tutto il dolore del nostro

cuore, che il dottor Armando, con la sua vita, ha disegnato un quadro meraviglioso che, se osservato con attenzione, può continuare a generare quel bene che regalò in vita, fungendo da esempio per chi percepisce, come lui, la professione medica nella sua estensione a vera e propria vocazione.

*La moglie Francesca  
e la figlia MariaStella*

# Dottoressa Gaia Panina

Una donna, un medico, una scienziata. Così Gaia amava definirsi, nelle numerose interviste rilasciate nel corso della sua lunga e brillante carriera professionale. Tutti noi lo sapevamo che lei aveva una marcia in più. Fin dai banchi del liceo scientifico Luzzago, alle aule della nostra Università di Brescia, e ai team group che ha guidato in tutto il mondo. Con i suoi splendidi occhi azzurri e una determinazione rara, si è sempre aperta ad ogni sfida umana e professionale, per farne una opportunità per la medicina, la salute, la ricerca, la scienza.

Dopo la laurea in medicina e chirurgia e la specializzazione in cardiologia a Brescia, muove i primi passi professionali alla Domus Salutis e a Villa Gemma. Il trasferimento a Roma le apre nuovi mondi, prima con l'IRCCS San Raffaele Pisana, poi con l'industria e la ricerca farmaceutica che la vedono sempre più protagonista sulla scena italiana ed internazionale. Bristol Myers Squibb prima, e poi Novartis che diventa la sua famiglia professionale, in cui ricoprirà numerose posizioni di responsabilità, interrompendo prematuramente la sua carriera nel ruolo di Chief Scientific Officer di Novartis Farma. Per Gaia la salute era anche un tema di bene e responsabilità sociale e nelle sue interviste parla di "Promuovere una cultura della scienza basata sulle competenze, ma allo stesso tempo diffusa ed accessibile. Una vera cultura della scienza si crea solo se si lavora insieme e si condividono obiettivi". Tra le numerose iniziative in cui è stata protagonista, ricordiamo che Gaia è stata tra le promotrici di un'iniziativa, presentata al G20, per la creazione di un'Alleanza globale per l'alfabetizzazione

scientifica sotto il cappello ONU, per consentire l'accesso al sapere scientifico e una cultura della scienza più democratica. I suoi campi di interesse e ricerca scientifica più recenti riguardavano la cardiologia, l'immunologia, e una grandissima attenzione in generale verso l'innovazione.

Fa dei social network il suo mezzo per diffondere i consigli per la salute ed il benessere: alzi la mano chi la seguiva su Facebook per leggere le sue "pillole di salute".

Ricordo le nostre discussioni intense e appassionate sui nostri mondi professionali, la cardiologia e la medicina riabilitativa, le tante fantasie e progetti che discutevamo per avviare attività mediche insieme, rivolte a promuovere la salute della donna e la medicina di genere. Intensa ed appassionata, mai banale, era sempre alla ricerca di stimoli per crescere e per nutrire il mondo intorno. Uno dei primi libri che mi regalò fu "Sei cappelli per pensare" di Edward de Bono, per spronare me, bresciana doc, a guardare oltre la siepe stimolando il pensiero laterale. L'attività di volontariato con i frati del Franciscanum, alla mensa del sabato sera con frate Francesco ha contribuito a riempire ulteriormente di Bene la sua vita e quella delle persone che l'hanno amata. La malattia ha fatto di lei, se possibile, una persona migliore. Ha vissuto i lunghi anni delle cure fiduciosa nella scienza, credente nella Fede e nel percorso spirituale da cui non si è mai sottratta. Ha ricevuto amore, tanto amore, da suo marito Giangiacomo, dalla sua famiglia e da tutti gli amici sparsi per il mondo.

Il 15 marzo 2022 Gaia ci ha lasciati in questa vita terrena. Ma non è andata via. È stata e continua ad essere un modello per tutti noi che l'abbiamo amata e che abbiamo vissuto con lei le gioie e i dolori di questa nostra strana, bellissima vita. Grazie Gaia.

*Silvia Galeri*

# Dottor Renzo Mastroeni

Ciao Renzo, ti scriviamo questa lettera che tu, materialmente, non potrai più leggere dopo che ci hai improvvisamente lasciato una mattina di giugno, ma, almeno così ci piace pensare, la sua eco ti raggiungerà ovunque tu sia. Abbiamo condiviso con te per più di vent'anni obiettivi, soddisfazioni grandi e piccole, preoccupazioni, lavorando fianco a fianco nel nostro reparto di ostetricia dove il parto naturale, il più possibile fisiologico, era il nostro scopo. E tu eri una delle colonne portanti, per tutti noi il grande "Mastro", sempre disponibile quando c'era un turno da coprire, un collega da aiutare: quante situazioni critiche hai risolto! "Prova a chiedere a Renzo", "sentiamo Renzo" e immancabilmente tu eri lì, pronto a dare una mano. Vogliamo ancora ricordare, ce lo concederai, anche se cominci a schermirti, ti conosciamo bene, accanto alla tua professionalità e serietà, la tua ironia. Memorabili le immancabili battute, o meglio freddure, dette con serietà e distacco come fossi un navigato attore, che regolarmente strappavano una risata e rasserenavano l'ambiente. Tanti altri sono i ricordi di questi anni che si affollano alla mente ma una lettera è troppo breve per raccoglierci tutti. Purtroppo il primo anno di pandemia ci ha separati con la chiusura del nostro bel reparto, noi dispersi in varie destinazioni, con te che hai scelto, con grande generosità, la tua generosità, di passare gli ultimi mesi prima della pensione a prestare la tua opera nel reparto Covid di Asola. Così non abbiamo potuto ritrovarci per festeggiarti in occasione di questo nuovo traguardo ripromettendoci di farlo "non appena possibile" ma ciò, purtroppo, non sarà più! Ecco, caro amico, grande "Mastro" con una profonda tristezza nel cuore tutti quanti ti abbracciamo, e che questo viaggio ti sia lieve.

*Le tue, i tuoi, colleghe/i di Asola*

**L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
della Provincia di Brescia**

*ricorda con rimpianto i Colleghi deceduti recentemente*

*Dott. Jamal Baalbaki  
Dott. Giorgio Baffelli  
Dott. Genesio Balestrieri  
Dott. Mario Bazzana  
Dott. Giorgio Bertolizio  
Dott. Gian Luca Bettini  
Dott. Giovanni Bordiga  
Dott. Bruno Caraffini  
Dott. Carlo Costa  
Dott. Pier Luigi Farina  
Dott.ssa Anna Fraioli  
Dott. Claudio Gipponi  
Dott. Giorgio Laffranchini*

*Dott. Carlo Lazzaroni*  
*Dott. Antonio Losio*  
*Dott. Armando Lumini*  
*Dott. Urbano Maccarini*  
*Dott. Renzo Mastroeni*  
*Dott. Walter Moretti*  
*Dott. Giovanni Ossoli*  
*Dott.ssa Gaia Simonetta Panina*  
*Dott. Alessio Papini*  
*Dott. Federico Pigozzi*  
*Dott. Alessandro Poldi*  
*Dott. Gaetano Riforgiato*  
*Dott. Alessandro Turra*  
*Dott. Bruno Zappia*

*ed esprime ai loro familiari le più sentite condoglianze.*



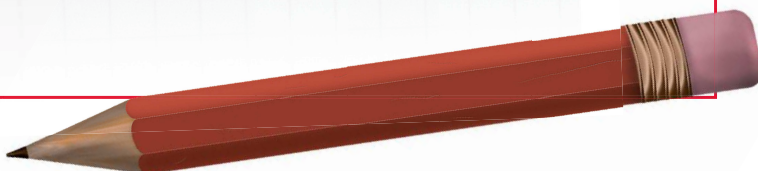
## Tempi difficili

Sono i tempi difficili quelli nei quali si riscoprono le radici di una vocazione.

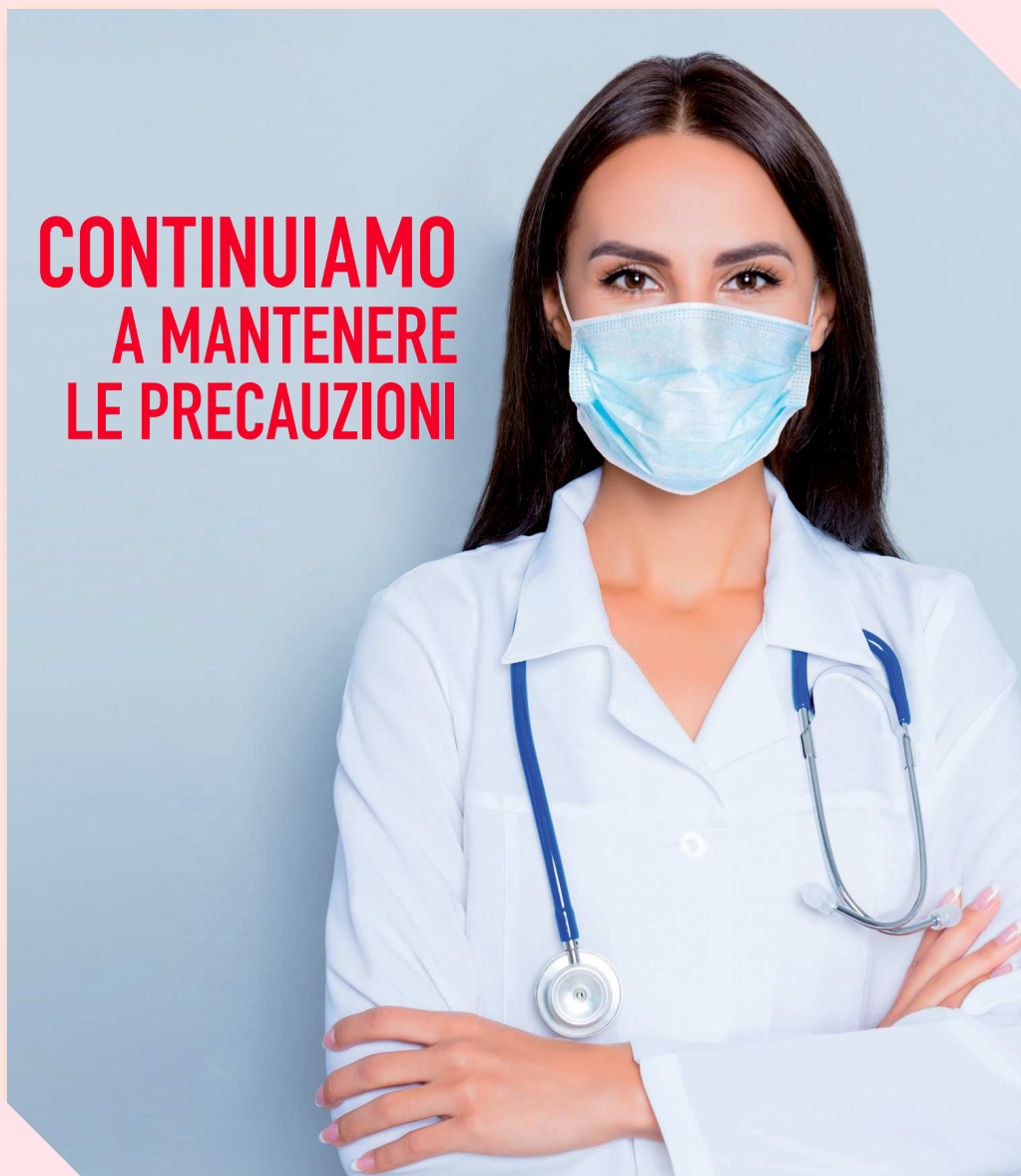
Dalle radici al sottosuolo, il passo è breve, giusto il tempo (difficile) di immaginarlo come luogo protetto, nostro, dove la relazione con il paziente si fa solidarietà complice, riparo dall'infuriare delle tragedie che nel mondo pubblico, nel mondo "di fuori", trasformano il comune sentire in angoscia collettiva.

E con il riecheggiare di motti e frasi ad effetto ("Adda passà 'a nuttata", "Resistere, resistere, resistere", ecc...), tra fatalismo e voglia di riscatto, di ricostruzione.

La ricetta per venirne a capo una e una soltanto: bisogna saper voler bene alle cose che si fanno...



**CONTINUIAMO  
A MANTENERE  
LE PRECAUZIONI**



**Buone  
vacanze**

seguici online  
**ORDINEMEDICI.BRESCIA.IT**



Per suggerimenti, commenti e lettere:  
**bresciamedica@ordinemedici.brescia.it**