

Scelte di vita

Primo Piano

- Fra scienza e umanesimo: la formazione del medico nel nuovo millennio

Forum

- La crisi delle Scuole di Specializzazione in Medicina

Punti di vista

- La cura dei fragili e la seduzione della geriatria

IN QUESTO NUMERO

EDITORIALE

Fare il medico
Gianpaolo Balestrieri 4

E a volte non pensava oltre
Ottavio Di Stefano 5

PRIMO PIANO

Fra scienza e umanesimo: la formazione del medico nel nuovo millennio
Maria Cristina Messa 6

FORUM

La crisi delle Scuole di Specializzazione in Medicina 13

Quale specializzazione?
Francesco Castelli e Marco Fontanella 19

Dalla parte degli specializzandi
Alessio Carabellese 21

PUNTI DI VISTA

Una nuova idea di Pronto Soccorso
Colloquio con Cristiano Perani
A cura di Gianpaolo Balestrieri e Lisa Cesco 23

La Medicina d'Urgenza? È lei che ha scelto me
Colloquio con Giorgia Muzi
A cura di Gianpaolo Balestrieri e Lisa Cesco 27

La cura dei fragili e la seduzione della geriatria
Renzo Rozzini 30

L'INTERVISTA

Ritorno a Kabul
Intervista a Paolo Guarneri
A cura di Gianpaolo Balestrieri e Lisa Cesco 34

DETTI E CONTRADDETTI

Garbate dissonanze
Gianpaolo Balestrieri, direttore di Brescia Medica 38

Un linguaggio inclusivo non è un gioco linguistico
Annalisa Voltolini 39

LA VOCE DEGLI ODONTOIATRI

Nuove sfide per la Professione
Gianmario Fusardi 40

STORIE DI PAZIENTI

I casi clinici di Renzo Rozzini 41



*** spiegazione della copertina pag 3**

Il medico che sarà
Raffaele Spiazzi

CAPITALE DELLA CULTURA

Un anno di cultura 45

RECENSIONI

La medicina nazista e l'Olocausto
Da guaritori ad assassini 47
A cura di Gianpaolo Balestrieri

RICORDI

Dottor Vairo Bolpagni
I suoi famigliari e amici 48

Dottor Giovanni Marini
Alberto Zaniboni 48

Dottor Brunello Cerri
Il figlio Giovanni 49

Dottoressa Mirella Francia
I figli Pierlamberto, Anna Maria ed Eleonora 50

Dottor Pierluigi Del Pecchia
Fabio e Monica Del Pecchia 52

Dottor Antonio Facchinetti
La famiglia 53

Dottoressa Luigina Percassi
Le sorelle Mariateresa e Margherita 53

Dottoressa Francesca Santangelo
I suoi famigliari 54

Dottor Ruggero Papagno
Giorgia Papagno 54

DIREZIONE - REDAZIONE - AMMINISTRAZIONE

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

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

CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE 2021-2024

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

COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO MEDICI

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

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

COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO ODONTOIATRI

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

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

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

UFFICIO DI PRESIDENZA

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

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

IMMAGINE DI COPERTINA realizzata dal Dott. Raffaele Spiazzi.

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

Il medico che sarà

La storia della medicina è antica quanto la storia dell'uomo e l'argomento del forum di questo numero - la crisi delle vocazioni mediche e in particolare delle scuole di specializzazione - diventa l'occasione per proporre una personale e scanzonata visione di questa storia.

Mi sono così immaginato che già ai tempi delle scimmie antropomorfe ci fosse anche un *Medicus anthropomorphis*, anticipo della figura sciamanica del *Medicus neanderthalensis* dei popoli delle grotte che seguiranno.

A seguire, il *Medicus sapiens* l'ho visto invece nelle sembianze di Avicenna, padre della medicina moderna, intento a comporre nell'anno mille il suo fondamentale Canone. Nei corsi e ricorsi della storia, la lotta contro i germi e le pandemie ha poi visto a sua volta l'uomo soccombere a lungo, fino a non trovar altro modo di proteggersi che indossare la macabra e allucinata maschera del *Medicus pestilens*. Alla lezione di anatomia del dottor Tulp, celeberrima opera di Rembrandt, è ispirata invece la successiva figura del *Medicus tulpiensis*, che ancora affronta

l'autopsia a mani nude, in ciò scrutato con aria di profondo rimprovero dal *Medicus pasteuensis*, omaggio a Louis Pasteur, che medico non era ma che fu il padre della microbiologia moderna. Giungiamo così infine ai giorni nostri, o, meglio, all'altro ieri, al *Medicus vicesimo saeculo*, alle prese con una medicina che ogni giorno sposta un pezzo più in là il suo confine ma che per far questo chiama dedizione e impegno.

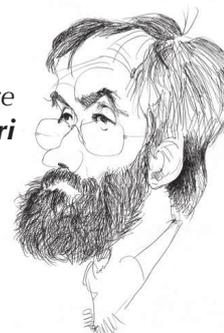
E l'oggi e, a seguire, il domani? La mia vignetta non dice, non può dire. Si possono descrivere tendenze, bisogni e aspettative che evolvono con le società occidentali, ma sono sempre visioni parziali, non esaustive. Una certezza è la trasversale percezione di una crisi di identità sociale del ruolo medico e della vocazione che questo ancora richiede. Una crisi che richiama ed assomiglia alla crisi sociale dei reduci delle grandi guerre nei periodi immediatamente post-bellici. E oggi noi, alla ricerca del *Medicus post-covidiensis*, del "nostro erede", siamo ancora come loro in questo lungo dopoguerra, minati nelle nostre sicurezze dall'impotenza



a lungo provata nel corso della pandemia e da quanto a questa è seguito, tra guerre vere e sconvolgimenti climatici. Con un'ultima birichina suggestione, per concludere. Il *Medicus anthropomorphis*, capostipite e precursore della nostra specie ha tra le mani qualcosa che assomiglia in tutto e per tutto ad un moderno martelletto medico... come se prima dei tempi conosciuti ci fossero stati un altro tempo e un'altra civiltà. Può essere quello il nostro destino? Scomparire per ricominciare? Ai posteri l'ardua sentenza...

Fare il medico

Il Direttore
Gianpaolo Balestrieri



Una vocazione o un lavoro? Cosa significa oggi fare il medico?

Se lo chiede, sul *New England Journal of Medicine*, Lisa Rosenbaum¹ che analizza, senza giudizi moralistici, ma un po' perplessa, i comportamenti degli specializzandi statunitensi di oggi rispetto a quelli della sua generazione. Attenzione agli orari, evitare gli impegni non obbligatori, talora anche quelli richiesti dalla didattica, un equilibrio, rivendicato anche con strumenti sindacali, tra lavoro medico e vita ed interessi extra lavorativi. Uno spirito del tempo diffuso anche in Europa e in Italia. Non solo tra i medici. Si registra in tutte le professioni un distacco dall'etica calvinista del lavoro, un fenomeno, battezzato "quiet quitting" (non fare, cioè, nulla più di quanto strettamente dovuto) già presente prima della pandemia, ma accentuatosi

in seguito. Bartleby lo scrivano, del racconto di Melville (1853) ne è stato il precursore radicale e tragico con il suo mantra "Preferirei di no".

Ma la **disaffezione al lavoro medico**, l'indebolirsi della vocazione si sono diffusi anche tra i "boomers" tra i quali, medici di medicina generale e ospedalieri, i pensionamenti anticipati e l'uscita dal pubblico sono fenomeni sempre più diffusi. E perché? Da professionisti privilegiati a meri ingranaggi del capitalismo suggerisce Rosenbaum. Un sistema sanitario che dalla cura dei pazienti è passato ad una logica aziendalistica economico/finanziaria? Anche altre cause concomitanti certamente: perdita di prestigio sociale, conflittualità con pazienti sempre più "esigenti" con attese irrealistiche, contenzioso giudiziario, carico burocratico asfissiante, turni eccessivi, bassi stipendi... La scelta delle specialità,

di cui parliamo in questo numero rispecchia queste scelte di vita, scarso *appeal* delle professioni più esposte e meno remunerate, dalla Medicina d'urgenza alla Anestesia rianimazione, alla Chirurgia generale, alla Medicina Interna, ai corsi regionali per i medici di Medicina Generale. Di fronte al panorama di oggi non serve, anzi è controproducente, rimpiangere i bei tempi andati. Non vi sono ricette facili, ma è urgente un ripensamento profondo della professione, dalla fase formativa alle modalità del lavoro.

Se parlare di "vocazione" non è più probabilmente possibile, un lavoro medico gratificante è il presupposto della tenuta sanitaria e sociale. ●

¹ Rosenbaum L On calling. From privileged professionals to cogs of capitalism? *New Engl J Med*; January 10 2024.

E a volte non pensava oltre

Il tutor, in un incontro periodico previsto dall'iter formativo, manifestò alla giovane specializzanda¹ la sua soddisfazione per i progressi che aveva dimostrato nel suo lavoro clinico. Lei ringraziò ed espresse la propria gratitudine per tutto quello che aveva imparato. Seguiva linee guida, protocolli, record informatici. Si stupiva delle potenzialità della tecnologia sempre in evoluzione con risultati strabilianti. Sì, sentiva di aver curato bene i malati. Ma... *Nevertheless, she said, she feared that her training was also making her "mechanical"*. Aveva paura di diventare "meccanica". Non ho trovato altri significati. Il suo timore era proprio di diventare un bravo medico meccanico. E spesso "non pensava oltre". Quando parliamo della tecnologia così evoluta dei nostri tempi, dobbiamo sempre premettere che ha fatto un gran bene ai nostri pazienti. E questo è indubitabile. Abbiamo compreso le cause di molte malattie e prodotto cure del tutto efficaci e per molte patologie. Grazie proprio alla tecnologia, nella sua accezione più ampia, vi sono grandi, non lontane prospettive di cura. In molte situazioni le nostre risposte rimangono sintomatiche, ma anche qui con grandi benefici per i pazienti rispetto al passato. Insomma, la qualità di vita che la sanità di oggi garantisce non

è paragonabile a quella di solo poche generazioni fa. E allora dove sta la questione? La risposta non è semplice. Perché pensare oltre, se l'Intelligenza Artificiale (IA) lo farà per noi fra pochi, pochissimi anni. Ma abbiamo un esempio altamente dimostrativo: la malattia cronica. Molte malattie sono diventate "croniche" proprio grazie all'evoluzione della medicina del nostro tempo. Eppure, sappiamo tutti che il successo nella gestione della cronicità sta proprio nella relazione con il paziente, nella conoscenza del suo contesto. Insomma, e non è una deriva retorica, nella conoscenza della sua vita. E qui né le macchine, spesso essenziali per la diagnosi, e credo nemmeno la IA, potranno sostituire la curiosità (intellettuale) di capire lei o lui come stanno, come vivono. Le macchine sono altamente affidabili ma non sono, almeno per ora, infallibili. Eppure, la tendenza diffusa che oggi riscontriamo è quella di dare un valore relativo, secondario, quasi di inutilità, alla relazione rispetto ai dati strumentali. La clinica di tutti i giorni spesso smentisce questo approccio. I dati, con tutti i problemi di selezione e di *storage* degli stessi, le fini analisi statistiche, vanno interpretati e "adattati" alla persona che si ha davanti, alla sua storia umana e

Il Presidente
Ottavio Di Stefano



spesso sociale. Nella lectio, davvero magistrale, "Fra scienza e umanesimo: la formazione del medico nel nuovo millennio" (v. pag. 6) la professoressa Maria Cristina Messa, dopo un'analisi di alto profilo sulle opportunità e sui limiti della medicina moderna in tumultuoso, rapido ed inarrestabile cambiamento (le "omiche", l'Intelligenza Artificiale, la medicina di precisione...), svela sugli aspetti formativi la sua sensibilità a "pensare oltre". Ed è significativo che il tema lo ponga chi viene dal mondo dell'*imaging*, campo che in pochi decenni ha visto una evoluzione eccezionale. "Cosa chiedono oggi gli studenti", si domanda ancora la professoressa. "In una realtà didattica dove non si insegnano le Medical Humanities, ammesso che si possano insegnare", ed infatti "saranno Filosofia e Metodologia della scienza e della bioetica, oltre a Comunicazione e Storia della medicina le materie essenziali da approfondire". "È proprio questo che gli studenti chiedono di più, per avere maggiori nozioni e formazione sugli aspetti relazionali". Un nuovo approccio formativo a tutti i livelli, decisivo per fare il "mestiere" del medico e non "the mechanical" (in inglese fa più fine). ●

¹ A Agarwal Curiosity in Clinical Care N Engl J Med 2023; 389:293-295

Fra scienza e umanesimo: la formazione del medico nel nuovo millennio

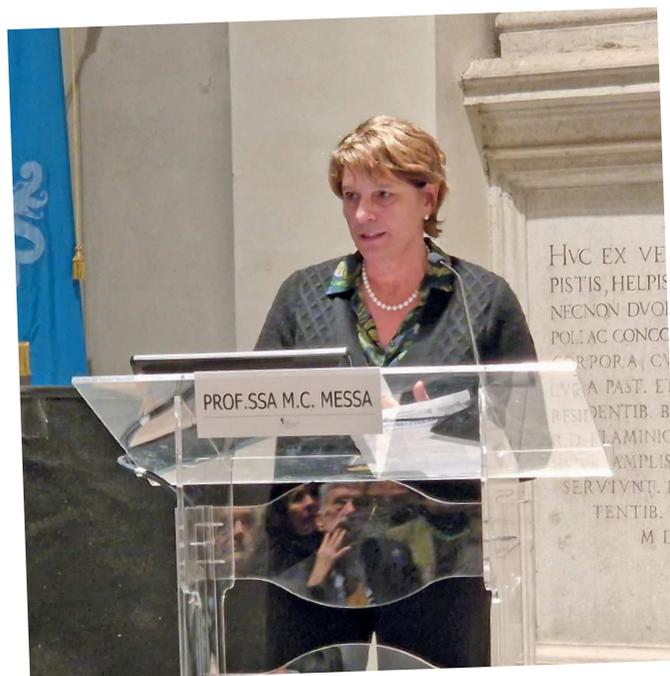
Lectio magistralis

Brescia, 1 dicembre 2023 - Auditorium di Santa Giulia
Convegno Medici e Odontoiatri - Le sfide del cambiamento

Prof. Maria Cristina Messa

Ordinario Diagnostica per immagini
Università di Milano Bicocca
Direttore scientifico Fondazione
Don Carlo Gnocchi

Con questa *lectio* cercherò di dare degli spunti sulla formazione, tema al quale ho lavorato da ormai molti anni. Svolgerò questa lettura attraverso tre argomenti principali, partendo da un interrogativo: il cambiamento che stiamo vivendo oggi è diverso da tanti altri cambiamenti che ci sono stati nella medicina? Per portare un esempio personale, io mi sono laureata nel 1986 e lavoro nella Diagnostica per immagini. Indubbiamente quest'area della Medicina è cambiata completamente, se si pensa che iniziavamo allora ad usare la Risonanza Magnetica e per anni abbiamo letto le immagini su lastra. Ma oggi stiamo vivendo un cambiamento più rapido del solito? Questa è la domanda cui cercherò di rispondere, per mettere a fuoco le esigenze della formazione.



Cosa sta cambiando in medicina

Siamo di fronte a un cambiamento estremamente rapido, più rapido del solito, determinato da due fattori, la medicina di precisione o personalizzata e soprattutto la transizione digitale e i metodi di analisi dei dati che hanno grande impatto in ambito medico.

Questa combinazione di cause, insieme all'invecchiamento della popolazione, soprattutto nel nostro Paese, porta anche a un cambiamento della domanda di cura, che oggi ha a che fare con il problema della complessità e della cronicità: la pandemia Covid, a questo proposito, ci ha insegnato come la promozione del ruolo del territorio e delle terapie domiciliari non sia più rimandabile.

L'approccio della medicina di precisione

Grazie alle scienze "omiche" - dalla genomica alla proteomica e metabolomica - oggi possiamo dare a svariate patologie un profilo molecolare molto accurato e molto specifico. Questo ci permette di tracciare delle differenziazioni all'interno di una stessa malattia - soprattutto di carattere oncologico - individuando sottogruppi di

pazienti con differenti *markers* prognostici, diversi *markers* predittivi di resistenza o sensibilità alla terapia farmacologica e di effetti collaterali. Per ciascuna categoria possiamo quindi definire una terapia specifica 'innovativa' e magari diversa e più efficace di quella tradizionalmente utilizzata secondo la diagnostica 'convenzionale'.

Vale la pena, a questo proposito, ricordare la definizione globalmente riportata: la medicina di precisione consiste nell'identificazione di nuove e specifiche caratteristiche biomolecolari della malattia, che permette lo sviluppo di un approccio terapeutico più preciso ma anche più complesso.

Sulla personalizzazione della medicina è tuttavia opportuno un distinguo. Di fatto la medicina è sempre stata "personalizzata", perché si riferisce alla persona. La personalizzazione di cui parliamo oggi si richiama al fatto che non è solo l'aspetto biomolecolare a definire la precisione della terapia, ma anche altri aspetti, da quelli individuali - l'atteggiamento, la consapevolezza, il contesto sociale - all'accesso alle cure, l'*imaging*, l'esposizione ambientale, il monitoraggio attraverso sistemi *wireless*, il comportamento e la personalità dell'individuo, le modificazioni epigenetiche:

Approccio alla medicina personalizzata

Non solo caratteristiche biomolecolari (tecnologia) ma personalità, convinzioni, atteggiamento, consapevolezza, conoscenza contesto sociale

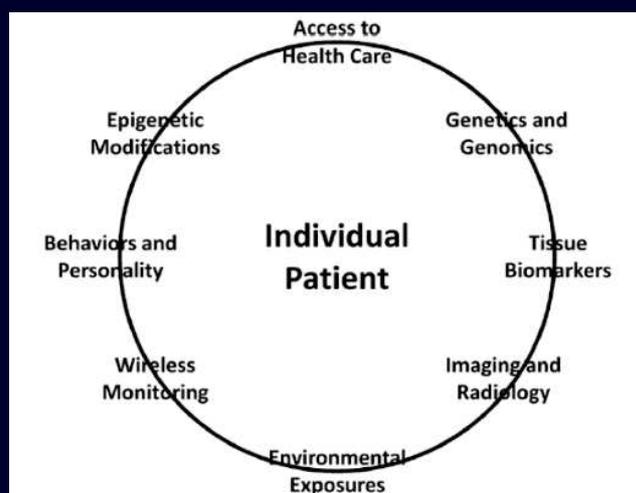


Figure 1. Graphical depiction of elements in need of integration and assessment in pursuing truly personalized medicine. Access to health care is important since some individuals may not be

un insieme di fattori che rendono l'approccio alla terapia personalizzata complesso e molto impegnativo.

Qual è il cambiamento che queste terapie stanno inducendo nel nostro Sistema sanitario? A parte alcuni casi specifici, è ancora molto esiguo, perché la traslazione di queste tecniche nella pratica clinica richiede molto più di quello che abbiamo oggi: sistemi di calcolo complessi (es. Intelligenza Artificiale), una standardizzazione dei metodi su larga scala (spesso è studiata per piccoli gruppi di pazienti), un *know ho* nell'interpretazione dei dati. Gli studi finora realizzati non sono sistemici sul modello dei trial farmaceutici classici, spesso sono limitati ad una sola istituzione e ve ne sono pochi che forniscono evidenza empirica su ampia scala.

La transizione digitale e i metodi di analisi dei dati

Ciò che sta cambiando in modo sostanziale il mondo della medicina è l'uso delle tecnologie abilitanti.

Mi riferisco nello specifico alla gestione ed analisi dei dati (*data analytics*) e dell'Intelligenza Artificiale.

Tutti gli aspetti evidenziati nella diapositiva generano dati: le immagini sono dei dati, ma anche i biomarcatori, la genomica, le informazioni provenienti dal monitoraggio e dai sensori che applichiamo ai pazienti, ad esempio con i dispositivi per la telemedicina.

Notevole è la quantità di dati che abbiamo a disposizione per un approccio nuovo alla diagnosi e al trattamento terapeutico.

A titolo di esempio, se osserviamo ciò che succede nell'*imaging*, notiamo che già oggi le aziende produttrici dei sistemi per la diagnostica danno la possibilità di utilizzare metodi di intelligenza artificiale per il supporto alla refertazione.

Tutto parte dalla Radiomica: dalle immagini - essendo le immagini rappresentate da numeri - siamo in grado di estrarre in maniera automatica delle informazioni che ci consentono di conoscere la forma, la dimensione, l'eterogeneità di un tessuto, e di raccogliere parametri e caratteristiche, "*features*", che possiamo studiare e correlare

alla prognosi o comunque a tratti diagnostici caratterizzanti la malattia nel singolo soggetto.

Pensiamo a un tema di grande interesse quale lo studio e la terapia delle demenze, e in particolare della malattia di Alzheimer, per cui si stanno affacciando terapie utili nella fase che precede la manifestazione clinica di malattia, come ad esempio il *Mild Cognitive Impairment*.

Oggi esiste la possibilità - utilizzando la Risonanza magnetica insieme a metodi di radiomica che estraggono informazioni e sistemi di Intelligenza Artificiale che li assegnano a categorie di rischio - di individuare anche due anni prima della manifestazione dei sintomi, i pazienti con lieve disturbo di memoria destinato a trasformarsi in Alzheimer.

Questa è una rivoluzione che non si può fare senza l'uso della tecnologia, perché l'occhio umano non può assolutamente definire questo tipo di evoluzione.

Siamo di fronte a un metodo diagnostico che sta cambiando sostanzialmente l'inquadramento del paziente, e che abbiamo usato per la prima volta durante la pandemia, sperimentando algoritmi da utilizzare per differenziare la polmonite Covid rispetto a quella non Covid, che hanno dato il via in maniera forte all'impiego di queste tecniche nella diagnostica radiologica.

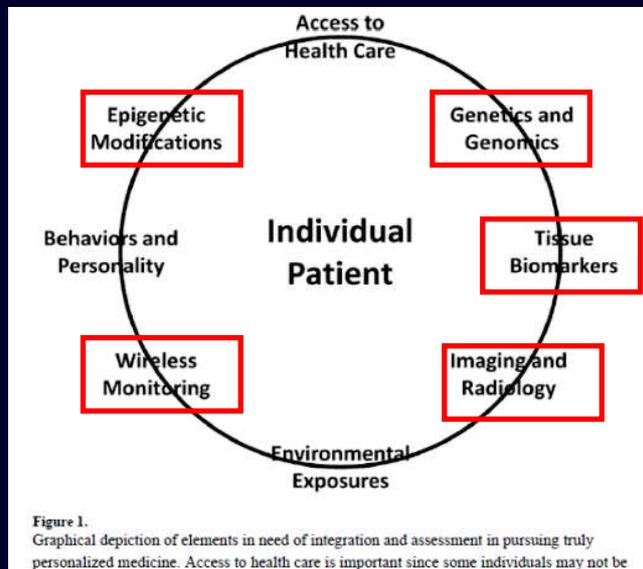
L'introduzione dell'Intelligenza Artificiale in sanità pone alcune sfide ineludibili, a partire da quelle tecnologiche legate alla sua applicabilità (integrazione dei dati multimodale, sicurezza e la *privacy*, *bias* e performance dei modelli), per arrivare a quelle di tipo sociale ed etico legate al disegno degli algoritmi, che vengono istruiti pur sempre dall'occhio umano, perché è l'esperienza, oggi, che istruisce il sistema. Al di là delle questioni tecnologiche, siamo chiamati ad affrontare passaggi molto importanti che riguardano innanzitutto la competenza e la conoscenza.

Percepriamo infatti l'intelligenza Artificiale come una *black box*, una scatola nera che fa qualche cosa e ne esce un risultato che a volte ci piace, a volte no, ma non sappiamo dire cosa è successo in quel sistema, perché

I DATI

Non solo caratteristiche biomolecolari (tecnologia) ma personalità, convinzioni, atteggiamento, consapevolezza, conoscenza contesto sociale

**SONO TUTTI DATI
GENERATI DAI
PAZIENTI**



mancono questo tipo di competenze. C'è poi da chiedersi chi metterà tutti i dati in un sistema, chi ne sarà il responsabile, il *data manager*, per prendersi cura anche dell'aspetto etico dei dati. Oggi queste figure non le abbiamo o sono pochissime: **l'IA nella salute creerà nuove professioni.**

Ci sono poi nuove questioni emergenti in tema di responsabilità, che aprono problemi ardui, che finora non si erano mai posti. In primis, la responsabilità è della macchina o del medico?

Se il programma che lancio sul computer mi dà un certo riscontro, di cui io non sono convinto, come faccio a tornare indietro e capire chi dei due ha ragione? E soprattutto, se dico che ho ragione io, come faccio a spiegare al paziente che percorso ho seguito?

C'è un problema di responsabilità - anche legale - del medico, e di autonomia, cioè dei diritti del paziente di capire qual è il ragionamento che ha portato a quella decisione.

Questi aspetti, che non riguardano solo l'ambito biomedico ma anche quello giuridico, etico, metodologico, avranno un forte impatto sull'insegnamento del futuro.

Il nodo della cronicità

Un altro tema fondamentale che impone una revisione della formazione dei futuri medici è quello dell'aspettativa di vita in buona salute, considerando che secondo l'Istituto Superiore di Sanità dopo i 65 anni più della metà delle persone convive con una o più patologie croniche. È il grande problema della cronicità e della comorbidità, destinato ad avere un impatto anche sulle ultra-specializzazioni mediche.

In questo contesto diventa centrale la cura del paziente, semplice o complesso, sul territorio e al domicilio, con un'adeguata pianificazione e l'ausilio di sistemi innovativi come dispositivi per l'automonitoraggio, il telemonitoraggio, la teleassistenza, il teleconsulto e la teleriabilitazione: una serie di metodologie che nei corsi di laurea e in quelli di specializzazione non viene ancora studiata. Alla luce della mia nuova esperienza in Don Gnocchi, la teleriabilitazione viene svolta con supporto video per lo svolgimento degli esercizi (ma anche con i *robot*), monitoraggio dei parametri attraverso sensori e il *feedback* del paziente, per coinvolgerlo e renderlo attivo nel collaborare, che è uno degli aspetti più

importanti della telemedicina. Rappresenta un sistema di assistenza a distanza non ancora molto diffuso ma promettente: richiederà la definizione degli aspetti organizzativi e formativi, su cui bisogna lavorare.

Quali sono le esigenze della formazione?

Abbiamo dei buoni corsi di laurea di Medicina, formiamo tuttora dei buoni medici, ma dobbiamo essere in grado di innovare continuamente i nostri corsi di laurea, e farlo velocemente.

Sappiamo che l'incrocio fra conoscenza, competenze e attitudine deve essere alla base di qualsiasi elemento formativo di area medica. Siamo consapevoli che non riusciremo più a formare i futuri professionisti sotto il profilo omnicomprensivo dei contenuti, perché sono troppi. Dovremo piuttosto formarli dal punto di vista della metodologia: insegnare ad imparare, per riuscire a risolvere dei problemi complessi con gli strumenti dati.

Sono cinque i punti fondamentali di innovazione nell'insegnamento medico, che ci aiutano a capire come sta cambiando il corso di laurea in Medicina e come dovrebbe ancora cambiare.

Tecnologia e bioinformatica: i corsi *med-tec*

Innanzitutto, è necessario introdurre nella formazione aspetti tecnologici e di bioinformatica: ai miei tempi non c'era Genetica, oggi non possiamo pensare di non avere almeno dei cenni sulla parte statistica e bioinformatica, perché sono necessari. Questa esigenza di formare dei medici che abbiano anche la capacità di governare gli aspetti tecnologici ha fatto sorgere nuovi corsi denominati *med-tec*. Il primo lo abbiamo fatto a Bergamo come Università di Milano Bicocca, poi ne sono seguiti molti altri: ora ce ne sono almeno una trentina in tutta Italia. Sono dei corsi in cui parte dei crediti formativi vengono dati a Ingegneria, Bioingegneria o Bioinformatica e vanno a far parte del curriculum. Nel corso di Bergamo gli studenti si laureano in Medicina, avvantaggiandosi di questo *background*, mentre in Humanitas, facendo un anno in più, si laureano anche

nella triennale di Bioingegneria.

Hanno successo? Lo dimostrerà il tempo, quando potremo fare dei confronti fra i due tipi di formazione. Di sicuro, se non altro, stiamo dando la possibilità agli studenti di poter scegliere un corso più o meno tecnico a seconda delle proprie attitudini.

Apprendimento attivo

È cambiata completamente la modalità di apprendimento: i giovani d'oggi hanno bisogno di un'attività di apprendimento molto più attiva.

Stiamo andando verso una medicina che si insegna per problemi (*problem based learning*), perlomeno alternata agli aspetti teorici, perché questo è un momento didattico molto importante.

La direzione verso cui ci stiamo muovendo guarda ad un insegnamento centrato sullo studente e possibilmente non su chi insegna. Un tempo i problemi avevano una soluzione prestabilita ed erano preordinati, oggi invece sono presi dalla realtà e sono il principio dell'apprendimento.

Un tempo cercavamo di dare un'unica soluzione, oggi sappiamo che non c'è mai un'unica soluzione, perché un problema può averne più di una. L'importante è avere quella capacità critica necessaria per affrontare le diverse soluzioni possibili.

Esperienza clinica e pratica precoce

Un altro aspetto innovativo è l'esperienza clinica pratica fin dal primo anno e l'affermazione del concetto di lauree abilitanti, dove la seduta di laurea coincide con quella dell'esame di stato. Di questo vado molto fiera perché è stata una riforma importante e voluta da molti, effettuata dal Ministero dell'Università e Ricerca. Oggi le lauree abilitanti sono veramente tante, non solo nell'area medica, e soprattutto c'è un dialogo fra il mondo accademico e il mondo delle professioni completamente nuovo. In medicina, si è creato un nuovo rapporto col medico di medicina generale tale per cui non solo c'è il tirocinio valutativo obbligatorio, ma ad esempio in Bicocca e a Bergamo, già dal primo anno, gli studenti affiancano un medico

di medicina generale per iniziare ad accostarsi alla medicina del territorio.

Insieme ai tirocini precoci sono aumentate anche le simulazioni con i manichini, i giochi di ruolo e le attività a piccoli gruppi.

Nonostante l'aspetto pratico, tuttavia, anche oggi l'insegnamento frontale della medicina generale è ancora limitato. In una rilevazione fatta dai Corsi di laurea di Medicina italiani ("Survey sulla didattica frontale di Medicina generale" nei CLM italiani di Medicina e Chirurgia), nel 2021 circa il 50% dei corsi di laurea in Medicina CdLM erogava didattica frontale di medicina generale coinvolgendo medici di medicina generale, e di questi oltre il 50% attribuiva almeno 1 credito (CFU). Io auspico che questo diventi una buona pratica, perché oltre all'affiancamento nell'attività quotidiana penso che l'aspetto teorico abbia altrettanta importanza.

Medical humanities

Al momento le *Medical Humanities* non vengono per lo più insegnate nei corsi di laurea in Medicina, l'unica disciplina che possiamo assimilare è la Storia della medicina. Ma le tematiche di carattere etico e personale che i medici dovranno affrontare sono molteplici e sono aumentate: non abbiamo più solo le questioni classiche legate a inizio e fine della vita, placebo, vaccinazione, consenso, ma se ne aggiungono di nuove, legate alle possibilità diagnostiche e alla numerosità dei dati. Dagli *incidental finding* al diritto di sapere e dovere di informare in seguito ai test genetici, dal tema della sovra-diagnosi e del sovra-trattamento connessi con gli screening genetici al problema della privacy e della discriminazione genetica, alle mutazioni rare, le questioni etiche sono aumentate, e la necessità di trattarle con figure professionali competenti apre uno spazio per introdurre le *Medical Humanities*.

Quali sono queste discipline? Non sono elencate perché il punto fondamentale è stabilire i principi, affinché vengano dettate da esigenze e priorità della professione, possano dare degli strumenti per l'analisi concettuale e relazionale della medicina, e promuovere attraverso nuove modalità, come la narrazione, una maggiore empatia tra professionista della sanità, il paziente e i suoi cari.

È proprio questo che gli studenti chiedono di più, per avere maggiori nozioni e formazione sugli aspetti relazionali.

Considerati i problemi con cui siamo chiamati a misurarci saranno quindi Filosofia e Metodologia della scienza e della bioetica, oltre a Comunicazione e Storia della medicina le materie essenziali da approfondire.

I medici del millennio: MMG, specialisti, ricercatori

Abbiamo trattato finora il percorso di laurea, ma cosa succede nel post-laurea? Abbiamo le specialità e la Medicina generale, due categorie che rappresentano mondi sostanzialmente separati dal punto di vista formativo, tanto che le prime sono seguite dal Ministero dell'Università e Ricerca e dal Ministero della Salute, la seconda dal Ministero della Salute e dalle Regioni, e hanno dei percorsi completamente separati.

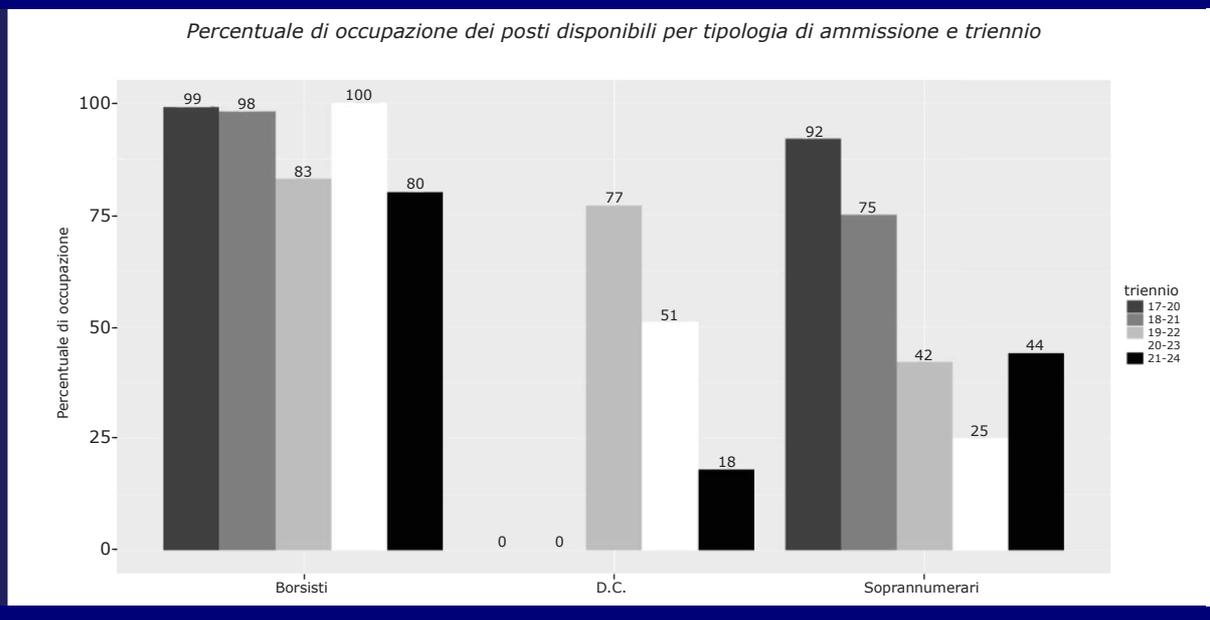
In Lombardia, il corso di formazione specifica in Medicina Generale è triennale, sono 4800 ore di cui 2/3 da dedicare alle attività formative di natura pratica. È stata introdotta, ed è stata molto utile, l'attività tirocinante negli ospedali, ma il percorso resta completamente separato dal mondo delle specializzazioni che invece sono universitarie.

L'andamento dell'occupazione dei posti disponibili per triennio ci dice che nel 2021-2024 l'occupazione dei posti sta scendendo, prima era dell'80%, sembra che quest'anno sia sceso ulteriormente, segno di una scarsa attrattività verso i laureati.

Le specializzazioni invece sono organizzate secondo un decreto legislativo a doppia firma dei due Ministeri (D. Lgs. 17 agosto 1999 n.368 all'art. 43 istituisce l'Osservatorio nazionale della formazione medica specialistica), che non stabilisce tanto che cosa deve imparare uno specialista, ma quali sono le caratteristiche degli enti erogatori, i principi basilari per cui uno studente può imparare una determinata specializzazione.

Il percorso è molto diverso, innanzitutto perché è a carattere nazionale, in secondo luogo perché stabilisce delle caratteristiche chiave per poter erogare formazione, cosa che il corso di Medicina generale non fa, perché è regionale e non ha dei criteri di valutazione

MMG IN LOMBARDIA



che possano far comparare un corso rispetto all'altro.

Anche la formazione specialistica, tuttavia, sta vivendo un periodo complicato.

Per anni abbiamo laureato più o meno 9 mila studenti e avevamo 5 mila borse disponibili nelle Scuole di specializzazione. A un certo punto abbiamo capito che erano troppo poche e sono state aperte, prima a 9 mila, poi a 12 mila e nel 2021 17 mila borse, che hanno tolto imbuto formativo fra corso di laurea e specializzazione.

Quest'anno erano quasi 14.700 borse (ci sono quelle del Ministero e quelle delle Regioni) e avevamo meno candidati rispetto alle borse disponibili, ma ancora peggio a ottobre solo il 60% dei posti era stato occupato: vuol dire che il 40% delle scuole non hanno raggiunto i livelli di occupazione necessari, così come stabiliti dai fabbisogni di assistenza delle Regioni e che addirittura alcune scuole, le meno attrattive, rimangono quasi deserte. Uno degli esempi più eclatanti è la Radioterapia, così come la Medicina di Emergenza Urgenza. Così come per i corsi di Medicina generale, il problema della scarsa attrattività si propone oggi anche per le specialità.

Per trovare risposte a questi interrogativi è necessario lavorare sulla formazione. Perché

non è solo un problema di salari bassi, ma è centrale anche il tema di come vengono seguiti e formati i giovani e delle responsabilità che vengono date.

Io credo che innanzitutto si debba ripartire dal concetto che Medicina generale non vuol dire generica, e che proprio per la mole di dati disponibili e per le potenzialità della medicina di precisione, la visione completa dell'uomo diventa sempre più importante: è fondamentale quindi un riavvicinamento fra medicina generale e specializzazioni.

L'ultra specializzazione oggi si deve confrontare con la cronicità, che vuol dire comorbidità. La medicina di precisione cambia le categorie e le classificazioni (potrei usare una stessa terapia per patologie completamente diverse). L'uso del digitale può modificare sostanzialmente l'analisi e l'aspetto diagnostico.

Questo dimostra come la formazione abbia molti aspetti in comune fra i due tipi di professione. E un elemento collante, oltre la formazione, potrebbe essere la ricerca, su cui mi piace concludere.

I ricercatori medici sono pochi e molto poco valorizzati, ma - non dimentichiamolo mai - la ricerca riguarda tutti noi ed è la ricerca che crea il futuro. ●

La crisi delle Scuole di Specializzazione in Medicina

In Lombardia circa un terzo dei posti disponibili nelle Scuole di Specialità (31%) non viene coperto. Una percentuale importante, seppure inferiore alla media nazionale, pari al 38% (fonte Anaa-Assomed Lombardia).

Accanto ad alcune specialità che si confermano molto ambite, si accentua la scarsa attrattività di alcune discipline, che rischia di aggravare la carenza di specialisti in molti reparti già in difficoltà.



Forum sulle Scuole di Specialità
Lunedì 13 novembre 2023

Hanno partecipato:

Gianpaolo Balestrieri, Direttore responsabile di Brescia Medica

Ottavio Di Stefano, Presidente Ordine dei Medici di Brescia

Marco Fontanella, Delegato del Rettore per le Scuole di Specialità Università degli Studi di Brescia

Raffaele Badolato, Direttore Scuola di Specialità Pediatria Università degli Studi di Brescia

Marco Metra, Direttore Scuola di Specialità Cardiologia Università degli Studi di Brescia

Nazario Portolani, Direttore Scuola di Specialità Chirurgia Università degli Studi di Brescia

Francesco Rasulo, Direttore Scuola di Specialità Anestesia e Rianimazione Università degli Studi di Brescia

Massimo Salvetti, Direttore Scuola di Specialità Medicina di Emergenza Urgenza Università degli Studi di Brescia

Francesco Semeraro, Direttore Scuola di Specialità Oculistica Università degli Studi di Brescia

Di Stefano: Per ragionare sulla crisi di alcune specialità mediche abbiamo pensato di aprire un confronto, individuando con una inevitabile selezione alcune specialità, come Oculistica, emblematiche perché molto attrattive, ed altre come Medicina di Emergenza Urgenza che si stanno misurando con un calo di consensi da parte dei medici in formazione.

Balestrieri: Le scelte di quest'anno dei giovani colleghi riguardo alle Scuole di Specialità rinsaldano un andamento già in atto e offrono motivi di riflessione e di preoccupazione circa il futuro del Sistema sanitario.

Si confermano, in modo eclatante, alcune tendenze, fra cui la scarsa attrazione verso specialità ospedaliere "storiche" come Chirurgia Generale, la stessa Medicina interna, Anestesia e Rianimazione, con percentuali di borse non assegnate attorno o superiori al 50% a livello nazionale e locale. Fenomeno ancora più accentuato in specialità fondamentali per l'organizzazione ospedaliera come Medicina d'urgenza (76% di borse non assegnate). Al limite dell'abbandono Microbiologia e Biochimica clinica. Poco preferenziate Anatomia patologica e Medicina nucleare, centrali per la diagnostica.

Sul versante opposto le più "gettonate" si confermano Cardiologia, Dermatologia, Oftalmologia, Pediatria, Chirurgia plastica. Sulle motivazioni delle scelte delle nuove generazioni influiscono probabilmente il peso del lavoro ospedaliero, il rischio professionale, civile e penale, la possibilità di esercitare la libera professione intra ed extra ospedaliera, ma anche una maggiore considerazione per l'equilibrio vita-lavoro. Se un tempo la scelta di fare il medico era "vocazionale", ora non lo è più.

I dati sulle preferenze per le Specialità non evidenziano peculiarità bresciane, dal momento che i numeri sul nostro territorio presentano un andamento sovrapponibile a quello nazionale. Destano tuttavia preoccupazione per il futuro, perché ci si chiede come reggeranno gli ospedali di fronte a questo fenomeno.

X Un lavoro come un altro?

Fontanella: Sono piuttosto pessimista sulla visione che i giovani medici hanno del loro ruolo in ospedale e nella società. Negli anni Novanta il ruolo del medico era importante e riconosciuto, c'era l'orgoglio di lavorare all'ospedale Civile, così come sul territorio in veste di medico di medicina generale. Ora non è più così: quello del medico è diventato un lavoro come un altro. Anche quel "riscatto" che si pensava di aver maturato con la pandemia Covid, periodo in cui tanti giovani si sono trovati in prima linea, sembra svanito. Ora che quei ragazzi si sono specializzati, raccolgono un riconoscimento morale "scadente" dalla comunità. E l'ospedale non riconosce quanto hanno faticato, se è vero che dopo un impegno così grande si trovano ad affrontare la concorrenza di "non specialisti" di dubbia cultura medica, si pensi all'esempio del Pronto Soccorso, con figure che vengono pagate 1200 euro per un turno, e che con quattro turni al mese guadagnano tre volte il compenso mensile di uno specializzando. In un contesto simile il pensiero di associarsi ad una cooperativa e andare in Pronto Soccorso può fare certamente presa su alcuni. Riguardo alle specialità, le più penalizzate sono quelle che necessitano di un ambiente ospedaliero per svilupparsi, come la Radioterapia, la Medicina nucleare, l'Anatomia patologica che al Civile ha una tradizione che la pone fra le prime in Italia. Il problema di fondo è che non è più attrattivo nessun posto in ospedale.

Ma questo non dipende dal fatto che i giovani medici siano diversi: vedo specializzandi molto motivati, anche più di prima. È piuttosto la società che oggi li riconosce in maniera diversa.

Una situazione molto cambiata e molto preoccupante per il futuro.

✗ Motivazione cercasi, urgentemente

Portolani: In previsione di questo Forum mi sono confrontato con i miei studenti per raccogliere il loro punto di vista. Sono emerse, fra le criticità, una rete formativa che porta a spostarsi anche fuori città, guadagni bassi, il problema delle vertenze medico-legali, gli orari di lavoro impegnativi. Ebbene, penso che abbiano ragione loro. Non è un caso se quest'anno **Chirurgia**, la mia specialità, che può contare su 15 borse, nella prima tornata abbia avuto 2 iscritti, cosa mai successa prima. Un lavoro diventato poco attrattivo, pesante, scarsamente riconosciuto, come sottolinea anche una lettera del presidente della Società Italiana di Chirurgia. In questa prospettiva aumentare i posti delle Scuole e del corso di laurea in Medicina non servirà a nulla, se non si trova una motivazione. Credo che non sia il momento di concentrarci sulle colpe, ma di trovare delle soluzioni. Ad esempio cercando di interagire con gli studenti già dagli ultimi anni del corso di laurea in Medicina, per accostarli alla vita di reparto, alla sala operatoria, affinché si appassionino e possano trovare una motivazione alla scelta della specialità. Penso si dovrebbe arrivare alla laurea con una consapevolezza maggiore di quello che si vuole fare.

✗ La fatica di spostarsi negli ospedali della provincia

Rasulo: Nella specialità di **Anestesia e Rianimazione** i numeri dei nuovi ingressi sono superiori al 2019. Nei tre anni di Covid ne sono arrivati 43, e quest'anno sono già entrati in 13 e sono in arrivo altri 5. Va detto che l'accreditamento è aumentato, nonostante il contesto formativo sia rimasto uguale. Una delle fatiche più avvertite dai nostri specializzandi si ricollega alla rete formativa ampia che abbraccia tutto il territorio provinciale e si spinge fino ad ambiti fuori provincia, da Esine a Mantova. A Brescia arrivano specializzandi da tutta Italia, per poi essere catapultati in altre realtà: soddisfare le richieste delle componenti più

lontane della rete formativa comporta per i giovani medici in specialità un impegno organizzativo e logistico importante per spostarsi in ospedali fuori Brescia. Questo aspetto può essere limitante, così come ci ha "penalizzato" il grande coinvolgimento che la nostra specialità ha conosciuto durante il triennio Covid. Ora è tempo di investire in progetti che ci rendano più appetibili. Sui problemi logistici generati da una rete formativa ampia concordano anche i direttori di altre specialità. Se è vero, come ricorda Fontanella, che la turnazione tra le sedi è obbligatoria, non va trascurato che «troppa rete è controproducente», sottolinea Marco Metra, e che i giovani medici devono essere messi «in condizioni logistiche soddisfacenti: tanto è avvertito questo problema che spesso una delle prime domande è "Dove mi manderete?"», evidenzia **Rasulo**.

✗ Il peso della qualità di vita e le sirene delle cooperative

Salveti: Mentre la nostra generazione ha forse esagerato nel considerare la professione una specie di missione, probabilmente non del tutto a torto le nuove generazioni ambiscono ad una buona qualità di vita. Oggi i riflettori sono puntati sulla crisi della **Medicina di Emergenza Urgenza**, ma in futuro una sorte simile accomunerà anche la Medicina Interna (quest'anno la prima a Brescia ha raccolto 4 adesioni su 16 borse disponibili, la seconda 7 su 21). Parliamo di un problema che non è solo locale, perché si tratta di specialità poco attrattive a livello nazionale, e le Scuole dei diversi atenei scontano le stesse criticità. L'obiettivo è rendere più "appealing" un lavoro che è per sua natura pesante, ragionando a livello di organizzazione sanitaria e nazionale sulla questione economica, le piante organiche, la programmazione dei posti per evitare future saturazioni. Bisogna trovare un modo per essere concorrenziali con le cooperative, che inevitabilmente attirano offrendo guadagni più alti. Ad esempio riconoscendo al medico di Pronto Soccorso una remunerazione per quello che non fa come libera professione.

X Più liberi e con maggiori opportunità economiche

Semeraro: Anch'io ho avuto occasione di incontrare tutti i miei specializzandi, che hanno confermato il desiderio di avere una loro vita, perché la professione non è il loro unico pensiero. Hanno scelto **Oculistica** perché lascia più tempo libero e non li costringe a fare una scelta prettamente ospedaliera, ma lascia aperta la porta all'attività libero professionale o in strutture convenzionate, dove l'impegno non è così pesante e si possono ottenere gratificazioni economiche. Molte volte la scelta viene fatta considerando proprio le maggiori potenzialità economiche offerte da questa specialità: se prima molti giovani medici erano interessati agli ambiti più complessi dell'Oculistica, come le complicanze di malattie sistemiche, la sfera delle malattie oncologiche, ora l'attenzione è soprattutto sull'attività chirurgica ambulatoriale, che rende più liberi e offre diverse possibilità economiche. Oggi nel 90% dei casi lo specializzando vuole fare il chirurgo, che sia a bassa o a maggiore intensità (dalla cataratta al distacco di retina, per intenderci), mentre le attività di maggiore approfondimento non raccolgono più del 10-15% delle preferenze. E questa difficoltà si ripropone nell'arruolamento successivo, perché la maggior parte dei giovani medici è indirizzata al versante chirurgico, mentre non è interessata agli approcci più internistici. Tutto questo per quanto tempo ancora? Penso ci sia uno spazio per i prossimi dieci anni, poi il mercato sarà saturo, come sta già accadendo al Centro-Sud dove molti specialisti non trovano uno sbocco professionale. Rilevo poi un altro problema nel percorso formativo: Oculistica è molto gettonata ma sui 7 nuovi ingressi in media 3 vengono da un cambio di specialità.

Fontanella: Su questo punto c'è molta attenzione, e uno degli obiettivi dell'Università degli Studi di Brescia è proprio quello di ridurre gli abbandoni e i cambi di percorso, che attualmente assommano al 10%, e sono frutto di una non adeguata motivazione prima della scelta.

Semeraro: Parte di queste criticità sono nate quando, seguendo per le Scuole di Specialità lo stesso criterio di arruolamento del corso di laurea in Medicina, si è creato un listone nazionale, sicuramente più preciso, ma che non ha favorito un percorso di fidelizzazione del singolo studente, importante anche per appassionarlo ad una disciplina. Oggi dopo il primo anno alcuni cambiano, e questo porta come conseguenza alla perdita di quei posti in specialità.

X La leva remunerativa per invertire la rotta

Badolato: Anche la **Pediatria** ha le sue peculiarità, e raccoglie grande entusiasmo: gli iscritti sono sempre al 100% dei posti disponibili. Forse anche per una certa flessibilità di fondo di questa disciplina, che consente di cimentarsi in un ampio ventaglio di attività, dall'ambito intensivistico e dalla Neonatologia all'ambito internistico, a quello specialistico fino alla ricerca. Puoi fare tutte le medicine che ti interessano di più e scegliere dopo, nel momento in cui ciascuno si incammina nella direzione che sente più propria. Ma anche la nostra specialità soffre delle criticità della professione in ambito ospedaliero, con i piccoli ospedali che non riescono ad assumere e una scarsa attrattività dell'attività di reparto, specialmente se con una turnistica impegnativa e rischi medico legali, cui si aggiunge una scarsa remunerazione. La politica dovrebbe agire almeno sulle leve economiche, **se è vero che la passione è individuale, la flessibilità può essere regolata con l'organizzazione, ma la remunerazione no, e richiede un miglioramento urgente.**

X Tutti cercano l'alta specializzazione

Metra: L'aspetto economico è senza dubbio un fattore di attrattività, in particolare la possibilità di dedicarsi alla libera professione. Uno dei punti di forza della **Cardiologia**



è la diversificazione delle attività, che vanno dall'imaging (che abbraccia l'ambito della radiologia) all'emodinamica ed elettrofisiologia (ambito chirurgico), alla Cardiologia pura e semplice (ambito internistico). Va detto, tuttavia, che il discorso sulla qualità di vita non è applicabile alla nostra specialità: se si passa in reparto la domenica alle 8 di sera ci sono almeno 7-8 specializzandi che stanno lavorando. A testimonianza che l'impegno e la dedizione richiesti sono molto elevati, e questo non è scevro da rischi di burn out. In un orizzonte più ampio il vero problema con cui ci stiamo confrontando è la ricerca, da parte delle nuove leve, dell'alta specializzazione: vogliono diventare elettrofisiologi, emodinamisti interventisti, mentre nutrono una considerazione drammaticamente scarsa per l'attività ambulatoriale. Non è tanto una questione economica, ma un tipo di dedizione che porta a prediligere la super-specializzazione con impronta chirurgica e focalizzazione sulla procedura piuttosto che sul paziente. Ma in prospettiva c'è bisogno proprio di cardiologi ambulatoriali, per prestare attività nelle Case della Comunità e negli ospedali periferici che si trovano in carenza. Non viene percepita la necessità dell'attività ambulatoriale che ti mette in contatto con il paziente, la curiosità di vedere il malato. Del resto, è molto più complicato parlare con il paziente che mettergli uno *stent*.

Ci vorrebbe una flessibilità che valorizzi l'esecuzione di procedure ma anche l'attività ambulatoriale, ma motivare i giovani cardiologi a fare ambulatorio è difficile. Riguardo infine ai numeri, la nostra Scuola è piena al 100%, quest'anno abbiamo 22 posti, ma anche qui nel giro di cinque anni ci sarà il rischio di saturazione.

✗ Fra tutoraggio e responsabilità in prima linea

Balestrieri: Il percorso formativo italiano è stato spesso criticato per motivi talora opposti: scarso *tutoring* con eccesso di responsabilità e supplenza del lavoro degli strutturati da una parte, dall'altra scarso coinvolgimento e progressione formativa (pensiamo soprattutto alle Chirurgie) rispetto all'esperienza di altri Paesi. Qual è la vostra opinione?

Portolani: È necessario dare un valore all'"internato", che adesso è scomparso, prevedendo ad esempio negli ultimi due anni di Medicina una partecipazione più attiva nei reparti. Questo ridurrebbe gli abbandoni e aiuterebbe lo studente a maturare un suo percorso formativo qualificato.

Balestrieri: Il ruolo del *mentoring* o *tutoring* non è adeguatamente riconosciuto. È un problema cui si può dare soluzione?

Di Stefano: E se esiste uno statuto che regola le attività dello specializzando, come si verifica? Negli altri Paesi, mentre si forma, il giovane medico contribuisce all'operatività del reparto. Esistono tuttavia realtà in cui al secondo anno lo specializzando fa ambulatorio da solo, e altre in cui è seguito da un *mentoring* stretto.

Fontanella: In questo ambito non emergono molte differenze fra universitari e ospedalieri: ci possono essere colleghi ospedalieri bravissimi tutor, e ricercatori universitari straordinari, ma non tutor straordinari. Il problema è la mole di lavoro che ci sovrasta: se una volta si poteva discutere un caso per tutto il pomeriggio, ora non c'è più tempo, perché è una vita che è molto cambiata. Se un tempo il maestro, già durante il corso di laurea, era attento al "fuoriclasse" che avrebbe fatto strada, adesso anche questo è molto più difficile.

La Lombardia, poi, ha anche un grosso problema dal punto di vista chirurgico, perché negli interventi di medio-alta chirurgia la normativa prevede la presenza di due chirurghi strutturati in sala operatoria, mentre lo specializzando può assumere il ruolo di terzo chirurgo, cosa che va a discapito dell'insegnamento. In altre Regioni, come Veneto e Piemonte, lo specializzando può invece essere secondo chirurgo, e quindi fare molto di più.

✘ Le perplessità sul "Decreto Calabria"

Badolato: Vedo margini di miglioramento perché non abbiamo ancora un'organizzazione efficace nel raggiungimento degli obiettivi formativi. Uno sforzo sulla qualità della formazione specialistica è doveroso, soprattutto ora che stiamo vivendo una fase di disaggregazione del percorso formativo legata ad interventi legislativi (vedi il "Decreto Calabria") che consente già al secondo-terzo anno di chiamare al lavoro gli specializzandi. Una misura-tampone che reputo disgregante e disastrosa perché rischia di peggiorare i problemi.

Il nostro reparto ha l'accREDITAMENTO della *Joint Commission International*: una delle richieste per l'accREDITAMENTO è che il trattamento degli specializzandi sia graduato sul livello di formazione. Ci sono aspetti organizzativi e di responsabilità, cui segue quello economico: è ciò che va pensato meglio. È vero, infatti, che la normativa prescrive che lo specializzando abbia la supervisione del tutor, ma questo principio di supervisione risulta spesso "interpretabile".

Rasulo: La normativa stabilisce il livello di autonomia che lo specializzando può raggiungere, ma i criteri di autonomia si maturano solo dopo aver completato l'anno formativo; quindi, al secondo anno uno specializzando ha un livello di autonomia del primo anno.

✘ Le potenzialità della simulazione

Semeraro: Un aspetto da implementare sarebbe piuttosto la simulazione in medicina: una possibilità che non riguarda più solo la Chirurgia, ma molti altri ambiti in cui molteplici condizioni possono essere efficacemente riprodotte per formulare diagnosi non direttamente sul paziente.

Se introdurremo maggiori possibilità di intervenire mediante attività simulata potremo essere più attrattivi e trattenere i giovani medici nella stessa sede. ●

Quale specializzazione?

Francesco Castelli

Magnifico Rettore, Università degli Studi di Brescia

Marco Fontanella

Delegato per le Scuole di Specializzazione, Università degli Studi di Brescia

Anche nell'ultimo anno accademico i laureati in Medicina e Chirurgia a Brescia sono stati circa 200, la maggioranza dei quali si è iscritta al concorso per l'ingresso in una Scuola di Specializzazione. Si può dire con orgoglio che i nostri laureati ottengono a questo concorso un punteggio medio molto superiore alla media nazionale. Per dare un'idea della situazione, si deve pensare che ogni anno si iscrivono al concorso per l'ingresso in Specialità circa 11.000 neolaureati da tutta Italia.

Negli ultimi 4 anni nessuno dei laureati in Medicina e Chirurgia a Brescia ha avuto un piazzamento al di sotto della posizione 5.000. Questo è il chiaro segno che **i nostri laureati sono tra i più bravi in Italia, motivo di orgoglio per la nostra Università. C'è però un fatto sempre più preoccupante.** Nel concorso del 2021 le borse assegnate a Brescia sono state 463. Significa che a Brescia è stata data la disponibilità da parte del Ministero di formare 463 nuovi Specialisti (anestesisti, chirurghi, medici d'urgenza ecc.). Di questi 463 posti ne sono stati occupati però solo 396, cioè 67 borse (14,5%) non sono state assegnate. Nel 2022 le borse assegnate sono state 344, ma di queste sono rimaste non assegnate 76 borse (22,1%), quindi rispetto all'anno precedente, percentualmente **non sono state assegnate un numero molto maggiore di borse.** Nel concorso del 2023 le borse assegnate dal Ministero sono state 401, ma solo 247 sono state assegnate. Quindi 154 borse (38,4%) nell'ultimo anno, non sono state assegnate.

Ci si chiede come interpretare questo fenomeno, che non è proprio di Brescia bensì coinvolge tutte le realtà universitarie italiane. È quindi un fenomeno comune.

In primo luogo, le borse messe a concorso nell'ultimo anno sono state circa 14.500, un numero decisamente superiore al numero di laureati e dunque dei possibili candidati. Per quanto riguarda Brescia, i neolaureati in Medicina sono molto preparati, si iscrivono al Concorso per accedere alle Scuole di Specializzazione, si classificano sempre ai primi posti in Italia per l'ingresso nelle Scuole ma poi non accettano di entrare se non in alcune Scuole di Specializzazione, soprattutto quelle che danno accesso ad attività anche privata o sul territorio, rifiutando le Specializzazioni che necessitano di un grande impegno in particolare in Ospedale. In questo modo **le Specialità più in sofferenza sono la Medicina d'urgenza, la Chirurgia Generale e le Specialità che possono essere effettuate solo in Ospedale come la Radioterapia, la Medicina Nucleare o le specialità di laboratorio. Il lavoro in Ospedale è visto dai giovani medici come un lavoro pesantissimo, con turni continui durante le ore notturne e festive.** Anche il ruolo del medico è completamente diverso da quello anche di pochi anni or sono. Sono note le continue aggressioni verbali e anche fisiche ai medici nei Pronto Soccorso e nelle corsie, le difficoltà organizzative nei Reparti, la necessità di stipulare un'assicurazione per la responsabilità professionale, in particolare

per alcune Specialità come la Chirurgia per le frequentissime denunce per malasana e la grande campagna mediatica che spinge sempre più pazienti alla denuncia.

C'è però un'ultima domanda da chiedersi: i giovani medici che si iscrivono al concorso di Specializzazione e poi non accettano la borsa, cosa fanno? Attualmente, vista la grande carenza di medici, è possibile lavorare in libera professione, anche temporaneamente. Il medico in libera professione può guadagnare molto di più di uno specializzando, lavorando molto di meno. Un'ora di lavoro in libera professione può essere pagata anche 100 euro, quindi un turno di 12 ore, come si suol dire "a gettone": 1200 euro. Un guadagno molto più elevato anche di un medico specialista strutturato. Le cose però stanno cambiando, per lo meno in Lombardia e nella nostra città. Secondo una direttiva Regionale di metà dicembre, è vietato

per i medici essere assunti "a gettone".

L'Università di Medicina e Chirurgia di Brescia forma ottimi medici e le Scuole di Specializzazione di Brescia ottimi Specialisti in tutti gli ambiti. Questo è un fatto obiettivo, che ci viene riconosciuto in tutta Italia. È indispensabile che ci si indirizzi, come sempre ha fatto l'Università, alla garanzia della qualità e non solo della quantità di medici.

Appare dunque che, almeno a Brescia, il problema che limita l'accesso dei giovani professionisti medici nel sistema di cura pubblico (soprattutto ospedaliero) non sia quindi la preparazione e neppure, in ultima analisi, il numero di medici che si laureano, ma piuttosto le condizioni di lavoro che si trovano a dover affrontare causate da decenni di sottofinanziamento del Servizio Sanitario Nazionale e che sono state aggravate dalla pandemia Covid. ●

I dati dell'Università degli Studi di Brescia

Scuole di Specializzazione	2023			2022			2021		
	Borse totali	Assegnate al 1° novembre	Borse vacanti	Borse totali	Assegnate al 1° novembre	Borse vacanti	Borse totali	Assegnate al 1° novembre	Borse vacanti
Allergologia e immunologia clinica	3	2	-1	4	4	0	5	5	0
Anatomia patologica	5	4	-1	5	0	-5	6	4	-2
Anestesia rianimazione, terapia intensiva e del dolore	46	12	-34	33	22	-11	60	47	-13
Cardiologia	5	4	-1	4	3	-1	4	4	0
Chirurgia generale	14	2	-12	13	9	-4	16	14	-2
Chirurgia pediatrica	5	5	0	3	3	0	6	6	0
Chirurgia vascolare (attivata da novembre 2023)	5	4	-1	-	-	-	-	-	-
Dermatologia e venereologia	5	5	0	6	6	0	7	7	0
Ematologia	8	2	-6	3	2	-1	1	1	0
Endocrinologia e malattie del metabolismo	-	-	-	-	-	-	4	4	0
Geriatrics	11	11	0	8	7	-1	13	13	0
Ginecologia e ostetricia	15	15	0	17	17	0	19	19	0
Igiene e medicina preventiva	12	4	-8	11	9	-2	17	14	-3
Malattie dell'apparato cardiovascolare	22	22	0	17	17	0	27	27	0
Malattie infettive e tropicali	10	9	-1	8	8	0	10	10	0
Medicina del lavoro	9	6	-3	9	8	-1	11	10	-1
Medicina dello sport e dell'esercizio fisico	4	3	-1	3	3	0	3	3	0
Medicina d'emergenza-urgenza	16	4	-12	16	3	-13	24	9	-15
Medicina e cure palliative (attivata da novembre '22)	5	2	-3	7	1	-6	-	-	-
Medicina interna	22	7	-15	17	16	-1	32	25	-7
Medicina legale	4	3	-1	3	2	-1	3	3	0
Medicina nucleare	5	0	-5	3	2	-1	3	1	-2
Microbiologia e virologia	4	0	-4	6	1	-5	7	1	-6
Nefrologia	13	5	-8	14	10	-4	16	16	0
Neurochirurgia	5	5	0	5	4	-1	6	6	0
Neurologia	9	9	0	8	8	0	8	8	0
Neuropsichiatria infantile	13	11	-2	19	17	-2	21	16	-5
Oftalmologia	7	7	0	6	6	0	7	6	-1
Oncologia medica	8	8	0	7	7	0	10	10	0
Ortopedia e traumatologia	12	9	-3	8	5	-3	10	10	0
Otorinolaringoiatria	5	5	0	7	7	0	8	8	0
Patologia clinica e biochimica clinica	4	0	-4	2	1	-1	3	1	-2
Pediatria	23	22	-1	23	22	-1	27	27	0
Psichiatria	23	9	-14	19	18	-1	28	25	-3
Radiodiagnostica	17	16	-1	12	9	-3	20	19	-1
Radioterapia	9	0	-9	6	1	-5	7	6	-1
Reumatologia	7	7	0	4	4	0	5	5	0
Urologia	11	8	-3	8	6	-2	9	6	-3
Totale complessivo	401	247	-154	344	268	-76	463	396	-67

Dalla parte degli specializzandi

Alessio Carabellese

per Anaaio Giovani ed ALS

Rappresentante nell'Osservatorio Regione Lombardia
per le specializzazioni mediche

Affrontare il tema dell'abbandono della borsa, nell'ambito delle specializzazioni mediche, è complesso quanto necessario. La rappresentanza a livello nazionale mi ha reso chiaro che esistono due ordini di problemi quando si parla di questi abbandoni.

Il primo ordine è certamente legato alla specializzazione in sé. Per come è strutturato il contratto, il medico in formazione specialistica, pur prendendo parte all'attività lavorativa, è uno studente, con un monte orario, il cui apporto non deve essere indispensabile alla gestione del reparto. Tant'è che da qualche anno esiste il cosiddetto dl Calabria che permette di strutturare un medico in formazione specialistica, di fatto facendogli perdere lo status di studente.

Nella realtà quotidiana, tuttavia, lo specializzando è costretto ad affrontare un monte orario anche doppio rispetto a quello previsto, turni che non hanno

lo smonto ed è spesso condannato alla gestione della burocrazia. In virtù di queste impellenze e di questo monte orario esagerato gli è di fatto preclusa l'attività lavorativa in guardia medica o in sostituzione nella medicina territoriale, trasformando di fatto la borsa di 1650 euro in una paga che oscilla dai 7 ai 3 euro l'ora nei casi più estremi e che va a compensare costi fissi come l'Enpam, l'iscrizione all'università ed un'assicurazione, oltre ai costi dei trasporti/alloggio quando ci si sposta nella rete formativa.

Un altro capitolo si apre con la presenza del tutor che dovrebbe essere sempre presente durante l'attività dello specializzando, cosa che non sempre si verifica o si verifica in maniera fantasiosa. Talvolta il medico in formazione specialistica, come in alcuni casi sicuramente estremi e famosi, viene utilizzato per svolgere ruoli di segreteria come accettare i pazienti al banco, o di *case management*.

Come associazione è capitato di avere interlocutori che archiviassero quest'ordine di problemi con una "poca propensione al sacrificio" degli attuali medici, individuando la "colpa" nelle possibilità che il mercato offre. Ovverosia "se non ci fossero così tante borse di specializzazione/medicina generale, avremmo risolto il problema".

La verità è che la generazione che oggi potrebbe invertire la tendenza è stata a sua volta vittima di questi abusi ed accade che sia pronta a giustificarli nel nome della formazione. Serve tuttavia qualcuno che spezzi la tendenza.

Recentemente sono stati pubblicati i questionari di valutazione delle scuole, è inutile dire che i tassi di abbandono si verificano perlopiù dove la situazione è più grave, statisticamente parlando. Come ho anticipato, esiste un secondo ordine di problemi: le prospettive.

Determinate specializzazioni al momento offrono condizioni lavorative future poco attraenti, collegate nella realtà al primo ordine di problemi.

Il direttore di scuola spesso, per quanto responsabile delle condizioni della specializzazione, non è altro che la vittima di un sistema che chiede un grande numero di prestazioni ad un organico anche dimezzato e che nella realtà non potrebbe funzionare (come dovrebbe) senza il sacrificio degli specializzandi, per come stanno le cose ora.

È chiaramente evidente che finire determinate scuole di specializzazione significa entrare poi come strutturato in un mondo composto: dall'impossibilità di esercitare libera professione, da lavoro sottorganico costante, da notti difficili e di scarso riconoscimento e tutela (basti vedere il numero di aggressioni verificatesi nei PS)

magari a fronte di colleghi gettonisti che, pur senza specializzazione, ottengono perlomeno soddisfazione economica (problema sollevato anche dal nostro assessore alla sanità regionale).

Concludo con delle considerazioni: **le specializzazioni dell'università di Brescia sono ampiamente perfezionabili** (specie sotto il profilo del monte orario, cosa non da poco...) ma le situazioni drammatiche sono **da ricercare altrove**.

Gli ordini di problemi che ho sollevato sono risolvibili?

Assolutamente sì. Porsi l'obiettivo di migliorare i questionari di valutazione (e non come è accaduto in alcune altre università, dove gli specializzandi hanno ricevuto un facsimile ed un invito a compilare in una determinata maniera) di per sé migliora la situazione. Conscio che gli specializzandi siano una risorsa importante per la sanità, bisogna lavorare ad un contratto di formazione-lavoro, che non preveda incompatibilità, che abbia un salario decente (ed adeguato al costo della vita attuale), che preveda delle vere ferie e dei veri giorni di malattia, così come la tutela del monte orario. In ultimo dovremo lavorare per risolvere il secondo ordine di problemi, perché quale che sia la sanità del futuro abbiamo bisogno di Internisti, di Urgentisti e di Chirurghi, così come di Patologi. ●



Una nuova idea di Pronto Soccorso

Colloquio con
Cristiano Perani

I problemi del Pronto Soccorso sono più che mai al centro dell'attenzione mediatica. Sovraffollamento, accessi inappropriati, tempi di attesa, aggressioni al personale, scarso appeal sugli specializzandi, fuga degli operatori, fino all'utilizzo dei cosiddetti "gettonisti". Ne parliamo con il dottor Cristiano Perani, responsabile del Pronto soccorso di Brescia degli Spedali Civili, per ragionare, partendo dalla sua esperienza, su quali possono essere le priorità da considerare per superare la crisi in atto.

 A cura di Gianpaolo Balestrieri e Lisa Cesco

Il Pronto Soccorso del presidio di Brescia degli Spedali Civili ha registrato lo scorso anno, escludendo il Pronto Soccorso pediatrico e quello ostetrico ginecologico, 67 mila accessi, con una tendenza in crescita dopo il periodo pandemico. Nel 2019 gli accessi erano stati 75 mila, poi l'arrivo del Covid ha rappresentato una cesura. Cosa è cambiato?

È cambiata la complessità: i pazienti sono più anziani e complicati - un fenomeno spiegabile anche con l'onda dell'invecchiamento della popolazione, ma anche con le scelte da parte dell'utenza verso un ospedale di elevata specializzazione - e al contempo ci dobbiamo confrontare con spazi disponibili più limitati rispetto a prima.



L'ospedale non è ancora "guarito" dal Covid, ci sono posti letto in meno, c'è stata la fuoriuscita di diversi operatori. E il Pronto Soccorso è particolarmente esposto perché per sua natura si trova nello snodo delicato tra il territorio e l'ospedale.

Eppure, siete l'ospedale di secondo livello con una delle migliori performance a livello regionale riguardo al *boarding*, ovvero il tempo passato in astanteria, spesso estenuante per il paziente, in attesa di un posto disponibile per il ricovero.

Abbiamo un tasso di *boarding* basso perché lavoriamo molto sulla strategia degli "appoggi", valorizzando i letti disponibili nei diversi reparti, grazie a un lavoro di rete: in questo modo si riesce a dare una destinazione al paziente nell'arco di ore, in media fino a un massimo di 8, decisamente più accettabile rispetto ad altri contesti, in cui le ore possono diventare 30, e i pazienti sono costretti in barella anche per giorni. Questo grazie alla preziosa

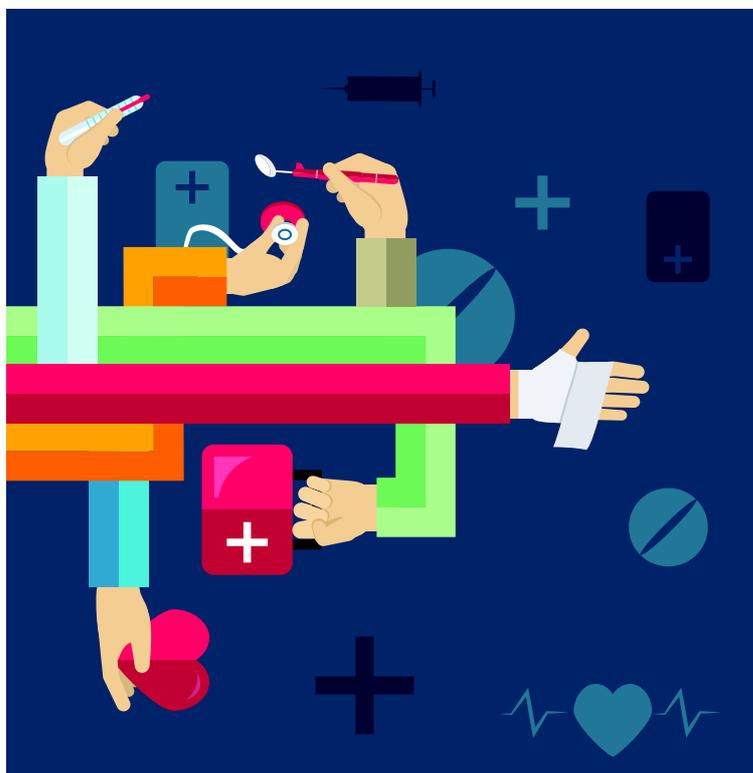
collaborazione dei reparti ospedalieri, che permette di ridurre la pressione che grava sul PS distribuendone quote al resto dell'ospedale.

Resta, invece, il problema del sovraccollamento: nei periodi più critici si arriva anche a picchi di 100 pazienti presenti contemporaneamente in Pronto Soccorso. Un aiuto importante sarebbe riuscire ad ottimizzare percorsi alternativi al PS, da costruire sia sul territorio che in ospedale, sul modello, ad esempio, del progetto DAMA realizzato per le persone con disabilità. Non va dimenticato che il Pronto Soccorso lavora bene sull'emergenza urgenza, ma per tutto il resto non siamo il luogo per dare le risposte più efficienti.

Più di vent'anni fa tu e un gruppo di allora giovani medici avete fatto la scelta professionale di lavorare in PS, fino a quel tempo considerato un punto di passaggio iniziale nella carriera di un medico ospedaliero.

Quali sono state le motivazioni di allora?

Da specializzando in Medicina Interna con indirizzo in Medicina d'Urgenza ho vissuto la nascita di una nuova idea di Pronto Soccorso, non più imperniato sul principio del personale a rotazione ma di un'équipe unica, in cui ha creduto l'allora primario Paolo Marzollo, sul modello di quanto accadeva anche all'ospedale Niguarda di Milano per iniziativa di Daniele Coen. L'idea, che ha precorso i tempi, era quella di formare il medico unico di Pronto Soccorso, intuizione che diversi anni dopo sarebbe stata formalizzata con il debutto della Scuola di specialità in Medicina di Emergenza Urgenza. La prospettiva di lavorare in PS da una parte mi spaventava, dall'altra mi stimolava, nella convinzione che un anno di esperienza lì mi sarebbe tornato utile per avere le spalle più larghe quando sarei tornato in reparto. Alla fine in reparto non ci sono più tornato.



Il bello del tuo mestiere?

Lavorare in Pronto Soccorso è bellissimo se vuoi fare il clinico. La sfida diagnostica è affascinante, riuscire a inquadrare il paziente, fare una buona stratificazione dei sintomi. Io, in particolare, ho coltivato la passione per la diagnostica ecografica, un ambito che mi ha dato occasioni di crescita e confronto anche con altre realtà. Va detto che nella fase iniziale del "nuovo" Pronto Soccorso eravamo un nucleo di giovani con pochi maestri (perché il primario e i medici più esperti erano prevalentemente rianimatori), ma molto motivati a studiare e a fare gruppo fra di noi. La paura di sbagliare era il motore, ed essendo giovani, inesperti ma sempre aggiornati in corso d'opera e aperti alle novità, scoprivamo che si riusciva ad essere efficaci nei nostri interventi. Fondamentale è stato il lavoro di équipe, la condivisione stretta con infermieri e consulenti. Quel nucleo storico, pur con gli inevitabili cambiamenti e defezioni, si è mantenuto fino ad oggi.

I giovani medici dimostrano scarso interesse verso la Medicina di Emergenza Urgenza, come rivelano i molti posti scoperti nella Scuola di specialità: a Brescia nel 2023 su 16 borse disponibili solo 4 sono state assegnate.

Quali soluzioni possibili?

Ritengo indispensabile ripartire dalla motivazione. Rispondere alle aspettative degli specializzandi, valorizzare la loro professionalità. Ad esempio, creando i presupposti perché possano misurarsi con tutte quelle attività che il curriculum europeo consente loro di svolgere. Pensiamo alle diverse procedure e *skill* specifiche dell'emergenza urgenza, con cui il giovane medico può cimentarsi in autonomia e con soddisfazione.

Una volta completato il percorso di specializzazione questi medici hanno sempre più "mercato".

Come trattenerli?

Lo sforzo da mettere in campo è quello di essere attrattivi perché scelgano di fermarsi in un ambito come il Pronto Soccorso, dove il rischio medico legale è elevato, i momenti di tensione inevitabili, l'interfaccia con gli altri reparti non sempre semplice.

Nella nostra esperienza si lavora per offrire opportunità come quella di sperimentarsi anche sul territorio, nelle ambulanze e nel servizio 118, così come nel nuovo reparto di Medicina d'Urgenza, che ospita un'area semi intensiva di stabilizzazione e osservazione, e nell'Osservazione Breve Intensiva dove è possibile stabilire un rapporto più stretto con il paziente.

Avere l'occasione di ruotare fra i diversi *setting* è un elemento che può fare la differenza, analogamente alle possibilità di crescita offerte dall'attività didattica e di aggiornamento, ad esempio per specializzarsi nelle tecniche ecografiche. Non va poi trascurato il benessere organizzativo, che va salvaguardato anche ponendo, quando necessario, alcuni "paletti" per regolare i turni nel week end o la rotazione nei Pronto Soccorso dei presidi periferici.

Andrebbero aumentati i compensi per chi lavora in Pronto Soccorso?

Quella di Pronto Soccorso è per sua natura un'attività logorante e ad alto rischio, e questo vale non solo per i medici (che se lavorano in PS, peraltro, abitualmente non fanno libera professione) ma anche per gli infermieri, che condividono responsabilità importanti e un carico di lavoro stressante.

Sarebbe indispensabile, quindi, permettere di differenziare il *setting* in cui si lavora, anche sotto l'aspetto retributivo, riconoscendo agli operatori di PS compensi proporzionati all'impegno richiesto.

Come vedi la recente delibera di Regione Lombardia che per prima ha messo al bando i medici "gettonisti", a favore di medici libero professionisti che vengono selezionati con bando Areu?

Il problema sostanziale con i "gettonisti", al di là delle competenze dei singoli, è che non fanno parte del gruppo, e quindi del suo miglioramento: non essendo in organico, e non garantendo una presenza continuativa, non possono essere coinvolti nei percorsi di formazione, organizzativi e di confronto. Anche per queste ragioni dallo scorso ottobre nel PS del presidio di Brescia, facendo leva sui turni incentivati, non ci appoggiamo più a medici gettonisti (che da noi si sono sempre occupati solo di codici minori). La delibera di Regione introduce un miglioramento, soprattutto perché normalizza i compensi, che prima erano sproporzionati rispetto ai corrispettivi riconosciuti ai medici strutturati. Penso che la sfida, ora, sia diffondere la normativa anche nelle altre Regioni, diversamente si rischia un impoverimento di professionisti che potrebbero decidere di spostarsi nelle aree limitrofe alla Lombardia, dove è più redditizio prestare servizio.

Al bando di Areu per la selezione dei libero professionisti da destinare ai Pronto Soccorso possono partecipare anche gli specializzandi.

Questo è un aspetto fondamentale, perché attingere al bacino degli specializzandi è un modo per dare loro responsabilità e gratificazione. La gestione della bassa intensità e dei codici minori in Pronto Soccorso equivale infatti alla continuità assistenziale, può essere quindi coperta dai medici in specialità.

Il Pronto Soccorso è crocevia di tanti vissuti, che possono generare tensioni e spesso sfociare in episodi di violenza, come purtroppo documentano le cronache. Qual è la tua esperienza?

Le forme di aggressione più frequenti sono legate a pazienti con *background* di abuso di sostanze e problemi psichiatrici, ma nella quotidianità di tutti i giorni a pesare di più è l'intolleranza dei parenti dei pazienti meno urgenti.

Oltre agli incontri con la Questura per verificare l'andamento degli episodi di violenza e a passaggi periodici di agenti di Polizia, che hanno un effetto di deterrenza e rendono il personale più tranquillo, un aspetto importante su cui stiamo lavorando è la cura della comunicazione, che viene gestita dalle volontarie della Croce Rossa Italiana e dell'associazione Agape. Si tratta di un lavoro prezioso nei confronti dei famigliari e dei pazienti, che consente di stemperare tensioni, chiarire incomprensioni e tenere sotto controllo i comportamenti. L'obiettivo futuro è di ampliare il progetto, per assicurare una presenza continuativa di queste figure, con il coinvolgimento della rete del volontariato locale. ●

La Medicina d'Urgenza? È lei che ha scelto me

Colloquio con
Giorgia Muzi

Mai trascurare i dettagli, le sfumature. Perché in medicina d'urgenza anche un caso apparentemente banale può nascondere insidie inattese. Quindi «mente aperta e "fonendo" al collo, sempre. Di fronte al malato abbiamo innanzitutto occhi e orecchie da sfruttare». **A volte è un particolare - se lo sappiamo osservare con attenzione - a darci la traccia giusta da seguire.**

 A cura di Gianpaolo Balestrieri e Lisa Cesco

Giorgia Muzi è specializzanda al quarto anno in Medicina di Emergenza Urgenza nella Scuola dell'Università degli Studi di Brescia diretta dal prof. Massimo Salvetti. È entrata in specialità nel gennaio 2021, ha vissuto la coda della pandemia da Covid. Il suo accento morbido tradisce le origini umbre: dopo la laurea in Medicina a Perugia, e alcune esperienze nella medicina del territorio, ha partecipato al bando per la specialità nello stesso ateneo, non riuscendo per un soffio ad entrare nella Scuola della sua città. Cercava una formazione di qualità, le è stata consigliata Brescia per la bontà della Scuola, e lei non ci ha pensato due volte a fare le valigie per trasferirsi al Nord.



Una scelta controcorrente, la sua, se si scorrono i dati sulle borse rimaste scoperte in questa specialità, che si conferma scarsamente attrattiva per i giovani medici. «Io non ho scelto la Medicina d'Urgenza, ma sono stata scelta da lei.

È stato casuale questo nostro incontro - racconta - La scintilla è scoccata quando ho capito che questa attività - che all'inizio non sapevo si chiamasse Medicina d'Urgenza - rispondeva alle mie necessità. In questo mi ha aiutato, già prima della laurea, frequentare come medico volontario un reparto seguito dagli urgentisti, con cui poi ho fatto la tesi.

La Medicina d'Urgenza viene spesso considerata un ibrido, è poco conosciuta - anche dagli studenti di Medicina e dai colleghi più giovani - e non per quello che è davvero».

Cos'è, dunque, questa disciplina per cui si fatica a trovare medici da formare e inserire in organico?

«È un ambito stimolante perché vedi casi molto diversi fra loro, situazioni che possono avere un'evoluzione repentina e imprevedibile: i tempi sono ristretti, devi pensare veloce, non farti ingannare dall'errore di fissazione, cercare di inquadrare la situazione e organizzare ciò che ruota attorno a te. Lavorare in *team* è fondamentale, dal momento che **ciascuno può dare sempre un aiuto prezioso**».

Dal punto di vista professionale può essere molto stimolante, «perché è giovane e in divenire, richiede un costante impegno nello studio, devi informarti, conoscere, tenerti aggiornato - questo è un aspetto che mi piace molto - e ha grandi potenzialità, **anche sotto il profilo della ricerca**».

Ma a sentir parlare di un lavoro "in trincea" e ad alto tasso di adrenalina

si schermisce, perché il rischio di cadere nei *cliché* non aiuta a capire le cose. «Nei reparti di Medicina si ha il tempo di studiare il malato, nella Medicina d'Urgenza il tempo di studio è più breve e concentrato, per questo va organizzato e orientato. Rispetto al tradizionale approccio "verticale" si tratta di imparare un modo di lavorare "orizzontale", per prendersi cura di tanti pazienti in contemporanea», sottolinea.

«Un vantaggio è essere educati fin dall'inizio all'utilizzo dell'ecografo: abbiamo degli strutturati bravissimi nelle ecografie, anch'io voglio diventare così».

All'ospedale Civile Giorgia si divide tra il Reparto di Medicina d'Urgenza, dove vengono accolti i pazienti più acuti, e il Pronto Soccorso, ma ha alle spalle la conoscenza di molti reparti, dalla Medicina Interna alla *Stroke Unit*, dall'Unità di Terapia Intensiva Coronarica a diversi altri dove l'ha portata in questi anni il percorso formativo. Senza dimenticare le uscite sul territorio in automedica: «Una medicina bella, intensa, difficile: quando arriva l'allarme non sai mai cosa c'è dietro».

Le rotazioni - spiega - sono una componente cruciale, «insieme all'incontro con persone competenti che ti trasmettono il sapere e l'amore per quello che fanno. Poi c'è l'insegnamento indiretto, quello che cogli osservando l'esempio dei colleghi più esperti. Sotto tutti questi aspetti sono stata molto fortunata». Se le si chiede cosa le piace del suo lavoro, risponde «poter imparare ad acquisire consapevolezza, sicurezza e conoscenze necessarie per sapere cosa fare, per poter aiutare i pazienti che si presentano in Pronto Soccorso».

«È la qualità dell'aiuto che riesco a dare a fare la differenza - sostiene - Se arriva un paziente con dolore toracico il mio obiettivo non può limitarsi a chiamare il cardiologo, perché il mio aiuto sarebbe parziale. Posso cercare di capire, ad esempio, se c'è dell'altro sotto le pieghe di ciò che appare a prima vista come un problema cardiologico: nel nostro lavoro si impara presto che non sempre le cose sono come sembrano, e un problema che si presenta in un modo può celare in realtà qualcosa di completamente diverso. Lo stesso accade con i codici minori, che possono essere i più ingannevoli: un codice rosso, che ha tutta la tua attenzione, può facilmente diventare giallo, ma un codice verde, apparentemente di urgenza minore, può rivelarsi più insidioso di quanto sembri».

Davanti a quel paziente che attende sul lettino con dolore al torace, l'obiettivo quindi «è cercare di aiutarlo bene: quello che offriamo è un servizio pubblico cui ciascun cittadino contribuisce per renderlo possibile, anche per questo devo provare a dargli il meglio che posso». Giorgia ha già le idee molto chiare anche su un altro aspetto: col malato è importante parlarci. «Ed è importante farlo sentire partecipe di quello che sta succedendo - dice - Perché lui in quel momento non lo sa, si sente impaurito, sperduto, inquieto: l'aspetto relazionale è cruciale». Poi ci sono quelli che vedendoti giovane e donna ti chiamano "signorina", e magari con lo strutturato che ti affianca hanno un atteggiamento molto diverso. «Ma anche questo, se fatto in buona fede, non mi dà fastidio. Non lo accetto, invece, se percepisco un atteggiamento di sufficienza o di presunzione».

E la conciliazione dei tempi di vita e di lavoro? «In questo momento della mia vita, in cui sono concentrata sull'aspetto professionale, questo problema non me lo sono posto. Penso però che un sistema impostato sui turni, come accade in Pronto Soccorso e in Medicina d'Urgenza, renda più facile organizzare i tempi di lavoro e i tempi della vita privata». Certo, se la Medicina d'Urgenza "soffre", è indubbio che ci siano aspetti perfezionabili. «Realisticamente un miglioramento dell'aspetto economico potrebbe essere un incentivo, così come una maggiore tutela sotto tanti punti di vista. Ma di fondo deve cambiare la mentalità con cui si percepisce il Pronto Soccorso, che non è un ambulatorio o il piano B rispetto al medico di medicina generale. Questo purtroppo la popolazione l'ha un po' dimenticato, ma una maggiore attenzione e una più proficua collaborazione, oltre che un miglioramento anche dei servizi e delle risorse territoriali e ambulatoriali offerti alla cittadinanza, assicurerebbero migliori prestazioni per tutti». ●

La cura dei fragili e la seduzione della geriatria

Renzo Rozzini

Fondazione Poliambulanza-Istituto Ospedaliero

Il paziente ha 89 anni ed è stato ricoverato nel reparto di Geriatria passando dal PS due giorni fa per un edema polmonare. Sulla base della cartella clinica e di come mi saluta alzandosi dalla sedia, da come cammina e mi stringe la mano ho la presunzione di sapere se e come supererà la fase acuta, quanto tempo impiegherà a ottenere un compenso stabile (i.e. la durata della sua degenza), che probabilità ci sono che abbia un *delirium* (di confondersi durante l'ospedalizzazione) o di un rientro precoce dopo la dimissione, se avrà o meno bisogno di un reparto di postacuti. Insomma, ho la presunzione di conoscere il paziente, i suoi bisogni assistenziali e la sua prognosi. Al primo colloquio la figlia dimostra il suo disappunto per il fatto che il papà non sia stato ricoverato in cardiologia ("il papà soffre di mal di cuore, che ci fa in geriatria?").

La paziente ha 88 anni, è ricoverata per trauma cranico dopo l'ennesima caduta. È ipertesa con ipotensione ortostatica, diabetica, ha una pancreatite cronica, una poliartrrosi, una maculopatia degenerativa e una malattia a corpi di Levy-Parkinson. Tre anni fa è stata operata per una frattura di femore conseguente all'ennesima caduta. Nell'ultimo anno è dimagrita circa 5 kg, si stanca dopo "due passi", è diventata ancor più lenta nei movimenti. Ha allucinazioni visive (vede bambini, gattini, fiori). Anche in questo caso ritengo di conoscere quale sia l'approccio medico e assistenziale da perseguire, nonché la futura traiettoria di salute del paziente. I familiari hanno chiesto in direzione di poter trasferire la mamma dal mio reparto in Neurologia, "dove curano il Parkinson".

Ho iniziato a fare il medico quarant'anni fa e anche allora chi mi chiedeva che specialità facessi (Geriatria!) di solito manifestava una delle seguenti reazioni: o il volto si contorceva come se avesse appena annusato qualcosa di disgustoso, oppure mi faceva i complimenti per il buon cuore, per la dedizione altruistica...(mai per la scienza!). Queste risposte apparentemente opposte erano in realtà le stesse. Entrambe implicavano, secondo il pensiero comune, che quello che volevo fare e che ho fatto è qualcosa che nessuno sano di mente farebbe mai.

La nascita della geriatria: breve storia

Le basi per la costituzione della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) furono gettate nel 1949 su iniziativa del Prof. Enrico Greppi (Clinico Medico dell'Università di Firenze).

La società fu fondata a Firenze il 28 aprile 1950 con lo scopo di "promuovere e coordinare gli studi sulla fisiopatologia della vecchiaia, nonché di affrontare, anche nei suoi aspetti di ordine sociale, il grave e complesso problema della vecchiaia". La fondazione avvenne 5 anni dopo la prima distribuzione di penicillina, sulla base della percezione che il controllo delle malattie trasmissibili (prevalentemente con il benessere) avrebbe avuto come conseguenza l'allungamento della vita e l'emergere delle malattie cronico-degenerative.

Il primo presidente fu lo stesso Greppi, che manterrà la carica fino alla morte, avvenuta nel febbraio 1969. Nel 1950 la SIGG è stata ufficialmente riconosciuta dalla *International Association of Gerontology* (IAG) nel 1° Congresso Internazionale di Gerontologia. Nel 1949 in Italia oltre alla Società di Gerontologia e Geriatria nascevano le circa 650.000 persone che quest'anno compiranno 75 anni, e che sono andate ad aggiungersi ad altri 6.000.000 ultrasettantacinquenni che rappresentano più del 12% degli italiani, una consistenza demografica che ben giustifica una specialità focalizzata specificamente sugli anziani.

L'attrattività della geriatria

La geriatria potrebbe essere un campo attraente per i medici, non solo per la crescente dimensione dell'utenza potenziale, ma soprattutto per il suo *background* culturale sempre più maturo, per le sue differenze rispetto ad altre specialità ("la specificità della geriatria") che hanno a che fare con aspetti che vanno oltre le singole patologie. Si tratta infatti abitualmente di malattie croniche degenerative o acute superimposte a quelle croniche - quali la multimorbilità, la politerapia, lo stato

funzionale e mentale. L'attrattività per i medici sta anche nell'enfasi particolare che la geriatria pone sull'assistenza da parte di un *team* interdisciplinare e sui bisogni degli operatori sanitari e dei familiari: si tratta di condizioni che la rendono assai vicina alla medicina dei maestri fondatori, orientata alla cura della persona nella comunità piuttosto che della singola malattia.

E invece... una professione in declino?

In un mondo perfetto, il numero di geriatri dovrebbe essere in linea con il numero di pazienti che probabilmente trarrebbero beneficio dalle loro cure: pazienti di età ≥ 85 anni, con problemi biomedici, funzionali, psicosociali complessi (complessità), fragili (cioè, predisposti alla repentina perdita dell'autosufficienza a seguito di un evento fisico o psichico stressante), che necessitano di cure palliative o di cure post-acute o di assistenza a lungo termine.

La realtà è diversa, il numero dei geriatri è nettamente inferiore alla potenziale necessità e paradossalmente, a fronte dell'aumento della domanda legata non tanto all'invecchiamento della popolazione in sé quanto all'aumento delle condizioni mediche favorite dall'invecchiamento, in alcuni paesi **la professione della geriatria è invece in declino. Negli Stati Uniti, ad esempio, il numero di geriatri abilitati è sceso da 10.270 nel 2000 a 7.413 nel 2022. Nel 2022 sono state occupate solo 177 delle 411 borse disponibili per la specializzazione in geriatria (43%), la percentuale più bassa di tutte le borse di studio in 71 specialità mediche.**

Alcuni attribuiscono la mancata attrattività della professione di medico geriatria ai compensi ridotti: lo stipendio medio dei cardiologi negli US è di 430.000\$, quello degli oncologi è di 370.000\$, quello dei geriatri che lavorano in RSA meno della metà, inferiore del 10% di quello dei MMG (family medicine) e del 15% inferiore a quello degli "hospitalists".

La situazione è più complessa e non può essere spiegata semplicemente sulla



base del minor stipendio come è reso evidente dall'osservazione che la pediatria, nonostante offra salari anche più bassi della geriatria, rimane un percorso di carriera post-universitario più interessante e frequentato. In uno studio condotto su studenti del primo anno di medicina le percezioni negative sugli anziani si riferivano alle circostanze che questi "erano intrinsecamente pazienti a fine vita", cognitivamente compromessi, con problemi medici complessi e "improbabili" da risolvere, socialmente "bisognosi", di interesse scientifico trascurabile. È ovvio che questa considerazione nei confronti dell'invecchiamento e degli anziani influenzi in modo incisivo il processo decisionale professionale dei futuri medici. Del resto, l'attitudine negativa rispecchia quella del *mainstream* complessivo medico al proposito (e quindi del sentire comune, della società): la negazione della vecchiaia e del morire. Si consideri l'ospedale: negli ultimi 20 anni il numero dei pazienti ultra85enni ricoverati in reparti medici e in reparti chirurgici è aumentato del 250%, rappresentando una quota sempre più rilevante della popolazione ospedaliera (e dell'impiego di risorse), ma in nessun ospedale (nessuno!) esiste un'anagrafe della disabilità, che è il principale predittore di *outcome* dell'età avanzata, un'anagrafe della fragilità, che è il principale predittore di recupero (di resilienza, cioè durata

della degenza) e della compromissione cognitiva, che è predittore di necessità assistenziale. Non si può non rilevare che la sanità ospedaliera, la più aziendalizzata delle organizzazioni di cura, e quindi quella con il maggior interesse a identificare e risolvere le potenziali barriere all'efficienza, è dominata da pregiudizi radicati e non sa parimenti vedere (non vuole vedere!) una realtà che da un lato mette a nudo i limiti ineludibili della vita e dell'altro il proprio vano percepirsi onnipotente.

La percezione del fine vita

Fino a non troppi anni fa si moriva a casa e il fine vita era amministrato dalla gerarchia familiare; oggi a casa non si muore più, il paziente grave, anche se palesemente inguaribile, viene portato in ospedale. Qui ci si atteggia come se l'esistenza dell'uomo non avesse un termine, come se non si dovesse mai morire. **La vita è completamente medicalizzata e si combatte la morte come fosse una patologia, sforzandosi di rinviarla costantemente, alla fragilità non si concede la dignità della scadenza.** Anche quando la prognosi è ineludibilmente, sfavorevole, la morte è estromessa dalle corsie (solo la recente epidemia Covid ha riportato la morte in ospedale); il paziente terminale viene trasferito per la buona morte negli *hospice*, originariamente dedicati alla patologia oncologica e ora anche a tutte le altre patologie con prognosi infausta a breve in ospedale. Nessuno può morire in corsie specialistiche. Se si muore in ospedale, si muore solo nelle corsie internistiche e in rianimazione, una morte medicalizzata sotto la supervisione di medici e infermieri affettivamente e psicologicamente estranei. Con il ricovero si scinde artificialmente la vita fisica da quella psichica, il corpo è frammentato, la cura dei singoli organi o apparati è l'obiettivo dell'atto di cura. D'altro canto, la medicina rispecchia il pensiero comune: i valori dominanti ci danno il quadro di una società ipomaniacale e giovanilista. L'uomo proposto dai media - o a cui questi si rivolgono - è estroverso, attivo, sano: scarsi sono i segni fisici, ma soprattutto psicologici, della vecchiaia. La

pubblicità propone all'uomo medio molti beni di consumo che sono nella prospettiva di artificioso giovanilismo in quanto fanno sentire giovane.

La morte è consumata in privato "quasi di nascosto, come fosse materiale pornografico" e invecchiare è vergognoso.

La vecchiaia nel prossimo futuro

La vecchiaia ha oggi una presenza statisticamente senza precedenti: nell'ultimo secolo, mentre la popolazione italiana è raddoppiata, la popolazione dei vecchi è cresciuta di sette volte. Il mondo occidentale, che ha avuto il massimo sviluppo negli ultimi 50 anni (vedi Cina o India che in questo periodo hanno visto un incremento della speranza di vita di 30 anni), sta cominciando a sperimentare il pieno impatto dell'invecchiamento della popolazione.

La fragilità colpisce fino alla metà della popolazione di età superiore agli 85 anni e si stima che il numero di persone di età superiore a 85 anni sia destinato a raddoppiare entro il 2045.

Se si considera che ci vogliono in media 10 anni dall'ingresso nella facoltà di medicina per formare un geriatra, è evidente che **abbiamo bisogno di agire ora per garantire un numero sufficiente di medici con competenze specialistiche per far fronte alle complesse esigenze degli anziani.**

Questa crisi non può essere risolta con misure a breve termine che affrontino solo una parte del problema. Fornire assistenza sanitaria di qualità a tutte le persone, quando e dove ne hanno bisogno, richiede una pianificazione strategica e investimenti in soluzioni creative e sostenibili. Ciò include il miglioramento dei termini e delle condizioni per il personale del SSN e l'introduzione di opzioni di carriera attraenti per essere in grado di assumere e trattenere più personale a tutti i livelli. I processi di cura della popolazione longeva necessitano della guida di geriatrici esperti nel bilanciare i danni e i benefici degli interventi per gli anziani; il reclutamento di questi è solo una parte di una sfida più ampia, ma fondamentale per la pianificazione della forza lavoro.

Conclusioni

La vecchiaia, il mondo medico e sanitario, che hanno a che fare con l'invecchiamento e la longevità, apparentemente "non sono sexy": e perché mai ci si dovrebbe occupare di un qualcosa che non lo è.

Eppure, non solo è necessario farlo da un punto di vista morale (una comunità che abbandona i vecchi è una comunità incivile), ma può essere al contrario addirittura esaltante occuparsi di malattie e di forza terapeutica, della vita e del suo senso, di storie, di ricchezze e povertà, di misericordie e della bellezza del curare. E forse i giovani medici di alcuni paesi europei, compresa l'Italia, potrebbero averlo compreso, posto che si segnala una straordinaria controtendenza rispetto a paesi con *background* più tecnologico e meno umanistico.

Io mi ritengo fortunato di averlo fatto e se tornassi indietro vorrei poter fare la medesima scelta. Non c'è nessun'altra disciplina, che pur necessariamente deve fare i conti con la vecchiaia, che sia dotata di strumenti culturali per poterla comprendere come la geriatria. **Non c'è alcuna disciplina medica che ha a che fare con l'età avanzata così intrinsecamente "medica" come la geriatria.** Le altre discipline, compresa la medicina interna, non possono capire appieno i vecchi, perché sono cresciute e sviluppate occupandosi d'altro, così che i vecchi li devono tollerare.

Per me la geriatria è stata davvero una chiamata. Per di più, oltre alla gratificazione professionale, mi ha dato riconoscibilità sociale e benessere.

Cosa c'è di più sexy? ●

Da leggere

- Tinetti M. Mainstream or extinction: can defining who we are save geriatrics? *J Am Geriatr Soc.* 2016;64(7):1400-1404.
- Gurwitz JH. The Paradoxical Decline of Geriatric Medicine as a Profession. *JAMA.* 2023 Aug 22;330(8):693-694.
- Palmer RM. Not enough geriatricians or not where they are needed? *J Am Geriatr Soc.* 2023; 71:2701-2703.
- Michel Jean-Pierre, Ecartot Fiona, Geriatric Medicine as a Profession. *JAMA.* 2024 Jan 9;331(2):164.

Intervista a

PAOLO GUARNERI 

a cura di Gianpaolo Balestrieri e Lisa Cesco

Chi è

Paolo Guarneri lavora nella cooperazione internazionale. Di origini bresciane, ormai da molti anni collabora con le ONG e le istituzioni impegnate in molte aree del mondo teatri di guerre, crisi umanitarie, migrazioni forzate. È stato in Libano, Gaza, Iraq, Yemen, Grecia, Venezuela, Siria, Laos, cui si aggiunge l'Afghanistan, Paese dove è tornato più volte, occupandosi in particolare di gestione della logistica di diversi ospedali. Un'esperienza che gli ha fatto toccare con mano le molteplici sfide in ambito sanitario, e che può essere di ispirazione per i medici e in generale gli operatori sanitari che coltivano il desiderio di lavorare per un periodo in questi scenari complessi. Lo abbiamo intervistato.

Ritorno a Kabul



Raccontaci del perché di questa scelta, del tuo ruolo, delle difficoltà, delle soddisfazioni incontrate.

Ho scelto questo percorso all'Università, frequentavo Economia a Parma e alcuni compagni di studi mi hanno fatto scoprire questo mondo, che mi ha da subito appassionato. Il primo stage è stato in Ecuador, nel 2005, durante l'ultimo anno di Università. Poi nell'autunno dello stesso anno in Pakistan, dopo il terremoto, ho fatto la mia prima vera esperienza nella cooperazione internazionale, che lì è proseguita con il mio primo contratto di lavoro, fino a giugno 2006. In quel periodo mi sono dedicato al coordinamento di progetti di *livelihood*, per assicurare i mezzi di sussistenza, curando

"Il mio lavoro è più divertente di tanti altri, richiede curiosità e insegna ad accogliere tanti punti di vista, senza pregiudizi"

la parte degli acquisti, strutture, trasporti, stoccaggio, approvvigionamento energetico. Successivamente, quando è iniziata la collaborazione con Emergency, durata sei anni, ho iniziato ad occuparmi di logistica, diventata il mio principale ambito di azione. Ed è proprio lavorando per Emergency che mi sono occupato della gestione dei loro ospedali in Sudan, Sierra Leone, Afghanistan.



In Afghanistan sei stato la prima volta nel periodo 2010-2011. Ora ci sei tornato, trovando uno scenario politico cambiato.

Ai tempi della campagna armata lanciata dagli Stati Uniti in Afghanistan la guerra vera era al sud del Paese, dove rimanevano province sotto il controllo dei Talebani. Adesso che ci sono tornato - ho svolto una consulenza con l'Organizzazione Mondiale della Sanità per la revisione e il monitoraggio dei centri sanitari, finanziati o non da OMS - si è capovolta la situazione: le regole che valevano per pochi territori del sud sono imposte in tutto il Paese, vige un sistema teocratico per cui la religione si fonde con lo Stato Civile, e il primo bando promulgato ha impedito il lavoro delle donne, seguito da quello sull'educazione femminile, che deve fermarsi alla nostra quinta elementare. Da un diverso punto di vista, invece, la sicurezza raggiunta oggi non è paragonabile a prima, conseguenza di un controllo capillare del territorio che non c'era mai stato. Molte persone non hanno visto i parenti per anni, perché risiedevano in zone dove era pericoloso andare, mentre ora sono posti raggiungibili come tanti altri. Questo per dare la misura di come sia difficile valutare i benefici e i danni di quello che è successo.



Ospedale nella provincia di Takhar, nel nord dell'Afghanistan



Che Paese è l'Afghanistan?

È un Paese per l'80% rurale e solo per il 15% urbanizzato, dove vivono 40 milioni di persone. Spostarsi in provincia è come andare indietro di cento anni, ti accorgi che non hai fatto un viaggio nel tempo solo perché vedi gli smartphone o qualche sparuto pannello solare. Il paesaggio è popolato da animali e utensili da lavoro che da noi possiamo vedere solo nei musei. I nuclei famigliari sono numerosi, con 7/8 figli, più famiglie condividono la stessa casa, il principale mezzo di sussistenza è l'agricoltura, che si deve confrontare con grossi problemi legati all'acqua, alla siccità e al cambiamento climatico.



Dopo la presa di potere dei Taliban, nell'agosto 2021, il sistema sanitario sta affrontando gravi problemi - quali povertà e malnutrizione, come documentano le corrispondenze delle riviste mediche, in particolare *The Lancet* - ma non è collassato grazie anche all'aiuto internazionale. Qual è il tuo punto di vista?

Il sistema non è crollato, anche se qualcosa è stato chiuso, ci sono meno fondi e alcune strutture sono state accorpate. Si avvertono problemi nei servizi medicali (pensiamo, ad esempio, a quando è necessario calibrare una Tac, operazione condizionata dall'indisponibilità di consulenti che le principali aziende medicali produttrici, con sede negli Stati Uniti, non inviano in Afghanistan), così come la difficoltà ad avere accesso a farmaci di qualità. Sul fronte degli ospedali, Emergency ha mantenuto sia l'ospedale di Kabul, che quello di Lashkar-gah riconvertito da ospedale di guerra a ospedale di trauma, e quello di Anabah, in Panshir, dove c'è il reparto di maternità: tutti e tre funzionano al 100%. Esiste poi un sistema sanitario "governativo", che implementa ad esempio programmi sulla malnutrizione infantile, un problema molto avvertito sui territori. Ed esistono gli ospedali privati, quindi a pagamento, sul modello americano.



Che impatto ha avuto l'egemonia Taliban sull'intervento delle Organizzazioni Non Governative?

Nel 2011 in Afghanistan c'erano tutte le organizzazioni del mondo, ora i "super big" sono presenti in scala drammaticamente ridotta. Con il divieto ordinato alle donne di lavorare nelle ONG e svolgere attività umanitarie e il bando posto alle organizzazioni che si occupano di educazione, che non possono più lavorare, la situazione si è complicata. C'è poi il problema della separazione totale fra uomini e donne imposta dal regime talebano e del divieto a proseguire gli studi per le donne, che dal punto di vista sanitario comporterà l'assenza di dottoresse (già ora i medici sono quasi tutti uomini). Solo per seguire le gravidanze al momento ci sono ancora ostetriche e infermiere.

Realtà della cooperazione internazionale hanno dovuto affittare due palazzi distinti per far lavorare in uno gli uomini e nell'altro le donne. Va ricordato che il primo aspetto che le organizzazioni devono garantire è la sicurezza di chi ci lavora: c'è chi ha dovuto ripiegare perché il "costo" di rimanere era insostenibile.



Se la condizione delle donne è molto peggiorata, con la perdita dell'accesso all'istruzione e al lavoro, più in generale come sta vivendo la popolazione afghana la repressione imposta dal regime?

L'Afghanistan ha una popolazione abbastanza giovane. Io ho 42 anni, e chi ha la mia età non ha mai vissuto un anno di pace in quel Paese, soggiogato prima dall'Unione Sovietica, poi dai Talebani, poi dagli Stati Uniti e poi ancora dal ritorno dei Talebani, tutti passaggi conditi da una violenza indicibile. Chi ha pagato le conseguenze sono state le persone normali, costrette a vivere nell'incertezza totale, con cui ti confronti da subito.

Ci si è sempre preoccupati poco delle ripercussioni della violenza creata: forse, se fosse stato potenziato il sistema sanitario e scolastico, non avremmo bambini che già a dieci anni imbracciano un'arma.



Lo scorso 7 ottobre il pogrom di Hamas nel Neghev israeliano ha oscurato la notizia del terremoto nell'Afghanistan nordoccidentale, che ha causato più di 2 mila vittime.

Ero in Afghanistan quando c'è stato il terremoto, di cui a malapena è stata data la notizia. Il problema, per gli afghani, è di essere costantemente quelli che vengono dimenticati, nonostante la portata degli eventi. Ci si porta dietro il marchio perenne dell'equazione "afghano uguale terrorista", un pregiudizio che rimane addosso e che pesa, soprattutto se lo stesso rigore non vale verso le politiche sbagliate di altri Stati.



OMS e Croce Rossa denunciano il calo dei fondi destinati alle crisi umanitarie nel 2023, e nel 2024 in particolare per il Corno d'Africa e l'Oriente. Pochi Paesi donatori con quote in calo a fronte dell'impennata delle spese militari. Come si rifletterà questo sull'intervento sanitario?

La riduzione dei fondi è un problema grave, si parla per l'Afghanistan del 20-25% in meno, ed è tanto. La guerra in Ucraina negli ultimi due anni ha drenato molte risorse, anche perché c'è stata una mobilitazione maggiore rispetto ai conflitti più recenti. Ora c'è Gaza e altre guerre cui far fronte, mentre l'Afghanistan, dopo il ritorno dei Talebani, sembra uscito dai riflettori internazionali.



Cosa ti piace dell'Afghanistan?

La storia, dato che conserva luoghi che affondano le loro origini in un passato di duemila anni, come Balkh, dove si trovano le rovine di Bactra, una delle città più antiche del mondo, dove sono nate le religioni.



Paolo Guarneri (al centro con gli occhiali scuri) attorniato dal gruppo di lavoro in Afghanistan

E poi le persone, la loro idea di accoglienza e ospitalità. Non c'è un posto in cui non mi abbiano regalato qualcosa. La spensieratezza con cui vivono una situazione drammatica è ammirevole, come il loro sforzo per rimanere positivi, comunque e nonostante tutto. Sono persone a cui ho voluto e cui voglio bene. È ancora da confermare, ma può essere che in Afghanistan torni già il prossimo marzo.



Dove hai vissuto le esperienze più drammatiche?

In Yemen, posto dimenticato, dove è in corso la guerra dell'Arabia Saudita contro il movimento musulmano sciita Houthi. La popolazione vive nell'isolamento totale, non ha corrente, acqua, ospedali e deve fare fronte a periodiche epidemie.

Le righe spese sui giornali sono niente, per una situazione drammatica, che prosegue da una decina d'anni.



Che messaggio daresti a un giovane interessato a fare esperienza nella cooperazione internazionale, sia come medico o operatore sanitario, sia per gli aspetti gestionali e logistici?

Mi ritengo un privilegiato perché considero il mio lavoro un privilegio. Incontrare persone nuove, avere accesso a posti remoti, in cui da turista non potresti mai andare, vedere con i tuoi occhi cose che sono un po' dimenticate e poco visibili. Inviterei un giovane che intende fare questa scelta a rimanere curioso, accogliere tanti punti di vista senza pregiudizi.

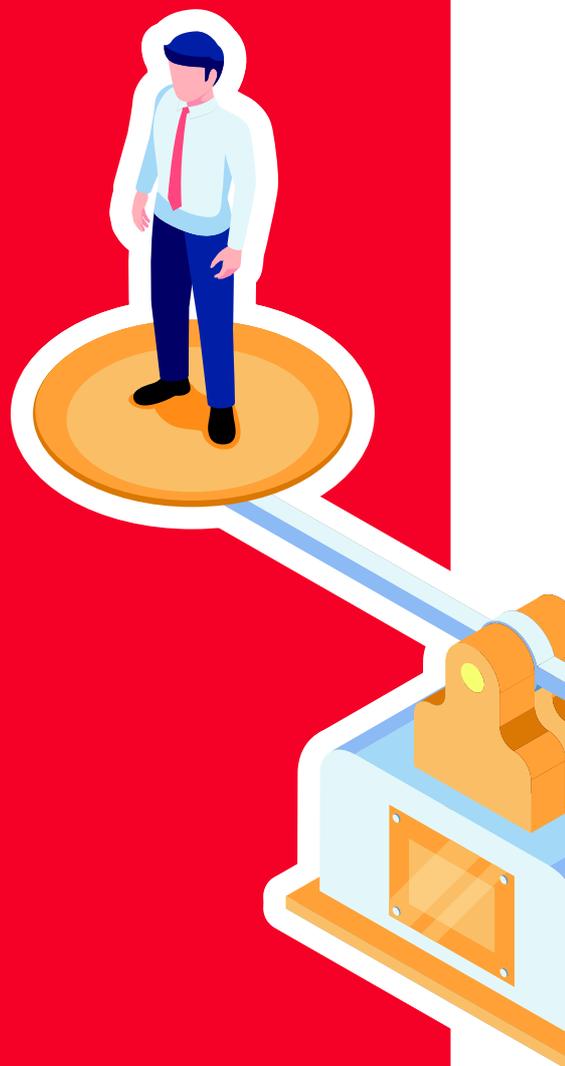
In certi posti ci devi vivere, dandoti tempo. Rimanere dei mesi ti aiuta a capire come vivono le persone, e a volte è tutto completamente diverso da quello che ti è stato raccontato. Questo lavoro è più divertente di tanti altri e obbliga ad essere pronto a fare esperienze che non ti aspetti. Bisogna essere disponibili ad uscire dalla propria *comfort zone*, provare ad andare oltre certi pregiudizi. Il risultato è che badi meno a certe cose e apprezzi molto di più ciò che hai. ●

Il tema del linguaggio di genere è dibattuto ma sempre più attuale. Proponiamo qui due diversi punti di vista declinati in ambito medico

Garbate dissonanze

 **Gianpaolo Balestrieri,**
Direttore di Brescia Medica

“Le parole sono importanti” dice un Nanni Moretti molto arrabbiato in Palombella rossa (1989). Importanti sono anche il suono, l’armonia delle parole. Medica (ma anche avvocatessa, ingegnera, assessora, sindaca) le ascolto e le leggo avvertendo (garbatamente) una dissonanza. Frutto di un riprovevole androcentrismo linguistico, figlio di secoli di dominanza maschile nelle professioni e negli incarichi istituzionali? Può essere. Perfino la Crusca ammette “medica” come lemma da accogliere nella lingua italiana parlata e scritta. E tuttavia la Crusca stessa ci rammenta come nella nostra lingua genere grammaticale e genere naturale non coincidano affatto, come del resto in molte altre lingue. La forzatura grammaticale del genere (con la desinenza a) mi pare più una forzatura ideologica in omaggio al “politically correct” che un avanzamento della parità di genere. Forzatura poco accettata, a quel che vedo, dalle donne stesse. “La Dr.ssa Rossi è un bravo medico” mi pare una frase che privilegia la figura professionale e prescinde dal genere grammaticale. E poi, come nei lontani anni Settanta quando proliferavano gruppi e gruppuscoli che si ponevano ciascuno un po’ più a sinistra degli altri, la desinenza finale può dover essere un asterisco, per non offendere nessuno, oppure l’oscuro (per me) *schwa*. Solo nella scrittura, per fortuna, non avendo questi simboli un corrispettivo fonetico. Ribadisco, in conclusione, il mio consapevole conservatorismo linguistico. E infine mi chiedo: in un tempo segnato da minacce vicine (sopravviverà il SSN?) e internazionali (due guerre sanguinose in Europa e Medio Oriente) occuparsi di questi temi non ci ricorda i teologi bizantini che discutevano in Santa Sofia su quale fosse il sesso degli angeli mentre Maometto II e i suoi giannizzeri espugnavano Costantinopoli? ●



Un linguaggio inclusivo non è un gioco linguistico

 **Annalisa Voltolini**, Coordinatrice Commissione Medicina Genere Specifica e Commissione Medicine Complementari dell'Ordine dei Medici di Brescia

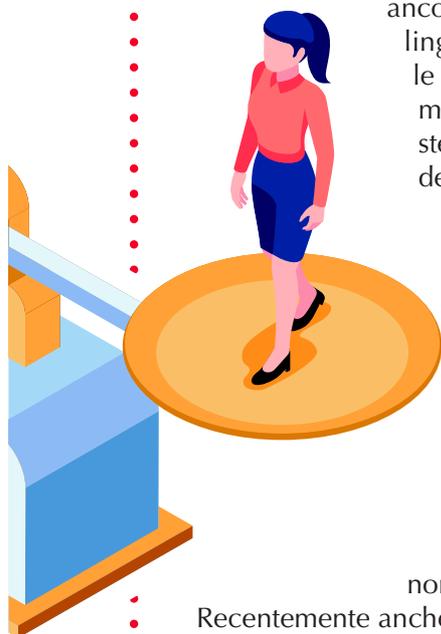
Ragazze, oggi in numero maggiore, e ragazzi si laureano in Medicina e Chirurgia ed iniziano la professione medica: studentesse e studenti diventano mediche, o dottore e medici, o dottori. Stiamo parlando della stessa professione declinata al maschile o al femminile a seconda del genere della persona a cui ci riferiamo. In greco, *iatér*, medico, aveva il femminile *iatria* ed in latino, *medicus*, declinava al femminile *medica*.

Le donne che praticavano la cura, pur non essendo laureate, nel medioevo e oltre, venivano chiamate medichesse, con una connotazione dispregiativa. In Italia le prime donne laureate in Medicina, alla fine del 1800, venivano chiamate donne medico ed infatti così si chiamò l'associazione italiana nata nel 1921. Nel periodo fascista le mediche vennero chiamate medichesse (guarda caso, siamo in pieno patriarcato).

Da alcuni anni il femminile di parecchie professioni è entrato nell'uso comune e non "scandalizza" più sentire sindaca, ministra, avvocatata etc... Sentire dottora o medica sembra dissonante, perché è una terminologia ancora poco usata. Ma le parole sono pietre ed attraverso il linguaggio rappresentiamo la realtà in cui viviamo, e, attraverso le parole, contribuiamo a consolidarla o a modificarla, cioè mediante l'uso corretto delle parole possiamo confermare gli stereotipi o metterli in discussione e scardinarli. L'uso corretto del genere grammaticale nel linguaggio riguarda i temi delle pari opportunità e del contrasto alle discriminazioni, è un modo concreto di raggiungere e rafforzare l'uguaglianza di genere e favorire il rispetto delle differenze.

Un linguaggio inclusivo sotto il profilo del genere e rispettoso di esso, va quindi ben oltre il concetto di "politicamente corretto" e non è un gioco linguistico. Negli ultimi anni l'Accademia della Crusca ha sottolineato come un uso non sessista e non discriminatorio dell'Italiano sia possibile senza forzature, ma semplicemente ponendo attenzione a ciò che si dice e si scrive ed utilizzando il genere grammaticale secondo le normali regole della nostra lingua.

Recentemente anche il dizionario Treccani ha introdotto il termine medica. Il nostro Ordine dei Medici è impegnato a favore dell'uguaglianza di genere e della non discriminazione fondata sul genere. L'uso di un linguaggio sensibile al genere è una delle modalità con cui si può esplicare tale impegno. ●



Nuove sfide per la Professione

Gianmario Fusardi

Presidente Commissione Albo Odontoiatri (CAO)

✉ gianmario.fusardi@ordinemedici.brescia.it



È degli ultimi giorni la sentenza del Consiglio di Stato n. 932/2024 che ha riaperto il dibattito sulla figura dell'odontotecnico quale ausiliario e in generale sul profilo professionale fermo dal 1928. È un dato incontrovertibile che nell'ambito di una legislazione talvolta datata e spesso operata con fonti normative di rango secondario lo spazio per i giudici amministrativi sia sempre più ampio e tenda a riflettere anche lo spirito del tempo. Chi affiderebbe la tutela della propria salute a un magistrato?

Appare ineludibile la necessità di dedicare le migliori energie delle professioni anche a identificare le competenze, i limiti, i percorsi assistenziali attraverso una ridefinizione che tenga conto dei diritti dei pazienti, degli interessi specifici degli operatori e delle esigenze del sistema socio-sanitario, possibilmente in detto ordine.

Diversamente assisteremo ad un confronto che vedrà

costantemente contrapposte le professioni storiche quali la nostra con quelle di più recente introduzione. Sussiste attualmente un rischio di parcellizzazione notevole che viene ripetutamente annotato dai supremi collegi amministrativi e che in ultima analisi può mettere a rischio una adeguata presa in carico e una congrua visione d'insieme della complessità della persona umana. È un tema che abbiamo toccato anche recentemente soffermandoci sul rapporto fra medici odontoiatri e igienisti dentali, tuttora incagliato in attesa di pronunciamenti del TAR Lombardia dopo la nota sentenza Consiglio di Stato n. 17703/2020, che ne aveva già prescritto i confini.



Tornando all'odontotecnico, figura che rispettiamo profondamente, ritengo che l'odontotecnico di cui abbiamo necessità debba possedere le migliori competenze tecnico-ingegneristiche che siano il corollario dei recenti riconoscimenti espressi anche dal Regolamento europeo Dispositivi Medici che lo configura come fabbricante con ben precise pertinenze. Gli strumenti per conseguire quell'obiettivo sono già alla portata e costituirebbe probabilmente il passo coerente con la maturazione che la categoria rivendica. Al contrario non credo che l'evoluzione della figura lo veda utilmente collocato in pianta stabile al fianco del paziente sulla poltrona odontoiatrica, area peraltro già piuttosto affollata. ●

I casi clinici di Renzo Rozzini

Sentire voci

L'ho incontrata in una delle prime visite ambulatoriali appena laureato, era venuta per dolore alle mani; aveva fatto la lavandaia sin da bambina e l'attribuiva ragionevolmente all'aver lavato panni in acqua fredda. Le dita erano deformate, le articolazioni nodose. Non si era sposata; viveva in un piccolo comune della bassa bresciana e veniva in centro con l'autobus. Capelli grigi crespi, puliti, ma per niente curati, forse un tempo rossi, vestiva in modo disordinato. Era gravemente sorda, esito di una meningite avuta in tenera età.

All'inizio la vedevo solo in ospedale nelle visite periodiche programmate, poi nei luoghi più disparati. Aveva saputo dove abitavo e spesso la incontravo "casualmente" per strada, vicino a casa.

Inesperto ed entusiasta della mia professione d'aiuto temo di averle concesso qualche confidenza di troppo. Anche il giorno del mio matrimonio l'avevo incontrata fuori casa mentre mi recavo in chiesa e per attenuare il suo dispiacere di non aver saputo della mia festa l'avevo invitata alla cerimonia.

Nei colloqui di visita il contenuto del pensiero era molto povero e povero era il suo linguaggio. Era povera anche economicamente; una delle ultime volte che l'ho incontrata si lamentava delle spese sostenute per riparare la televisione che, anche quando non era accesa, emetteva voci e parole. Aveva provato più volte a farla riparare; un elettrotecnico



disonesto ne aveva approfittato e oltre alle finte riparazioni le aveva venduto un televisore nuovo; anche da questo però, seppur spento, le voci uscivano ugualmente, non erano scomparse. Aveva confessato che sentiva voci anche quando era lontana dalla TV, parole di persone non presenti, frasi senza costrutto, non sgradevoli oppure prive di un senso legato alle contingenze.

Non l'ho vista per qualche anno e poi ho saputo che era stata ricoverata in una casa di riposo di un comune limitrofo al suo.

Una domenica ho voluto andare a farle visita. Era molto invecchiata, seduta su una sedia a rotelle, in un silenzioso soggiorno con un'altra ventina di ospiti; era più ordinata di quanto fossi abituato a vederla. Non mi ha riconosciuto. Aveva lo sguardo assente, ma il cambiamento per me immotivato di alcune espressioni del volto mi hanno fatto pensare che sentisse ancora le voci. In quella fredda e silenziosa stanza d'ospizio ho immaginato fosse più fortunata delle compagne, almeno aveva qualcuno che le rivolgeva la parola. ●

La colpa di Mario

La storia è raccontata dalla sorella che l'ha portato a forza, il paziente non vuol parlare. Ha 72 anni, è nato da parto prematuro a cui è seguita una modesta disabilità intellettiva; ha sempre lavorato come magazziniere e autista nella piccola impresa di famiglia gestita dall'altro fratello maggiore, si è sposato e attualmente è in pensione; la moglie è sordomuta. Ha condotto una vita semplice, senza grossi intoppi, fino alla morte del fratello, il titolare dell'impresa, cui era molto affezionato e che di lui si è sempre preso cura.

Circa tre mesi dopo il decesso ha iniziato a lamentarsi per un "tremolio interno" e a dire di essere instabile a camminare (di una instabilità che la sorella non ha però mai notato). È diventato inquieto, intollerante, preoccupato dei suoi sintomi che sono prevalenti appena dopo il risveglio e nel tardo pomeriggio. Dorme poco. È stato visitato più volte dal medico di medicina generale, ha fatto esami. In almeno tre occasioni la sorella ha dovuto raggiungerlo nottetempo e portarlo in pronto soccorso temendo l'esordio di una grave malattia fisica. I diversi accertamenti sono però tutti risultati nei limiti. Ha risposto inizialmente bene al trattamento con un tranquillante (una benzodiazepina), prescritto dal collega neurologo in una prima visita, ma ora l'efficacia del farmaco è di poco conto. La sorella è convinta che le crisi notturne siano accessi d'ansia, vorrebbe però escluderne una causa fisica. Da quanto posso capire dalla documentazione che mi portano, una malattia fisica è improbabile. Non parla, l'esame obiettivo è negativo. Il paziente però dopo le ripetute



sollecitazioni a dire come sta, a spiegarsi, biascica quasi incomprensibili "è colpa mia", "se è morto è colpa mia", "sono stato io", "dovevo aiutarlo".

A fare cosa? Che colpe può avere una persona così mansueta?

Come posso capire quali fantasmi gli popolino la testa?

Posso forse intuire, è indubbio che soffra. Le mie idee sono forse un po' più chiare, cerco di tranquillizzarlo con parole molto semplici e rassicuranti e chiedo alla sorella se sarà in grado di, non fidandomi delle capacità di cura della moglie di lui.

Programmo una visita. ●

La famiglia numerosa

Ha 90 anni, vedovo, ha sei figli, da circa un anno è completamente dipendente e vive al proprio domicilio con una badante e con la supervisione continua dei familiari.

Il paziente è al quarto ricovero ospedaliero in due mesi ed è evidente che l'assistenza fino ad oggi erogata non è più in grado di dargli quello di cui ha bisogno. I figli sono persone semplici, brava gente, chiedono frequentemente di parlarci, singolarmente, ma tra loro non comunicano come dovrebbero e potrebbero, sono confusi, non condividono il da farsi.

È necessario chiarire quali siano le loro aspettative sulla salute del papà, se ragionevoli e quale ritengano debba essere il luogo di cura più appropriato una volta dimesso. Li convoco e come atteso all'incontro partecipano in **otto**: le quattro figlie i due figli...e le mogli di questi. Mentre le femmine, ogni femmina esprime la propria opinione le osservo e credo di comprendere non solo la difficoltà, la fatica morale, ma anche la complessità della decisione da prendere. Ognuna vuole esprimere la **propria convinzione**, ma al contempo **teme di essere giudicata**.

La figlia che ho davanti (probabilmente "sposata bene", indossa un'elegante camicetta e ha una borsa costosa), vorrebbe che il papà continuasse ad essere assistito a casa e dice che potrebbe essere utile assumere un'altra badante e potenziare l'assistenza infermieristica; anche quella che le sta a fianco, vestita più semplicemente e immagino con reddito inferiore, sostiene che i benefici della casa sono fondamentali, ma dice anche che con uno sforzo maggiore di tutti si potrebbe continuare come si è fatto finora



(presumo non disponga di altri 250 euro necessari ogni mese per contribuire alla retta del padre in un istituto o per un'altra badante); una terza dichiara apertamente di non essere in grado di fare più di quanto sta facendo, è separata, ha due figli da far studiare, il suo ex marito non le dà alcun contributo e lei non ha denaro se non per sopravvivere. Una nuora invece sostiene che l'assistenza a casa è stata fallimentare, tant'è che ci si ritrova a parlarne oggi dopo quattro difficili ricoveri, e che bisogna pensare definitivamente ad una Residenza Sanitaria Assistenziale...mentre parlano immagino anche **i pensieri inespressi**, altrettanto legittimi sebbene più materiali, come il bisogno di vacanze, di domeniche libere, di vita normale.

Provo a trovare una mediazione tra le diverse opinioni e desideri e penso pure al mio paziente che, anche se in modo elementare, percepirà il suo essere d'ingombro in questa fase terminale della vita e che forse, per questo, desidera togliere il disturbo. ●

Portaflebo

Davanti alla stanza 24

Lunedì: la ragazza da due ore è al telefono, “mi hanno detto che aspettano il referto della TAC”, “devono sentire il chirurgo”, “bisognerà vedere l’istologia”.

Martedì: via vai di medici; in tarda mattinata tre di loro, divisa verde, entrano in stanza; quando escono si fermano con la ragazza e con una signora, potrebbe essere sua madre, il più anziano parla con loro, certamente **non dà buone notizie**, gli altri partecipano con mimica di circostanza.

Mercoledì: un ragazzo e la ragazza sono abbracciati, lei **piange silenziosamente** e lui cerca di consolarla, la stringe.

Giovedì: la ragazza è con due coetanee; ha il volto provato di chi non dorme da un po’, i capelli in disordine, indossa gli stessi abiti da quando l’ho vista la prima volta.

Venerdì: le visite sono più frequenti, fuori dalla stanza si formano gruppetti di tre-quattro persone, parlano sommessamente con la ragazza e se ne vanno dopo poco. Lei si è cambiata abito.

Sabato: diverse persone stazionano davanti alla porta per tutta la giornata. Quando la sera passo davanti alla stanza vedo, nell’anticamera, appeso alla piantana portaflebo, un appendino con abito, camicia e cravatta coperti da una busta di cellophane.

Stamattina il **corridoio è vuoto**, nella stanza 24 ci sono due ausiliari che rifanno il letto. ●





dell’iniziativa **Musica e medicina**, realizzata d’intesa con la Fondazione del Teatro Grande di Brescia.

Due concerti andati *sold out* in ottobre e novembre, animati da interpreti affermati sulla scena musicale internazionale, per comprendere la valenza della musica nell’invecchiamento attivo e gli stimoli positivi che può offrire al cervello, fra plasticità ed emozioni.

Un classico della letteratura, gli **Appunti di un giovane medico** di Michail Bulgakov, è stato scelto per rappresentare il rapporto tra medicina, letteratura e teatro nell’omonima pièce proposta dall’Ordine con il Centro Teatrale Bresciano.

Lo spettacolo, andato in scena il 17 novembre al Teatro Sociale di Brescia con un ampio successo di pubblico, rielabora in modo inedito l’attualità dei racconti di Bulgakov, intrecciandoli con le sfide del presente, per porre in primo piano questioni con cui i medici e i pazienti di oggi continuano a confrontarsi.

A chiudere l’anno della Capitale della Cultura, la mostra collettiva **Medicina e arte a Brescia**, nata da una *call* lanciata dall’Ordine la scorsa estate, cui hanno

aderito una ventina di iscritti che coltivano la passione artistica.

Fra ritratti, paesaggi, scene della quotidianità, composizioni simboliche o astratte, un’opportunità per evidenziare la creatività dei camici bianchi, svelando l’estro di chi per professione ha scelto il mestiere della cura. ●

La medicina nazista e l'Olocausto

Da guaritori ad assassini

**Recensione a cura
di Gianpaolo Balestrieri**

Il numero di *The Lancet* del 18 novembre è dedicato al lavoro della Commissione voluta da Richard Horton, direttore della rivista, sul tema della medicina nazista.

La Commissione, formata da storici della medicina, medici, bioeticisti di diversi Paesi, ha prodotto una ricerca ampia ed aggiornata sui rapporti tra nazismo e medicina dal 1933 alla fine della Seconda guerra mondiale.

Al nazismo e alla sua ideologia razzista, antisemita, eugenetica aderì un'alta percentuale dei medici tedeschi che videro con indifferenza o favore l'allontanamento dei colleghi ebrei dalla professione. Anche medici rispettati e prestigiosi, non solo pochi fanatici alla Josef Mengele, parteciparono in vario modo ai programmi di sterilizzazione forzata e poi di eliminazione eutanastica di centinaia di migliaia di individui considerati geneticamente inferiori e non degni di vivere. Le competenze acquisite nel programma Eutanasia vennero poi trasferite durante la guerra allo sterminio pianificato di ebrei, rom, prigionieri di guerra sovietici in Germania

e nei territori occupati dell'Europa orientale. Decine di migliaia di individui, compresi bambini e donne, furono soggetti a ricerche e sperimentazioni mediche forzate, causa di enormi sofferenze, mutilazioni, morte.

Allo stesso tempo i medici ebrei hanno fatto del loro meglio, in condizioni estreme, per fornire assistenza nei ghetti e nei campi di concentramento e di sterminio.

Nel dopoguerra i processi ai medici nazisti hanno consentito (Codice di Norimberga) di ribadire i **fondamenti dell'etica medica con il rispetto del valore**

e dei diritti di ogni essere umano.

Guerre, vittime civili, attacchi agli ospedali ed al personale sanitario, drammi delle migrazioni, crescita dell'antisemitismo sono parte dell'attualità.

La Commissione sulla medicina nazista e l'Olocausto auspica che la conoscenza della storia della medicina del Novecento con i suoi lati oscuri (non solo in Germania) possa entrare nel curriculum di studi allo scopo di fornire consapevolezza dei problemi etici in medicina, in particolare quando le circostanze in cui si opera sono più difficili. ●



Dottor Vaifro Bolpagni

È con tanta stima che ricordiamo come dal nulla, umilmente e con coraggio, si sia fatto strada nella vita.

Una persona piena di passioni, a partire dalla professione odontoiatrica che ha iniziato a praticare quasi per caso e che poi è diventata la sua devozione, fino allo sci di fondo che lo ha portato a scoprire le meraviglie delle Dolomiti e a passare momenti di convivialità con famiglia, amici, ma anche colleghi con cui condivideva l'amore per questo sport.

Ha trasmesso a tutti noi la sua ambizione, la sua curiosità, la voglia di evolvere e migliorarsi continuamente sia a livello professionale che umano. Teneva a condividere ciò che in anni di professionalità era riuscito ad ottenere e l'entusiasmo dello sperimentare qualcosa di nuovo ed interessante.

La grande attenzione e disponibilità che ha riservato alle persone più vicine e ai pazienti è ancora viva e rimarrà indelebile nei cuori che hanno avuto la fortuna di conoscerlo.

I suoi famigliari e amici

Dottor Giovanni Marini

Nel luglio dello scorso anno è mancato il Dottor Giovanni Marini, oncologo ed ematologo, Fondatore dell'Oncologia Medica a Brescia. Lodigiano di nascita e dagli studi Pavesi, ha ricoperto un ruolo fondamentale e pionieristico nel costruire il nucleo originario dell'oncologia medica della nostra città a partire dagli anni ottanta presso la Terza Medicina degli Spedali Civili. Con costante tenacia ha progressivamente vinto lo scetticismo ed il nichilismo che agli inizi di questa disciplina era facilmente percepibile in molti pazienti e colleghi. Di carattere schivo, timido, talora interpretato come "burbero", ma sempre diretto ed onesto, ha creato un gruppo di valenti professionisti che ne hanno apprezzato l'innata curiosità scientifica, la propensione per la ricerca clinica e l'incessante volontà di aggiornarsi.

I suoi allievi perpetuano i suoi insegnamenti, spesso silenziosi e basati sull'esempio ed il pragmatismo nelle Oncologie Mediche degli Spedali Civili, di Sant'Anna e della Poliambulanza. Ha lasciato la moglie Anna, il figlio Paolo e la nipotina che tanto gli hanno voluto bene e che altrettanto lui ha amato.

Un Grazie che sono certo moltissimi pazienti idealmente gli hanno fatto arrivare. Un Grazie da parte dei tanti medici che come me con lui sono cresciuti professionalmente ed umanamente. Ci mancherai, Capo.

Alberto Zaniboni

Dottor Brunello Cerri

All'alba del primo giorno d'autunno si è fermato, dopo aver battuto per 91 lunghi anni, il cuore di Brunello Cerri, che della cura e della riabilitazione di quel muscolo aveva fatto la sua ragione di vita professionale.

Formatosi presso la Clinica Medica dell'Università di Pisa (ateneo nel quale si era laureato nel luglio del 1956) sotto la direzione del professor Gabriele Monasterio, mio padre, appena conseguita la libera docenza in semeiotica medica, approdò sulla sponda bresciana del Garda nel giugno 1965, per dirigere, nell'elegante cornice di villa Benvenuti a Fasano, l'ospedale per cardioreumatici aperto nel 1954 dal Pio Istituto "Santa Corona" di Milano. Sulle rive benacensi, tra gli altri, giunsero in gran quantità giovani pazienti affetti da malattia reumatica, per i quali venne predisposto un regolare servizio scolastico, uno dei vanti della struttura. Tredici anni dopo, quest'ultima venne acquisita dagli Spedali Civili di Brescia. Brunello rimase primario e direttore sanitario del presidio creato in qualità di Struttura Dipartimentale di riabilitazione specialistica ad indirizzo cardiologico, la prima in Italia sotto siffatta classificazione e per numero di ricoveri. Con i suoi collaboratori medici, paramedici ed amministrativi, si occupò di riabilitazione fino al suo pensionamento, avvenuto nel 2002.

Migliaia di operati, provenienti dapprima dall'Istituto de Gasperis di Milano, quindi da gran parte delle cardiochirurgie italiane, e un numero altrettanto vasto di infartuati dimessi dalle unità coronariche sparse nel nostro Paese risentirono dei

benefici della lungodegenza riabilitativa in un contesto ambientale che, oltre al miocardio, cercava di rimettere in sesto la mente.

Con il rammarico di non averne goduto a sufficienza la presenza tra gli affetti familiari, sapevo che mio padre si relazionava con i suoi pazienti con l'umanità che non gli fece mai difetto, tenendo personalmente ogni settimana un pomeriggio di informazioni e consigli sulla nuova vita del riabilitato.

Mi veniva raccontato che soleva aggirarsi tra i letti del presidio aggiungendo alle indicazioni terapeutiche citazioni del suo poeta preferito, Giosuè Carducci, a cui lo legava il comune amore per l'Alta Maremma, e di altri classici che ricordava dai tempi del liceo pisano. Quando ho trovato babbo Brunello (con denominazione rigorosamente toscana) per l'ultima volta con la testa reclinata sul torace, oggetto di tante sue auscultazioni, "con un abbandono più forte del sonno", per dirla con il Manzoni, ho dovuto constatare che aveva smesso definitivamente di funzionare il meccanismo complesso e mai perfetto che l'orologiaio nativo di Bibbona aveva messo a punto per molti suoi assistiti. Il cuore del riabilitatore di Fasano si è dunque arreso docilmente il 21 settembre 2023 nella zona che lo aveva adottato e che lo aveva fatto conoscere ad un'infinita serie di malati, parenti e colleghi medici.

Il figlio Giovanni

Dottoressa Mirella Francia

Il coraggio della determinazione.

Pediatra - o meglio, dottoressa Mirella come era solita essere chiamata sia dai pazienti quando erano un po' più grandini sia dalle mamme - ma anche moglie, madre e nonna: la nostra mamma, la dottoressa Mirella o semplicemente Mirella, è stata tutto questo.

Contro il desiderio dei genitori, che desideravano continuasse la tradizione del commercio (il padre aveva una macelleria e la mamma un negozio di giocattoli) frequentò il liceo scientifico per poi realizzare il suo sogno iscrivendosi, nei primi anni '50, all'Università di Bologna, facoltà di Medicina e Chirurgia Generale.

Si iscrisse circa sei anni dopo l'introduzione del diritto di voto alle donne, quando la televisione ancora non esisteva e l'Italia, gravata ancora da un ragguardevole tasso di analfabetismo, stava uscendo da un difficile dopo guerra. Una società all'epoca decisamente "maschilista": la percentuale di donne iscritte era di circa il 25% del totale e le laureate - in particolare in materie come la medicina - erano veramente molto poche e il medico era considerato una professione da uomini e non da donne, nonostante l'entrata in vigore nel 1946 della Costituzione che sanciva la parità tra uomo e donna.

A dispetto di questo contesto, Mirella si laureò nel 1958 cominciando subito la professione, prima a Ravenna - città natale - per poi, una volta conseguita la specializzazione in Pediatria, trasferirsi, per motivi professionali di nostro padre, a Gela in Sicilia.

Nella terra del Gattopardo aprì uno studio medico di Pediatria, rompendo gli schemi di una società rigidamente patriarcale, che rimase molto stupita nel vedere una donna emancipata, laureata, che esercitava la professione di medico, guidava l'automobile e che, senza problemi, interloquiva con tutti con naturalezza e senza alcuna timidezza. Nel 1964 la decisione di tornare "nel continente". La scomparsa prematura di Enrico Mattei accelerò la decisione di nostro padre di abbandonare, a malincuore, quella che diventò l'ENI, per scegliere Brescia, città dove nostra madre, grazie anche alla notevole esperienza maturata in Sicilia, ebbe la fortuna di lavorare con il Prof. Giuseppe Cesare Abba che ancora oggi ricordiamo con stima e affetto.

Erano gli anni in cui il reparto di pediatria e gli altri reparti dedicati all'infanzia non erano ancora parte integrante degli Spedali Civili di Brescia, avendo due sedi autonome: l'Ospedalino dei bambini, meglio conosciuto con il nome di "Ronchettino" e "l'Umberto I".

La dottoressa Mirella fu assunta al "Ronchettino", dove lavorò fino alla nascita di Eleonora, l'ultima figlia, nel 1967. Il lavoro molto impegnativo, i consultori in provincia, le guardie mediche e tre figli indussero la nostra mamma a scegliere la libera professione, aprendo uno studio Pediatrico prima all'interno della sua abitazione (con qualche criticità per la famiglia) e poi sempre nella zona di via Veneto in altre due distinte sedi.

Nel 1996 decise di ritirarsi dopo oltre 35 anni di professione che le hanno dato grandi soddisfazioni, caratterizzati, fin dai primi momenti, da coraggio, dedizione, grande umanità, senso del dovere, onestà e, come è stato per nostro padre, interpretando il concetto di lavoro come "valore" che per lei era qualcosa in più: una missione, quella missione etica che, come medico, ti impone di fare del bene e aiutare gli altri "senza se e senza ma". Le visite a domicilio ("Il bambino malato non si sposta"), la totale disponibilità

anche per un breve consulto telefonico - il telefono squillava non-stop a casa - le uscite anche notturne nei casi più gravi (chiedeva solo di essere venuta a prendere), l'abitudine di visitare il bambino anche due o tre volte di seguito per monitorare l'evoluzione della malattia e della guarigione, le visite multiple a tanti bambini soprattutto in Sicilia quando si trovava di fronte a famiglie molto numerose.

Al denaro dava un'importanza relativa: "non si preoccupi mi pagherà la prossima volta", "i bambini vanno visti tante volte e non posso ogni volta farmi pagare", erano solo alcune frasi che ci hanno riferito nel tempo alcune sue care clienti.

Spesso le persone associavano il nostro cognome alla dottoressa Francia, esprimendo immediatamente parole di riconoscenza e stima nei confronti delle modalità con cui svolgeva la professione, e raccontavano come la nostra mamma fosse una persona di grande umanità, disponibile ad insegnare il ruolo di mamma alle giovani mamme insegnando loro tutti i trucchi per allevare bene i bambini.

Arrivava in casa con il suo inconfondibile sorriso e accento che non tradiva la sua provenienza romagnola, faceva mettere il bambino su un tavolo (la maggior parte delle volte quello della cucina) dove lo visitava e, una volta terminato, si sedeva per prendere un caffè, fare due chiacchiere e scrivere su un quadernetto ciò che la mamma doveva fare.

Consigli pragmatici, ben spiegati ed efficaci, al punto che alcune sue ex clienti conservano a tutt'oggi quei preziosi appunti per i nipotini.

Generazioni di bambini sono passati sotto le sue esperte mani - le diagnosi, diceva, bisogna farle "toccando il bambino" - ma soprattutto era una sorta di psicologa per le mamme, talvolta le "vere" pazienti, che trovavano in lei tranquillità e un riferimento maieutico.

La nostra mamma ha sempre lavorato con passione e con amore, dedicando tanto tempo alla propria professione ma allo stesso tempo non trascurando mai la

famiglia in un non facile equilibrio.

Un equilibrio che aveva saputo trovare grazie al suo pragmatismo, alla schiettezza e alla determinazione tipici della Romagna, la sua terra d'origine. Per questo possiamo affermare che era una donna forte con un carattere che le aveva permesso di gestire anche una persona non facile come nostro padre.

Era una donna dolce ma allo stesso tempo decisa e non certo molto incline ai "baci e agli abbracci": per lei esisteva solo il bianco e il nero.

Il grigio non lo amava: era schietta e determinata, qualche volta "oltrepassando il limite", soprattutto quando aveva a che fare con i suoi colleghi medici che la volevano curare o nei nostri riguardi quando le suggerivamo cosa fare o con il nostro papà quando arrivava in ritardo a casa.

Ma la dottoressa Mirella era anche una mamma e una moglie e, nonostante gli impegni professionali, era sempre presente con grande generosità, qualche giusta "sgridata" (anche contro mio padre che era molto impegnativo ...) e la volontà di trovare sempre un giusto compromesso tra la severità del genitore (ma a quello ci pensava soprattutto mio padre) e la comprensione di una mamma. Dovendo lavorare senza orari, tre figli non erano semplici da gestire, ma, un po' con l'aiuto della nonna e un po' con il sano principio per cui "bisogna arrangiarsi", ha sempre lavorato, vincendo le perplessità di mio padre, che vedeva la sua professione troppo gravosa nei confronti della famiglia.

Un esempio per tutti, soprattutto oggi, che spesso si discute del ruolo della donna nella società: un esempio di coraggio, determinazione, libertà, etica professionale e grande volontà.

*I tuoi figli: Pierlamberto,
Anna Maria ed Eleonora*

Dottor Pierluigi Del Pecchia

Lo scorso mese di agosto di questa terribile e infuocata estate ci ha lasciato, tanto improvvisamente quanto prematuramente, il Dott. Pierluigi Del Pecchia; "...Chi era?". Per noi Pierluigi era, innanzitutto, un fratello e la sua scomparsa ha portato nella nostra vita un dolore immenso e un vuoto incolmabile. Al tempo stesso il ricordo di quanto condiviso nell'intimità familiare, fin dagli anni dall'infanzia, resterà indelebile nella memoria rafforzando il nostro legame con lui ogni giorno sempre di più. Pierluigi, era un punto di riferimento, il familiare al quale chiedere il consiglio o il suggerimento giusto, non solo nelle vicende di tutti i giorni ma anche nella professione, in grado di valutare sempre con l'obiettività e la lungimiranza che lo contraddistingueva, attento e premuroso. Per i colleghi il Dott. Del Pecchia era un noto e stimato medico legale bresciano che da più di trent'anni operava in città. Aveva mosso i primi passi della professione nella medicina legale, sotto la guida del Prof. Francesco De Ferrari, all'Istituto di Medicina Legale dell'Università di Brescia, nei primi anni Novanta. Aveva poi continuato il suo percorso affermandosi come medico fiduciario di molteplici e importanti Compagnie di Assicurazione. Da molti anni collaborava con il noto Gruppo San Donato, società proprietaria di alcune prestigiose Strutture Ospedaliere di Brescia e provincia; l'Istituto Clinico Città di Brescia, l'Istituto Clinico S. Anna e l'Istituto Clinico S. Rocco. Aveva fondato, insieme ad alcuni colleghi medici legali, l'Associazione Medici Legali di Brescia (AMBRE) della quale era il Presidente

ormai da molti anni. Professionista autorevole, scrupoloso, dotato di rigore metodologico, competente e intransigente, forse a taluno non sempre gradito ma sicuramente sempre rispettato, era per i colleghi della medicina legale, e non solo, un esempio e, per alcuni di essi, anche un amico. A noi fratelli mancherà immensamente come pure, siamo certi, agli amici sinceri che gli sono stati vicini nella vita.

Ciao Pierluigi, fa' buon viaggio!

*Dott. Fabio Del Pecchia
Dott.ssa Monica Del Pecchia*

Dottor Antonio Facchinetti

Dopo la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Milano nel 1980, ha iniziato l'attività di dentista, che ha svolto per tutta la vita con passione, dedizione e professionalità. Appassionato della scienza, curioso della tecnologia ed affascinato dalle sue applicazioni, ha dato un'impronta sempre innovativa al suo lavoro, con sguardo lungimirante. Ha mantenuto una incrollabile fiducia nell'essere umano e nella sua capacità di migliorare il mondo ed ha sempre avuto grande rispetto per la dignità delle persone. Ha percorso la sua vita con generosità, gentilezza e sensibilità sociale. La sua capacità di analizzare i problemi cogliendo l'essenza delle cose, l'arguta ironia e la scanzonata avversione alla retorica ne hanno fatto un prezioso *problem solver* cui tante volte siamo ricorsi, nella professione e nella vita.

Ciao Antonio, sei nelle nostre vite, per sempre.

La famiglia

Dottoressa Luigina Percassi

Il 27 agosto 2023, è tornata alla casa del Padre la nostra cara sorella Dott. ssa Luigina Percassi all'età di 92 anni. Nella sua lunga vita, donò affetto e nobili esempi alla sua famiglia e a quanti l'hanno conosciuta e si prodigò nella cura dei malati donando loro sollievo e conforto.

*Le sorelle Mariateresa
e Margherita*

Dottor Francesca Santangelo

La nostra mamma era una persona gentile, dolce e profondamente altruista.

Ci ha tragicamente lasciato il 17 agosto in seguito ad un malore per cui, nonostante il grande impegno e la grande umanità del personale medico-infermieristico dei reparti di terapia intensiva e neurochirurgia dell'ospedale Riuniti di Reggio Calabria, non si è potuto fare nulla. Gli amici la ricordano piacevolmente facendo riferimento alla sua tenerezza e disponibilità, sempre pronta ad aiutare il prossimo; è proprio per questa sua caratteristica che si è meritata l'incarico di Primaria facente funzione per il reparto di Medicina Trasfusionale dell'A.S.S.T. del Garda, ottenuto solamente il 6 luglio 2023 e per il quale era orgogliosa e felice.

La sua vita era, dunque, divisa in due: una parte dedicata al lavoro e una parte dedicata a noi, la sua famiglia. L'amore che non ha mai smesso di dimostrarci era infinito, quello della mamma, moglie, sorella e zia migliore che si potesse desiderare; quella che si augurerebbe a tutte le persone buone. Anche nei periodi di difficoltà si è sempre dimostrata forte e tenace, ha combattuto con determinazione qualsiasi male che si sia presentato sulla sua e, soprattutto, sulla nostra strada. È e sarà sempre la nostra "Wonder Woman". Adesso il vuoto che ci lascia non è facile da descrivere a parole; l'unica cosa che si può dire è che l'affetto di una moglie e di una mamma come lei è insostituibile, perché, in fondo, nessuno ti vuole bene come la mamma. Sperando di riuscire a ritrovare il sorriso e di poter continuare a vivere tenendoti sempre nei nostri pensieri ti vogliamo salutare, ciao Francesca, ciao mamma, ti ameremo per sempre.

I suoi famigliari

Dottor Ruggero Papagno

Ci sono professioni che i bambini non capiscono, ce ne sono alcune che anche adesso, che sono adulta, che sono insegnante, faccio fatica a capire; fin da piccolissima però mi era chiaro il senso di quella di mio padre.

Il suo stetoscopio era il più magico degli strumenti con cui potevamo ascoltare l'uno il cuore dell'altra. Ero la bambina fortunata che non doveva mai andare dal dottore e che a Natale poteva scartare decine di cesti pieni di dolci colorati.

Mi piaceva la sua borsa di pelle che ancora, nonostante la pensione, teneva nel bagagliaio. Ma soprattutto mi piaceva pensare che ci fossero persone che potevano stare meglio grazie a lui.

In casa il telefono ha sempre iniziato a squillare molto presto e a smettere molto tardi, mio padre ha sempre risposto. Anche nelle giornate più lunghe trovava il tempo e l'energia non solo per essere un ottimo medico, ma per essere un ottimo genitore: lo faceva sembrare facile e ora so che non può esserlo stato.

Io non ho mai desiderato seguire le sue orme, ma ho sempre desiderato avere la dedizione, la pazienza e la cura che mio padre mi ha silenziosamente insegnato e che ho ritrovato con commozione nelle parole di chi lo ha ricordato in questi giorni e continuerà a farlo.

Giorgia Papagno

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

ricorda con rimpianto i Colleghi deceduti recentemente

Dott. Mohammad Esmail Abdi Gourabi

Dott. Graziano Ambrosi

Dott. Vaifro Bolpagni

Dott. Federico Buffoli

Dott. Giovanni Calculli

Prof. Brunello Cerri

Dott.ssa Luciana Colognato

Dott. Domenico De Cristofaro

Dott. Pierluigi Del Pecchia

Dott. Antonio Facchinetti

Dott.ssa Mirella Francia

Dott. Emilio Gentile

Dott.ssa Monica Inverardi

Dott. Basem Kildani

Dott. Carlo Kreiner

Prof. Rosario Maiorca

Dott. Giovanni Marini

Dott. Ruggero Papagno

Dott.ssa Luigina Percassi

Dott. Alberto Pezzola

Dott. Ferdinando Ruck

Dott.ssa Francesca Santangelo

Dott. Leonardo Tomasoni

Dott. Alfonso Vaiana

ed esprime ai loro familiari le più sentite condoglianze



PREMIO
AL MERITO

GIURAMENTO

APPROVAZIONE
BILANCIO

ASSEMBLEA ANNUALE

Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della provincia di Brescia

DOMENICA 17 MARZO

ore 9.15

Teatro DisPlay del Brixia Forum
via Caprera, 5 - Brescia

seguici online

ORDINEMEDICI.BRESCIA.IT

BRESCIAMEDICA.IT



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