

Paola De Paoli - 2022

Racconti di giovani medici

Scienza e Ricerca

- La storia di un vaccino che ha cambiato il mondo

Interviste

- Università, bene comune
Intervista a Francesco Castelli
- La parola è un farmaco
Intervista a Fausto Manara

L'anno che verrà

- Brescia Bergamo
Capitale della Cultura

IN QUESTO NUMERO

EDITORIALE

- Ippocrate nel nuovo millennio**
Gianpaolo Balestrieri 3
- Illusioni perdute??**
Ottavio Di Stefano 4

L'ANNO CHE VERRÀ

- Brescia Bergamo Capitale della Cultura** 6

PRIMO PIANO

- Dalla crisi di sostenibilità al rilancio del Servizio Sanitario Nazionale?**
Nino Cartabellotta 7
- L'altra metà del cielo**
Antonio Panti 12

INCHIESTA

- Essere medici oggi: motivazioni, problemi e prospettive. Il parere dei giovani medici**
Angelo Bianchetti 15
- Roberta Alghisi 17
- Daniela Bettini 18
- Matteo Bonavita 20
- Federico Bozzi 21
- Sara Cherri 24
- Luca Facchetti 27
- Domenico Massaro Cenere 29
- Sara Rocchi 31
- Valentina Romano 32
- Giulia Zambolin 33
- Federica Zanotti 35
- Riflessioni conclusive**
Alessandro Padovani 38

SCIENZA E RICERCA

- La storia di un vaccino che ha cambiato il mondo**
Alessandro Plebani 40

CASE DI COMUNITÀ

- Nave: da Presidio a Casa di Comunità. Cosa è cambiato?**
Fabio Pederzani 47

INTERVISTE

- La parola è un farmaco**
Intervista a Fausto Manara 49
- Università, bene comune**
Intervista a Francesco Castelli 54



* spiegazione
della copertina
pag 74

Racconti di giovani medici
Raffaele Spiazzi

TESTIMONIANZE

- Confessioni di un medico ospedaliero a quasi tre anni dall'inizio pandemia**
Renzo Rozzini 59

QUI ODONTOIATRI

- Cosa ci riserva il futuro**
Gianmario Fusardi 63
- Informazione sanitaria e pubblicità informativa sanitaria: queste sconosciute?**
Claudia Valentini 64

STORIE DI PAZIENTI

- La figlia di Forlì** 66
- Le visite notturne**
Renzo Rozzini 67

RICORDI

- Dottor Carmine Perrone**
Maria Antonia Perrone 68
- Dottor Gianpietro Ramponi**
La moglie e il figlio 68
- Dottor Alessandro Turra**
Il fratello Stefano 69
- Dottorressa Natalia Zorzan**
I genitori 71

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 Comunicazione 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.

Ippocrate nel nuovo millennio

“Medicine is an ever-changing science,,

Il Direttore
Gianpaolo Balestrieri



Il *memento* che campeggia nella prima pagina dell'*Harrison's Principles of Internal Medicine* rispecchia un'evoluzione divenuta tumultuosa negli ultimi decenni.

Evoluzione nelle conoscenze, nella diagnostica, nella terapia. Profondi mutamenti nell'organizzazione sanitaria, nel rapporto dei medici con i pazienti, le istituzioni, l'opinione pubblica. Cambiamenti non sempre positivi. Messa in discussione della figura del medico, contenzioso legale, sovraccarico burocratico, *burn out*.

Ci si interroga sul futuro della professione, sulla sua stessa identità.

In questo numero riportiamo le testimonianze di alcuni giovani medici, da poco specializzati ed inseriti nel lavoro, sollecitati dalle domande poste da Angelo Bianchetti.

Al di là delle singole risposte, l'elemento, il *fil rouge* che mi ha colpito (e confortato potrei aggiungere) è la continuità

rispetto ai valori fondanti la nostra professione:

la dimensione umanistica, il rapporto con i pazienti ed i colleghi, l'importanza della *mentorship*, la domanda formativa.

Naturalmente ogni generazione affronta i problemi nuovi, i contesti mutati del proprio tempo.

Tuttavia, l'umiltà nel riconoscere i propri limiti ed i propri errori, la curiosità intellettuale che non va smarrita nel corso degli anni, l'apertura e l'interesse nei confronti dell'altro, chiunque esso sia, sono attitudini che vanno trasmesse ed alimentate. ●

Illusioni perdute??

Il Servizio Sanitario Nazionale e la Scuola sono le più grandi riforme della storia della Repubblica.

Il Covid ha svelato i limiti di queste due fondamenta del nostro consesso civile.

Non ho competenza per parlare di scuola, ma sappiamo tutti quanto la formazione, e non solo quella specifica, sia essenziale per i professionisti di domani.

Abbiamo toccato con mano le carenze dell'organizzazione sanitaria, risultato di decenni di defianziamento, di mancate riforme e di mancata programmazione delle risorse umane.

E le prospettive non sono buone: *“La spesa sanitaria si riduce mediamente dello 0,6% per anno e nel 2025 il rapporto spesa sanitaria/PIL precipita al 6,2%, al di sotto dei livelli pre-pandemia. E la Nota di aggiornamento al DEF (NaDEF) lo riduce ulteriormente al 6,1% (5° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale Presentato a Roma, 11 ottobre 2022 Senato della Repubblica)”*.

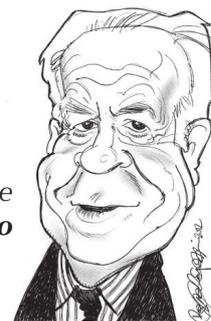
Nonostante tutto questo, nella fase più drammatica della pandemia, nella nostra provincia (1.254. 293 abitanti) i medici di medicina generale hanno assistito con triage, monitoraggio telefonico e a

domicilio dai 30.000 ai 45.000 pazienti con sintomatologia COVID (era il tempo dei tamponi solo ai ricoverati), (OMCeOBS Sondaggio in Brescia Medica luglio 2020). E mentre il nostro più grande ospedale con dotazione di 1200 letti raggiungeva, in poche settimane, 900 posti dedicati ai malati Covid, mi chiedevo, da vecchio dipendente di quel nosocomio, come fosse stato possibile in così breve tempo riconvertire reparti, attivare nuovi posti letto intensivi o sub intensivi, pressoché con le stesse forze. Infatti, c'è stato qualcosa in più. Medici, infermieri, OSS, tecnici, farmacisti, tutti sono andati oltre la fatica. Abbiamo riscoperto il significato del lavorare insieme, dell'umanità della nostra professione di fronte alla morte diffusa, della condivisione del dolore, insomma del senso del nostro lavoro.

“Penso a quelli che devono trovare la forza interiore dopo il momento del disincanto,,

Illusions perdues, Honoré de Balzac

Il Presidente
Ottavio Di Stefano



Tutte le donne e gli uomini della sanità meritano rispetto ed onore. Certo ci sono state eccezioni deplorabili che non dimentichiamo. Pochi e poveretti.

Se, però, proviamo a declinare la parola onore, spogliandola dalla sua accezione retorica e pomposa (vi ricordate l'effimera stagione degli eroi!), secondo le definizioni classiche: *“La dignità in quanto oggetto di considerazione sul piano morale e sociale..”* ci dobbiamo porre una domanda, dura ma indispensabile.

È ancora integra la *“considerazione morale e sociale”* verso di noi? Insomma, è in declino? Nonostante quello che abbiamo dimostrato con la pandemia.

Per prima la FNOMCeO, del tutto meritoriamente già prima del COVID, ha posto *“la questione medica”* all'attenzione dell'opinione pubblica e delle istituzioni con gli stati generali della medicina. Il dibattito, con diverse posizioni a confronto, è stato tarpato dal COVID e va senz'altro ripreso.

Declino, crisi della medicina, del medico...chiamatela come volete, ma la questione esiste ed è attuale, da affrontare.

J. Bernard (1907-2006),
Accademico di Francia e

Presidente del Comitato Francese di Bioetica, ha scritto che «la medicina ha progredito più durante gli ultimi 50 anni che durante i 50 secoli precedenti [...]».

L'evoluzione tecnologica - la tecnomedicina come dice Cosmacini - ha fatto un gran bene ai nostri pazienti. Il "privilegio" di essere vecchio dà la misura esperienziale di quanti malati oggi guariscono rispetto a 40, 50 anni fa, di quanto l'evoluzione tecnologica, quando non guarisce, determini comunque rilevante miglioramento della qualità della vita.

Le specialità mediche sono aumentate, ed era del tutto necessario, quasi naturale, per far fronte alle complessità innovative dell'evoluzione continua. Da specializzazioni d'apparato diventando d'organo ed addentrandosi, ora, nel sempre più piccolo.

Super specialità che richiedono studio continuo, addestramento, ricerca, congrua numerosità delle procedure.

E solo l'impegno dei medici e degli scienziati ha prodotto questi risultati, nonostante le drammatiche, storiche carenze di risorse e di organizzazione su cui, se non si interverrà, la sofferenza in vari settori, che già oggi sperimentiamo, diventerà epidemica.

Ma c'è un rovescio della medaglia.

"La medicina generale è il cuore pulsante del Servizio Sanitario Nazionale e quando fallisce, il Servizio Sanitario Nazionale fallisce..... (Health and Social Care Committee The future of general practice Fourth Report of Session 2022-23 Report October 2022)".



Affermazioni come questa informano da anni la letteratura scientifica. Ed allora i responsabili della sanità (delle sanità) dovrebbero (o meglio avrebbero dovuto da anni) produrre analisi e conseguenti interventi radicali sulle cure primarie, partendo da un elemento fondativo e ineluttabile.

Qual è il ruolo del medico e del pediatra di famiglia oggi? Al di là delle definizioni dei vari documenti che prefigurano una riforma che per ora non c'è, arenata in enunciati politici, di volta in volta, divergenti e contrastanti, il ruolo di questo medico è quello di interpretare e di intervenire sui bisogni di salute del singolo e della comunità. È un ruolo rivoluzionario (?) da regista di un team multiprofessionale e multidisciplinare che realizzi anche la mitica integrazione tra territorio ed ospedale. Ruolo che deve essere in equilibrio, e non sembra paradossale, con il recupero del tempo clinico che, semplificando drasticamente, vuol dire ritornare a "guardare

attraverso" il singolo e la comunità. Insomma, ritornare a fare diagnosi.

Ascoltando chi lavora sul territorio e in ospedale si scopre che gli strumenti ci sono e sono noti. Si tratta, fra gli altri, di trasferire funzioni non mediche ad altre figure, certo con adeguati compensi e inquadramenti.

Sulla clinica, che possiamo tradurre in esiti di salute, i medici vogliono essere valutati e non sulla correttezza formale dei report burocratici e del numero di crediti ECM.

E allora recupereremo quella "considerazione sul piano morale e sociale" che ci spetta.

Lo dobbiamo ai nostri giovani che sono preparati e, forse, non ancora disillusi, riscoprendo, noi vecchi, quella funzione di trasmissione del mestiere che, da sempre, ha costituito una catena solidale. Si tratta di trasmettere non solo il saper fare, ma il saper essere.

Riscoprire, senza prosopopea, che fare il medico non è un lavoro tecnico ma è, e resterà, una professione intellettuale. Ci permettiamo, infine, un consiglio non richiesto alla Politica.

Jeffrey Braithwaite, professore di ricerca sui sistemi sanitari e presidente dell'International Society for Quality in Health Care nel 2018 scriveva sul BMJ: *"Un messaggio chiave...è che il cambiamento viene accettato quando le persone sono coinvolte nelle decisioni e nelle attività che le riguardano, ma resistono quando il cambiamento è imposto da altri. Ai cambiamenti imposti dalla politica non viene mai dato lo stesso peso di quelli guidati dalla clinica"*. ●

Brescia Bergamo Capitale della Cultura

Il 2023 sarà l'anno di Brescia Bergamo Capitale Italiana della Cultura. Dopo i mesi più tragici vissuti dalle due città lombarde, sferzate con violenza dalla pandemia Covid nella primavera del 2020, un'occasione per ricominciare, puntando sulla cultura. **Brescia e Bergamo sono state uno strenuo baluardo della resistenza al Covid.** Il lavoro negli ospedali, l'impegno corale delle due città sono diventati un modello e un esempio per l'Italia intera, tracciando nuove rotte nell'assistenza e nella cura. **Un nuovo umanesimo da cui si è scelto di ripartire** con la nomina di Bergamo e Brescia a Capitale Italiana della Cultura 2023, avvenuta nel luglio del 2020, con l'obiettivo di riconoscere la storia delle due città, il patrimonio artistico e culturale e la capacità di rigenerarsi dopo uno dei periodi più bui mai vissuti. *Brescia Bergamo Capitale Italiana della Cultura 2023*, infatti, come annunciato nella presentazione del progetto, è la testimonianza di una rinascita attraverso la scelta della cultura quale attrattore turistico e soprattutto come elemento centrale per la formazione civile, la creazione delle competenze, il lavoro e la tenuta sociale ed economica. Con una considerazione speciale per i temi della



**BERGAMO
BRESCIA**
Capitale Italiana
della Cultura

solidarietà e dell'attenzione ai bisogni delle comunità e delle persone, che rappresentano la cifra ancestrale dei due territori.

A questo che si definisce "progetto civile, nato dalle comunità" ha scelto di partecipare anche l'**Ordine dei Medici di Brescia**, ideando un **palinsesto di iniziative rivolte alla comunità medica e alla popolazione.**

La proposta si inserisce nelle aree tematiche individuate per la *Capitale Italiana della Cultura 2023*, in particolare quella de **La cultura come cura**, legata alla risposta progettuale che ha consentito di far fronte all'esperienza della pandemia, riportando in primo piano il dibattito sulla cura.

"La cultura è emersa come strumento di prevenzione e socializzazione, che influenza il benessere delle persone, attraverso processi di inclusione e accoglienza per la costruzione di relazioni di comunità": su questo presupposto, tracciato dal *Dossier Capitale italiana della cultura 2023*, l'Ordine ha intrapreso la progettazione

delle iniziative dedicate a *Medicina e Cultura*.

Il programma si articola in **molteplici appuntamenti da proporre nel corso del 2023**, con un unico *fil rouge*: esplorare le connessioni tra i diversi ambiti espressivi e l'universo della medicina e della cura.

La proposta, in corso di definizione, **spazierà dalla letteratura alla musica, dal cinema all'arte**, per raccontare come il linguaggio della creatività è riuscito ad interpretare la sofferenza umana e talvolta lenirla. Come l'arte ha saputo esplorare credenze su salute e malattia e osservare medici e pazienti con sguardo autentico, mai disgiunto da una punta di ironia.

Uno spazio speciale sarà dedicato alla storia, con un convegno tematico su *Medicina e società a Brescia*, per ragionare attraverso storici, medici ed esperti sulle dinamiche che legano passato, contemporaneità e futuro, prendendo le mosse da quella tradizione solidale e mutualistica che ha innervato la storia locale.

Il programma completo delle iniziative, una volta perfezionato, sarà divulgato attraverso i canali dell'Ordine. ●

Dalla crisi di sostenibilità al rilancio del Servizio Sanitario Nazionale?

*Note dal 5° Rapporto
GIMBE sul SSN*

Nino Cartabellotta

Presidente Fondazione GIMBE
nino.cartabellotta@gimbe.org



Le analisi indipendenti condotte dalla Fondazione GIMBE nell'ambito della campagna #SalviamoSSN¹ da quasi dieci anni documentano la perdurante grave crisi di sostenibilità del SSN.

In particolare, il 4° Rapporto GIMBE sul SSN², pubblicato nel giugno 2019, aveva rappresentato il SSN come un paziente cronico con multimorbidità, diagnosticando quattro principali "patologie" che ne compromettevano lo "stato di salute":

- ✓ **Definanziamento pubblico:** nel decennio 2010-2019 tra tagli e definanze sono stati sottratti al SSN circa € 37 miliardi mentre il fabbisogno sanitario

1 Cartabellotta A. Salviamo il Nostro SSN. Evidence 2013;5(3): e1000038. Disponibile a: www.evidence.it/art/e1000038. Ultimo accesso: 24 ottobre 2022.

2 4° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2019. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 24 ottobre 2022.

nazionale (FSN) è stato aumentato di soli € 8,2 miliardi.

- ✓ **Ampliamento del “paniere” dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA):** a dispetto dell’agognato aggiornamento degli elenchi delle prestazioni, l’aggiornamento delle tariffe delle prestazioni di protesica e specialistica ambulatoriale non è ancora stata effettuata, rendendo impossibile l’esigibilità dei nuovi LEA su tutto il territorio nazionale.
- ✓ **Sprechi e inefficienze:** si annidano a tutti i livelli del SSN ed erodono preziose risorse: sovra-utilizzo di prestazioni sanitarie inefficaci, inappropriate o dal basso *value*, sotto-utilizzo di prestazioni sanitarie efficaci, appropriate o dal *value* elevato, frodi e abusi, acquisti a costi eccessivi, complessità amministrative, inadeguato coordinamento dell’assistenza, in particolare tra ospedale e territorio.
- ✓ **Espansione incontrollata del secondo pilastro:** presentato come “LA” soluzione per salvare il SSN, in realtà aumenta spesa sanitaria e diseguaglianze sociali, dirotta denaro pubblico verso imprese private, alimenta il consumismo sanitario e rischia di danneggiare la salute inducendo fenomeni di sovra-diagnosi e sovra-trattamento.

Inoltre, il 4° Rapporto GIMBE aveva rilevato che il SSN vive in un *habitat* fortemente condizionato da **due “fattori ambientali”** che ne compromettono ulteriormente lo stato di salute.

Il primo squisitamente politico: un clima non particolarmente salubre che contribuisce a generare iniquità e diseguaglianze, conseguente sia alla non sempre leale collaborazione tra Governo e Regioni a cui è affidata la tutela della salute, sia alle modalità di governance tra Stato e Regioni e tra Regioni e Aziende sanitarie.

Il secondo socio-culturale: cittadini e pazienti con aspettative irrealistiche nei confronti di una medicina mitica e di una sanità infallibile, alimentate da analfabetismo scientifico ed eccessi di medicalizzazione, che fanno lievitare la

domanda di servizi e prestazioni sanitarie (anche se inefficaci, inappropriati o addirittura dannosi) e faticano a cambiare stili di vita inadeguati.

In questo contesto nel febbraio 2020 si è abbattuta come uno tsunami la pandemia di COVID-19, che ha confermato tutte le criticità e le contraddizioni di un sistema sanitario molto fragile, in particolare nel capitale umano e nell’assistenza territoriale, oltre che incapace di mettere in atto un’unica catena di comando.

Al contempo la pandemia - constatazione tanto amara quanto realistica - ha progressivamente aumentato la consapevolezza sociale che un sistema sanitario pubblico, equo e universalistico rappresenta un pilastro della nostra democrazia. Tuttavia, se inizialmente tutte le forze politiche convergevano sulla necessità di rilanciare il SSN che sembrava finalmente tornato al centro dell’agenda politica, con la fine dell’emergenza la sanità è “rientrata nei ranghi”.

E di fatto, le criticità rilevate sono ben lontane dall’essere risolte, non solo per l’impatto dell’emergenza sanitaria che ha prima paralizzato e poi fortemente rallentato la gestione ordinaria della sanità pubblica, come ampiamente riportato dal **5° Rapporto GIMBE sul SSN³:**

✓ **Finanziamento pubblico**

Se formalmente la stagione dei tagli alla sanità può ritenersi conclusa è evidente che il netto rilancio del finanziamento pubblico è stato imposto dall’emergenza pandemica e non dalla volontà politica di rafforzare in maniera strutturale il SSN. Una mancata intenzione confermata dalle previsioni del DEF 2022 e della NaDEF 2022 che nel triennio 2023-2025 prevedono una riduzione della spesa sanitaria media del’1,13% per anno e un rapporto spesa sanitaria/PIL che nel 2025 precipita al 6,1%, ben al di sotto

3 5° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, ottobre 2022. Disponibile a: www.rapportogimbe.it. Ultimo accesso: 24 ottobre 2022.

dei livelli pre-pandemia. Nonostante le maggiori risorse investite, il confronto internazionale restituisce risultati simili a quelli dell'era pre-COVID: nel 2021 la spesa sanitaria totale in Italia è sostanzialmente pari alla media OCSE in termini di percentuale di PIL (9,5% vs 9,6%), ma inferiore come spesa pro-capite (\$4.038 vs \$ 4.435). Soprattutto, la spesa pubblica pro-capite nel nostro Paese è ben al di sotto della media OCSE (\$ 3.052 vs \$ 3.488) e in Europa ci collochiamo al 16° posto: ben 15 Paesi investono di più in sanità, con un gap dai \$ 285 della Repubblica Ceca ai \$ 3.299 della Germania. Francamente impietoso il confronto con i paesi del G7 sulla spesa pubblica: dal 2008 siamo fanalino di coda con gap sempre più ampi e oggi divenuti incolmabili.

✓ Livelli Essenziali di Assistenza

La Fondazione GIMBE ha analizzato le criticità relative ad aggiornamento, esigibilità e monitoraggio dei LEA. Innanzitutto, non si è mai concretizzato il loro aggiornamento continuo per mantenere allineate le prestazioni all'evoluzione delle conoscenze scientifiche; in secondo luogo, le nuove prestazioni di specialistica ambulatoriale e protesica non sono esigibili su tutto il territorio nazionale perché il cd. "Decreto Tariffe" non è mai stato approvato per carenza di risorse economiche; infine, il Nuovo Sistema di Garanzia, la nuova "pagella" con cui lo Stato darà i "voti" alle Regioni, non è affatto uno specchio fedele per valutare la qualità dell'assistenza. A quasi sei anni dal DPCM che ha istituito i "nuovi LEA", le disuguaglianze regionali, in termini di esigibilità di prestazioni e servizi a carico del SSN, non dipendono solo dalle capacità di erogazione delle Regioni, ma affondano nell'impianto istituzionale di aggiornamento e verifica dei LEA. Un impianto che richiede una profonda revisione di responsabilità, metodi e strumenti, perché l'esigibilità di servizi e prestazioni sanitarie in tutto il territorio nazionale non rimanga solo sulla carta.



✓ Sprechi e inefficienze

Non è mai stato avviato un piano nazionale per ridurre sprechi e inefficienze.

✓ Espansione incontrollata del secondo pilastro

Il ciclo di audizioni parlamentari avviato nel gennaio 2019 e finalizzato alla riforma della normativa frammentata e incompleta relativa alla sanità integrativa, che negli anni ha favorito l'utilizzo strumentale della defiscalizzazione dei fondi sanitari integrativi a favore di assicurazioni e sanità privata, si è arenato dopo pochi mesi.

✓ Informazione della popolazione

Negli anni in cui la pandemia ha monopolizzato l'informazione il quadro è sensibilmente peggiorato per la diffusione di teorie negazioniste e posizioni no-vax che hanno contribuito a deteriorare il rapporto di fiducia tra sanità e cittadini.

✓ Regionalismo differenziato

Riguardo alle maggiori autonomie richieste in sanità da Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto, se alcune oggi rappresenterebbero uno strumento per fronteggiare la grave carenza di personale sanitario da estendere in tutto il Paese, altre rischiano di sovvertire totalmente gli strumenti di governance nazionale, altre ancora risultano francamente "eversive".

Dal canto suo la pandemia non ha affatto mollato la presa e inizia a far vedere i suoi effetti a medio-lungo termine, identificandosi non solo come "patologia acuta recidivante", ma anche come un'altra malattia cronica che peggiora lo stato di salute del SSN. Innanzitutto, si accumula sempre più ritardo nell'erogazione di prestazioni chirurgiche, ambulatoriali e di screening non

ancora recuperate dalle Regioni nonostante quasi € 1 miliardo di investimenti dedicati e la definizione di un Piano Nazionale per il recupero delle liste di attesa.

In secondo luogo, il progressivo impatto del long-COVID ha richiesto l'apertura di centri dedicati in tutto il Paese con uno sforzo organizzativo e di personale specialistico sempre maggiore. Ancora, l'impatto sulla salute mentale, fortemente sotto-diagnosticato in particolare nelle fasce più giovani, fatica a trovare adeguate risposte assistenziali. Infine, **la pandemia ha ulteriormente indebolito il capitale umano del SSN: accanto al numero già molto elevato di pensionamenti di medici ospedalieri e medici di famiglia, il burnout, i licenziamenti volontari e la fuga verso il privato lasciano sempre più scoperti settori chiave della nostra sanità, uno per tutti i Pronto Soccorso.**

In altri termini, gli effetti "non acuti" della pandemia costituiscono oggi un'ulteriore determinante che indebolisce il SSN, sia in termini di ritardo nelle prestazioni ordinarie, sia per l'emergenza di nuovi bisogni di salute, sia soprattutto per il depauperamento numerico e la demotivazione di professionisti e operatori sanitari.

E nonostante l'azzeramento dell'imbuto formativo grazie ai consistenti investimenti in borse di studio per le scuole di specializzazione e contratti di formazione specifica in medicina generale, la "questione personale" - ben lontana dall'essere risolta - è entrata nella fase più critica.

Al tempo stesso, il SSN si trova di fronte ad un'irripetibile occasione di svolta: oggi, infatti, le sfide della transizione digitale e dell'approccio One Health incrociano la fine della stagione dei tagli e, soprattutto, le grandi opportunità offerte dal PNRR che - insistendo nella metafora clinica - rappresenta un "prezioso organo da trapiantare in un paziente con malattie multiple". Tenendo conto delle criticità che si frappongono all'attuazione delle misure del PNRR è necessario predisporre le adeguate contromisure per centrare i due obiettivi chiave: ottenere il massimo ritorno di salute dalle risorse investite e ridurre le disuguaglianze regionali.

In particolare, servono ulteriori riforme per attuare la riorganizzazione dell'assistenza territoriale, un aumento della spesa corrente vincolata al personale sanitario e una rigorosa

governance di 21 servizi sanitari regionali per rispettare le scadenze imposte dall'Europa. Ma soprattutto, in questa fase di crisi globale che rischia di lasciare sullo sfondo il rilancio del SSN, tutti gli stakeholder della sanità sono chiamati ad essere attori protagonisti, e non spettatori passivi, per consolidare la consapevolezza del valore sociale del SSN, che deve tornare al centro dall'agenda politica sin dalla prossima Legge di Bilancio.

A fronte di una campagna elettorale che ha trascurato la sanità pubblica, come documentato dal report GIMBE4, è certo che la prossima legislatura sarà determinante per il destino del SSN: tra gestione della pandemia, attuazione del PNRR, necessità di riforme strutturali, recupero delle prestazioni e gestione ordinaria, è indispensabile rimettere la sanità al centro dall'agenda politica, perché il diritto costituzionale alla tutela della salute non può essere ostaggio dell'avvicendamento dei Governi. E in questo contesto di crisi internazionale, bisogna tenere i riflettori accesi sul rischio reale per le persone: quello di perdere, lentamente ma inesorabilmente, il modello di un servizio sanitario pubblico, equo e universalistico, conquista sociale irrinunciabile per l'eguaglianza di tutte le persone. E, cosa ancor più grave, di non approfittare della grande opportunità per rilanciarlo offerta dal PNRR, di fatto una last call.

Con questo obiettivo, la Fondazione ha elaborato il "Piano di rilancio del Servizio Sanitario Nazionale" (v. box) che sarà oggetto di una consultazione pubblica rivolta a tutte le categorie di stakeholder della sanità, sia a livello individuale, sia tramite le organizzazioni di categoria. Il Piano propone coraggiose riforme e azioni indispensabili a garantire il diritto costituzionale alla tutela della salute a tutte le persone. Un diritto fondamentale che, silenziosamente, rischia di trasformarsi in un privilegio per pochi, lasciando indietro le persone più fragili e svantaggiate.

Perché se la Costituzione tutela la salute di tutti, la sanità deve essere per tutti. ●

4 Fondazione GIMBE. Report Osservatorio GIMBE n. 1/2022. Elezioni Politiche 2022. Monitoraggio indipendente dei programmi elettorali: sanità e ricerca biomedica. Bologna, settembre 2022. Disponibile a: www.gimbe.org/elezioni2022. Ultimo accesso: 7 ottobre 2022.

PIANO DI RILANCIO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

LA SALUTE IN TUTTE LE POLITICHE. Mettere la salute al centro di tutte le decisioni politiche non solo sanitarie, ma anche ambientali, industriali, sociali, economiche e fiscali (*health in all*).

APPROCCIO ONE HEALTH. Attuare un approccio integrato alla gestione della salute, perché la salute dell'uomo, degli animali, delle piante e dell'ambiente, ecosistemi inclusi, sono strettamente interdipendenti.

GOVERNANCE STATO-REGIONI. Rafforzare le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni, nel rispetto delle loro autonomie, per ridurre disuguaglianze, iniquità e sprechi.

FINANZIAMENTO PUBBLICO. Rilanciare il finanziamento pubblico per la sanità in maniera consistente e stabile, al fine di allinearla alla media dei paesi europei.

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA. Garantire l'uniforme esigibilità dei LEA in tutto il territorio nazionale, il loro aggiornamento continuo e rigoroso monitoraggio, al fine di ridurre le disuguaglianze e rendere rapidamente accessibili le innovazioni.

PROGRAMMAZIONE, ORGANIZZAZIONE E INTEGRAZIONE DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI. Programmare l'offerta di servizi sanitari in relazione ai bisogni di salute della popolazione e renderla disponibile tramite reti integrate che condividono percorsi assistenziali, tecnologie e risorse umane, al fine di superare la dicotomia ospedale-territorio e quella tra assistenza sanitaria e sociale.

PERSONALE SANITARIO. Rilanciare le politiche sul capitale umano in sanità: investire sul personale sanitario, programmare adeguatamente il fabbisogno di medici, specialisti e altri professionisti sanitari, riformare i processi di formazione e valutazione delle competenze, al fine di valorizzare e motivare la colonna portante del SSN.

SPRECHI E INEFFICIENZE. Ridurre gli sprechi e le inefficienze che si annidano a livello politico, organizzativo e professionale, al fine di reinvestire le risorse recuperate in servizi essenziali e vere innovazioni, aumentando il *value* della spesa sanitaria.

RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO. Disciplinare l'integrazione pubblico-privato secondo i reali bisogni di salute della popolazione e regolamentare la libera professione per evitare disuguaglianze e iniquità di accesso.

SANITÀ INTEGRATIVA. Avviare un riordino legislativo della sanità integrativa al fine di arginare fenomeni di privatizzazione, aumento delle disuguaglianze, derive consumistiche ed erosione di risorse pubbliche.

TICKET E DETRAZIONI FISCALI. Rimodulare ticket e detrazioni fiscali per le spese sanitarie, secondo principi di equità sociale e prove di efficacia di farmaci e prestazioni, al fine di evitare sprechi di denaro pubblico e ridurre il consumismo sanitario.

TRANSIZIONE DIGITALE. Diffondere la cultura digitale e promuovere le competenze tecniche tra professionisti sanitari e cittadini, al fine di massimizzare le potenzialità delle tecnologie digitali e di migliorare accessibilità ed efficienza in sanità e minimizzare le disuguaglianze.

INFORMAZIONE AI CITTADINI. Potenziare l'informazione istituzionale basata sulle migliori evidenze scientifiche, al fine di promuovere sani stili di vita, ridurre il consumismo sanitario, aumentare l'alfabetizzazione sanitaria della popolazione, contrastare le fake news e favorire decisioni informate sulla salute.

RICERCA SANITARIA. Destinare alla ricerca clinica indipendente e alla ricerca sui servizi sanitari un importo pari ad almeno il 2% del fabbisogno sanitario nazionale standard, al fine di produrre evidenze scientifiche per informare scelte e investimenti del SSN.

L'altra metà del cielo

Antonio Panti

Medico di medicina generale
già presidente dell'Ordine dei Medici di Firenze

Il meraviglioso sviluppo della medicina ha condizionato la trasformazione dell'ospedale da luogo di ricovero per i malati poveri a sofisticatissima impresa in cui si attuano le più mirabolanti conquiste della scienza moderna.

Ciò ha portato a un minor finanziamento e una scarsa attenzione alla medicina del territorio, nonostante la tradizione secolare della condotta medica volta alla prevenzione, alla cura e all'educazione alla salute dell'intera popolazione.

Eppure, la legge di riforma, la 833/78, nata nella temperie ideale delle politiche di welfare del secolo scorso, collocava la sanità del territorio alla base della tutela della salute sia dell'individuo che della collettività, attuando il dettato costituzionale. Fuori dell'ospedale dovevano crearsi i presupposti per la prevenzione delle malattie e per la cura di tutti gli eventi che non necessitano di ricovero.

Un compito immane che avrebbe richiesto un'organizzazione adeguata, un finanziamento consistente, la collaborazione di molteplici professioni, un'integrazione con l'assistenza sociale, un medico generale che operasse in associazioni professionali dotate di strumenti coerenti con questi scopi. La storia del Servizio Sanitario invece è stata caratterizzata da una sorta di abbandono del territorio e dalla sottovalutazione della cultura della medicina generale, mentre gli sforzi maggiori, sia in investimenti che in impegno politico, sono stato dedicati alla specialistica,

senz'altro uno strumento migliore per ottenere consenso.

Una speranza delusa, la medicina generale; a quasi cinquanta anni dalla riforma sanitaria il servizio mostra le sue maggiori carenze proprio nella sanità del territorio che la recente e non del tutto sopita pandemia da Sars Covid ha ancor più messo in evidenza. Soltanto grazie alla dedizione dei medici generali e di tutto il personale impegnato nel territorio la pandemia non ha avuto esiti ancor più catastrofici.

Ormai la crisi della medicina del territorio è drammaticamente emersa, ponendo in crisi la sostenibilità del servizio sanitario e l'equità delle prestazioni cosicché le disuguaglianze sono sempre più evidenti, il contrario degli scopi della sanità territoriale, una perdita secca per i cittadini, un disagio per i medici generali che, tuttavia, restano graditi alla popolazione, come dimostrano molteplici sondaggi.

In conclusione, una cosa è chiara: la medicina del territorio deve essere riformata e il medico di famiglia posto nelle condizioni di espletare quella professione cui aspira. È ciò che i medici aspettano dal PNRR e da una finalmente adeguata attenzione della politica. I medici generali sanno benissimo che dalla loro professionalità dipende una sanità che da un lato consenta all'ospedale di svolgere la propria missione ipertecnologica, dall'altro sia volta alla promozione della salute e alla prevenzione dell'evoluzione della cronicità e garante dell'equità attraverso il controllo dei

costi inutili. Un compito immane per tutto il SSN nel quale, tuttavia, i medici generali giocano un ruolo fondamentale.

Come spesso accade in questo paese manca la volontà politica mentre sale la richiesta sociale e si precisano le proposte dei medici generali, espresse con forza nell'ultimo Congresso della FIMMG, il loro Sindacato maggiore. **Solo una efficace e efficiente medicina generale può assicurare ai cittadini uguaglianza nelle prestazioni e una risposta concreta sul piano scientifico e umano ai loro bisogni di salute.**

Il quadro da affrontare è estremamente complesso. Da un lato la tecnologia offre soluzioni e strumenti sempre più precisi, sofisticati e costosi, dall'altro la società esprime bisogni pressanti non solo di guarigione, con attese quasi messianiche, ma anche di contrasto alla vecchiaia e di *performances* giovanili; così le tutele si estendono e il medico si trova in difficoltà nonostante l'ingresso dell'informatica che, tuttavia, ad oggi è tanto un aiuto quanto un impaccio.

Tuttavia, dopo decenni di abbandono, finalmente qualcosa si muove e una parte dei finanziamenti del PNRR sono destinati al territorio e i recenti provvedimenti legislativi disegnano una soluzione organizzativa fondata sulla costruzione di una rete di presidi, le case di comunità, che fanno

da *hub* agli ambulatori disseminati dei medici generali cui dovrebbe essere affidata l'assistenza di prossimità.

Il DL 77 prevede analiticamente e in modo condivisibile la struttura del nuovo servizio territoriale centrato sui distretti e sulla rete anzidetta di presidi che, però, debbono essere dotati di personale. Non si tratta soltanto di riorganizzare il lavoro dei MMG, cosa non dappoco vista anche la loro carenza, ma di reperire il restante personale professionale, infermieri, assistenti sociali, fisioterapisti, specialisti, nonché il personale di supporto. **Speriamo di non costruire altre cattedrali nel deserto o di limitarsi a cambiare la targa all'esistente.**

Ma, ai fini della risposta ai bisogni della cittadinanza, il problema maggiore è individuare i compiti del MMG. Il Sindacato dei MMG, la FIMMG, ha definito questi compiti da molti anni e qualche sperimentazione in qualche Regione esiste. Si tratta di raggiungere presto un accordo nazionale cioè di rinnovare la convenzione per modernizzare la professionalità dei MMG.

Il quadro di riferimento generale deve divenire più ampio: comprende la percezione e il contrasto ai rischi individuali e ambientali, primari e secondari, e la definizione di obiettivi di salute di comunità nonché di progetti di assistenza

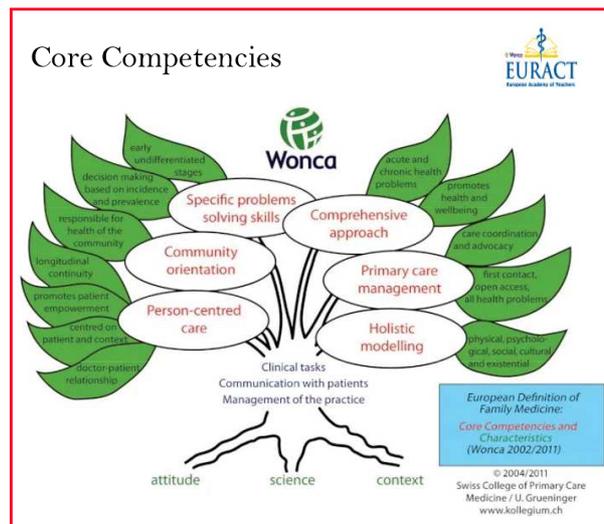


individuali. Un quadro culturale e politico più vasto e impegnativo, tale da influenzare positivamente la moderna patocenosi.

La nuova ACN (accordo collettivo nazionale) della MMG, oltre alla preesistente architettura di norme fondate sul rapporto di fiducia su cui si costruisce la relazione di cura, deve prevedere alcune clausole inderogabili.

- Il rapporto di lavoro è personale ma il medico esercita soltanto in una AFT; il lavoro individuale non è previsto; ciascun medico appartiene a una “Associazione Funzionale Territoriale” che è di fatto il suo presidio di lavoro.
- Si istituisce il ruolo unico della medicina generale, abolendo la continuità assistenziale il che consente di attivare forme di assistenza più utili, sia domiciliari che ambulatoriali. Ciascuna AFT garantisce l’assistenza nella zona di pertinenza compresa l’apertura degli ambulatori h12 così da rispondere ai codici minori.
- Compiti dell’AFT sono, oltre a quelli meramente assistenziali, la promozione della salute, l’educazione alla salute e la prevenzione dei rischi, compresa la funzione di sentinella ambientale.
- L’informatizzazione del sistema deve essere completa e efficiente, eliminando ogni forma di stupida burocrazia per garantire al meglio l’assistenza, il coordinamento dentro il Servizio, la raccolta dei dati.
- Negli ambulatori dei MMG si svolgono funzioni di piccola chirurgia e di POCT cioè di accertamenti di base, fino all’ecografia; parimenti si adatterà la borsa del medico per le prestazioni domiciliari.
- Tutte le prestazioni concordate in sede nazionale o locale sono obbligatorie non prevedendosi più la volontarietà dell’adesione.

Queste proposte non esprimono la voglia di una trasformazione riduzionistica della medicina generale, che resta una disciplina specifica caratterizzata dal fondamento eco



bio psico sociale, cioè dalla convivenza paritaria di conoscenze biologiche con quelle empatiche sulla persona nonché sul suo ambiente sociale e ecologico. Una disciplina olistica, centrata su *problem solving* e sull’ascolto della narrazione del vissuto del paziente.

Queste soluzioni, discusse da anni, debbono essere accompagnate da un’evoluzione culturale che inizia con la trasformazione del triennio formativo in specializzazione gestita mediante la collaborazione tra Regioni e Università affidando comunque l’insegnamento alla medicina generale.

Il Servizio Sanitario Italiano ottiene tuttora risultati ottimi nel confronto internazionale anche dopo il dramma della pandemia. Tuttavia, di fronte all’incremento dei costi dovuto alle continue innovazioni, all’aumento della popolazione anziana e della cronicità, alle esigenze sociali di tutela e, nello stesso tempo, al mancato adeguamento delle risorse e alla crisi del personale, se si vuol mantenere il SSN come irrinunciabile conquista di civiltà, occorre intervenire sul territorio e sul lavoro dei MMG. Le proposte enunciate rappresentano il minimo per garantire la continuità dell’assistenza.

Non si può fare altrimenti; spetta ai MMG e alle loro organizzazioni scientifiche e sindacali **completare il processo di evoluzione culturale e formativo della categoria per ritrovare appieno quella professionalità che è la miglior garanzia di equità assistenziale e di contrasto alle disuguaglianze.** ●

Essere medici oggi: motivazioni, problemi e prospettive

Il parere dei giovani medici

 **Angelo Bianchetti**

Come Consiglio dell'Ordine volevamo capire meglio la realtà dei giovani medici; non è infrequente nelle discussioni fra colleghi un po' più attenti riferirsi ai giovani medici come "diversi", con motivazioni, percorsi, modalità di rapportarsi ai colleghi differenti e talvolta distanti. Non era facile affrontare questo tema con un sondaggio...abbiamo quindi preferito cercare delle "storie" e, attraverso queste, raccogliere osservazioni che vorremmo proporre a tutti, come spunto di riflessione. Certo queste esperienze non possono essere rappresentative di un mondo...ma le crediamo indicative e utili. Per questo le proponiamo alla vostra lettura, portando alcune considerazioni in merito.

Nel raccontare le motivazioni che hanno sottostato alla scelta di fare il medico è sorprendente osservare come ricorrono termini che pensavamo appartenere al passato: "vocazione", "fare del bene", "interessarsi delle persone". Evidentemente la spinta motivazionale resta essenziale nella decisione di avvicinarsi alla professione medica. In molti casi l'interesse alla medicina nasce presto, a volte per ragioni familiari, in altri per esperienze personali, come la malattia propria o dei familiari. Colpisce come l'incontro con la "figura del medico" (spesso il medico di famiglia) possa suscitare la passione per la professione. Nella decisione di intraprendere la professione, non è evidentemente priva di importanza la gratificazione dell'essere medico (non solo economica), la bellezza dello studio e della scoperta. Questi elementi sono una ricchezza che dovrebbe essere stimolata e coltivata lungo tutta la vita professionale.

Il passaggio alla scelta della specializzazione è più complesso, ma quasi mai casuale. Per lo più si tratta di scoprire le proprie peculiari passioni e capacità durante il percorso di studio e attraverso i tirocini, oppure attraverso esperienze dirette. Il percorso di laurea appare importante per capire i propri interessi e potenzialità. Un ruolo non secondario assume la percezione della qualità di vita, l'organizzazione dei tempi e le possibilità di equilibrare lavoro e famiglia. È tipico dei giovani questa attenzione agli equilibri fra i tempi del lavoro e quelli della vita privata. È interessante osservare come molti percepiscano la distanza fra il mondo teorico studiato sui libri e nel corso di laurea e quello "reale", nel quale vengono "catapultati" (e oggi sappiamo che la carenza di medici costringe i giovani neolaureati a impegnarsi in tempi brevi in compiti professionali spesso delicati e gravosi). L'Università non viene ritenuta in grado di insegnare la realtà del mondo del

lavoro, e questo comporta iniziali difficoltà. È un aspetto che andrebbe approfondito e una maggiore collaborazione fra mondo universitario e realtà professionale potrebbe essere utile. L'incontro con il paziente e la famiglia, il farsi carico dei suoi problemi, la necessità di dedicare tempo ed attenzione agli aspetti non strettamente clinici, se non gestiti correttamente diventano fonte di stress. Così come l'eccessiva burocrazia che è vissuta come elemento di disagio ed è un fattore che spegne la motivazione.

È interessante sottolineare l'importanza che viene data all'ambiente di lavoro, che dovrebbe essere orientato alla crescita e alla condivisione con i colleghi, e agli "esempi" (nel bene e nel male!) dei colleghi più anziani ed esperti, non solo in merito alle competenze professionali, ma anche alla correttezza dei comportamenti, alla dedizione ai pazienti e al lavoro. Considerazioni che devono fare riflettere tutti. Il Covid non sembra aver migliorato la situazione, ha accentuato, anche nell'esperienza dei giovani colleghi, la conflittualità e reso meno compatibili i ritmi di lavoro con una vita serena, ha accentuato la burocrazia e reso più evidenti i limiti dell'organizzazione sanitaria nel suo complesso. Il rapporto con i pazienti (e con i familiari) può diventare conflittuale per chiunque, anche per un giovane, e anche in questo ambito la formazione universitaria non sembra sia stata efficace. La richiesta di una specifica formazione e di una "tutela" richiama ognuno di noi a una maggiore responsabilità.

Il percorso universitario resta il caposaldo della formazione professionale, anche se questa appare poco orientata ad affrontare le complesse dinamiche che emergono nello svolgimento della vita professionale (dal rapporto con i colleghi, a quello con le altre figure professionali, allo svolgimento di semplici tecniche di base...) e scarsa appare soprattutto la fase di tutoraggio.

La sensazione di non essere sufficientemente ascoltati e considerati nella programmazione dei servizi, la necessità di un'organizzazione del lavoro più efficace, snella, che tolga al medico le incombenze non strettamente cliniche sono aspetti evidentemente trasversali alla professione e riguardano i vecchi come

i giovani medici. Come comunità medica dovremmo essere più attenti ai giovani colleghi nella loro fase di inserimento nella vita lavorativa; un'ottima preparazione accademica non significa immediata capacità di affrontare la complessità della professione; il ruolo dell'esempio, dell'affiancamento, dell'insegnamento quando necessario dovrebbe essere la costante dei rapporti fra colleghi in tutti gli ambiti professionali.

Queste le "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 e 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 e all'esempio virtuoso
- Ascolto da parte delle organizzazioni sanitarie
- Supporto per le attività non cliniche
- Maggiore tutela

Le domande dell'Ordine?

- 1 Quali i motivi, le ragioni che ti hanno spinto a scegliere la professione di medico?
- 2 Quali i motivi, le ragioni che ti hanno spinto a scegliere la tua area di interesse/specializzazione?
- 3 Nel tuo percorso professionale quali i principali problemi/difficoltà che hai incontrato, nei rapporti con i colleghi, nei rapporti con le strutture/enti presso cui svolgi la tua attività, nei rapporti con i pazienti?
- 4 Cosa cambieresti nel percorso formativo medico di base e specialistico?
- 5 Cosa cambieresti nella organizzazione dell'attività lavorativa?



ROBERTA ALGHISI Specialista in Urologia



1 Perché medicina. Durante il liceo a un familiare è stato diagnosticato un tumore prostatico avanzato. La malattia, avendo prognosi infausta, è stata affrontata a domicilio con il teorico supporto di un medico di medicina generale che è stato un bravo burocrate, ma un pessimo appoggio da un punto di vista umano. Lì ho iniziato a notare la differenza tra chi fa il proprio lavoro solo per “arrivare a fine mese” e chi, come il mio medico di medicina generale di allora, segue il paziente sia da un punto di vista scientifico che da un punto di vista umano. Penso che questo faccia la vera differenza. Questa esperienza mi ha fatto capire la mia strada per cercare di portare a persone che soffrono non solo la mia conoscenza della medicina, ma anche un sorriso e un aiuto psicologico.

2 La scelta della specializzazione. In parte per il motivo spiegato nella risposta precedente, in parte perché durante il corso di medicina ho avuto il privilegio di incontrare quello che sarebbe stato il mio maestro durante i primi tre anni della scuola di specializzazione: il prof Sergio Cosciani Cunico, ordinario di urologia.

3 I problemi e le difficoltà. Nell’ambito medico ed in particolare in una branca chirurgica è inutile negare esista una componente di maschilismo con cui anche io mi sono dovuta confrontare. Tuttavia, grazie alla presenza di alcuni colleghi (in particolare il mio attuale Capo, come lo chiamo io, Dr. N. Alrabi) ho potuto continuare a lavorare con impegno e crescere professionalmente senza sentirmi inadeguata o fuori posto. Il rapporto con il paziente rappresenta un argomento complesso poiché si varia da persone estremamente disponibili ad accettare di farsi curare manifestando stima

e gratitudine, a soggetti che, al contrario, ritengono sia dovuto quanto fatto e, peggio ancora, si credono laureati alla Google University. Per fortuna quest’ultimo gruppo rappresenta la minoranza.

4 Il percorso formativo. Credo vada revisionato alla radice ispirandosi al modello anglosassone o nordeuropeo dove la formazione teorica e pratica vanno di pari passo.

5 Organizzazione del lavoro. Da mamma sarebbe bello avere più tempo per le mie figlie soprattutto nei giorni festivi e nei fine settimana, con il lavoro che ho scelto so che questo non è possibile e soprattutto ho la fortuna di lavorare in un’equipe giovane e in cui, salvo gli attriti fisiologici durante una convivenza quotidiana, prevale la serenità e la collaborazione. Per questo posso ritenermi fortunata. ●



DANIELA BETTINI Specialista in Geriatria

1 Perché medicina. Ricordo esattamente il momento in cui mi sono innamorata dell'ambiente ospedaliero: avevo sei anni ed ero ricoverata per un intervento oftalmologico, sono stata degente qualche giorno e ricordo la gentilezza del personale che mi ha coccolato nel post-operatorio. Il personale infermieristico mi permetteva di "assistere" durante la somministrazione della terapia: ero affascinata dalla *routine* di alcuni gesti e da allora ho un ricordo positivo legato all'odore di disinfettante. Fin da bambina quindi le mie idee erano chiare. Seppur nell'ingenuità dell'infanzia mi era parso chiaro quello che volevo fare nella vita: essere utile, prendermi cura di altre persone e fare parte di un complesso macchinario finemente rodato come quello dell'ospedale. Pur con alti e bassi sono sempre stata predisposta allo studio e studiare, nonostante le fatiche, mi è sempre piaciuto. Crescendo gli interessi si sono ampliati e maturati ma, dopo alcuni tentennamenti, la scelta della facoltà universitaria è stata medicina: oltre all'*imprinting* infantile c'era di fondo la voglia di conoscere e approfondire il corpo umano nella sua estrema complessità e meravigliosa perfezione. Fortunatamente non ho avuto nessun tipo di pressione familiare sulla scelta universitaria, questo ha permesso che fosse una scelta libera e senza aspettative.

2 La scelta della specializzazione. Ho iniziato il corso di laurea pensandomi interessata alla psichiatria. Tuttavia, poi durante i tirocini degli ultimi tre anni di corso sono stata sempre più affascinata dalla clinica e in particolar modo dalla Medicina Interna, anche grazie ai tutor che ho avuto la fortuna di incontrare: grandi internisti che, come direttori d'orchestra, sapevano orchestrare il processo clinico diagnostico e terapeutico meglio di tutti gli specialisti perché in grado di vedere il quadro generale. Ed infine poi la passione per la

Geriatria, nata anche per una mia necessità di interfacciarmi quotidianamente con persone anziane a cui sono sempre stata legata affettivamente in modo molto forte, il fascino del prendersi cura dei più saggi, radici del nostro presente, ma allo stesso tempo dei più fragili.

3 I problemi e le difficoltà. All'inizio della mia attività professionale la cosa che più mi ha provato, è stato il tempo necessario per **comunicare, non tanto con i pazienti, ma con i famigliari degli stessi: nessuno mi aveva preparata al fatto che parte integrante del nostro lavoro è parlare, spiegare e capire**, investire tempo e molte energie per essere efficaci nella comunicazione con persone tra loro molto eterogenee sia per estrazione culturale e sociale sia per richieste e talvolta per pretese. Nel percorso universitario non c'era (non sono così informata sul percorso attuale) formazione in tal senso ma è chiaro che per costruire un percorso di cura efficace è necessario essere dei comunicatori altrettanto efficaci. Talvolta anche i rapporti tra colleghi non sono sempre sereni e questo spesso è per me fonte di stress: non raramente è necessario questionare e talvolta discutere in maniera litigiosa nella quotidiana pratica clinica, negli ultimi anni (in parte forse come conseguenza della pandemia) si è diventati meno predisposti al dialogo e alla condivisione anche di opinioni diverse. Probabilmente i tempi sempre più incalzanti, la burocrazia crescente e la stanchezza degli ultimi tre anni (legata anche all'incertezza del domani) ci porta ad essere più irascibili e meno pronti all'ascolto. Il discorso è sicuramente più ampio e forse esula da questa sede; tuttavia, credo che molti disagi emersi negli ultimi tempi e venuti a galla con la pandemia siano la punta di un *iceberg* che è frutto di scelte soprattutto politiche di sanità nazionale e regionale. Detto questo mi ritengo comunque un medico fortunato perché sul mio percorso, prima di formazione poi lavorativo, ho incontrato persone eccezionali sia dal punto di vista umano sia professionale. Con alcuni colleghi ho creato rapporti di stima e di affetto che vanno oltre l'orario lavorativo

e con cui posso condividere esperienze di vita oltre che cliniche; ho conosciuto professionisti colti, preparati, motivati a fare bene per se stessi e per i pazienti, colleghi che hanno investito energie e tempo nella professione medica e questo mi ha insegnato a puntare in alto, tuttavia dopo i primi anni di attività pratica mi trovo a vedere questi stessi colleghi stanchi, oberati, talvolta in *burn out*, purtroppo non ascoltati dalle alte dirigenze né tanto meno supportati dalle stesse dirigenze che dovrebbero tutelarli e questo devo dire è l'aspetto che ad oggi mi turba e preoccupa di più: se il sistema non sostiene chi lavora bene allora il sistema non può funzionare ed è destinato a soccombere.

4 Il percorso formativo.

In realtà entrambi i percorsi formativi negli ultimi anni sono stati maggiormente standardizzati e ampliati, attualmente mi sembrano abbastanza ben organizzati o almeno in linea teorica (poi ovviamente dipende dalle diverse scuole di specialità e dai diversi responsabili). Credo che una delle criticità sia la mancanza di controllo sull'operato di chi forma ma anche di chi viene formato, poco infatti viene fatto per verificare le competenze apprese. Mancano momenti di confronto critico tra i diversi attori del percorso.

5 Organizzazione del lavoro.

In linea generale credo che le alte dirigenze debbano tenere in considerazione le opinioni dei professionisti che lavorano sul campo e che quotidianamente hanno rapporti con i pazienti e possono dare un'idea di cosa non funzioni e di cosa vada implementato. Per ottenere una ottimizzazione delle risorse (indubbiamente necessaria) credo serva una collaborazione tra tecnici e clinici (e forse tra i clinici andrebbero scelti quelli che non hanno conflitti di interesse). Ad oggi è palese la dispercezione delle problematiche professionali rispetto agli interessi direzionali. Nell'organizzazione quotidiana credo che ogni realtà sia molto diversa e difficilmente assimilabile (anche nel grande ospedale ogni reparto ha realtà molto diverse, così il territorio ha molteplici sfaccettature). Da professionista ospedaliera penso serva più

elasticità nella gestione dei turni per andare incontro alle diverse esigenze (un medico di 40 anni genitore di bambini in età prescolare e scolare avrà sicuramente esigenze diverse rispetto a medici di 50-60 anni con figli maggiorenni). Credo servano Responsabili che sappiano decidere in modo equo, molti malcontenti che respiro quotidianamente nascono infatti dall'assenza di Capi autorevoli ed illuminati che ascoltino tutti, ma che decidano per il bene comune che deve essere messo sopra ad ogni cosa pur nel rispetto del singolo. Sempre più spesso penso all'amore (forse un po' perso) per la "Res pubblica" che deve essere nutrito e cresciuto. Credo infine che nell'organizzazione delle singole realtà vada perseguita la continuità assistenziale che mira alla centralità del malato, evitando la continua modifica di assetti logistici piuttosto che la parcellizzazione del lavoro: l'incertezza del futuro, si sa, è nemica della progettualità costruttiva. Serve continuità per quei pazienti che oggi richiedono gran parte delle risorse e che sono sempre più anziani e sempre più complessi sia dal punto di vista clinico sia assistenziale.

Non deve essere il malato ad arrancare per inseguire un processo di cura, ma dovrebbe essere la rete ospedaliera e territoriale a ruotare attorno a lui. Fare della buona medicina non vuol dire applicare solo singole linee guida (talvolta peraltro non sempre possibile) ma fare sintesi di problemi clinici, assistenziali, sociali, familiari ed economici e trovare una soluzione specifica per ogni paziente che è prima di tutto individuo, per fare questo serve un regista che decida ciò che va fatto e anche ciò che è meglio non fare (quello che in molti documenti e linee guida oggi viene definito Case manager): un sarto che deve cucire un abito su misura per ogni paziente servendosi di ciò che ha a disposizione.

Augurandomi che questa iniziativa e la mia semplice storia possa servire per fare "rete", ringrazio l'Ordine per questa opportunità ed invito tutti i colleghi a tornare alle origini di ciò che li ha portati a scegliere questa magnifica professione per ritrovare e rinnovare l'entusiasmo e per cercare di fare sempre meglio. ●



MATTEO BONAVITA

Medico di Medicina Generale

- 1 Perché medicina.** La volontà di diventare medico è nata presto, l'ambizione di ricoprire un ruolo di riferimento che poteva affascinare un ragazzino si è nel tempo affiancata alla volontà di dare un contributo alla società. Risolvere problematiche legate alla salute con conoscenza e ragionamento clinico, passando dalla relazione con il paziente, sono ancora oggi gli aspetti più intriganti della professione.
- 2 La scelta della specializzazione.** La scelta di diventare MMG è maturata grazie al tirocinio post-laurea; prima di quel momento la scelta di una carriera ospedaliera era certa, forse anche perché durante il percorso di studi universitari era l'unica mostrata. L'assoluta impossibilità di annoiarsi, spaziando tra i molteplici rami della medicina è stato l'aspetto decisivo per il cambio di rotta. Un rapporto con il paziente unico, difficilmente replicabile in altri *setting* e la possibilità di seguire la persona con le proprie patologie nel tempo mi hanno affascinato. La scoperta poi di un territorio estremamente articolato con il coinvolgimento di molteplici figure, alcune anche apparentemente lontane dalla medicina, mi ha mostrato il ruolo sociale del medico di famiglia.
- 3 I problemi e le difficoltà.** Dire che la medicina generale sia vessata da un carico burocratico sempre crescente e opprimente che sottrae tempo alla pratica clinica è diventato ormai una sorta di mantra, ma purtroppo è la realtà quotidiana. Su questo aspetto penso debba anche migliorare la comunicazione e la collaborazione tra ospedale e territorio, troppo spesso si ha l'impressione che ci si passi la "patata bollente" delle incombenze burocratiche. La pandemia ha sicuramente dato una

spinta decisiva all'utilizzo della tecnologia. Questo è da un lato estremamente funzionale, snellendo la quotidianità (ad esempio ho sempre trovato anacronistico il doversi recare in ambulatorio per la ricetta di farmaci cronici!), dall'altro ha però permesso un'estrema facilità nella contattabilità. Questo è un aspetto delicato, è chiaro che si debba avere la possibilità di confrontarsi con il proprio medico quando si ha la necessità, ma si assiste spesso ad un abuso ed un utilizzo improprio dei molteplici canali concessi. Il telefono che squilla incessantemente tra telefonate, mail, messaggi, spesso dà l'impressione di affogare sommersi dalla marea delle richieste. Alla luce di questo fanno quasi sorridere i recenti attacchi mediatici che sostengono l'incontattabilità del MMG, buoni solo a montare l'aggressività dei pazienti verso la categoria e aumentare la frustrazione di professionisti consapevoli della realtà dei fatti. Su questo aspetto spesso non ci si sente sufficientemente tutelati dalle istituzioni.

- 4 Il percorso formativo.** Sono sinceramente preoccupato dalle recenti novità apportate al corso triennale di formazione in medicina generale. **La possibilità per i corsisti di scegliere un ambito e svolgere l'attività di MMG fin dal primo anno di specializzazione, credo vada ad impoverire la preparazione del giovane medico.** Personalmente ho trovato fondamentale frequentare e "rubare la professione" a tutor esperti, mi spaventa che i futuri colleghi non abbiano pienamente questa possibilità. **Certamente questo è un lavoro che si impara con la pratica, ma il rischio di essere lanciati "nella fossa dei leoni" senza le adeguate competenze è alto.** A mio parere al posto di sacrificare il tempo in ambulatorio, andrebbe rivista la parte di tirocini ospedalieri, spesso doppiati

di quelli universitari. Ovviamente trovo che sia utile la conoscenza specialistica, ma trovo che possa essere un'arma molto più efficace se affiancata alla frequenza nell'ambulatorio di MG fin dal primo anno. Sono invece soddisfatto dell'introduzione del tirocinio di medicina generale nel curriculum universitario. Rispetto al periodo post-laurea le incombenze di lezioni ed esami possono far sì che la partecipazione sia più superficiale, ma trovo giusto che si possa aprire agli studenti una finestra verso un mondo fino a quel momento sconosciuto.

5 **Organizzazione del lavoro.** Oggi trovo **fondamentale l'aggregazione di medici.** Lavorare insieme ai colleghi, potendosi confrontare sui vari casi e condividere il proprio bagaglio di conoscenze ed esperienze, avendo in più la possibilità di assumere personale infermieristico ed amministrativo è necessario per poter svolgere al meglio e serenamente questa professione, allontanando così anche il rischio di *burnout*.

Spero che in futuro possa essere fornito a tutti i medici del personale amministrativo, in modo da poter delegare totalmente le numerosissime pratiche burocratiche e potersi riappropriare della clinica. Ad oggi purtroppo, anche per la difficoltà ad accedere ai fondi per forme associative, questa non è una realtà così diffusa. ●



FEDERICO BOZZI

Specialista in Ortopedia

1 **Perché medicina.** Nonostante sia una domanda frequente, è personalmente abbastanza arduo trovare una risposta concisa ed esaustiva. Scegliere di diventare medico implica un lungo percorso di studio dedicato (ca va sans dire) e, a meno di non avere amici, parenti o conoscenti medici, generalmente non si ha ben chiaro cosa questa scelta possa comportare: lavorare di notte, festività, reperibilità, la fatica della gavetta, il non ricevere sempre gratificazioni nonostante il massimo impegno messo. Questo l'ho scoperto e lo sto maturando sempre più, con il passare del tempo. Ricordo che scelsi di tentare di accedere alla facoltà di medicina perché mi affascinava la professione; certo, come citato precedentemente, non avevo bene chiaro cosa comportasse entrare nel dedalo della professione medica, però lo volevo.

Ho frequentato un liceo scientifico di Pavia e, da buon "scienziato", trovo affascinante scoprire come funziona il nostro organismo e trovare soluzioni ai suoi problemi. Il percorso per diventare medico è lungo, e questo lo sapevo. Le sfide personali mi piacevano e mi piacciono e questo è stato un ulteriore stimolo a mettermi alla prova. Sebbene l'aspetto umanitario della professione sia sempre presente non ne sono mai stato completamente sopraffatto: ritengo infatti che, al giorno d'oggi, fare il medico non debba essere considerato una vera e propria missione, ma una professione a tutti gli effetti sebbene con aspetti etico morali imprescindibili. L'aspetto sociale della professione ed il suo fantomatico prestigio gratificano, certo, ma non hanno mai influito, se non in una infinitesima parte nella scelta del percorso. Quando si parla di professionisti non si può certo non parlare di remunerazione: aspetto che non ho mai considerato come scopo

finale della mia professione quanto una gratificazione della bontà del lavoro svolto.

2 La scelta della specializzazione.
 Se la prima domanda poteva non avere facile risposta, la seconda ancor peggio! Infatti posso solo parzialmente dire di aver scelto la mia specializzazione (ortopedia e traumatologia); a volte ho l'impressione che sia stata lei a scegliere me. Ritengo che solo pochi colleghi abbiano avuto la fortuna di avere le idee chiare sul proprio futuro sin dai primi anni di università. Credo che la maggior parte, me compreso, abbiano maturato l'idea gradualmente, studiando, provando e sperimentando durante i tirocini. Alcuni addirittura si sono trovati inaspettatamente a frequentare una scuola di specializzazione quasi per caso... scherzi del concorso nazionale! Quando ci si trova a dover fare la fatidica scelta infatti si hanno già 25-26 anni. Giovani sì, ma le scelte lavorativa a volte devono fare i conti con altre variabili di vita: relazioni sentimentali, famiglia e a volte anche figli. Considerandomi un uomo pragmatico e dalle buone capacità manuali, desideravo una disciplina chirurgica e la scelta ricadde sull'ortopedia perché mi dava l'opportunità di avere a che fare con un pubblico "trasversale", dal bambino all'anziano e dal sedentario allo sportivo, cosa che mi stuzzicava ulteriormente visto che all'epoca ero un buon sportivo dilettante e desideravo poter applicare le mie conoscenze nell'ambito della mia passione. Per concludere, a differenza di quanto espresso a riguardo della scelta della facoltà, non nascondo che la scelta dell'ortopedia sia stata in parte condizionata dalla consapevolezza che mi avrebbe permesso una discreta facilità di impiego e buone possibilità di carriera.

3 I problemi e le difficoltà. Le difficoltà incontrate durante il percorso formativo sono molteplici. La principale risiede a mio avviso nella preponderante preparazione accademica universitaria a discapito di una insufficiente preparazione pratica.

Ciò sfocia in notevoli difficoltà nel primissimo approccio alla professione reale, nell'affrontare anche le più semplici e frequenti problematiche cliniche. Lacune che poi vengono colmate con il tempo e la pratica ed il confronto con i colleghi e, a volte, perché no, con l'ausilio di supporti elettronici (app mediche, PubMed... ecc). Una volta avviati ai percorsi specialistici si possono poi trovare ostacoli alla formazione dovuti alla competizione che spesso si instaura tra colleghi, cosa particolarmente spiccata a mio avviso nelle specialità di stampo chirurgico. Tale aspetto fortunatamente non ha pressoché mai inciso nella mia formazione in quanto ho sempre lavorato in contesti che facevano del lavoro di *équipe* la propria forza. Non si può nascondere che esistono **sempre maggiori difficoltà nel rapporto con i pazienti**. I motivi sono molteplici. Spesso la disinformazione riguardo i potenziali servizi offerti e le modalità con cui i quali vengono somministrati generano accessi impropri, a volte dei veri propri abusi che generano lavoro extra che sfocia in ultima analisi in liste di attesa congestionate e prestazioni non proprio all'altezza.

Ulteriore problema è rappresentato spesso dalla disinformazione: capita infatti che il paziente si ritrovi sommerso di informazioni non sempre concordanti riguardo la propria salute, le diagnosi e le terapie: ciò genera diffidenza nei confronti della figura del medico, soprattutto verso quelli che ancora non hanno "i capelli bianchi" che spesso causa anche insofferenza e litigiosità.

L'inappropriato accesso al sistema sanitario è, a mio avviso, dovuto, tra le altre cause, all'inefficienza della medicina territoriale. Inefficienza dovuta alle sempre minori risorse a disposizione dei nostri colleghi medici di medicina generale ai quali non vanno le mie critiche ma solo la mia solidarietà. Tutta la categoria, medici del territorio e specialisti, sta subendo sempre più la burocratizzazione del sistema sanitario in cui la figura del medico sta divenendo sempre più centrale, non tanto come figura clinica

bensì dirigenziale. Sempre più spesso pratiche e documentazioni sono di pertinenza medica di nome, per legge, ma non di fatto; è curioso che ci si debba occupare di aspetti puramente burocratico amministrativi quali SDO, piani terapeutici, collaudi di dispositivi protesici, rapporti con INPS e INAIL ecc. Infine ritengo doveroso citare, tra le criticità, un problema di non esclusivo appannaggio della classe medica: quello della fiscalità e della previdenza che andrebbero necessariamente riformate in ottica di semplificazione e incentivo al lavoro e la cui trattazione ritengo esuli dall'obiettivo dell'intervista.

4 Il percorso formativo. Il percorso formativo che porta a diventare medici è necessariamente lungo e faticoso. Per essere adeguatamente formati non è sicuramente sufficiente una solida cultura teorica. Necessita inoltre una importante formazione pratica sul campo. Nel nostro settore più di molti altri l'esperienza fa la differenza, non si smette mai affinare l'intuito clinico e le capacità. Da persona pragmatica quale credo di essere, ritengo che il percorso accademico di un medico sia troppo lungo, esageratamente nozionistico e mal strutturato. Reputo giusto l'accesso a numero chiuso, non tanto per creare una "élite" quanto per motivi di programmazione (tanto desiderata ma attualmente utopia); il test di ingresso richiede un determinato livello di competenze nelle scienze di base, scienze che poi vengono riproposte durante tutto il primo anno di università. Perché non accorciare il percorso formativo? O almeno anticipare quelli che sono i programmi didattici in modo da riservare l'ultimo anno all'inserimento al mondo lavorativo o all'approccio alle specializzazioni. E ancora: perché esigere dallo studente conoscenze di livello specialistico in tutti gli ambiti della medicina quando nella realtà la medicina è divenuta ormai quasi esclusivamente specialistica se non iperspecialistica? Riterrei perciò utile focalizzare l'attenzione al consolidare maggiormente

le nozioni e le competenze cliniche pratiche di base anche se esulano dal proprio percorso specialistico, lasciando la specializzazione e l'iperspecializzazione ad un percorso formativo di II° livello, magari anche più lungo a discapito di un percorso accademico di base che renderei invece più breve. Per quanto riguarda invece la qualità della formazione specialistica è invece difficile esprimersi perché nel nostro paese è caratterizzata da enorme disomogeneità: a parità di percorso formativo di specializzazione, ogni ospedale ed ogni università garantirà esperienze educative differenti in base alle risorse (rapporto numero tutor/specializzandi, rapporto numero specializzandi/posti letto, disponibilità di sale operatorie) e in base alla tipologia di servizio offerto (*trauma center*, ospedale, clinica, centri di riferimento). Analogamente riterrei proficuo organizzare il percorso formativo specialistico in modo graduale così da impartire in un primo periodo conoscenze specialistiche di base per poi lasciare la formazione iperspecialistica nell'ultimo periodo formativo, incentivando e supportando lo specializzando nel dedicarsi all'affinamento delle proprie capacità nell'ambito desiderato. Per quanto riguarda l'ambito chirurgico, dopo un doveroso periodo di formazione teorica, diviene poi necessario un graduale approccio alla manualità. In questo i numeri contano e fanno la differenza. La regolare possibilità di praticare in sala operatoria, sempre affiancati, permette l'affinamento delle capacità. In questo riterrei utile, se non necessario, la redazione di una linea guida nazionale/ministeriale. Linee guida in cui si elenchino gli obiettivi formativi pratici minimi, in termini di numero minimo di interventi e procedure di base a complessità crescente, che lo specializzando è chiamato ad eseguire su base annua come condizione necessaria ai fini del conseguimento del titolo di specialista. Solo successivamente lo specializzando si potrà dedicare eventualmente ad

affinare le pratiche iperspecialistiche che necessitano un percorso ben più lungo rispetto alla durata di una scuola di specializzazione.

5 Organizzazione del lavoro. Come in tutti i luoghi di lavoro, l'organizzazione del proprio reparto è caratterizzata da aspetti positivi, da mantenere, e negativi, da migliorare. Questa trattazione, tuttavia, esula a mio avviso da questa "chiacchierata" perché implicherebbe l'analisi di dinamiche locali, di fattori e variabili impossibili da generalizzare. Pertanto risponderò alla domanda rivolgendomi alla macrostruttura sanitaria regionale e nazionale che a mio avviso dovrebbe certamente considerare l'ottica aziendalistica del sistema sanitario con l'obiettivo di renderlo economicamente sostenibile e virtuoso senza tuttavia dimenticare gli aspetti del tutto peculiari e unici che lo caratterizzano. Senza scadere nell'ovvietà e nei tecnicismi, implementerei sicuramente le politiche di "conservazione" della salute e di prevenzione incentivando poi la medicina del territorio tanto fondamentale quanto bistrattata. Parallelamente investirei anche sulle strutture ospedaliere presenti, sia in termini di infrastrutture e attrezzature sia in termini di risorse umane, in modo da migliorare la fruibilità del servizio. Necessario poi un importante lavoro di deburocratizzazione del lavoro medico che non significa una deresponsabilizzazione ma bensì un maggior rispetto e attenzione alla pratica clinica caratterizzante il nostro lavoro. Concludo rimarcando il noto problema della medicina difensiva, figlia di un clima di diffusa diffidenza nei confronti dei sanitari e nei confronti del quale urgono politiche di sensibilizzazione ed una legislazione volta alla loro maggior tutela in ottica di miglioramento della qualità del servizio erogato. ●



SARA CHERRI Specialista in Oncologia

1 Perché medicina. Ricordo tante tracce di temi durante il periodo scolastico sul "cosa vuoi fare da grande" e non ho mai risposto di voler fare il Medico. Lettere e Filosofia erano le mie materie preferite e pensavo che l'area umanistica fosse il mio *locus amoenus*, poi al quinto anno di liceo una serie di vicissitudini personali mi hanno portato a pensare che le parole sono importanti, ma i fatti posso fare la differenza. L'Università di Medicina rappresentava per me il connubio perfetto tra una disciplina ambivalente - ove la parte umanistica e quella scientifica sono imprescindibili - la possibilità di esercitare una professione socialmente utile, la realizzazione personale e l'indipendenza economica. L'aspetto economico non è mai stato al primo posto, tuttavia l'indipendenza economica è fondamentale, qualsiasi ambito si scelga, e indubbiamente Medicina offre una possibilità maggiore rispetto ad altre scelte. Durante il percorso universitario e post-laurea, tali motivazioni possono assumere più o meno importanza. Posso tuttavia dire, senza finta retorica, che ancora oggi l'aspetto che maggiormente mi appaga è quello umano, ovvero la relazione con i pazienti e il riconoscimento che da loro arriva. Purtroppo, spesso questo non basta e non può bastare. **La dignità di una persona nel proprio lavoro è fondamentale, il nostro è comunque un lavoro, non una missione, e nel lavoro tutti hanno diritto di poter esercitare con dignità.**

2 La scelta della specializzazione. Ho concluso Medicina con una tesi in Pediatria e con l'assoluta certezza che il reparto pediatrico non era il mio posto, ma senza una chiara idea di quello che avrei voluto fare. Concludere il percorso universitario senza una concreta idea su come proseguire il percorso formativo non è la situazione ideale che ci si aspetterebbe al termine degli studi, mi convinsi quindi che il mio mancato decisionismo fosse dovuto

all'esperienza dei tirocini all'interno dei reparti universitari e che la soluzione fosse andare all'estero, perché forse in un ambiente nuovo sarei stata più motivata e meno disillusa. Decido comunque di fare il test di specializzazione in Italia, per non perdermi nessuna possibilità, e fu proprio preparando il test che tirai fuori i miei appunti di sei anni di medicina e sfogliando quelle carte vidi che le parti che approfondivo maggiormente erano quelle relative alle patologie oncologiche. Non avevo mai frequentato Oncologia, ai tempi non era un reparto universitario, e pertanto non l'avevo mai considerata. Fa un po' sorridere questa risolutezza che mi portò a mettere Oncologia come prima scelta, considerato che non ne avevo davvero nessuna esperienza, semplicemente sentivo che sarebbe stato il reparto adeguato alle mie competenze e ai miei punti di forza. Ad oggi penso ancora che questa sia stata un'intuizione fortunata.

3 I problemi e le difficoltà. Per quanto riguarda i colleghi sono stata sempre fortunata, non ho mai avuto problemi o difficoltà a relazionarmi. **I colleghi sono sempre una risorsa fondamentale per la nostra sopravvivenza in ospedale, in tutte le fasi della nostra vita ospedaliera:** lo specializzando più anziano, il giovane specialista, il senior alla mano che ti salverà sempre dalle situazioni più brutte e su cui potrai contare sempre...sono figure che abbiamo avuto più o meno tutti. Al contrario, le figure più tossiche negli ambienti ospedalieri sono i colleghi in *burn out*, quelli che impari sin da specializzando a tenere alla larga per non incomberne sotto la loro ira funesta. Sono quelle persone che tendono a riversarti addosso l'odio che provano per il lavoro, l'ospedale e il "sistema" e, nei casi peggiori, ti tratteranno come se tutto questo fosse un po' anche colpa tua e pertanto non si esimeranno dal farti pesare ogni tua "mancanza", "errore" o "incompetenza". Ne basta purtroppo anche uno solo per rendere invivibile un ambiente di lavoro. Un clima di lavoro sereno è vantaggioso per tutti considerato che passiamo con i nostri colleghi più tempo rispetto a quello che passiamo con i nostri

cari, con una media di dieci ore al giorno. Quindi perché non vivere questo tempo nel miglior modo possibile? A questo va aggiunto che i colleghi hanno inoltre una notevole importanza anche per quanto riguarda la nostra capacità di sopportare situazioni spiacevoli, siano essi determinati da fatti contingenti al reparto, ai pazienti, all'eccessivo lavoro o anche alla vita personale. I colleghi non possono certo risolvere queste situazioni, ma quando abbiamo la fortuna di lavorare in un gruppo di lavoro affiatato, possono sicuramente rendere il tutto meno pesante. **Credo che oggi la sfida principale per noi oncologhe/i sia trovare un equilibrio vita-lavoro sostenibile nel lungo termine all'interno di un contesto lavorativo che contenga un'opportunità di crescita professionale.** Molti oncologi al termine del percorso professionale ricevono contratti di lavoro fatiscenti sia in termine economico che in termine di condizioni di lavoro, contratti che possono durare anche anni, e questo avviene non solo negli ospedali universitari ma un po' ovunque. A discapito di chi ancora giustifica queste situazioni etichettandole come *gavetta*, penso sia indecente proporre contratti di quel tipo a professionisti che hanno impiegato anni per formarsi. **Se il lavoro non verrà adeguatamente retribuito, sia da un punto di vista economico che di crescita professionale, sarà sempre più difficile reperire professionisti che vogliono farlo.** Spesso i giovani oncologi, oltre che sottopagati, si ritrovano a dover lavorare anche di più rispetto ai colleghi più anziani, ricevendo tra le altre cose anche l'incombenza della parte burocratica che in Oncologia è diventata parte preponderante del lavoro. La frustrazione quindi raddoppia, non solo economica quindi, ma anche di realizzazione e gratificazione lavorativa. La via per il cambiamento passa dal rifiuto di queste situazioni, non solo per noi stessi ma anche per gli altri che verranno dopo di noi. Personalmente non mi sono trovata in una situazione di disagio nella struttura in cui svolgo la mia attività, avendo rifiutato contratti di quel tipo e lavorando in una struttura che invece mi ha proposto un contratto adeguato. Mi rendo conto che questo non è sempre possibile, soprattutto

per chi ha necessità di rimanere nella propria città per motivi personali e non può permettersi il lusso di perdere l'offerta di un contratto; pertanto, non mi sento assolutamente di giudicare questi colleghi, ma auspico che tali spiacevoli situazioni siano sempre più casi isolati e non la norma per il giovane oncologo neo-specialista. Il rapporto con i pazienti poi è fondamentale per il medico in generale, ma per il medico oncologo rappresenta tutto. Nel nostro lavoro il paziente vive con la convinzione di averci affidato la propria vita, e a differenza di altre branche della medicina, per esempio quelle dei colleghi che si occupano di urgenza ed emergenza, il nostro paziente affronta una malattia molto grave ma che si sviluppa in un lasso di tempo che ne permette un'elaborazione più o meno matura e che ci vede inevitabilmente coinvolti. **Il rapporto di fiducia che si sviluppa tra paziente e oncologo rappresenta l'imprescindibile caposaldo di tutto il percorso di cura.** In un mondo dove le informazioni mediche, più o meno attendibili, sono accessibili a tutti, anche per chi non ha gli strumenti necessari per capirli e interpretarli, saremo chiamati a coltivare tale rapporto con il paziente e il *care giver* (o i *care givers*) con ancora più attenzione e ancora più cura.

4 **Il percorso formativo.** Penso ci siano stati diversi cambiamenti sul piano didattico e dei tirocini in ospedale rispetto a quando ho terminato Medicina, non posso esprimermi su cosa cambierei oggi, non essendo aggiornata sulla situazione attuale e avendo finito l'università nove anni fa. Nel mio percorso la parte maggiormente sofferta sono stati i numerosissimi tirocini con il camice lino e un inutile fonendoscopio in tasca a sostare in corridoio o ad aspettare che qualche strutturato/specializzando si palesasse per poter far fruttare la mattinata. Questo accadeva per lo più nei reparti di Medicina e accadeva purtroppo davvero molto spesso. Ci vuole una buona dose di fortuna per incontrare il Tutor giusto, un Medico interessato a insegnarti qualcosa senza usar la tua presenza come pretesto per poter finalmente raccontare quell'aneddoto autocelebrativo. **A distanza di anni ricordo**

ancora questi tutor e specializzandi, chi con grande gratitudine e chi meno, e questo rende l'idea di quale impatto abbia il tutoraggio per uno studente e quanto possa influire positivamente o negativamente su una giovane mente in formazione.

Per quanto riguarda invece la specializzazione, appartengo alla generazione fortunata che ha potuto accedere al test nazionale. Sono convinta che questo abbia favorito la meritocrazia e che molte ingiustizie siano state superate rispetto al sistema precedente. Certo alcune dinamiche malate ancora resistono tenacemente assieme alla posizione spesso svantaggiata dello specializzando che a volte si sente costretto ad accettare tutto. Il mio percorso di formazione specialistica ha compreso ben tre ospedali in due diverse regioni italiane, grazie alla possibilità offerta dalla formazione fuori sede, 18 mesi garantiti dal piano di studio, altra grande opportunità offerta da un sistema in cambiamento. Questo mi ha dato la possibilità di vivere in prima persona realtà estremamente diverse, che spaziavano da situazioni grottesche e inconcepibili ad altre molto positive. Anche l'attività formativa varia molto da sede a sede: vi sono contesti dove lo specializzando viene affiancato allo strutturato, in una posizione completamente passiva fino al termine della specializzazione e altri contesti che vanno all'estremo opposto, con lo specializzando che lavora in piena autonomia, abbandonato in un sistema che sfrutta i medici in formazione per rattoppare le situazioni disastrose dovute alla carenza di personale. Sarebbe auspicabile un sistema che garantisca la graduale acquisizione di responsabilità e di autonomia insieme ad un tutoraggio adeguato nei primi anni. Penso che una volta acquisita una sufficiente esperienza di base sia estremamente arricchente avvalersi dei mesi fuori rete formativa concessi dal piano di studio, perché permettono di toccare con mano un mondo più reale e sviluppare un senso maggiormente critico.

Guardo con ottimismo al futuro, perché penso che sarà sempre più difficile trovare contesti svilenti per i medici in formazione specialistica. Questo anche grazie alle regole di accreditamento delle scuole, ai sondaggi anonimi obbligatori dei medici di formazione,

ai rappresentanti e alle associazioni dei medici specializzandi, in cui personalmente credo molto e in ultimo, ma il più importante, credo nella presa di coscienza del medico specializzando del proprio valore aggiunto. Le scuole si dovranno adeguare a canoni sempre più rigorosi e questo porterà - e per tanti di noi ha già portato - qualità più alta di formazione e maggior tutela per il medico in formazione specialistica, limitando quindi quelle situazioni spiacevoli ove un singolo individuo detta e applica le proprie leggi.

5 **Organizzazione del lavoro.**

La buona organizzazione dell'attività lavorativa passa dall'equa distribuzione del carico di lavoro, sia clinico che burocratico, che permetta un orario di lavoro dignitoso. Abbiamo sempre lavorato mettendo il paziente al centro e questo è fondamentale. Tuttavia, è innegabile che per garantire un buon servizio al paziente occorra investire anche sulla "salute" del personale sanitario. Per troppo tempo si è sottostimata l'importanza della salute mentale del Medico, solo in questi ultimi due anni si è iniziato a parlare di "burn out", ovvero quel fenomeno ove l'ansia, la depressione e lo stress emotivo prendono il sopravvento. Per arginare il fenomeno servirebbero azioni concrete volte a snellire l'infinita burocrazia, facilitare l'accesso alle ferie, favorire il lavoro all'interno di un gruppo che possa dividere in modo equo il carico di lavoro. Queste condizioni lavorative da un lato certamente aiuterebbero a ridurre il malcontento e permetterebbero inoltre di alleggerire il medico dal carico di lavoro e dal senso di colpa quando tutto ciò di cui abbiamo parlato prima diventa troppo estenuante. Conosciamo il riposo biologico che spetta giustamente a colleghi che si occupano di altre branche della medicina, **non esiste però ad oggi nessuno che tuteli il bisogno di riposo che hanno le nostre menti, quella stanchezza avvertita come fisica, ma che è semplicemente l'espressione di un diritto negato, il diritto al "riposo"**. Se ci fosse concesso questo diritto sicuramente impatterebbe positivamente sia sulla qualità di vita sia sulla qualità del lavoro che offriamo ai nostri pazienti. ●



LUCA FACCHETTI *Specialista in Radiologia*

1 **Perché medicina.** Finito il liceo scientifico, in cui mi sono appassionato a materie come chimica, fisica e matematica, ero indeciso se iscrivermi alla facoltà di Medicina e Chirurgia che era sempre stata la mia prima scelta o alla facoltà di Fisica. Feci vari concorsi nel nord Italia per entrambe le facoltà, ma una volta vinto il posto presso l'Università degli Studi di Brescia per Medicina e Chirurgia in cuor mio avevo già deciso. I fattori principali che mi guidarono verso questa scelta furono sicuramente la consapevolezza di frequentare una facoltà che mi desse uno sbocco lavorativo e di crescita sicuro e ben definito, oltre all'interesse per la materia. Già 16 anni fa mi piaceva l'idea di fare un lavoro che prevedesse il contatto con tante persone, che si è mantenuta con la scelta successiva di fare il radiologo senologo. Ora come allora ritengo invece che il ruolo sociale sia in generale sopravvalutato. Però è facile comprendere che soprattutto quando una persona vede compromessa la sua salute abbia urgenza più che mai di figure di riferimento sia da un punto di vista professionale che umano. Infine, l'idea di una sicurezza economica ottenuta dal proprio lavoro penso che debba essere uno dei requisiti essenziali: anche i medici fanno un lavoro appunto, con orari, timbrature, responsabilità e ferie.

2 **La scelta della specializzazione.** La scelta di specializzarmi in Radiodiagnostica è nata inizialmente per esclusione: durante i tirocini avevo capito che il reparto con pazienti ricoverati per lunghi periodi non faceva per me, avevo bisogno di essere esposto a molti più casi, magari brevi, ma in continuo cambiamento. L'esclusione della maggior parte dei reparti chirurgici è nata dall'impressione, magari erronea, della

scarsa qualità di vita di alcuni chirurghi, soprattutto in termini di numero di ore trascorse in ospedale e la lunga attesa per diventare “primo operatore”. Quindi affacciandomi alla macro-area dei servizi, è venuta naturale la scelta di radiodiagnostica, ricollegandomi al mio interesse per la fisica, le immagini, il contatto con i pazienti, la spendibilità di una specialità sia in ospedali hub che in piccoli centri. La passione per la senologia radiologica è nata durante il IV anno di specialità, grazie soprattutto all’incontro con colleghi che mi hanno trasmesso la loro passione e al voler focalizzarmi su un settore che fosse ad alto contatto con le pazienti e che comprendesse tutte le tecniche radiologiche (radiografia, ecografia, risonanza magnetica, radiologia interventistica). Inoltre, la senologia permette a volte durante la carriera di ottenere un ruolo in cui ci si possa dedicare esclusivamente a questa branca, facendo poche cose ma con competenza.

3 I problemi e le difficoltà. Uno dei principali problemi riscontrato nella mia attività ospedaliera è la difficoltà a tracciare un percorso di crescita personale, lavorativa e carrieristica.

4 Il percorso formativo. Un difetto dell’organizzazione del piano di studi è la ripetitività degli esami: ci sono argomenti ripetuti molte volte nel corso dei sei anni, e altri non trattati a sufficienza. Una buona idea proposta più recentemente sarebbe lo studio per organo, e non tanto della materia a tutto tondo. **Altra lacuna del percorso formativo è lo sbilanciamento verso molta teoria e poca formazione pratica, cosa che accade anche per altri tipi di facoltà.** Sicuramente è necessaria una ampia base teorica, ma alla fine dei sei anni non si è pronti a gestire una guardia medica, ad esempio. Per quanto riguarda il percorso di specializzazione è bene capire fin da subito che serve tanto studio personale da integrare con l’esperienza di reparto di tutti i giorni: **rare sono le occasioni di formazione teorica specifica, ma recentemente tutto questo è stato rivoluzionato da ottimi webinar.**

5 Organizzazione del lavoro. In una organizzazione lavorativa spesso frenetica, sarebbe utile poter aver maggior flessibilità delle liste di lavoro, in modo da **ottimizzare i tempi in cui viene erogata una prestazione: l’obiettivo sarebbe quello di aver meno “tempi morti” possibili, in modo da dedicare il giusto tempo ad ogni paziente,** soprattutto in questi anni in cui si lavora spesso con mancanza di personale. ●





DOMENICO MASSARO CENERE

Specialista in Oftalmologia

1 Perché medicina. La scelta di diventare medico è stata dettata da una vera e propria vocazione verso questa straordinaria professione.

L'idea di lavorare e aiutare le persone utilizzando le conoscenze acquisite in tanti anni di studio, sentirsi utili nel migliorare la qualità della vita di chi soffre penso sia una delle cose più belle e gratificanti che ci possa essere.

Essere medico è sempre stato uno dei sogni della mia infanzia. Conservo ancora un tema scritto ai tempi delle scuole elementari in cui ci era stato chiesto: "Cosa vuoi diventare da grande". Io, tra i tanti possibili sogni che un bambino di 6 anni potesse avere, scelsi di raccontare quanto mi sarebbe piaciuto diventare medico.

Credo che le mie scelte siano state influenzate anche dall'ambiente familiare in cui sono cresciuto. Vivere in una famiglia di medici, sentire parlare o trovare libri e riviste di medicina sparsi per casa hanno sicuramente incuriosito la mia giovane mente.

I miei genitori sono stati i miei più grandi sostenitori. Hanno sempre alimentato la mia curiosità e voglia di conoscenza, partendo dalle cose più semplici.

Erano i primi anni in cui nascevano i videoregistratori ed era diventata un'abitudine comune acquistare un nuovo numero della raccolta "Siamo fatti così".

Nel tempo l'amore per quegli episodi divenne una vera e propria passione. Oggi quella passione è diventata il mio lavoro.

2 La scelta della specializzazione.

La ragione principale della mia scelta è legata alla professione di mio padre. È stato lui il primo a trasmettermi tutta la sua grande passione per l'oftalmologia. Sin da studente in medicina ho partecipato, insieme a lui, a diversi congressi nazionali e internazionali,

dove ho avuto modo di conoscere più nel dettaglio questo mondo che, seppur piccolo, nasconde un'infinità di problematiche e di complessità che lo hanno reso ai miei occhi estremamente affascinante.

Un altro dei motivi per cui ho scelto oftalmologia è legato alla possibilità di poter svolgere attività sia in ambito clinico che chirurgico. La chirurgia si può imparare ma non sempre, al termine del percorso di studi in medicina, si è consapevoli delle proprie capacità manuali e scegliere un percorso di specializzazione che possa garantire un'alternativa o diciamo, "una via d'uscita", permettendo di poter svolgere anche solo l'attività clinica, indipendentemente da quella chirurgica, rappresenta sicuramente un enorme vantaggio.

Inoltre, penso che l'oftalmologia sia una di quelle specializzazioni che garantisce una buona qualità di vita. Nel nostro ambito, fortunatamente, poche sono le emergenze/urgenze che richiedono interventi tempestivi e tutto sommato la nostra è una professione che riesce a favorire una vita abbastanza regolare, senza stravolgimenti e senza dover sacrificare troppo il proprio tempo libero.

3 I problemi e le difficoltà. Per mia fortuna non ho avuto un percorso universitario e professionale particolarmente burrascoso. A parte piccoli intoppi per qualche materia difficile da superare all'università o qualche opportunità di lavoro poi sfumata con un nulla di fatto, posso dire di aver avuto un cammino formativo e professionale abbastanza lineare.

A distanza di circa 6 mesi dalla fine del periodo formativo ho avuto il mio primo contratto di lavoro grazie all'incontro con il mio attuale Primario. Dopo qualche chiacchiera e un successivo colloquio sono

stato coinvolto in un importante progetto. Da quasi 5 anni faccio parte di un gruppo di giovani oculisti. I rapporti con i colleghi sono ottimi. Lavorare in un ambiente giovane ha enormi vantaggi: si è stimolati a crescere insieme, ad aiutarsi e a scambiare conoscenze. Questo sicuramente rende le ore lavorative passate in ospedale più piacevoli e meno stressanti.

Diversi invece, a volte, sono i rapporti con i pazienti. I ritmi di vita sempre più frenetici, la mancanza di tempo e i ritardi che a volte si accumulano durante le visite possono rappresentare motivo di discussione con chi, il più delle volte, non comprende che il tempo che spesso dedichiamo per ogni singola visita o intervento è sempre rapportato alla problematica del paziente e votato ad una miglior cura.

Per alcuni, a volte, risulta difficile accettare un ritardo di 15-20 minuti. E a volte, di fronte a queste situazioni di lamentele, ineducazione e aggressività ci si può trovare impreparati nel dialogo e nella gestione della psicologia del paziente stesso. Motivo principale probabilmente è da ricercare nel fatto che una delle carenze principali che ancora oggi si riscontra nel percorso formativo in medicina e chirurgia riguarda lo studio e la preparazione sul rapporto medico/paziente, o meglio, si seguono dei seminari o delle lezioni di poche ore, spesso senza dedicare il giusto tempo e importanza.

Non esistono molti corsi in merito e spesso ciò che ci viene insegnato si basa semplicemente sulla esperienza altrui.

4 Il percorso formativo. Una delle carenze del percorso formativo medico e specialistico credo sia principalmente l'integrazione tra l'attività teorica e pratica. Penso di aver avuto un'ottima preparazione teorica durante gli anni di medicina. Tuttavia, il tempo trascorso a mettere in pratica o semplicemente osservare ciò che si studiava sui libri era sempre troppo limitato. Pochi sono stati i tirocini formativi e credo che questo rappresenti un grosso limite per il futuro professionale dei giovani medici.

Sempre più spesso, soprattutto oggi, data la carenza di medici che si registra nel nostro Paese, viene richiesto al giovane medico neolaureato di essere pronto per l'attività lavorativa. Tuttavia ci si ritrova spesso ad essere catapultati nel mondo del lavoro con poca esperienza sul campo che genera ansie e preoccupazioni a chi inizia ad entrare in questo mondo.

Anche durante il percorso di formazione specialistica, soprattutto nelle branche di tipo chirurgico, l'insegnamento pratico della chirurgia viene spesso centellinato. Ci si ritrova a terminare in molti casi il percorso di specializzazione senza avere alle spalle un buon numero di interventi come primo operatore. E questo tende ad immettere nel mondo del lavoro professionisti non ancora del tutto autonomi, che piuttosto che diventare una risorsa attiva all'interno di una struttura ospedaliera possono essere una fonte di rallentamento delle attività, da formare ulteriormente prima di poter rappresentare una risorsa vera per la struttura stessa.

5 Organizzazione del lavoro.

Personalmente non posso dir molto riguardo l'organizzazione lavorativa. È un argomento al quale preferisco lasciar rispondere i colleghi ospedalieri che spesso si ritrovano in carenza di organico, a coprire più turni e svolgere più ore di quelle concordate, notti e week-end massacranti, soprattutto a causa dei numerosi tagli alla sanità che negli ultimi anni purtroppo sono stati fatti nelle strutture pubbliche ospedaliere e sul territorio.

Essendo un lavoratore autonomo sono abituato a gestire l'attività lavorativa ed il tempo libero nella maniera che ritengo più opportuna. Lavoro per la maggior parte del mio tempo presso un Istituto Clinico privato-convenzionato dove turni, reperibilità, guardie nei week-end e ore di lavoro sono ben gestite secondo uno schema preciso.

Questo permette sicuramente di avere una certa libertà nell'organizzazione delle attività lavorative extra-ospedaliere e nella gestione del proprio tempo libero. ●



SARA ROCCHI *Specializzanda in Geriatria*

1 Perché medicina. Quasi al termine del mio percorso di specializzazione, scrivendo questo articolo ho avuto la possibilità di soffermarmi a riflettere sul perché nella mia vita abbia fatto delle scelte e come queste abbiano influenzato il mio modo di essere oggi. Penso che la risposta a cosa mi abbia spinto a scegliere la professione medica sia da ricercare nella propensione ad aiutare il prossimo che mi è sempre appartenuta, probabilmente scaturita dalla mia educazione familiare.

2 La scelta della specializzazione. Dopo la laurea ho conseguito il diploma in Medicina Generale. Durante questa esperienza mi sono resa conto che la maggior parte dei pazienti assistiti erano di pertinenza geriatrica. Inoltre, mi sono accorta che il loro livello di complessità avrebbe richiesto uno studio teorico e pratico più approfondito di quello previsto dal corso di Medicina Generale. Pertanto, ho deciso di proseguire il mio percorso in ambito ospedaliero, intraprendendo la scuola di specializzazione in geriatria.

3 I problemi e le difficoltà. Ritengo di aver sempre avuto un buon rapporto con i colleghi, sebbene a volte, ci siano state piccole incomprensioni talvolta legate alla scarsa collaborazione ed alla gestione delle attività. Nel corso della mia specializzazione ho avuto modo di confrontarmi con diverse strutture e realtà, che mi hanno permesso di crescere dal punto di vista professionale ed umano. Ciò nonostante non si possono non sottolineare alcune criticità riscontrate, come orari a volte poco compatibili con le esigenze familiari ed una retribuzione troppo esigua, sia per le responsabilità che lo specializzando si trova ad avere che per il carico di

lavoro. Ancor di più si può dire che troppo tempo viene perso a causa delle procedure burocratiche, che esulano dalla vera attività clinica, sottraendo tempo ai pazienti e delle quali potrebbe occuparsene personale appositamente preposto.

Durante tutto il mio percorso ho sempre cercato d'instaurare un rapporto di empatia con i pazienti, senza mai riscontrare particolari problemi. Diversamente, in particolar modo per i pazienti geriatrici, a volte è risultata difficoltosa la comunicazione con i familiari, soprattutto in merito alle aspettative e alla gestione sul territorio del paziente, rendendo talvolta complicata la dimissione stessa dai reparti di degenza.

4 Il percorso formativo. Avendo svolto il corso di medicina generale ed essendo ormai al termine del mio percorso di specializzazione ritengo che nel primo debba essere lasciata maggiore autonomia al medico in formazione, che molto spesso svolge soltanto un ruolo di osservatore, a differenza dello specializzando che partecipa attivamente alle varie attività. Per tale motivo i due corsi dovrebbero essere equiparati dal punto di vista formativo e retributivo. Inoltre, nel corso della specializzazione per avere una formazione completa ritengo sia necessario ruotare nei vari setting di competenza specialistica per avere una preparazione ed un'esperienza tale da poter affrontare le varie prospettive lavorative. ●



VALENTINA ROMANO
Specialista in Geriatria

1 **Perché medicina.** Fin da bambina ho respirato in casa il significato profondo dell'essere medico, da qui la mia scelta. Mio padre era medico di Medicina Generale ed il suo essere medico si toccava con mano quotidianamente tra uscite di casa improvvise, telefonate a qualsiasi ora del giorno, consulenze "al volo" durante una normale passeggiata in paese.

Nonostante l'impegno costante trasparivano la passione e la dedizione per i pazienti e questa missione (che non definirei una professione) tanto da generare in me il desiderio di intraprendere il medesimo percorso.

Oltre a questa esperienza personale, ritengo che tutte le persone che lavorano in ambienti di cura svolgano questa missione per ricercare loro stessi una cura: l'aiutare il prossimo, il sentirsi utile, il sapere che qualcuno sta bene grazie a te e alla tua capacità di aver saputo mettere a disposizione degli altri le tue competenze, credo siano motivazioni comuni a tutti gli operatori della salute.

2 **La scelta della specializzazione.** Ho iniziato a frequentare il reparto di Geriatria al 4° anno di Università. Tale decisione è nata come alternativa ai reparti di Medicina dell'Ospedale Civile assai densi di medici strutturati, specializzandi, tirocinanti, MMG in formazione.

Mi era stato infatti consigliato questo reparto (al tempo presso la Fondazione Richiedei di Gussago) in quanto descritto come realtà piccola e tranquilla dove anche agli studenti veniva dato spazio per imparare ed iniziare a mettersi in gioco. Da una scelta di comodo...è diventata la scelta della vita! Dopo una settimana, mi ero già innamorata della Geriatria e avevo già iniziato ad apprezzare la visione a 360° del paziente anziano in particolar modo del paziente fragile.

Affascinata dal tema del decadimento cognitivo, negli anni mi sono convinta che i pazienti con demenza siano davvero i più fragili tra i fragili: dalla cura si passa al prendersi cura con la complessità che ne deriva, compreso il prendersi carico delle famiglie.

3 **I problemi e le difficoltà.** Nel mio breve percorso professionale le difficoltà maggiori con i colleghi credo di averle incontrate da specializzanda con alcuni medici strutturati (fortunatamente pochi) da cui non venivo considerata una pari, ma ancora studente o semplice manovalanza.

Attualmente questo problema non lo vivo, possono capitare momenti di tensione ma legati per lo più a divergenze cliniche facilmente appianabili.

Allo stato attuale, i problemi più pressanti a mio giudizio sono il basso riconoscimento economico e il rapporto con i familiari dei pazienti (più che i pazienti stessi considerando che lavoro soprattutto con anziani) troppo spesso diffidenti verso la categoria medica, convinti che un po' tutti ormai possano essere medici.

Creare un rapporto di fiducia, alla base della vera alleanza terapeutica, è una delle sfide più complesse che richiede tanta professionalità ma anche le cosiddette "soft skills" per le quali non è prevista a livello universitario una formazione specifica.

4 **Il percorso formativo.** All'interno dei sei anni di laurea magistrale introdurrei un tirocinio formativo con un infermiere.

Ritengo infatti fondamentale per un futuro medico avere una maggiore conoscenza di chi è e che lavoro svolge uno dei suoi principali collaboratori a cui si aggiunge l'acquisizione di competenze tecniche quali il posizionamento di un accesso venoso, il posizionamento di un

catetere vescicale, le corrette tecniche di esecuzione di iniezioni sottocute e intramuscolari, la diluizione di un antibiotico, effettuare un prelievo venoso (ammettiamo che alcuni medici non sono in grado di effettuare quanto sopra!). Rivedrei inoltre l'insegnamento di alcune materie specialistiche dove spesso vengono affrontati temi di nicchia a discapito di temi di più comune riscontro nella pratica clinica: interessante la sindrome di Pendred ma avrei voluto che qualcuno mi insegnasse anche ad utilizzare bene l'otoscopio!

Dal punto di vista delle conoscenze amplierei invece alcuni temi come la palliazione, le tecniche di comunicazione con il paziente e la famiglia, la parte normativa inerente la professione.

5 **Organizzazione del lavoro.**

A livello generale vorrei che il medico potesse essere alleggerito dalla burocrazia spesso gravosa e ridondante così da aver più tempo da dedicare alla clinica e alle relazioni.

Nel dettaglio del mio lavoro sul territorio vorrei avere maggior scambio con i colleghi in quanto uno dei problemi principali è quello di condividere e confrontarsi poco con il rischio di sentirsi soli da un lato e diventare autoreferenziali dall'altro: sarebbe bello creare dei gruppi di lavoro a cavallo tra ospedale e territorio così da rimanere sempre aggiornati e allineati. ●



GIULIA ZAMBOLIN *Specialista in Malattie Infettive*

1 Perché medicina. Quella di diventare medico è stata un'idea nata negli anni del liceo; ricordo chiaramente il momento in cui, leggendo il libro "Pappagalli Verdi" di Gino Strada, ho capito che quella sarebbe stata la mia strada. All'epoca la mia idea era quella di fare qualcosa di utile per gli altri, intraprendere una professione che mi permettesse di aiutare le persone; sicuramente era un pensiero molto idealizzato, ma questo primo slancio mi ha permesso di affrontare il percorso universitario con una motivazione capace di spronarmi anche nei momenti difficili. Sicuramente anche l'idea di un futuro lavoro che mi permettesse di essere economicamente indipendente ha giocato un ruolo nella mia scelta, ma quella economica non è stata la motivazione principale delle mie decisioni.

2 La scelta della specializzazione. Ho deciso di intraprendere la specializzazione in Malattie Infettive e Tropicali dopo il tirocinio universitario in reparto. Fino ad allora quella branca non aveva riscosso in me particolare interesse, ma in quei pochi giorni ho potuto vedere tantissimi pazienti di ogni età ed estrazione sociale con le patologie più disparate. Da quel momento ho iniziato ad interessarmi alla materia ed ho scoperto la vastità di questa specializzazione, capace di spaziare dall'antibiotico-terapia alle malattie tropicali, dall'HIV all'Antimicrobial Stewardship; anche il tema, complesso ed attualissimo, della Salute Globale e dell'equità delle cure è una delle ragioni che mi hanno convinta a prendere questa strada. Ho ripetuto più volte il concorso per

la Scuola di Specializzazione perché avevo ben chiaro in testa quale fosse il percorso che volevo intraprendere, anche se a molti la mia scelta sembrava poco sensata: la poca richiesta di specialisti, le scarse possibilità di svolgere attività privata, gli stipendi “nella media” e quell’idea ancora molto diffusa che i reparti di malattie infettive siano dei luoghi pieni di patologie contagiosissime facevano storcere il naso a molti di quelli che mi chiedevano cos’avrei voluto fare dopo la laurea (poi ci ha pensato il COVID a stravolgere tutto, ma questa è un’altra storia). Penso che la ragione più profonda che mi ha spinto a scegliere questa specializzazione sia la possibilità di entrare in contatto con le tipologie più disparate di pazienti, di toccare con mano le fragilità sociali e rendersi utili per ridurre le disuguaglianze che, ancora troppo spesso, le persone più emarginate si trovano ad affrontare anche in ambito medico.

3 I problemi e le difficoltà.

Penso che le principali problematiche che affliggono la classe medica siano due: l’eccessiva burocratizzazione dell’attività clinica e la costante riduzione dei tempi di contatto “umano” con il paziente. Gli ambulatori devono andare sempre più veloci, i tempi delle visite si riducono, le carte da compilare aumentano... così, in una visita di 20 minuti, ti ritrovi ad averne soltanto 10 scarsi per parlare veramente con chi hai di fronte, per dargli spiegazioni o ascoltare i suoi dubbi. **Penso che la maggior parte degli altri problemi derivi in qualche modo da questa riduzione del tempo di cura: una persona che non si sente ascoltata e che non riceve sufficienti spiegazioni sarà sempre più portata alla diffidenza ed all’ostilità; si sta perdendo, a tutti i livelli, il rapporto medico-paziente, lasciando spazio ad una modalità che assomiglia più a quella di “venditore-acquirente”: il paziente chiede ed il medico prescrive,**

mettendo forzatamente da parte l’ascolto, il confronto, le spiegazioni che dovrebbero rappresentare la base di quel rapporto di fiducia senza il quale il percorso di cura perde una gran parte del suo potenziale.

Questa frustrazione si fa sentire anche nel rapporto tra medici: i turni sempre più lunghi, la vita privata messa da parte, i ritmi di lavoro sempre più rapidi possono facilmente creare tensioni anche nei gruppi più affiatati, e spesso rischiano di scatenare “guerre tra poveri” in cui l’ospedaliero scarica le colpe sul MMG o viceversa, rompendo quello schema di collaborazione che invece ritengo prezioso. Devo dire che da questo punto di vista mi ritengo molto fortunata, perché ho colleghi su cui so di poter contare, soprattutto quando l’inesperienza e le insicurezze si fanno sentire. Uno degli aspetti più belli del lavoro ospedaliero è infatti per me la possibilità continua di confronto e di crescita, che spinge ad un continuo e progressivo miglioramento.

4 Il percorso formativo. Credo che l’organizzazione del percorso specialistico sia migliorata negli ultimi anni, con maggior attenzione all’attività didattica ed alla progressiva acquisizione di autonomia da parte degli specializzandi. Anche il fatto di poter essere assunti negli ultimi anni di specialità ha dimostrato i suoi vantaggi, ma questa possibilità rappresenta spesso una lama a doppio taglio, perché potrebbe limitare i tempi e la qualità della formazione qualora non fosse ben organizzata. La pandemia e l’estrema carenza di medici specialisti non hanno di certo aiutato, ma credo e spero che nei prossimi anni si andrà ad ottimizzare questa progressiva assunzione di autonomia e responsabilità. Questo potrebbe aiutare anche a definire meglio la figura dello specializzando, ancora troppo spesso visto come uno studente e non come un medico a tutti gli effetti.

5 **Organizzazione del lavoro.**

Sicuramente i ritmi di lavoro, che spesso risultano insostenibili ed incompatibili con la vita privata, soprattutto nei Centri più piccoli. I medici sono sempre meno ma viene richiesto loro di svolgere sempre più attività, andando così ad incidere da un lato sulla qualità dei servizi e dall'altro sulla loro salute fisica e mentale. La pandemia ha reso ben chiaro il concetto, già fortemente presente da anni, di burnout lavorativo, problema che colpisce un numero sempre maggiore di colleghi.

Dai non addetti ai lavori ci viene spesso detto che questo lavoro ce lo siamo scelti noi e che quella del medico è una missione: quest'ultimo concetto in particolare non mi è mai piaciuto, perché da un lato "eleva" chi sceglie la professione medica a livello di una sorta di essere superiore e dall'altro implica che fare il medico significhi accettare di lavorare in qualsiasi condizione senza lamentarsi mai. La nostra non è una missione, ma, per quanto bella ed appassionante, una professione come tutte le altre, che come tale deve essere regolamentata e tutelata, garantendo ai lavoratori dei diritti ed una buona qualità di vita. ●



FEDERICA ZANOTTI *Medico di Medicina Generale*

1 Perché medicina. Fin da bambina ho sempre sognato di fare il medico, tanto che il giorno della laurea i miei genitori hanno stampato una mia foto di quando avevo cinque anni e visitavo con un fonendoscopio di plastica il mio bambolotto. Ho pensato spesso da dove sia nata questa passione non avendo in famiglia nessun medico e quindi non avendo un esempio a cui ispirarmi. Penso sia stata l'ammirazione per la mia pediatra di famiglia. Mi ricordo ancora che quando andavo in visita da lei non avevo paura anzi ero attratta da quel mondo fatto di strani strumenti diagnostici e soprattutto dal rapporto che si era creato con lei. Crescendo ho capito anche che avevo una predisposizione personale ad aiutare gli altri, un tratto del mio carattere innato. Solo successivamente ho capito che la scelta fatta di perseguire l'obiettivo di diventare medico, oltre a gratificarmi personalmente, aveva una serie di risvolti a cui non avevo pensato prima come per esempio quello economico e occupazionale. Una volta laureata mi sono resa conto di quanto la mia figura professionale fosse richiesta sul mercato del lavoro a differenza di quella di altri miei amici laureati in altre discipline con difficoltà a trovare un'occupazione. Il giorno della laurea mi ricordo la soddisfazione di aver detto ce l'ho fatta, sono diventata quello che volevo essere e, sicuramente, la consapevolezza di aver preso un posto importante nella società. Quando ti presenti a una nuova persona e dici che di professione fai il medico molto spesso questo provoca una reazione di ammirazione molto gratificante.

2 La scelta della specializzazione. Ho scelto di fare il medico di medicina generale durante il corso di laurea in medicina. Frequentando i vari reparti durante il tirocinio formativo universitario

ho capito fin da subito che la chirurgia generale e le altre specialità chirurgiche erano interessanti ma non facevano per me, l'atto operatorio non mi apparteneva. Al contrario ero affascinata dalle specialità internistiche ma trovavo che alcune fossero troppo settoriali quindi mi sono orientata verso la medicina generale che ha la peculiarità di abbracciare a tutto tondo la salute del paziente. La consapevolezza della giusta scelta è arrivata frequentando il tirocinio di stato post-laurea presso lo studio del medico di medicina generale assegnatomi. Durante quel mese ho potuto valutare aspetti positivi come il rapporto unico con il paziente, che si fida di te e di cui tu conosci tutto compreso spesso la storia familiare e personale; la possibilità di organizzare in modo autonomo il proprio lavoro anche confrontandosi e associandosi con colleghi dello stesso territorio. Un altro aspetto sicuramente è stato pensare alla qualità della vita lavorativa senza turni di notte e nei festivi e l'assenza di una gerarchia ospedaliera. La possibilità, inoltre, di fare anche della libera professione, di poter continuare a formarmi in diverse discipline associate alla medicina generale mi ha condotto a questa scelta.

3 I problemi e le difficoltà.

Quando ho cominciato a lavorare nell'ambito della medicina generale come per molti miei coetanei il primo lavoro è stato quello di medico di continuità assistenziale. Durante questi sette anni di professione ho incontrato alcune difficoltà soprattutto nella gestione dei tempi della vita quotidiana, il rapporto non continuativo con il paziente e una medicina legata al bisogno del momento, non una medicina che prendesse in carico davvero il paziente. Inoltre, c'era il discorso dei turni da dividere con i colleghi con cui fortunatamente sono sempre andata d'accordo. Questa esperienza non ha fatto altro che accrescere in me la voglia di avere un ambulatorio tutto mio ed è successo quando nel 2015 ho preso la convenzione. Mi sono inserita nel territorio senza alcun problema anzi trovando subito l'aiuto di una collega che mi ha supportato

all'inizio della carriera ospitandomi nel suo ambulatorio finché non avessi avuto un po' di pazienti e quindi uno stipendio tale da poter sostenere le spese di un affitto. Quando un anno e mezzo dopo si è pensionato un collega sono diventata massimalista entrando a far parte di un gruppo di colleghi che hanno apprezzato l'arrivo di una giovane collega con cui confrontarsi negli aspetti soprattutto burocratico/ informatici e per me è stato fondamentale confrontarmi con la loro esperienza clinica e organizzativa. Certamente in questi sette anni di professione sono cambiate molte cose, c'è stato un peggioramento della qualità lavorativa dovuto ad un aumento esponenziale di burocrazia che va a togliere tempo al lavoro prettamente clinico del medico di famiglia. Se fino a tre anni fa riuscivo senza problemi a conciliare medicina d'iniziativa con ambulatorio patologia e avere dei ritmi di vita personale adeguati, con l'arrivo del Covid la situazione è nettamente peggiorata e mi rendo conto che le giornate sembrano non essere lunghe abbastanza per fare tutto il lavoro necessario. C'è stato un peggioramento anche del rapporto con i pazienti in talune occasioni diventati sempre più pressanti e con pretese non sempre accettabili in termini di velocità di risposta. È come se la pandemia avesse dato il via al motto "tutto e subito" cosa che con 1500 pazienti (ora anche più numerosi visto il numero degli ambiti carenti) non è possibile soddisfare. Per mia fortuna con molti pazienti avevo già instaurato un rapporto di fiducia e rispetto in precedenza e questo mi permette di spiegare il perché a volte non riesco a rispondere subito alle richieste visto l'enorme mole di lavoro. L'unica soluzione per riuscire ad uscirne illesi è organizzarsi in modo adeguato altrimenti si rischia il *burn out* o come successo per alcuni colleghi si sceglie di lasciare questo bellissimo lavoro per rifugiarsi in ambito ospedaliero dove una volta che timbrati il cartellino sei libero di andare a casa tranquillo.

4 Il percorso formativo. Nel percorso formativo della medicina generale che io ho affrontato dieci anni fa c'erano sicuramente molte carenze soprattutto per quanto riguarda la frequenza ospedaliera. In alcuni casi capitava di frequentare reparti dove eri considerato invisibile al pari dei tirocinanti del quinto e sesto anno del corso di laurea oppure c'erano talmente tanti ragazzi tra tirocinanti del corso di laurea, tirocinanti del corso di medicina generale e studenti tesisti che il povero tutor non riusciva a seguire tutti come avrebbe voluto. Ma ero già un medico abilitato ed ero lì per imparare quindi alcune volte mi sono sentita di non investire in modo formativo il mio tempo. Fondamentali sono stati invece i due semestri presso lo studio dei medici di medicina generale tutor. In quel periodo mi sono davvero formata e tantissime cose che so oggi del mio mestiere le devo proprio a loro (caro Dott. Ramponi grazie di tutto ovunque tu sia). Uno dei miei tutor ancora oggi continua a formarmi dal punto di vista scientifico coinvolgendomi in studi clinici e ricerca.

5 Organizzazione del lavoro. Il ritmo del lavoro nell'ambulatorio di medicina generale può essere frenetico: rispondere alle chiamate, fissare gli appuntamenti, fare ricettazione di farmaci cronici e prescrizioni di accertamenti consigliati in seguito a visite specialistiche, contattare i pazienti per programmare attività come le vaccinazioni finiscono per consumare svariate ore di lavoro utilizzabili in modo più produttivo. Migliorare la gestione del tempo permette di ottenere un ambiente di lavoro più sereno, un'assistenza migliore ai pazienti. L'organizzazione ad oggi è diventata la chiave per riuscire a svolgere in modo adeguato la professione di medico di medicina generale. Investire sul personale, utilizzare nuove tecnologie come, per esempio, le segreterie virtuali o le app dedicate, per chi all'inizio della professione non può permettersi di assumere personale, sono strumenti fondamentali. Inoltre, vanno stabilite delle regole con il paziente riguardo la disponibilità, i tempi di attesa e i canali comunicativi. Una Medicina Generale che risponda soltanto al bisogno percepito e persegua di conseguenza esclusivamente la qualità percepita non è funzionale né alla salute dei cittadini, né alla qualità del sistema in termini di efficienza, efficacia, appropriatezza ed equità e nemmeno alla qualità di vita e lavorativa del medico stesso. ●



Riflessioni conclusive



Alessandro Padovani

*Prorettore con Delega alla Ricerca
Università degli Studi Brescia*

È con molto piacere che ho accolto l'invito a scrivere questo commento a seguito dell'inchiesta promossa dall'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Brescia. Inchiesta quanto mai tempestiva e attuale per diverse ragioni.

La recente pandemia, la riforma del Servizio Sanitario Nazionale e la applicazione del DM77, il PNRR alla luce dell'impegno degli Stati Membri al Progetto Next Generation, hanno portato alla luce i punti di forza della Sanità italiana, ma anche le crescenti criticità e le ormai storiche inefficienze. Noi tutti, medici e operatori del settore, viviamo con forte preoccupazione la crisi economica e sociale che ha inevitabili ripercussioni sulla nostra professione e sulla tenuta del tanto acclamato SSN come evidente alle notizie che riempiono anche in questi giorni giornali e televisioni. Per queste ragioni, è quanto mai informativo e degno di attenzione quale sia lo stato d'animo e il pensiero di chi ha cominciato a percorrere i primi passi verso la professione medica. Le domande poste non hanno risposte facili. Tutte pongono la necessità di una riflessione profonda e di un processo di

introspezione non semplice.

Perché si sceglie di fare il medico oggi? Vocazione missionaria, interesse scientifico, ruolo sociale, emulazione familiare, insicurezza personale, bisogno affettivo, una serie televisiva.

Spesso, un insieme inconsapevole di ciascuna di queste ma in ogni caso un agito personale, ovvero una libera scelta. Ecco, il primo nodo o il primo elemento di riflessione.

Cosa è una libera scelta? Essa dovrebbe essere un atto volontario, razionale, anche impulsivo, che avviene nel momento in cui si presentano più alternative delle quali se ne assume una, se ne conosce la conseguenza. Secondo Aristotele, la scelta è libera quando nasce dall'individuo sempre che vi sia nel soggetto una conoscenza di tutte le circostanze particolari associate alla scelta. Ma è così? Quali strumenti ha oggi un giovane che sceglie? Quale il processo che orienta la scelta? In realtà, come evidente da alcune risposte, poche sono le occasioni che permettono di conoscere quale sia la professione medica, quali le reali opportunità, quali i percorsi e quali gli ostacoli. Questo aspetto non è banale, se si pensa ad un aspetto non del tutto noto

anche in relazione alle polemiche, spesso strumentali dell'opportunità di mantenere o meno il numero chiuso. Infatti, il numero di adesioni al concorso è molto alto, seppure stabilmente, tra 60.000 e 70.000, ma il numero di quesiti superati per accedere al corso di laurea sono poco sopra la metà. Ovvero, la maggior parte di coloro che rimangono esclusi non sono in grado di rispondere correttamente a 1 quesito su due. È un dato, riduttivo quanto si vuole, ma esemplificativo della scarsa preparazione che accompagna una popolazione di giovani sinceramente appassionati e romanticamente attratti da una professione percepita come unicamente umanistica.

Considerazioni analoghe possono essere espresse anche a proposito della seconda domanda relativa alla scelta dell'area di interesse e specializzazione. Infatti, le risposte fornite esprimono ancora una volta un agito personale, una decisione spesso casuale e occasionale, determinata da eventi esperienziali e relazionali a conferma di un percorso quello universitario ancora oggi eccessivamente frammentato e raramente ispirato ad una progettualità formativa integrata e orientata ai reali bisogni di salute. Sarebbe invece necessaria una forte riflessione sul ruolo del medico e una costante condivisione degli scenari sociali e assistenziali che permetta agli studenti di medicina di avere strumenti conoscitivi più precisi per affrontare la scelta post-laurea. Ma oggi non ci sono mappe e bussole per orientare i futuri medici e gli abbandoni da alcune scuole di specializzazione sono un campanello d'allarme da tenere in considerazione, così come la fuga di molti all'estero. A tal riguardo, non può sorprendere il tenore delle risposte alla domanda relativa alle criticità relative ai rapporti con colleghi, con le strutture sanitarie, e con i pazienti. Le risposte confermano che non vi è una adeguata attenzione da parte del Corso di Laurea agli aspetti relazionali, alle cosiddette soft skills, alla componente formativa della cura intesa come prendersi carico del malato

e dei suoi familiari. Si riporta una certa improvvisazione nell'essere esposti al Sistema Sanitario senza essere preparati e accompagnati. Non sorprende che molte risposte si riferiscano alla classe medica, cioè in fondo al medico di reparto, il cosiddetto tutor, spesso sentito come lontano, come distratto, come indaffarato tra burocrazia e burn out, vittima sacrificale di un sistema vissuto come non appagante ed eccessivamente competitivo, esplicitamente condizionato da una parte dai budget, dalla produttività, dalla appropriatezza e dall'altra dalle crescenti responsabilità, dalle carenze di organico e di organizzazione.

A conferma di quanto detto, è del tutto comprensibile da parte degli intervistati il richiamo ad una formazione che coniughi teoria e pratica, che regoli e renda realmente formativi i tempi del tirocinio; in altre parole una formazione che garantisca la graduale acquisizione di responsabilità e di autonomia insieme ad un tutoraggio che non si limiti ad un esercizio formale ma che offra la possibilità di acquisire competenze tecniche e professionali, anche in tema di comunicazione con il paziente, informatizzazione e parte normativa. Vado a concludere cercando di trarre dalle risposte all'ultima domanda un commento generale. Emerge infatti dall'insieme di questa inchiesta rivolta ai giovani medici una forte richiesta di professionalità e di rispetto del proprio ruolo di medico. Non è più tempo di nascondere le inefficienze e le disorganizzazioni dei sistemi formativi e sanitari nel nome di una presunta missione, per cui va tutto bene. I giovani medici rivendicano di essere preparati adeguatamente, di essere aiutati e orientati nelle loro scelte, di fare il proprio lavoro senza dover rinunciare alla qualità della propria vita. Vi è in tutto questo un senso di maturità, di consapevolezza, di autorevolezza, di fierezza, che è ammirevole e che deve essere fatto proprio da tutti coloro che vogliono essere medici. ●

La storia di un vaccino che ha cambiato il mondo

Alessandro Plebani

Professore Onorario di Pediatria, già Direttore di Clinica Pediatrica e della Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università degli Studi di Brescia-ASST Spedali Civili di Brescia

Ho pensato di scrivere questo articolo dopo la lettura del libro di Joe Miller "il vaccino che ha cambiato il mondo" pubblicato nell'ottobre 2021, per condividere con voi una storia che mi è molto piaciuta. In particolare, di questo interessante libro, di cui riporto i passaggi principali, mi ha colpito la descrizione degli eventi che stanno "dietro le quinte" di una grande scoperta, solitamente poco noti. Spesso risultati scientifici di rilievo vengono descritti dai media senza rendere l'idea dei "retroscena" e cioè dell'ingegno, competenza, professionalità, senso di squadra, ma anche casualità, delusioni, fortuna, tenacia, scelta di andare controcorrente. Mettere in evidenza ciò può contribuire a fare meglio apprezzare le nuove scoperte e aumentare la fiducia nel progresso scientifico.

Come ebbe inizio il tutto

Il 24 gennaio 2020, l'attenzione di **Uğur Şahin**, ricercatore di origine turca, che lavorava in BioNTech a Magonza, in Germania, insieme alla moglie **Özlem Türeci**, anche lei di origine turca, si focalizzò su una segnalazione pubblicata da autori cinesi su Lancet, nella quale veniva descritto un *cluster* familiare di polmonite in 7 soggetti ricoverati dal 10 al 15 gennaio presso l'Ospedale Universitario di Hong Kong- Shenzhen. Alcuni di essi avevano fatto visita a parenti ricoverati presso l'Ospedale di Wuhan. Sei dei sette pazienti, cinque sintomatici ed uno asintomatico, erano risultati positivi a un nuovo tipo di Coronavirus denominato 2019-nCoV.

L'attenzione di Uğur fu attratta dal fatto

che la trasmissione di questo nuovo Coronavirus fosse interumana ma soprattutto che l'infezione potesse decorrere in modo asintomatico, identificando due potenziali fattori di diffusione dell'infezione in tutta la Cina (tra l'altro era in corso la festa della primavera dove in Cina, è tradizione avvenga lo spostamento di milioni di persone dalle città alla campagna) ma anche nel resto del mondo. Nonostante i notevoli progressi della medicina, gli unici strumenti di contenimento di una possibile pandemia, pensò Uğur, sarebbero stati quelli tradizionali: quarantene, distanziamento sociale, misure di igiene e restrizione agli spostamenti. Salvo la possibilità di disporre di un vaccino!

Gli vennero allora in mente le parole

di Bill Gates che incontrò nell'ottobre del 2018, in occasione del Congresso annuale della serie "Grand Challenges" della Fondazione Bill e Melinda Gates, finalizzato a discutere di salute e sviluppo. A questo congresso, Uğur presentò i risultati dei suoi studi sull'efficacia dei vaccini a piattaforma a RNAm per il trattamento di tumori, concludendo che la tecnologia a RNAm poteva tornare utile anche per la produzione di vaccini contro malattie infettive a rapida diffusione. Alla fine della sua relazione Bill Gates gli chiese se, in corso di una eventuale pandemia, la sua équipe avesse il potenziale per sviluppare dei vaccini a piattaforma a RNAm a tempo di record, dato che il sistema classico utilizzato per la produzione di un vaccino contro malattie infettive richiede anni. Dopo la lettura della segnalazione sul *Lancet*, Uğur si chiese se davvero le competenze acquisite per la produzione di vaccini a RNAm contro i tumori, avrebbero potuto trovare una potenziale applicazione anche per lo sviluppo di un vaccino contro il nuovo Coronavirus.

La piattaforma a RNAm

Già dal 1990 il *team* di Uğur e Özlem, prima come Ganymed ed in seguito come BioNTech, era impegnato nello sviluppo di una nuova forma di immunoterapia contro i tumori che fosse più efficace della forma classica di immunoterapia vaccino-mediata. Quest'ultima prevedeva l'identificazione, l'isolamento o la sintesi chimica dei neoantigeni espressi sulle cellule tumorali -neoantigeni caratterizzati dalla capacità di eludere il controllo del sistema immune - e la loro somministrazione. Una tecnica che si era dimostrata molto laboriosa e dai risultati contrastanti. Uğur e Özlem pensarono invece di sviluppare una strategia di immunoterapia dei tumori a piattaforma a RNAm che consisteva nel somministrare il filamento di RNAm codificante per il corrispondente neoantigene tumorale: sarebbe stato lo stesso individuo a produrre il neoantigene contro il quale convogliare la risposta immunitaria. Dal momento che pazienti con lo stesso tipo di tumore potevano esprimere antigeni

tumoriali differenti, questa piattaforma avrebbe consentito anche rapidamente di produrre vaccini personalizzati: bastava semplicemente modificare il filamento a RNAm. Tuttavia, gli ostacoli da superare erano molti: il filamento a RNAm doveva essere fagocitato dalle cellule dendritiche e, a livello ribosomiale, doveva competere efficacemente con gli RNAm normalmente prodotti dalla cellula stessa, per la produzione di una quantità di neoantigene tumorale sufficiente da stimolare il sistema immunitario. Queste criticità furono brillantemente risolte dalle competenze del loro *team* di "biohakers" molecolari attraverso miglioramenti tecnologici consistenti in rimozioni, sostituzioni o riconfigurazioni di singole basi del filamento di RNAm. Si arrivò così a disporre di diverse versioni di filamenti di RNAm codificanti per neoantigeni tumorali, che, iniettati nei linfonodi di roditori, erano in grado di venire fagocitati dalle cellule dendritiche e tradotti, a livello ribosomiale, nel corrispondente antigene in quantità sufficiente da indurre una forte risposta immunitaria anche T dipendente. Era apparso subito evidente che, se si fosse passati alla sperimentazione nell'uomo, la via di somministrazione non poteva essere quella linfonodale, ma quella endovenosa. Qui si poneva un altro problema: la molecola di RNAm è molto instabile perché facilmente degradabile da parte delle RNAsi. Bisognava quindi proteggerla da questi enzimi durante il suo percorso dal circolo sanguigno ai linfonodi. Il problema fu risolto facendo veicolare il filamento di RNAm da particelle lipidiche di dimensioni molto precise e con una ben definita proporzione lipide-RNAm stabilita sulla base di numerosi esperimenti condotti con il coinvolgimento di Polymun, una piccola azienda vicino a Vienna che aveva sviluppato la competenza necessaria per operare la combinazione RNAm con i lipidi. Risolto anche questo problema questa piattaforma a RNAm fu utilizzata per la produzione di un vaccino a RNAm contro il melanoma. I risultati della sperimentazione sull'uomo furono pubblicati il 16 giugno 2016 sulla rivista *Nature*.

Dal vaccino contro tumori a quello contro il Covid-19: il progetto "Lightspeed"

Concettualmente la piattaforma a RNAm, sviluppata da BioNTech, per la produzione di vaccini contro i tumori, aveva il potenziale per essere applicata anche alla produzione di un vaccino contro il nuovo Coronavirus. Tutto quello che avrebbe dovuto contenere il vaccino era un singolo filamento di RNAm, codificante per una componente del virus contro il quale attivare il sistema immunitario.

Uğur era certo che BioNTech possedesse tutte le competenze scientifiche e il materiale per poterlo produrre. Si trattava di convincere il consiglio di amministrazione dell'azienda a investire nello sviluppo di questo vaccino. Inizialmente però le motivazioni addotte da Uğur non convinsero i vertici di BioNTech anche perché la società si occupava dello sviluppo di farmaci antitumorali e non di malattie infettive. Se si fosse buttata a capofitto nella ricerca per un vaccino contro il Covid-19 e avesse fallito, il danno economico e di reputazione sarebbe stato enorme. Motivazioni più strettamente scientifiche consistevano nel fatto che l'esperienza sui vaccini a RNAm contro le malattie infettive era scarsa e non vi era nessuna garanzia che qualsiasi nuovo virus potesse essere contrastato con un vaccino. Infatti, i tentativi per un vaccino contro l'HIV erano falliti e quelli contro i Coronavirus della SARS e MERS, strettamente imparentati con il Covid-19, non erano neanche decollati dal momento che le epidemie erano state contenute grazie all'applicazione delle classiche misure di sanità pubblica. Uğur non si diede per vinto: facendo perno sul suo carisma, sulla convinzione di una diffusione pandemica dell'infezione e su una ragionevole sicurezza che la piattaforma a RNAm sviluppata per il trattamento dei tumori potesse essere applicata anche allo sviluppo, in tempi rapidi, di un vaccino contro il Covid-19, riuscì a convincere i vertici di BioNTech. A patto di potere limitare gli investimenti nel caso l'andamento dell'epidemia lo suggerisse, il Consiglio di amministrazione, il 27 gennaio,

approvò lo sviluppo del vaccino contro il Covid-19 e il progetto fu denominato "progetto Lightspeed".

Progettazione del vaccino contro il Covid-19 e studi preclinici nel modello animale

Uğur e Özlem si resero conto che i tempi erano stretti e il lavoro da fare enorme: da una parte completare una grande quantità di lavoro preclinico, compresa la progettazione del vaccino e dei test di efficacia e tossicità nei modelli animali, e dall'altra progettare gli studi clinici e identificare partners che potessero collaborare con BioNTech a condurli in tutto il mondo e a espandere la capacità di produzione e commercializzazione nel caso il vaccino fosse stato autorizzato.

Subito dopo l'approvazione del progetto Lightspeed, Uğur prese contatti con Phil Dormitzer, direttore scientifico per i vaccini virali di Pfizer, azienda statunitense, per sondare l'eventuale interesse a collaborare con BioNTech per la produzione e commercializzazione del vaccino contro il Covid-19. Il direttore scientifico, consultatosi con i suoi colleghi declinò l'invito adducendo che questa nuova epidemia sarebbe stata controllata grazie alle misure di sanità pubblica, che le piattaforme a RNAm di BioNTech non erano mai state utilizzate in test clinici sulle malattie infettive e che non vi erano prove a favore della possibilità di battere una pandemia sul tempo.

Uğur, per niente scoraggiato dalla risposta, cominciò da una parte a progettare il nuovo vaccino e dall'altra, a prendere contatti con il PEI (*Paul Ehrlich Institute*), l'ente regolatore nazionale tedesco per la sperimentazione clinica dei farmaci.

In merito alla progettazione del vaccino si trattava per prima cosa di stabilire per quale componente del Covid-19 la sequenza a RNAm avrebbe dovuto codificare.

Gli vennero in aiuto gli studi di alcuni ricercatori condotti durante la epidemia SARS del 2002, che identificarono nella proteina *spike*, che riveste la superficie dei Coronavirus, la proteina bersaglio per un

potenziale vaccino. Era questa proteina a legarsi al corrispondente recettore presente sulla superficie delle cellule epiteliali umane, consentendo al virus di entrare nella cellula stessa e dar luogo all'infezione.

Uğur decise quindi di utilizzare come vaccino contro il Covid-19 la striscia di RNAm codificante per la proteina *spike*. Si poneva la questione per quanto della proteina *spike* la stringa di RNAm dovesse codificare.

Non era infatti scontato che una proteina *spike* "artificiale", cioè creata in laboratorio, avrebbe conservato la stessa conformazione della *spike* espressa normalmente dal virus. Anche una minima differenza avrebbe potuto rendere inutile il vaccino o peggio pericoloso.

Infatti, se la proteina contenuta nel vaccino non riproduce nel modo più simile possibile la conformazione di quella naturalmente presente sulla superficie del virus, gli anticorpi prodotti più che neutralizzare il virus ne determinano una maggiore virulenza: fenomeno noto come ADE (potenziamento anticorpo dipendente). Ma come progettare l'RNAm che codificasse per la *spike* che rispondesse a questi requisiti? Uğur e il suo team non avevano competenze in merito. Si rivolsero pertanto a Barney Graham, un ricercatore che lavorava all'NIH, il quale studiando il virus della MERS aveva dimostrato che, sostituendo due aminoacidi nella proteina *spike*, si poteva ottenere una forte induzione di anticorpi neutralizzanti. Graham indicò quali erano le basi critiche da mantenere nella sequenza di RNAm per ottenere la proteina nella conformazione più utile

per una risposta anticorpale efficace e sicura. Risolta questa criticità, si trattava di decidere se la sequenza di RNAm da utilizzare per il vaccino dovesse contenere l'informazione per la sintesi della proteina *spike* intera oppure solo per la parte corrispondente al dominio di legame al recettore presente sulle cellule epiteliali.

Uğur decise di esplorare entrambe le opzioni e di produrre varie versioni (circa 20) di RNAm codificanti per diverse forme della proteina *spike*. Queste versioni vennero progettate tenendo in considerazione i risultati di precedenti studi di **Katalin Karicò**, una ricercatrice di origine ungherese pioniera dello sviluppo di vaccini a piattaforma a RNAm che, mentre lavorava alla Temple University in Pennsylvania, sviluppò assieme a **Drew Weissmann**, verso la fine degli anni 90 e primi anni 2000, una modalità di stabilizzazione dell'RNAm in grado, da una parte di produrre una buona quantità della proteina corrispondente, e dall'altra di evitare il fenomeno dell'ADE. Nel 2013 Karicò entrò a far parte del team di Uğur in BioNTech e le sue competenze furono molto utili per la progettazione delle varie versioni di RNAm sopracitate. A questo punto Uğur stabilì di valutare, per ciascuna versione, non solo la risposta anticorpale ma anche la capacità di stimolare una risposta T-dipendente.

L'esperienza maturata nello sviluppo di vaccini a piattaforma RNAm contro i tumori gli aveva insegnato che l'efficacia di questi vaccini dipendeva, in modo significativo, dalla loro capacità di indurre una risposta dei linfociti T.



Studi preclinici nei roditori

A distanza di tempo dalle somministrazioni dei vari costrutti ai roditori vennero eseguiti prelievi di sangue sui quali valutare il titolo degli anticorpi neutralizzanti e la risposta T cellulare, e, contemporaneamente, gli effetti collaterali del vaccino. La valutazione degli anticorpi neutralizzanti specifici per un dato virus solitamente viene effettuata incubando linee cellulari che esprimono il recettore per quel virus, con il siero da testare e il corrispondente virus.

Il laboratorio di BioNTech, tuttavia, non possedeva il livello di sicurezza BSL3 richiesto per la manipolazione del Covid-19, ed allestirlo avrebbe richiesto molto tempo. La soluzione a questo problema arrivò del tutto inattesa e per caso.

Alex Muik, un ricercatore che lavorava in BioNTech, ma non faceva parte del *team* del progetto *Lightspeed*, era venuto a conoscenza di questa criticità e pensò che la sua precedente esperienza sul virus della stomatite vescicolare (VSV), un virus che richiede un laboratorio BSL1 per la sua manipolazione, potesse tornare utile. Attraverso esperimenti di trasfezione fu in grado di far esprimere al VSV la proteina *spike* del Covid-19 e quindi di utilizzare il VSV trasfettato, al posto del Covid-19, per valutare la presenza di anticorpi neutralizzanti nei vari campioni.

I primi risultati dei test immunologici delle diverse versioni di RNAm somministrate e le valutazioni degli effetti collaterali identificavano nel costrutto BNT162B2.8 (codificante per la parte di *spike* corrispondente al dominio di legame al recettore) il candidato più idoneo per la sperimentazione di fase 1 nell'uomo. Era stato somministrato ai roditori, anche un altro costrutto, denominato BNT162B2.9 (codificante per la *spike* intera), che presentava una sequenza di RNAm modificata rispetto al BNT162B2.8 e che induceva livelli di anticorpi neutralizzanti superiori a quelli del costrutto B2.8. Pertanto, BioNTech nella richiesta di autorizzazione per l'avvio degli studi clinici di fase 1, inoltrata al PEI, chiese che venisse incluso anche il B2.9. Il PEI osservò che del B2.9, a differenza del B2.8 mancavano i dati

tossicologici. BioNTech rispose che entrambe le versioni erano molto simili e che in ogni caso avrebbero condotto i test tossicologici in parallelo all'avvio della fase 1.

Il 22 aprile il PEI autorizzò ufficialmente l'avvio della sperimentazione clinica di fase 1 con i due costrutti: il B2.8 e il B2.9.

Ricerca di collaborazioni

Il 13 marzo 2020 compare la notizia diffusa da *Reuters*: "Pfizer è al lavoro per sviluppare potenziali terapie antivirali e si è accordata con BioNTech per un possibile vaccino a RNAm contro il Covid-19". Una comunicazione che ha lasciato sorpreso il personale di BioNTech ma non i vertici dell'azienda. Questa notizia infatti era il risultato finale di una serie di incontri svoltisi nel quartiere generale di Pfizer a Manhattan, tra i dirigenti di BioNTech e della Pfizer stessa, a partire dal 2013 nei quali BioNTech cercava di stabilire con Pfizer una collaborazione per lo sviluppo di un vaccino antiinfluenzale a piattaforma RNAm in grado di offrire una efficacia maggiore rispetto a quelli già esistenti, che, in alcuni anni, prevenivano solo il 50% della forma grave di malattia.

Dagli incontri si percepiva uno scarso interesse di Pfizer per le piattaforme a RNAm. Perlomeno fino al novembre 2017, quando Pfizer decise di inviare a Magonza, sede di BioNTech, una delegazione per ispezionare il ventaglio di tecnologie sviluppato dall'azienda. Il motivo di questa apertura si capì, in seguito, essere in parte dovuto a **Kathrin Jansen**, una giovane ricercatrice che ricopriva un ruolo apicale nell'unità di ricerca sui vaccini di Pfizer, la quale avendo letto gli articoli di Uğur e Özlem pubblicati su *Nature*, si convinse che la piattaforma a RNAm, avrebbe potuto essere utilizzata anche per la produzione di vaccini contro malattie infettive. Fu così che, nel luglio 2018, BioNTech e Pfizer firmarono un contratto per la produzione di un vaccino antiinfluenzale a piattaforma a RNAm. Questo contratto, che prevedeva incontri periodici tra le due aziende per aggiornarsi sull'andamento del progetto, ha rappresentato la base per estendere la collaborazione anche alla produzione del

vaccino contro il Covid-19.

Un debole e informale contatto al riguardo era già stato stabilito ai primi di febbraio 2020 tra Uğur e Phil Dormitzer, Direttore Scientifico di Pfizer, con esito negativo. Nel frattempo la situazione epidemiologica diveniva sempre più preoccupante: il 19 febbraio 2020 la nave da crociera *Diamond Princess* era stata messa in quarantena al largo delle coste del Giappone e le centinaia di persone a bordo risultate positive al Covid-19 erano la prova della rapida diffusione del virus; entro la prima metà di marzo 2020 il numero dei decessi nel mondo era di circa 15.000 dei quali 1/3 nella Unione Europea dove si cominciavano a costruire Ospedali di emergenza; l'11 marzo 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità proclamava lo stato di pandemia.

Albert Burla, amministratore delegato di Pfizer, cominciava a rendersi conto che questa epidemia stava assumendo dimensioni tali da potere essere controllata solo con un vaccino. Chiese al suo staff se l'azienda avesse la capacità di produrre un vaccino contro il Covid-19. **La squadra incaricata da Burla per questa operazione, della quale faceva parte Kathrin Jansen, espresse parere positivo in merito e propose l'utilizzo della piattaforma a RNAm sviluppata da BioNTech.** Burla prese quindi contatti con Uğur. Ci fu un'intesa immediata che portò alla stipula di una lettera di intenti nella prima metà di marzo cui fece seguito la comunicazione Reuters.

Il 9 aprile fu stipulato un accordo iniziale con il quale BioNTech risolveva anche una criticità più strettamente di tipo commerciale. Infatti, per fare accettare un prodotto a RNAm, sarebbe stato necessario che uno dei pezzi grossi di Big Pharma mettesse la propria autorevolezza a sostegno del progetto. Inoltre, l'eventuale vaccino prodotto sarebbe stato diffuso in tutto il mondo e BioNTech avrebbe avuto bisogno dell'appoggio di una multinazionale abituata a gestire una logistica così complessa. Da ultimo, in previsione di uno studio di fase 3 che avrebbe coinvolto decine di migliaia di persone, il consiglio di amministrazione di BioNTech era

consapevole di non disporre né delle finanze né della copertura territoriale per potere anche solo immaginare di procedere in autonomia alla produzione e diffusione del vaccino. Serviva un forte alleato statunitense e sarà Pfizer, ma anche un forte alleato cinese e sarà Fosum, un gigante farmaceutico cinese. I primi contatti con Fosum erano già avvenuti alla fine di gennaio 2020, quando l'azienda cinese, saputo dell'interesse di BioNTech per lo sviluppo di un vaccino contro il Covid-19, contattò Uğur esprimendogli la disponibilità a collaborare. Si arrivò ad un contratto di collaborazione tra le due aziende che non prevedeva, rispetto a Pfizer, questioni di proprietà intellettuale né di trasferimento di tecnologia: Fosum avrebbe aiutato BioNTech a condurre trials clinici in Cina. A questo primo incontro, il 22 febbraio, seguì una *call* con l'ente regolatore cinese. **La scena che si presentò a Uğur e Özlem era ancora sconosciuta ai paesi europei: gli esperti cinesi tenevano il distanziamento e indossavano mascherine. Chi aveva assistito in prima persona agli effetti devastanti del virus non prendeva la cosa con leggerezza. Pochi giorni dopo fu chiaro che gli scenari drammatici ormai noti in Cina stavano interessando anche l'Europa.**

Trials clinici

Il trial clinico di fase 1 fu autorizzato dal PEI il 22 aprile 2020. Lo scopo era di valutare la sicurezza del vaccino e la sua capacità di indurre una efficace risposta immunitaria. Nello studio, la cui conduzione fu affidata a Pfizer, furono coinvolti 195 volontari sani tra i 18 e i 55 anni. Solo dopo che questo gruppo aveva ricevuto la seconda dose ed era stato monitorato per gli effetti collaterali, lo studio fu esteso anche a soggetti più anziani di età compresa tra i 65 e gli 85 anni. I risultati dimostrarono che entrambi i candidati a RNAm selezionati (B2.9 e B2.8) erano in grado di stimolare la produzione di anticorpi neutralizzanti a livelli simili o più elevati rispetto ai soggetti che avevano contratto l'infezione. Il costruito B2.9 presentava meno effetti collaterali del B2.8 e fu quindi scelto come candidato per lo studio clinico di fase 3.

A distanza di 6 mesi da quando Uğur aveva letto la segnalazione sul *Lancet* era pronto il candidato a piattaforma a RNAm per la sperimentazione di fase 3 nell'uomo che fu lanciata il 27 luglio 2020 da BioNTec e Pfizer. Inizialmente la sperimentazione era prevista in Germania e negli USA ma, si rese necessario includere anche paesi in cui l'epidemia imperversava come il Brasile, l'Argentina, il Sud Africa e la Turchia. Parteciparono allo studio 44.820 soggetti alla metà dei quali fu somministrato il vaccino e all'altra metà il placebo. Ai primi di novembre 2020, Albert Burla di Pfizer comunicò a Uğur i dati dello spoglio dei primi 94 casi di infezione verificatisi 7 giorni dopo la somministrazione della seconda dose di vaccino o di placebo: 4 nel gruppo dei vaccinati e 90 in quello dei non vaccinati, un'efficacia del 90%, che salì al 95%, il 18 novembre, in seguito allo scrutinio di 162 casi. Ciò che maggiormente tranquillizzò Uğur fu la mancata comparsa di ADE dopo la seconda dose. Quindi, alle 12.45 del 9 novembre ora di Berlino, BioNTec e Pfizer condivisero con il mondo questi straordinari risultati. Lo stesso Antony Fauci, che aveva sperato in un vaccino efficace al 75%, definì il risultato "semplicemente straordinario" e dichiarò che i dati "convalidano la piattaforma a RNAm". Un'azienda che, prima del COVID19, era programmata per produrre e vendere un massimo di 10.000 dosi/anno dei suoi vaccini anticancro a piattaforma a RNAm, si trovò improvvisamente a sostenere la produzione di milioni e milioni di dosi di vaccino da inviare in tutte le parti del mondo per combattere una delle peggiori pandemie che l'umanità abbia mai dovuto affrontare. **Il resto della storia non è più "un dietro le quinte" ma è "a sipario aperto".**

Riflessioni finali

Di questa storia, ho voluto mettere in evidenza eventi poco noti ma che hanno contribuito in modo fondamentale allo sviluppo del vaccino contro il Covid-19, senza che venissero prese scorciatoie sulla sicurezza né che venissero elusi i requisiti normativi. Il tutto è stato reso possibile ed in tempi rapidi perché era già disponibile

una piattaforma a RNAm per lo sviluppo di vaccini contro i tumori. Si trattava di applicarla anche nel campo delle malattie infettive.

Nella scienza qualsiasi contributo di qualsiasi natura può risultare utile anche a distanza di tempo. L'importante è sapere quando e come utilizzarlo. Qualche esempio: l'esperienza acquisita da Alex Muik in altra sede nel campo della trasfezione, ha consentito di sviluppare velocemente un test per la valutazione degli anticorpi neutralizzanti, evitando di esternalizzarlo, scelta che avrebbe comportato notevoli ritardi; gli studi e le competenze sviluppate da **Katalin Karicò** insieme a **Drew Weissman** e da **Barney Graham** dell'NIH sul virus della MERS sono risultate molto utili per costruire versioni di RNAm capaci di indurre una forte risposta immunitaria minimizzando gli effetti collaterali; l'apertura mentale di Kathrin Jansen ha creato le occasioni perché si realizzasse l'accordo BioNTec e Pfizer; le competenze della fantastica squadra di "biohakers" di BioNTec, composta da persone provenienti da diverse parti del mondo e appartenenti a culture differenti ma selezionate sulla base dei meriti scientifici, ha consentito di preparare diverse versioni di RNAm, fino ad arrivare a identificare le due versioni candidate per la fase 1 e quindi la versione per la fase 3.

L'esperienza del vaccino contro il Covid-19 insegna che un grande risultato non lo si ottiene da soli: è necessario, per l'aspetto scientifico, disporre di un team di studiosi competenti, entusiasti e dedicati e per l'aspetto applicativo, stringere alleanze con strutture in grado di distribuire il prodotto.

Ci vuole però sempre un'idea trainante costruita su solide basi scientifiche, idea che solitamente è formulata da una o da poche persone, il cui carisma è capace di motivare ed entusiasmare la squadra di lavoro al punto di accettare anche di muoversi controcorrente. Uğur e Özlem hanno svolto eccellentemente questo compito e poi, ciliegina sulla torta, un pizzico di fortuna che combina gli eventi in modo favorevole ci vuole sempre. ●

Nave: da Presidio a Casa di Comunità. Cosa è cambiato?

Fabio Pederzani

Medico di Medicina Generale

La pandemia da CoViD-19 ha evidenziato la debolezza del Sistema Socio-Sanitario lombardo.

Regione Lombardia si è trovata infatti improvvisamente a dover ricostruire l'assistenza sul territorio e ha inaugurato in fretta e furia una ventina di CdC in sei mesi. In altre regioni, dove il Distretto non era stato negli anni praticamente azzerato, ad inizio 2022 già attive c'erano 125 CdC (definite in modo diverso, ma tutte con le caratteristiche delle Case di Comunità, vedasi Emilia-Romagna, Veneto, Piemonte, Toscana).

L'11 febbraio 2022 è stata inaugurata a Nave la prima Casa di Comunità (CdC) dell'ASST Spedali Civili di Brescia, punto di riferimento per i residenti dei Comuni di Bovezzo, Caino, Concesio e Nave.

Si tratta di un **nuovo modello organizzativo**, ad oggi ancora in divenire, che dovrebbe portare l'assistenza di base più vicina alla popolazione e che dovrebbe fondarsi sull'integrazione e collaborazione delle diverse figure professionali e competenze dei professionisti e dei servizi, per rispondere ai bisogni di salute delle persone.



Accanto ai tradizionali servizi ed alla presenza dei Medici di Medicina Generale già operanti nella sede da anni, sono stati inseriti gli infermieri di famiglia e comunità (IFeC), nuova figura, che in collaborazione con gli altri professionisti già presenti dovrebbe avere come obiettivo la promozione della salute, la presa in carico delle persone con malattie croniche in stretta collaborazione anche con le istituzioni ed associazioni del territorio. Il Servizio Sanitario è basato sul bilanciamento tra strutture ospedaliere e territoriali in modo da permettere una continuità di presa in carico delle persone in relazione ai loro bisogni di salute. Il DM 77 ha definito i nuovi standard per l'assistenza territoriale.

La CdC è un luogo fisico, di riferimento per la comunità. È rivolta alla popolazione sana affinché tale si mantenga e alla

popolazione non sana (il Cronico, il Fragile) affinché si prevenga la progressione di malattia. Tale funzione dovrebbe avvenire in piena sintonia ed attraverso un'equipe di professionisti con cui il MMG si dovrebbe integrare (l'MMG è il professionista cui *in primis* si rivolge la comunità).

Attualmente la presa in carico del Cronico presenta dei limiti: la sola rete dei Medici di Medicina Generale non assorbe i bisogni complessivi dei pazienti, il che comporta come unica risorsa il dover ricorrere al secondo livello e/o al Pronto Soccorso.

Nella Casa di Comunità dovrebbe realizzarsi la presa in carico del Cronico (non solo dal punto di vista sanitario ma anche dal punto di vista sociale) così come gli *outcome* (mortalità, malattia, accessi al PS non appropriati etc) chiariranno l'efficacia del modello. I costi della Casa della Comunità saranno giustificati solo da tale presa in carico come pure della non autosufficienza e della tutela dell'autosufficienza.

Punto unico di accesso (PUA) gestito dagli IFeC e da personale amministrativo, ADI, prelievi, *screening* al collo dell'utero, vaccinazioni, vulnologia, CPS, ambulatorio chirurgia, oculistica, cardiologia, diabetologia, orl, dermatologia, ortopedia, servizio tutela minori, continuità assistenziale, medici di medicina generale, ucam, assistente sociale, sono i servizi che ad oggi sono presenti in casa di comunità insieme agli infermieri di comunità.

È necessario, a questo punto, formare tutti gli attori presenti e cambiare la cultura se si vorranno raggiungere gli obiettivi prefissati.

Il Covid è finito e ci siamo trovati un problema: siamo il Paese al primo posto per invecchiamento in Europa e con un maggiore numero di cittadini in cattiva salute rispetto a quelli in buona salute. Prevenire e gestire malattie croniche deve avvenire sul territorio e non in ospedale. Il modello che oggi abbiamo di RSA non può rispondere al numero sempre crescente di cittadini anziani polipatologici.

L'infermiere di Comunità sarà un altro componente fondamentale, se integrato con mmg, dell'assistenza sul territorio.

Alcuni dati

Il servizio ADI, con un tempo pieno ed un part time, ha seguito a vario titolo (valutazione fisiatrica, fisioterapia, intervento infermieristico) in questi primi mesi **652 pazienti** con un totale di **2.242 accessi domiciliari**.

L'Equipe di valutazione multidimensionale Ucam anch'essa con un tempo pieno ed un part time ha eseguito un totale di **2128 valutazioni**, rivalutazioni, attivazione di servizi etc.

Gli slot specialistici disponibili ammontano a 120 week, gli slot disponibili per i prelievi sono 54 week.

Lo sportello amministrativo polifunzionale ha espletato **10.075 procedure** (anagrafiche, codici pin, otp, esenzioni ticket, scelta revoca mmg pls, tessere sanitarie).

Forniture protesiche ed ausili: **800 pratiche**.

Ed infine, ma non ultimo per importanza, i dati di attività dei 5 IFeC presenti: **540 interventi** ambulatoriali in cui spiccano **332 medicazioni** e solo **5 monitoraggi della cronicità**.

258 sono stati gli **interventi domiciliari** con **112 rilevazioni parametri**, **47 medicazioni**, **7 monitoraggi cronicità**.

389 interventi extra ambulatoriali, 140 contatti telefonici, 81 rilievi parametri. Questi i parametri maggiormente significativi uniti ad una attività vaccinale domiciliare ed all'esecuzione dei tamponi, sempre domiciliari, per covid.

Mancano dati di contesto riguardanti l'integrazione con la Medicina del territorio per la gestione delle patologie croniche e della fragilità, senza la quale, come già evidenziato, ben difficilmente si raggiungeranno gli obiettivi prefissati e quella integrazione complessiva da tanti auspicata.

L'MMG, secondo la normativa ministeriale vigente, è insieme all'Infermiere di Famiglia il fulcro di tutto questo cambiamento. Le regole della convenzione che lo stato ha con il MMG non prevedono però questa nuova funzione-integrazione. Andrà rivisto il rapporto medico-paziente che si verrà ad instaurare non più normato dalla 833? ●

La parola è un farmaco

Intervista a **FAUSTO MANARA**

A cura di Gianpaolo Balestrieri e Lisa Cesco



CHI È:

psichiatra e psicoterapeuta, innovatore nelle cure per i disturbi del comportamento alimentare, analizza il malessere di un presente inquieto.

FRASE TOPICA:

«Il punto vero è la difficoltà ad avere consapevolezza di chi siamo e quanto valiamo».



Ci vuole un fine analista dell'animo umano per decifrare quello che sta accadendo. "Andrà tutto bene" era scritto sui lenzuoli esposti nei mesi più tragici della pandemia, quel marzo e aprile 2020 difficili da dimenticare. Un arcobaleno di colori per esorcizzare il contagio. A distanza di due anni sappiamo che non è andato tutto bene, e che probabilmente non ne siamo usciti migliori. Covid-19 ci ha lasciato segnati, nel corpo e nello spirito. Esacerbando ansia, stress, disagio psichico, che si aggiungono alla solitudine e alla perdita di punti di riferimento del nostro presente. Ne abbiamo parlato con Fausto Manara - psichiatra e psicoterapeuta, sessuologo clinico, innovatore nelle cure per i disturbi del comportamento alimentare - provando a intrecciare la sua storia con l'analisi del malessere contemporaneo. Perché "una via d'uscita c'è sempre - assicura - E se ci sentiamo all'angolo, spesso è per la paura di percorrere una strada diversa".



Professor Manara, i disturbi del comportamento alimentare sono aumentati di quasi il 40% rispetto al 2019, secondo gli ultimi report, e ci riconsegnano una generazione fragile, sperduta. Cosa sta succedendo?

Il lockdown ha aggravato significativamente problematiche già esistenti e portato all'esordio di nuovi casi, con un aumento in particolare dei disturbi di area bulimica. La mancata relazione con i coetanei, l'imposizione della Dad, il controllo delle famiglie, le assenze emotive o al contrario l'eccesso di presenza, nel chiuso di una casa hanno innescato una miscela esplosiva.

Da un lato il lockdown ha peggiorato la strutturazione dell'autostima, facendo venire meno i rinforzi esterni e il sostegno degli

amici. Dall'altro i social, che amplificano le pratiche imitative e gli scambi con persone che raccontano come rimanere in equilibrio su un peso bassissimo, e sono stati un elemento dannosissimo nell'aumento di questi disturbi.



Sono sempre più diffuse le campagne contro il *body shaming* e quelle anti-anoressia lanciate dalle case di moda...

Sono tentativi più teorici che di reale impatto, perché la percezione dell'immagine del corpo femminile è rimasta ancora molto indietro, e non a caso le pubblicità della moda scelgono sempre figure dai corpi filiformi. Siamo ancora a quei modelli, a quella che io chiamo la "sindrome di piazza Arnaldo", dove il sabato sera tutti devono andare a mostrare qualcosa di eclatante di sé stessi, presentandosi in un certo modo sia nell'abbigliamento che nel fisico: i ragazzi con le auto di grossa cilindrata, anche a costo di prenderle a nolo, le ragazze come se fossero vestite per andare ad Arcore.



Sei stato un precursore, fondando nel 1987 il Centro per la Cura dei Disturbi Alimentari degli Spedali Civili di Brescia, che hai guidato per 23 anni, e contribuendo a dar vita alla Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare, che hai presieduto. Da dove è nata quella intuizione?

L'anoressia e i disturbi alimentari rappresentano un mondo composito, in cui entrano in gioco la relazione con l'ambiente, con la cultura e la famiglia. Un mondo che mi ha affascinato, anche alla luce delle mie origini come psicosomatista, interessato all'indagine di un rapporto profondo come quello tra mente e corpo.

Quello di Brescia è stato il primo centro pubblico in Italia per la cura di questi disturbi (allora erano pochissime le realtà che se ne occupavano). Ma farlo partire non è stato per niente facile, ho incontrato ostacoli di natura politica e accademica, e se il centro esiste

lo devo a Mino Martinazzoli, conosciuto sui banchi del Consiglio comunale di Brescia, ai tempi della mia esperienza politica con una lista civica legata a Rifondazione comunista. Martinazzoli era una persona aperta, straordinaria, io seguivo le pazienti in un Day Hospital "non ufficializzato" al Ronchettino, serviva una delibera formale che non arrivava mai. Grazie al suo provvidenziale intervento dopo mezz'ora la delibera era pronta, e abbiamo potuto partire.



Brescia è diventata un modello per la cura di anoressia e bulimia.

Sì, anche se il centro ha sempre camminato su un filo sottile, mai riconosciuto come Struttura complessa, sempre a confronto con incognite sul versante economico: questo tipo di degenze, infatti, hanno costi alti ma rimborsi esigui per l'ospedale, considerato che molti ricoveri durano in media 4-6 mesi. In questo percorso ho avuto il privilegio di lavorare con un gruppo di persone molto motivate, e i risultati ottenuti sono stati straordinari, con buonissimi compensi nell'80% delle pazienti curate. Tanto che l'allora ministro della Salute, Livia Turco, mi nominò consulente del Consiglio Superiore di Sanità per l'area nutrizionale: fu un segno di riconoscimento importante della nostra struttura.



Hai dato molto alla psichiatria ma in realtà nasci come neurologo. Com'è andata?

Dopo la specializzazione in Neurologia ho lavorato per quattro anni al Centro per la Sclerosi Multipla dell'ospedale di Gallarate. Il professor Cazzullo, "direttore-ombra" del reparto, un giorno ci disse che bisognava fare psicoterapia ai malati, e la scelta cadde su di me, che come gli altri non avevo competenze in questa materia. «Attrezzati» mi disse il prof. E così mi attrezzai, iniziando ad andare in supervisione dei gruppi e a prepararmi. La cosa è andata avanti, e ad un certo punto mi sono appassionato di questo mondo che conoscevo poco. La scelta di specializzarmi in Psichiatria, e poi i ruoli di assistente e di ricercatore a Milano sono stati una conseguenza naturale, insieme al percorso di analisi intrapreso con

il dottor Luigi Pagliarani, uomo coltissimo che considero un mentore. Nel 1982 sono venuto a Brescia, con la nascita dell'Università e l'arrivo del prof. Ermentini. È da allora che ho incominciato a occuparmi di disturbi alimentari.



Sei autore di libri divulgativi di successo, dedicati ad aspetti non comuni come la timidezza, la dolcezza, la solitudine. C'è un *fil rouge* che lega questi temi?

Il filo che tiene unito tutto è il tentativo di dare valore a quelli che vengono considerati sentimenti deboli, come la timidezza, la dolcezza. Il punto di partenza è stato uno dei miei primi libri, *Scegliamoci il destino*, in cui riflettevo sul fatto che l'indirizzo impresso alla nostra esistenza lo scegliamo noi, ad esempio adottando uno stile di vita che ci può salvaguardare oppure no, o perché abbiamo la capacità di non sentirci costretti in un angolo quando ci sembra di non avere una via d'uscita. Perché una via d'uscita c'è sempre, e se non la troviamo è perché abbiamo paura di prendere una strada diversa. Per questo ho cercato di mettere in evidenza come la dolcezza possa avere valore, essere un elemento di forza. Come la timidezza sia un sentimento universale, perché tutti

abbiamo qualche dubbio su noi stessi, qualche piccola, grande esitazione nel proporci agli altri, tutti indossiamo qualche maschera, in un contesto che ci impone di essere sempre tonici e al passo con le situazioni, camuffandoci in rapporto alle circostanze e agli altri che abbiamo davanti.



Un'autenticità della persona che oggi sembra smarrita...

Io dico spesso che non faccio lo psichiatra, faccio l'ottico. Perché cerco di dare alle persone le lenti giuste per guardare sé stesse nel modo corretto. Se noi avessimo la cura di considerare quello che abbiamo - pregi e difetti - come il nostro patrimonio, come la nostra cifra, il nostro impasto unico e irripetibile, andremmo dovunque senza la minima esitazione e non esisterebbero ansia, depressione, attacchi di panico. Ne vedo e ne curo tantissimi. Ma una volta che il paziente riesce a mettere a fuoco che l'attacco di panico è una patologia della libertà (che sia una relazione di coppia che ci imprigiona, un lavoro o un rapporto familiare da cui ci sentiamo schiacciati), e quanto sia necessario riprendere il possesso di questa libertà, non ha davvero più bisogno neanche del serotoninergico come aiuto, o dei farmaci impiegati per mitigare l'attacco quando



compare. Il punto vero è la difficoltà ad avere consapevolezza di chi siamo e quanto valiamo, soprattutto nella nostra società. Non ci capita di avere la sufficiente benevolenza tanto verso noi stessi quanto verso gli altri. E quanto più hai paura di non avere risorse sufficienti per te, tanto meno sei disponibile a mettere le tue risorse a disposizione di qualcun altro, se non nei momenti in cui domina l'enfasi dell'accoglienza e del buonismo.



Anche il rapporto di coppia sconta questa mancanza di autenticità. Sei stato presidente della Società Italiana per Ricerca e la Formazione in Sessuologia e ti dedichi tuttora a queste problematiche. Come interpreti la crisi della relazione a due?

Che il lockdown non abbia favorito le coppie è un dato di fatto, perché ha fatto emergere tensioni e contraddizioni. C'è però un problema di fondo difficile da risolvere, ed è il problema dei ruoli, maschio e femmina. Dagli anni '60, con quella che reputo la più grande rivoluzione della storia, l'invenzione della pillola anticoncezionale, le donne hanno fatto un sacco di progressi, si sono emancipate, e gli uomini questo l'hanno in qualche modo subito. Perché il desiderio di gran parte dei maschi che le donne stiano a casa, e che siano loro i portatori del sostentamento e della cifra familiare, è ancora radicato.



L'ostacolo più difficile da superare?

Sono convinto sia la difficoltà a capirsi, non perché entrambi debbano parlare la stessa lingua, ma perché uno capisca la lingua dell'altro.

Ci sono molte coppie in stallo perché tutti e due hanno la medesima aspettativa: avere un segnale di attenzione, di riconoscimento da parte dell'altro. Se non arriva, dall'altra parte scatta un arroccamento e tutto si avvita, incominciano discussioni su cose banali che non c'entrano niente, e che portano ad esasperare i rapporti. Questo è l'elemento più complicante la vita delle

coppie, anche se la coppia di per sé è un mondo complicatissimo, perché ci sono due storie che vanno insieme, ciascuna segnata da qualche inciampo nel passato, e si spera che nella vita di coppia questo sia messo a posto. Spesso non si riesce a mettere a fuoco che certi comportamenti banali dell'altro, che ci fanno saltare per aria, non dipendono da quello che sta succedendo lì in quel momento, ma da ciò che fa risuonare in noi del nostro passato. Certe disattenzioni subite nel passato non sono tollerabili oggi, perché ci riportano alla mente quei dolori provati allora.



C'è un altro rapporto che è andato in crisi, quello tra medico e paziente. Il tempo disponibile è sempre meno e avanza una medicina più centrata sulle malattie, che rischia di trascurare il paziente nella sua interezza di persona.

Quando insegnavo psicosomatica si parlava molto di rapporto medico paziente. Avevo organizzato anche i gruppi Balint per la formazione psicologica dei medici, si approfondiva il loro coinvolgimento nei singoli casi clinici ed era stato un lavoro fruttuoso, proposto anche agli infermieri. Il problema è che da allora - erano gli anni Novanta - la formazione in Medicina è diventata sempre più iperspecialistica. Ne è emblema l'introduzione, durante il corso di laurea, di "micro specialità" preparate in modo disgiunto l'una dall'altra, così uno stesso corso integrato viene spezzettato in molti insegnamenti. Questa iperspecializzazione che viene suggerita già nel percorso formativo non permette al futuro medico di crescere con l'idea di un tutto, che c'è un corpo e c'è un'anima, un vissuto, una sofferenza e che le tue parole spesso sono utili quanto un farmaco per aiutare ad alleviare questa sofferenza. Penso che questo sia un buco enorme nella formazione medica di oggi, dove l'accento alla relazione col paziente non c'è.



Rischi e possibili correttivi?

Questa incomunicabilità rischia di generare un braccio di ferro medico-paziente, perché il paziente va su Google, vuole saperne di più, si informa, legge, e il medico per sopravanzarlo e dimostrare la sua conoscenza può essere spinto a prospettare diagnosi e prognosi senza la necessaria cautela. Poi dipende molto dalla sensibilità umana individuale e dalla natura del medico che hai davanti. Ma non è irrilevante il tipo di formazione proposto, senza che questo elemento relazionale venga preso in una considerazione almeno ragionevole. Questi atteggiamenti di disinteresse o lontananza dai problemi emotivi dei pazienti purtroppo in corsia li vedi, e ricadono a cascata, come insegnamento implicito, nei reparti e nei gruppi di lavoro. Davanti a una medicina sempre più spezzettata e iperspecialistica, penso che perlomeno questo tipo di formazione andrebbe fatta in modo diffuso con i medici di base, come si faceva una volta con i gruppi Balint, magari attraverso corsi Ecm centrati sul rapporto medico-paziente: sarebbero qualcosa di utile per la professione e per i pazienti.



Negli ultimi anni ti sei dedicato anche alle arti visive, con composizioni foto-pittoriche che decostruiscono l'immagine fotografica per farne emergere significati profondi. Hai esposto in tutta Italia e all'estero. Cosa ti ha spinto verso questa dimensione creativa?

È una storia bizzarra perché io non so tirare una riga a mano. Una quindicina di anni fa, utilizzando Photoshop, ho trovato una funzione che muovendo il mouse mi consentiva di muovere i colori, e ho incominciato a modificare le figure delle fotografie per fare qualcosa che avesse anche un senso pittorico. In questo ho visto la metafora della disinformazione: la foto originale non si riconosce più, nessuno saprà mai qual è, nessuno saprà mai la verità, che è



La covata, opera di Fausto Manara

un po' quello che succede quando leggiamo il giornale. Conosciamo quello che ci viene esposto ma non sappiamo la verità piena dei fatti. In questo percorso ho trovato per strada Philippe Daverio, che è stato il mio più grande ammiratore, tant'è che avremmo dovuto fare una mostra a casa sua l'anno in cui è morto, il 2020: doveva chiamarsi *Idoli arcani*. Da quando è morto Philippe non ho più fatto un quadro, perché mi è passata la voglia.



Però sei tornato alla scrittura: è uscito a settembre per i tipi di Piemme - Gruppo Mondadori il tuo primo giallo, intitolato *L'inconsapevole*.

È la storia di una ragazza anoressica che si suicida buttandosi dall'ottavo piano dell'ospedale, e il suo vecchio psichiatra che l'aveva avuta in cura fino a due anni prima resta colpito, non gli torna che possa essersi suicidata e allora comincia a fare l'investigatore. Si scopriranno tante cose che non possono essere svelate.



Eppure, oggi le scuole di specialità in Psichiatria non primeggiano fra le scelte dei giovani medici...

Io sono convinto che questo dipenda anche dal fatto che la psichiatria sta diventando prevalentemente biologica. Tutto il versante psicoterapeutico e del rapporto con il paziente sembra lasciato in secondo piano. Sottovalutando qualcosa di importante, che sappiamo da sempre: quanto più tu prescrivi un farmaco all'interno di una relazione in cui il paziente sente di essere ascoltato e capito, tanto più il farmaco darà pochi effetti collaterali e funzionerà a dovere. La psichiatria si è spostata molto sul versante farmacologico. Ma così si perde il bello della professione.



Qual è il bello del tuo mestiere?

Il bello di fare il mio mestiere è chiedermi sempre: perché succede questa cosa a questo signore in questo momento della sua vita? E qui comincia il percorso. Se non ti chiedi il perché e gli vuoi dare una risposta senza capirne i motivi, è meno bello.



Consigli per un giovane medico: cosa ti sentiresti di dire a chi si affaccia alla professione?

Di ricordarsi, quando è di fronte a un paziente, quello che diceva Freud: che occorre rispettare i tre tempi. Di ascoltare, capire, rispondere. Il problema è che spesso si ascolta poco e si risponde, e non si capisce tutto. ●

Università, bene comune

Intervista a **FRANCESCO CASTELLI**

A cura di Gianpaolo Balestreri
e Ottavio Di Stefano



Nel programma elettorale che lo ha portato a diventare Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Brescia, **Francesco Castelli** non ha promesso rivoluzioni, ma un approccio pragmatico verso un ateneo "bene comune". Che, come tale, deve crescere, avendo ben chiare le esigenze del territorio. «In questi sei anni vorrei riuscire a fare quello che serve. Con spirito di servizio. E andando oltre le etichette», dice il nuovo Magnifico. Dalla sua annovera apertura all'ascolto, tenacia, rispetto delle competenze di tutti, un ostinato e pignolo senso del dovere «ed una certa capacità di sognare». Castelli è ordinario di Malattie Infettive, titolare della cattedra UNESCO *Training and empowering human resources for health development in resource-limited countries* e vanta una lunga esperienza nella cooperazione sanitaria internazionale. È stato prorettore di UniBs e consigliere dell'Ordine dei Medici di Brescia. Lo abbiamo intervistato all'indomani della sua elezione alla guida dell'ateneo bresciano.



Con 15 mila iscritti l'Università di Brescia ha acquisito riconoscibilità come ateneo di medie dimensioni. Nei prossimi sei anni sarà possibile accrescere l'attrattività nei confronti di zone geograficamente vicine così come di studenti e ricercatori in ambito nazionale e internazionale?

Rendere attrattiva l'Università è una strategia da perseguire, tenendo conto che l'attrattività ha a che fare con l'Università, ma anche con la città universitaria, ovvero i servizi offerti, l'accoglienza, le residenze.

Oggi Brescia non è ancora vista "da fuori" come città di tradizioni universitarie come possono essere Pavia o Milano. Penso che l'attrattività della nostra città, già molto aumentata negli scorsi anni, vada ulteriormente potenziata con una crescente alleanza con le istituzioni locali, ed è a questa interlocuzione che intendo puntare. C'è poi un altro aspetto che va indagato sul lato studenti: capire perché un certo numero di giovani che risiede nel nostro bacino d'utenza (Brescia, Cremona, Mantova) sceglie di andare a studiare in altre città. Per prendere le misure conseguenti dobbiamo prima comprenderne le motivazioni.



Il 2023, anno di Bergamo Brescia Capitale della Cultura, potrà aiutare in tal senso?

Sarà senza dubbio un'importante vetrina per far conoscere il nostro ateneo anche a livello internazionale. Sono convinto che l'Università debba puntare maggiormente sulla promozione, rendersi più nota per ciò che fa e per come lo fa. Per fidelizzare il territorio bisogna essere vicini alla cittadinanza e alle famiglie, ad esempio attraverso cicli di incontri rivolti alla popolazione, come i seminari proposti negli anni passati sugli obiettivi dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile.

Ci sono anche le condizioni per attrarre nomi di rilievo a livello internazionale: esiste un programma di rientro dei cervelli che



consente di coprire con fondi statali metà del loro stipendio, e credo che fare una parte del proprio percorso in un ateneo come il nostro sia oggi appetibile per chi proviene dall'estero. In questa direzione servirà anche ragionare su un maggior numero di corsi in lingua inglese.



Con il tuo predecessore, Maurizio Tira, l'ateneo ha puntato sulla differenziazione e l'incremento dell'offerta formativa. Si proseguirà su questa linea di crescita?

È indispensabile continuare a lavorare su questo obiettivo, considerato che il tasso di laureati nella nostra provincia è ancora basso e scontiamo un oggettivo ritardo. Si tratta di uno sforzo che va fatto per offrire un servizio al territorio: in futuro, complice la transizione digitale ed ecosostenibile, le imprese avranno sempre più bisogno di personale qualificato. A Brescia, tra l'altro, esistono due università, Statale e Cattolica, ciascuna con campi ben definiti ma anche aree di confine. Finora la convivenza tra gli atenei è stata buona, ma potrebbe essere ulteriormente migliorata in attività sinergiche. In questo senso ho parlato di Università bene comune, nella convinzione che la nostra attività rivesta anche un servizio di utilità sociale.



Qualche settore da sviluppare nell'immediato?

Ci sono spazi per crescere in settori innovativi: l'aspetto veterinario è sicuramente da esplorare, non tanto con l'istituzione di una nuova Facoltà ma attivando master su argomenti specifici, come l'approccio di salute globale "One Health", che si presterebbe a interessanti collaborazioni con l'Istituto Zooprofilattico che ha sede a Brescia. Sono da valorizzare, inoltre, le aree di intersezione tra Medicina e Ingegneria, come la sensoristica e la biomedicina, mentre l'area economico-giuridica, in un momento di rapida trasformazione della Pubblica Amministrazione e del mercato del lavoro, potrà raccogliere un impulso importante in questa direzione.

In ambito sanitario guardiamo con interesse all'ipotesi di avvio di una laurea in Ortottica, e valutiamo l'ampliamento della formazione infermieristica: dopo Brescia, Chiari, Desenzano, Esine, Cremona e Mantova potrebbe nascere un settimo polo formativo presso la ASST di Bergamo Est, alla luce delle richieste ricevute da quel territorio.



È possibile un ulteriore ampliamento dei posti disponibili per il corso di laurea in Medicina?

Penso che un lieve margine di incremento ci sia, quando saranno completati gli investimenti per ampliare il polo formativo del Campus nord. Siamo un'Università di medie dimensioni, possiamo crescere, con la consapevolezza che raggiungere questo obiettivo significa investire sulle strutture, le aule, gli spazi da mettere a disposizione per gli studenti, tenendo conto della frequenza obbligatoria.



Proseguendo nel percorso formativo, la figura dello specializzando non ha uno statuto che ne definisca compiutamente il ruolo, in bilico fra medico e studente.

Formalmente sono studenti, ma non c'è un mansionario preciso, ed è a giudizio del Consiglio di ciascuna Scuola definire il ventaglio di azioni che lo specializzando può compiere. Mi piacerebbe che gli specializzandi degli ultimi anni fossero più autonomi, e che le loro competenze venissero ulteriormente valorizzate: per questo il tutoraggio è fondamentale, ed è necessario che i colleghi ospedalieri che scelgono di fare i tutor vedano riconosciuto questo ruolo e possano beneficiare di conseguenti gratificazioni, cosa finora prevista ma non attuata in pratica.



La pandemia ci ha insegnato quanto sia fondamentale l'integrazione tra ospedale e territorio. Ma al medico di domani si chiede anche di proiettarsi su tecnologie e ricerche innovative. È possibile formare figure così ad ampio spettro? Ha senso prevedere profili curriculari differenziati per prevalente orientamento assistenziale o di ricerca?

Questa domanda implica una riflessione globale su quale medico vogliamo formare e cosa sarà chiamato a fare in un orizzonte di 6-10 anni. Abbiamo bisogno di medici che considerino il territorio non un ripiego ma la prima scelta. Dall'altro lato dobbiamo rispondere all'esigenza che Università e Spedali Civili continuino ad essere un polo di riferimento tecnologico e specialistico, per dare risposte efficaci anche al malato complesso.

Ma formare una figura attenta ai determinanti sociali di salute, che si dedichi all'assistenza dei malati polipatologici sul

territorio e che al contempo sappia fare terapie geniche e CAR-T, a puro titolo di esempio, è oggettivamente complicato. In risposta a questo problema un possibile scenario da valutare, per gli ultimi anni del percorso formativo in Medicina, è quello di due percorsi curriculari distinti, uno più orientato alla preparazione di medici attivi sul territorio, l'altro indirizzato alla specialistica e alla ricerca, da tenere in lingua inglese: si tratterebbe di una rivisitazione dell'attuale modello di formazione per renderlo al passo con traguardi scientifici e nuove esigenze assistenziali, in un mondo in rapida trasformazione demografica.



Nel tuo programma elettorale avanzi l'ipotesi di una trasformazione del Civile in IRCCS - Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, come modello istituzionale capace di esaltare le potenzialità di un grande ospedale convenzionato con un ente universitario. Non c'è il rischio di accentuare un'impostazione "ospedalocentrica", facendo di queste strutture torri d'avorio, con una distinzione fra medici di serie A e di serie B?

Questa considerazione è nata dalla constatazione che in Lombardia su 7 Facoltà di Medicina 5 hanno come polo didattico di riferimento un IRCCS, che manca solo a Brescia e Varese. E che nell'assoluta onestà degli intenti, gli obiettivi di ASST e Università alcune volte non risultano allineati nel rispetto dei rispettivi mandati statutari. Ciò non significa premere per forza sul paradigma IRCCS, ma aver chiara l'opportunità di un modello che tenga conto di queste specificità. Un primo passo in questa direzione avverrà col decreto di Regione Lombardia che riconoscerà gli Spedali



Civili come "ospedale universitario". Una nomina formale, per il momento, che tuttavia potrà aprire a un percorso di programmazione congiunta, che privilegi le esigenze locali e una maggiore autonomia territoriale: quello che vale a Brescia, infatti, può non valere a Varese o a Pavia.



Come tenere insieme la capacità di essere centro di riferimento di elevata specializzazione e la necessità di aprirsi al territorio e alle cure primarie?

Penso che il modello IRCCS, a titolo di esempio, possa guardare anche al territorio ed alla salute pubblica, come dimostra l'esempio dell'Istituto Mario Negri che ha sviluppato una vocazione per le indagini epidemiologiche. E che si possa fare ricerca anche sul malato polipatologico: la ricerca è importante anche sul territorio, e l'impegno prioritario deve essere quello di andare oltre le etichette, per non essere rigidamente condizionati da un modello o dall'altro.



Sei un accademico “anomalo” perché hai sempre fatto l’ospedaliero e l’universitario quando vigeva una chiara separazione fra i due ruoli. Il modello che proponi come Rettore, non a caso, è proprio quello del dialogo...

Il mio obiettivo tra sei anni è poter dire di avere contribuito a fare qualcosa che serve alla nostra comunità. In questo senso sono convinto che riuscire a far dialogare insieme i tre principali attori della sanità locale - ATS, ASST e Università - anche sugli aspetti programmatici, sia un passaggio fondamentale. Brescia è una città delle giuste dimensioni, sia come territorio che come bacino universitario, per mettere i diversi attori attorno allo stesso tavolo. Penso ad un tavolo sperimentale dove porci una domanda-chiave: di cosa avremo bisogno nei prossimi dieci anni? So che ciascuno tende inevitabilmente a vedere il proprio “particolare”, anche l’Università ha le sue rigidità (pensiamo alla complessità di cambiare un Piano di studi), ma confido che questa prospettiva di lavoro sia percorribile, a patto che ognuno di noi provi ad uscire dal suo seminato.



Ti mancherà la clinica?

Se sarà possibile una conciliazione con il mio ruolo di Rettore, vorrei provare a mantenere l’aspetto gestionale della clinica, delegando alcune funzioni pratiche al mio gruppo di lavoro. Rinuncerò invece alla direzione del Dipartimento di Medicina dell’ASST Spedali Civili di Brescia.



Che valore aggiunto porterà la tua esperienza come titolare di cattedra UNESCO e nella cooperazione con i Paesi in via di sviluppo?

Credo possa tornare utile su un territorio come il nostro dove la popolazione è sempre più variegata dal punto di vista demografico: un’occasione per fare da ponte tra Brescia, il Nord e il Sud del mondo. ●

Confessioni di un medico ospedaliero a quasi tre anni dall'inizio pandemia



A cura di **Renzo Rozzini**

Fondazione Poliambulanza - Istituto Ospedaliero

Provo a scrivere qualche riflessione sui miei ultimi tre anni da medico non tanto perché ritenga la mia esperienza personale così importante da essere resa pubblica, quanto perché sono convinto che sia utile raccontare ogni storia di medico, particolarmente in questo momento in cui da più parti la fedeltà alla nostra identità originaria viene in qualche modo messa in discussione.

Già prima del Covid avevo sentito il bisogno di scrivere del mio lavoro e ordinare i pensieri con modalità logica anche al fine di valutarne la coerenza. Non che la prassi medica debba necessariamente essere costretta in confini argomentati e ordinati: gli atti complessi del fare medico non sempre possono essere completamente spiegati, semmai compresi, ma ugualmente il

racconto scritto non permette troppa indeterminazione. Da questo punto di vista la scrittura riesce a essere una zavorra per restare piantati a terra.

La pandemia ha cancellato qualsiasi indugio, mi ha dato la motivazione a farlo, il bisogno di scrivere ("se non ora è possibile che tutta svanisca, che perda la voglia di farlo").

Inoltre, pur avendo sempre avuto la passione per la ricerca scientifica, per testare le mie (poche) o altrui intuizioni, che riguardassero aspetti dei processi patologici, delle malattie, negli ultimi anni ho sentito la necessità di spingere più in profondità l'interesse speculativo, verso la persona e verso il contesto di vita del paziente più che verso i meccanismi patogenetici. E da questo punto di vista il racconto è lo strumento più naturale.

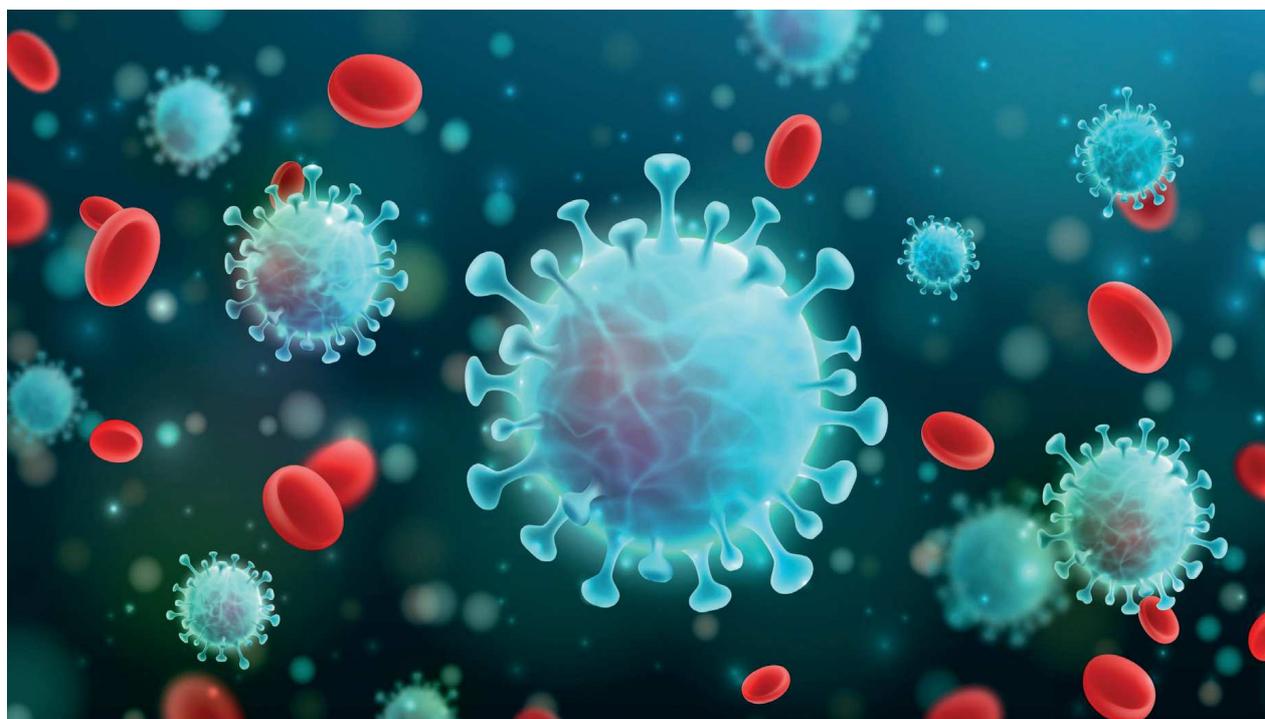
Durante la prima ondata del Covid ho iniziato a scrivere sistematicamente: appunti, fatti, considerazioni, ogni giorno, dopo giornate faticose e sempre dolorose. Ho scritto anche per dovere di testimonianza prevedendo che passato quel periodo tutti avrebbero dimenticato o voluto dimenticare (si sa che il tempo è immorale e in questi giorni si è testimoni della veridicità di questa affermazione e si ridà voce a chi ha negato la pandemia e l'efficacia delle vaccinazioni).

Sono entrato nella pandemia con quarant'anni di ospedale sulle spalle, avendo dapprima lavorato per circa vent'anni in reparti di post-acuti, piccoli e grandi, e poi per altri venti in unità operative per acuti, con la presunzione di essere riuscito per ogni ruolo ricoperto a interpretare e capire le malattie e i malati che mi venivano affidati. Ho l'ambizione di conoscere la cronicità permanente e la fragilità, il significato clinico della rottura drammatica dell'equilibrio dei pazienti. All'inizio di marzo 2020 a causa del virus Sars-Cov2 ho iniziato a vedere la morte con frequenza inimmaginabile.

Nei quattro mesi successivi sono stato responsabile per il mio ospedale di metà dei letti ordinari (più di 200) dedicati ai malati di Covid ricoverati dal pronto soccorso o trasferiti dalle terapie intensive dopo essere stati intubati. In quei tempi non era disponibile il vaccino, in modo variabile lo erano i dispositivi di protezione individuale, si avevano idee confuse e spesso contraddittorie sulle caratteristiche dell'infezione e poche prove sull'efficacia dei trattamenti. Si andava in ospedale ogni giorno a rischio personale e con diversi livelli di ansia, non solo per noi stessi ma per i nostri familiari.

Ho visto medici e infermieri ammalarsi di Covid e ho visto le conseguenze del peso dell'assistenza Covid sui medici, giovani e meno giovani, su infermieri e su tutti gli operatori sanitari. Parte della loro ansia riguardava il rischio personale, ma gran parte era dovuto all'incessante angoscia con cui si doveva affrontare l'ignoto di una malattia mortale.

Sono stato testimone di un numero eccessivo di pazienti con distress



respiratorio, con elevato fabbisogno di ossigeno e con altre complicazioni della malattia, come il delirium, aggrappati alla vita o con bisogno di cure palliative (noi non sempre preparati a erogare).

Io da geriatra ben sapevo che alla fine della vita c'è la morte: in mezzo a tanto disorientamento, mi capitava di sentirmi presuntuosamente avvantaggiato, di avere le nozioni per sapere chi avesse probabilità di sopravvivere se adeguatamente trattato e chi invece pur con le cure più intensive non ce l'avrebbe fatta; credevo anche di conoscere quanta salute potesse residuare quando un paziente ce l'avesse fatta. Questa sicurezza però era messa in crisi: in un reparto medico ci sono sempre pazienti che muoiono o si deteriorano, ma è diverso quando diventano la maggioranza, i dubbi sull'appropriatezza delle cure erogate diventano prepotenti.

Per il divieto di visite ai familiari, siamo stati costretti a conversare solo telefonicamente con i familiari angosciati, dando cattive notizie, dicendo per telefono che la persona cara non sarebbe sopravvissuta alla malattia. In tempi normali, queste comunicazioni avvengono faccia a faccia. Nel periodo più tragico in un giorno sono morti 20 pazienti e con tutti i loro famigliari abbiamo dovuto comunicare la morte telefonicamente. Nella seconda grande ondata, dal dicembre 2020 all'aprile 2021, il numero assoluto dei pazienti accolti in ospedale è stato superiore rispetto alla prima ondata. Ma gli ospedali della regione nel frattempo si sono preparati, organizzati e coordinati, sicché la percentuale dei ricoverati Covid, pur elevata, non ha impedito come nella prima ondata di svolgere le consuete attività, non Covid, proprie dell'ospedale. All'inizio si sono accettati pazienti trasferiti da altre province - non gravissimi clinicamente, perché altrimenti non avrebbero potuto sopportare il trasferimento - ma

provenienti da contesti abitativi, e organizzazioni assistenziali, diversi da quelli a noi noti e nei quali avrebbero dovuto rientrare in isolamento. L'aspetto delle dimissioni verso i comuni di altre province, da dove provenivano i pazienti, aggiungeva complessità alla complessità della cura.

Per la seconda volta e per oltre cinque mesi io, geriatra, sono stato responsabile di reparti "tutto Covid".

Nel mezzo della seconda ondata sono arrivati i vaccini, qualche trattamento basato sull'evidenza, una migliore conoscenza di come gestire i pazienti e...l'esperienza. Il numero delle morti si è significativamente ridotto.

Gli effetti della vaccinazione non hanno tardato a farsi sentire.

Sebbene meno angosciato dai rischi personali del contagio la pressione organizzativa non è però venuta meno interessando uno staff già stanco. Le regole di isolamento hanno imposto che i pazienti venissero costantemente spostati dentro e fuori dai reparti, a seconda della positività o sopraggiunta negatività del test. È difficile fornire continuità assistenziale in queste circostanze, con famiglie sempre più provate e ora non infrequentemente ostili per le restrizioni alle visite.

Sono tuttora responsabile del reparto Covid dell'ospedale (i pazienti sono prevalentemente anziani, l'età media è superiore agli 80 anni, diversi pazienti non sono stati vaccinati perché i figli non l'hanno voluto). Oggi, nel mio ospedale, chiunque risulti positivo viene trasferito o ricoverato nel reparto che dirigo e poi, se non dimissibile e con test risultato negativo, ritrasferito in ambiente Covid-free e ciò comporta un'organizzazione frenetica.

Tre volte alla settimana la direzione sanitaria, con direttori e coordinatori di reparti generalisti si riunisce per migliorare i percorsi di ammissione, l'ottimizzazione dell'occupazione dei letti, le configurazioni dei reparti e i ruoli del personale.

L'ospedale sta cercando di sanare

gli arretrati di procedure elettive che per la pandemia ha dovuto annullare. Si hanno problemi di reclutamento di medici e infermieri, carenze di personale, problemi legati sull'assistenza sociale dei pazienti da dimettere; le disuguaglianze sanitarie di cui siamo testimoni si aggiungono ulteriormente alla complessità delle cure.

Molti miei colleghi, compresi i responsabili di altri reparti, hanno da tempo completamente dimenticato il Covid (rimosso), quando un paziente capita in uno dei loro reparti viene vissuto come un fastidio, un problema che altri dovranno risolvere (e noi lo dobbiamo fare).

A fronte di questa situazione ho visto i miei colleghi reagire in modo diverso. Qualcuno di noi, in considerazione dell'impegno profuso, ha ricevuto l'onorificenza di Cavaliere della Repubblica al merito, altri addirittura hanno cambiato vita. Dalla mia unità operativa si sono dimessi sei medici: tre sono tornati al sud, da dove provenivano, vicino ai familiari, in ospedali certamente meno prestigiosi e stimolanti per la realizzazione professionale, ma a casa! Un medico ha chiesto il pensionamento anticipato. Due, accettando la sfida del primariato, si sono trasferiti in altre città.

Mai avrei immaginato di fare un'esperienza così nuova dopo 40 anni di servizio ospedaliero con la stessa specificità e, pur impreparato, non mi sono mai sentito tanto medico quanto nel periodo della pandemia, per la scoperta dell'importanza di essere vicino a chi soffre, più utile ai pazienti che in qualsiasi altro momento da quando mi ero laureato.

Come altri medici ambiziosi e maniaci del lavoro, che sono definiti dalla loro vita professionale, non ho mai messo il mio benessere e la mia salute al primo posto; ho trascorso quasi tre anni di pandemia senza ammalarmi o prendermi una pausa.

Ho avuto la fortuna di vivere, anche durante il periodo della pandemia, il mio essere medico in modo radicale e totalizzante e ora che ne scrivo, senza preoccuparmi se le mie opinioni siano o meno in contrasto con il sentire comune dei nuovi colleghi, portatori di una visione più equilibrata della professione, sono felice di averlo fatto.

Ho l'ambizione di aver rispettato il giuramento fatto più di quarant'anni fa. ●

Cosa ci riserva il futuro?

Gianmario Fusardi

Presidente Commissione Albo Odontoiatri (CAO)

✉ gianmario.fusardi@ordinemedici.brescia.it

Si è appena conclusa la seconda sessione dell'esame di abilitazione alla professione di odontoiatra presso l'Università degli studi di Brescia a cui ho avuto l'onore di partecipare quale commissario di espressione ordinistica. Undici nuovi colleghi si apprestano a congiungersi pienamente alla comunità medica condividendone speranze e timori. **Quali timori?** Che lo spazio disponibile per esercitare senza condizionamenti sia sempre più esiguo: vuoi per la complessità gestionale di una propria struttura sanitaria privata, lo studio dentistico, tradizionale punto di arrivo e naturale vocazione dopo un variabile periodo di maturazione. La paziente poi è spesso irretita e terreno di conquista per intraprese dichiaratamente commerciali che alterano la capacità dell'utenza di interpretare correttamente la natura intellettuale e l'iter diagnostico-decisionale della prestazione fornita, riducendo tutto a mero intervento "meccanicistico".

Eppure, fioriscono anche speranze che dobbiamo - come collettività professionale - continuare a coltivare con robuste dosi di quell'ottimismo della volontà che non ci difetta e che anche nella tempesta non ci impedisce di considerarci artefici del nostro destino. **Il recente rinnovo delle maggioranze parlamentari ci reca la possibilità di poter incidere su alcune partite da condividere necessariamente con la componente medica a livello nazionale e anche a livello locale guardando al medesimo orizzonte.** Rimangono sul tavolo irrisolte due grandi questioni a cui non sono state offerte adeguate risposte negli anni scorsi, complice una narrazione che talvolta ci dipinge ancora arroccati su interessi corporativi e che finisce per mostrare a certa opinione pubblica il dito scambiandolo per la Luna. **Mi riferisco in primis alla criticità rappresentata dall'offerta societaria.** Penso che la soluzione rappresentata dalla Società Tra Professionisti, in



ogni sua possibile declinazione come da Titolo VI del Codice civile, sia preferibile a quella in cui migliaia di srl "di servizi" operano senza essere soggette ad alcuna regolamentazione ad eccezione che per il loro direttore sanitario, anello "debole" di una catena che lo vede spesso complice ma più frequentemente vittima di decisioni su cui non ha controllo e per i quali risponde da solo sul versante disciplinare. Dall'altro guardo invece alla vicenda dei terzi paganti (assicurazioni, fondi, etc) che

progressivamente si è estesa a seguito dell'allargamento del perimetro del *welfare* aziendale nell'ambito della contrattazione collettiva e che è in grado di dirottare molti milioni di cittadini verso le sole strutture convenzionate, privandoli della libertà di scelta su dove, come e da chi essere curati e alterando profondamente la competizione fra i professionisti, stretti spesso nella morsa fra l'accettazione di condizioni votate "al ribasso" e quella di rinunciare a interi nuclei famigliari per i quali erano riferimento. Sono

questioni di portata storica su cui si intrecciano diritti fondamentali dei cittadini e interessi economici di alcuni gruppi, leciti ma secondari rispetto alla tutela della Salute. **Noi quali Ordini e Commissioni di Albo, enti sussidiari dello Stato, dobbiamo continuare ad agire perché il decisore pubblico non sia ricettivo verso narrazioni estranee, introdotte da chi è parte in causa e fuorvianti rispetto ai bisogni reali della popolazione e alla salvaguardia della Professione.** Allo stesso tempo dobbiamo

perseguire e valorizzare la compattezza della nostra comunità, ricordando che le minacce maggiori alla nostra integrità sono all'esterno ancorché non manchino i comportamenti censurabili di diversi colleghi. L'unità è necessaria proprio di fronte all'ora suprema ed al pericolo, per non finire come i capponi di manzoniana memoria, *quelle bestiole "le quali intanto s'ingegnavano a beccarsi l'una con l'altra, come accade troppo sovente tra compagni di sventura."* ●

Informazione sanitaria e pubblicità informativa sanitaria: queste sconosciute?

Claudia Valentini

Vicepresidente Commissione Albo Odontoiatri (CAO)

Mai come oggi stiamo assistendo alla continua e quasi sempre "informale" richiesta di colleghi che si rivolgono alla Commissione per sapere se le comunicazioni informative diffuse da taluni colleghi e strutture sanitarie siano o meno aderenti ai criteri evidenziati in particolare dai commi 525 e 536 dell'Art. 1 della Legge n. 145/2018 che hanno introdotto previsioni che valorizzano

l'aspetto informativo del messaggio a scapito di quello promozionale, suggestionale e commerciale. Evidentemente il motivo è la sempre maggiore e talora reiterata diffusione di comunicazioni di carattere "aggressivo" verso il cittadino-paziente, ormai bersaglio di messaggi ripetitivi ed amplificati, anche e specialmente grazie a nuovi mezzi di





comunicazione come i social media, ampiamente pervasivi rispetto a quelli del passato. La citata norma di legge legittima a tutti gli effetti sia l'attività disciplinare degli Ordini nei confronti dei professionisti o dei direttori sanitari delle strutture che diffondono pubblicità ove non orientate deontologicamente, sia la possibilità di conseguente segnalazione all'Autorità per le Garanzie nelle Comunicazioni (AGCOM) ai fini dell'eventuale adozione di provvedimenti sanzionatori rivolti alle società committenti di tali informazioni, aspetto interessante al di là dei provvedimenti aventi oggetto gli iscritti all'Albo.

Il punto chiave resta quello evidenziato nella Legge, ovvero il "rispetto della libera e consapevole determinazione del paziente, a tutela della salute

pubblica, della dignità della persona e del suo diritto ad una corretta informazione sanitaria".

In un momento storico di crisi economica come l'attuale appaiono sempre più necessarie l'attenzione e la vigilanza verso questo fenomeno, così come la collaborazione dei nostri iscritti, all'occorrenza anche assumendosene la paternità, nel segnalare situazioni dubbie o che francamente trascendano lo spirito sotteso ai principi deontologici. ●

La figlia di Forlì

 **Renzo Rozzini**

Lei ha 83 anni lui 87. Entrambi insegnanti in pensione, hanno due figlie. Una, la più giovane, separata, abita in un appartamento adiacente a quello dei genitori, è questa che operativamente soddisfa le chiamate dei genitori, è lei che li accompagna in ambulatorio; la seconda, sposata, abita a Forlì.

Entrambi i "pazienti" hanno sempre goduto di sostanziale buona salute, nessun acciaccio grave, nessuna patologia ha minato la loro autosufficienza in modo rilevante. Da quando sono in pensione hanno mantenuto una vita intellettuale e relazionale attiva, usano la posta elettronica, mantengono una ricca corrispondenza con la figlia lontana e soprattutto con i quattro nipoti sparsi nel mondo (Dubai, Bangkok, Philadelphia, Berlino).

Da poco più di un anno la coppia ha cominciato a manifestare qualche *défaillance*. La mamma non vuole più cucinare, non ha più voglia di uscire di casa, di parlare con le persone, non ha voglia di fare nulla. Lo squillo del telefono le mette ansia. Passa la maggior parte della giornata seduta al computer o sul divano. Il padre da sei mesi non guida l'auto pur avendo la patente ancora valida. Dopo un'innocua sbadattaggine occorsa su una strada vicino a casa la moglie gliel'ha impedito categoricamente, con ricatto morale. Ha dovuto assecondarla, ma gli pesa molto, l'auto era la sua protesi vitale, la sua autonomia.

La figlia che fa da supervisore ogni volta vuole qualche consiglio sull'atteggiamento da tenere. Cosa dire e rispondere alla mamma, cosa invogiarla a fare o limitarle di fare, se sgridarla o usare dolcezza e compassione. Come comportarsi di fronte al desiderio di riprendere la guida del papà: assecondare la legittima voglia di libertà di lui (che guai potrebbe mai provocare, dopo tutto, in quel tragitto di trecento metri che va da casa loro al supermercato o al cimitero?) o sedare il loro, della madre e delle figlie, bisogno di tranquillità e sicurezza?

I genitori sono sempre più dipendenti da lei, per ora solo psicologicamente, e spesso ha dubbi sul come comportarsi.

Anche questa visita va bene, ascolto, interrogio, chiarisco, stempero, gli argomenti sono da tempo maturati per conoscenza ed esperienza, do risposte che ritengo esaustive, consigli generalmente ponderati. Entrambi, la figlia e io, potremmo essere soddisfatti, ma entrambi sappiamo che appena a casa, l'altra, la figlia di Forlì, telefonerà per sapere della visita e per sgravarsi dal senso di colpa dell'essere lontana dirà il suo parere, generalmente diverso da quello elaborato da me e dalla sorella che quotidianamente assiste i genitori. Non sa, non conosce, smonterà il lavoro fatto. Inizierà per noi l'ennesimo lavoro di riparazione.

Figlie di Forlì, se non avete guadagnato i titoli sul campo della quotidianità, astenetevi dal dire la vostra, dal dare consigli. ●

Le visite notturne

 **Renzo Rozzini**

La “badante” ha telefonato perché stavolta andassi a visitare anche il fratello. Per quanto ne sapevo non aveva problemi rilevanti, se non una grave riduzione della vista. Quando casualmente lo incontravo era gentile, mi accompagnava al cancello del cortile chiedendo del fratello malato e ringraziando. Sentivo per lui una naturale simpatia, credo reciproca. Il problema doveva essere di nuova insorgenza. Novant’anni, ex carpentiere e proprietario di una piccola impresa edile ceduta a un nipote. Religiosissimo, la sua vita extra lavorativa aveva ruotato sempre attorno alle attività parrocchiali. Promotore di raccolte fondi parrocchiali per opere di carità, per il restauro dell’organo o di un dipinto della chiesa, organizzatore di pellegrinaggi. La sua fede religiosa era facilmente intuibile dalle immagini sacre alle pareti della sua camera, più simile a un santuario mariano che a una stanza da letto. Due mesi prima era stato ricoverato in ospedale e dimesso con diagnosi di demenza. In un eccesso di sventurata confidenza aveva raccontato al curante di incontrare frequentemente, di notte, la Madonna. Gli appariva ai piedi del letto. In ospedale era stato trattato con antipsicotici e le “allucinazioni” erano scomparse. Quando lo incontro ha lo sguardo inespessivo, amimico, ha evidenti segni di parkinsonismo da farmaci. Prima del ricovero era completamente autosufficiente. Sensibile ai frequentissimi difetti sensoriali degli anziani, della documentazione clinica

del recente ricovero mi colpisce, oltre alla diagnosi di demenza, anche quella di maculopatia degenerativa (appena laureato avevo diagnosticato e descritto tre casi di allucinazioni visive benigne -illusioni- in ultranovantenni con problemi di vista). Provo a tentare qualche interpretazione diagnostica, ma ancor più immaginare quello che deve aver provato in questi due mesi: la delusione del tradimento (il medico non solo non aveva apprezzato la confessione, ma l’aveva fatto ricoverare), la perdita dell’autosufficienza (non è più in grado di alzarsi dal letto) e soprattutto la delusione di non poter più godere della gioia di incontrare la Madonna che aveva pregato tutta la vita. È rallentato, ma non cognitivamente compromesso. Lo visito e, fatta uscire la badante dalla stanza, gli chiedo se può raccontare. Il mio affettuoso interesse lo aiuta a rompere gli indugi e in dettaglio descrive gli incontri con “Maria, madre di Dio”. Nel racconto gli occhi si riempiono di gioia. Provo a modificare la terapia. Lo rivedo dopo due settimane. È in miglioramento, ora si alza anche autonomamente dal letto. Mi ringrazia, e appena siamo soli con giri di parole fa capire che sono tornate le visite notturne, è felice. Lo saluto con una complice stretta di mano: stavolta il segreto deve rimanere tale. ●

Dottor Carminè Perrone

“Non muore colui che vive nel cuore di chi resta”.

Nelle stanze, nelle vie, sui volti...allegro e giocoso...la modestia e l'onesta...lavoro e parsimonia...la famiglia, gli affetti...gli ideali, la tenacia ...la voglia di vivere...un sorriso...tracce di Te un'intensa emozione. Tu con noi.

Maria Antonia Perrone

Dottor Gianpietro Ramponi

Il nostro amato Piero se n'è andato una calda sera di giugno dopo aver lottato coraggiosamente per due anni contro una malattia che purtroppo non gli ha lasciato scampo.

Era una persona che viveva il suo lavoro di medico con professionalità, dedizione e amorevole presenza, sempre disponibile ad ascoltare e a dare conforto.

Lo ricordano così non solo i pazienti che nei tanti anni di servizio l'hanno conosciuto e apprezzato, ma anche i volontari della sezione AVIS di Ospitaletto, di cui è stato direttore sanitario e sostenitore per quasi trent'anni. Da persona sensibile e attenta al prossimo, ha fatto anche parte del gruppo cinofilo della protezione civile dove ha prestato servizio con i suoi amati labrador.

La grande partecipazione riscontrata nei difficili giorni del lutto è stata per noi fonte di grande conforto perché ha confermato la stima e l'affetto che la gente nutriva per il nostro amato Piero. Restano con noi i ricordi di una vita insieme e la certezza che il suo operato ha contribuito al benessere di un'intera comunità.

La moglie e il figlio

Dottor Alessandro Turra

La missione di essere medico sempre e per sempre

Essere medico o diventare medico? Una domanda che sembrerebbe offrire spazio ad una disquisizione filosofica o di semantica lessicale, ma nella realtà interroga tutti noi sul ruolo svolto da chi ha pronunciato il Giuramento di Ippocrate. Diventare medico è un percorso impegnativo e lungo che richiede tempo per raggiungere il titolo e poter esercitare la professione, ma l'“Essere Medico” è uno status che supera la necessaria e richiesta formalità del titolo, per entrare in una dimensione metafisica che si intreccia con la vita: “la dimensione umana”.

Questa dimensione umana è un sentire profondo che dovrebbe essere in ciascuno di noi e che dovrebbe crescere ed amplificarsi soprattutto nel percorso di crescita e formazione di ogni medico, maturando durante gli studi sulle malattie e con la conoscenza e l'avvicinamento al paziente, unico e vero soggetto destinatario della nobile professione. Spesso leggiamo di persone scomparse il cui ricordo è legato a ruoli, a cariche istituzionali, a illustri casati nobiliari o a titoli accademici, e ci sfugge la vera sostanza e lo spessore della persona mancata.

Alessandro era una persona molto lontana dalle “luci della ribalta”, era cresciuto in famiglia con valori solidi e concreti, sapendo sempre quanto fossero importanti un gesto e un aiuto prestati verso il prossimo, toccando con mano l'importanza di essere umile e semplice. Queste doti le aveva affinate avendo un grande esempio nei nostri genitori. Nostro padre affrontava con concretezza i problemi e con le sue mani riparava le cose e ne creava di nuove

con ciò che aveva a disposizione. Mia madre, esperta dei numeri, gli insegnava con il suo esempio la meticolosità, l'ordine e la precisione nel gestire il tempo, gli impegni e le scadenze. Così Lui si impegnava con determinazione, ma sommestamente e senza clamore, nelle cose della vita, nella scuola, nello sport, e nella musica con il suo amato pianoforte attraverso il quale esprimeva il suo essere profondo. Al termine degli studi liceali i suoi professori lo vedevano architetto (per la sua mano ferma e precisa) o ingegnere (per la sua mente scientifica), ma lui già da allora era stato affascinato dalla scienza medica e dalle prime informazioni sulle “cellule staminali”. L'attività di ricerca in questo settore della medicina era per lui affascinante perché avrebbe potuto offrire speranze di guarigione alle persone. Dedicò così l'estate per affrontare l'esame di ammissione alla Facoltà di Medicina e per essere certo di avere comunque possibilità di raggiungere il suo scopo sostenne anche l'esame per l'accesso al Corso di Studi in Odontoiatria. Superò entrambi, ma comunque scelse Medicina.

Iniziò così il suo impegno totale nello studio della scienza medica e nella conoscenza di quello che sarebbe diventato il suo ospedale, entrando nei reparti, osservandone il lavoro, ascoltando i medici che lì operavano, ma anche conoscendo “il sentire e il vissuto” di chi entrava in quel luogo con il suo carico di dolore per poterlo alleviare e trovare qualcuno che potesse fugare le proprie paure. Conobbe durante i suoi studi il Dott. Giuseppe Navoni che in qualità di presidente dell'AIL Brescia lo rese partecipe di una conferenza sul tema delle cellule staminali. Ricordo ancora il suo entusiasmo incontenibile nel poter partecipare e ascoltare esperti nella materia che sarebbe poi divenuta motivo della sua vita: l'Ematologia ed il relativo trapianto del midollo.

Quante notti passate sui libri, quante rinunce, quanti week end o festività trascorse a prendere appunti e ad effettuare ricerche per conoscere la malattia, per conoscerne la semeiotica con un'unica missione: assistere e curare l'uomo.

Raggiunse la laurea rispettando i tempi previsti dal corso. Ottenne borse di studio per meriti studenteschi promosse da una importante Fondazione bresciana che gli avrebbe anche permesso di proseguire la sua formazione all'estero in Germania, ma lui sentiva che il suo destino era legato al suo territorio e al suo Ospedale. Entrò nella Scuola di Specializzazione in Ematologia classificandosi secondo, ottenendo l'ultimo posto disponibile per la Lombardia Orientale dopo che le nuove normative nazionali avevano giusto quell'anno ridotto le possibilità pubbliche di accesso alla professione. Anche in questo caso si superò...così come quando ottenne l'assunzione in qualità di dirigente medico presso gli Spedali Civili proprio nel reparto di Ematologia dedicato al trapianto del midollo ove ha dedicato ogni giorno della sua breve, ma intensa vita sino al 6 giugno 2022.

Da allora tutto si è fermato, per noi famigliari, per l'amore della sua vita, per gli amici e per tutti quelli che hanno avuto la fortuna di conoscerlo. Queste parole potrebbero sembrare presuntuose o di parte, ma mi sono spinto a scriverle per parlare di Alessandro perché tante persone dopo quel giorno hanno manifestato un sentimento di gratitudine e una cascata inarrestabile di testimonianze della vita professionale/umana di mio fratello. La sua preparazione, la sua serietà e la sua umanità erano e sono indiscutibili, ma la sua straordinaria capacità di entrare in sintonia con gli uomini era una dote che mi ha sbalordito ascoltando con quanto trasporto e sentimento le persone parlassero di lui. Un collega medico mi ha avvicinato, riferendomi che Alessandro lo aveva guarito. Quando gli fu diagnosticata una malattia ematologica il primo che si avvicinò a lui fu mio fratello che entrò nella sua stanza e si sedette sul letto accanto a lui. Gli parlò con empatia trasfondendo quella conoscenza della materia ed indicando il percorso terapeutico che avrebbero affrontato insieme.

È qui che nasce il primo approccio alla cura, è qui che un uomo, spaventato e fragile di fronte alla malattia cerca una luce, una speranza per la sua vita. Quel collega è

guarito...Anche nella mia professione di avvocato le coincidenze della vita mi hanno portato a conoscere persone che a margine della mia attività mi avessero chiesto se fossi fratello o parente del Dott. Alessandro Turra. Alla mia risposta affermativa, seguiva la commozione del mio interlocutore che mi riferiva circostanze personalissime. Mi riferiva che Alessandro aveva salvato una figlia, un padre o un congiunto, oppure quando le terapie non avevano ottenuto l'effetto sperato aveva sostenuto i famigliari nel momento del trapasso del loro caro... A distanza di tempo ricordo quando agli inizi della sua professione in reparto rientrava a casa e piangeva raccontando che una terapia non era stata efficace e la malattia aveva avuto sconfitto una vita. Lui voleva salvare tutti. Poi comprese che per aiutare anche chi non avrebbe potuto sopravvivere doveva essere più forte della malattia e doveva avvicinarsi ai famigliari e al paziente in una modalità ancora più umana senza cedere alla commozione, perché lì accanto a lui e nelle sue mani scorrevano le vite di una famiglia e lui era un Medico. Aveva compreso quanto il dolore fosse un elemento imprescindibile delle nostre esistenze e quanto fosse necessario rendere migliore e più sostenibile il peso della malattia favorendo una collaborazione tra tutti i soggetti che avevano in carico il paziente. Non mancava momento anche durante le festività in cui dopo il lavoro il suo telefono non squillasse. Alessandro aveva sempre un minuto per tutti e rispondeva sia che fosse un collega di reparto, un infermiere o un medico che necessitasse di un veloce consulto. Usciva dal suo reparto tardi la sera e pensava già a che cosa avrebbe potuto fare per migliorare una terapia, per migliorare la collaborazione con tutto il personale sanitario e sociosanitario del reparto e anche degli altri reparti perché riteneva che la sua scienza e la sua conoscenza non fossero un bene privato da custodire gelosamente, ma un bene da diffondere e condividere con tutti coloro che lottano contro la malattia all'interno di un ospedale, di un ambulatorio o di una associazione. Era un condottiero che agiva con il desiderio di raggiungere

un ideale di bene e di salute per il genere umano e la sua vita sembrava appunto scritta nel nome importante che portava con onore. Recentemente una giovane dottoressa medico di base al termine di una mia visita di controllo con circospezione e rispetto mi ha chiesto se fossi il fratello del Dott. Alessandro Turra e subito dopo con viva commozione mi ha riferito che Lei ed il gruppo di suoi colleghi negli anni di formazione universitaria avevano incontrato molti medici di cui non ricordavano più il cognome, ma si ricordavano bene di Alessandro Turra ed avevano avuto l'onore di incontrarlo e conoscerlo. Lui con la sua umiltà non li aveva fatti sentire semplici studenti a cui dedicare una lezione frontale, ma aveva dedicato loro il suo tempo insegnando argomenti utili e che cosa significasse essere medico. Anche in questo ha lasciato una testimonianza che vorrei fosse trasmessa alle future generazioni di medici.

Essere Medico non è semplicemente divenire medico, ma è una condizione che cresce nella vita professionale avendo mentori in grado di prendere per mano la formazione dei giovani e seminando in loro la sensibilità e la comprensione verso un uomo afflitto dalla malattia. Alessandro era, è e sarà sempre questa immagine pura e integerrima di che cosa significhi essere Medico: "essere un uomo di scienza che si siede nel letto di un ospedale accanto ad un altro uomo che soffre e lo prende per mano".

Arrivederci Alessandro, ti vedremo sempre e per sempre perché sarai presente in tutti noi e nei colleghi che hai conosciuto e di cui hai toccato il cuore.

Tuo fratello Stefano

Dottoressa Natalia Zorzan

Classe 1980, laureata in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Brescia, nel 2014 si era specializzata in Psichiatria.

Era molto conosciuta nel bresciano e non solo: aveva lavorato per numerose comunità e cooperative della provincia prima di essere assunta nel 2017 dall'ASST di Bergamo Est e poi trasferita, nello stesso anno, all'ASST della Franciacorta, ente presso il quale aveva lavorato fino a marzo 2021.

Ultimamente lavorava in qualità di Dirigente medico presso il CPS di Concesio, apprezzata dai colleghi e dai pazienti che seguiva sempre con diligente interesse e competenza.

Poi, il maledetto 7/12/2021 si era sottoposta alla terza dose del vaccino anti-covid; così è iniziato il suo calvario.

Infatti, ha cominciato ad accusare dolori articolari, muscolari, capogiri e stanchezza mai risolti.

Dopo circa un mese ha contratto il Covid; è riuscita a negativizzarsi dopo una quindicina di giorni.

Ma i dolori fisici, l'infinita stanchezza, gli svenimenti e l'aggiungersi di nuovi preoccupanti sintomi sono continuati per i quattro mesi di duro LongCovid fino ad abbatte il fisico e il morale... a soli 42 anni! Questi i fatti.

Ora che dire?

La relatività del tempo e dello spazio sono il vero, che demolisce il convenzionalmente definito; l'intensità di poche ore può racchiudere un'estensione assai più vasta di molti anni...

Ed ecco, ora può respirare a pieni polmoni, il suo cuore può sorridere ebbro di pace, assaporare il gusto della libertà finalmente conquistata.

Hai sciolto le catene carissima Natalia, ce
l'hai fatta!

Sei forza, sei dignità, sei intelligenza, sei
consapevolezza, sei determinazione.

Finalmente Natalia, leggera candida
farfalla!

Il nostro dolore di genitori ti abbraccia
con profondo affetto!

I nostri cuori vibreranno per la pace e la
serenità che tu avrai raggiunto e, come
tu desideri, riproveremo a vivere, ogni
giorno per la tua gioia.

*La mamma Ada Zambroni,
il papà Ulisse Zorzan*

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

ricorda con rimpianto i Colleghi deceduti recentemente

Dott. Giuseppe Andreis

Dott. Giacomo Annibale

Prof. Alessandro Bertoli

Dott. Adolfo Ferrari

Dott. Faustino Martinazzoli

Dott. Giovanni Battista Mauri

Dott. Carmine Perrone

Dott. Franco Pesciatini

Dott. Gianpietro Ramponi

Dott.ssa Luigina Rosa

Dott.ssa Mariarosa Zampelli

Dott.ssa Natalia Zorzan

ed esprime ai loro familiari le più sentite condoglianze.



Racconti di giovani medici

Cambiano i saperi della medicina, cambiano i contesti organizzativi e il "mercato del lavoro", cambiano le esigenze e le sensibilità, all'interno come all'esterno della nostra professione. Quel che non cambia e difficilmente cambierà è la sensazione, assolutamente ricambiata, da parte delle VECCHIE di non capire le NUOVE GENERAZIONI, nella convinzione/timore che il mondo non sia più quello di una volta, che i valori di un tempo si stiano perdendo fino a modificare l'identità stessa e la coscienza del nostro essere medici, che i giovani non son più disposti a certi sacrifici, ecc. ecc.

Ma... è davvero così? È oggi più concreto di un tempo il dubbio che l'equazione CAMBIAMENTO uguale PROGRESSO, nella cui fede molti son cresciuti, non vada data per scontata come non fosse cosa che ci riguarda e che, al di là del tumultuoso e reale sviluppo delle conoscenze mediche, molto fa il COME e il TRAMITE CHI le si riesca a rendere realmente disponibili per migliorare la vita delle persone. Si vuole il cambiamento e al tempo stesso gli si resiste, nel timore che insieme alle cose brutte e da migliorare si possano perdere i valori fondanti del CHI SIAMO e PERCHÉ siamo medici.

La mia vignetta non vuole risolvere il dilemma. Semplicemente racconta di una storia che si racconta, che idealmente si passa di generazione in generazione, come ai tempi in cui i nonni intrattenevano i nipotini davanti al camino raccontando storie e leggendo loro libri d'avventura. Nulla più di una suggestione, di un ironico invito al confronto tra generazioni, la declinazione in chiave familiare di una MENTORSHIP... Le chiavi del futuro, la responsabilità delle scelte, l'energia e la forza del progresso sono tutte nelle mani dei più giovani e l'HARRISON e la sua ever-changing science che i nonni raccontano, ma anche una rivista come BRESCIA MEDICA, diventano allora un linguaggio ponte, un'occasione di confronto, stimolo e scambio tra mondi diversi tra loro, ma non così tanto...



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.

**CONTINUIAMO
A MANTENERE
LE PRECAUZIONI**



**Buone
Feste** 

segui online

ORDINEMEDICI.BRESCIA.IT

BRESCIAMEDICA.IT



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