

Paola De Santis - 2022

Medicina e cultura

Capitale della Cultura

- Intervento
di Laura Castelletti

Medicina e Solidarietà

- La medicina delle
migrazioni: l'opinione
dei medici bresciani

Qui odontoiatri

- Disabilità e
odontoiatria

IN QUESTO NUMERO

EDITORIALE

- Medicina e cultura**
Gianpaolo Balestrieri 3
- Il tempo sospeso**
Raffaele Spiazzi 3
- L'emozione di un rapporto**
Ottavio Di Stefano 4

CAPITALE DELLA CULTURA

- Capitale della Cultura**
Laura Castelletti 5
- Medicina è cultura**
Claudio Cuccia 7
- Medicina e solidarietà nella storia della comunità bresciana**
Giovanni Gregorini 10
- La Facoltà di Medicina e Chirurgia a Brescia: dai primi passi ai 40 anni di crescita**
Enrico Agabiti Rosei 15
- Le iniziative dell'Ordine nell'anno della Cultura** 18
- La rassegna cinematografica** 19

MEDICINA E SOLIDARIETÀ

- Medicina e solidarietà**
Angelo Bianchetti e Renzo Rozzini 20
- La medicina delle migrazioni: l'opinione dei medici bresciani**
Commissione Pari Opportunità Ordine Medici Brescia 22
- Medicina e solidarietà: da Brescia aperti al mondo**
Silvio Caligaris 28
- Cultura e solidarietà in medicina**
Il Service Learning: un nuovo modello di formazione
Domenico Simeone 33

INTERVISTE

- Ero un medico di medicina generale: perché ho lasciato la professione**
Intervista a Maria Daniela Mazzani 37
- Il disagio medico: analisi e prospettive**
Commento di Erminio Tabaglio all'intervista di Daniela Mazzani 40
- Ricordi e riflessioni di un internista**
Intervista a Bruno Cerudelli 42

PUNTI DI VISTA

- Magistrati e medici: più vicinanza di quanto si creda**
Claudio Castelli 44



* spiegazione della copertina pag 64

La CULTURA come CURA
Raffaele Spiazzi

QUI ODONTOIATRI

- Cresce il dialogo con il decisore pubblico**
Gianmario Fusardi 46
- Disabilità e odontoiatria**
Stefano Salgarello, Daniele Lorenzi, Paolo Bertoletti 48

TESTIMONIANZE

- Divagazioni sull'invecchiare di un gerontologo che invecchia**
Renzo Rozzini 50

STORIE DI PAZIENTI

- Eleganza medica** 53
- Idem sentire** 54
- Paziente con cane al guinzaglio** 55
Renzo Rozzini

LIBRI

- Il capitale biologico**
Luca Carra e Paolo Vineis 56
- Un uomo fortunato**
John Berger e Jean Mohr 57
Recensioni a cura di Gianpaolo Balestrieri

GRAZIE DOTTORE!

- In memoria del dottor Raffaello Mancini**
Ottavio Di Stefano 59

RICORDI

- Dottor Augusto Paganuzzi**
Massimo Gandolfini 62

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 Commissione 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.

Medicina e cultura



Il Direttore
Gianpaolo Balestrieri

L'anno della cultura Bergamo Brescia 2023 è cominciato. Inaugurate mostre e musei, la festa delle luci ha illuminato la bellezza del Castello. Le iniziative si susseguono. Da un lato una festa mobile in cui la comunità celebra la ripartenza dopo tre lunghi anni di lutti ed isolamenti. Dall'altro un'occasione di memoria e di riflessione per non essere schiacciati solo sul presente. Riflessione sulla medicina, con il suo intreccio tra conoscenza scientifica, approccio razionale e tecnologico alla malattia, vicinanza e ascolto verso i pazienti, consapevolezza e frequentazione delle fragilità della vita. Memoria della prova cui è stata sottoposta durante la pandemia, lo sgomento iniziale, l'impegno ed il sacrificio degli operatori, la svolta con la scoperta dei vaccini, la battaglia culturale e civile contro le *fake news* e i *no-vax*. Ripensare i luoghi dell'assistenza, dagli ospedali alle residenze sanitarie, la loro storia secolare, il legame con le comunità, la tradizione solidaristica, le difficoltà dell'oggi, i progetti futuri. E infine i medici, come la loro storia sia stata parte di una storia più ampia, non della sola sanità, ma più in generale della società in cui hanno operato. In che modo sono stati visti, apprezzati, criticati, chiamati ad essere interpreti e mediatori delle criticità della vita delle persone. Raffigurare noi stessi e gli altri, anche con le nostre debolezze, può essere uno strumento per meglio delineare, ricostruire, il proprio ruolo, la propria identità. **L'Ordine cercherà di essere presente durante l'anno con le proprie iniziative a testimonianza di un nesso profondo tra medicina e cultura. ●**



Il tempo sospeso

Più che un bozzetto una suggestione, l'idea che ogni piazza vuota vada ripopolata e riempita di vita e di colori - responsabilmente, ma anche gioiosamente - e che l'occasione di Brescia capitale italiana della cultura 2023 vada soprattutto intesa come stimolo a riprendere il filo delle nostre vite da là dove l'avevamo lasciato cadere, per intrecciarlo nuovamente con quello della nostra collettività e del nostro futuro. Anche il rinoceronte di Bombardieri, da ormai due anni sospeso ad osservarci dall'alto del Quadriportico di Piazza della Vittoria, presto o tardi tornerà "a riappoggiare i piedi sul terreno". Qualche settimana fa, osservandolo, così pesante e insieme leggero, guardingo e incerto ma in fondo anche pronto a farsi valere appena ne avrà la possibilità, ho come rivisto d'un tratto quei filmati che impazzavano nel web nei giorni tristi e duri del lockdown e che mostravano città deserte che pian piano si popolavano di animali selvatici, cervi, canguri, scimmie e quant'altro volete, stupiti dell'assenza dell'uomo e pronti a riprendersi spazi che un tempo erano anche casa loro. E lì, di suggestione in suggestione, mi son riapparse le bestiole che avevo creato tempo fa per decorare ambienti, reparti e cuori del nostro ospedalino dei bambini. E mi son detto: è giunto il tempo di rimetterli in libertà. Loro e noi...

Raffaele Spiazzi

L'emozione di un rapporto

Il famoso pittore spagnolo Francisco de Goya y Lucientes (1746-1828) non aveva un buon rapporto con i medici, anzi in una acquaforte del 1799 ("Di che male morirà? De Que Mal Morira?" - Metropolitan Museum of Art, New York) dimostra tutto il suo disprezzo per la professione raffigurando un medico con le sembianze di un asino.

Goya patisce fin dalla giovane età diverse malattie che "peggiorarono nel resto della sua carriera e l'opera dell'artista divenne più cupa nel contenuto emotivo, probabilmente riflettendo la sua cattiva salute" (Felisati D., Sperati G. Francisco Goya e la sua malattia. *Acta Otorinolaringologica Italica*. 2010; 30 :264-270).

Alcune opere sono inquietanti, se non raccapriccianti, alla visione del non esperto, come "Saturno che divora suo figlio". Nel 1819 (Goya morirà nel 1828) soffre di una malattia acuta e lo cura un medico di cui sappiamo poco, forse esperto in malattie infettive grazie ad un soggiorno in Africa: il dottor Arrieta.

Superata la fase acuta il pittore dedica al suo medico un dipinto che li ritrae entrambi.

Non credo sia di grande interesse dedurre dal dipinto di quale malattia avesse sofferto il pittore, ma da profano colgo nella rappresentazione non solo la gratitudine verso chi si è preso cura di lui, ma, senza retorica, l'emozione di un rapporto.

È una sensazione che se volete risente dell'incompetenza di un'analisi artistica, ma è quella genuina di chi riconosce l'affidarsi del malato al suo curante.

Il quadro ha più di duecento anni, ma il suo messaggio è del tutto attuale, moderno, e ognuno di noi si può ritrovare. Ordine, Comune e le grandi istituzioni

Il Presidente
Ottavio Di Stefano



culturali della nostra realtà oggi iniziano un percorso di arte, di musica, di teatro e di cinema. Speriamo che sia un anno di emozioni per noi, ma soprattutto per i bresciani, perché la medicina da sempre vive di uomini e di donne che non solo la praticano, ma che la amano. ●



Goya agradece a su amigo Arrieta: por el cuidado y esmero con el que salvó la vida en su aguda y peligrosa enfermedad, padecida a fines del año 1819. A los sesenta y tres de su edad. Pintado en 1820.

Francisco José de Goya y Lucientes, *Autoritratto con il dottor Arrieta*, 1820, olio su tela, 114.62 x 76.52 cm Minneapolis Institute of Art, The Ethel Morrison Van Derlip Fund, 52.14. Foto: Minneapolis Institute of Art.

Capitale della Cultura

Laura Castelletti

Vicesindaco e Assessore con delega a Cultura, Creatività e Innovazione

È con grande orgoglio, e un po' di timore, che mi accingo a scrivere questo mio contributo sulla rivista della comunità medica bresciana.

L'orgoglio, prima di tutto, è quello di potervi raccontare del sogno di ottenere per l'operosa Brescia il tanto ambito titolo di Capitale italiana della Cultura e di averlo trasformato in realtà, come ormai ben saprete. Quando ho iniziato a immaginare di poter raggiungere questo traguardo, la pandemia era ancora lontana e a credere in questo progetto, certo ambizioso e visionario, eravamo davvero in pochi. Per mia fortuna, oltre ad avere attorno a me un'ottima squadra di collaboratrici e collaboratori che hanno lavorato alacremente per dare gambe a questa pazza idea, ho trovato nel sindaco Emilio Del Bono e nella giunta unità d'intenti e la fiducia che mi serviva per pensare così in grande e non lasciarmi scoraggiare da chi non ci credeva, da chi pensava che la vocazione di Brescia fosse destinata ad essere per sempre quella legata alle fabbriche, che per fortuna ci sono e funzionano bene. Ma la mia, la nostra bellissima città di Brescia è un gioiello di tesori nascosti, di persone incredibili e di creatività stupefacente, che io ho sempre creduto



meritasse un'attenzione diversa da quella riservatale finora.

Poi è arrivata la pandemia - chi può saperlo meglio di voi? - e le carte in tavola sono cambiate. Abbiamo iniziato a guardare a Bergamo spontaneamente come ad una sorella che, di là dal fiume, sentiva il nostro stesso dolore, partecipava agli stessi lutti che

flagellavano ogni giorno città e provincia, aveva la stessa atroce preoccupazione di fare il possibile, e anche l'impossibile, per creare tutte le condizioni utili a salvare quante più persone possibile. Questa inedita sorellanza si è trasformata in una visione comune anche sul fronte culturale: Brescia e Bergamo meritavano di pensarsi oltre l'orribile presente della pandemia e di provare a costruire qualcosa di grande per due territori vicini, in forte rinnovamento, ma che ancora non erano riusciti a raccontarlo fuori dalle proprie mura.

Essere diventati insieme una sola Capitale italiana della Cultura non è una sorta di risarcimento morale per l'alto numero di morti e sofferenze avuti durante i momenti più difficili della pandemia, ma un premio all'audacia di aver creduto che due città, due territori, come Brescia e Bergamo, certamente non inclini alla "vicinanza di spirito" fino a quel momento, potessero ricominciare insieme, tenendosi per mano.

Il motivo per cui scrivo con un certo timore questo mio contributo è che nel dossier presentato ormai un anno fa al ministero della Cultura, abbiamo pensato "La città illuminata" posta su quattro pilastri secondo noi fondamentali: la città natura, la città dei tesori nascosti, la città che inventa e la cultura come cura. Lasciando alla vostra curiosità di scoprire il senso e le aspettative dietro i primi tre pilastri, voglio in questo contesto soffermarmi sull'ultimo.

E su una scelta lessicale che non vi sarà sfuggita: non la cultura "che" cura ma la cultura "come" cura.

Nella nostra visione, questo specifico asse di progettazione vuole interpretare la tradizione solidale e mutualistica della nostra storia per delineare i modi in cui l'esperienza della vulnerabilità determinata dalla pandemia può intensificare le pratiche di welfare integrativo e innovativo (rivolto ai sistemi sanitari, ma anche di inclusione sociale), ridisegnando i percorsi di condivisione delle risorse.

È stato sotto gli occhi di tutti, e in

particolare certamente sotto i vostri che lo avete vissuto in prima persona, quanto l'esperienza della pandemia abbia amplificato alcune fragilità sistemiche, quanto sia risultata evidente l'urgenza di una progressiva revisione dei sistemi di welfare risultati inadeguati, in termini di efficacia e sostenibilità.

Ci siamo chiesti come elaborare questa lezione: l'abbiamo trasformata in un tema destinato ad aggregare i progetti che parleranno di salute, cura, fragilità, resilienza, solidarietà e inclusione, perché siamo convinti che il termine "cura" debba assumere un significato più ampio, che travalica il più immediato riconoscimento sanitario.

La cultura come cura richiama per noi la costruzione di politiche e interventi che abbiano a che fare con la disponibilità di servizi sanitari, ma più in generale riguarda il benessere delle persone, la vivibilità della città, la costruzione di dispositivi che favoriscano processi di inclusione e accoglienza. Molti di voi sono già coinvolti nei tanti progetti arrivati a popolare questo prezioso ambito. Tra i tanti, validi e interessanti, vorrei ricordarne uno, che credo in particolare incarni ciò che avevamo in mente pensando alla cultura come cura.

Si tratta di "Brescia e Bergamo città amiche delle demenze": vogliamo pensare e costruire due città in cui la cultura dell'accoglienza e della solidarietà nei confronti delle persone affette da demenza, e dei loro familiari, non siano un'opzione lasciata "al buon cuore" di ciascuno di noi, ma una realtà concreta, persino istituzionalizzata. Ciò che realizzeremo, anche grazie al vostro contributo, nel 2023 sarà solo il primo passo verso un cammino luminoso in cui credo fortemente.

Brescia è e sarà la città illuminata nella misura in cui saprà rendere concreta la cultura come cura. ●

Medicina è cultura

Insieme ai farmaci, anche i testi letterari possono diventare una cura. Per sostituire alla moderna frenesia il benessere offerto dalle buone letture



Claudio Cuccia

*Direttore Dipartimento Cardiovascolare,
Fondazione Poliambulanza di Brescia*

È inutile chiederselo, la parola che meglio sintetizza la nostra esistenza è **frenesia**. Ci perseguita sin da piccoli, quando ci vantiamo che il figlioletto, intelligente come pochi, andrà a scuola un anno prima, ignari delle difficoltà che dovrà affrontare per superare i propri timori, esagerati dall'innocente cattiveria dei suoi compagni di classe; lo stesso ragazzino era già motivo di vanto per i genitori perché suonava il piano a quattro anni - "...non ancora compiuti!" -, cosa che lo relegherà alla panchina della squadretta di calcio senza scendere in campo una sola volta, perché fragile lui e stupido il Mister di turno: c'è forse da chiedersi perché il mozzartino sarà prima o poi costretto a vendere il pianoforte per permettersi un analista che sappia il fatto suo?

Le cattive abitudini non cambiano col passare degli anni, quando il vanto di aver percorso un sentiero in montagna

in meno di due ore negherà il piacere di uno sguardo alle meravigliose montagne che, allibite, se ne stanno silenziose a chiedersi da chi si stia fuggendo con tanta foga.

E una volta in pensione, per non contraddirci, ci si glorierà di lavorare "ancor più di prima", pensando pure di sembrare originali nel dirlo. D'altronde, come potrebbe starsene quieto, il poveruomo, visto che soggiorna su una trottola che gira su di sé alla velocità di 8500 km/h e percorre la propria orbita solare a 100.000 Km/h, in una galassia che a sua volta si muove a 2 milioni di Km/h verso una zona che soltanto i fisici più intelligenti capiscono cosa sia (si parla di un Grande Attrattore, fatto di ammassi di non so cosa, dove spicca il Superammasso di Shapley, un arcipelago di galassie lontane da noi centinaia di milioni di anni luce. Lo stesso Shapley, tra l'altro, ipotizza che si andrà a

sbattere, tamponando la galassia di Andromeda. Sarà di sicuro un bel botto, ma per fortuna ci vorrà tempo perché succeda).

Comunque vada - e andrà male - una domanda nasce spontanea: tanto affanno, per cosa?

La frenesia c'è, non c'è nulla da fare, non ci sono farmaci o palloncini che dilatino il comprendonio per dirci di rallentare un po', che ci aiutino a riflettere, magari per godere di quel benessere che rimandiamo sempre a domani. *Nell'homo poco sapiens, la frenesia contraddice pure se stessa, dato che il lemma nasce dal greco *phrèn* che fa riferimento alla mente, al pensiero, all'animo.*

Pensaci, allora: corri, corri e poi?

Nel nostro caso, per noi che siamo medici, intendo, quale potrebbe essere l'epilogo? Per esempio, potrebbe andar a finire che ci si ammala, la malattia è il nostro pane quotidiano, un alimento che richiama noi medici all'ordine e pone all'improvviso il malato contro le leggi del tempo, l'inflessibile regolatore di una vita che sembrava fatta solo per andar di corsa. "Più il tempo passa, più Auschwitz si avvicina", diceva Grete Weil, che aveva mille ragioni per esser pessimista. E noi, noi che siamo stati ottimisti senza testa, ora, che facciamo? Prenderemo la malattia per il verso giusto, per una pietra d'inciampo che ci aiuti a pensare, o lasceremo fare a lei, immolandoci alla causa della distrazione?

Bloccati a letto, lo spazio si deforma e il tempo si dilata, le regole della fisica si confermano per ciò che sono, la relazione spazio-tempo, che tanta gloria diede al vecchio Albert, ci sta a pennello quando infiliamo il pigiama e in un attimo diventiamo il paziente del 7b: prima d'ora, quando correvamo, il corpo si arricchiva di energia, ma ora, immobili, tutto si deforma e il tempo, a dirla con Dalì, assume "la dimensione delirante e surrealista per eccellenza."

Come non ribellarci, dunque?

Tempo, spazio, fisica, surrealismo, dolore, malattia, tutti insieme chiedono soccorso alla tecnica e al pensiero, per recuperare il benessere perduto, quel benessere che per i latini altro non è che un generico star bene - bene ed esse -, ma che per i greci, indicandolo con eudaimonìa, assume vigore, reclama l'intervento del demone buono che è dentro di noi, il genio che può apparire anche quando la malattia sembra farla da padrone, il genio che ti aiuta a riflettere, ora che non puoi più correre senza pensarci, ora che, perduto l'asse portante, hai perso anche l'orbita che ti eri dato. Serve la cura e serve la cultura, quindi, servono la tecnica e il pensiero di chi l'ha immaginata, e il medico, con la sua "parola ornata, e con ciò c'ha mestieri al suo campare", deve scendere in campo, in una guerra contro un nemico, la malattia, che ha scelto di combattere, e che il paziente s'è trovato di fronte mentre galoppava come un forsennato. Cura e cultura, dunque, sia per il medico che per il paziente, il primo con la parola ornata, che è parola fatta di dottrina ed eloquentia, a dirla con gli esegeti della Commedia, la conoscenza di un mestiere e la capacità di esprimerla, di narrarla, nell'alleanza che si è sancita col paziente. Il secondo, il paziente, per dar scacco al tempo, un tempo che si vorrebbe fermare, perché la cura abbia modo di agire e perché si torni a pensare che la vita è bella non è solo il titolo di un film fortunato.

Per distrarsi - e per capire -, si ascolti chi parla di libri, magari si leggano i racconti di Primo Levi, e tra questi Scacco al tempo, dove sempre lui, il paziente, novello Theophil Skoptza, godrà del Paracrono, una terapia mirabolante capace di "allungare a piacere il tempo delle esperienze gradite, e abbreviare la durata delle esperienze dolorose o fastidiose"¹.

¹ Primo Levi, *Tutti i racconti*, 2005 e 2015, Giulio Einaudi editore s.p.a., Torino.



La Medicina sia cultura, curino i farmaci e i testi letterari, i medici e gli scrittori, le pareti azzurre delle stanze sterili e i corridoi con le mostre d'arte; l'ospedale, dove la medicina si pratica, non resti una cattedrale che incute timore, che mantiene le distanze: in questo luogo si dovrà pensare, e visto che pensare non è un esercizio facile, lo si renda amico, si evitino gli schiamazzi, la TV accesa, i giornali stupidi, l'occhio appiccicato allo smartphone e si goda del silenzio, che offre alla solitudo a cui si è costretti molto più di uno spiraglio di luce, e la rende beata: stare soli regala la pace, e lontani da tutto e da tutti, riusciremo a esplorare noi stessi, noi come pazienti, noi come medici, in piena tranquillità d'animo.

Se si è soli, si pensa, e pensando - pensando bene - le idee si irrobustiscono, si rafforzano fino a farsi solide, e così, fortificate, permettono di dialogare meglio con noi e con gli altri; tonificato il pensiero, riesce più facile scoprire i punti di forza e le debolezze del nostro animo profondo. Col quale intendersi, e poi capirsi, capire sé e chi, felicemente, scopriremo essere vicino a noi. Insieme cammineremo, nei corridoi dell'ospedale, fermandoci in libreria, ascoltando un autore che presenta il suo ultimo libro, guardando un quadro o una fotografia, discutendo di musica, di poesia, di cinema. Senza più correre, però.

Conclusione

Alla frenesia si sostituiscano pertanto le buone letture e, con esse, prenda corpo un nuovo sentimento, la nostalgia, intesa come il desiderio di tornare al passato, vivendolo diversamente.

Nostalgia è una parola recente, inventata da uno studente di medicina, Johannes Hofer, che per primo la usò nella tesi di laurea sulla *Dissertatio medica de nostalgia*, nel 1688.

La parola si compone di *nòstos*, ritorno, e *àlgos*, dolore, e rappresenta la tristezza generata dal desiderio di tornare a casa.

Ritorna il rapporto col tempo e, come dice un poeta, la nostalgia "non è tanto il desiderio del ritorno, ma il ritorno del desiderio"², perché prima della malattia tutto era soffocato dalla corsa senza senso: conosciuta la malattia, il paziente sogna di rivivere la propria vita, riempiendola dei desideri mancati, desideri che solo la poesia, la musica, il godimento dell'arte sanno generare, magari corroborati dalla giusta dose di un antibiotico, da una statina, da un pizzico di betabloccante e dal sorriso di chi vive con lui. ●

² Gian Luca Favetto, *Attraverso persone e cose. Il racconto della poesia*, 2020 add editore, Torino.

Medicina e solidarietà nella storia della comunità bresciana

Giovanni Gregorini

Professore ordinario di Storia economica,
Università Cattolica del Sacro Cuore

Introduzione

Il tema del rapporto tra medicina e solidarietà movimentata da qualche tempo la storiografia internazionale, e il caso bresciano non è per niente estraneo a questo dinamismo scientifico.

L'importanza dell'argomento sta nel fatto che, mentre nel Regno Unito ci si aspettava che la carità svolgesse un ruolo decrescente nel finanziamento dei servizi alla persona dopo la creazione del Servizio Sanitario Nazionale nel 1948, in Italia la carità ha continuato a svolgere un ruolo importante fino alla fondazione di analogo servizio trent'anni dopo (1978), e pure oltre. Anche nel Regno Unito, comunque, la carità continua a dare contributi significativi in settori specifici, per cui approfondire il tema vuol dire partecipare ad un crescente dibattito internazionale (King, 2011).

D'altronde, la pandemia da SARS-COV-2 ha concentrato l'attenzione degli studiosi (ma anche dei media e dell'opinione pubblica) sull'organizzazione e sulla sostenibilità dei sistemi sanitari nazionali. Le diverse capacità di reazione rispetto allo *shock* pandemico hanno generato un complesso dibattito sugli assetti strutturali e finanziari adottati dai vari Paesi, anche di fronte alla prospettiva del

progetto di una Unione Europea della Salute. Come ha sostenuto Steven A. King (2022), *"the history of welfare is not simply a backdrop to the modern welfare arena, but an integral part of the explanation for current crises and of understanding what policies might save the welfare state"*. La storia diventa dunque l'attrezzo fondamentale per cercare di comprendere la marcata eterogeneità dei modelli sanitari regionali che caratterizza il sistema nazionale italiano, frutto - nella sua strutturazione - della sussidiarietà di volta in volta possibile, ovvero del dialogo tra carità, Stato e mercato che si è realizzato soprattutto tra XIX e XX secolo.

Dal canto suo Brescia sta raccontando la propria storia al mondo, proponendosi come caso di studio interessante (ed interessato) nell'ambito del dibattito citato: per fare solo un esempio, una relazione dal titolo *"In Sickness and in Health: Financing Catholic Healthcare Institutions in Late Modern Italy"*, è stata presentata da Riccardo Semeraro e Giovanni Gregorini nell'ambito del panel su *"Resources for health and the health of resources: financing healthcare institutions in the long run"*, al XIX World Economic History Congress di Parigi (28 luglio 2022).

Nascita degli Spedali Civili

A destare attenzione, in questa stagione di dibattito, sono alcune esperienze bresciane che si distinguono per la capacità di costruire un efficiente *welfare system*, mettendo in relazione medicina e solidarietà, valorizzando dunque la prospettiva dello scambio asimmetrico, nel prevalente ambito cattolico come nel sempre presente contesto laico.

Basti pensare alla città, dove gli Spedali Civili nascono e si sviluppano, attraversando i secoli, grazie alle stagioni della beneficenza che si succedono con significativa continuità. Una beneficenza (sia personale che istituzionale e dunque associativa), che ha sostenuto, nel corso del tempo, l'efficacia clinica e sociale del nosocomio nel suo compito essenziale, quello di prestare assistenza ai bresciani in difficoltà di salute. Una beneficenza fatta di beni mobili (con forme finanziarie eclettiche), ma soprattutto di immobili, specie fondi rustici: gli ospedali lombardi rimangono a lungo i principali proprietari terrieri tra età moderna e contemporanea.

Una beneficenza (con annesse contese legali) che ha svolto un ruolo fondamentale nel garantire gli equilibri di bilancio in tempi difficili, nel sostenere gli investimenti necessari per le innovazioni anche tecnologiche che la medicina ha saputo mettere in campo, nel favorire attività di formazione per le discipline sanitarie in generale, nell'accompagnare le grandi scelte strutturali richieste dalla crescita del contesto urbano.

L'Ospedale Civile, infatti, ha origini risalenti al XV secolo e una storia che è strettamente intrecciata con quella della città, conoscendo importanti trasformazioni già a partire dagli anni Quaranta dell'Ottocento. In questi anni, dopo il periodo della Crociera di S. Luca, il convento di S. Domenico ne diveniva la nuova sede; tuttavia, il trasferimento ben presto suscitava critiche e perplessità a causa delle caratteristiche del luogo («depresso e non ventilato») e della mancanza di attrezzature. Nel primo decennio del XX secolo, dopo la riforma dello statuto del 1896, l'ospedale

si trasformava in un grande e dispendioso cantiere con l'impiego di ingenti somme di denaro garantite dai mutui favorevoli della Cassa di Risparmio delle Province Lombarde: si prevedeva l'acquisizione dei fabbricati siti ad est dell'ex convento di S. Domenico con l'occupazione dei locali sino ad allora tenuti dal brefrotorio. Gli Spedali Civili divenivano così uno dei maggiori ospedali d'Italia: nel 1921 erano al settimo posto per il numero di letti e facevano registrare un continuo aumento sia di ricoveri che di giornate di degenza (Robecchi 2000-2001).

Di fronte a questa continua crescita nasceva l'esigenza di pensare, un'altra volta, alla costruzione di un nuovo ospedale funzionale e moderno. Dopo diverse ipotesi che coinvolgevano aree fuori città e il temporaneo accantonamento del progetto a causa degli eventi della Grande Guerra, nel corso degli anni Trenta si decideva di procedere alla realizzazione di una nuova struttura nella zona tra S. Rocchino e Mompiano. I lavori iniziavano nel 1938, ma ben presto le nuove vicende belliche costringevano il cantiere al blocco totale. La costruzione del nuovo ospedale veniva ripresa solo nei primi mesi del 1946, fra nuove difficoltà di finanziamenti superate grazie alla generosità di associazioni e di semplici cittadini.

Il 10 dicembre 1950 veniva inaugurata la nuova struttura, e nel 1953 il vecchio ospedale veniva definitivamente dismesso. I decenni successivi erano caratterizzati da numerosi interventi, volti ad ampliare e adeguare la struttura ospedaliera ai fabbisogni della cittadinanza: la realizzazione del Policlinico Satellite, iniziata nel 1966 e terminata nel 1972; la costruzione del Padiglione Infettivi del 1976; la ristrutturazione dell'ala antistante la cappella; i recenti sviluppi a cavallo tra XX e XXI secolo (Semeraro, Gregorini 2021).

Non si dimentichi che anche le professioni sanitarie, nella storia, sono state alimentate dalla solidarietà. Nel caso della figura del medico ospedaliero, storiograficamente emblematica era la brillante carriera del dott. Andrea Buffini (1806-1872), i cui inizi venivano scanditi dalla possibilità

di frequentare la facoltà di Medicina dell'Università di Pavia grazie al Legato Lamberti, che prevedeva un sussidio annuale elargito dalla Congregazione comunale di Brescia a studenti intenzionati a frequentare tale indirizzo di studi (Onger 2011). Nel caso dell'assistenza infermieristica, per lunghi decenni il ruolo è stato diffusamente ricoperto dalle suore, con modalità economico-finanziarie che riconducono all'esercizio della carità.

Ospedali nati grazie alla beneficenza

In effetti, medicina e solidarietà diventavano intuizioni di carità nel ruolo cruciale svolto dalle congregazioni religiose nello sviluppo del sistema ospedaliero bresciano.

Queste, in una prospettiva sussidiaria e nel solco dell'operato del cattolicesimo sociale locale, cercavano di supplire alle lacune nell'evoluzione del sistema sanitario territoriale, potendo sempre contare su consistenti supporti caritativi (donazioni, legati, ospitalità convenzionata a basso costo). **Il loro contributo, che prendeva le mosse da esigenze a cui l'autorità pubblica non era in grado di fornire risposta, si concretizzava, in una dimensione strettamente *no-profit*, attraverso l'apertura di nuovi ospedali o mediante un aiuto determinante nell'erogazione dei servizi di strutture già avviate.** Alcuni esempi.

L'ordine degli Ospedalieri di S. Giovanni di Dio, i Fatebenefratelli, giungeva a Brescia nel giugno del 1848, allorquando, su invito del Governo provvisorio di Milano, organizzava un ospedale da campo a Volta Mantovana per dedicarsi ai feriti della Legione Toscana. Nel luglio del 1850, grazie a cospicue donazioni, aprivano una casa a Vanzago di Paratico per accogliere «miserabili e febbricitanti curabili». Nel 1859 i Fatebenefratelli si prestavano all'opera di assistenza sanitaria sui campi di battaglia di Solferino e S. Martino. Dal 1866 iniziavano la loro presenza anche nell'Ospedale Civile di Brescia e nel 1871 approdavano stabilmente in città, inizialmente per gestire l'Istituto degli infermieri, che si trovava nell'ex convento di S. Orsola, dove successivamente attivavano una «pia casa di salute», partendo da un

ambulatorio e una farmacia. A partire dal 1882, avviavano anche un Ospedale psichiatrico grazie al dono di una casa di campagna in località Pilastroni.

A inizio Novecento, più precisamente nel 1902, prendeva corpo anche l'esperienza di Poliambulanza. Denominata agli inizi «Pia ambulanza» e avviata da dodici medici locali, l'iniziativa era volta ad assicurare prestazioni mediche ed infermieristiche agli abitanti del popolare quartiere del Carmine. Il citato gruppo di professionisti, in accordo con il Comune e la Congrega della carità apostolica, costruiva uno stabile nell'attuale via Capriolo, la cui parte inferiore era destinata al poliambulatorio. Qui, i medici fondatori, ciascuno nella loro specialità, svolgevano un servizio sociale altamente meritorio dedicandosi alla loro missione con grande spirito di sacrificio. Di fronte alle crescenti esigenze di spazi operativi, anche in virtù delle sempre più numerose richieste di prestazioni, pure nella forma di brevi ricoveri, volendosi altresì ospitare, presso la Poliambulanza, la Croce Bianca ed il Dispensario antitubercolare, nell'estate del 1910 si compiva il trasferimento della struttura sanitaria negli stabili realizzati dalla Congrega sui terreni di via Calatafimi, venduti all'antico ente elemosiniere nel 1907 dal Comune di Brescia. Quando poi le attività divenivano ancora più sviluppate e complesse, tali da richiedere una stabile organizzazione, lo stesso gruppo di medici promotori si rivolgevano alle Ancelle della Carità, le quali venivano coinvolte nella gestione della struttura a partire dal 1940, con gli sviluppi del secondo Novecento che rispondono al nome di *Domus salutis*, con annesso Hospice, e Fondazione Poliambulanza, attiva dal 1997 nella nuova sede di via Leonida Bissolati (Semeraro, Gregorini 2022).

Cure anche per i più bisognosi

Il coinvolgimento della citata Congrega della carità apostolica, antico ente elemosiniere cittadino estremamente dinamico sotto il profilo dell'innovazione istituzionale, si sviluppava anche oltre i modi sin qui rappresentati, in stagioni socialmente cruciali come quella a cavallo

tra Ottocento e Novecento, occupandosi in maniera ulteriore di medicina sempre in una prospettiva di solidarietà sussidiaria. Il primo cenno è possibile farlo con riferimento ad una iniziativa che nasceva a Brescia nel 1866, sotto la denominazione di Ospizio Marino Bresciano. Lo scopo era quello di inviare gratuitamente ai cosiddetti «bagni marini» i bambini poveri della città, con particolare riferimento a quelli afflitti da rachitismo o adenite tubercolare (gli «scrofolosi»). **Tale realtà funzionava sulla base di contribuzioni libere, sia di enti pubblici che privati, e continuava a dare risultati molto soddisfacenti nel periodo considerato**, per cui nasceva piuttosto in fretta l'idea di dotarla di una sede di proprietà direttamente sul mare, a Celle Ligure prima ed a Rimini poi, per la quale si richiedevano però risorse finanziarie non indifferenti, garantite pure dalla Congrega. Anche la realtà della Stazione Sanitaria Alpina, eretta in ente morale nel 1887, si presentava a Brescia come una modalità di assistenza delle bambine e delle ragazze

bisognose di «bere l'aria limpida e pura della montagna». Effettivamente, non era di poco conto l'aiuto che si poteva dare ad alcune famiglie in difficoltà, rispetto alle condizioni di residenzialità e di alimentazione che riguardavano la prole più fragile, quella femminile. Per questi motivi, sin dal dicembre del 1886, la Congrega decideva di venire incontro alle esigenze di acquisizione di un locale autonomo funzionale al servizio che la Stazione doveva continuare ad offrire, individuando nel caseggiato sito in località Camaldoli a Gussago lo stabile adatto al bisogno. Una ulteriore modalità di erogazione della propria beneficenza in campo sanitario, da parte della Congrega, era rappresentata dall'invio «di ammalati poveri alla Cura di Salsomaggiore». Iniziata «questa forma di beneficenza nel 1897 a favore di poche persone, venne grado grado prendendo un rimarchevole sviluppo. Essa trovò innanzi tutto appoggio nella direzione del Sanatorium di Salsomaggiore, che avanzò alla Congrega



Archivio Felino Micheletti - Brescia

proposte di sensibili riduzioni e posti gratuiti a favore degli ammalati poveri che venissero colà mandati; e successivamente il concorso generoso del locale municipio, della Congregazione di carità, dell'Ospedale civile, del legato Cazzago e di pie persone permise dare una forma concreta a questa nuova beneficenza».

Inoltre, sempre con riferimento «al campo dell'igiene», bisogna ricordare che «ogni anno la Congrega apostolica, durante i mesi di giugno e luglio provvede alla distribuzione di buoni per *bagni medicati* da farsi presso l'Ospedale Maggiore della città e per *doccie* da prendere all'apposito Stabilimento Comunale dei bagni».

Nel contempo, l'ente assistenziale bresciano partecipava, in qualità di socio perpetuo, alla vita della Società d'igiene bresciana, al cui finanziamento contribuiva annualmente anche con riferimento alle attività promosse dalla Croce Bianca e dal relativo Corpo dei Volontari; concedeva sostegno economico all'Associazione provinciale bresciana per i suoi interventi contro la pellagra (Gregorini 2016).

Conclusione

La solidarietà rappresenta una componente importante del legame sociale, ed esprime molte delle sue potenzialità nell'ambito della cura della persona, quindi della medicina. Contemporaneamente, si tratta di una forza che è stata sin qui trascurata dalle scienze umanistiche e sociali, per questo si propone come un vero e proprio laboratorio di indagine, capace di mostrare il volto nascosto ma in realtà costitutivo del mondo contemporaneo. Per studiare questa dimensione si rivela fondamentale la prospettiva territoriale, in un'ottica di lunga durata, con lo studio comparativo dei *welfare systems* comunitari che si sono costituiti nel corso della storia nella penisola italiana (ma anche altrove).

Il caso Brescia ha qualcosa da dire al riguardo, con le citate esperienze di solidarietà sussidiaria radicate in lunghe stagioni di trasformazione culturale, economica e sociale, stagioni affrontate andando oltre la logica del mercato e alimentando la politica della carità, mediante valori, istituzioni, investimenti, idee. ●



Bibliografia

G.Gregorini, *Il merito della povertà. La Congrega della carità apostolica in età contemporanea tra spazi sussidiari, nuove marginalità e culture sociali*, Bologna, 2016.

S.A.King, *The British Welfare Citizen: Past, Present, Future*, in G. Gregorini, R. Semeraro, M. Taccolini (eds), *I volti della povertà. Temi, parole, fonti per la storia dei sistemi di supporto sociale tra modernità e globalizzazione*, Milano, 2022, pp. 37-42.

S.A.King, "Welfare regimes and welfare regions in Britain and Europe, c.1750-1860", in *Journal of modern European history*, 9 (2011), pp.42-66.

S.Onger, *La professione del medico ospedaliero nella Lombardia della Restaurazione*, in Id., *Una provincia operosa. Aspetti dell'economia bresciana tra XVIII e XX secolo*, Milano, 2011, pp.70-72.

F.Robecchi, *Spedali civili di Brescia. Mezzo millennio di carità e di assistenza sanitaria*, 2 volumi, Brescia 2000-2001.

R.Semeraro, G.Gregorini, *Epidemie e spedalità a Brescia: parallelismi e itinerari nella storia*, in D.Simeone, A.Bianchetti, R.Rozzini (eds), *Le cento giornate di Brescia. Il Covid-19 e la città*, Scholé-Morcelliana, Brescia 2021 pp.33-52.

R.Semeraro, G.Gregorini, *Assistere, curare, finanziare: la sanità cattolica in Lombardia tra Ottocento e Novecento*, in M.Vilar-Rodríguez, J.Pons-Pons (eds), *Los hospitales y las pandemias en España e Italia desde una perspectiva histórica*, Universitat d'Alcant, Alcant 2022, pp.233-265

La Facoltà di Medicina e Chirurgia a Brescia: dai primi passi ai 40 anni di crescita

Enrico Agabiti Rosei

Professore Emerito di Medicina Interna, Università di Brescia

“La vita deve essere una continua educazione”

G. Flaubert

La nascita dell'Università di Brescia

Il 15 agosto 1982 ero negli Stati Uniti, a Cleveland, presso la Research Division della Cleveland Clinic, per completare un progetto di ricerca collaborativa con il gruppo di Robert Tarazi. Mi trovavo in laboratorio (nessun Ferragosto...) e arrivò la telefonata di un amico: "... Brescia ha un'Università Statale, è ufficiale...". Finalmente!

Mi ero trasferito 4 anni prima dall'Università di Perugia a quella di Milano, destinazione Brescia, seguendo il mio maestro, il professor Giulio Muiesan, insieme ad alcuni colleghi, con l'obiettivo, per me di grande interesse, direi entusiasmante, di partecipare allo sviluppo di una nuova Università, di una nuova Facoltà di Medicina, in un grande (in tutti i sensi) Ospedale, di

lunga e gloriosa tradizione. Anche se a Perugia quasi certamente avrei potuto percorrere un regolare soddisfacente cammino professionale, la possibilità di contribuire a creare qualcosa di nuovo e auspicabilmente avanzato era per me molto attraente. Le istituzioni bresciane avevano svolto un lungo, concreto lavoro preparatorio in attesa dell'approvazione di un'Università autonoma, ma quegli anni furono piuttosto difficili perché mancava sufficiente personale docente e



amministrativo, non vi era una normativa precisa e adeguata, i Corsi erano affidati a docenti di altre Università (soprattutto Milano e Parma) e le convenzioni per l'attività clinica all'inizio erano in pratica solo per le posizioni apicali (*sic!*). Devo dire che si trattava di un 'bel salto' per chi veniva da un'antica Università come quella di Perugia (quasi 700 anni di storia), con un'intensa esperienza clinica che, come dovrebbe essere noto, è 'inscindibile dalla attività didattica e di ricerca'. Tuttavia, anche quegli anni un po' complicati sono stati molto utili, soprattutto per aver potuto porre le basi di una attività universitaria regolare, ponendo particolare interesse sulla formazione dei giovani e sulle premesse organizzative, tecniche e strumentali, per stabilire un'attività di ricerca efficace, in continuazione con quanto impostato in precedenza.

Il 10 novembre 1982 si tenne il primo Consiglio della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Brescia.

In tutto, la Facoltà era composta da 15 Professori di ruolo, ai quali si aggiungevano 5 giovani (abbastanza giovani...) Ricercatori.

Crescita e sviluppo dell'Università

Da allora la Facoltà è cresciuta moltissimo, in modo progressivo, nelle strutture didattiche, nelle dotazioni strumentali e di laboratorio, nel personale docente, tecnico e amministrativo, nel numero degli studenti. Negli anni, la normativa relativa all'organizzazione universitaria è in buona parte cambiata. In particolare, con la legge n. 240 del 30.12.2010, i Dipartimenti hanno assunto un ruolo prioritario per la ricerca e la didattica, per la gestione dei finanziamenti e del personale. La Facoltà di Medicina e Chirurgia è oggi sostanzialmente una struttura trasversale di coordinamento, che ha il compito di gestire i servizi comuni, di coordinare le attività didattiche e anche di occuparsi delle attività assistenziali svolte dal personale universitario.

Comunque sia, la grande crescita in 40 anni della Facoltà di Medicina e Chirurgia

della Università di Brescia è testimoniata, in breve, da quanto segue:

Anno Accademico 2022-2023

| | |
|---|----------|
| Docenti e Ricercatori di ruolo- Area Medica | N. 269 |
| Corsi di Laurea Magistrale: | studenti |
| Medicina e Chirurgia | N. 1.535 |
| Odontoiatria e Protesi Dentaria | N. 111 |
| + altri 3 | N. 452 |
| Corsi di Laurea triennale (n 14) | N. 2.236 |
| Dottorati di ricerca (n 8) | N. 80 |
| Scuole di Specializzazione (n 40) | N. 1.149 |
| Centri di Ricerca (n 14) | |

Nel più recente ranking mondiale delle migliori Università per Medicina, Brescia è nel 30% migliore, in Italia è settima in assoluto. Due Dipartimenti, quello di 'Medicina Molecolare e Traslazionale' e quello di 'Scienze Cliniche e Sperimentali', che ho avuto l'onore di dirigere fino al 2016, sono stati riconosciuti dal Ministero come Dipartimenti di Eccellenza per le attività di ricerca scientifica. Molti docenti dell'Università di Brescia hanno posizioni di rilievo nei loro specifici ambiti scientifici, come dimostrano sia la loro presenza nei primi posti delle graduatorie che valutano le attività di ricerca sia gli incarichi apicali che essi hanno ottenuto nei Consigli di varie Società scientifiche nazionali e internazionali.



Università e Ospedale: a stretto contatto

Non vi è alcun dubbio che lo sviluppo tecnico, professionale, culturale della Facoltà, almeno per la parte clinica, sia stato in stretta connessione con quello dell'Ospedale, e anche condizionato da questa convivenza. Luci e ombre, come spesso accade, ma in tutti questi anni mi sono convinto che nel complesso il rapporto tra Università e Ospedale sia stato di grande beneficio e motivo di ulteriore crescita per entrambi, l'uno per l'altro. Infatti, gli Spedali Civili di Brescia si sono sempre caratterizzati come una grande e assai efficiente struttura sanitaria, con una casistica clinica amplissima, generalmente ben documentata, fondamentale per studio, approfondimento e stimolo alla curiosità intellettuale dei ricercatori. **Personalmente, mi ritengo fortunato per aver potuto lavorare in un Ospedale che molto mi ha dato per ottenere significative soddisfazioni nella mia carriera e che mi ha anche consentito di instaurare rapporti professionali e umani solidi, di stima e amicizia, con colleghi ospedalieri di eccellente professionalità,** soprattutto nelle due Divisioni di Medicina Generale, 1a e 2a. Inoltre, mi sento di dire che il contributo degli ospedalieri alla formazione pratica clinica dei giovani sia stato davvero molto importante.

D'altro canto, l'Università ha fornito spesso docenti di ottima preparazione e capacità, che hanno favorito consistenti possibilità di interazione tra colleghi, e utili rapporti con istituzioni e società scientifiche, in un confronto aperto, libero, non provinciale, come deve essere per appartenere ad una comunità scientifica che deve crescere e che aspira a raggiungere traguardi ambiziosi. **L'Università è sede istituzionale della ricerca scientifica e consente una moderna ricerca traslazionale, dal laboratorio all'applicazione clinica, come è stato dimostrato a Brescia in tutti questi anni, e anche ribadito nei numerosi studi e negli importanti risultati conseguiti durante la pandemia da Covid-19.** Voglio anche ricordare che questo recente drammatico evento ha visto l'impegno assistenziale

straordinario degli ospedalieri e universitari, che si sono prodigati insieme, senza differenze di orario e di ruolo istituzionale. Tuttavia, a mio avviso, nel prossimo futuro sarà probabilmente necessario porre più attenzione istituzionale ad alcune situazioni, soprattutto della componente universitaria e dei più giovani, che attualmente non possono ritenersi ottimali e corrispondenti all'impegno profuso. Penso agli spazi per gli specializzandi, per gli studenti, per i laboratori di ricerca, alla posizione economica e di impegno orario degli universitari, da attuare secondo le disposizioni legislative, tenendo conto dei doveri istituzionali connessi alla didattica e alla ricerca, e penso anche all'ipotesi di una Azienda mista Ospedale-Università, come esiste nella maggior parte delle istituzioni assistenziali pubbliche italiane in cui insiste l'istituzione universitaria. Peraltro, ritengo che la Facoltà di Medicina e Chirurgia dovrà presto adeguarsi in modo attivo alle mutate condizioni demografiche, sociali, epidemiologiche e dovrà fornire adeguato spazio e tempo all'insegnamento focalizzato sulla diagnosi e terapia di pazienti, soprattutto di quelli affetti da malattie croniche, che devono essere spesso curati nel territorio, al di fuori delle strutture ospedaliere.

Conclusione

Nelle ipotetiche future riflessioni sulla crescita della Facoltà Medica a Brescia mi piacerebbe affrontare il tema dei rapporti tra Ospedale e Università in termini, più che di convivenza, di più forte integrazione, rimanendo ognuno responsabile dei propri compiti identitari. Dopo tutto, sono due istituzioni pubbliche con finalità analoghe e complementari, con forte tradizione culturale e con l'obiettivo primario di garantire il progresso e la trasmissione delle conoscenze e l'eccellenza delle cure. **Sono ormai destinate a collaborare in modo sempre più stretto, e vale la pena di aumentare questa collaborazione presto e bene, a partire proprio da questo anno 2023, anno in cui la città è Capitale della Cultura. ●**

Le iniziative dell'Ordine nell'anno della Cultura

Nell'anno di *Bergamo Brescia Capitale Italiana della Cultura*, l'Ordine dei Medici propone un palinsesto di iniziative rivolte alla comunità medica e alla popolazione, che spazieranno dalla letteratura alla musica, dal cinema all'arte, con l'obiettivo di esplorare le connessioni tra i diversi ambiti espressivi e l'universo della medicina e della cura.

Medicina e Cultura è il motivo portante che unirà i molteplici eventi da realizzare nel corso del 2023. Il titolo trae ispirazione dalle aree tematiche individuate per la *Capitale Italiana della Cultura*, in particolare quella de *La cultura come cura*, legata alla risposta progettuale che ha consentito di far fronte all'esperienza della pandemia Covid-19, riportando in primo piano il dibattito sulla cura. Cultura, quindi, come chiave di rinascita dopo uno dei periodi più bui che il nostro territorio abbia mai conosciuto, strumento di prevenzione e socializzazione capace di influenzare il benessere delle persone, attraverso processi di inclusione e accoglienza, per la costruzione di relazioni di comunità, secondo il manifesto contenuto nel *Dossier Capitale italiana della cultura 2023*.

Il calendario di eventi ha preso il via sabato 25 marzo nella Sala conferenze dell'Ordine con un focus sulla storia. Una giornata di studio su *Medicina e società a Brescia - Storia, contemporaneità, futuro* per ragionare attraverso storici, medici ed esperti sulle dinamiche di assistenza e cura

che legano passato, contemporaneità e futuro, prendendo le mosse da quella tradizione solidale e mutualistica di attenzione ai bisogni della comunità che ha innervato la storia locale.

Il convegno ha approfondito l'evoluzione della medicina a Brescia e lo sviluppo del suo ospedale, fra i più antichi della Lombardia. Ma ha offerto anche l'occasione per riflettere sulle trasformazioni che hanno interessato i diversi scenari della cura, soffermandosi sull'invecchiamento della società e l'assistenza agli anziani, la città solidale e la vicinanza agli ultimi, e gettando un ponte sulle prospettive future e la sanità che cambia dopo la pandemia.

A seguire, sempre in primavera, è in programma un ciclo di incontri dedicati a *Medicina e Cinema*, realizzati in collaborazione con il Cinema Nuovo Eden di Fondazione Brescia Musei, di cui diamo conto nell'approfondimento che segue.

Per l'autunno sono invece in cantiere proposte sui temi *Medicina e Arte*, *Medicina e Letteratura* e *Medicina e Musica*: il programma completo delle iniziative, una volta perfezionato, verrà divulgato attraverso i canali istituzionali dell'Ordine. ●

La rassegna cinematografica

GUARITORI FERITI *Medicina e Cinema*

Il cinema ha raccontato in svariati modi, nel corso del tempo, la figura del medico. Pur senza pretese di esaustività, anche durante i corsi di formazione dell'Ordine, si è affrontata la tematica, con l'ausilio di sequenze di per sé significative se non addirittura folgoranti, anche se poi le pellicole che le contengono non sempre hanno il passo o la tenuta per una narrazione fino in fondo convincente.

È d'altronde il limite (se la prospettiva è appunto quella della completezza) che può avere un mezzo espressivo come il cinema, che in genere adotta dispositivi narrativi di interesse artistico, commerciale o documentaristico per raccontare storie, non per trattare sistematicamente una materia.

Di conseguenza, risulta ovvio che anche una mini-rassegna come quella proposta dall'Ordine, in collaborazione con il Cinema Nuovo Eden - Fondazione Brescia Musei nell'ambito delle iniziative legate a Brescia e Bergamo Capitali della Cultura Italiana per il 2023, non possa offrire completezza, bensì suggestioni.

La prima serata è incentrata su un classico della cinematografia mondiale, *Il posto delle fragole* (1957) di Ingmar Bergman, che sarà introdotto dal Dottor Gianpaolo Balestrieri. La storia

si concentra su un anziano luminare della medicina, che si mette in viaggio insieme alla nuora per andare a ritirare un prestigioso premio accademico: il percorso, con le sue estemporanee tappe, diventa l'occasione per un bilancio esistenziale, una riflessione senza sconti a se stesso sulla propria vita e sulla professione. Uno dei capolavori del regista svedese, pervaso di malinconia eppure capace di improvvisi squarci di luce, dotato di un fascino tuttora potente.

Con il secondo appuntamento, introdotto dal critico cinematografico Enrico Danesi, va in scena un abbinamento che collega, già sul piano dei titoli, il primo film della storia che ha come protagonista un medico - *The Country Doctor* (Il medico di campagna) di David Wark



Griffith - con una commedia recente, *Médecin de campagne* (Il medico di campagna) di Thomas Lilti.

La figura del medico irrompe infatti sul grande schermo nel 1909 con *The Country Doctor*, celebre cortometraggio del maggiore rappresentante americano del cinema degli albori, che egli stesso traghettò nella modernità. Un film di pochi minuti che narra la parabola di un medico realizzato e sereno che, per salvare la bimba di una famiglia senza mezzi, trascura sua figlia, egualmente malata. Un documento straordinario, di esemplare asciuttezza, sebbene legato all'enfasi gestuale che caratterizza il cinema muto; schematico, ma in realtà meno retorico di quanto non possa apparire a una visione distratta. Dal 1909 al 2016, quando esce *Médecin de campagne*, sono passati sugli schermi di tutto il mondo migliaia di medici di ogni tipo (eroi e dannati, entusiasti e disillusi, o semplicemente uomini e donne), ma resta forte l'idea "missionaria" del mestiere, alle prese con i cambiamenti della società, dentro un'opera capace di affrontare con ironica leggerezza cliché, contraddizioni, vezzi e punti fermi della professione medica. La proposta finale è un collage di sequenze cinematografiche, curato ancora da Danesi, che si focalizza su medici, malattia e malati nella storia del cinema, attingendo da numerosi film di varie epoche. ●

Medicina e solidarietà

 **Angelo Bianchetti e Renzo Rozzini**

La cultura medica fonda le sue radici sul riconoscimento dell'altro-persona come soggetto di attenzione, aiuto e cura. Nel giuramento di Ippocrate ogni medico solennemente dichiara di attenersi "... *nella mia attività ai principi etici della solidarietà umana contro i quali, nel rispetto della vita e della persona, non utilizzerò mai le mie conoscenze*".

La solidarietà nella cultura medica si declina e si esprime in molteplici modi: nella relazione con la persona ammalata e con i suoi familiari, innanzitutto, non di meno nei rapporti fra i colleghi (l'art 58 del codice deontologico recita "*Il medico impronta il rapporto con i colleghi ai principi di solidarietà e collaborazione...*"), ma anche nell'attenzione e apertura verso i bisogni della comunità civile e della società nel suo complesso.

Di questa solidarietà in ambito medico e sanitario più in generale è ricca la storia, che ha visto il fiorire di esempi di persone, gruppi ed enti (laici o religiosi) che hanno votato la loro vita e la loro missione al sostegno degli altri ed alla solidarietà.

In questo numero di Brescia Medica abbiamo voluto raccogliere esempi e storie di questa solidarietà che in Brescia si è sviluppata nei secoli e continua anche ora.

Gli ospedali stessi nascono in Italia come luoghi di accoglienza, di cura e di solidarietà a partire dal 1400. Anche gli Spedali Civili di Brescia derivano dall'"*Hospitale unum magnum et universale*" costituito nel 1427

per riunire in un'unica struttura le molteplici istituzioni che si occupavano di assistere infermi ed indigenti della città.

La dimensione "sociale" della medicina è una modalità antica di esprimere la "solidarietà" verso il modo e i suoi bisogni, oltre il rapporto medico paziente tradizionale, che si è sviluppata nel tempo in forme culturali e organizzative diverse: l'attenzione alle conseguenze delle guerre ha portato alla fondazione della Croce Rossa nell'800, agli inizi del 900 si strutturano i principi della medicina che tutela la salute dei lavoratori, dalla metà del 900 si sviluppa la "*medicina degli stili di vita*" per contrastare gli effetti negativi di abitudini alimentari e voluttuarie sulla salute individuale, e più in generale la "*medicina sociale*".

Il Sistema Sanitario Nazionale si fonda nella sua organizzazione attuale nel nostro Paese sui principi solidaristici di universalità, uguaglianza e equità, che trovano il loro fondamento nella carta costituzionale (art. 32).

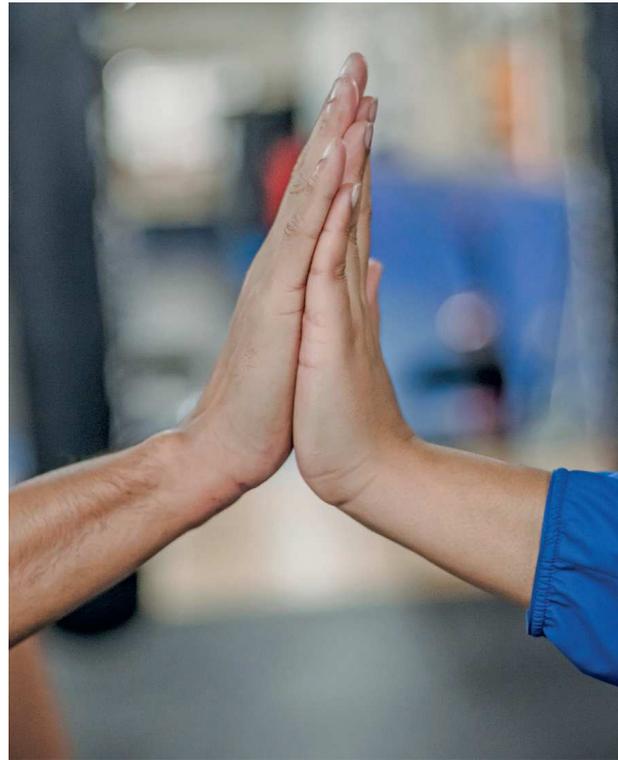
Nella storia della medicina sono molteplici gli esempi che mostrano la concretizzazione di questi principi e su questo abbiamo voluto dedicare specifiche riflessioni concentrandoci sulla storia della comunità bresciana.

Al di là delle affermazioni di principio, dobbiamo chiederci se la medicina nella sua organizzazione attuale e la cultura medica siano ancora allineati ai principi di "solidarietà" che abbiamo fin qui descritto come fondamentali.

La stessa professione di medico sta cambiando così come il rapporto fra persona ammalata (una volta chiamata “paziente”) e medico. Dimentichiamo il rapporto paternalistico di altri tempi, ma anche modelli di relazione più recenti quali quello dell’alleanza medico-paziente sono ormai superati e si va verso un rapporto medico/utente/cliente in cui la relazione è basata sulla “prestazione professionale” e all’assolvimento di questa corrisponde la realizzazione del contratto. Nessuno spazio per relazioni solidaristiche, umanistiche, di “com-patimento”. Il paziente/cliente esige una prestazione (e spesso un risultato) e il medico è un prestatore d’opera. In questa logica il medico (e la medicina) dovrebbe occuparsi dell’ambiente, della salubrità dei luoghi di vita e degli stili di vita... solo nella misura in cui fanno parte del contratto.

L’ospedale stesso ha mutato la sua vocazione, non più luogo di accoglienza, ma luogo di prestazioni, le aree/reparti di cura diventano “centri di costo” e la dimensione solidaristica è superata da quella economicistica. I medici (e gli infermieri) sono “manager” e la loro capacità è misurata non sulla base di principi etici o strettamente professionali, ma sul raggiungimento di obiettivi misurabili, su risultati economici.

Anche la recente vicenda della pandemia COVID 19 può essere letta in questi termini. Gli operatori sanitari “angeli”, “eroi”, lodati per la loro dedizione, che mettono a rischio la propria salute fisica e psichica, le loro famiglie, la loro stessa vita (e quanti l’hanno persa davvero!) diventano poi nell’immaginario collettivo degli estranei presuntuosi, con il dubbio che in questa vicenda ci abbiano anche lucrato. La politica stessa si dimentica di loro, del loro sacrificio e tutto torna negli ambiti “ordinari” come se niente fosse successo e nulla possa ripetersi. Perfino all’interno della comunità medica la vicenda Covid che è stata nei primi tempi una grande occasione di solidarietà e di superamento degli steccati (fra medici ospedalieri e del territorio, all’interno degli ospedali fra i vari reparti, fra gli ospedali stessi...) è diventata successivamente occasione di scontro e di colpevolizzazione reciproca.



È questa un’evoluzione necessaria del sistema sociale, del sistema sanitario e della medicina stessa o piuttosto una involuzione? Quale spazio ha oggi la professione medica per proporre modelli di comportamenti e di cura che rispettino le esigenze dei tempi in cui viviamo, ma anche i principi che sono stati alla base della professione per secoli? Se la medicina si fonda sulla scienza e conoscenza, ma anche sull’etica e su valori, fra i quali la solidarietà primeggia **dobbiamo anche chiederci come formare i medici alla professione, se davvero gli studi universitari sono adeguati e sufficienti, se non sia possibile e doveroso un impegno della nostra comunità (e quindi anche degli Ordini) per un confronto e un approfondimento della medicina come professione solidale.**

Sono domande e riflessioni che facciamo in quest’anno in cui Brescia con Bergamo sono capitali della cultura. **La medicina è cultura, e la medicina è anche solidarietà.** Non dimenticarlo, ricordarlo alla nostra comunità professionale e a noi stessi, offrirlo come riflessione alla società nel suo complesso ci aiuterà a trovare nuovi modi per renderlo attuale in un tempo certo complesso, ma anche ricco di straordinarie opportunità. ●

La medicina delle migrazioni: l'opinione dei medici bresciani *il sondaggio*

 Commissione Pari Opportunità Ordine Medici Brescia*

Introduzione

La cultura medica fonda le sue radici sul riconoscimento dell'altro-persona come soggetto di attenzione, aiuto e cura. Nel giuramento di Ippocrate ogni medico solennemente dichiara di attenersi "... nella mia attività ai principi etici della solidarietà umana contro i quali, nel rispetto della vita e della persona, non utilizzerò mai le mie conoscenze".

La solidarietà nella cultura medica si declina e si esprime in molteplici modi: nella relazione con la persona ammalata e con i suoi familiari, innanzitutto, non di meno nei rapporti fra i colleghi (l'art 58 del codice deontologico recita "Il medico impronta il rapporto con i colleghi ai principi di solidarietà e collaborazione..."), ma anche nell'attenzione e apertura verso i bisogni della comunità civile e della società nel suo complesso.

Di questa solidarietà in ambito medico e sanitario più in generale è ricca la storia, che ha visto il fiorire di esempi di persone, gruppi ed enti (laici o religiosi) che hanno votato la loro vita e la loro missione al sostegno degli altri ed alla solidarietà.

In questo numero di Brescia Medica abbiamo voluto raccogliere esempi e storie di questa solidarietà che in Brescia si è sviluppata nei secoli e continua anche ora. Gli ospedali stessi nascono in Italia come luoghi di accoglienza, di cura e di solidarietà a partire dal 1400. Anche gli Spedali Civili di Brescia derivano dall'"*Hospitale unum magnum et universale*" costituito nel 1427 per riunire in un'unica struttura le molteplici istituzioni che si occupavano di assistere infermi ed indigenti della città.

La dimensione "sociale" della medicina è una modalità antica di esprimere la "solidarietà" verso il modo e i suoi bisogni, oltre il rapporto medico paziente tradizionale, che si è sviluppata nel tempo in forme culturali e organizzative diverse: l'attenzione alle conseguenze delle guerre ha portato alla fondazione della Croce Rossa nell'800, agli inizi del 900 si strutturano i principi della medicina che tutela la salute dei lavoratori, dalla metà del 900 si sviluppa la "medicina degli stili di vita" per contrastare gli effetti negativi di abitudini alimentari e voluttuarie sulla

salute individuale, e più in generale la "medicina sociale".

Il Sistema Sanitario Nazionale si fonda nella sua organizzazione attuale nel nostro Paese sui principi solidaristici di universalità, uguaglianza e equità, che trovano il loro fondamento nella carta costituzionale (art. 32).

Nella storia della medicina sono molteplici gli esempi che mostrano la concretizzazione di questi principi e su questo abbiamo voluto dedicare specifiche riflessioni concentrandoci sulla storia della comunità bresciana.

Al di là delle affermazioni di principio, dobbiamo chiederci se la medicina nella sua organizzazione attuale e la cultura medica siano ancora allineati ai principi di "solidarietà" che abbiamo fin qui descritto come fondamentali.

La stessa professione di medico sta cambiando così come il rapporto fra persona ammalata (una volta chiamata "paziente") e medico. Dimentichiamo il rapporto paternalistico di altri tempi, ma anche modelli di relazione più recenti quali quello dell'alleanza medico-paziente sono ormai superati e si va verso un rapporto medico/utente/cliente in cui la relazione è basata sulla "prestazione professionale" e all'assolvimento di questa corrisponde la realizzazione del contratto. Nessuno spazio per relazioni solidaristiche, umanistiche, di "com-patimento". Il paziente/cliente esige una prestazione (e spesso un risultato) e il medico è un prestatore d'opera.

In questa logica il medico (e la medicina) dovrebbe occuparsi dell'ambiente, della salubrità dei luoghi di vita e degli stili di vita... solo nella misura in cui fanno parte del contratto.

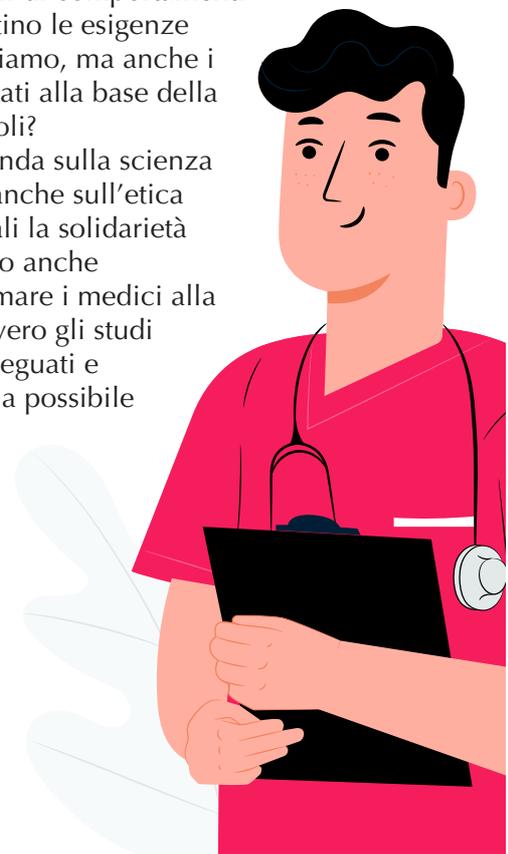
L'ospedale stesso ha mutato la sua vocazione, non più luogo di accoglienza, ma luogo di prestazioni, le aree/reparti di cura diventano "centri di costo" e la dimensione solidaristica è superata da quella economicistica. I medici (e gli infermieri) sono "manager" e la loro capacità è misurata non sulla base di principi etici o strettamente professionali, ma sul raggiungimento di obiettivi misurabili, su risultati economici.

Anche la recente vicenda della pandemia COVID 19 può essere letta in questi termini. Gli operatori sanitari "angeli", "eroi", lodati per la loro dedizione, che mettono a rischio la propria salute fisica e psichica, le loro famiglie, la loro stessa vita (e quanti l'hanno persa davvero!) diventano poi nell'immaginario collettivo degli estranei presuntuosi, con il dubbio che in questa vicenda ci abbiano anche lucrato. La politica stessa si dimentica di loro, del loro sacrificio e tutto torna negli ambiti "ordinari" come se niente fosse successo e nulla possa ripetersi. Perfino all'interno della comunità medica la vicenda Covid che è stata nei primi tempi una grande occasione di solidarietà e di superamento degli steccati (fra medici ospedalieri e del territorio, all'interno degli ospedali fra i vari reparti, fra gli ospedali stessi...) è diventata successivamente occasione di scontro e di colpevolizzazione reciproca.

È questa un'evoluzione necessaria del sistema sociale, del sistema sanitario e della medicina stessa o piuttosto una involuzione? Quale spazio ha oggi la professione medica per proporre modelli di comportamenti e di cura che rispettino le esigenze dei tempi in cui viviamo, ma anche i principi che sono stati alla base della professione per secoli?

Se la medicina si fonda sulla scienza e conoscenza, ma anche sull'etica e su valori, fra i quali la solidarietà primeggia dobbiamo anche chiederci come formare i medici alla professione, se davvero gli studi universitari sono adeguati e sufficienti, se non sia possibile e doveroso un impegno della nostra comunità (e quindi anche degli Ordini) per un confronto e un approfondimento della medicina come professione solidale.

Sono domande e riflessioni che



facciamo in quest'anno in cui Brescia e Bergamo sono capitale della cultura. La medicina è cultura, e la medicina è anche solidarietà. Non dimenticarlo, ricordarlo alla nostra comunità professionale e a noi stessi, offrirlo come riflessione alla società nel suo complesso ci aiuterà a trovare nuovi modi per renderlo attuale in un tempo certo complesso, ma anche ricco di straordinarie opportunità.

Perché un convegno sul tema "Medicina delle Migrazioni: salute come requisito per l'integrazione"?

Perché la Medicina delle Migrazioni riveste oggi in Europa, in Italia in particolare, un interesse crescente sia in ambito clinico (diagnosi e terapia), sia in ambito di sanità pubblica (accesso alle cure, tutela della comunità ospite), sia etico (diritti umani). La tematica interessa dunque numerose figure sanitarie: medici di famiglia, internisti e specialisti infettivologi, pediatri, ostetrici e ginecologi, igienisti, microbiologi, infermieri oltre che naturalmente i responsabili delle politiche sanitarie.

Obiettivo del convegno è quello di creare un forum di discussione sui molteplici aspetti della Medicina delle Migrazioni: epidemiologia del fenomeno migratorio, problematiche infettivologiche e non

infettivologiche, la patologia del disagio, con particolare attenzione agli aspetti transculturali, normativi ed etici di un fenomeno che è destinato ad accompagnare il medico italiano e la nostra società nel suo complesso nei prossimi decenni.

I dati del sondaggio

Per avere elementi di riflessione legati alla specifica realtà del nostro territorio abbiamo condotto un sondaggio rivolto ai Medici di Medicina Generale (MMG) ed ai Pediatri di Libera Scelta (PLS). I medici del territorio sono il "front office" del paziente immigrato, la prima ricerca d'aiuto per sopravvivere in un sistema sociale non conosciuto, il primo approccio alla sanità. Hanno risposto al sondaggio (condotto *online* in modo anonimo) il 18% dei MMG e il 37% dei PLS: un numero significativo, segno dell'interesse suscitato dall'argomento.

Il campione di chi ha risposto è rappresentato soprattutto da donne (il 61%), opera in provincia (79%) più che in città (21%), ha in carico nella maggior parte dei casi (90%) oltre 1000 assistiti. Pochi sono i giovani (solo il 3% è rappresentato da persone con meno di 30 anni), il 62% ha fra 30 e 60 anni e il 35% più di 60 anni. Il numero di migranti fra gli assistiti è meno

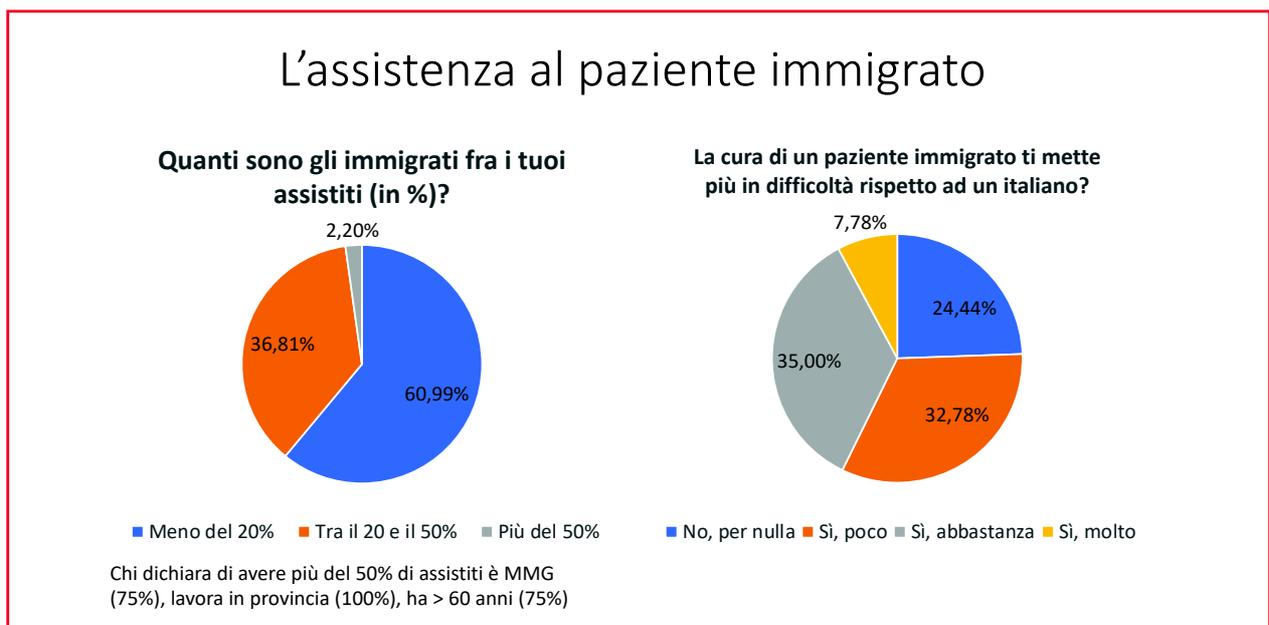
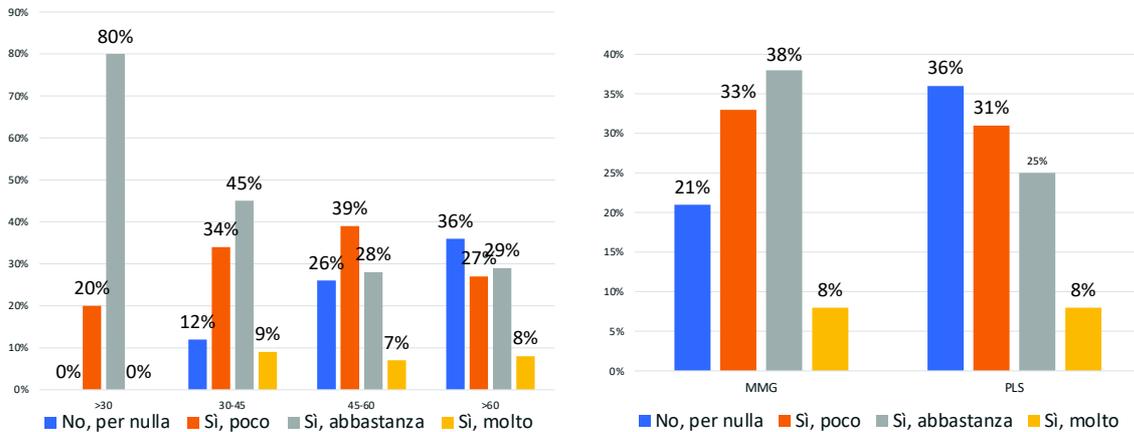


Figura 1: Tasso di immigrati fra gli assistiti dei medici che hanno risposto al sondaggio.

La cura del paziente immigrato ti mette più in difficoltà di un paziente italiano?



L'età è un fattore protettivo rispetto alla difficoltà di gestione del paziente immigrato

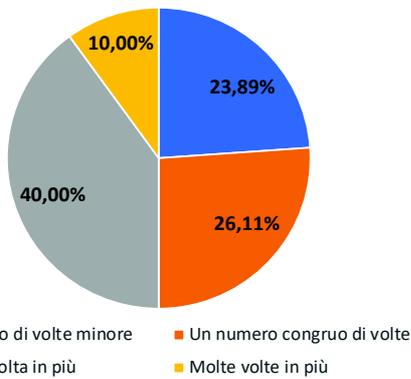
I PLS sono meno in difficoltà dei MMG

Le altre variabili esaminate (sesso, modalità di lavoro, numero di assistiti e % di immigrati, area di lavoro) non influenzano le difficoltà.

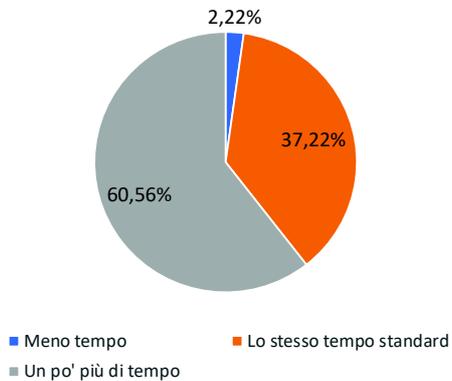
Figura 2: Le difficoltà della cura del paziente immigrato in relazione all'età (parte a) e alla professione (parte b).

La cura del paziente immigrato

Il paziente immigrato torna da te...



Quanto tempo dedichi alla singola visita di un immigrato



del 20% per il 61% dei casi, fra il 20 e il 50% nel 37% dei casi e oltre il 50% nel 2% di chi ha risposto (figura 1). È interessante osservare che chi dichiara di avere più del 50% di assistiti immigrati è MMG (75%), lavora in provincia (100%) ed ha più di 60 anni.

La cura di un paziente immigrato rispetto ad un paziente italiano mette abbastanza

in difficoltà il MMG e PLS (molto per l'8% e abbastanza per il 35%) e questo avviene soprattutto per i medici più giovani e per i MMG; l'età, infatti, risulta essere un fattore protettivo rispetto alle difficoltà di gestione del paziente immigrato, così come essere PLS rispetto a MMG (figura 2 e 3).

Le ragioni di queste difficoltà sono soprattutto legate al fatto che l'immigrato

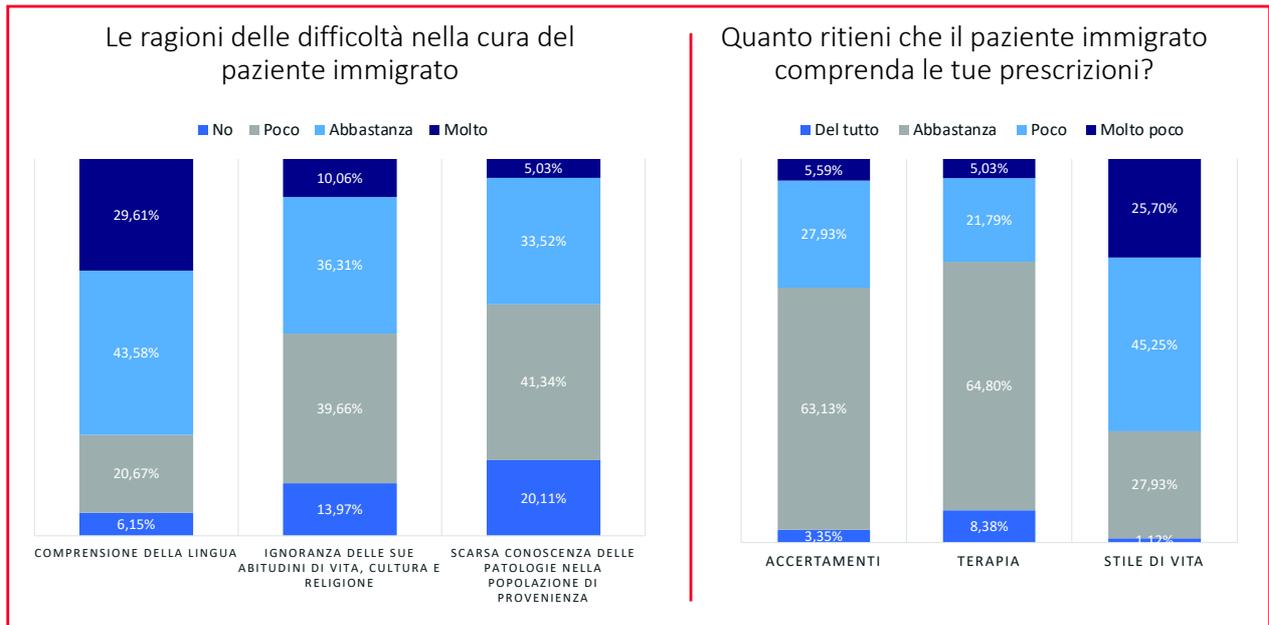


Figura 3: Le ragioni delle difficoltà nella cura di un immigrato.

viene più spesso in ambulatorio (per il 50% degli intervistati), la visita richiede più tempo (63% dei responders), per i problemi legati alla lingua (74%), alla scarsa conoscenza delle sue abitudini, cultura e religione (46% dei casi), alla

scarsa conoscenza delle patologie nella popolazione di riferimento (39% di chi ha risposto) (figura 3). Tra le difficoltà incontrate vi sono anche la scarsa aderenza alle prescrizioni terapeutiche (27%), agli accertamenti (34%)

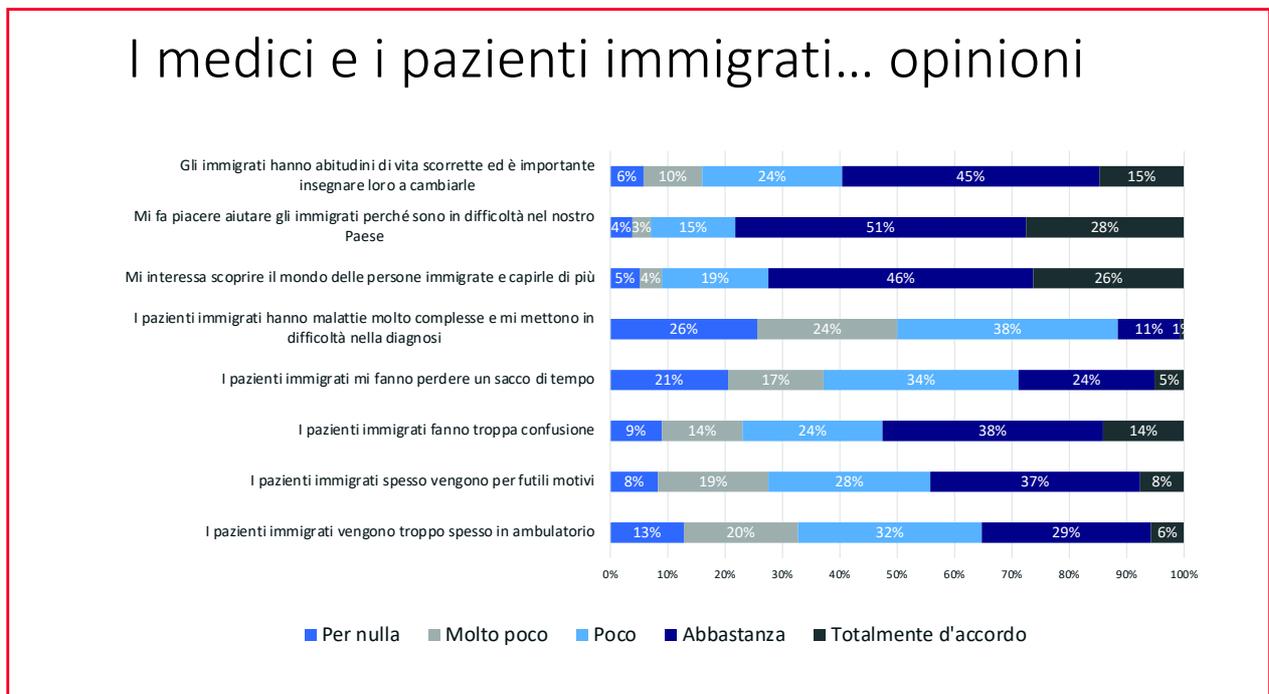


Figura 4: Le opinioni dei medici sui pazienti immigrati.

e soprattutto allo stile di vita (71%). Nella **figura 4** sono presentate le opinioni dei *responders* su alcuni aspetti della gestione della salute dei pazienti immigrati. Si confermano la necessità di incidere sugli stili di vita scorretti (per il 60%) e il carico richiesto per la cura di questi pazienti (confusione, futili motivi, visite numerose). Allo stesso tempo emerge nella maggior parte dei medici una forte motivazione a curare queste persone in difficoltà in un paese straniero (per il 79% degli intervistati) e un interesse a capire meglio il loro mondo (nel 70% dei casi).

Le patologie prevalenti sono quelle cardiovascolari per i MMG e quelle infettive per i PLS (**figura 5**).

Frequenti sono i problemi legati all'alimentazione (69% dei PLS e 59% dei MMG), all'abuso di alcool (per il 23% dei MMG), alla sedentarietà (41% dei PLS e 34% dei MMG) e al fumo (28% dei MMG). Il disagio sociale/abitativo/economico è rilevato come problema rilevante dal 43% dei PLS e dal 56% dei MMG.

La comunicazione rimane un importante problema: il 70% degli intervistati dichiara di non essere informato sui corsi di italiano

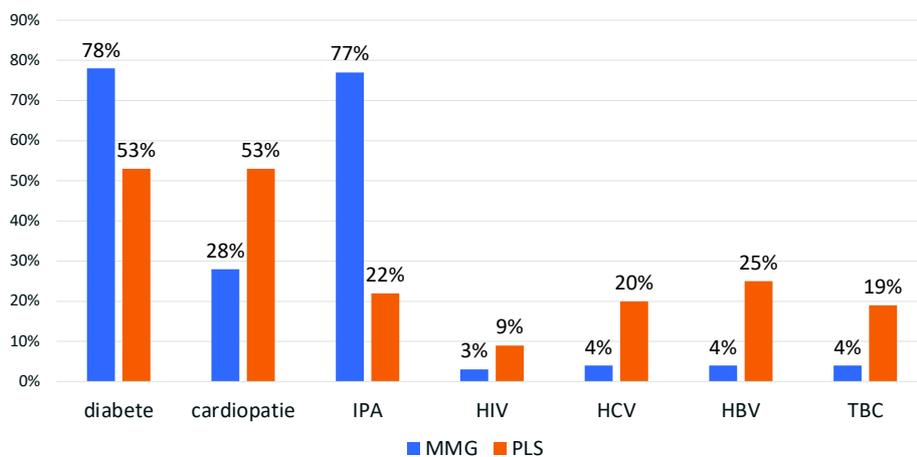
organizzati nella propria zona, il 90% degli intervistati identifica nei familiari del paziente immigrato lo strumento per comunicare.

Conclusione

Il sondaggio fornisce importanti informazioni epidemiologiche per una programmazione sanitaria orientata a favorire l'integrazione e ridurre le disuguaglianze di salute, grazie al miglioramento della comunicazione e del rapporto medico-paziente. L'integrazione è fondamentale non solo per la salute dei pazienti immigrati ma per tutta la comunità in generale. Un grazie particolare ai Colleghi che hanno partecipato al sondaggio. ●

**Un grazie particolare al dottor Angelo Bianchetti per l'elaborazione dei dati e la configurazione grafica.*

Quali le patologie con maggior prevalenza fra i tuoi pazienti immigrati?



Vengono rappresentate le patologie indicate con prevalenza maggiore

Figura 5

Medicina e solidarietà: da Brescia aperti al mondo

Silvio Caligaris

Medico Infettivologo

Consigliere dell'ordine dei medici

“Vogliamo un mondo solidale, in cui ciascuno si senta accolto e non sia costretto a rinunciare ai propri sogni. Non si tratta di un semplice auspicio, ma di una volontà ben precisa, che un vostro motto esprime così: “Un mondo da costruire insieme, nel rispetto del creato, nel quale ogni persona possa realizzarsi in piena dignità!”.

Perché lo sguardo oltre i confini diventa predisposizione d'animo all'incontro con il “prossimo”, testimonianza di amore per l'umanità.

Il volontariato si fonda su un radicato atteggiamento di solidarietà, e tutti sappiamo quante povertà, ingiustizie, violenze siano presenti in ogni continente. Ogni persona, ogni popolo necessita di condizioni basilari per una vita dignitosa: assieme alla pace le abitazioni, l'assistenza sanitaria, l'istruzione, il lavoro, il dialogo e il reciproco rispetto tra le culture e le fedi. La promozione umana rimane un impegno cui dedicarci con disponibilità, vigore, creatività, strumenti adeguati. Solo uno sviluppo integrale - della persona e del contesto in cui vive - permette il dispiegarsi di un buon vivere, personale e sociale, sereno e aperto al futuro.”

Ho voluto iniziare con **queste parole di Papa Francesco** dette con la semplicità e la spontaneità che lo contraddistinguono in occasione dell'udienza concessa alle associazioni della FOCSIV (Federazione degli Organismi Cristiani Servizio Internazionale) a cui “*Medicus Mundi Italia*” afferisce, udienza a cui peraltro ho avuto il grande onore di partecipare vivendo la grande emozione di conoscere di persona sua Santità.

La storia della cooperazione internazionale a Brescia è lunga e le realtà del volontariato diffuse e radicate. Molti bresciani si sono distinti nell'impegno per costruire un mondo più equo e visibile per tutti: alcuni partendo per le missioni e per i paesi più bisognosi, altri organizzando e sviluppando importanti associazioni. L'operosità di questa città non ha trascurato i Paesi del Sud del Mondo esportando conoscenze ed esperienze per svolgere al meglio determinate attività in ogni settore agricolo, industriale, sanitario...

La storia della solidarietà bresciana

All'inizio degli anni '60, nella società civile e nel mondo religioso e politico bresciani, si andava diffondendo una nuova attenzione ai Paesi del Sud del Mondo. Nel '58, il documento della Chiesa su "Fidei donum" richiamava alla partenza per nuove terre di missione e molti sacerdoti bresciani, con entusiasmo e generosità, avevano risposto a questa proposta di servizio e di apostolato presso sconosciute comunità lontane.

Nel '63 l'elezione del Sommo Pontefice e concittadino, il cardinale G. Battista Montini, indusse i bresciani a costruire in suo onore, sulla sperduta collina di Kiremba in Burundi, una chiesa, un ospedale, alcune case di accoglienza per laici, religiosi, operatori sanitari e suore.

Nel 1966 Mario Pedini, nativo di Montichiari, fu il relatore della legge sul volontariato che porta il suo nome. Essa consentiva l'esonero dal servizio militare in cambio di un servizio civile anche nei Paesi in Via di Sviluppo (PVS).

Un altro richiamo per i giovani e per tutti a dedicare parte del tempo apparentemente sempre più ristretto della nostra vita all'incontro personale con la sofferenza.

Come non rimanere coinvolti?

La storia di "Medicus Mundi Italia" (MMI) nasce così ed è legata a doppio filo a queste date, a quel nuovo coinvolgimento a tutela e salvaguardia della persona umana e, infine alla nascita dell'ospedale di Kiremba. Divenne ovvia la necessità di gestire l'ospedale con medici capaci in medicina e chirurgia, in ortopedia e ginecologia e anche dotati di grande e buona volontà e di notevole spirito di adattamento.

L'allora Direttore dell'Ufficio Missionario Diocesano Monsignor Renato Monolo aveva inviato il dr. Piero Zaquini ad Anversa a frequentare l'Istituto di Medicina Tropicale e a seguito di contatti con medici della preesistente "Medicus Mundi International" fondata nel '62 ad Aquisgrana, lo stesso Zaquini tornato da Anversa insieme a Tullio Zearo e Gianni Gobbi dettero vita a "Medicus Mundi Italia".

Nell'80 Maria Rosa Inzoli, Luigi Bianchetti, Enrico Cavalli Raimondo Alebardi, Giuseppe Andreis Myriam Brunelli e Giammaria Saldi formarono il primo vero consiglio direttivo.

MMI e Università di Brescia a stretto contatto

Ho voluto raccontare le origini di "Medicus Mundi Italia" per far capire come il lavoro portato avanti ormai per 55 anni da questa organizzazione bresciana rappresenti uno straordinario esempio di come il principio della salute sia un diritto fondamentale.

L'anno 1987 ha rappresentato una tappa fondamentale per la storia di MMI.

L'insediamento presso l'Università di Medicina e Chirurgia a Brescia della nascente cattedra di Malattie Infettive e Tropicali nella persona del direttore Prof. Giampiero Carosi (attuale Presidente di MMI) e dei suoi, allora giovani collaboratori, offriva la possibilità di una collaborazione con essa per quanto riguarda uno degli aspetti prioritari della *mission* e cioè l'attenzione prioritaria in ogni intervento data alla formazione degli operatori socio-sanitari (medici, infermieri, ostetrici, farmacisti, biologi e biotecnologi) sia in Italia che all'estero con esperienze di lavoro sul campo nei PVS.

La globalizzazione ha accelerato la diffusione della conoscenza, favorendo il progresso scientifico e tecnologico, portando a un generale miglioramento delle condizioni di salute di cui hanno beneficiato in modo diseguale i vari Paesi e gli individui. Per MMI è sempre stato chiaro quanto la formazione fosse premessa fondamentale non solo per una corretta professionalità, ma anche per creare negli addetti ai lavori che si avvicinavano alla nostra ONLUS (OSC?) quello spirito di solidarietà, condivisione e apertura necessari a chi vuole intraprendere un cammino tra i più poveri del mondo.

Con questa idea MMI è sempre riuscita ad affermare la convinzione che formazione e azione devono camminare di pari passo con la consapevolezza che senza la prima non sarebbe possibile assicurare

interventi e cure di qualità nei distretti in cui si opera né sarebbe possibile costruire progetti di valore e di lunga durata, capaci di dare sostegno alle comunità e trasferire loro le giuste competenze. Pertanto la collaborazione con l'Università di Brescia ed in particolare con la cattedra di Malattie Infettive e Tropicali ha permesso di mettere a disposizione un patrimonio di conoscenze per formare giovani e meno giovani che si volessero dedicare alla realizzazione dei progetti e quindi la necessità di istituire Corsi di Salute Globale consapevoli che la formazione universitaria attuale non sembra rispondere ancora in modo sufficiente ai bisogni emergenti delle nuove circostanze con cui possono doversi confrontare oggi i medici ed in genere gli operatori sanitari.

Cure per tutti

Abbiamo assistito nel corso degli anni in un contesto di cooperazione internazionale in continua evoluzione e profondo cambiamento ad una graduale trasformazione di MMI, pur mantenendo sempre fede alla propria *mission* ed ai principi ispiratori della dichiarazione di Alma Ata, i cui principi e l'approccio globale di "promozione alla salute" si ispirano.

MMI è da sempre impegnata a sostenere l'utilità e l'importanza di assicurare la "salute per tutti" e un accesso ai servizi sanitari di base in forma universale e gratuita.

Attraverso un lavoro basato sul volontariato professionale o sull'impegno professionale generosamente esercitato, nel corso degli anni le discussioni interne ed il dialogo con i vari partner, in Italia ed all'estero, hanno permesso a MMI di rimanere al passo con i continui cambiamenti delle politiche sanitarie e di cooperazione in generale, e delle strategie dello sviluppo nei diversi Paesi.

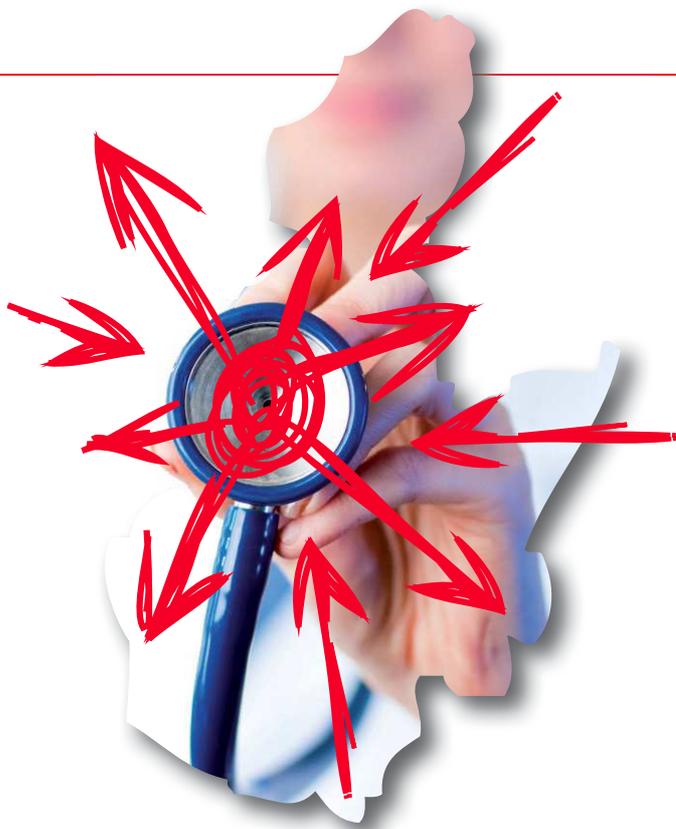
MMI nasce come una ONG sanitaria. La cooperazione sanitaria è da sempre in dialogo continuo con le istituzioni pubbliche locali. Ovunque si operi per realizzare interventi sanitari è necessario agire all'interno di programmi ministeriali,

dialogare, studiare e monitorare le strategie nazionali e stare al passo con i molteplici cambiamenti relativi a regole, strumenti di raccolta e analisi dati, parametri e norme. **MMI lavora, infatti, per migliorare i servizi socio-sanitari in Paesi a risorse limitate, perché l'accesso alla salute sia un diritto di ogni persona, realizzando progetti di salute di base comunitaria, prevenzione ed educazione sanitaria, salute materno-infantile, lotta alla malnutrizione e alle principali malattie infettive (HIV, tubercolosi, malaria).**

MMI in Mozambico

Voglio citare, per primo, l'esempio del Mozambico dove MMI opera da oltre 15 anni. Si tratta di uno dei Paesi più poveri al mondo, in cui metà della popolazione vive al di sotto della soglia di povertà assoluta. **Le popolazioni che vivono in area rurale sono le più vulnerabili, dipendenti da un'agricoltura di sussistenza a bassa produttività e con difficoltà di accesso ai servizi sanitari di base.** Questa difficoltà dipende da fattori quali l'estensione geografica, e quindi la distanza dai Centri di Salute; le scarse risorse economiche; il deficit quantitativo e qualitativo del personale sanitario locale. Tra i problemi socio-sanitari che maggiormente affliggono queste aree vi sono: la malnutrizione, che colpisce soprattutto bambini e donne; l'infezione da HIV, che è una delle principali cause di morte dovute alle difficoltà di accesso alla diagnosi e all'aderenza al trattamento antiretrovirale; la tubercolosi, soprattutto nella popolazione infantile, e la co-infezione TB/HIV. Altra problematica di salute che affligge la popolazione è il tasso di mortalità infantile e neonatale, tra i più alti del mondo, in cui le infezioni respiratorie, la malaria, la prematurità e le problematiche perinatali causano oltre il 50% di questi decessi. A questa situazione si aggiunge la carenza di acqua potabile: oltre il 52% della popolazione non ha accesso a fonti di acqua sicura, attingendo a fonti di acqua salmastra e/o piovana.

"Medicus Mundi Italia" opera in Mozambico con progetti che mirano al



rafforzamento del sistema sanitario locale, garantendo servizi sanitari di base alle comunità più vulnerabili ed estendendo i servizi alle comunità rurali più remote, distanti dai centri di salute, attraverso le “Brigadas Móveis” (equipe sanitarie mobili) e l’organizzazione di formazioni e sensibilizzazioni per il supporto ai programmi nazionali. Un recente esempio ne è la campagna di raccolta fondi, promossa da Confindustria Brescia con Cgil, Cisl e Uil provinciali, che ha avuto l’obiettivo di concorrere alla diffusione globale degli interventi vaccinali anti-Covid19 nei Paesi a risorse limitate e per evitare che l’insorgenza di nuove varianti possa depotenziare i benefici della vaccinazione negli Stati che oggi sono riusciti a contenere la pandemia. Per questo motivo MMI designata dalle parti per la raccolta e gestione fondi, si è impegnata a sostenere la campagna di vaccinazione “UNIVAX” che il Ministero della Salute ha avviato a marzo 2021, inserita all’interno di COVAX, il programma globale lanciato da Nazioni Unite, OMS e altri partner.

MMI in Burkina Faso

In Burkina Faso MMI è presente dal lontano 2001 dove era giunta per dedicarsi alla prevenzione della trasmissione mamma-

bambino dell’HIV e più in generale alla lotta all’HIV/AIDS in collaborazione con i padri camilliani dell’ospedale San Camille di Ouagadougou nell’ambito di un grosso progetto di nome ESTHER (*Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau*) che coinvolgeva anche le cliniche di Malattie Infettive e di Pediatria dell’Università di Brescia con l’impegno in prima persona sul terreno degli studenti di entrambe le scuole di specializzazione. Attualmente le attenzioni si sono spostate nella Regione del Centro Ovest e nei quartieri più poveri della capitale Ouagadougou dove la malnutrizione acuta colpisce il 9% dei bambini con meno di 5 anni e la malnutrizione cronica il 21,5%. **MMI lavora per migliorare le condizioni nutrizionali e igienico-sanitarie della popolazione vulnerabile di queste aree, in particolare donne incinte e lattanti, bambini, attraverso il rafforzamento delle competenze degli operatori e degli agenti sanitari sulla prevenzione, la diagnosi e il trattamento della malnutrizione, nei centri di salute e nelle comunità.**

MMI in Kenya

In Kenya MMI lavora in vari slum di Nairobi per migliorare l’integrazione tra comunità e sistema sanitario, al fine di combattere lo stigma e favorire attività di testing, counselling e trattamento di giovani HIV+, in collaborazione con l’Istituto Superiore di Sanità, con un focus su donne, migranti interni e *key population* (che comprende prostitute, uomini che hanno rapporti sessuali con altri uomini, transgender, carcerati e tossicodipendenti) Inoltre, **si rafforza il sistema comunitario di accesso ai servizi socio-sanitari di prevenzione, diagnosi, riabilitazione per bambini e bambine con disabilità negli insediamenti informali.**

MMI in Burundi

Per quanto riguarda il Burundi, come già detto, MMI è storicamente legata alla nascita dell’ospedale della Diocesi di Kiremba intitolato a «Renato Monolo», unico ospedale distrettuale di riferimento.

Oggi, per conto di ATS Kiremba di cui fa parte, MMI lavora nei 20 Centri di salute del Distretto Sanitario di Kiremba primo punto di accesso per le cure di base, per il miglioramento delle condizioni di salute delle famiglie e all'accesso ai servizi di cura, in particolare di mamme e bambini. **Garantisce inoltre formazione e aggiornamento sia per i medici** (ad opera di esperti italiani in breve missione) **sia per gli operatori sanitari dei Centri di Salute sulle innumerevoli problematiche di salute e sulla loro gestione sia in ambito medico che chirurgico.**

MMI in Brasile

Da ultimo, in Brasile nell'area periferica urbana di São Luis, capitale dello Stato del Maranhão, essendo ancora molte le difficoltà di accesso ai servizi di salute di base, MMI lavora, in collaborazione con Enti locali, per rafforzare i servizi di salute primaria, in favore della popolazione più vulnerabile, contribuendo a formare gli agenti comunitari di salute, realizzando attività di sensibilizzazione igienico-sanitaria, di prevenzione e contenimento dell'epidemia da COVID-19.

La mission di MMI

Tuttavia con il passare degli anni, in una logica di sviluppo integrale della persona, ci si è sempre resi più conto dell'importanza di non lavorare solo sugli aspetti sanitari, soprattutto nella formazione e nella prevenzione, ma di cercare di agire su vari determinanti sociali, economici e ambientali della salute che incidono fortemente sulle disuguaglianze che colpiscono i gruppi più vulnerabili - donne e bambini in primis - beneficiari dei nostri interventi: genere, livello di istruzione, reddito, ambiente di vita, occupazione, qualità dei servizi sociosanitari ecc. Pertanto, è divenuta prioritaria l'integrazione con gli aspetti di sicurezza alimentare e quindi legati all'agricoltura familiare, alla formazione professionale, all'accesso all'acqua potabile, allo sviluppo di competenze locali.

Si è dunque rafforzato il desiderio di stringere alleanze e partenariati non funzionali solo alla semplice realizzazione del progetto o alla vincita del bando, ma che fossero sempre più stabili e che migliorassero i nostri interventi di cooperazione avendo uno sguardo più ampio sui bisogni, sulle necessità locali, sulle strategie da adottare. Fin dalla sua fondazione le esperienze di volontariato e cooperazione internazionale che hanno portato a partenariati stabili, MMI le ha costruite con le realtà esistenti nel territorio bresciano SVI e SCAIP (ora, a seguito della fusione, diventate una unica realtà a nome *NO ONE OUT*), Fondazione Tovini, MUSEKE e SIPEC, inizialmente Burundi successivamente in Mozambico e Kenya, con risultati proficui ed un impatto evidente sul territorio di intervento e per la popolazione beneficiata.

Conoscendo la realtà di "*Medicus Mundi Italia*", essendone attualmente vicepresidente e comunque consigliere da oltre venti anni, posso testimoniare la presenza consolidata orientata ad una cooperazione professionale per lo sviluppo in stretta correlazione con i principi della Organizzazione Mondiale della Sanità.

La salute per tutti è lo scopo della associazione perché i programmi della sanità siano accessibili e appropriati alla situazione socioculturale, perché dalla solidarietà nascano progetti locali che si radicano nell'impegno delle istituzioni.

Conclusione

Il lavoro portato avanti da MMI nei suoi 55 anni di attività è uno straordinario esempio di come il principio della salute come diritto fondamentale può essere realizzato. "*Medicus Mundi*" non si è limitata ad interventi sul campo, ma ha coniugato la sua azione di aspetti di ricerca operativa, elemento indispensabile per capire quali siano gli ostacoli che abbiamo di fronte, insomma contribuire a comprendere come il sogno di una "salute per tutti" possa essere veramente raggiunto entro il 2030. ●

Cultura e solidarietà in medicina

Il *service learning*: un nuovo modello di formazione

Domenico Simeone

Presidente della Facoltà di Scienze della formazione
Università Cattolica del Sacro Cuore

Service Learning: che cos'è?

Negli ultimi anni anche nel nostro paese si sono diffuse nell'ambito della formazione universitaria in Medicina esperienze di *Service Learning*.

Si tratta di attività di servizio solidale realizzato dagli studenti, destinate a soddisfare bisogni reali ed effettivamente percepiti da una comunità, pianificate istituzionalmente in forma integrata con il programma di formazione accademico e in funzione dell'apprendimento degli studenti.

In tali esperienze apprendimento e servizio alla comunità si incontrano ed interagiscono positivamente. "Nell'articolazione intenzionale dell'apprendimento con l'impegno solidale, gli studenti mettono in pratica i loro saperi al servizio dei bisogni di una comunità. Contemporaneamente l'azione solidale in contesti reali permette d'imparare nuove conoscenze e sviluppare competenze"¹.

¹ M.N. Tapia, *Uno sguardo internazionale*, in I. Fiorin (a cura di), *Oltre l'aula. La proposta pedagogica del Service Learning*, Mondadori, Milano 2016, p. 3.

In questa prospettiva A. Furco presenta il *Service Learning* come un "approccio equilibrato all'educazione esperienziale", in grado di "assicurare un'uguale attenzione sia al servizio fornito alla comunità sia all'apprendimento che si sta verificando"².

Possiamo considerare, quindi, il *Service Learning* nella formazione iniziale in medicina un servizio solidale realizzato da studenti, destinato a soddisfare bisogni reali ed effettivamente percepiti da una comunità, pianificato istituzionalmente in forma integrata con il programma accademico, in funzione dell'apprendimento. Tali attività non sono occasionali o extracurricolari, ma presentano caratteristiche di complementarità e di integrazione con il

² A. Furco, *Service-learning: A balanced approach to experiential education*, in B. Taylor & Corporation for National Service (Eds.), *Expanding boundaries: Serving and learning*, Washington, DC: Corporation for National Service 1996, pp. 2-6; dello stesso autore si veda anche A. Furco, S. H. Billing (Eds), *Service-Learning. The Essence of the Pedagogy*, Information Age Publishing, Greenwich, Connecticut 2001.



percorso accademico. Nel *Service Learning* gli aspetti legati all'attività di servizio per la comunità e di apprendimento per lo studente sono integrati e concorrono al raggiungimento degli obiettivi formativi³. Si tratta di "un insieme di progetti o programmi di servizio solidale (destinati a soddisfare in modo delimitato ed efficace un bisogno vero e sentito in un territorio lavorando *con* e non soltanto *per* la comunità), con una partecipazione da protagonisti degli studenti, che va dalla fase iniziale di pianificazione fino alla valutazione conclusiva, e collegato in modo intenzionale con i contenuti di apprendimento, includendo contenuti curricolari, riflessioni, sviluppo di competenze per la cittadinanza e lavoro di ricerca"⁴.

3 P. Aramburuzabala, L. McIlrath, H. Opazo (Eds), *Embedding Service Learning in European of Civic Engagement*, Routledge, Abingdon, Oxon e New York 2019.

4 M.N. Tapia, "Aprendizaje-servicio y calidad educativa", in Ministerio de Educación. Programa Nacional Educación Solidaria, *Excelencia académica y solidaridad. Actas del 11° Seminario Internacional "Aprendizaje y Servicio Solidario"*, República Argentina, p. 21.

La vicinanza tra studenti, comunità e università

Nel *Service Learning* è fondamentale, quindi, il rapporto che si delinea tra studenti, comunità e università, per mezzo di una feconda articolazione tra servizio e apprendimento⁵.

L'integrazione di questi ultimi aspetti avviene attraverso un'attenta costruzione curricolare in virtù della quale, gli studenti sviluppano competenze sociali e professionali con la partecipazione attiva all'interno della comunità ed il lavoro su problemi concreti e reali.

La riflessione e le strategie di apprendimento esperienziale sono alla base del processo di apprendimento ed il servizio è strettamente connesso con il sapere disciplinare.

A partire dall'esperienza realizzata nei contesti solidali, gli studenti sono ingaggiati in un apprendimento metacognitivo, che pone in luce acquisizioni, approcci, implementazioni, processo nel quale il docente assume un ruolo di tutor o mentore.

5 R. Silva, *Il service learning nello sguardo degli studenti*, Aracne, Roma 2018.

L'obiettivo posto al centro della proposta formativa del *Service Learning* è il servizio.

L'azione a vantaggio della comunità non è da intendere in una logica di semplice risposta ad un bisogno, ma occorre essere consapevoli che il *Service Learning*, rispetto alle situazioni concrete, attiva interpretazioni critiche e agisce nella direzione del cambiamento. Servizio ed apprendimento sono, in questa proposta, strettamente interconnessi: si apprende mettendosi al servizio della comunità, responsabilizzandosi nei confronti dei bisogni di altri. Il *Service Learning* veicola per gli studenti la possibilità di conseguire obiettivi formativi quali la riflessione sulla molteplicità degli stili e degli spazi della partecipazione degli studenti. Le attività di *Service Learning* permettono agli studenti di riflettere sul proprio inserimento nella comunità locale e sul proprio ruolo, acquisendo maggior consapevolezza in merito ai problemi del contesto e al contributo che essi possono offrire. Nelle situazioni reali a contatto con bisogni concreti, gli studenti hanno l'occasione di fare esperienza della complessità nelle comunità, ma pure di sperimentare la possibilità di offrire le competenze acquisite fino a quel momento. Tuttavia, per l'attivazione di un simile processo non tutte le attività si equivalgono. Non tutte le attività cioè, in uguale maniera, predispongono un dispositivo di apprendimento. Per tale ragione, il *Service Learning* rintraccia nelle proprie radici teoriche la lezione di Dewey che introduce il concetto di "indagine riflessiva".

È proprio la riflessione a permettere allo studente di fare uno sforzo intenzionale per scoprire connessioni tra qualcosa che si realizza e le conseguenze che ne derivano, in modo che azione e riflessione siano parti di un unico processo formativo.

Il *Service Learning* si pone nella scia di quel pensiero pedagogico che, negli ultimi anni, ha sottolineato l'importanza di un apprendimento situato, dell'imparare facendo, dello sviluppo delle capacità riflessive degli studenti, dell'importanza di favorire l'acquisizione di quelle meta-competenze necessarie perché gli studenti

possano essere capaci di apprendimento permanente in contesti sociali mutevoli che richiedono le competenze per governare processi di cambiamento, anziché concentrarsi sull'acquisizione di un sapere statico, cumulativo, in una prospettiva trasmissiva.

La «conversazione riflessiva» del *Service Learning*

Il *Service Learning* pone l'attenzione ai processi di apprendimento che prevedano sia momenti di formazione sia momenti di esperienza diretta e si colloca nella prospettiva di un apprendimento trasformativo e del conseguente sviluppo del pensiero riflessivo, dell'incremento del senso di autoefficacia, della dimensione proattiva dell'agire nei processi di apprendimento. Si tratta di riconoscere la competenza che si esprime nei contesti di vita e di fondare una nuova epistemologia che avvalori la conoscenza che si sviluppa in una situazione specifica. Questa nuova epistemologia invita a considerare l'esperienza come un'occasione per avviare una «conversazione riflessiva» situata in un determinato contesto. Tale «conversazione riflessiva» si sviluppa attraverso varie fasi: la definizione del problema; la relazione tra esperienza e/o conoscenza pregressa e situazione attuale; la capacità di agire in un contesto specifico, riflettere *on action* per mettere in atto strategie consapevoli nelle situazioni specifiche e per incrementare la capacità di pensare. Il pensare che qui si ipotizza "è un processo di conoscenza dialogica, riflessiva, che per sfuggire alle secche dell'impotenza del pensiero individualistico ha la necessità di costruirsi attraverso le relazioni tra saperi e conoscenze, coltivando le relazioni con gli altri".

La narrazione come interpretazione della nostra esperienza

La prospettiva di vita è nella consapevolezza della precarietà dei nostri saperi e nella capacità di gestire,

costruire relazioni, più che nell'essere all'interno di contenitori stabili, protetti da saperi anch'essi stabili e sicuri"⁶. L'attività è prescelta perché orientata all'apprendimento significativo, ovvero, all'apprendimento quale risultato di una rielaborazione personale delle proprie conoscenze e ricca di significati per lo studente che la intraprende. **Il *Service Learning* attiva nel soggetto un processo riflessivo prezioso per sostenere il cambiamento sotteso alla formazione e per favorire la modificazione degli schemi cognitivi con cui ciascuno guarda e interpreta la realtà.** J. Bruner ha illustrato come, attraverso la concettualizzazione e l'esposizione della propria narrazione, si costruisca lo schema di significato con cui ciascuno legge ciò che gli accade. **La narrazione è il nostro modo di organizzare, interpretare e dare significato all'esperienza.** La modalità narrativa del pensiero ci permette di riflettere sull'esperienza, come già aveva intuito Dewey. Il pensiero nasce da un intreccio relazionale complesso, una fitta trama di rapporti che determina l'ordito su cui può essere tessuto il ragionamento grazie al racconto. Tali metodologie permettono alla persona in formazione di interrogarsi, di costruire un senso che le ri-consegna l'esperienza sotto una nuova luce. **La narrazione si pone, quindi, come occasione di sviluppo e possibilità di formazione non più confinabili nella sola area del saper fare e del conoscere, ma si estende all'area dell'essere che permette alla persona di narrarsi, svelarsi, pensare e pensarsi, aprendosi al cambiamento e rendendo possibili i processi trasformativi.** "Potersi raccontare è poter compiere scoperte dentro di sé e su di sé, è poter ricostruire il proprio piano di vita, è de-formarsi per poter ri-formarsi, per poter guadagnare una nuova forma, è in qualche modo un «morire» per

rinascere rigenerati"⁷. **In questo processo risiede il potere formativo e generativo di un'esperienza di solidarietà che si fa apprendimento e di un'esperienza di formazione che si pone al servizio della comunità.**

Conclusione

Le esperienze di *Service Learning*, oltre a rispondere ai bisogni concreti della comunità, si propongono di favorire l'acquisizione di quelle meta-competenze necessarie per apprendere ad apprendere in contesti sociali mutevoli che richiedono sempre di più la capacità di leggere, interpretare e guidare i processi di cambiamento in atto. **Per questo è necessario far emergere le competenze che si esprimono nei contesti di vita e promuovere un apprendimento situato frutto di un pensiero riflessivo capace di interrogare la realtà e di generare nuove conoscenze. ●**

6 A. Orsenigo, *I riflessi sul piano psicologico di flessibilità, precarietà e povertà relazionale del lavoro*, in «Rivista sperimentale di freniatria», 2, (2009), pp. 55-56.

7 B. Rossi, *Pedagogia delle organizzazioni. Il lavoro come formazione*, Guerini, Milano, 2008, p. 185.

Ero un medico di medicina generale: perché ho lasciato la professione

Intervista a

MARIA DANIELA MAZZANI

Medico di medicina generale



Questa intervista non è stata indolore. Perché ha fatto riemergere in modo prepotente «quella parte di sofferenza per l'abbandono della medicina generale che era rimasta sopita». Essersi dovuta togliere il camice brucia ancora, a distanza di anni. «Per me è stata una sconfitta, dopo anni dedicati allo studio per migliorare continuamente la mia preparazione per assistere al meglio i miei pazienti e molti sacrifici, ma dovevo lasciare, altrimenti sarei scoppiata», rivela la dottoressa Maria Daniela Mazzani che, nel 2017 dopo vent'anni come medico di medicina generale a Brescia, ha scelto di ritirarsi dall'attività. Una decisione soppesata per mesi con un costo emotivo molto alto. Ha deciso di rendere nota la sua esperienza di disagio medico. «Non ho paura di mostrare il mio lato debole, le mie incertezze - dice - Credo che la sensibilità, soprattutto per un medico, sia un punto di forza, non di debolezza».



Partiamo dall'inizio: cosa l'ha spinto a diventare medico di medicina generale?

Durante gli studi ero molto interessata alla ricerca clinica e, dopo un tentativo infruttuoso di entrare in specialità (Ginecologia ed Ostetricia), ho optato per la formazione di medicina generale: dopo i sei mesi di tirocinio presso l'ambulatorio del Tutor di Medicina Generale mi si è aperto un mondo. Da qui la decisione convinta di fare il medico di medicina generale, una professione che ho sentito mia per le molte opportunità che mi offriva: **mettere la persona al centro, poter mantenere una continuità nella relazione di cura e di aiuto, conoscere a fondo il paziente e la sua famiglia, conquistare la sua fiducia, sapendo che chi ti sta di fronte ti misura, per capire se gli interessi e se gli dedichi attenzione.**

Tutto questo per me è sempre stato una fonte di arricchimento personale. Avrei avuto anche la possibilità di fare ricerca sul territorio.



Poi però, dopo vent'anni di professione, qualcosa si è spezzato. L'elemento scatenante è stata l'impossibilità di conciliare il lavoro con le esigenze familiari.

Per me la rinuncia alla professione è stato un processo lungo e travagliato, originato da diversi fattori. A farmi fare il passo finale, nel 2017, è stato il peggioramento delle condizioni di mio padre e la necessità di prendermi cura di lui. Avevo 1200 assistiti, moltissimi quelli dal "peso clinico" rilevante. Ogni giorno seguivo 60 - 80 pazienti (punte di 100). Ma i numeri non rendono fino in fondo l'idea della complessità e numerosità delle azioni svolte all'interno del singolo contatto. Non avevo orari e spesso stavo in ambulatorio fino a tardi. Extra orario dedicavo tempo all'aggiornamento delle cartelle per avere più "tempo di qualità" da dedicare alla persona: per me visitare il paziente, parlare con lui, informarlo ed educarlo ha sempre rappresentato il cuore del mio impegno. Con un'inevitabile riduzione del tempo di vita da dedicare alla mia famiglia. Mio padre non riuscivo a vederlo se non nei fine settimana o nei pochi momenti liberi. Questo disagio di non potergli stare vicino si è acuito quando la sua situazione clinica è peggiorata, e per poterlo assistere al meglio ho dovuto lasciare.



In questa sua scelta ha dovuto misurarsi anche con i conti economici che non tornavano...

Ho sempre lavorato da sola, non per mia scelta ma per necessità. La medicina di gruppo (realtà nei paesi dell'*hinterland* ma non in Brescia città) è stato un sogno che, nonostante i miei sforzi, non si è avverato. Questo però ha significato dover far fronte a spese di gestione molto gravose per arrivare

a un reddito che - come mi diceva il mio commercialista - non risultava "congruo", perché fuori dai parametri degli studi di settore: facevo troppe ore di lavoro rispetto ai compensi percepiti. Impossibile, perché economicamente non sostenibile, assumere segretaria o infermiera per ridurre il carico di lavoro.



Che tipo di pazienti frequentavano il suo studio?

Esercitavo in un quartiere sorto negli anni '60, quindi seguivo in maggioranza pazienti anziani con comorbidità e diverso grado di fragilità clinica, familiari di pazienti molto fragili non deambulabili, giovani, adulti e immigrati in condizioni di fragilità o disagio socio-economica: un *case mix* molto vario, la cui complessità è andata crescendo con il progressivo invecchiamento dei pazienti e l'aumento degli immigrati residenti in zona.



Un tempo clinico sempre più eroso dalla burocrazia e da interminabili procedure sui sistemi informatici.

Soprattutto se questi ultimi funzionano male: ore e ore, a volte le intere mattinate, perse a causa dei malfunzionamenti della piattaforma SISS, il computer bloccato, le ricette compilate a mano, il "tempo vita" perso e i pesanti disagi per i pazienti. So che questi problemi persistono tuttora e che la burocrazia è aumentata tantissimo con la pandemia Covid. Ritengo che dedicare ore di lavoro per fare atti non medici rimanga uno dei problemi più avvertiti da chi sceglie la medicina generale.



Quali i sentimenti prevalenti, quando ha lasciato?

Stanchezza e senso di impotenza. La stanchezza di vedere che, nonostante il peggioramento delle condizioni di lavoro, il carico del medico non viene considerato, come se la mia giornata fosse "infinita". Perché le richieste quotidiane erano tante e dare le risposte più appropriate richiede tempo. Devi anche aggiornarti, studiare,

leggere comunicazioni, circolari ecc. Ma “il Medico deve...”. È singolare che la tutela della salute, diritto fondamentale della persona, pare venga riconosciuta a tutti i lavoratori tranne che al medico. Ricordo quante volte, pur stando malissimo, sono andata a lavorare perché non trovavo un sostituto e non potevo chiudere l’ambulatorio (come durante la pandemia Covid). La visione dominante è che “fare il medico sia una missione” e che egli si debba “immolare”. Penso invece che diritto di ogni paziente sia avere un medico che stia bene e sia posto nelle condizioni di assisterlo al meglio.



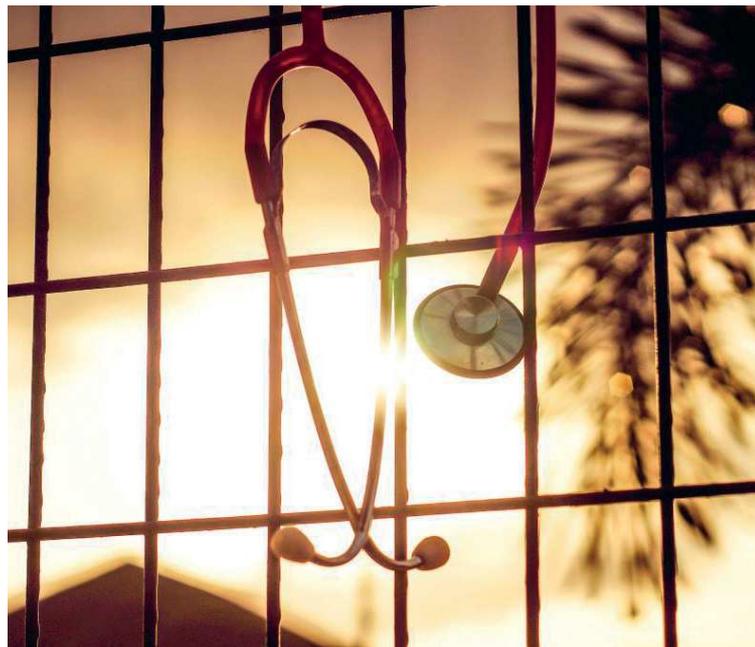
E il senso di impotenza?

L’impotenza derivava dal non sentirsi ascoltati come medici di medicina generale. Dalla mancanza di prospettiva che le cose potessero migliorare in futuro. Dall’impossibilità di condividere un percorso comune con le istituzioni che governano il sistema. La sensazione era che, davanti a un investimento di risorse insufficienti, i medici di medicina generale fossero considerati unicamente come fonte di spesa. Contava il raggiungere una percentuale di farmaci “generici” prescritti e di ricette dematerializzate, il confronto con la media di spesa o essere in regola con i Piani Terapeutici. Non si faceva riferimento all’esito del processo di cura. Poi nacque il Governo Clinico, ora abbandonato. Impotenza perché governare i fenomeni di “consumismo sanitario” e di “*disease mongering*” diventava sempre più difficile e le revocche fioccarono. L’approccio “*Slow Medicine*” era scarsamente gradito al paziente.



La riforma della sanità territoriale in Lombardia, con l’introduzione delle Case della comunità, potrà migliorare la situazione?

Penso sia un po’ tardi, perché è da trent’anni che non si investe sulla medicina generale. Soprattutto in Lombardia la sanità territoriale è stata trascurata. Le Case della comunità



vanno riempite di personale - oggi, ma in futuro con la gobba pensionistica ancora di più, carente - se non si vogliono costruire delle cattedrali del deserto. Numerose sono le criticità per i medici di famiglia: inquadramento, orario di lavoro nelle Case della Comunità, collegamento in rete e aperture ambulatori sulle 12 ore per 6 giorni a settimana. La popolazione fragile per età o condizioni socio-economiche richiede piuttosto strutture vicine nel segno della medicina di prossimità e dell’uguaglianza delle cure.



Il contratto nazionale di lavoro dei medici di medicina generale va rivisto?

Andrebbe rinnovato a scadenza e profondamente rivisto, a partire dalla quota capitaria che deve dipendere da un insieme di indicatori della complessità clinica e di valutazione dei costi di gestione. È necessaria, inoltre, una revisione del compenso economico, sempre più insufficiente. L’aggiunta di compiti, di incombenze e di doveri non retribuiti mal si concilia con l’attività libero professionale.



Una parte significativa delle borse per la formazione dei futuri medici di medicina generale in Lombardia non viene assegnata, secondo lei perché i giovani si stanno allontanando da questa professione?

Le nuove generazioni di medici danno la giusta importanza alla qualità di vita, e spesso il contatto con la medicina generale e i suoi problemi porta a un brusco avvicinamento alla realtà, che li spinge a scegliere altre strade. Il confronto fra due inchieste Fnomceo del 2009 e del 2022 evidenzia un peggioramento del disagio, con il 30% dei medici propensi alla pensione anticipata. A voler lasciare il lavoro sono il 25% dei giovani medici con età compresa tra i 25 e 34 anni e il 31% di quelli tra i 35 e i 44 anni”.



Ripensa spesso alla sua decisione?

Ci penso, e ogni tanto vado in crisi. Razionalmente è tutto più facile da accettare. Rimangono tutt’ora valide le ragioni più determinanti della scelta di rinunciare alla convenzione: dovere essere più presente ed assistere al meglio mio padre, la stanchezza e l’incombente *burn-out* con la paura e consapevolezza di non potere più assistere al meglio i miei pazienti, la valutazione economica. Emotivamente è più complicato. La relazione di aiuto è la parte del mio lavoro che mi mancherà sempre. ●

Il disagio medico: analisi e prospettive

commento all'intervista di Daniela Mazzani

Erminio Tabaglio

*Già medico di medicina generale,
Consigliere Ordine dei Medici di Brescia*

“Parole d’ordine dei giovani medici”:

- Ridurre la burocrazia
- I ritmi di lavoro non devono andare a scapito della vita privata
- La società deve riconoscere la delicatezza del ruolo, il valore del lavoro medico
- Va ridotta la conflittualità con i pazienti ed i familiari
- Maggiore formazione pratica, di un tutoraggio più approfondito, per avere una preparazione ad affrontare la professione “sul campo”
- Ambienti professionali orientati alla crescita, alla collaborazione ed all’esempio virtuoso
- Ascolto da parte delle organizzazioni sanitarie
- Supporto per le attività non cliniche
- Maggiore tutela

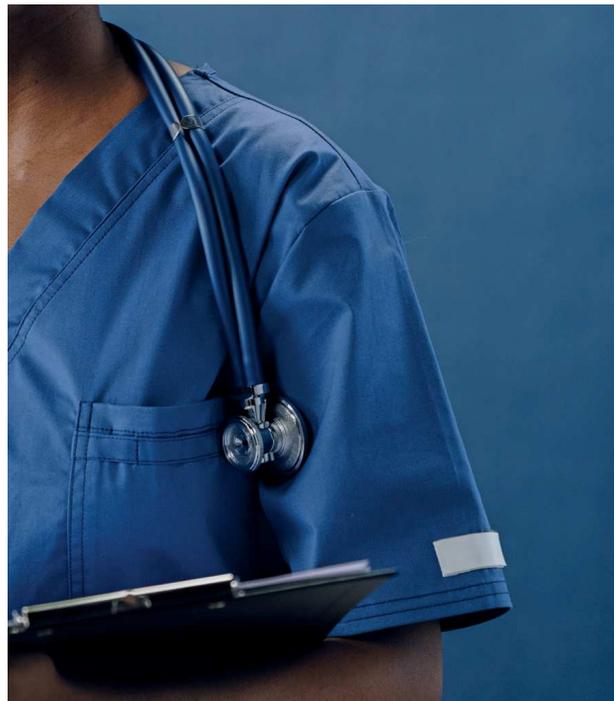
Riprendo questi punti, che fanno parte dell'introduzione di Angelo Bianchetti alle interviste a giovani medici contenute nel numero 392 di questa rivista, per sottolineare come **le stesse tematiche e le stesse osservazioni compaiono nell'intervista a Daniela Mazzani**, medico di medicina generale che, nel mezzo del cammino della sua vita professionale, ha deciso di ritirarsi a vita privata. Naturalmente ci sono sfumature diverse. Ad esempio, laddove i giovani medici lamentano ritmi di lavoro eccessivi, che compromettono la vita privata, probabilmente fanno riferimento alla vita familiare e ad aspetti edonistici (tempo libero, vacanze, hobbies) mentre per Daniela la motivazione che più di tutte ha determinato la sua scelta è stata sì quella familiare, ma legata al problema assistenziale del padre malato.

Perfettamente sovrapponibili sono invece le osservazioni sull'eccesso di burocrazia e sul mancato riconoscimento del valore del lavoro medico.

Un approfondimento merita il tema degli "Ambienti professionali orientati alla crescita, alla collaborazione e all'esempio virtuoso". Daniela confessa il suo desiderio di poter lavorare in una medicina di gruppo, condizione che probabilmente l'avrebbe aiutata in alcune fasi critiche, ma che purtroppo non ha potuto soddisfare. La stessa esigenza è stata manifestata dai giovani medici di medicina generale.

Mi permetto a questo proposito alcune considerazioni personali, partendo da lontano, e precisamente dalla tipologia di lavoro che il medico di medicina generale è chiamato a svolgere in questi nostri tempi: la gestione dei malati cronici occupa ormai gran parte della sua attività, ed è una gestione guidata dai PDTA, caratterizzata da ripetuti controlli per il *follow up*, controlli per l'aderenza terapeutica farmacologica ed a stili di vita adeguati, ripetizione di ricette.

C'è il rischio concreto di cimentarsi in una medicina routinaria e ripetitiva, con il prevalere di aspetti burocratico-amministrativi su quelli clinici, una medicina quindi ad alto rischio di *burn out*. In questo contesto acquista ancor più



importanza la relazione con il paziente e la sua famiglia, il condividere il percorso e gli obiettivi, fornirgli gli strumenti ed i suggerimenti per risolvere al meglio i problemi legati alla sua patologia, personalizzando le indicazioni dei PDTA e delle linee guida, introducendo quindi una componente "creativa" che può essere d'aiuto al medico nel superare le insoddisfazioni della *routine* quotidiana. E non a caso sia i giovani medici nelle loro interviste sia Daniela valorizzano molto questo aspetto. Restando nel campo motivazionale e tornando al tema degli "ambienti professionali che favoriscono la crescita", sono convinto che le case di comunità, intese come centro di fattiva collaborazione multiprofessionale tra medici di medicina generale, infermieri, specialisti, operatori sociali ed amministrativi siano un'occasione per i medici di medicina generale organizzati nelle AFT per esplorare nuove modalità di lavoro, acquisendo conoscenze e capacità per operare in team, condividendo oneri e onori nella gestione della sanità pubblica, anche se al momento attuale molte sono ancora le incognite ed gli interrogativi riguardo il come ed il quando queste case diverranno operative. ●

Ricordi e riflessioni di un internista

Intervista a

BRUNO CERUDELLI



Un unico studio di 12 metri quadrati. Tre scrivanie una accanto all'altra. Sei medici affiatati. Un comune sentire che ha ispirato il loro impegno lungo l'intera vita professionale. Sono questi gli ingredienti di un'avventura forse unica, quella della 2^a Medicina degli Spedali Civili di Brescia iniziata a metà degli anni Ottanta e proseguita per oltre vent'anni, di cui Bruno Cerudelli è stato uno dei protagonisti. Come racconta in questa intervista, provando a tracciare un raffronto con il tempo di oggi, più incerto e meno fiducioso.



Dottor Cerudelli, come è iniziato il tuo percorso in corsia?

Ho iniziato a frequentare la 2^a Medicina come laureando, lì ho incontrato maestri come il primario prof. Gianni Giustina, che mi ha trasmesso la passione per l'endocrinologia e ha dato avvio a Brescia a una scuola ad indirizzo endocrino-metabolico che fino ad allora mancava, e il dott. Enrico Radaeli, un punto di riferimento per la medicina interna e un modello cui ispirarsi. In questo reparto non ho solo lavorato, ho "vissuto" per 30 anni, avendo l'opportunità di stringere profondi legami di amicizia oltre che di lavoro con molti colleghi, in particolare con Paolo Balestrieri, Ottavio Di Stefano, Andrea Salvi, Tiziano Scalvini, Umberto Valentini.



Una stagione che suona unica e irripetibile: cosa la caratterizzava?

In quell'unico studio, condiviso per anni, non si stava stretti. È stato uno spazio privilegiato di discussione, di formazione, di crescita professionale e umana che è difficile da descrivere. Ciò che ha caratterizzato in modo straordinariamente particolare il gruppo è stato il comune "sentire" l'essere medico in termini di etica professionale, senso del dovere, impegno personale, disponibilità alla collaborazione, rispetto e correttezza nei rapporti con tutti i colleghi. Questo si è riverberato positivamente sull'"atmosfera" di tutto il reparto, che in quegli anni non è mai stata significativamente conflittuale, né tantomeno turbata da fazioni avverse come a volte può capitare nella realtà ospedaliera e universitaria.



Da lì ciascuno di voi ha poi spiccato il volo, andando a dirigere altre unità operative di Medicina.

Tengo a sottolineare che tale traguardo non è stato raggiunto perché sostenuti da potente patrocinio, piuttosto per *“optimo iure”*, a pieno diritto. Dal 2010 io sono stato chiamato a dirigere la Medicina del presidio ospedaliero di Gardone Val Trompia: anche in questo caso ho avuto fortuna, trovando giovani collaboratori che hanno formato un'équipe valida professionalmente e molto affiatata, cosa che mi ha facilitato, consentendomi di concentrare le energie sull'attività clinica.



Poi nel 2020 vai in pensione, ma dopo un solo mese, complice la pandemia, arriva una nuova “chiamata”...

Eravamo agli inizi della pandemia, c'era un assoluto bisogno di medici, e alla telefonata di “chiamata alle armi” del presidente dell'Ordine non potevo che dare la mia disponibilità. Sono stato subito “arruolato” e sono tornato al lavoro in veste operativa, quella che ho sempre preferito. Ho prestato servizio in diversi reparti del Civile e di Gardone Val Trompia riconvertiti per il Covid. L'impatto della pandemia è stato devastante, mi è sembrato davvero di essere al fronte, abbiamo vissuto una situazione di impotenza e disperazione, ma pur nelle circostanze estreme in cui ci siamo trovati, siamo riusciti a trarre un'esperienza positiva dall'efficace collaborazione realizzata fra diverse competenze, perché tutti ci sentivamo “sul campo”.



A distanza di quasi tre anni la celebrazione dei “medici eroi” è caduta nell'oblio, e in ospedale sono molto diffuse tra i sanitari situazioni di disaffezione e burn out.

Sicuramente ai miei esordi l'organizzazione del lavoro e le opportunità erano più semplici, c'erano meno condizionamenti, anche sotto il profilo del budget. Anche l'aumento del carico burocratico ha inciso pesantemente perché ha rallentato l'attività, soprattutto

senza un adeguato supporto di strumenti tecnici. Credo sia fondamentale un'equa distribuzione del carico di lavoro, per evitare confronti e conflitti: tutti devono remare nella stessa direzione. Del resto la nostra esperienza in 2^ Medicina ci ha dimostrato come il senso del gruppo sia fondamentale per assicurare la vivibilità sul luogo di lavoro: il gruppo ti sostiene, assicura relazioni positive e costruttive, ti sprona a migliorare. Credo che questo sia un insegnamento da non disperdere.



Come vedi il futuro dei giovani medici?

I giovani non mi sembrano demotivati, anzi, oltre ad essere professionisti di qualità, si impegnano tanto. Anche durante il periodo Covid ho avuto l'opportunità di lavorare con gli specializzandi, che con il loro fervore sono il “sale”: sono desiderosi di apprendere, hanno voglia di fare e fare bene. A loro dico: non fatevi scoraggiare dalle lamentele degli strutturati, conservate l'entusiasmo, focalizzatevi sui mentori che possono tracciare il cammino, valorizzate la curiosità e il nucleo positivo della professione: se si perde quello, si perde tutto.



E il ruolo dell'internista, quale è destinato a diventare in una medicina sempre più tecnologica?

La medicina sta conoscendo sviluppi così rapidi che o ti interessi di un campo specifico o fai fatica a stare dietro alle innovazioni quasi quotidiane. Da questa angolazione fare l'internista è sempre più difficile, perché se prima avevi le competenze per seguire anche i casi specialistici, ora il panorama è molto più complesso. Ma c'è un campo, che ritengo fondamentale, in cui l'internista farà sempre la differenza: è la gestione del paziente che presenta più problemi clinici, e che va osservato con uno sguardo d'insieme, facendo sintesi delle specificità del singolo malato. In un contesto in cui ogni specialità sembra proiettata sul proprio “pezzettino”, noi internisti veniamo fuori grazie a questa visione globale. ●

Magistrati e medici: più vicinanza di quanto si creda

Claudio Castelli

Presidente Corte d'Appello di Brescia

Non vi è dubbio che le nostre rispettive professioni siano diverse e molto lontane come oggetto, non di meno si tratta pur sempre di attività che incidono pesantemente sulla vita, la salute e i diritti di altre persone che si trovano “costrette” a rivolgersi a noi. Professioni che pertanto sono costantemente e inevitabilmente soggette all'attenzione e alla critica delle persone interessate e dei cittadini più in generale.

Nondimeno le trasformazioni della nostra società, non necessariamente positive, hanno portato ad un approccio diverso e per certi versi pericoloso nei confronti delle nostre attività.

In primo luogo, si è determinato anche per le nostre professioni, come per la scuola ed altri settori, una crisi dell'autorevolezza e dell'affidamento che precedentemente queste professioni ispiravano, crisi solo in parte superata grazie alla magnifica prova messa in atto durante il COVID dalle professioni sanitarie. Questo fa parte di quella crisi della competenza e delle specificità professionali oggi

diffusissima nella nostra società. A ciò hanno indubbiamente contribuito la rete ed i social. Il fatto che sul web si possano trovare comunicazioni ed opinioni di ogni tipo fa pensare a chiunque di essere perfettamente informato e di poter interloquire con uno specialista, da pari a pari o addirittura dandogli dei punti. A me succede spesso di avere utenti della Giustizia che si lamentano di decisioni adottate dai Tribunali del distretto, pensando, erroneamente, che io possa, fuori da ogni ambito processuale, porre rimedio in via gerarchica a quelle che loro vivono come tremende ingiustizie. E puntualmente contestano il provvedimento adottato affermando di avere letto su internet che la decisione doveva essere diversa, rifacendosi a qualche sentenza (che spesso riguarda tutt'altro) letta sulla rete. L'idea che normalmente queste persone hanno è che il loro avvocato ed il giudice siano incapaci, quando non venduti.

Ed ho verificato, anche nella mia lunga esperienza come Gip a Milano, quando mi

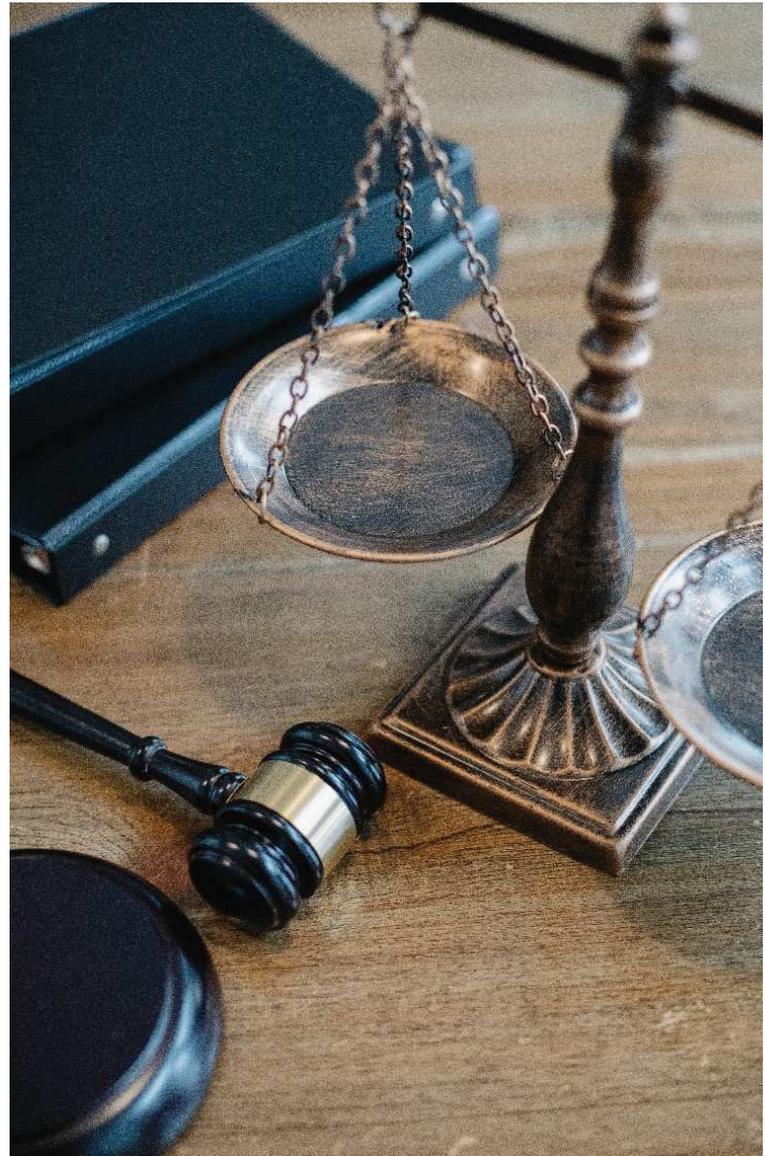
sono occupato di responsabilità sanitaria, che la professione medica non sta meglio. La rete non solo è fonte ingannevole, ma manca qualsiasi insegnamento alla sua lettura e al suo utilizzo, alla verifica delle fonti, alla capacità di lettura di scritti tecnici.

A ciò si accompagna la sempre più difficile accettazione da parte del nostro mondo di eventi naturali (quali l'invecchiamento e la morte) **o umani** (quali la soluzione di conflitti in cui inevitabilmente c'è chi ha ragione e chi ha torto). Ho visto denunce a carico di sanitari per persone affette da plurime malattie con esito inevitabilmente letale del cui decesso venivano incolpati i medici e indicare al pubblico ludibrio magistrati solo per tesi accusatorie non accolte (per i P.M.) o per sentenze riformate nei successivi gradi di giudizio. **Bisognerebbe riuscire a far capire che la morte o la malattia non sono frutto di errore del medico e che la scelta di una terapia che si rivela sbagliata non è necessariamente un errore, dovendosi sempre fare una valutazione ex ante e non ex post.**

Come che non possiamo pretendere un giudice infallibile: i gradi di giudizio esistono apposta per cercare di ridurre al minimo gli errori, in un terreno come quello del giudicare nostri simili che ha ampio terreno di opinabilità. Del resto, i Romani giustamente sostenevano che giudicare è materia divina e non umana. Quello che dobbiamo pretendere è la preparazione, l'aggiornamento scientifico, lo studio approfondito del caso, l'onestà intellettuale.

Pensare di risolvere questi dilemmi con forme più penetranti di responsabilità ha solo effetti devastanti: la medicina e la giustizia difensiva, il cui scopo non è curare o distribuire giustizia, ma solo avere le carte a posto per non avere conseguenze. Un vero e proprio tradimento delle nostre professioni, cui non possiamo cedere.

Ma questo comporta anche ulteriori sforzi che dobbiamo fare per evitare questa deriva. In primis far capire, anche al nostro interno, specificità e ricchezza delle nostre



professioni senza timore di mettersi in gioco. In secondo luogo, fare il grande sforzo di cambiare il nostro linguaggio abbandonando tecnicismi incomprensibili ai profani, per adottare modalità nel contempo appropriate tecnicamente e capibili anche dai non operatori. Infine, utilizzare (ed educare all'utilizzo) di web e social, per cercare di indirizzarli lungo un versante di informazione qualificata, valorizzando e, se necessario, creando fonti affidabili. ●

Cresce il dialogo con il decisore pubblico

Gianmario Fusardi

Presidente Commissione Albo Odontoiatri (CAO)

✉ gianmario.fusardi@ordinemedici.brescia.it



Prosegue l'attività di consolidamento delle relazioni istituzionali della Commissione che - lo ricordo - è rappresentante esponenziale della professione come dispone la Legge Lorenzin, invero solo parzialmente attuata. Mi riferisco alla recente messa

a terra della **Rete clinico-assistenziale ed organizzativa dell'Odontoiatria con il Decreto della DG Welfare lombarda n. 19223 del 29/12/2022** che ha provveduto a colmare il *gap* che ancora ci riguardava. Il sistema delle Reti è un modello partecipativo dei soggetti pubblici e privati che da qualche anno è stato introdotto da Regione per coadiuvare la *governance* del sistema sanitario in ottica multidisciplinare, una sorta di organismo consultivo che dovrebbe orientare la formazione della volontà del decisore. Anche la "nostra" Rete regionale si è dotata di un Organismo di Coordinamento (che si è insediato lo scorso 8 febbraio) e di obiettivi prioritari, che abbiamo

attivamente contribuito ad individuare nell'interesse della professione, dei cittadini-pazienti e degli operatori che verranno studiati e sviluppati con l'azione di cinque Commissioni Tecniche:

- 1. Promozione della salute orale e prevenzione, inclusa l'integrazione tra università e servizi territoriali;**
- 2. Assistenza odontoiatrica alle vulnerabilità LEA ed ai soggetti con disabilità;**
- 3. Armonizzazione dell'applicazione della normativa regionale circa i requisiti autorizzativi e di accreditamento delle strutture;**
- 4. Definizione di un registro regionale dei direttori sanitari di strutture eroganti prestazioni odontoiatriche;**

5. Proposta di revisione del tariffario-nomenclatore.

Le Commissioni disporranno del triennio 2023-2025 potendo accedere a tutto l'archivio documentale ed informativo nella disponibilità di Regione per formulare una proposta che verrà presa in carico dalla DG Welfare e, auspicabilmente, dalla Giunta per gli atti deliberativi di consequenziali.

È evidente che in particolare le Commissioni 3 e 4 possono giocare un ruolo rilevante nella disciplina degli studi odontoiatrici e che il nostro presidio sulle stesse sarà totale.

La possibilità di offrire interpretazioni omogenee della normativa su tutto il territorio regionale andrà a vantaggio di tutti coloro che devono operare, sia professionisti che pubblici funzionari, con regole comprensibili e senza derive

provincialiste o - ancor peggio - distrettuali.

Per fare il punto sul cammino fin qui compiuto proprio lo scorso 4 febbraio abbiamo riunito alcuni amici in rappresentanza di diversi *stakeholder* impegnati nell'assistenza odontoiatrica ed abbiamo provato a tracciare la mappa dei cambiamenti degli ultimi anni senza rinunciare a delineare alcuni scenari futuri. A questo proposito ringraziamo particolarmente la **dott.ssa Simona Tironi**, che si è spesa notevolmente con noi negli ultimi due anni per la creazione della Rete, e l'**on. Gianantonio Girelli**, che è profondo conoscitore del territorio e del comparto sanitario, per la preziosa testimonianza di attenzione nei nostri confronti. È emerso un quadro di particolare interesse anche per il pubblico presente, in particolare per

quanto attiene la possibilità - peraltro già sperimentata e apprezzata in alcuni Paesi quali Francia e Germania- di coinvolgere più attivamente gli studi privati e libero-professionali nell'erogazione di alcune prestazioni per conto del Sistema Sanitario, secondo uno schema premiale sia per il paziente sia per il professionista basato sulla continuità della presa in carico e sull'adesione a condotte di prevenzione bene individuate. **Naturalmente il nostro percorso di analisi e di proposta prosegue ora con la passione e con la fiducia di chi conta anche e soprattutto sulle proprie forze per portare avanti istanze in ottica di lavoro per migliorare la vita di tutta la Comunità, sia dei nostri iscritti che dei nostri utenti.** ●



Disabilità e odontoiatria

 **Stefano Salgarello, Daniele Lorenzi, Paolo Bertoletti**

La gestione del paziente disabile odontoiatrico rappresenta un tema di riflessione rilevante all'interno della Professione; l'obiettivo è infatti fornire cure adeguate ed efficaci al paziente fragile.

In questo ambito il grado di collaborazione rappresenta il principale ostacolo nel trattamento, con questi pazienti è infatti necessario un percorso assistenziale adeguato alle loro condizioni e necessità terapeutiche. L'odontoiatria rivolta ai pazienti fragili è quindi la disciplina che si occupa della prevenzione cura e riabilitazione di soggetti che, anche solo temporaneamente, possono ritrovarsi in particolari condizioni di salute: persone con disabilità intellettive, sensoriali, riduzione della mobilità o collaborazione, con patologie croniche invalidanti, esiti di traumi, malattie genetiche rare, persone con fragilità sanitaria e persone che rendono il trattamento odontoiatrico critico.

Scopo di questa branca dell'odontoiatria è di consentire a tale tipologia di paziente di essere curato, compatibilmente con il quadro clinico e il grado di collaborazione, in maniera paragonabile per efficacia e qualità al resto della popolazione. I trattamenti odontoiatrici e del cavo orale nella persona

diversamente abile devono essere erogati con gli stessi principi che si usano per il resto della popolazione; va considerato che la complessità del trattamento può essere influenzata dalla severità della disabilità stessa.

Per quanto riguarda il cavo orale la disabilità di per sé non comporta patologie differenti dagli altri individui; tuttavia, sono presenti ostacoli che non rendono facile l'azione preventiva, limitando quindi spesso l'intervento solamente in caso di urgenza. **Sovente, infatti, chi si prende cura del paziente, genitore o tutore, considera la cura del cavo orale di secondaria importanza, privilegiando il trattamento della patologia sistemica principale.** Il quadro di igiene trascurata, unito spesso a una scorretta alimentazione, comporta una maggior presenza di carie e patologie parodontali. **Questi pazienti, infatti, spesso non sono autonomi e hanno difficoltà motorie tali da non garantirsi una corretta igiene orale domiciliare.** Tutto ciò si somma alla paura di questi soggetti della poltrona del dentista, o in generale del nuovo ambiente, che frequentemente esita in un continuo posticipo della visita odontostomatologica, spesso considerata un vero e proprio evento traumatico. La mancata prevenzione ed i ritardati



Stefano Salgarello

interventi curativi rendono quindi più complessi e invasivi gli interventi odontoiatrici successivi.

La prevenzione, ancor più in questi pazienti, rappresenta la via principale da percorrere, attraverso un programma condiviso con i tutori ed i genitori dell'assistito. Il fine dev'essere quello di instaurare una familiarizzazione con il paziente che gradualmente ne vada a migliorare il grado di collaborazione. La seduta di igiene orale professionale in questo contesto gioca un ruolo fondamentale, ampliando la sua funzione terapeutica e preventiva nell'instaurare un rapporto di fiducia con il paziente. Tuttavia, nei casi in cui il grado di collaborazione dei pazienti non consenta un adeguato protocollo di gestione risultano necessarie modalità di trattamento tramite vari livelli di sedazione definiti in: ansiolisi, sedazione

cosciente e, nei casi dei pazienti meno collaboranti, anestesia generale.

La prima valutazione del paziente rappresenta quindi una fase fondamentale tramite cui viene indirizzato verso il corretto percorso assistenziale.

All'interno della realtà dell'ASST Spedali Civili, i pazienti vengono trattati ambulatorialmente presso la U.O. Odontostomatologia degli Spedali Civili (Direttore Prof. C. Paganelli) con accesso dopo opportuna prima visita che viene svolta presso U.O. Pronto Soccorso Odontoiatrico (Direttore Dr. L. Cordone) qualora presentino un grado di collaborazione adeguato. In caso il grado di collaborazione non sia sufficiente al trattamento ambulatoriale, il trattamento di questi pazienti prevede la prosecuzione del trattamento presso il Presidio Ospedaliero di Montichiari (con équipe sempre afferente alla U.O. Odontostomatologia citata) in cui le cure odontoiatriche vengono svolte in anestesia generale. Solo in specifici casi di problematiche sistemiche legate alle procedure anestesologiche, le terapie vengono svolte presso gli Spedali Civili di Brescia nella U.O. Maxillo-Facciale Pediatrica (Direttore Dr. D. Burlini) se di età inferiore ai 14 anni, U.O. Maxillo-Facciale (Direttore f.f.: Dr. A. Castellani) se di età maggiore. Durante le sedute in anestesia generale

vengono eseguite le terapie odontoiatriche di cui il paziente necessita: conservative, endodontiche, chirurgiche (prettamente estrattive) e parodontali. Troppo spesso purtroppo la terapia di questi pazienti viene limitata alle cure estrattive poiché definitive ed eseguibili anche in un contesto di assistenza non specialistica. La conseguenza che ne deriva è una costante mutilazione dell'apparato stomatognatico del paziente, che vede pertanto una progressione verso l'edentulia parziale e totale, con ulteriore disabilità - in questo caso, disfunzione masticatoria - che viene a complicare il quadro esistente. La scarsa capacità di adattamento di questi pazienti alle protesi totali o parziali li porta ad avere, nel tempo, difficoltà ad una corretta ed equilibrata alimentazione con ripercussioni sia sul piano fisico del paziente che economico sulla società (famiglia e/o struttura di supporto).

Questo tipo di sedute permette invece l'utilizzo di protocolli clinici che normalmente si utilizzano in ambito ambulatoriale, come l'utilizzo della diga di



gomma e l'esecuzione di terapie di difficile approccio come le cure endodontiche. Per questi motivi il *modus operandi* che viene adottato ha come primo obiettivo il mantenimento dell'elemento dentario oggetto della terapia e permette un approccio conservativo e rispettoso del cavo orale del paziente. Se necessari inoltre, previa valutazione, possono essere eseguiti ulteriori esami come ecografie, gastroscopie o altre visite specialistiche (ad es. ORL, ginecologiche) contestualmente alla seduta operatoria odontostomatologica. Nel trattamento dei pazienti disabili in ambito odontoiatrico è necessario lo sviluppo di una specifica sensibilità per le esigenze del paziente non solo per le terapie di cui necessita ma anche per aspetti comprendenti l'ambiente in cui questi pazienti devono essere trattati. Da considerare inoltre il ruolo fondamentale dei genitori o tutori, che spesso rappresentano il principale canale comunicativo con il paziente. Curare le problematiche inerenti al cavo orale può risultare obiettivo secondario rispetto alle criticità sistemiche che questi pazienti presentano; tuttavia, il loro trattamento permette di ridurre i già numerosi ostacoli che quotidianamente questi pazienti affrontano, rappresentando l'espressione di una matura e completa assistenza sanitaria riflesso di una società civile e vigile verso i soggetti più deboli. ●

Divagazioni sull'invecchiare di un gerontologo che invecchia



A cura di **Renzo Rozzini**

Fondazione Poliambulanza - Istituto Ospedaliero

Quando un paziente si siede davanti a me cerco di indovinare l'età. Ho sempre fatto il geriatra e per la maggior parte della mia vita professionale ho visitato persone più vecchie di me, mi è dunque naturale pensare che chi mi sta davanti abbia più anni di me.

Da un po' di tempo e **sempre più frequentemente mi capita di attribuire al paziente un'età superiore a quella certificata dall'anagrafe**: talora il paziente è più giovane perfino di dieci anni dell'età che gli ho dato. Immagino che questo processo mentale valga anche per i pazienti: incontrandomi mi penseranno vecchio dottore, più vecchio di loro, anche se probabilmente così non è. Attribuirsi un'età inferiore alla reale non è un cattivo segno. La letteratura scientifica dice che più ci si sente giovani, più si è oggettivamente predisposti alla salute: la convinzione mentale di essere giovani ha delle conseguenze positive su benessere e longevità, ci si ammala di meno e si sta anche meglio mentalmente, si corre meno il rischio di soffrire di depressione, di disturbi

d'ansia o di demenza, in sintesi si presta più attenzione al proprio fisico proprio perché si vuole restare giovani.

In ospedale, per descrivere un paziente, si inizia spesso con l'età: "un uomo di 75 anni con dispnea, una donna di 80 anni con frattura di femore o con una colecistite acuta". Conoscere l'età di un paziente consente di restringere l'attenzione verso le diagnosi più probabili e di immaginare il paziente prima di incontrarlo. Ma ha anche lo scopo di contestualizzare la sua clinica o di ipotizzarne l'eventuale drammaticità nel caso di prognosi sfavorevole. Si ritiene inaccettabile che un giovane padre di famiglia muoia per insufficienza respiratoria dopo un'infezione (ad es. per Covid), eventualità contro cui ci si predispone a lottare con tutti gli strumenti disponibili, ma con un paziente ultraottantenne disabile e con deterioramento cognitivo la situazione viene immaginata diversamente, meno intensivi sono gli interventi diagnostici e terapeutici da attivare; se un trentenne è

in grado di affrontare una chemioterapia aggressiva o un intervento chirurgico rischioso o un trapianto d'organo, per un settantenne si considera che quegli stessi interventi potrebbero essere più nocivi che utili.

L'attribuire una prognosi a un paziente in base all'età e definire il grado proporzionato di intensità di cura da attivare, a seguito di un evento acuto, quando si accompagna alle considerazioni delle condizioni premorbose (vale a dire alla presunta aspettanza di vita) è una modalità di buona pratica clinica propria del pensiero medico e una procedura strutturale consolidata della geriatria.

La durata della vita umana ha un arco naturale che nel nostro paese oggi termina abitualmente tra l'ottavo e il nono decennio; quarant'anni fa, quando ho iniziato la professione, era nettamente inferiore.

Nel corso di questi anni ho cambiato significativamente modo di pensare il "significato clinico" dell'età. Grazie allo sviluppo tecnologico e organizzativo della medicina e della sanità, e alle migliori condizioni di salute raggiunte in età avanzata, le persone possono oggi sopravvivere facilmente a diagnosi mediche che avrebbero significato una morte prematura negli anni passati (nel 1980, ad esempio, i pazienti ultrasessantenni con neoplasie del colon erano considerati terminali e non venivano operati, e agli ultrasessantacinquenni con infarto era interdetta l'Unità di Cura Coronarica).

L'avvento della chirurgia miniinvasiva e dei farmaci immunoterapici in oncologia ha spostato sempre più in avanti i limiti di età oltre ai quali non è più indicato l'accesso alla cura attiva.

Il campo della "medicina anti-invecchiamento" sta guadagnando credibilità con dati scientifici che indicano la possibilità concreta di estendere non solo la durata della vita, ma anche la "durata della salute" - ossia la quantità di tempo che le persone trascorrono in salute e attive, con una buona qualità della vita (il concetto di società longeva si sta sostituendo a quello di invecchiamento della società). Modalità di interventi di prevenzione attiva (principalmente del "disuso") in età adulta

sono disponibili in rete e sono sempre più diffusamente praticate (stili di vita, palestre, nutrizionisti).

Gli studi sull'efficacia della restrizione dietetica o del digiuno intermittente nel prevenire le malattie metaboliche e cardiovascolari e nell'allungare la durata della sopravvivenza sono sempre più convincenti (è assodato che, purché i bisogni nutrizionali essenziali siano soddisfatti, limitare l'apporto calorico aumenta la durata della vita di molti animali da laboratorio; primati che assumono due terzi delle calorie rispetto a chi mangia *ad libitum* hanno aspetti estetici, ed es. il pelo più folto, la postura corretta e non veccheggianti, una aspettanza di vita di un terzo superiore rispetto a chi ha una dieta libera).

Osservo del resto che miei compagni di liceo da quando sono in pensione dedicano buona parte della loro giornata liberata da obblighi di lavoro all'attività fisica ottenendo con esercizi specifici corpi e forma fisica da fare invidia a cinquantenni sedentari. Alcuni purtroppo interpretano liberamente e pericolosamente studi non conclusivi su



come rallentare anche farmacologicamente la velocità delle lancette dell'orologio, con il discutibile supporto in alcuni casi di qualche medico accondiscendente.

Non si può negare la morte né rifiutare la realtà dell'invecchiamento, ugualmente **non si può non essere affascinati dalle nuove ipotesi della medicina della longevità**: e se l'arco di vita atteso non fosse quello che abitualmente si pensa? Dopo tutto non è forse vero che c'è stato un progressivo e ininterrotto aumento della speranza di vita dall'inizio del secolo scorso a oggi (se si escludono le tragiche pause delle guerre e del Covid)?

Qualche ricercatore ha azzardato l'ipotesi che la vecchiaia debba essere considerata malattia, che esistano già evidenze che indicano la possibilità di poterla curare e che le malattie non trasmissibili - cancro, malattie cardiache, demenza - siano i sintomi dell'invecchiamento, che la prima persona che vivrà fino a 150 anni è già nata. A mio avviso si tratta di un sogno alimentato dalla negazione e dalla paura della morte e dall'illusione del controllo completo sulla vita. È vero invece che **già oggi le persone più ricche vivono in salute (cioè senza disabilità) in media quasi 10 anni in più rispetto a chi è più povero**. Man mano che i dati alla base della scienza anti-invecchiamento diventeranno solidi e utilizzabili, è probabile che la disponibilità di terapie anti-aging renda questa differenza ancora più ampia.

In ospedale si è da tempo testimoni delle disparità di speranza di vita. Recentemente abbiamo accolto in Geriatria un paziente di 60 anni, fumatore e bevitore, che, caduto nella vasca da bagno, lì è rimasto quasi due giorni prima che qualcuno se ne accorgesse e chiedesse soccorso. Fuori dalla sua camera d'ospedale io e la caposala, entrambi convinti di essere lontani dalla vecchiaia, abbiamo fatto qualche considerazione sull'età del paziente, quasi coetaneo di lei e quasi 10 anni più giovane di me, commentando il fatto che la collega neospecialista, trentenne, del Pronto Soccorso aveva telefonato dicendo che ci mandava "un vecchio di 60 anni". Effettivamente il paziente che ci siamo

trovati di fronte ha un corpo logorato dalle malattie da decenni di stress cronico, da fattori personali e sociali. **Se si potesse misurare l'età fisiologica piuttosto che cronologica di quel paziente, cosa si troverebbe?** Debolezza, impotenza funzionale, diminuzione della fisiologica capacità di guarigione (resilienza). Queste informazioni sono molto più significative dell'età cronologica quando si tratta di prendere decisioni su quali interventi un paziente può sopportare. Ma questa modalità di valutazione dell'età, oltre a non essere diffusa, non ha riferimenti precisi (*gold standard*).

In prima linea nella scienza della longevità ci sono aziende che offrono una risposta troppo semplice (semplicistica secondo me) sulla stima dell'età: si invia qualche provetta di sangue (all'estero, naturalmente!) e si riceve un report che valuta l'età genetica, basata sulla rilevazione delle impurità del DNA e dei suoi prodotti legati all'invecchiamento. Forse questo valore è significativo, ma non è certamente chiaro se avere un'età genetica più giovane di quella cronologica conferisca la possibilità di una vita più lunga o migliore. Potrebbe, ma non è certo. E poi, che senso ha inviare il sangue: vale la pena di ricevere quelle informazioni, per farne cosa? Forse ne deriverebbero inutili preoccupazioni ovvero false rassicurazioni. Mentre vedo i pazienti e faccio queste considerazioni sono consapevole che **anche se possiamo rallentare l'orologio, non ci sarà mai abbastanza tempo**. Questo corre.

Due anni fa, a New York per un *meeting*, solo, sveglia di notte per il jet lag mi sono ritrovato in preda al panico per un nevo nero sul dorso, non poteva che essere un melanoma! Non era una paura non plausibile, le storie mediche iniziano sempre in questo modo. Succedesse oggi potrei immaginare la presentazione del paziente: "uomo di 68 anni, ha un'anamnesi remota non significativa e diagnosi di melanoma metastatico".

Tornato a Brescia sono corso dal dermatologo, che con una rapida occhiata al dorso mi ha detto di non preoccuparmi, sono "macchie dell'età": "Ai tuoi 66 anni è naturale". ●

Eleganza medica

 **Renzo Rozzini**

Mi ha sempre colpito l'eleganza maschile e ancor più l'eleganza nei medici. Ad una cena ero rimasto affascinato da un commensale per il racconto della cura maniacale con la quale il padre medico-condotto si preparava ogni mattina, alle sei, prima di uscire di casa: il rito iniziava con la barba e terminava con l'abbondante acqua di lavanda e la bianca camicia profumata. Quando vedo un medico elegante la fantasia va alle illustrazioni dei libri di storia della medicina: Augusto Murri con cravatta nera, Cesare Lombroso con cravatta bianca, la catena dell'orologio di Sigmund Freud o le giacche di flanella di Carl Gustav Jung. Un uomo elegante mi dà l'idea che rispetti il prossimo, un medico elegante che rispetti i pazienti.

Stamattina sono entrato in stanza a visitare una paziente ricoverata nottetempo per un capogiro a cui ha fatto seguito una caduta e un trauma cranico. Seduto accanto al letto un vecchio signore che si presenta come marito e medico in pensione. Mi dirà di avere 89 anni. Racconta quello che è successo alla moglie, la dinamica della caduta; non nasconde un senso di colpa per non essere riuscito a prevenirla. Non se l'aspettava, non poteva prevederla in alcun modo, ma la caduta avrebbe potuto essere disastrosa.

Parla in modo calmo, preciso, con terminologia un po' desueta, che oggi irriterebbe se pronunciata da un giovane medico, ma che in lui aumenta il naturale fascino. È elegante, molto elegante, nessuno vedendolo potrebbe pensarlo se non



medico: è l'archetipo del medico. Mentre mi intrattengo ci raggiunge un giovane collega. Trafelato, senza bussare, interrompe la nostra conversazione dicendo che finalmente è arrivato il referto istologico di una biopsia di un paziente dimesso la settimana prima, negativo (notizia urgente, sic!). Lo guardo, non ha la barba fatta da almeno un paio di giorni, il camice slacciato che lascia vedere una "t-shirt" e un paio di jeans lisi. Ai piedi un paio di "comode" scarpe da ginnastica (*sneakers*). Non posso non fare il confronto tra l'eleganza del vecchio medico e la sciattezza e inopportunità del giovane; mi viene in mente il recente dibattito sul venir meno del prestigio e sulla rappresentazione del medico nel mondo d'oggi e sulle motivazioni che hanno portato alla perdita di ruolo sociale. Non credo che l'abito ne sia stato la causa, ma se è stata una conseguenza, si poteva evitare. Se uno entrasse nella stanza dove ci troviamo per cercare un medico non avrebbe dubbio a chi rivolgersi. ●

Idem sentire

 **Renzo Rozzini**

Il motivo del ricovero è una caduta. Da qualche giorno aveva febbre, la sera precedente, intorno alle 20, si è accasciata a terra senza riportare alcun trauma e non è più stata in grado di rialzarsi; lì è rimasta fino al mattino successivo quando è riuscita a richiamare l'attenzione dei vicini che hanno allertato i soccorsi.

Ha 90 anni, vive sola, non ha parenti ed è nota ai Servizi Sociali. Non ha nulla di speciale che possa attirare la mia attenzione, eppure per lei provo un'immediata simpatia.

Ha ancora febbre e dolori muscolari per essere rimasta a terra a lungo, ma ha ugualmente voglia di conversare, di tutto, anche di cose che non riguardano il suo ricovero. Dice di aver avuto un marito e, alla morte di questo, un compagno; non dà l'impressione di ricordarli con nostalgia. Non ha potuto avere figli. Ha però sempre goduto della compagnia di gatti e cani che ha molto amato. Quando le faccio i complimenti per la simpatia, si schermisce dicendo che è l'amore per gli animali che le ha insegnato ad amare gli uomini; dice che anch'io sono simpatico, che si vede che amo i pazienti e che certamente amo anche gli animali. Quando esco dalla stanza penso a come il "carattere" possa condizionare l'atto clinico e che le persone con le quali si instaura una relazione di simpatia (empatia?) siano generalmente le meglio curate, se non in termini tecnici quantomeno in termini emotivo affettivi.

Le meglio "curate" appunto. Non avrà problemi a ricevere quanto chiede, anche l'extra, è naturale, anzi sono certo non chiederà nulla perché le sarà dato prima che domandi.

Anche lei deve aver provato un sentimento analogo, non solo per il garbo familiare col quale si è rivolta a me nella conversazione, ma anche perché ha dato molto per scontato, come se io di lei immaginassi o sapessi tutto.

Nel corridoio incontro l'assistente sanitaria e chiedo come mai la paziente sia in carico ai Servizi Sociali: "non ha nessuno, ha sempre fatto la puttana" mi dice.

E tutto è chiaro, è l'idem sentire delle professioni d'aiuto. ●



Paziente con cane al guinzaglio

 Renzo Rozzini

Esco prima delle sei per andare in ospedale (devo pur sfatare il luogo comune che i chirurghi arrivano presto, mentre i molli internisti generalmente sono in ospedale dopo le otto!).

Da quasi trent'anni, per raggiungere il garage, a quell'ora incontro una signora con un cane al guinzaglio. Di lei ho sempre notato l'altera eleganza, anche mattutina, l'espressione del volto assente e l'immancabile sigaretta tra le dita. All'inizio riuscivo solo ad osservarla, per diverso tempo non mi è mai stato concesso uno sguardo; poi lo sguardo è arrivato. Ultimamente ci si scambia un fugace buongiorno con un accenno a un cortese sorriso. Le prime volte ho pensato fosse altezzosa ed evitasse volutamente la confidenza con una persona che esce da casa presto il mattino, cioè di professione umile, poi mi sono fatto la convinzione che fosse solo timida, oppure discreta. Di lei non ho mai saputo altro.

Dai primi incontri di tempo ne è passato, è visibilmente invecchiata. La schiena curva, cammina lentamente per un evidente mancafaiato, ha la sigaretta tra le dita e governa il cane, il terzo o il quarto che ho conosciuto e di taglia sempre più piccola, con sempre maggior difficoltà. Conserva l'allure.

L'altro giorno è arrivata inaspettatamente in ambulatorio; motivo della visita un problema respiratorio. Ha finto di non conoscermi, oppure non mi ha davvero riconosciuto.



Risponde con frasi brevi, spesso monosillabi, è evidente la sua incapacità ad aprirsi. Il foglio di accettazione riporta che ha 82 anni. Riesco a farmi dire che è divorziata e che vive sola da più di quarant'anni; me ne guardo dal forzare la sua riservatezza.

Ci incontriamo ogni mattina da trent'anni e non so nulla di lei. Non credo ritornerà per un controllo. Mi sarebbe piaciuto sapere di più della sua vita, dei suoi pensieri; provo a immaginare il suo dolore mattutino, antico, che probabilmente rimarrà sempre confinato nella sua mente.

Stamattina, uscendo di casa l'ho rivista, ci siamo salutati come sempre. ●

Il capitale biologico

Le conseguenze sulla salute delle disuguaglianze sociali

Luca Carra e Paolo Vineis

**Recensione a cura
di Gianpaolo Balestrieri**

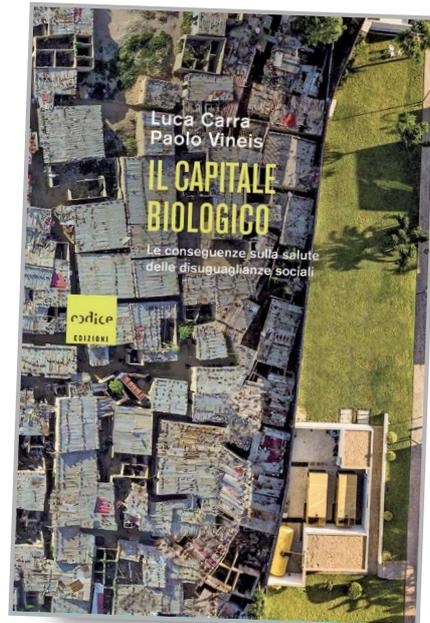
La prevalenza del diabete mellito a Torino raddoppia dai quartieri ricchi ai piedi della collina rispetto alle periferie povere a nord della città. A Londra, partendo dalla stazione di *Westminster* della metropolitana e prendendo la *Jubilee line* in direzione est, la speranza di vita della popolazione locale diminuisce di un anno ogni due fermate.

Disuguaglianze sociali e stato di salute. Il tema è affrontato da Luca Carra, giornalista scientifico e Paolo Vineis, epidemiologo, in una prospettiva ampia, storica e scientifica, che getta un ponte tra un approccio sociologico ed uno biologico al problema. Disuguaglianze tra paesi a diverso reddito, disuguaglianze all'interno di ciascuno stato.

Disuguaglianze non solo riguardo al reddito (capitale economico), ma riguardo l'istruzione (capitale culturale) e la rete di relazioni (capitale sociale), riguardo l'habitus, il modo con cui gli individui

percepiscono la società che li circonda e reagiscono ad essa sviluppando categorie mentali, abitudini, passioni. Questi fattori ambientali, molto più che la componente genetica, influiscono su quello che gli autori chiamano capitale biologico, il modo in cui l'organismo reagisce agli stress ambientali con meccanismi adattativi più o meno efficaci o dannosi, attraverso modifiche epigenetiche (metilazione del DNA ad es.). Quando la pressione stressoria è eccessiva si innesca una cascata di eventi metabolici che conducono ad uno

stato di "infiammazione permanente" responsabile di patologie endocrine, cardiovascolari, neoplastiche. Alcuni studi epidemiologici di coorte hanno evidenziato come le condizioni sociali e lavorative condizionino lo stato di salute. Nello studio *Whitehall 2* condotto su funzionari della pubblica amministrazione londinese dai 35 ai 55 anni, seguiti dal 1985 in poi, si è evidenziato che una serie di condizioni cliniche, dal diabete fino alla mortalità precoce, siano correlate ai livelli inferiori della gerarchia lavorativa, al basso controllo del proprio



lavoro, all'isolamento del singolo lavoratore dagli altri colleghi. L'alta domanda e lo stress conseguente sono invece più accettabili dai livelli alti della gerarchia. Le misure suggerite da *Whitehall 2* per ridurre il danno vedono tra l'altro un maggior coinvolgimento dei dipendenti nelle decisioni aziendali, una riorganizzazione del lavoro che accresca il senso di autonomia e di controllo dei dipendenti ed aumenti le ricompense e i salari più che ridurre l'impegno lavorativo, favorendo il supporto sociale fra colleghi. Forse queste misure, mi viene da pensare, potrebbero venire incontro anche allo stress ed al burn out medico

del nostro tempo. Non solo la povertà quindi, ma una serie complessa di fattori che agiscono lungo tutta la traiettoria di vita (gli autori sottolineano l'importanza degli eventi avversi in età pediatrica, dall'abbandono agli abusi) determinano l'accelerazione o la decelerazione dell'età biologica rispetto a quella cronologica. Quali siano gli interventi più efficaci per determinare un miglioramento della qualità di vita non è a tutt'oggi chiaro dagli studi empirici, molto limitati, condotti fino ad oggi. La complessità delle reti causali, biologiche e sociali (al tema della causalità in medicina gli autori dedicano

un elegante approfondimento epistemologico) rende difficile una scelta certa di priorità. Questo, tuttavia, come suggerisce nell'introduzione Giuseppe Costa, epidemiologo torinese, non può essere un alibi per non combattere le disuguaglianze di salute dall'infanzia alla scuola, ai luoghi di lavoro, al sistema sanitario. ●

Il capitale biologico
Le conseguenze sulla salute delle disuguaglianze sociali
Luca Carra e Paolo Vineis
Codice edizioni,
Torino 2022
Pagine 157
Euro 16.00

Un uomo fortunato ***Storia di un medico di campagna*** **John Berger e Jean Mohr**

Recensione a cura di Gianpaolo Balestrieri

Nel 1966 John Berger, scrittore e Jean Mohr, fotografo, osservarono e documentarono per alcune settimane la vita quotidiana e professionale di un medico di base (John Sassal nel libro, John Eskell nella realtà) in un distretto

remoto e depresso del Gloucestershire. Il Dr. Sassal/Eskell lavora da solo senza risparmiarsi. Chiamate a tutte le ore del giorno e della notte. Segue i pazienti dalla nascita (è diplomato in ostetricia) fino alla morte. Dopo i primi anni di attività in cui è soprattutto medico delle emergenze, traumatologiche,

chirurgiche, internistiche (che lo riportano agli anni entusiasmanti della guerra nel Dodecaneso), attua una svolta nel suo atteggiamento professionale. Avverte che i pazienti hanno bisogno di essere riconosciuti come persone, nella loro interezza. Diviene curioso delle loro vicende, non solo da un punto di vista strettamente

medico. Se ne fa carico. Ogni incontro clinico è un'esperienza nuova, che lo appassiona. L'approccio ai pazienti è rispettoso, attento, non giudicante, non paternalistico, più da fratello maggiore. Il Dr. Sassall è spesso insoddisfatto di sé stesso, vorrebbe fare di più e meglio per i suoi pazienti, teme l'errore. Sente suoi i problemi di una comunità emarginata, povera di opportunità di crescita economica e culturale. Si impegna generosamente nelle iniziative di miglioramento civile e nella soluzione dei problemi personali dei suoi assistiti. Berger paragona il Dr. Sassall ad un personaggio di Conrad, un solitario comandante di vascello per il quale banco di prova virile non è il mare con le bonacce e le tempeste, ma le malattie e le difficoltà esistenziali delle persone. Il suo impegno, forse troppo coinvolgente, quasi ossessivo, cede talvolta a fasi depressive, anche prolungate. Il testo, edito solo ora in Italia con una bella introduzione di Vittorio Lingiardi, ha più di cinquant'anni. Immensi sono stati i mutamenti avvenuti nella pratica medica e la figura del medico di famiglia impersonato dal Dr. Sassall/ Eskell può essere solo un ricordo, talvolta un rimpianto. Tuttavia, i temi (e i problemi) dell'empatia, della curiosità intellettuale,



del *burn-out*, sono quanto mai attuali. “Un uomo fortunato” ce li racconta con vivacità e con una superba galleria di immagini fotografiche dei luoghi, dei pazienti del medico stesso che si integrano con lo scritto. Alcune parti, nel finale del libro, appaiono un po' datate e condizionate dalla visione marxista/ esistenzialista di Berger. Tuttavia, è condivisibile l'affermazione introduttiva di Iona Heath che “questo è il libro più straordinario scritto sulla medicina generale”. ●

Un uomo fortunato
 Storia di un medico di
 campagna
 John Berger e Jean Mohr
 Il Saggiatore,
 Milano 2022
 Pagine 204
 Euro 22.00

In memoria del dottor Raffaello Mancini

Grazie dottore!

 *Ottavio Di Stefano*

È mancato in questi giorni Raffaello Mancini. Medico di famiglia per quasi mezzo secolo e per più di un decennio Presidente di questo Ordine.

Competente ed aperto alle innovazioni, ma...prima di tutto. Prima di tutto vicino al malato.

Dalle sei di mattina in ambulatorio fino a tarda sera per l'ultima visita a casa con il sorriso, che nascondeva la stanchezza, perché "lei, lui ha bisogno di me".

Questo è il valore alto di quest'uomo e forse altre parole non sarebbero necessarie.

Ma noi che abbiamo avuto il privilegio di conoscerlo e di avere la sua amicizia vogliamo raccontarvi la sua umiltà e la sua grandezza.

Raffaello rispetta tutti, ma il suo rispetto non è formale, è fatto di ascolto, di comprensione del sentire di chi incontra, nella ricerca continua di capire le ragioni dell'altro.

Raffello ha i suoi valori di vita. La sua fede, l'amore per la famiglia, per il suo lavoro e, sì, proprio amore per gli uomini e le donne che cura.

Raffaello stupisce per la sua onestà intellettuale inflessibile che non viene mai meno. Lui vede sempre il buono nell'altro con una purezza d'animo che sfiora, in apparenza, l'ingenuità.

Lontano dalle molte pochezze del nostro tempo.

Come salutare Raffaello?

Con le parole della sua gente che lo riempivano sempre di gioia autentica:

Grazie dottore. ●



Il dottor Raffaello Mancini, indimenticabile medico di famiglia e presidente dell'Ordine, ci ha lasciati lo scorso 20 gennaio. Vogliamo ricordarlo con alcuni passaggi tratti dai suoi editoriali e discorsi, che raccontano la sua visione della medicina, danno significato al ruolo dell'Ordine, invitano alla partecipazione e al dialogo.

Con entusiasmo e tenacia, proprio com'era lui. Un'eredità di pensiero che il dottor Mancini ci consegna, e che continuerà a spronarci, per dare sempre il meglio come uomini e donne, prima ancora che professionisti.

Disagio medico: ora è il momento dell'azione

Due sono i problemi più assillanti: la carenza di fondi e la perdita di valore della figura del medico. Il problema economico deve essere gestito dalle specifiche Autorità con la dovuta collaborazione delle più diverse strutture, e quindi anche di quelle sanitarie e dei medici. La dovuta collaborazione cui ho fatto cenno non può però essere intesa come acritica acquiescenza alle posizioni delle Autorità, ma come un paritario scambio di idee determinante decisioni condivise, responsabilmente accettando la realtà di una ignoranza medica nell'ambito economico alla quale fa riscontro una altrettanto evidente ignoranza degli economisti nell'ambito sanitario. (...) Il problema relativo alla svalutazione della figura del medico è (...) di non minore gravità stante che se la sanità non è fatta per i medici ugualmente la sanità senza medici non vive.

La posizione dei medici oggi è divenuta veramente critica: stiamo vedendo una progressiva, costante azione (preordinata o inconscia?) di demolizione della figura del medico come professionista libero e responsabile, critico e rispettoso, coraggioso e prudente, generoso e razionale. Egli viene progressivamente ingabbiato da innumerevoli adempimenti burocratici, da cogenti e immodificabili norme legislative ed amministrative, da una visione ugualitaristica e standardizzata

dei pazienti. La sua intraprendenza, il suo coraggio, la sua dedizione si scontrano e risultano perdenti nel confronto con l'imperante, impersonale e irrealistica statistica, nuovo idolo a cui è ora dovuto assoluto ossequio e sottomissione. Nel frattempo, l'afflato umano del medico si affievolisce, il suo sapere diviene insufficiente a capire non solo le necessità della psiche dell'uomo malato, ma anche a personalizzare diagnosi e terapia. Il paziente rimane sempre più solo, con i suoi dolori, le sue paure, le sue ansie, per cui frequentemente o abbandona il Servizio Sanitario pubblico o si affida all'ignoranza di ciarlatani e fattucchiere. È un quadro realistico che trova conferme nelle sempre più frequenti richieste di pensionamento anticipato da parte di medici demoralizzati, spesso mal retribuiti, divenuti incapaci di una corretta, empatica comunicazione con il paziente. (...) La situazione che vi ho delineato, e che già avevo segnalato nelle precedenti Assemblee, non permette più a nessuno di noi di rimanere alla finestra mugugnando e deprimendosi; ora o mai più è il momento dell'azione che (...) non può che consistere in un'ampia, chiara, razionale apertura del mondo medico alla gente, per darle una esatta informazione sul medico, sulle condizioni in cui si trova a lavorare, sul danno che la sua riduzione allo stato impiegatizio le procura. Dobbiamo far capire alle persone quanto perdono dalla dissoluzione dell'uomo medico, dalla perdita della sua

intraprendenza, del suo senso critico, della sua dedizione, insomma della sua umanità. Dobbiamo far capire a tutti che nessuno ci guadagna dall'essere curati da un medico-robot, privo di sensibilità, senza iniziativa personale, senza generosità, senza un'anima, privo di ogni credo.

(dal discorso tenuto all'assemblea annuale dell'Ordine nel 2011)

Il valore della partecipazione

Partecipazione significa interessarsi direttamente delle varie attività, giudicarle, apprezzarle o criticarle, cooperare alla loro realizzazione. Il periodo in cui viviamo, difficile per tutti a causa di una società in cui domina l'irrazionalità e il disimpegno, lo è particolarmente per noi medici che ci troviamo di fronte a richieste sempre più pressanti ed a mezzi sempre più scarsi, a considerazione sempre più bassa e ad impegni sempre più onerosi. Se non sentiamo ora la necessità di stare insieme, di fare fronte unico in difesa di noi stessi e dei nostri pazienti, perderemo un'occasione irripetibile.

(da Brescia Medica marzo 2009)

La grande scommessa

Il cerchio si chiude ritornando alla richiesta che prima ho fatto di maggiore spazio per il medico nella sanità. Dobbiamo conquistarlo, dobbiamo meritarlo questo spazio. È la grande scommessa che, se sarà vinta, segnerà una nostra vittoria da consegnare, però, per intero a quell'uomo sofferente nel corpo e nello spirito che di noi si è fidato e che a noi, solo a noi, ha affidato quel grande bene che è la sua vita.

(da Brescia Medica maggio 2009)

Una revisione copernicana della sanità

Dobbiamo insegnare al mondo politico che disinteresse, capacità, dedizione, intelligenza, cultura sono la base insostituibile della nostra professione e

forse di tutta la società. Dobbiamo non più contrattare piccoli ipotetici vantaggi di gruppo, ma impostare e proporre una revisione copernicana della sanità che con realistica concretezza metta al bando vecchie ed astratte ideologie sostituendole con un "fare" legato veramente all'utile ed al possibile.

(da Brescia Medica gennaio 2008)

Cosa può fare l'Ordine?

L'aspirazione (il sogno?) che vi propongo in relazione a quest'ultima domanda è quello di un Ordine centro di servizi, punto di riferimento per tutti gli iscritti, sede di chiarimento dei problemi e di spinta alla loro soluzione, indipendente da ogni centro di potere ed esso stesso lontano da ogni intendimento di dirigistica supremazia.

Un Ordine siffatto costa sacrificio a chi vi opera e impone partecipazione a chi ne fa parte: diventa però un mezzo importante per aiutare tutti a vedere la realtà nei suoi contorni precisi, a precisare gli obiettivi raggiungibili, a concretizzare le mete individuate.

Ancora una volta alla base di tutto ciò deve essere un forte "spirito di corpo" che ci porti a credere in noi stessi e nella missione (si può ancora dire?) che ci siamo scelti.

(...) Attendo però ancora una volta il conforto partecipativo di tutti gli iscritti; vedervi attivi nel vostro Ordine, scavalcando ed abbattendo vecchi steccati ed uniti nella professione, potrebbe essere una più che gratificante conclusione per chi nella medicina ha creduto ed è vissuto.

(da Brescia Medica gennaio 2004)

Dottor Augusto Paganuzzi

Il mondo della professione medica bresciana è stato onorato, nel recente passato, da illustri Colleghi che hanno arricchito questa nostra disciplina con i grandi valori della difesa della vita e della cura dei malati secondo il dettato del nostro Codice Deontologico. Fra questi, un posto preminente spetta al Dottor Augusto Paganuzzi, che ho avuto il privilegio e la fortuna di frequentare per molti anni. Augusto ha condotto una vita personale, familiare e professionale di una tale ricchezza che è impossibile sintetizzare in poche righe.

Si è laureato a Pavia nel 1950, un anno prima che io nascessi, dunque con un'esperienza di vita di gran lunga superiore alla mia, ma non fece mai di questo "vantaggio" l'occasione per un atteggiamento di supponenza o di superiorità. Al contrario, mi sono sentito sempre trattato come un discepolo, un figlio, un collega che poteva contare su quel virtuoso sentimento che chiamerei "guida paterna".

Il Suo animo generoso e dedito al servizio del prossimo, soprattutto se indigente e bisognoso, lo rivelerò fin da adolescente, durante la guerra, quando entrò a far parte di un gruppo di giovani che si impegnarono in iniziative di distribuzione di viveri e di vestiario, e di soccorso ai feriti, rispondendo prontamente all'appello lanciato dall'allora Vescovo di Brescia, Mons. Giacinto Tredici. Nei numerosi anni della sua professione medica, Augusto spese ogni energia fisica e culturale al servizio dei malati, impegnandosi in maniera sempre delicata, rispettosa e intelligente nell'ambito del servizio alla maternità, facendosi carico della cura delle donne durante la

gravidanza, il puerperio, e i primi anni di crescita dei loro bimbi.

Nel 1965 fu fra i fondatori del primo Consultorio pubblico della città, come richiesto la Ministero della Sanità, inerente ai problemi che possono insorgere prima e dopo il matrimonio, allacciando stretti rapporti con l'Istituto di Genetica e di Psicologia Clinica dell'Università di Milano e con il Centro italiano di Sessuologia di Roma.

Per decenni, ha animato il lavoro sociale e culturale dell'Istituto Pro-Familia, tenendo lezioni, incontri, convegni in ogni parte d'Italia, e scrivendo numerosi articoli e libri. Vorrei ricordarne solo tre, pubblicati in varie edizioni: "Sarai mamma" (Editrice La Scuola), "I metodi naturali per la regolazione delle nascite" (ed. Queriniana), "Linee per un'educazione cristiana alla sessualità" (ed. Pro Familia, 1992). Non fece mai mistero della sua convinta fede cristiana, che professò con grande coerenza e coraggio sia nella vita privata e familiare, che in quella pubblica e professionale. È stato membro della Commissione di Bioetica del nostro Ordine dei Medici e Presidente dell'Associazione Medici Cattolici dal 1980 al 1998.

Negli ultimi anni della vita, ha testimoniato con grande umiltà e dignità l'accettazione di quel venir meno delle forze che ci fa diventare fragili, deboli nel corpo e nella mente, ma che - proprio per questo - diventa icona della nobiltà d'animo di chi ha dedicato la vita al servizio del Bene.

Grazie Augusto per i valori che ci hai testimoniato e trasmesso, e che onorano l'intera classe medica bresciana.

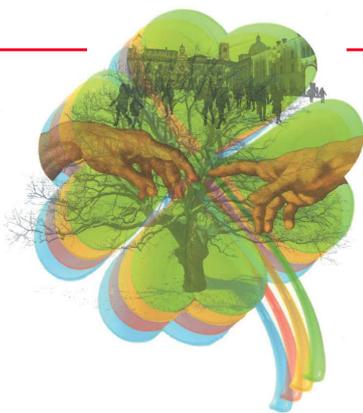
Massimo Gandolfini

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

ricorda con rimpianto i Colleghi deceduti recentemente

*Dott. Antonio Anselmi
Prof. Roberto Cattaneo
Dott. Francesco De Costanza
Dott. Antonio Demoro
Dott. Pasquale Iudica
Dott. Raffaello Mancini
Dott. Pier Antonio Negroni
Dott. Augusto Paganuzzi
Prof. Pietro Ridolo
Dott. Bruno Augusto Samaja
Dott. Lorenzo Tomasoni
Dott.ssa Teresina Vigasio*

ed esprime ai loro familiari le più sentite condoglianze.



La CULTURA come CURA

Sottintesa all'enunciato che sarà filo rosso per le iniziative in tema di salute, solidarietà e inclusione per Brescia capitale italiana della cultura 2023, c'è la sua proposizione simmetrica, ovvero la CURA come CULTURA, da intendersi come coscienza e consapevolezza di cosa siamo e spesso ci dimentichiamo di essere: un insieme indissolubile e necessario di salute fisica, psichica, ambientale e sociale, valori primari della cui tutela siamo TUTTI responsabili, a livello individuale come di ambiente e comunità.

Ecco allora che la CURA si fa così cultura del PRENDERSI CURA, per estendersi oltre i confini della scienza medica e farsi sistema di offerta di servizi sanitari ma anche di presa in carico e di inclusione sociale per le persone. Ed è prendersi cura anche dell'ambiente naturale e della sua salubrità come di quello urbano - i muri, interni ed esterni e le finestre da cui ammirarli, le strade e le piazze, i giardini - a tutti gli effetti determinanti di pari dignità dello stato di salute nostro e dei nostri pazienti, del nostro "ben-essere".

A declinazione del tema, il bozzetto proposto per questo numero di Brescia Medica e le parole che qui di seguito lo illustrano sono tratti da una recente pubblicazione alla quale ho collaborato per la realizzazione dell'immagine di copertina ("Corpo e Mente, Ambiente e Società. La salute a quattro dimensioni"¹).

Dalle parole alla rappresentazione grafica: nascita e sviluppo di un bozzetto.

Della salute ci si deve prender cura. È cultura, conoscenza, consapevolezza. E la cultura della salute è anzitutto cultura della responsabilità. Come in un viaggio dall'infinitamente piccolo

all'infinitamente grande e ritorno, lo sguardo dell'individuo, il suo ruolo e il suo potere nel determinare la propria salute si estendono progressivamente e si intrecciano oltre la dimensione individuale - mente e corpo - a determinare la salute dell'ambiente sociale e di quello fisico, essendo poi a loro volta da questi condizionati.

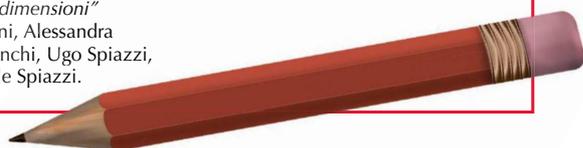
Responsabilità, quindi. È ancora l'eterna metafora della goccia e del mare, l'uno frutto dell'altra e viceversa, dove farsi mare è pedagogia sociale e cultura dell'incontro ma anche, al tempo stesso, sapersi vedere noi per primi come ambiente ecologico da conoscere, preservare, prendersene cura.

Trasformare tutto questo in rappresentazione grafica è stato un percorso che è proceduto per suggestioni e intuizioni successive, per velature e trasparenze, a significare e lasciar traccia ad ogni passo di quanto lo ha determinato.

Da qui la scelta del quadrifoglio - condivisa e discussa in famiglia - per rappresentare le quattro dimensioni della salute. Singolare e plurale, l'immagine si replica a sua volta in quattro colori e si ricompone per velature successive in un arcobaleno - richiamo di valori come pace e cooperazione - in una visione unitaria dove le quattro dimensioni vanno a comporre insieme il senso del vivere in salute.

Creata l'immagine di fondo, ogni foglia ha poi preso vita a sé, popolandosi di immagini per suggerire e integrare i reciproci punti di visuale. Ecco quindi l'albero, che in realtà estende i propri rami a ricomprendere tutte e quattro le foglie, natura immanente e generosa - ...se fossi pianta... - che si prende cura di noi ben più quanto noi si faccia nei suoi confronti. Poi, la piazza, luogo d'incontro e di socialità per antonomasia, simbolo di aggregazione e di identità. E, infine, a rappresentare il binomio corpo-mente, le mani più famose della storia dell'arte, dal Giudizio universale di Michelangelo, dove se la mano del Dio creatore è, nella stessa rappresentazione michelangiolesca immagine del cervello, sede dell'intelletto e della mente, l'altra mano, quella di Adamo, che si protende verso di essa, è corpo, natura interna, psiche e soma, cento milioni di miliardi di cellule a costituire quell'unico, complesso, ecosistema vivente che noi chiamiamo persona...

1 Immagine e testo tratti da "Corpo e Mente, Ambiente e Società. La salute a quattro dimensioni" di Giacomo Mantelli, GAM editrice, 2022. Con testimonianze di Gianbattista Guerrini, Alessandra Huscher, Giulia Lussignoli, Nicola Berruti, Elsa Belotti, Raffaella Travaglia, Maura Bianchi, Ugo Spiazzi, Elisabetta Donati e Valerio Corradi. Copertina e testo di accompagnamento di Raffaele Spiazzi.



Brescia Medica è anche on line: uno spazio di dialogo con la comunità medica

Brescia Medica è anche on line. Alla tradizionale rivista cartacea che avete tra le mani si è aggiunta una versione web del periodico, più snella e aggiornata in tempo reale, con uno spazio dedicato ai commenti.

La potete trovare all'indirizzo www.bresciamedica.it

Il nuovo portale di informazione voluto dall'Ordine dei Medici di Brescia si propone di fare cultura attraverso la condivisione dei temi più attuali, con un'attenzione specifica alla comunità medica del nostro territorio, di cui intende raccontare storie, protagonisti ed esperienze.

Analisi, interviste, testimonianze, rubriche e approfondimenti sono le voci che compongono la rivista digitale, caratterizzata da un taglio agile e di rapida lettura e da contenuti ispirati alla chiarezza e all'affidabilità scientifica.

Parte integrante della piattaforma è uno spazio dedicato ai commenti, presente per ogni articolo, al fine di incentivare l'interazione con i medici e con tutti i lettori interessati.

L'obiettivo è poter mettere a fuoco criticità e prospettive in ambito medico e sanitario attraverso gli strumenti del confronto e della discussione, per accompagnare il cambiamento verso gli scenari aperti sul presente e sul futuro della professione.

Il sito bresciamedica.it si aggiunge alla tradizionale edizione cartacea di Brescia Medica, che continuerà le pubblicazioni con uscite tematiche nella consueta cadenza quadrimestrale, sfogliabili anche sul sito in formato digitale, nella sezione "Numeri pubblicati".

I medici interessati a offrire un contributo scritto che può essere a titolo di esempio una testimonianza, un commento sull'attualità medica, il racconto di un episodio emblematico di vita professionale, l'analisi di criticità rilevate - possono inviarlo all'indirizzo mail bresciamedica@ordinemedici.brescia.it

La redazione di bresciamedica.it vaglierà gli elaborati pervenuti e si riserva di pubblicare quelli di maggiore interesse per i lettori.



**Siamo
Capitale
Italiana
della Cultura
2023**

**BERGAMO
BRESCIA**

seguici online

ORDINEMEDICI.BRESCIA.IT

BRESCIAMEDICA.IT



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