

## ***La medicina in un mondo che cambia***

### **Il contesto socio-culturale**

- Tra medicina atipica, dialettica medico-paziente e sostenibilità del sistema

### **Le nuove migrazioni**

- Le dinamiche globali e il contesto locale della medicina transculturale

### **IA e tecnologia**

- Algoritmi e modelli predittivi in endoscopia digestiva e in geriatria

### **Brescia Medica cambia**

- Con il nuovo anno il passaggio al digitale, la rivista cartacea solo su richiesta

## IN QUESTO NUMERO

### EDITORIALI

- La sanità in un mondo che cambia**  
Germano Bettoncelli .....3
- La medicina fra tradizione e futuro**  
Angelo Bianchetti .....6

### LE SFIDE DEI CAMBIAMENTI SOCIO-CULTURALI

- Il nuovo sguardo clinico: visibile e invisibile in medicina**  
Leo Nahon .....8
- Dialettica medico-paziente: autonomie a confronto**  
Fabio Cembrani .....11
- Dalla medicina riparativa alla medicina atipica: verso un "nuovo medico" e una "nuova medicina"?**  
Renzo Rozzini .....13
- I dilemmi del SSN e il rischio della solidarietà smarrita**  
Rosella Levaggi .....17

### LE SFIDE DELLE NUOVE MIGRAZIONI

- I fenomeni migratori: un inquadramento generale**  
Silvio Caligaris .....20
- Come le migrazioni influenzano la nostra medicina: uno sguardo alla realtà bresciana**  
Susanna Capone .....24

### LE SFIDE DELL'IA E DELLE NUOVE TECNOLOGIE

- In un mondo tecnologico la parola è ancora una cura?**  
Claudio Cuccia .....28
- L'intelligenza artificiale in gastroenterologia ed endoscopia digestiva**  
Paola Cesaro e Enrico Tettoni .....31
- Algoritmi, robot e modelli predittivi in geriatria: la complessità di validarli nel mondo reale**  
Alberto Zucchelli .....33

### MEDICINA DEL TERRITORIO

- Le AFT, un nuovo paradigma organizzativo per la medicina territoriale che cambia**  
Elena Belli .....36

✱ *L'illustrazione è spiegata in 3<sup>a</sup> di copertina*

**Il mondo di Rubik**  
**Dilemmi grafici**  
Raffaele Spiazzi



### LA FINESTRA SUL MONDO

- "Nostra patria è il mondo intero"**  
Gianpaolo Balestrieri .....39

### STORIE DI PAZIENTI

- Casi Clinici**  
Renzo Rozzini .....40

### LA VOCE DEGLI ODONTOIATRI

- Tutti gli odontoiatri sono medici**  
Gianmario Fusardi .....42
- Claudia Valentini .....43

### LIBRI

- "Una pagina tante storie"**  
Raffaele Spiazzi .....44

### PILLOLE DI STORIA

- Passaggio al futuro.**  
**Il libro sarà ancora veicolo della cultura medica?**  
Chiara Benedetti .....47

### RICORDI

- Dottor Franco Soardi · Dottor Leonardo Latini .....49

### BRESCIA MEDICA CAMBIA

- Le novità del passaggio al digitale** .....50

#### DIREZIONE - REDAZIONE - AMMINISTRAZIONE

Via Lamarmora, 167 - BRESCIA - Tel. 030 2453211 - Fax 030 24 29530  
info@ordinemedici.brescia.it - info@omceobs.legalmailpa.it - ordinemedici.brescia.it

DIRETTORE RESPONSABILE: Dott. Angelo Bianchetti - COMITATO DI REDAZIONE: Dott.ssa Maria Elisa Alessi, Dott. Germano Bettoncelli, Dott.ssa Lisa Cesco, Dott. Claudio Cuccia, Dott. Ottavio Di Stefano, Dott. Renzo Rozzini, Prof.ssa Sandra Sigala, Dott. Raffaele Spiazzi.

#### CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE 2025-2028

PRESIDENTE: Dott. Germano Bettoncelli - VICEPRESIDENTE: Dott.ssa Annalisa Voltolini - SEGRETARIO: Dott. Bruno Platto, TESORIERE: Dott. Nicola Bastiani - CONSIGLIERI: Dott. Angelo Bianchetti, Dott. Silvio Caligaris, Dott.ssa Tiziana Candusso, Prof. Francesco Donato, Dott. Giovanni Gozio, Dott. Dario Palini, Dott.ssa Maria Pia Pasolini, Dott. Renzo Rozzini, Prof.ssa Sandra Sigala, Dott. Umberto Valentini, Dott.ssa Federica Zanotti, Dott. Gianmario Fusardi (Odontoiatra), Dott.ssa Chiara Cioffi (Odontoiatra).

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

PRESIDENTE: Dott. Germano Bettoncelli - VICEPRESIDENTE: Dott.ssa Annalisa Voltolini - SEGRETARIO: Dott. Bruno Platto - COMPONENTI: Dott. Nicola Bastiani, Dott. Angelo Bianchetti, Dott. Silvio Caligaris, Dott.ssa Tiziana Candusso, Prof. Francesco Donato, Dott. Giovanni Gozio, Dott. Dario Palini, Dott.ssa Maria

Pia Pasolini, Dott. Renzo Rozzini, Prof.ssa Sandra Sigala, Dott. Umberto Valentini, Dott.ssa Federica Zanotti.

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

PRESIDENTE: Dott. Gianmario Fusardi - VICEPRESIDENTE: Dott.ssa Sara Geretto - SEGRETARIO: Dott.ssa Claudia Valentini - COMPONENTI: Dott.ssa Chiara Cioffi, 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. Erminio Tabaglio, Dott.ssa Emanuela Tignonsini - COMPONENTE SUPPLENTE: Dott.ssa Silvia Gregorini.

#### UFFICIO DI PRESIDENZA

COMPONENTI: Dott. Nicola Bastiani, Dott. Germano Bettoncelli, Dott. Gianmario Fusardi, Dott. Bruno Platto, Dott. Erminio Tabaglio, Dott. Umberto Valentini, Dott.ssa Annalisa Voltolini.

PROGETTO EDITORIALE a cura di Margherita Saldi, partner Luca Vitale e Associati - Progetti di comunicazione - IMPAGINAZIONE GRAFICA Annamaria Guerrini - STAMPA Tipolitografia Pagni Srl - Via Adua, 6 - 25050 Passirano (BS).

IMMAGINE DI COPERTINA realizzata dal Dott. Raffaele Spiazzi.

La riproduzione di vignette e testi è libera purché vengano citati fonte e autore.

# La sanità in un mondo che cambia



Il Presidente Germano Bettoncelli

Le trasformazioni sociali influenzano profondamente l'evoluzione della sanità, che deve di necessità costantemente adattarsi per corrispondere ai nuovi bisogni e alle mutevoli esigenze dell'ambito in cui opera. Proprio in tale contesto, in verità non esclusivamente italiano, nacque la Legge 833 del 1978 che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale e nel contempo l'abolizione del sistema mutualistico. Nasceva in quell'anno il progetto per una sanità pubblica, votata ad assistere tutti i cittadini, finanziata con i soldi di tutti, in attuazione davvero dell'art.32 della Costituzione.

In un mondo che corre sempre più veloce, specialmente negli ultimi anni, questa interconnessione emerge con straordinaria evidenza e urgenza per diversi aspetti peculiari della vita sociale.

Consideriamone alcuni.

**“ L'ISTAT riferisce che, al 1° gennaio 2025, i residenti in Italia che hanno almeno cento anni sono 23.548, e l'82,6% è rappresentato da donne.**

spettativa di vita e la crescente percentuale di popolazione anziana si accompagnano ad un aumento delle patologie croniche e di bisogni assistenziali non solo sanitari, bensì sociosanitaria e a lungo termine. In tale contesto il sistema sanitario, in parti-

colare i medici, sono costretti ad orientarsi verso un'integrazione tra servizi sanitari e sociali, adottando modelli di assistenza di prossimità e di comunità conformi a queste nuove esigenze. Tale prospettiva fa emergere il contrasto, se non il conflitto, con un'impostazione di sistema che sostanzialmente è stata fino ad ora prevalentemente di tipo ospedalocentrico e comunque poco incline ad una visione della salute non esclusivamente meccanicistica secondo il punto di vista scientifico, ma anche aperta alla complessità e alla natura sistemica dei problemi.

## Disuguaglianze sociali ed economiche

È noto che questi elementi producono conseguenze importanti

## Invecchiamento della popolazione

L'ISTAT riferisce che, al 1° gennaio 2025, i residenti in Italia che hanno almeno cento anni sono 23.548, e l'82,6% è rappresentato da donne. In riferimento alla tipologia di residenza, si rileva che fra i centenari predomina la quota di coloro che vive in famiglia (89% nella classe 100-104 anni; 88% fra i 105 anni e oltre) rispetto a chi risiede in una convivenza istituzionalizzata (2.598 in totale). L'incremento dell'a-



Kraftsik - stock.adobe.com

sullo stato di salute della popolazione. Fattori quali il reddito, il livello di istruzione, l'occupazione e l'ambiente di vita (comunemente noti come "determinanti sociali della salute") incidono significativamente sullo stato di salute delle persone e sull'accesso alle cure. È ampiamente documentato che le disparità economiche e la povertà sanitaria ostacolano l'accesso ai servizi e portano a differenze significative tra le diverse aree geografiche e le fasce sociali, come dimostrano ad esempio alcuni importanti indicatori quali l'aspettativa di vita o i tassi di adesione agli screening preventivi. In Italia, l'aspettativa di vita, in particolare, varia da 84,7 anni in provincia di Trento a 81,7 in Campania.

Da anni, inoltre, per la disparità dell'offerta assistenziale, si assiste al fenomeno di una importante migrazione sanitaria dal sud a nord, con un trasferimento di risorse che ha raggiunto i circa 2,9 mld nel 2022 (Agenas). A tale proposito recentemente si registrano gli allarmi delle Regioni del Nord (Emilia-Romagna e Lombardia) che temono per la propria sostenibilità, causa il forte incremento di tale fenomeno. Aggiungasi ancora che nel 2023 solo in 13 Regioni si è registrato il previsto rispetto dei LEA (Livelli essenziali di assistenza). Per questo motivo il Ministro della Salute, Orazio Schillaci, che ha parlato di "sconfitta per la nazione".

## Stili di vita e fattori comportamentali

I cambiamenti negli stili di vita (ad esempio alimentazione, attività fisica, fumo e dipendenze) influenzano come è noto la prevalenza di malattie quali il diabete, l'obesità e le patologie cardiovascolari. L'evoluzione delle moderne politiche sanitarie si orienta sempre più verso una sanità rivolta alla prevenzione, all'educazione sanitaria e alla promozione di stili di vita sani, spesso con interventi nel tessuto sociale locale, come nelle scuole e nelle comunità. In tale ambito è evidente che, pur essendo l'azione del personale sanitario molto importante, per incidere davvero sul comportamento della popolazione è necessaria un'azione corale, protratta nel tempo e che veda, a fianco di quelle sanitarie, le istituzioni civili.

## Urbanizzazione e ambiente

Vivere in aree inquinate o in contesti urbani densamente popolati può comportare specifici problemi di salute. Una sanità moderna deve considerare l'impatto dell'ambiente sulla salute pubblica e collaborare con le amministrazioni locali per creare ambienti più salubri. Il Prof.

“Le condizioni economiche ed abitative sono importanti indicatori predittivi di rischio per la stima della salute individuale.



Giuseppe Costa, epidemiologo dell'Università di Torino, ha documentato una differenza di circa quattro anni nella speranza di vita per gli uomini tra chi vive in collina e chi vive alle Vallette. Magari per qualcuno quattro anni potrebbero anche non sembrare tanti, guardando a Londra dove sono più di dieci tra l'East End e il West End e a Glasgow dove sono più di sedici. Ecco perché sarebbe importante che soprattutto nel contesto delle cure primarie, in particolare i medici di medicina generale valorizzassero le condizioni economiche ed abitative dei propri assistiti, quali importanti indicatori predittivi di rischio di cui tener conto per la stima della salute individuale.

### Progresso Tecnologico e Digitalizzazione

La tecnologia sta trasformando l'erogazione dei servizi sanitari, favorendo lo sviluppo della telemedicina, l'integrazione dei dati sanitari e l'uso di strumenti digitali per la gestione della salute. Questi cambiamenti mirano a migliorare l'efficienza e la personalizzazione delle cure. Nell'interazione medico-paziente l'intelligenza artificiale (IA) può fungere da supporto nella comunicazione scritta e digitale. Ad esempio con sistemi di ge-

## “Riconosciamo la necessità di un processo di riforme coerenti e continue.

nerazione assistita di messaggi, e-mail, sintesi e promemoria per il paziente. Sempre naturalmente sotto la supervisione medica. Si utilizzeranno sistemi che “avvisano” il medico quando varia un parametro del paziente (esempio nel monitoraggio da remoto, o in laboratorio) e se ne richiede una revisione. In uno studio reale, un *chatbot* assistito dal medico ha migliorato la chiarezza informativa percepita dal paziente rispetto a risposte standard, mantenendone la sicurezza.

### L'evoluzione del Sistema Sanitario

In risposta a questi come ad altri cambiamenti, i sistemi sanitari nazionali, come quello italiano fondato sui principi di universalità, equità e uguaglianza, stanno attraversando un processo di trasformazione, forse di crisi, qualcuno sostiene per obsolescenza.

Si assiste al tentativo di transitare dal concetto di cura a quello

di assistenza integrata. Si auspica di passare da un modello prevalentemente ospedalocentrico e orientato alla cura delle patologie acute a uno che integri assistenza sanitaria e sociale, con un'attenzione crescente alla cronicità e alla prevenzione sul territorio.

Si vanno affermando principi basati su responsabilizzazione e partecipazione. Assistiamo ad un crescente riconoscimento dell'importanza dei pazienti come guide nei percorsi formativi e decisionali e ad una maggiore responsabilizzazione degli operatori nella gestione efficiente delle risorse.

Si ravvisa la necessità di un processo di riforme coerenti e continue. Nella consapevolezza che il conseguente processo di adattamento non si attua in modo lineare, ma va inserito in un iter continuo di riordino e di adeguamenti normativi (ad esempio per la riforma del Titolo V in Italia) volti a coniugare sostenibilità economica, efficienza e benessere dei cittadini e nel contempo degli operatori.

Con un focus speciale sull'equità, perché un obiettivo chiave deve rimanere la riduzione delle disuguaglianze nell'accesso e nella qualità delle cure, a tutela in particolare delle fasce più fragili della popolazione e delle aree ancora oggi più svantaggiate. ■



# La medicina fra tradizione e futuro



*Il Direttore Angelo Bianchetti*

Viviamo in un tempo di rapide trasformazioni, nel quale le coordinate culturali, sociali, economiche e tecnologiche mutano in fretta sfidando la nostra capacità di comprenderle. Gli articoli di questo numero di *Brescia Medica* compongono un mosaico che racconta l'impatto di questa metamorfosi sulla prassi clinica: il crollo di certezze un tempo ritenute intoccabili, la fragilità dei sistemi organizzativi e relazionali, la spinta delle nuove tecnologie e dell'intelligenza artificiale, l'emergere di domande inedite di cura.

La medicina — sintesi di arte e scienza, di relazione e di tecnica — affronta oggi una trasformazione profonda che richiede agli operatori sanitari non una presenza passiva, ma un ruolo pienamente attivo e responsabile.

La diffusione sempre più rapida di tecnologie, e ora dell'intelligenza artificiale, promette precisione, rapidità, risparmio di fatica e riduzione dell'errore umano. Per quanto raffinata, nessuna macchina può sostituire la sensibilità interpretativa del me-

dico. Il rapporto medico paziente rimane un incontro fra due soggettività: gli algoritmi possono ampliare lo sguardo e rendere più affidabili le risposte, ma non si sostituiscono nelle decisioni che restano nella responsabilità delle persone.

L'intelligenza artificiale apre una prospettiva luminosa ma complessa, in gran parte ancora inesplorata. Le possibilità di predizione precoce, monitoraggio continuo, personalizzazione delle terapie, sono enormi, ma la validazione resta fragile: pochi da-



**“La tecnologia non deve ridurre la dimensione umana della cura, ma liberare tempo e risorse per dedicarvi più attenzione.**

ti reali, alcune popolazioni (ad esempio gli anziani) spesso sottoappresentate, rischi di errori non ancora pienamente compresi. Il futuro richiede rigore scientifico, vigilanza etica e una capacità critica che non può essere delegata agli algoritmi. La tecnologia non deve ridurre la dimensione umana della cura, ma liberare tempo e risorse per dedicarvi più attenzione.

Nell'epoca dell'iper-specializzazione e dei *big data*, vogliamo ricordare che la parola resta una cura. La parola che dà senso alla malattia, che riconsegna dignità alla sofferenza, che orienta il paziente nella complessità delle opzioni che offre la medicina contemporanea. Accanto all'evidenza supportata dai dati, serve ancora la capacità ascoltare, interpretare, mediare. Il medico, più che mai, è un ponte tra la cultura scientifica e tecnica e l'umanesimo.

La cultura professionale, da sola, non basta a garantire un sistema di erogazione delle cure che mostra segni evidenti di logoramento. Il nostro Servizio Sanitario Nazionale è attraversato da tensioni strutturali: aumento dei costi, invecchiamento della popolazione e denatalità, disuguaglianze regionali, mobilità sanitaria che drena risorse dal Sud verso il Nord, crescente fuga dei ceti medio-alti verso il privato, difficoltà a reclutare personale sanitario e disaffezione verso alcune professioni e specializzazioni. Si rischia di intaccare i principi fondanti del SSN: la solidarietà, l'universalità, l'uguaglianza e l'equità. Senza il collante rappresentato da principi riconosciuti e condivisi da tutti il sistema non regge. È un campanello d'allarme che chiama politica, professionisti e cittadini a una responsabilità collettiva.

In questo scenario, le migrazioni rappresentano una realtà strutturale della contemporaneità, non un fenomeno passeggero. Le cause — conflitti, disuguaglianze, crisi climatiche, aspirazioni economiche, dinamiche demografiche — sono interconnesse. La nostra Città ha saputo sviluppare modelli virtuosi di medicina transculturale: mediazione linguistica, presa in carico precoce, integrazione tra ospedale e territorio, collaborazione con servizi sociali e istituzioni. Sono esempi concreti di come sia possibile affron-

tare con intelligenza le sfide che la mobilità umana pone ai sistemi sanitari. La salute dei migranti non è una “specialità”, ma un banco di prova della capacità del sistema di rimanere equo, competente e umano.

In questo contesto di nuove vulnerabilità, si trasforma anche la relazione medico-paziente. La transizione dal paternalismo all'autodeterminazione ha ridisegnato ruoli e responsabilità. Il paziente è oggi più informato, più esigente, più incline a considerarsi consumatore. Questo può favorire partecipazione e consapevolezza, ma può anche tradursi in richieste inappropriate, conflitti e pressioni che minano l'appropriatezza clinica. Il consenso informato, da strumento di libertà, rischia di diventare un dispositivo burocratico che sposta la solitudine della decisione dal medico al paziente. Occorre invece recuperare una dialettica matura: autonomia non come contrapposizione, ma come condivisione responsabile.

Con questo numero di *Brescia Medica* vogliamo ribadire una verità semplice e impegnativa: la medicina del futuro non sarà soltanto più tecnologica; sarà più complessa, più esigente, più interconnessa con le dinamiche della società. Per restare fedele alla propria missione, dovrà essere anche — e soprattutto — più profondamente umana. ■

# Il nuovo sguardo clinico: visibile e invisibile in medicina

Leo Nahon

Psichiatra, già Direttore Psichiatria 3 Ospedale Niguarda, Milano

La moderna medicina tecnologica aspira sempre più ad uno statuto scientifico che si fondi sull'evidenza dimostrata, sulla precisione e sull'individualizzazione, possibilmente endofenotipica. Uno statuto, cioè, che tenda all'assenza di ambiguità interpretativa; che possa prescindere il più possibile dalla soggettività giudicante del medico, un tempo detta "sguardo clinico".

La fallibilità del medico viene attutita dalla (opinabile) infallibilità dell'apparato tecnologico che lo supporta, e che comunque egli/ella deve governare. Ci saranno strumenti affidabili più dell'essere umano che potranno emettere il responso finale sul quesito diagnostico e finanche su quello terapeutico. La medicina basata sull'evidenza "EBM" genera una medicina algoritmica, e come accade in altri campi del sapere, algoritmi creano altri algoritmi.

L'entrata in campo della AI in numerose discipline mediche sta già influenzando enormemente il fondamento dell'agire clinico: i neuroradiologi sono sempre più orientati a cedere ad adeguati *software* di lettura le valutazioni diagnostiche di loro competenza e i chirurghi sono sempre più rinfrancati dall'utilizzo del robot per le patologie più varie dalle resezioni prostatiche *nerve-sparing*, alle semplici ernie. In entrambi i casi i medici ammettono che, tra l'altro, né il *software* di lettura né il robot operatorio si fanno condizionare dalla stanchezza fisica e dalla distrazione o dal malumore per un litigio col coniuge (o con i colleghi).

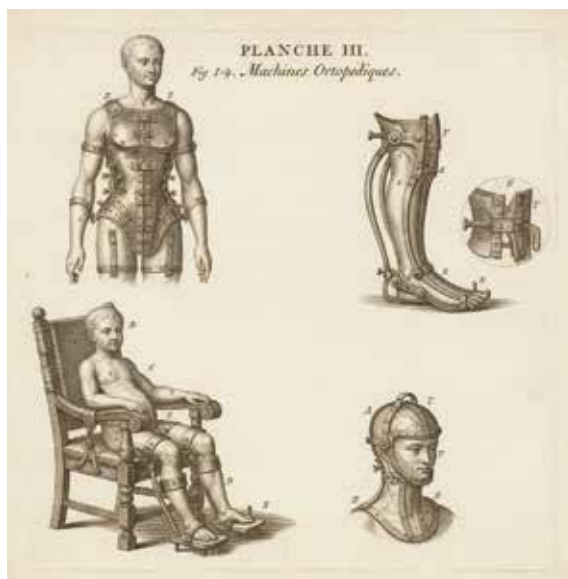


Figura 1

A partire dalle lugubri macchine ortopediche illustrate nell'*Ecylopedie* di Diderot e D'Alembert (figura 1), da almeno due secoli la tecnologia è entrata con sempre maggiore utilità (e invadenza) nella pratica medica. A volte con capacità risolutive (si

“ La medicina è l'evoluzione del rapporto di cura genitoriale originario: mi prendo cura di te che ti affidi a me.

Immagine generata con Gemini



pensi all'automazione nella medicina di laboratorio; a volte con robuste illusioni (si pensi alla lettura automatica degli ECG introdotta da almeno vent'anni ma con risultati zoppicanti, tanto da festeggiare nelle scorse settimane l'arrivo dell'ennesima *start-up* dedicata proprio alla lettura automatica degli ECG!).

La TAC è oggi uno strumento di routine nella diagnostica di tutte le specialità cliniche ma se riguardiamo oggi l'immagine della prima TAC cerebrale sorridiamo e ci chiediamo che cosa potessimo leggere (*figura 2*). Tuttavia, anche nelle procedure più sofisticate una quota dell'intervento è sempre e tuttora operatore-dipendente, il che reintroduce il rapporto uomo/macchina come dirimente. Malattie con la stessa diagnosi possono avere prognosi assai differenti, e decorsi inaspettati possono modificare le diagnosi precedenti.

Talune manifestazioni cliniche sono talmente contrastanti e difficili da decifrare che la diagnostica diventa uno sforzo contraddittorio: nella medicina qualcosa di invisibile resta sempre. Questo è forse il nucleo più sensibile e in qualche modo struggente della medicina: anche dietro le apparecchiature più



Figura 2

Immagine generata con Gemini

sofisticate una persona cura l'altra che a lei si affida.

La medicina è l'evoluzione del rapporto di cura genitoriale originario: mi prendo cura di te che ti affidi a me. Al di là dell'esame obiettivo sono comunque due soggettività che si devono incontrare dentro un sapere e un fare pratico che li unisce ma che li può anche dividere. Il dramma dell'incontro clinico si apre con la necessità di

costituirci malato da parte di una persona che si trova in stato di bisogno e che richiede a una parte specializzata del corpo sociale di rispondere a questo bisogno con una diagnosi e una terapia.

Vittorio Lingiardi, psichiatra e psicoanalista nel suo magnifico libro *Diagnosi e Destino* cita il poeta seicentesco *John Donne*: "Osservo il medico con la stessa diligenza con cui lui la malattia, vedo che ha paura e ho paura con lui, vado tanto più veloce perché rallenta il passo, ho tanta più paura perché nasconde la sua paura e la vedo con tanta più chiarezza perché non vorrebbe che la vedessi. Egli sa che la sua paura non turberà la pratica e l'esercizio della sua arte ma sa che la mia paura può turbare l'effetto e l'operazione della sua pratica". La pratica



wichayada - stock.adobe.com



Foto di Tyll Jura da Pixabay

“L’ascolto del medico consiste anche nel saper capire e percepire ciò che il paziente non dice.

si incardinano nel medico che incontra il suo paziente e lo sente così, pur dentro tutte le tecnologie più sofisticate, questo fremito reciproco nella relazione tra il clinico e il suo paziente continua a essere presente, forse un poco offuscato, anche oggi.

Così come molta tecnologia medica ha il compito di mostrare ciò che altrimenti sarebbe non percettibile, l’ascolto del medico consiste anche nel saper capire e percepire ciò che il paziente non dice, o non riesce a dire o addirittura non vuole dire. La lezione che la psichiatria può forse dare alla medicina è quella di valorizzare la sensibilità più profonda, eminentemente intuitiva che mette insieme i dati degli algoritmi diagnostici e terapeutici e quelli dell’intuizione del professionista esperto in quanto essere umano consonante col suo paziente.

clinica conserva, comunque, una parte di rischio, di bilico, di ombra che è costitutivo della relazione umana soprattutto quando ci siano di mezzo i corpi, oggetti imperfetti quanto imprevedibili.

Nella diagnosi clinica e nella terapia c’è sempre una parte di “scommessa” con la medicina e col paziente. Non solo questi, ma anche il Medico è coinvolto profondamente dall’emissione di una diagnosi. Il processo diagnostico ha probabilmente a che fare con i neuroni specchio.

*“Il medico che guarda il paziente riceve un primo messaggio complessivo della realtà vivente di chi ha di fronte e incarna in sé la malattia”.* Questo permette al medico di iniziare un processo che non è solo cognitivo e che ha a che fare con la simulazione incarnata, così ben descritta da Gallese e Rizzolatti. Empatia e preparazione scientifica

La vecchia massima Ippocratica ripresa da Osler *“a volte è più importante sapere quale paziente ha una malattia, piuttosto che quale malattia ha un paziente”* sembra oggi in affanno perché linee guida, percorsi di cura, algoritmi terapeutici vengono favoriti in nome della scientificità della medicina.

Siamo consapevoli che la prassi medica deve avere una solida base di dimostrabilità, non solo per scopi medico-legali, ma perché senza progresso scientifico anche la credibilità della medicina crollerebbe. Tuttavia, l’originalità dell’Ars Medica sta proprio nella capacità di intuire qualche cosa che coglie l’essenza profonda dell’altro. Come diceva il grande psicoanalista britannico Wilfred Bion *“Ricordiamoci che il paziente è il nostro miglior collega”.*

# Dialettica medico-paziente: autonomie a confronto

**Fabio Cembrani**

*Medico legale, professore a contratto Università di Verona*

La dialettica medico-paziente è questione diventata nodale nell'attuale dibattito giuridico e bioetico che ammettono la sua fisiologica (marcata e insanabile) asimmetria provocata dall'esistenza di un patto contrattuale con caratteristiche proprie, del tutto particolari.

Un contratto ampiamente disarmonico sul piano dei poteri riconosciuti alle parti interessate anche se la nostra tradizione ha sempre affidato al medico il potere (la responsabilità) di decidere se e quando iniziare/sospendere la cura della persona che si affida, con speranza e fiducia, alla sua competenza tecnica.

Questa asimmetria nodale, da sempre esistita, ha però cambiato d'abito nell'ultimo trentennio con un salto evidentissimo che è avvenuto parallelamente al progresso della scienza e della tecnica, alla diversa concezione del bene-salute che si è radicata nella società post-secolare e al diversificarsi dei poteri dispositivi consentiti – o vietati – dal diritto sul corpo e sulla vita.

Dal paternalismo terapeutico si è così rapidamente passati, specialmente in alcuni campi della cura, all'esaltazione del mito dell'autonomia decisionale del paziente, trasformatosi in un consumatore sem-

pre più esigente il quale, nell'opinione di alcuni giuristi, avrebbe il potere di condizionare l'*autoritas* (autonomia) del medico. Al punto tale da poterlo influenzare nelle scelte di cura non solo accettando/rifiutando la terapia prescritta dal medico, ma anche chiedendogli cure poco o per nulla appropriate, non ancora sperimentate o non ancora sottoposte al vaglio dell'evidence. Al punto da trasformarlo, per così dire, in un suggestionato e suggestionabile dispensatore di cura pretesa da chi non ne ha la competenza necessaria. Questa rapidissima mutazione è stata accelerata da fattori diversi: tra questi, l'aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, la diffusa procedimentalizza-



K Davis/peopleimages.com - stock.adobe.com

zione delle cure, la parcellizzazione dei compiti un tempo esercitati da un solo professionista, la conseguente spersonalizzazione della cura, la diffrazione della responsabilità personale in quella, frammentata e impersonale, dei vari soggetti che compongono il *team* e le nuove opzioni della tecnica (si pensi, a titolo di esempio, alla nano-ingegneria e all'intelligenza artificiale) che si stanno sempre più imponendo. È così che l'incontro tra l'autodeterminazione del paziente e la nostra autonomia professionale si trasforma, molto spesso, in uno scontro più o meno aspro non sopito dalla forza giuridica del "consenso informato", che altro non ha fatto se non spostare le solitudini decisionali originariamente portate sulle spalle dal solo medico paternalista, nel suo ruolo di buon padre di famiglia.

Con questo non voglio assolutamente negare il valore fondante di quei principi costituzionali (artt. 3, 13 e 32 Cost.) che riconoscono il nostro (legittimo e sacrosanto) diritto di autodeterminarci in campo della cura pur osservando che ogni qual volta il contenuto della prestazione medica vada in qualche modo ad interferire le scelte del paziente riguardanti la sua qualità di vita (dato estremamente soggettivo) è evidente che tali scelte possono spesso divergere dalle indicazioni del medico, dalla sua tradizione identitaria (deontologica), dall'interesse della collettività tutta e dal rispetto di utilizzare in maniera appropriata le risorse.

In queste situazioni non è facile trovare una via d'uscita come peraltro avviene in tutti quei campi del vivere comunitario nei quali non vale la dialettica (hegeliana) dell'*et-et* ma quella (kierkegaardiana) dell'*aut-aut*. Perché o il medico si adatta passivamente a questo nuovo ruolo richiestogli o, in alternativa, non lo accetta correndo il rischio di trasformare l'incontro in un vero e proprio scontro titanico condizionato e modulato da due *autoritas* sempre più contrapposte. Ciò non dovrebbe mai accadere perché il nostro ruolo implica sempre il dialogo, il riconoscimento ed il rispetto

**“ Il nostro ruolo implica sempre il dialogo, il riconoscimento ed il rispetto reciproco.**

**“ Il principio di giustizia richiede un'equa ripartizione dei benefici e degli oneri per evitare discriminazioni.**

reciproco e il dovere di comprendere lealmente quello che l'altro dice confutandolo senza animosità quando non lo si condivide. Ricordare all'ammalato che la nostra autonomia professionale non può arretrare davanti alle pretese di un consumatore sempre più esigente è la regola generale da seguire e che non possiamo mai derubricare, perché ogni passo che possiamo fare all'indietro è segno di debolezza e di viltà. Alla nostra autonomia professionale non si può così rinunciare al punto tale che possiamo (anzi, dobbiamo) rifiutare tutte quelle richieste di cura inappropriate, non ancora validate e/o in contrasto con i nostri valori coscienziali come conferma il Codice di deontologia medica. Con una particolare attenzione che dobbiamo rivolgere alle persone più fragili e vulnerabili soprattutto quando le loro convinzioni si scontrano con i principi fondamentali della bioetica e con gli interessi della collettività perché, in queste sempre più frequenti situazioni, è nostro preciso dovere mettere al primo posto la difesa della vita del paziente che discende dall'art. 2 Cost. come ha ammesso la Corte costituzionale nell'ordinanza n. 207 del 2018.

L'auto-determinazione individuale non può così essere un feticcio capace di mettere in una posizione di sub-alterità gli altri principi cardine della bioetica moderna. Soprattutto il principio di beneficenza (o non maleficenza) per il quale l'azione che produce il maggior saldo positivo fra costi e benefici è quella volta a proteggere la vita della persona e il principio di giustizia che richiede, sempre, un'equa ripartizione dei benefici e degli oneri per evitare discriminazioni, privilegi e profonde ingiustizie sociali.

In questa nuova dimensione si deve espandere il nostro ruolo professionale o, per usare una gergalità giuridica, la nostra posizione di garanzia che altro non significa se non operare per la protezione e difesa dell'altro, in spirito di giustizia e non di carità sociale.



# Dalla medicina riparativa alla medicina atipica: verso un “nuovo medico” e una “nuova medicina”?

**Renzo Rozzini**

*Direttore Programma “Benessere, Salute, Longevità” Fondazione Poliambulanza – Istituto Ospedaliero di Brescia, consigliere Ordine dei Medici di Brescia*

Per secoli la medicina è stata definita dalla sua missione fondativa: riconoscere la malattia, attenuarne gli effetti, se possibile guarirla. Il medico era l'artefice della riparazione; il paziente, il soggetto sofferente da riportare a uno stato di normalità. Oggi questa cornice non basta più a comprendere l'am-

piezza delle pratiche che vengono svolte in ambulatorio, in ospedale, in una clinica privata, in farmacia. Accanto alla cura della patologia si sono fatti strada un numero crescente di interventi che mirano non a “tornare come prima”, ma a diventare diversi: più efficienti, più belli, più performanti,







Foto di Alana Jordan da Pixabay

più longevi, più lucidi, più sereni, più rispondenti a un modello di normalità che non è dato una volta per tutte, ma si sposta continuamente. È il passaggio – ormai quotidiano – dalla medicina riparativa alla medicina trasformativa.

Questo mutamento non è solo tecnico, è culturale. È figlio di un pensiero moderno occidentale che ha imparato a considerare la persona come progetto e non solo come dato. Il corpo e la mente sono visti come materiali plasmabili, un'opera aperta, un cantiere permanente di ottimizzazione. In questo scenario, concetti come "salute", "normalità" e "bisogno" perdono i loro confini rigidi e si svolgono verso quelli, più mobili, di benessere, qualità di vita, prestazione. Il lessico quotidiano, non solo medico, ne porta le tracce: "*biohacking*" (ri-programmare), "*wellness*", "età biologica", "*antiaging*", "ritocchi".

La medicina non viene semplicemente tirata dentro questo movimento: lo co-produce.

A segnare e nominare questo passaggio è utile utilizzare la categoria di antropotecnica, cioè l'arte di trasformazione extra-medica dell'umano, non motivata da una patologia e che interviene sulla fisiologia per modificarla secondo desideri e scopi individuali o sociali. L'antropotecnica non sostituisce la medicina classica, ma la attraversa, la amplia e talvolta la riorienta. L'esito è un campo ibrido dove terapia e miglioramento convivono e si condizionano.

Due aree privilegiate possono aiutarci a comprendere il fenomeno: la medicina *antiaging* e la medicina estetica. In entrambi i casi, i confini fra cura, prevenzione, potenziamento e consumo si sovrappongono; le aspettative dei cittadini-pazienti mutano; i ruoli professionali si rinegoziano – e le questioni deontologiche si moltiplicano.

“La tecnologia scandisce il ritmo della società e cambia ciò che consideriamo possibile.

La medicina moderna è nata all'incrocio tra clinica e laboratorio con una promessa: neutralizzare la malattia. Questa promessa è rimasta imprescindibile, ma, insieme, si è affermato un secondo registro: accrescere uno stato di benessere percepito come desiderabile anche in assenza di una patologia diagnosticabile. Qui non si tratta più di ridurre un *deficit*, bensì di spostare in avanti la soglia del normale: un sonno "ancora migliore", una memoria "più affilata", una forma fisica "più definita", un volto "più giovane", una libido "più performante".

Questa svolta riflette in ambito medico alcune idee fondamentali del pensiero occidentale di oggi:

- Ognuno sente di essere il principale responsabile della propria vita. Se voglio cambiare il mio corpo o come percepisco la mia età, perché non dovrei farlo?
- L'innovazione è vista come un bene in sé. La tecnologia non arriva più solo a intervalli, ma scandisce il ritmo della società e cambia ciò che consideriamo possibile — e quindi anche ciò che pensiamo di dover perseguire.
- I servizi personalizzati trasformano i nostri desideri in opportunità di mercato, e allo stesso tempo il mercato crea nuovi desideri e nuovi *standard* da raggiungere.
- Grazie a dispositivi digitali, test genetici e misurazioni biologiche, il corpo viene tradotto in numeri che possiamo controllare e migliorare.
- In questo contesto, il paziente diventa anche consumatore e il medico è chiamato a essere, oltre che clinico, consigliere, facilitatore, educatore: un consulente. La relazione di cura, tradizionalmente marcata da asimmetria e fiducia, si arricchisce di elementi contrattuali e prestazionali: "Quali risultati posso aspettarmi, in quanto tempo, a quale costo, con quali rischi accettabili per me?".

Le pratiche atipiche non sono necessariamente fuori dalla medicina, riconoscono piuttosto che non sono fondate su una necessità vitale (come lottare contro la malattia), ma su obblighi sociali mor-

bidi (conformarsi a *standard* in evoluzione), bisogni esistenziali (coerenza con la propria immagine di sé), desideri (seduzione, competitività, “stare bene nella propria pelle”).

Con questa lente possiamo rileggere fenomeni molto diversi: contraccezione e procreazione medicalmente assistita, chirurgia estetica, nootropi e *doping* sportivo, psicofarmacologia del benessere, potenziamento sessuale, gestione personalizzata dell'invecchiamento. In tutti i casi, la medicina cede parte del proprio baricentro dalla riparazione alla trasformazione.

## Medicina *antiaging*: longevità come progetto personale

La medicina *antiaging* è forse il campo dove il cambiamento è più evidente. Non si limita alla prevenzione primaria o alla diagnosi precoce di malattie croniche: propone un ripensamento del corso di vita. L'obiettivo non è soltanto guadagnare anni, ma ridefinire l'età soggettiva e la qualità dei decenni in avanti (longevità). Il racconto dominante parla di durata della vita in salute, età biologica stimata da biomarcatori, ringiovanimento dei sistemi.

Gli strumenti possibili: nutrizione sorvegliata, digiuno intermittente, allenamento di resistenza e forza, igiene del sonno, gestione dello stress strutturato con tracciamento continuo mediante dispositivi elettronici indossabili, pannelli di biomarcatori (lipidi, infiammazione, metabolismo glucidico), *imaging* preventivo, test genetici e poligenici, microbioma, farmaci (e ormoni) impiegati “*off label*” per ottimizzare il benessere, modulazione epigenetica, terapie cellulari o basate su fattori circolanti (già presenti nell'immaginario e talvolta nell'offerta commerciale).

La persona chiede piani personalizzati, aggiornamenti periodici, obiettivi misurabili. Il medico, a sua volta, deve tradurre l'incertezza scientifica e differenziare ciò che è evidenza solida, ciò che è plausibile ma ancora in studio, e ciò che è marketing.

“Fino a che punto l'uso di farmaci per “ottimizzare” parametri normali è compatibile con la missione medica?”

Sono evidenti i rischi deontologici: fino a che punto l'uso di farmaci per “ottimizzare” parametri normali è compatibile con la missione medica? Rischio di vedere l'invecchiamento come malattia anziché fase fisiologica della vita; costi molto elevati che creano una longevità a due velocità, impiego di *screening* estensivi e di utilità opinabile, rapporto medico-persona puramente commerciale.

## Medicina estetica

È l'altro grande cantiere della trasformazione. Qui la domanda è dichiaratamente non patologica: attenuare i segni del tempo, correggere piccoli difetti, migliorare l'aspetto della pelle, ridefinire il profilo. In molti casi non si tratta di chirurgia maggiore, ma di procedure mini-invasive possibili in regime ambulatoriale, con tempi di recupero brevi e risultati cumulativi. La medicina estetica negli ultimi anni è cresciuta con la crescita della cultura dell'immagine, le procedure sono percepite come manutenzione, analoghe a cure dentali, le tecnologie migliorate. Inoltre, vi è una sempre maggior accessibilità: costi frazionati, pacchetti, clinichette di prossimità; e, allo stesso tempo, una narrativa pubblicitaria che rende il desiderio più legittimo.

La medicina estetica seria non è “cosmetica con siringa”, ma dovrebbe essere valutazione morfo-funzionale, gestione delle aspettative, consenso informato robusto e soprattutto competenza nella gestione delle complicanze (rare ma non nulle: ischemie da filler, infezioni, reazioni granulomatose). Richiede infine etica della sobrietà: dire di no quando l'indicazione non è appropriata, riconoscere segnali di dismorfofobia, inviare a supporto psicologico quando necessario.



Lonsep - stock.adobe.com



hedgehog94 - stock.adobe.com

### “Non tutto ciò che è tecnicamente possibile è clinicamente giusto.

Gli esiti positivi riguardano autostima, identità sociale, benessere relazionale, ma proprio per questo la medicina estetica si pone al confine tra cura e consumo. La tutela deontologica deve preservare l'asimmetria virtuosa della cura: informazione onesta, prudenza, personalizzazione, rinuncia alla iper-promessa del marketing.

*Antiaging* ed estetica condividono un paradigma di progetto: si definiscono obiettivi (più energia, pelle migliore, minori dolori, postura più funzionale, volto più riposato), si pianifica un percorso modulare (interventi graduati, *follow-up*, misurazioni), si valuta un ROI (ritorno sull'investimento) personale (tempo, denaro, risultati). Questo sposta il baricentro del colloquio: il paziente porta preferenze e valori; il medico deve portare evidenze e limiti, ma anche competenze comunicative e capacità di co-progettazione.

È bene sottolineare che, in ogni caso, ciascun intervento antropotecnico si innesta in biografie reali. La domanda di ringiovanimento o di ritocco non è un capriccio astratto: risponde a storie di lavoro, relazioni, traiettorie di cura, paure di esclusione o

declino. Il compito clinico è ascoltare e contestualizzare: cosa vuole davvero questa persona? Cosa si aspetta che cambi? Quali alternative non tecniche esistono (psicoterapia, supporto sociale, interventi sullo stile di vita)?

La medicina atipica del nostro tempo si muove su un crinale delicato. Da un lato, apre opportunità reali: prevenzione più anticipata, benessere percepito migliore, autonomia progettuale, gestione meno passiva dell'invecchiamento, dall'altro, porta i rischi concreti della medicalizzazione dell'esistenza, diseguaglianze, pressioni normative sul corpo, confusione tra scienza e marketing, trasformazione della cura in puro servizio.

*Antiaging* ed estetica, in quanto laboratori esposti e popolari, ci obbligano a una messa a fuoco duplice: celebrare ciò che migliora la vita delle persone preservando, insieme, il fondamento primario della medicina; significa allo stesso tempo riconoscere che non tutto ciò che è tecnicamente possibile è clinicamente giusto, ricordare che la salute non è solo *performance*, ma anche accettazione, relazioni, significato; praticare una trasparenza radicale su prove, limiti e rischi; difendere uno spazio di equità e dignità per chi non desidera – o non può – aderire ai nuovi standard.

La domanda non è se questa medicina si affermerà: già vive nelle nostre corsie e nei nostri studi. La domanda è come la guideremo. Se sapremo governarla con criterio clinico, rigore scientifico e responsabilità sociale, la trasformazione non cancellerà la tradizione riparativa, ma la completerà, consegnandoci una medicina al tempo stesso più umana e più consapevole dei propri limiti. In caso contrario, rischiamo di confondere il progresso con l'obbligo a migliorarsi, l'innovazione con la novità fine a sé stessa, la cura con il consumo.

Sta a noi – medici, società scientifiche, cittadini – scegliere la rotta. La medicina è sempre stata contemporaneamente tecnica ed etica. Deve, con più urgenza di ieri, mantenere la sua primaria ragion d'essere. ■

# I dilemmi del SSN e il rischio della solidarietà smarrita

**Rosella Levaggi**

*Professoressa Ordinaria di Economia Pubblica, Dipartimento di Economia e Management,  
Università degli Studi di Brescia*

Il nostro Sistema Sanitario Nazionale (SSN) nasce nel 1978 sull'onda delle analoghe riforme che hanno interessato diversi paesi. L'idea alla base è quella di assicurare a tutti i cittadini pari accesso alle prestazioni sanitarie, indipendentemente dal reddito, bisogno di cure, "produttività" nel reintegro di un livello di salute accettabile. Il modello nasce come una struttura gerarchica molto accentrata alla *Beveridge* (*The National Archives* 2025) e infatti inizialmente ricalca molto il sistema sanitario inglese.

Diversi problemi ne cambiano profondamente la struttura organizzativa: il ruolo sempre più rilevante dato alle Regioni ha infatti fatto sì che nel tempo, più che un singolo SSN, si siano creati venti SSR che richiedono un ulteriore sforzo di organizzazione e coordinamento che nel tempo potrebbe minare la sostenibilità stessa del sistema. Questi fattori organizzativi si inseriscono infatti all'interno di uno scenario già complesso. L'aumento della speranza di vita, combinato con un fenomeno di denatalità rende sempre più pro-







Valerii Apetrodici - stock.adobe.com

“ I tempi di attesa sono dovuti a problemi di *budget* piuttosto che a problemi di offerta limitata.

blematico l’equilibrio fra entrate e uscite del SSN. La maggiore efficienza ed il progresso medico per assurdo peggiorano questo quadro: aumentano i costi (migliori tecnologie costano di più), aumenta la domanda (maggiore sopravvivenza, incremento del numero di utenti per il SSN).

Infine, il presente quadro di incertezza a livello internazionale porta da un lato ad una ulteriore riduzione delle entrate (si riduce il PIL) e dall’altro ad un aumento delle spese (per sostenere la difesa nazionale, per aiutare le imprese in crisi). In questo quadro si assiste purtroppo ad una riduzione molto importante del principio di solidarietà che, se dapprima ha colpito solo qualche Regione (spesso quelle del Sud), adesso interessa tutta l’Italia. Questo aspetto è spesso strisciante e silenzioso: non si assiste infatti ad una riduzione trasparente delle cure offerte, ma ad una progressiva riduzione della loro qualità così che molti individui finiscono per rivolgersi alla sanità privata non solo come offerente di produzione, ma anche dal punto di vista del finanziamento della spesa.

Uno dei problemi più sentiti riguarda le liste di attesa. Sebbene molto sentito (*Academy of Health Care Management and Economics & SDA Bocconi 2022*), in Italia non esiste un sistema centralizzato di raccolta sistematica dell’andamento, in tutte le regioni italiane, delle prestazioni sanitarie domandate e offerte. I dati a livello nazionale mostrano che nei primi sette mesi dell’anno un totale di oltre 33 milioni di prestazioni sono state richieste e di queste circa 2 milioni sono state messe in pre-lista (il cittadino non ha avuto un appuntamento subito, è stato inserito in una lista e ricontattato in seguito). Di queste prenotazioni il 39% delle visite e il 38% degli esami sono poi stati effettuati entro il tempo massimo previsto dalla prescrizione<sup>1</sup>.

Per ovviare al problema, una possibile strada è quella di farsi curare in un’altra Regione: il diverso modo di contabilizzare prestazioni a residenti e non residenti implica che i non residenti possano “saltare la coda” in quanto di solito i tempi di attesa sono dovuti a problemi di *budget* piuttosto che a problemi di offerta limitata. La mobilità sanitaria interregionale in Italia ha raggiunto nel 2022 un valore di 5,04 miliardi di euro che non ha eguali in Europa, con un forte flusso di pazienti e risorse dal Mezzogiorno verso le regioni del Nord, in particolare Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto) (Fondazione GIMBE 2025). Questo flusso ha due tipi di conseguenze: da un lato un problema di accesso alle prestazioni, dato che non tutti i pazienti sono ugualmente in

<sup>1</sup> Il cruscotto informativo pubblico in una prima versione è disponibile sul portale AGENAS <https://www.portaletrasparenzaservizisanitari.it/pnla/>



**“La mobilità drena risorse dalle Regioni più povere con un meccanismo perverso per cui da un lato si danno risorse e dall’altro vengono tolte.**

grado di muoversi fuori Regione, e dall’altro di sostenibilità futura del sistema. Le Regioni del Sud sono in media più povere di quelle del Nord ed è per questo che lo Stato prevede fondi perequativi importanti. Tuttavia, la mobilità finisce per drenare risorse proprio dalle Regioni più povere con un meccanismo perverso per cui da un lato si danno risorse e dall’altro vengono tolte. Questa operazione ovviamente costa: così il *budget* che dovrebbe essere destinato a curare i pazienti finisce per essere disperso (Carnazza *et al.* 2025).

Il dato più preoccupante riguarda però il progressivo allontanamento dei pazienti dal SSN. Il lato oscuro della medaglia delle forme di sanità integrativa consiste nell’aumento del numero di persone che si rivolgono alla sanità privata (o alle cure intramoenia) per ridurre i tempi di attesa.

Secondo i più recenti dati ISTAT nel 2024 circa il 10-13% dei pazienti ha rinunciato alle cure sanitarie a causa delle liste di attesa troppo elevate, dei costi, delle barriere al loro utilizzo (per esempio distanza che si deve percorrere per ricevere la cura). Sebbene i dati siano peggiori al Sud, anche al Nord tale percentuale è superiore al 10%. Cresce nel frattempo la percentuale di spesa per le cure finanziata privatamente (23,4%); chi non rinuncia alle cure ricorre al privato e paga di tasca propria. Sebbene vada ricordato che le prestazioni ambulatoriali fino a 36 euro di fatto sono sempre state a carico dei cittadini (per queste prestazioni il *ticket* corrisponde al costo rimborsato alla struttura) l’aumento della spesa indica che sempre più persone rinunciano alle cure all’interno del SSN.

Questo fenomeno non sarebbe negativo se portasse ad un miglioramento del servizio nel settore pubblico (chi può pagare lascia il posto a chi non può); purtroppo quello a cui oggi si assiste è invece un allontanamento dei pazienti “più ricchi” e una riduzione delle cure da parte di quelli più poveri.

Secondo una recente ricerca del Cergas (Fattore & Preti 2025) nel 2022 l’8,6% delle famiglie ha affrontato spese sanitarie “catastrofiche” (spese cioè che le mettono a rischio di diventare povere) e il 3,7% è caduto o ricaduto sotto la soglia di povertà dopo aver pagato delle cure mediche.

Questo è un dato molto grave per un sistema sanitario che dovrebbe invece favorire l’accesso di tutti alle cure, soprattutto da parte delle persone meno abbienti.

Questa “privatizzazione di fatto” è un processo molto pericoloso perché il SSN si basa su un sistema solidale fra chi ha più salute e chi ha più bisogno di cure e fra ricchi e poveri. Questo fa sì che una parte di popolazione sia un contribuente netto (nel senso che paga in media più di quello che riceve) e un’altra un ricevente netto (riceve più di quello che paga).

Tuttavia, se la prima componente si allontana troppo dal sistema, nel tempo potrebbe non essere più disposta a pagare per chi non è in grado di farlo e il numero di persone costrette a pagare le cure di tasca propria finirà per aumentare. ■

## Bibliografia

- Academy of Health Care Management and Economics, & SDA Bocconi. (2022). *Liste e tempi di attesa in sanità Innovazioni, soluzioni e sfide per le regioni e le aziende sanitarie italiane*, Egea.
- Carnazza, G., Lagravinese, R., Liberati, P., & Torrini, I. (2025). *Monetary flows for inter-regional health mobility: The case of Italy. Papers in Regional Science*, 104(1), 100063.
- Fattore, G., & Preti, L. M. (2025). *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Italy.*
- Fondazione GIMBE. (2025). *La mobilità sanitaria interregionale nel 2022. Rapporto Osservatorio GIMBE*. Retrieved from <https://www.salviamo-ssn.it/attivita/osservatorio/mobilita-sanitaria-2022>
- The National Archives. (2025). *The foundation of the NHS*. Retrieved July 18, 2025, from <https://www.nationalarchives.gov.uk/explore-the-collection/stories/the-foundation-of-the-nhs/>

# I fenomeni migratori: un inquadramento generale

**Silvio Caligaris**

*Vicepresidente Medicus Mundi Italia ETS, consigliere Ordine dei Medici di Brescia*

La migrazione è un fenomeno intrinseco alla storia dell'umanità, ma negli ultimi decenni ha assunto una dimensione globale senza precedenti. Oggi oltre 280 milioni di persone, pari a circa il 3,6% della popolazione mondiale, vivono in un Paese diverso da quello di nascita - dati Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM) 2024. Le cause che

spingono a migrare sono molteplici e interconnesse: conflitti armati, crisi economiche, cambiamenti climatici, disuguaglianze sociali e aspirazioni di vita migliori. A queste si aggiungono i cosiddetti “*push and pull factors*”, ovvero le forze di espulsione e di attrazione che modellano i flussi migratori secondo logiche geopolitiche e socioeconomiche.



“ Nel 2024 oltre 123,2 milioni di persone sono state costrette a lasciare la propria casa per motivi sociopolitici: guerre o persecuzioni, instabilità politica, violazioni dei diritti umani.

### Dinamiche globali

Negli ultimi anni si è assistito a una crescita costante dei movimenti forzati: secondo l'*United Nations High Commissioner for Refugees* (UNHCR), nel 2024 oltre 123,2 milioni di persone sono state costrette a lasciare la propria casa a causa di motivazioni sociopolitiche: guerre o persecuzioni, instabilità politica, violazioni dei diritti umani. Le principali aree di provenienza sono l'Africa subsahariana, il Medio Oriente e alcune regioni dell'Asia meridionale.

Tra le altre **cause** complesse e intrecciate alla base dei flussi migratori dobbiamo citare quelle:

- **economiche**: disparità di reddito e occupazione, processi di globalizzazione, domanda di manodopera in settori specifici nei Paesi ad alto reddito;
- **demografiche**: differenze nella crescita della popolazione tra Nord e Sud del mondo, invecchiamento demografico nei Paesi di destinazione.

Parallelamente, si osserva un incremento delle migrazioni dovute al cambiamento climatico: siccità, inondazioni e desertificazione stanno già determinando spostamenti interni ed esterni in paesi vulnerabili come Bangladesh, Sudan o Mozambico. Questi fattori spesso si combinano, rendendo difficile distinguere nettamente tra migrazione “economica” e “forzata”.

Le rotte migratorie si sono progressivamente modificate: mentre l'asse Sud-Nord resta dominante, aumentano anche i flussi Sud-Sud, che oggi rappresentano quasi la metà delle migrazioni mondiali.

Questo dimostra come la mobilità umana non sia solo diretta verso l'Europa o il Nord America, ma anche tra paesi confinanti con economie emergenti.



Running opossum - stock.adobe.com

### Il contesto europeo e italiano

L'Europa resta una delle principali mete migratorie, con circa 87 milioni di residenti nati all'estero, pari al 16% della popolazione.

L'Italia, per posizione geografica e storia recente, è da decenni sia Paese di transito sia di destinazione. Secondo l'ISTAT, al 1° gennaio 2025 gli stranieri residenti erano 5,4 milioni, pari al 9,2% della popolazione totale, con una leggera crescita rispetto agli anni precedenti.

Le principali comunità provengono da Albania, Marocco, Romania, Cina e Ucraina, ma sono in aumento anche i flussi dall'Africa subsahariana e dall'Asia meridionale. A fianco della migrazione regolare, continuano le rotte irregolari via Mediterraneo: nel 2024 gli sbarchi registrati sono stati circa 66.317, con una forte presenza di persone provenienti da Bangladesh, Egitto, Eritrea, Pakistan, Sudan (dati Ministero dell'Interno, novembre 2025). Nel 2023 gli sbarchi totali registrati sono stati 157.651 e nel 2022 105.131.

### Aspetti sociosanitari

La migrazione contemporanea è un fenomeno complesso che coinvolge non solo dinamiche demografiche ed economiche, ma anche rilevanti implicazioni sociosanitarie. Non si tratta semplicemente di spostamenti di popolazione, ma di esperienze che possono incidere profondamente sullo stato di salute dei migranti e sulle strutture sanitarie dei paesi di accoglienza.

#### 1. Determinanti sociali e salute

I migranti affrontano spesso condizioni di vita che aumentano il rischio di malattie. Fattori quali povertà, disoccupazione, abitazioni precarie, scarsa alimentazione e difficoltà nell'accesso ai servizi essenziali influenzano direttamente la salute fisica



e mentale. Inoltre, esperienze di discriminazione, isolamento sociale e stress post-traumatico (specie nei rifugiati e nei richiedenti asilo) contribuiscono a un incremento di disturbi psicologici, depressione e ansia.

### 2. Accesso ai servizi sanitari

Le barriere linguistiche, culturali e amministrative limitano spesso l'accesso ai servizi sanitari. In molti contesti, i migranti incontrano difficoltà a ottenere informazioni sul sistema sanitario, prenotare visite, comprendere prescrizioni e seguire terapie. Questo non solo aumenta il rischio di complicazioni per malattie croniche e acute, ma può anche generare ritardi nella diagnosi di patologie infettive o oncologiche, con impatti sulla salute pubblica.

### 3. Malattie infettive e prevenzione

Sebbene i migranti non siano una causa di epidemie, la loro vulnerabilità può incrementare il rischio di esposizione a malattie prevenibili come tubercolosi, epatite B, morbillo o infezioni respiratorie. L'implementazione di strategie di *screening*, vaccinazione e educazione sanitaria mirata è essenziale non solo per la tutela dei migranti stessi, ma anche per la protezione della comunità ospitante.

“ La mobilità umana non è diretta solo verso l'Europa o il Nord America, ma anche tra paesi confinanti con economie emergenti.

### 4. Salute mentale e trauma migratorio

Molti migranti provengono da contesti di conflitto, persecuzione o calamità naturali. Il trauma pre-migrazione, il viaggio spesso rischioso e le difficoltà di integrazione possono causare disturbi da stress post-traumatico, depressione, ansia e disturbi dell'adattamento. La presa in carico della salute mentale richiede servizi interculturali, operatori formati e approcci sensibili alle differenze culturali.

### 5. Integrazione sociosanitaria

Un approccio efficace alla salute dei migranti richiede politiche integrate che combinino sanità pubblica, servizi sociali, educazione e lavoro. Modelli di medicina transculturale, mediatori culturali e programmi di educazione sanitaria in più lingue sono strumenti chiave per ridurre le disuguaglianze.



katrina - stock.adobe.com

ze di salute e favorire una partecipazione attiva dei migranti alla propria cura.

### 6. Implicazioni per la sanità pubblica

La migrazione pone sfide ma anche opportunità per i sistemi sanitari. La necessità di rispondere a bisogni diversi stimola l'innovazione nella cura primaria, nei servizi di prevenzione e nelle politiche di inclusione. Investire nella salute dei migranti significa, in ultima analisi, tutelare la salute collettiva, ridurre i costi a lungo termine e promuovere coesione sociale.

### Uno sguardo prospettico

La gestione dei fenomeni migratori richiede oggi una visione integrata, che coniughi sicurezza, diritti umani e salute globale.

L'approccio *"One Health"* - che riconosce l'interconnessione tra salute umana, ambientale e sociale - rappresenta un quadro concettuale utile per affrontare le sfide poste all'umanità in un modo sempre più interdipendente. La migrazione, lungi dall'essere una crisi temporanea, è una dimensione strutturale della contemporaneità.

Comprenderne la complessità, anche in termini sanitari, significa investire nella coesione sociale e nella salute collettiva, riconoscendo che il benessere delle persone in movimento è parte integrante del benessere delle nostre comunità. ■

### Bibliografia

- Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM). *World Migration Report 2024*. Geneva: IOM, 2024.
- UNHCR – Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati. *Global Trends: Forced Displacement in 2024*. Geneva: UNHCR, 2025.
- ISTAT – Istituto Nazionale di Statistica. *Stranieri residenti in Italia al 1° gennaio 2025*. Roma: ISTAT, 2025.
- Ministero dell'Interno – Dipartimento per le Libertà Civili e l'Immigrazione. *Sbarchi e flussi migratori 2024*. Roma: Ministero dell'Interno, 2025.
- Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. *Linee guida per la presa in carico sanitaria dei migranti*. Roma: Ministero della Salute, 2023.
- World Health Organization (WHO). *Health of Migrants: The Way Forward*. Geneva: WHO, 2023.



# Come le migrazioni influenzano la nostra medicina: uno sguardo alla realtà bresciana

**Susanna Capone**

*Specialista in Medicina Tropicale, Master in International Health, membro del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Medicina Tropicale*

Le migrazioni sono un evento connaturato all'essere umano.

Se da un lato la preistoria ha lasciato chiare tracce dei movimenti dell'uomo in funzione di cibo, acqua e rifugio, dall'altro il susseguirsi di guerre e di viaggi di conquista ha testimoniato la continua necessità di progresso economico, sociale ed avanzata politico-culturale.

Il rimodellamento geopolitico terrestre ha visto modificarsi le piramidi sociodemografiche nei differenti continenti, mostrando un costante ampliarsi del divario tra le fasce più povere e quelle più ricche.

L'ultimo rapporto Oxfam denuncia come nel 2024 la ricchezza nel mondo è cresciuta di 2 mila miliardi di dollari, pari a circa 5,7 miliardi di dollari



**“ La Banca Mondiale denuncia che l’8,9% della popolazione mondiale vive in stato d’indigenza estrema.**

al giorno, con un ritmo tre volte superiore rispetto all’anno precedente. Secondo queste stime, ogni settimana sono “nati” quattro nuovi miliardari. D’altro canto, la soglia di povertà al di sotto dei 6,5 dollari al giorno ha mostrato una drammatica stabilità dagli anni 90 ad oggi, con un totale stimato di 3,5 miliardi di persone al mondo coinvolte. Non solo, la Banca Mondiale denuncia che l’8,9% della popolazione mondiale, pari a 692 milioni di individui, vive in stato d’indigenza estrema (< 2,15 dollari al giorno pro-capite).

E in Italia? Dove ci troviamo?

Il Rapporto ISTAT 2025 mostra come oltre un quinto della popolazione è a rischio di povertà, mentre l’8,4% della popolazione si trova in povertà assoluta per un totale di 2 milioni e 200 mila famiglie (8,4%); tra le famiglie più esposte, oltre alle famiglie con figli minori e alle famiglie del Sud Italia vi sono quelle costituite da soli stranieri.

Analizzando dunque anche solo il profilo demografico mondiale, non possiamo che concludere che le migrazioni non cesseranno per tutta la vita del Pianete Terra; ciò che è mutato e si modificherà nel tempo sono i determinanti della migrazione e le traiettorie geografiche.

I maggiori determinanti di migrazione attuali sono secondari ai conflitti, agli effetti del cambiamento climatico oltre che all’emancipazione economica e socioculturale (pensiamo ai migranti economici, agli studenti, ai ricongiungimenti familiari o ai richiedenti asilo e beneficiari di protezione internazionale, sussidiaria o per casi speciali).

Ma come i determinanti della migrazione hanno influenzato la Medicina odierna? Ha ancora senso oggi parlare di Medicina delle Migrazioni? Se gli anni 90 sono stati contraddistinti dall’Effetto Salgari, con la necessità di approfondire quelle patologie ormai dimenticate, dal profumo esotico (Malaria, Lebbra, Schistosomiasi...), la Medicina delle Migrazioni oggi ha la necessità sempre più impellente di rispondere al mancato Diritto Globale di Salute.

In un momento storico di contrazione planetaria di

accessibilità ai servizi di diagnosi e cura, la Medicina delle Migrazioni è innanzitutto Medicina del Lavoro, Sociale e Medicina Transculturale.

La Medicina delle Migrazioni è promozione della Salute Pubblica, analisi del Sistema Sanitario, denuncia del mancato diritto, emersione della grave marginalità.

La Medicina delle Migrazioni interessa una popolazione così eterogenea da sconfinare in ambiti di applicazione innumerevoli (dall’Epidemiologia, alla Medicina Tropicale, dalla Medicina Legale alla Nutrizione, dalle Malattie Metaboliche di transizione, alla Tossicologia contemporanea, dalla Salute Mentale alla Salute Materno-infantile, dalla Traumatologia alla Medicina di Comunità, dalla Sanità penitenziaria alla Genetica).

Proviamo ora a focalizzarci sul nostro contesto e ad analizzare l’evoluzione delle migrazioni nel territorio lombardo e bresciano.

Secondo gli ultimi dati pubblicati dal Dossier Statistico della Migrazioni, al 31 dicembre 2024, in Lombardia, i residenti stranieri erano 1.230.362 su una popolazione totale di 10.035.481 persone, con un’incidenza del 12,3%.

In Lombardia risiede il 22,7% della popolazione straniera italiana totale (5.422.426).

A giugno 2025 i migranti ospitati dal sistema di accoglienza lombardo erano 17.531 contro i 18.234 dell’anno precedente. La Lombardia si colloca al secondo posto nazionale, dopo la Sicilia, per presenza di minori stranieri non accompagnati (2.164 a fine giugno 2025, il 14% del totale nazionale).

Brescia è la quarta provincia italiana per numero di residenti stranieri, dopo Roma, Milano e Torino: 155.206 al 31 dicembre 2024, con un record in termini di stranieri non comunitari con lunghi permessi di soggiorno.

In percentuale la presenza di stranieri sul territorio bresciano è cresciuta dell’1,1% rispetto al 2023, con un’incidenza sul totale della popolazione del 12,3%, quinta dopo Milano, Mantova, Lodi, Cremona e Pavia.

I permessi a termine sono stati rilasciati per: moti-

**“ Oggi la Medicina delle Migrazioni è innanzitutto Medicina del Lavoro, Sociale e Medicina Transculturale.**

vi familiari (49,9%), lavorativi (23,5%), protezione internazionale/sussidiaria (17,6%), richiesta d'asilo (4,7%), a cui si aggiunge un 4,3% a cui è stato concesso il permesso per "altri motivi".

La Provincia di Brescia registra anche un alto tasso di incidenza delle cittadinanze acquisite: 6,3%, con 9.716 acquisizioni.

L'evoluzione demografica si rispecchia solo in parte negli accessi presso l'Ambulatorio Migranti dell'ASST Spedali Civili di Brescia.

Nato nel 1990 sotto l'USSL di Brescia, vedeva l'infettivologo, Dr. Issa El Hamad, pioniere del primo ambulatorio per extracomunitari, instancabile catalizzatore di progetti locali e nazionali, nonché mentore di una generazione di specialisti della Medicina della Migrazione.

Il presidio è cresciuto nel tempo passando da Centro di Salute Internazionale (2003) a Servizio di Medicina del Disagio (2008) con particolare attenzione alle gravi marginalità, per divenire U.O. di Medicina Transculturale e MTS (2013) sino ad oggi, ove la SS IST coniuga le attività di prevenzione e cura delle Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST) con quelle di presa in carico della popolazione migrante.

Dalla sua nascita, ad oggi, l'Ambulatorio Migranti ha assistito più di 39.000 pazienti (61% genere maschile, 49% femminile). Gli assistiti sono compresi per la maggior parte nella fascia di età tra i 20 ed i 60 anni, con un incremento relativo della popolazione tra i 30 ed i 60 anni a partire dal 2020. Le attività si snodano da un primo triage infermieristico con valutazione dello status giuridico al successivo inquadramento anamnestico e clinico in un'ottica transculturale ove l'approfondimento dei

**“L'Ambulatorio Migranti costituisce un solido modello di presa in carico, si auspica ne possano fiorire di nuovi.**

temi del viaggio e del vissuto migratorio è centrale nella presa in carico.

Tra gli utenti del centro vi sono cittadini extracomunitari, comunitari europei senza permesso, stranieri in fase di regolarizzazione ("limbo normativo"), ma anche stranieri regolari non ancora iscritti al SSR ed una piccola quota di cittadini italiani senza fissa dimora.

Durante la visita, a seconda delle sindromi riscontrate, possono essere somministrate terapie di primo livello, proposte vaccinazioni, medicazioni effettuate ed avviati percorsi di cura nell'ambito dell'acuzie o della cronicità. Laddove necessario, vengono emessi i documenti che garantiscono l'accessibilità ai servizi sanitari, contribuendo così ad efficace strumento di regolarizzazione amministrativa. Funzione del centro è anche quella di orientamento sociosanitario ai servizi ospedalieri e territoriali al fine di facilitare la continuità terapeutica. Ai pazienti, in funzione del rischio, viene inoltre proposto lo screening per le patologie sessualmente trasmesse.

Medicina transculturale vuol dire Mediazione linguistico-culturale senza il cui costante e progressivo sviluppo, gli operatori sanitari si troverebbero disarmati. L'Ambulatorio ha sempre contribuito alla formazione e promozione del ruolo dei mediatori culturali sui cui, oggi, l'intera Provincia di Brescia può contare.



L'Ambulatorio Migranti svolge un ruolo educativo di orientamento al SSR, di prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse e suscettibili di copertura vaccinale. Inoltre, si occupa di diagnosi precoce e cura delle malattie con conseguente riduzione degli accessi impropri in PS, del numero di ricoveri e della duplicazione/sovrapposizione dei processi di cura. Questo ha quindi contribuito ad una riduzione della spesa sanitaria stessa, mostrandosi indubbia la strategia costo-efficace.

L'ambulatorio da sempre funge da ponte tra Territorio e Ospedale, precorrendo il "modello sinergico" su cui la Regione Lombardia sta ora investendo significativamente.

L'Ambulatorio Migranti è al centro delle relazioni istituzionali non solo con gli specialisti delle varie ASST, i funzionari di ATS, ma anche i servizi territoriali delle Dipendenze, il Dipartimento di Salute Mentale, lo sportello richiedenti asilo del Comune, i Servizi Sociali, la Prefettura, la Questura facendo da perno di un quanto mai complesso network multidisciplinare.

In questi 36 anni di attività il Centro è stato un importante punto di osservazione epidemiologico ed ha sempre attivamente contribuito alla Ricerca scientifica sia in ambito di Salute Pubblica sia clinico, in collaborazione con l'Università degli Studi di Brescia.

Negli anni gli operatori sanitari, in servizio presso l'Ambulatorio ed i suoi diversi collaboratori, hanno inoltre promosso la formazione continua dei colleghi sanitari tramite eventi promossi dall'Ordine dei Medici e Chirurghi di Brescia, dalle Università nonché da Organizzazioni non governative.

Non bisogna dimenticare il *tropEd Global Health Course*, implementato da anni dall'Università de-

gli Studi di Brescia, nonché il Corso di Malattie Tropicali e Salute Globale di Medicus Mundi Italia, entrambi punti di riferimento della formazione post-universitaria con moduli dedicati alla Medicina delle Migrazioni.

Tutto questo rappresenta solo una piccola parte della risposta sanitaria al fenomeno migratorio nel contesto bresciano. Non si può dimenticare il ruolo delle organizzazioni no-profit, così come quello delle Associazioni di Volontariato che da anni garantiscono assistenza e cure trasversali alle persone migranti nella Provincia di Brescia. Anche le istituzioni private così come le strutture miste possono giocare la loro parte nella presa in carico del migrante.

Le parole chiave dell'assistenza devono rimanere: multidisciplinare, precoce, efficiente ed integrata.

L'Ambulatorio Migranti costituisce un solido modello di presa in carico, da cui si auspica ne possano fiorire di nuovi. La catena di cura, come abbiamo visto, è costituita da numerosi anelli, uno funzionale all'altro con lo scopo di creare un *network* sempre più efficace e sinergico che con il tempo diventi parte integrante di un unico sistema sanitario nazionale-regionale.

Il vero obiettivo dell'Ambulatorio Migranti è scomparire nel tempo. La sua efficacia sta nel fornire strumenti per un approccio etico, professionale e scientifico di cura che venga inglobato dal sistema sanitario a tutti i livelli e non ne costituisca più una virtuosa eccezione.

Questo processo potrà ultimarsi una volta che tutti i professionisti (sanitari, amministrativi, giuridici) arricchiranno il proprio bagaglio di cura del Saper Transculturale, a garanzia di equità e tutela del diritto costituzionale ed europeo.





# In un mondo tecnologico la parola è ancora una cura?

**Claudio Cuccia**

*già Responsabile dell'Unità di Terapia Intensiva Cardiologica degli Spedali Civili di Brescia, Direttore del Dipartimento Cardiovascolare della Fondazione Poliambulanza di Brescia e Presidente del Gruppo di studio nazionale ATBV (Aterosclerosi, Trombosi e Biologia Vascolare)*

Chissà cosa penserebbe, oggi, **Leonardo Sciascia** dell'intelligenza artificiale? E quale sarebbe il pensiero di **Italo Calvino**, a tale proposito? E perché non ricordare il surrealismo di **Primo Levi**, col suo "Scacco al tempo", oppure le riflessioni sulle due culture tanto care a **Umberto Eco**?

Faccio un po' d'ordine.

Ho citato quattro tra i tanti illustri scrittori (gente dal pensiero fine e con la penna ben salda nella mano) che hanno affrontato il dibattito tra scienza e umanesimo, chi augurandosi un sereno cam-

mino dell'una a fianco dell'altro (Calvino) e chi, al contrario, identificando nei 'progressi' della scienza il male assoluto da sconfiggere (Sciascia).

Un'immagine suggestiva, nel raffronto tra le due culture, la offre Calvino, quando contrappone l'esplosione nucleare, il terribile segno della cecità estrema dello sviluppo della scienza, all'implosione dei buchi neri, dove la scienza offre un'immagine opposta, simbolica, anch'essa estrema, di una concentrazione delle facoltà dell'uomo, un "assorbimento di forza" dove la scienza funge da stimolo al pensiero, "un crollo all'interno" che dà nuova vita alla riflessione, capace, a detta di alcuni, di lenire il ricordo del dramma delle bombe esplose a Hiroshima e Nagasaki.

Sul versante opposto, Sciascia rappresenta nel suo "La scomparsa di Majorana" – scritto "contro Fermi e gli scienziati come lui" – il rifiuto morale dello scienziato che intravede lo spaventoso svilup-



“ Nell’era dell’intelligenza artificiale si ascoltino i pensieri di chi con la parola e con la scrittura ha avuto grande confidenza.



po del proprio lavoro, al punto che l'uomo, Ettore Majorana, rinnega sé stesso per non sentirsi colpevole di una futura catastrofe, e decide di scomparire nel nulla, in un viaggio notturno di un traghetto che lo porta da Palermo verso Napoli. Nel pensiero di Sciascia, nel racconto della scomparsa del giovane e geniale fisico del gruppo dei ragazzi di via Panisperna, scienza e coscienza confliggono, e l'una, la coscienza, sarà destinata a cedere all'altra, la scienza.

Così avverrà anche con l'intelligenza artificiale?

Umberto Eco, non certo animato dal pessimismo dello scrittore di Racalmuto (o dal suo estremo realismo?), riconosce alla letteratura (la parola) il compito di affrontarlo, il problema delle culture che si scontrano – il problema esiste, eccome! –, augurandosi che lo scontro si attui, e rimanga, sul terreno dell'umano, senza che l'una, la scienza, abbia il sopravvento sull'altra, il pensiero; anzi, dove l'una funga da stimolo all'altra, dove la scienza sia forma di pensiero e non tecnica distruttiva. Insomma, a differenza di Sciascia, lo scrittore di Alessandria si augura che non ci sia uno conflitto tra le culture, ma si costruiscano ponti che ragionevolmente le tengano unite tra di loro.

A proposito del buon uso di quanto il progresso viene a offrirci, come non ricordare la *Populorum progressio* di **Giovanni Battista Montini** (1967), e le sue parole profetiche: *“Economia e tecnica non hanno senso che in rapporto all'uomo ch'esse devono servire. E l'uomo non è veramente uomo che nella misura in cui, padrone delle proprie azioni e giudice del loro valore, diventa egli stesso autore del proprio progresso”*.

Essere padrone delle proprie azioni significa non lasciarsi assorbire dal pensiero comune, non cedere all'attrazione della massa, che a dirla con Mons. Ravasi, significa essere *“risucchiati dagli stereotipi, dalle mode, dagli eccessi, divenendo replicanti senza personalità”* (Domenicale del 24 ore, 26 ottobre 2025). Lo stesso Ravasi ricorre a un pensiero di Simone Weil, che ribalta la lettura del rischio di divenire risucchiati dalla massa, descrivendo come sia facile correre volontariamente in quel buco nero della massa ed esservi felicemente omologati, *“lieti di ripetere i movimenti e i motti ormai dominanti e spesso gestiti da potenti agenzie politiche, economiche e sociali.”* Non stendiamoci sotto lo schiacciasassi del pensiero di massa, esorta Ravasi – così come faceva Eco – annullando la nostra identità, soddisfatti di essere “spianati”, ma diamoci il tem-



po, scienziati o umanisti che si sia, per imparare a leggere gli uni degli altri: gli scienziati “si umanizzano”, e gli umanisti non si rivolgano alla scienza con la distrazione sinora mostrata. E l'intelligenza, per quanto l'artificiale sembri farla in barba alla naturale, – è però stata quest'ultima, è bene ricordarlo, ad aver prodotto la prima – rispetti l'origine del lemma che la denomina, quel *intelligere* che sprona a leggere tra le righe, a comprendere come stiano le cose e soprattutto quale strada stiano per imboccare, queste benedette cose.

In un mondo tecnologico, la parola è ancora una cura?

Due anni fa, su questa stessa rivista, analizzando il tema della Medicina e della Cultura, sollecitavo la lettura dei racconti di Primo Levi, e tra questi “Scacco al tempo”, dove il protagonista godeva del Paracrono, una fantasiosa invenzione capace di *“allungare a piacere il tempo delle esperienze gradite, e abbreviare la durata delle esperienze dolorose o fastidiose.”*

Ebbene, le due culture ci invitano proprio a far questo, a darci il tempo – a imporci il tempo! –, di conoscere l'una senza dimenticare l'altra, ad affidarci alla scienza senza dimenticare l'eloquenza, che è arte sopraffina, che dà vita e voce al dialogo, alla consapevolezza da parte del medico di quali siano le offerte della tecnica e cosa significhi usarle con criterio, e da parte del paziente il desiderio di conoscere cosa sia la malattia e quale il senso di ciò che gli viene proposto di fare. Si metta una mano sul tempo, quindi, non per dormirci sopra, ma per il piacere di riflettere, lasciando che il pensiero, che è vanitoso, si specchi tra le sinap-



si per distinguere il buono dal cattivo, il giusto dallo sbagliato, il meglio dell'artificiale dal peggio del naturale.

La parola è ancora una cura, dunque?

“Dar voce” è una locuzione spesso disattesa, la voce viene negata ai più deboli, agli esclusi, a chi soffre: “Soffrire in silenzio” ha addirittura un’accezione positiva, quasi fosse un merito, un segno di forza laddove la forza non c’è più o serve ad altro.

“Il dolore che non parla,” scrive **Shakespeare**, nel *Macbeth* (Atto IV, Scena III), “bisbiglia al cuore oppresso e gli ordina di spezzarsi.” Il dolore va riconosciuto, gli va data voce, così come la voce, che è cura, viene richiesta al medico, come reclama Beatrice che, scesa dal Paradiso, si rivolge a Virgilio, al “dottore” che accompagna **Dante**:

*“Or movi, e con la tua parola ornata  
e con ciò c’ha mestieri al suo campare  
l’aiuta, sì ch’i’ ne sia consolata”.*

Il medico, con la sua parola ornata, e con ciò “c’ha mestieri al suo campare” (la scienza), deve scen-

“Non si cada nel tranello  
che la scienza  
sia destinata  
a cancellare la parola.

dere in campo, contro un nemico, la malattia, che ha scelto di combattere, e che il paziente s’è trovato di fronte all’improvviso: la parola ornata, a dirlo con gli esegeti della *Commedia*, è fatta di dottrina et eloquentia, la conoscenza di un mestiere e la capacità di esprimerlo, di narrarlo, nell’alleanza che si è sancita col paziente, nella guerra – questa sì, sacrosanta! – contro un nemico comune, la malattia.

Sempre loro, gli esegeti della *Commedia* (Cristoforo Landino, 1481), ricordano come già **Cicerone** si lamentasse “*di chi le due cose congiunte hanno diviso; et alchuni si sono dati solamente alla eloquentia, la quale senza sapientia et doctrina è chosa furiosa et nociva a gli huomini; et alchuni solamente alla sapientia, la quale per sé poco può giovare non potendo persuadere quello che intende*”.

Tutto è già scritto, come negarlo?

Un famoso scrittore e medico, **Anton Pavlovič Čechov**, riferiva che la conoscenza del metodo scientifico l’aveva sempre tenuto all’erta, sforzandosi di attenersi sempre ai dati scientifici e “*dove non è stato possibile, ho preferito non scrivere affatto*.” Aggiungeva di non appartenere ai letterati che hanno verso la scienza un atteggiamento negativo, “*né vorrei far parte di coloro che vengono a capo di tutto con l’unico ausilio della loro testa*”.

Nell’era dell’intelligenza artificiale, pertanto, si ascoltino i pensieri di chi con la parola – e con la scrittura che la custodisce – ha avuto grande confidenza, e non si cada nel tranello che l’una, soprattutto la scienza, sia destinata a cancellare l’altra, la parola. La scienza fa parte della cultura, al cui interno lo sviluppo di una parte, umanistica o scientifica, non deve togliere all’altra il desiderio di conoscerla e la capacità di interpretarla, ottenendo così il meglio che il pensiero dell’uomo viene a offrirci. ■

# L'intelligenza artificiale in gastroenterologia ed endoscopia digestiva

**Paola Cesaro**

*Direttore U.O.C. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Fondazione Poliambulanza Istituto Ospedaliero, Brescia*

**Enrico Tettoni**

*Dirigente Medico, U.O.C. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, Fondazione Poliambulanza Istituto Ospedaliero, Brescia*

## L'esperienza di Fondazione Poliambulanza

Fin dagli albori della sua introduzione nella pratica clinica, l'intelligenza artificiale (IA) seguita a lanciare nuove sfide e a plasmare in modo rivoluzionario il presente e il futuro della medicina.

La Gastroenterologia non è rimasta refrattaria rispetto a tale innovazione: cogliendo l'esigenza di una medicina sempre più dinamica, in tale campo l'IA si configura soprattutto come sistema di supporto decisionale avanzato, capace di analizzare grandi quantità di immagini con rapidità e riproducibilità, caratteristiche senza le quali i sistemi di IA non avrebbero potuto inserirsi nell'armamentario di *routine* del medico moderno. È a questo livello che nell'Unità Operativa di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva di Fondazione Poliambulanza si concretizza, oggi, la dialettica uomo-macchina, e cioè nella compenetrazione continua tra *expertise* clinica e la riproducibilità degli algoritmi in grado di muoversi entro un contenitore sempre maggiore di dati, acquisizioni, immagini.

Nelle procedure endoscopiche, dove la ricerca di polipi richiede attenzione continua, l'ausilio algoritmico consente di incrementare il tasso di

individuazione delle lesioni, riducendo il rischio di errori legati alla stanchezza o alla variabilità di esperienza soggettiva tra operatori. Nell'ambito della colonscopia, esame imprescindibile per la prevenzione del cancro del colon-retto, Fondazione Poliambulanza ha impiegato negli anni diversi sistemi di IA, quali *GI Genius* (Medtronic), *EndoAID* (Olympus) e *Discovery* (Pentax). Integrati nelle colonne endoscopiche, tali sistemi evidenziano in tempo reale aree sospette della mucosa attraverso *input* visivi, come riquadri, oppure segnali sonori: l'endoscopista viene così affiancato, virtualmente e praticamente, nella ricerca di lesioni potenzialmente neoplastiche o precancerose, comprese quelle di piccole dimensioni o a morfologia piatta, più difficili da intercettare.

**“** Nelle procedure endoscopiche l'ausilio algoritmico consente di incrementare il tasso di individuazione delle lesioni.



surflya - stock.adobe.com

“ Accanto alle opportunità offerte dall'IA non vanno sottovalutati i limiti: il primo alert è il rischio di *de-skilling*.

Accanto a tali sistemi di rilevazione delle lesioni, denominati *Computer-Aided Detection (CADE)*, se ne sono affiancati altri, chiamati *Computer-Aided Diagnosis (CADx)*, che supportano nella caratterizzazione ottica del polipo, suggerendone una probabile natura istologica, con un'accuratezza in termini di corrispondenza con l'esame anatomicopatologico che è in costante miglioramento, guidando quindi l'endoscopista nella decisione della modalità resettiva più appropriata.

L'introduzione dell'IA ha dimostrato di aumentare l'*Adenoma Detection Rate (ADR)*, indicatore chiave di qualità della colonscopia. Ogni incremento dell'ADR si associa a una riduzione del rischio di cancro coloretale d'intervallo, con un impatto diretto sulla prevenzione del carcinoma coloretale.

Altro ambito promettente è quello della strategia “*diagnose and leave behind*”, che prevede il riconoscimento affidabile dei polipi iperplastici < 3 mm nel retto-sigma, considerati non a rischio di trasformazione neoplastica, consentendo quindi di lasciarli in sede senza asportazione né esame istologico. Una caratterizzazione ottica supportata da CADx accurati può pertanto ridurre il numero di polipectomie non necessarie, con beneficio in termini di impiego di risorse, riduzione dei rischi procedurali e miglior comfort per il paziente.

Anche la videocapsula endoscopica (VCE) – una piccola capsula ingerita dal paziente che lungo il transito gastrointestinale filma e genera decine di migliaia di immagini – beneficia in modo rilevan-

te dell'IA. La VCE – impiegata per lo studio del piccolo intestino in caso di sospetto sanguinamento o per la diagnosi e stadiazione della malattia di Crohn – risulta spesso inficiata dalla lettura ripetitiva delle immagini e dell'affaticamento del lettore, con il rischio di mancare lesioni particolarmente rilevanti. Gli algoritmi basati sull'IA preselezionano i fotogrammi più rilevanti, riconoscendo anomalie mucose con elevata accuratezza, riducendo il numero di immagini da visionare e, di conseguenza, i tempi di refertazione.

Le prospettive dell'IA in endoscopia vanno tuttavia ben oltre il semplice rilevamento e la caratterizzazione di lesioni significative. Algoritmi dedicati mirano a migliorare la qualità complessiva dell'esame, monitorando parametri oggettivi come il tempo di retrazione in corso di colonscopia, il tasso di visualizzazione delle pareti coliche, la presenza di aree non esplorate, il grado di pulizia dell'esame – tutti elementi che impattano notevolmente sulla resa diagnostica. Altri strumenti offrono supporto nella refertazione, automatizzando la raccolta dei dati tecnici, l'integrazione delle immagini e la descrizione standardizzata dei reperti. Nell'ambito delle malattie infiammatorie croniche intestinali, poi, sono attualmente in via di validazione algoritmi in grado di valutare quantitativamente l'attività infiammatoria e il grado di flogosi della mucosa, riducendo la variabilità inter-operatore e facilitando studi di correlazione con biomarcatori, *outcomes* clinici e aspetti fisiopatologici.

Certamente, accanto alle opportunità offerte dall'IA, non vanno sottovalutati limiti e criticità. Il primo alert riguarda il rischio di *de-skilling*: un eccessivo affidamento ai sistemi di IA potrebbe, nel lungo periodo, ridurre la capacità di osservazione e di diagnosi ottica degli endoscopisti, soprattutto delle nuove generazioni formate fin dall'inizio con l'ausilio di tali algoritmi. Inoltre, l'utilizzo di *software* non esenti da bias, errori o limitazioni tecniche apre interrogativi medico-legali in termini di responsabilità professionale, consenso informato e tracciabilità delle decisioni cliniche.

L'esperienza di Fondazione Poliambulanza suggerisce che la chiave sia un'integrazione equilibrata tra intelligenza artificiale e intelligenza umana: l'IA come “secondo osservatore” instancabile, ma non sostitutivo del giudizio clinico.

Usata in modo appropriato, questa tecnologia può contribuire a una diagnosi sempre più precoce, accurata e sicura, proiettando la gastroenterologia nel futuro della medicina di precisione. ■



# Algoritmi, robot e modelli predittivi in geriatria: la complessità di validarli nel mondo reale

**Alberto Zucchelli**

*Professore Associato di Geriatria, Università degli Studi di Brescia*

Negli ultimi anni l'intelligenza artificiale (IA) è stata al centro del dibattito in ambito medico, suscitando allo stesso tempo entusiasmo e timori. Il termine IA indica algoritmi in grado di apprendere dai dati, al fine di riconoscere *pattern* e formulare previsioni. La capacità di prevedere *outcomes*

è particolarmente interessante in ambito medico, soprattutto per la possibilità di fare una diagnosi precoce, di stratificare il rischio, di supportare le decisioni terapeutiche e di semplificare il monitoraggio remoto. La geriatria, proprio per la complessità della salute della persona anziana e del signi-



Sansert - stock.adobe.com

ficativo impatto che la cura di queste persone ha sui sistemi sanitari, sembrerebbe un ambito adatto all'implementazione della IA.

Non sorprende che diversi autori abbiano già proposto sistemi di diagnosi precoce basati su intelligenza artificiale in ambiti di interesse geriatrico, come il decadimento cognitivo. Modelli predittivi addestrati su dati clinici, biomarcatori e informazioni socio-sanitarie sembrano in grado di riconoscere segnali di declino cognitivo che anticipano le variazioni rilevabili con gli strumenti tradizionali.

Un altro ambito di interesse riguarda la valutazione dei cambiamenti nei *pattern* di movimento, possibili segnali precoci di aumento del rischio di sindromi geriatriche, in particolare le cadute. Dispositivi indossabili e sensori ambientali generano continuamente dati che si prestano all'analisi con algoritmi di IA, consentendo la costruzione di modelli predittivi capaci di identificare i soggetti a rischio. Inoltre, si stanno aprendo nuovi spazi per l'intelligenza artificiale generativa e "agentica", così come per l'IA "fisica". Le prime due categorie includono modelli in grado di comprendere *task* complessi, generare testi e agire autonomamente in ambienti digitali. In geriatria, potrebbero risultare utili per compiti specifici, come la revisione

della terapia farmacologica, tramite confronto tra la terapia riportata, criteri espliciti di appropriatezza e banche dati aggiornate, o per attività generali, come la redazione automatica del referto a partire dalla registrazione della visita, permettendo al medico di dedicare più tempo alla relazione con il paziente.

L'IA generativa potrebbe essere impiegata per tradurre lettere di dimissione o referti in un linguaggio comprensibile a pazienti e *caregiver*, facilitando la comunicazione e la *compliance* ai trattamenti. L'IA fisica rappresenta la frontiera più avanzata: modelli generativi in grado di ragionare vengono incorporati in "oggetti" capaci di interagire con l'ambiente, come i *robot* umanoidi. Grazie alla creazione di ambienti simulati realistici, questi sistemi possono essere addestrati senza necessità di sperimentazione diretta sul campo: non si tratta più di programmare in anticipo un numero elevato di scenari possibili, ma di consentire al robot di apprendere dall'esperienza e dall'interazione con il contesto. Nel prossimo futuro è verosimile che questa evoluzione della robotica trovi applicazione in ambiti industriali, militari e domiciliari. Esistono già prototipi in grado di svolgere mansioni domestiche – come riordinare, cucinare o pulire – e non è irrealistico pensare a un loro impiego nel supporto alle persone con una ridotta autonomia. Restano tuttavia aperti numerosi interrogativi, in particolare sulla capacità delle persone anziane, specialmente se affette da decadimento cognitivo, di interagire in modo efficace e sicuro con tecnologie di questo tipo.

Se è vero che gli spazi di applicazione dell'intelligenza artificiale in geriatria sono ampi, resta evidente il divario tra la produzione di modelli e la loro implementazione. Comprendere le ragioni di questa distanza è essenziale, poiché rappresenta la base di un approccio critico ai nuovi sistemi di IA.

La maggior parte degli studi si ferma alla fase di *feasibility*, ovvero la dimostrazione che un modello predittivo può ottenere buone *performance* su un *database* controllato. Molto più rari sono invece gli studi che affrontano le fasi successive di validazione. Una parte cruciale di questo processo prevede la somministrazione di dati "simulati" al sistema, per analizzarne le reazio-

“ Gli spazi di applicazione dell'intelligenza artificiale in geriatria sono ampi, ma è evidente il divario tra produzione di modelli e loro implementazione.



ni e discutere, in chiave multidisciplinare, l'impatto clinico, etico ed economico di eventuali errori. Cosa accade se l'IA non riconosce un paziente che svilupperà un disturbo neurocognitivo, o al contrario segnala come "a rischio" chi non lo è? Oltre alla valutazione in silico, la validazione dovrebbe includere test in contesti reali strettamente monitorati, le cosiddette *sandboxes*. Solo attraverso il confronto tra le *performance* "ideali" e quelle ottenute nella prassi, si potrà valutare la trasferibilità dei modelli. Nel mondo reale, infatti, i dati sono spesso incompleti e inaccurati: queste differenze possono influenzare in modo significativo la capacità predittiva.

Le informazioni sulle fasi avanzate di implementazione dei sistemi di IA sono ancora scarse e, con ogni probabilità, continueranno a esserlo anche in futuro in ambito geriatrico. La complessità clinica della popolazione anziana, il frequente *under-reporting* di condizioni geriatriche (es. demenza) e le difficoltà legate al consenso informato contribuiscono infatti a una sotto- e mis-rappresentazione degli anziani nei dati sanitari, destinata a mantenersi anche in futuro. La scarsità di dati provenienti da contesti reali di cura della persona anziana renderà difficile sia valutare le prestazioni di sistemi IA applicabili in geriatria, sia verificare se eventuali strategie di mitigazione dell'errore abbiano tenuto conto della complessità della salute della persona anziana. È plausibile che molti modelli che verranno approvati all'interno del quadro normativo previsto dallo *European Artificial Intelligence Act* del 2024, risulteranno "*off-label*" (o comunque non te-



M. Dör & M. Frommherz - stock.adobe.com

**“ La capacità critica e il rigore scientifico sono la base per un utilizzo consapevole dell'IA.**

stati) per l'applicazione alla popolazione anziana, replicando quanto già avviene per linee guida e RCT farmacologici.

È plausibile che chi si occupa della cura della persona anziana si troverà in futuro in una posizione particolare: da un lato ampie possibilità di applicazione dei sistemi di IA, dall'altro un accesso limitato a informazioni sulla loro validazione. In questo scenario, la capacità critica e il rigore scientifico assumeranno un ruolo ancora più centrale, diventando la base per un utilizzo consapevole dell'IA. Solo attraverso questo approccio la nuova tecnologia potrà trasformarsi da promessa a strumento concreto di progresso, capace di ampliare, e non ridurre, la dimensione umana della cura. ■

# Le AFT, un nuovo paradigma organizzativo per la medicina territoriale che cambia

**Elena Belli**

Direttore Dipartimento Cure Primarie ASST Spedali Civili di Brescia

*Un contributo per illustrare come la riorganizzazione in atto nelle cure primarie preveda oggi un'evoluzione del ruolo del medico di medicina generale, orientata al lavoro di rete e per obiettivi e ad una stretta integrazione con gli altri servizi territoriali.*

## Dal Decreto Legislativo Balduzzi ad oggi

Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), pur introdotte dal legislatore nel 2012 (D.lgs. 158/2012), hanno visto un lungo percorso di realizzazione in Regione Lombardia già a partire dagli anni 2015/2016. La normativa regionale (DGR n. X/3024/2015) aveva previsto l'istituzione delle prime AFT, poi definite negli anni post pandemia in Centri di Riferimento Territoriale (CRT), in attesa di ulteriori determinazioni nazionali, quale necessario avvio di una riflessione sull'organizzazione dell'offerta di cure primarie. Il percorso normativo culmina con la definizione a livello regionale degli indirizzi per l'adozione di uno schema di Regolamento di AFT (DGR n. 4817/25) da recepire dalle singole ASST e da adottare dalle singole AFT.

La norma prevede per l'AFT di Medicina Generale un numero di MMG compreso tra 15 e 25 per un bacino assistiti di circa 30.000 abitanti e per la Pediatria è previsto che la AFT coincida con PLS e la popolazione di un Distretto.

Il Regolamento definisce finalità e principi dell'AFT, costituendone lo strumento operativo per definire

modalità organizzative, regolare le relazioni interne e con le strutture distrettuali e aziendali, attuare obiettivi di salute previsti da ACN, AA.II.RR. e piani regionali in materia. Il Regolamento di AFT prevede inoltre che ogni AFT si dia un obiettivo annuale. Il percorso evolutivo del ruolo del medico di medicina generale riflette una transizione significativa da un modello di pratica individuale a una logica di lavoro in rete, culminando nelle AFT.

In origine, i medici operavano prevalentemente in studi singoli, gestendo l'assistenza ai propri assistiti e perseguendo gli obiettivi di salute e le indicazioni di governo clinico in forma individuale. La continuità di cura era garantita primariamente

**“Sviluppo condiviso di progettualità: il Referente AFT interlocutore privilegiato nell'interazione con le Cure Primarie e i Distretti dell'ASST.**



## “ Serve traghettarsi verso una profonda integrazione con il complesso mondo dei servizi sanitari.

dall'impegno del singolo professionista, senza un coordinamento strutturato con i Colleghi. Oggi le AFT rappresentano l'apice di questo percorso di trasformazione, superando definitivamente la volontarietà e l'individualismo delle forme precedenti, prevedendo un'organizzazione coordinata, la condivisione di protocolli clinici e l'integrazione con gli altri servizi territoriali (come le Case di Comunità e le COT, previste dal DM 77/2022), per una presa in carico globale e continuativa del paziente, in evoluzione rispetto al modello del passato.

### Le azioni a livello locale

Dopo la prima istituzione delle AFT della MG e PdF nel 2023, nel corso della seconda metà del 2025 in applicazione alla DGR 4817/25 è stata effettuata una ri-definizione delle AFT prevista in ragione dei nuovi "perimetri" territoriali delle ASST (L.R. n. 22/21) e con elezione del relativo Referente. Tale

riorganizzazione sarà operativa dal 01/01/2026 e definisce 36 AFT così dislocate nel nostro territorio: 15 AFT nell'ASST degli Spedali Civili di Brescia, 12 nell'ASST del Garda e 9 nell'ASST della Franciacorta.

### Il significato della AFT e il ruolo chiave del Referente

La AFT, in particolare attraverso la figura del Referente, riveste un ruolo fondamentale sia in merito alle attività che si svolgono al suo interno (intra-AFT) sia verso l'esterno. Si citano di seguito alcune attività chiave che vedono la AFT e il suo Referente protagoniste nello sviluppo della MG e della PdF.

### Attività intra-AFT

L'AFT rappresenta il luogo ideale per lo svolgimento di attività di *audit* tra Colleghi, che è un fondamentale momento di confronto per una riflessione condivisa tra pari, in particolare in merito ai comportamenti prescrittivi sia in ambito farmaceutico sia di specialistica ambulatoriale; questo in coerenza con l'esperienza maturata in seno all'ASL di Brescia dei Gruppi di Miglioramento, all'interno dei quali si sviluppò un sistema virtuoso di con-



Monet - stock.adobe.com



“ **Medicina Generale e Pediatria di Famiglia devono abbandonare definitivamente il modello del Medico da solo nel suo ambulatorio.**

fronto sulla base dei dati forniti dai MMG stessi e poi elaborati da ASL con calcolo delle medie distrettuali e di ASL.

Il Referente svolge in questo ambito un cruciale ruolo di facilitatore della discussione.

Altre tematiche importanti di condivisioni sono rappresentate dall'organizzazione delle campagne vaccinali e dalle attività collegate alla presa in carico del cronico/fragile, anche oggetto degli obiettivi di AFT degli ultimi AIR MMG.

### Attività extra-AFT

Il Referente AFT si pone come interlocutore privilegiato nell'interazione con le Cure Primarie e i Distretti dell'ASST per lo sviluppo condiviso di progettualità che, in questa fase storica specifica, si stanno concentrando sulla promozione di modalità strutturate di integrazione con gli Specialisti della ASST, con particolare focus sulla interazione

nei contesti di prossimità ed in particolare le Case di Comunità e sulle nuove prospettive che l'implementazione della Telemedicina apre, compreso lo scenario del teleconsulto, strumento fondamentale per un'interazione rapida tra MMG e Specialista per la risoluzione di problematiche cliniche di nuova insorgenza che possano, con l'opportuno supporto specialistico, essere gestite a livello territoriale.

Il Referente AFT è inoltre componente degli Organismi Distrettuali, dove partecipa alla programmazione dell'assistenza sociosanitaria e sociale del territorio.

### Prospettive future

In questo particolare momento storico, in un mondo che cambia e in una sanità che cambia, la Medicina Generale e la Pediatria di Famiglia non possono che evolversi nel nuovo contesto, abbandonando definitivamente il modello del Medico da solo nel suo ambulatorio e traghettandosi verso una profonda integrazione con il mondo variegato e complesso dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, anche grazie alla grande opportunità data dallo sviluppo territoriale previsto dal DM 77/22, in primis attraverso le Case della Comunità, che devono diventare sempre di più insostituibile luogo di dialogo e scambio tra operatori e conseguentemente luogo di continuità di cura per l'assistito in ottica di prossimità.

La filosofia condivisa nel metodo promosso anche da questo Ordine di “lavorare insieme”, mira a creare un continuum unico nell'assistenza, un sistema in cui il paziente si muova in modo appropriato, avendo accesso alla prestazione giusta nel posto e nel momento giusti. Questo si può realizzare solo implementando un modello organizzativo che preveda una integrazione multidisciplinare e multiprofessionale efficace, partendo in particolare dall'integrazione tra assistenza territoriale ed ospedaliera.

ASST Spedali Civili, in qualità di Azienda Capofila per le Cure Primarie ed in collaborazione con l'Ordine, sta elaborando un programma specifico per la formazione dei Referenti di AFT, per favorire una strutturazione sempre più efficace delle AFT. ■

# “Nostra patria è il mondo intero”<sup>1</sup>

Gianpaolo Balestrieri

Ospedale di Comunità Fondazione Richiedi di Gussago

“La morte del globalismo” titola il testo di Richard Horton uscito su *Lancet* l’1 e 8 novembre scorsi<sup>2</sup>.

Una filosofia politica che ha il suo alfiere (Donald Trump) e numerosi seguaci nel mondo.

Si fonda su: riportare in primo piano gli interessi della propria nazione (dimentichi, incuranti dei drammi da ciò derivati nel Novecento), vedere con sospetto, rifiutare, le istituzioni globali (dall’ONU all’OMS) e le loro agenzie, viste come protagoniste di indebite interferenze nelle politiche degli Stati.

Diffidenza verso la scienza, le università, gli organismi federali, le raccomandazioni degli studiosi e degli esperti, attenzione riservata a teorie complottiste e anti-scientifiche etc.

Mentre la recente pandemia ed il riscaldamento climatico già in atto, con le conseguenti minacce per la salute globale, dovrebbero spingere in direzione opposta, ad intensificare lo scambio di dati e la presa di iniziative tra i centri di ricerca ed i decisori sanitari nel mondo.

Ed anche la neutralità della medicina è sotto attacco<sup>3</sup>.

Medici, operatori sanitari, ospedali non possono essere obiettivi bellici.



Philip - stock.adobe.com

I principi umanitari e la Convenzione di Ginevra sanciscono l’obbligo di proteggere la sanità durante i combattimenti. Questo non è avvenuto negli ultimi anni. Non è avvenuto certamente a Gaza (distrutti gran parte degli ospedali, uccisi centinaia di operatori sanitari) e neppure in Sudan, Siria, Etiopia, Ucraina. Né si è avuta un’iniziativa dei governi contro questi crimini di guerra. Ed infine il disordine mondiale, la corsa al riarmo, anche nucleare, i toni accesi della propaganda, fanno temere che una guerra più vasta e micidiale possa essere un’opzione possibile.

È probabilmente il tempo di riaffermare da parte nostra, come

“La neutralità della medicina è sotto attacco.

medici oltre che come cittadini, il ruolo fondamentale della medicina oltre i confini delle nazioni per affrontare problemi di salute e di sopravvivenza globale.

La storia dei successi della medicina negli ultimi decenni è il frutto dell’apertura al mondo nello scambio e nella condivisione di conoscenze, tecnologie, valori etici. Per acquisirle, dobbiamo fare la nostra parte nel tentativo di fermare una deriva minacciosa per le conquiste sociali e sanitarie che ci siamo illusi fossero acquisite. ■

1 Titolo canzone anarchica di Pietro Gori 1895

2 Horton R, Offline: The death of globalism, *Lancet* 2025; 492: 2044 - 2203

3 Devi S, The erosion of medical neutrality, *Lancet* 2025; 406: 2046-2048

# CASI CLINICI

**Renzo Rozzini**

Direttore Programma "Benessere, Salute, Longevità" Fondazione Poliambulanza – Istituto Ospedaliero di Brescia, consigliere Ordine dei Medici di Brescia

## Pietà in corsia

"OSS", quarantenne, sempre disponibile, generosa, veloce: quando vent'anni fa per la mancanza di infermieri l'ospedale ne aveva assunti dell'est Europa si era prodigata affinché si sentissero a ca-



“ Accanto al paziente stava svolgendo la più umile delle mansioni con automatica e pietosa destrezza.

sa e la lontananza dal loro paese fosse la più tollerabile, non risparmiandosi ugualmente commenti sarcastici sui loro modi freddi e non riconoscenti e spesso sull'abbigliamento delle ragazze, che a suo avviso dava loro l'apparenza di donnacce.

In reparto ho sentito anche raccontare della sua ingovernabile vivacità giovanile quando all'oratorio, con un maglione, aveva legato a un albero una ragazza disabile tirandosi addosso le ire violente della madre iperprotettiva, ma facendo invece felice la ragazza che per la prima volta si era sentita uguale a tutte le altre compagne, a loro volta già vittime degli scherzi innocui di questa Franti femmina.

Stamattina sono arrivato in corsia quando il turno delle 6 era appena iniziato, l'ho intravista attraverso una porta socchiusa intuendo dallo sgradevole odore

che ne usciva si stesse occupando dell'igiene di un paziente. Poco più in là, da un'altra stanza, un campanello di chiamata suonava, e una paziente a voce alta ripetutamente reclamava, senza successo, la presenza di un'infermiera ("signorina, signorina!"). L'insistenza della chiamata e la mancata risposta mi ha innervosito, mi sono recato nella stanza dove prima l'avevo incontrata per capire perché tardasse a rispondere, quello era il suo settore.

Accanto al paziente stava svolgendo la più umile delle mansioni con automatica e pietosa destrezza: alla mia domanda ha risposto senza esitazione che l'urgenza era qui, che aveva verificato il grado di bisogno di chi chiamava, che sapeva chi poteva aspettare. Il paziente che stava lavando e profumando - da fare ancora la barba - era morente, la figlia che di lì a poco sarebbe arrivata, tardi per trovarlo ancora in vita, doveva vederlo in ordine. Avrebbe dovuto immaginare che il padre fosse morto in modo dolce e il non esserle stata vicino nel momento del trapasso, non provocarle alcun senso di colpa negli anni a venire.



## La nonna e i misteri di Natale

Ho telefonato più volte per dirle che di lì a poco sarei partito, ma non ha risposto; non risponde quasi mai, la sua sordità è diventata una barriera non trascurabile alla comunicazione.

Allora ho preso l'auto e sono andato a casa sua. Sono entrato senza suonare, tanto non sentirebbe, ha sempre cancello e porte aperte.

Era in salotto con la corona del rosario in mano.

Non si è spaventata nel vedermi arrivare, anzi mi ha fatto un sorriso di felicità. Si è alzata faticosamente dalla poltrona, ha 92 anni ed è divorata dai dolori articolari - è per questo che l'ho conosciuta -, mi sono chinato sul suo corpo sempre più minuscolo, mi ha abbracciato e baciato. Ha chiesto se volessi il caffè, siamo andati in cucina.

Era andata alla messa delle 8, confidava nella mia visita (da tempo solo di cortesia), come ogni giorno di festa.

Prima di me era passata la sorella Armanda, 90 anni che "non sa cosa fare a casa" e che come ogni mattina si era sfogata parlando male di nuora e del figlio, del marito morto, dei vicini di casa, dei politici per... Mi ha detto che la visita della sorella le pesa sempre di più per la negatività che trasmette, "non parla mai be-

**“Non si è spaventata nel vedermi arrivare, anzi mi ha fatto un sorriso di felicità.**

ne di nessuno", che tuttavia non si può evitare, è l'unica sorella rimasta e che riesce ancora a vedere: la madre ha avuto 8 gravidanze, le prime due figlie sono morte appena dopo il parto, Altiero a 6 mesi, Osvaldo e Gino di cancro a 77 e 80 anni; Laura, la terza sorella vivente, ha 86 anni, è molto ammalata e abita lontano, non si può muovere ed è difficile da raggiungere.

Mentre prepara il caffè chiede di Pietro, se sta bene. "Ultimamente l'ho visto strano, non è che si trascuri, ma si veste con meno grinta, passa meno frequentemente a salutarmi e quando lo fa se ne va quasi subito". Le dico che effettivamente non è in forma, che sta attraversando un momento molto impegnativo in azienda, è probabile soffra un po' di "stress". "Lo immaginavo", dice, "ultimamente prego molto per lui".

Mentre attendiamo il caffè le chiedo quanti rosari dice al giorno "due o tre, quando sei entrato avevo appena finito di recita-



Foto di Elster da Pixabay/jpg

re il primo di oggi". Ripescando la mia antica formazione di catechismo e cercando di farle credere che tuttora prego chiedo se i misteri oggi fossero gloriosi o gaudiosi. Mi risponde che al mercoledì si dovrebbero recitare i gloriosi, ma oggi, giorno di Natale, ha pensato che fosse necessario meditare sui misteri gaudiosi che contemplano la nascita di Gesù.

"Mi fa bene pregare, mi aiuta; anche quando prego per gli altri la Madonna di solito mi ascolta, non sempre, ma spesso mi dà retta; mi spiace molto per Pietro, ma vedrai che la Madonna mi ascolterà".

# Tutti gli odontoiatri sono medici



**Gianmario Fusardi**

Presidente Commissione Albo Odontoiatri (CAO)

Quella che apparentemente si connota come una dichiarazione di basilare portata, periodicamente si trova ad affrontare nuove sfide narrative.

Si tratta con ogni evidenza di un concetto di assoluto rilievo e preminenza per la dignità della Professione che rappresento che, proprio per questo, non merita né di essere relegato al campo della sola semantica né tantomeno apparire elemento di divisione rispetto alle altre professioni sanitarie. Giova ripercorrere le tappe principali della vicenda.

Con la promulgazione della legge n. 409/1985 facente seguito alle direttive europee che avevano segnato percorsi differenti per medici chirurghi e dentisti, nacquero gli odontoiatri, professionisti dediti a diagnosi, terapia e riabilitazione dello specifico distretto anatomico inteso come autonomo ancorché - è ovvio - funzionalmente inseparabile dal resto. L'etimologia ci soccorre a più riprese laddove la parola 'medico' riporta al verbo latino 'medeor' (curare, guarire) indicando genericamente chi esercita un'attività di cura; parimen-

ti, 'odontoiatra' poggia su *odons*, *odontos* = "dente" nonché *iatròs* = "medico") contenendo già in sé la nozione di medico. Nulla quæstio quindi? Non direi.

Agli albori della nascita della nuova Professione qualcosa è accaduto e non posso oggi derubricarlo a un moto d'umore; la separazione, peraltro non cercata, probabilmente non voluta, dei destini delle due Professioni, in particolare della nuova nata rispetto alla prima, ha pesato come senso di 'diminutio' che ha accompagnato i neo-nati odontoiatri alla ricerca di una nuova identità professionale probabilmente esponendoli talvolta anche a retaggi e pregiudizi. Le molte evidenze poi stratificate negli anni hanno, a giudizio di chi scrive, dissolto ogni dubbio. Il Codice di Deontologia Medica, unico per medici chirurghi e odontoiatri, conferma questa unitarietà e così riporta testualmente nell'Art. 1. Definizione: **Il Codice di Deontologia Medica contiene principi e regole che il medico-chirurgo e l'odontoiatra, iscritti agli albi professionali dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri,**

**di seguito indicati con il termine di medico, devono osservare nell'esercizio della professione.**

Con tali premesse non appare possibile più dubitare "che la professione odontoiatrica sia una professione medica e che essa si concreti, nei limiti del suo specifico oggetto, nell'esercizio delle stesse attività di prevenzione, diagnosi e cura che connotano l'esercizio di ogni professione medica" né che "l'odontoiatra è senz'altro medico" (Cassazione Civile, III sezione, sentenza n. 15078/2000).

Così l'autorità giudiziaria, non di meno l'autorità amministrativa. Appare infatti altrettanto definitiva la statuizione del 2018 con cui il Ministero della Salute, acquisendo e facendo propri i pareri espressi dalla nostra Federazione e dal Gruppo Tecnico dell'Odontoiatria allora istituito presso il Ministero stesso, dichiarava che "si possa manifestare pieno sostegno alla richiesta [...] di poter utilizzare la denominazione di medico odontoiatra".

**Tutti gli odontoiatri sono medici.**

# Resoconto dell'Assemblea ENPAM del 29 novembre 2025

**Claudia Valentini**

Segretario CAO Brescia e Componente Assemblea nazionale ENPAM

L'Assemblea ENPAM del 29 novembre, prima Assemblea del nuovo mandato 2025-2029 (essendo stati rinnovati gli organi statutari con le elezioni dello scorso 28 giugno), ha approvato all'unanimità il bilancio preconsuntivo 2025 (bilancio assestato dell'esercizio 2025 con i valori aggiornati al 31 agosto e le proiezioni fino a fine esercizio) ed il bilancio di previsione dell'esercizio 2026, primo bilancio preventivo della nuova Consiliatura.

Semplificando al massimo la mole dei dati numerici relativi ai due bilanci, si può in sintesi evidenziare che **il saldo della gestione patrimoniale risulta essere notevole** (circa +732 milioni di €), superiore al preventivato e con probabili margini di miglioramento a consuntivo di fine 2025 poiché i mercati hanno avuto andamenti positivi e, grazie alle oculature scelte di investimento della Fondazione, hanno consentito rendimenti finanziari che si attestano intorno al +10%, mentre la gestione previdenziale (differenza tra contributi versati alle casse dell'Ente e prestazioni pensionistiche erogate) si configura come negativa (con un risultato di -458 milioni di € globalmente, comunque meno negativo del preventivato), tranne che per il Fondo di Quota B, unico Fondo risultato in positivo anche perché vi è una importante platea di iscritti che svolgono ancora la libera professione dopo il pensionamento e versano quindi contributi previdenziali.



Le prospettive future, stando agli studi attuariali, mostrano un azzeramento delle riserve costituenti il patrimonio del Fondo dei Medici Mutualisti e di quello degli Specialisti Ambulatoriali, rispettivamente tra

10 e 20 anni e, sempre dagli studi attuariali, si ritiene che in quegli anni saranno le riserve del Fondo di Quota B della Libera Professione a sostenere le pensioni a tutti i medici.

Per quanto attiene al Bilancio di Previsione 2026, il disavanzo previsto è di 430 milioni di € poiché le uscite per il pagamento delle pensioni potrebbero essere consistenti dato che, anagraficamente, anche nel 2026 ci troveremo in una fase in cui risulterà elevato il numero di iscritti che matureranno i requisiti per il pensionamento sia di vecchiaia che anticipato. A ciò si aggiungerà anche una possibile volatilità dei mercati obbligando in questo settore ad un principio di valutazione prudenziale relativamente ai futuri proventi, non solo nel settore mobiliare di investimento, ma anche in quello legato al settore immobiliare e dei beni reali.

Per capire lo stato di salute dell'Ente e misurarne la solvibilità è stato introdotto il concetto di "*Funding ratio*", ovvero quel valore che si ottiene dividendo il valore delle Attività (entrate derivanti dai contributi pagati) per il Valore delle Passività (costi delle prestazioni erogate e del funzionamento del sistema): il *Funding Ratio* di EN-

PAM, calcolato sulla base del Bilancio Tecnico 2023, risulta essere >1 (1,21), indicando che **vi sono più risorse di quelle necessarie per far fronte agli impegni futuri**. È utile ricordare che lo stesso valore, calcolato sulla base del Bilancio Tecnico 2009, cioè in epoca appena precedente alla riforma Fornero, era 0,81, configurando una situazione per cui le attività non erano sufficienti a coprire le passività previste.

Per quanto attiene alle Prestazioni Assistenziali erogate da ENPAM, le risorse stanziare per il 2026 saranno pari a poco più di 25 milioni di €, distribuite tra i sempre maggiori sussidi di neonatalità, il costo della polizza *Long Term Care*, che eroga 1350€/mese non tassati per medici e odontoiatri non autosufficienti e che ad oggi copre circa 488.000 iscritti, le borse di studio per i figli universitari e gli orfani, un maggiore sostegno per i colleghi di merito, i mutui per i giovani iscritti, specie con meno di 40 anni.

Un'ultima considerazione ha riguardato **la piattaforma Tech2Doc di ENPAM**, uno strumento fondamentale in una fase storica come questa in cui la tecnologia informatica ha già ed avrà sempre più un forte impatto per qualsiasi medico che desideri formarsi ed informarsi sugli sviluppi tecnologici nel settore sanitario. Per preparare tutti noi ad una rapida ed inarrestabile evoluzione della professione sanitaria **si auspica una sempre maggior diffusione** ed apprezzamento di questa **interfaccia gratuita per gli iscritti** (ad oggi utilizzata da solo 50.000 medici sul totale di quasi 500.000 iscritti alla Fondazione), utilizzabile sia per Pc che smartphone, **con migliaia di contenuti scaricabili utili anche alla formazione ECM e moltissimi argomenti** da selezionare in base alla specificità del proprio ambito professionale.

# “Una pagina tante storie”

## Presentazione

Chi l’ha detto che si debba scegliere una sola strada? Fin da ragazzo ho sentito che la mia vita si sarebbe mossa sempre tra due linee: la cura e il disegno. Non come hobby e professione, ma come due modi di guardare il mondo.

“Una PAGINA, tante STORIE” nasce così: non come raccolta di opere, ma come percorso di immagini che hanno accompagnato i miei anni, i luoghi, le persone. Ho scelto di lasciare che fossero loro a parlare: non per spiegare, ma per ricordare, evocare, suggerire.

Molti amici mi hanno accompagnato in questo viaggio: con parole, ricordi, testimonianze. La loro voce è parte di queste pagine, perché il senso delle cose, spesso, si riconosce meglio quando lo guardiamo nello sguardo degli altri.

Ci sono i primi tratti, gli esercizi di mano e di mondo. Ci sono i ritratti, le storie di chi ho incontrato.

Ci sono i disegni nati per lavoro, quando il tratto è diventato strumento di dialogo e comunicazione.

E ci sono gli ultimi anni, in cui l’arte è tornata ad



essere soprattutto un luogo interno, una domanda aperta, un modo per fermare il tempo.

E c’è infine una consapevolezza nata solo di recente. Nel tempo in cui l’intelligenza artificiale saprà sempre meglio imitare forme e stili, fino a produrre falsi più veri del vero, l’unicità della persona e il suo stare e farsi ritrovare nella creazione artistica, il suo vissuto affettivo ed emozionale, la sua carica di umanità e l’originalità delle sue intuizioni saranno forse quell’unica traccia che riusciremo a salvare come autentica. Questo libro prova semplicemente a custodire quella traccia.

Raffaele Spiazzi

## Testimonianze tratte dal libro



*Non sappiamo se vi sia qualche formula magica che rende una copertina al tempo stesso esteticamente bella, charming e capace di stimolare la curiosità del lettore e resta per noi un mistero come l’illustratore si approcci a quella che, per la sua categoria, viene considerata una delle sfide più stimolanti da affrontare.*

*Ma certo, visti i risultati, Raffaele questo mistero lo conosce bene e ce lo svela magistralmente numero dopo numero. La creazione delle copertine di Brescia Medica ha sempre colto l’essenza dei contenuti della rivista e, nel contempo, l’ha saputa porgere con garbo, un’ironia sottile e un’acuta perspicacia.»*

Germano Bettoncelli





*Ecco lì, in quei tratti di matita colorata, la sintesi completa, esaustiva del significato che volevamo dare a quel numero. Quelle copertine erano la vera anteprima, l'incipit che ha indotto tanti lettori a voltare pagina per leggere e... capire.*

*Conosco Raffaele da tanti anni e mi sono spesso chiesto da dove traesse l'ispirazione sempre nuova e fantasiosa che rendeva ogni numero unico. Raffaele è un professionista di vaglia, ma il tratto sempre gentile che ne caratterizza le relazioni è segno di vera disponibilità verso gli altri, che siano i bambini di cui si cura, il collega, l'amico o chiunque incontri.*

*Ma per la sua arte questo non basta. Raffaele è una brava persona, ma il Semplice Segno di Matita è l'espressione di un vero Talento.*

*Grazie dottor Spiazzi, collega, amico e artista.»*

Ottavio Di Stefano



*Mi avevano colpito in Raffaele, medico e pittore, la qualità del tratto, l'originalità e l'acutezza dello sguardo, la facilità nell'esecuzione. E la condivisione di valori, naturalmente.*

*Così Raffaele ha accettato di collaborare con noi e ci ha accompagnato in questi dodici anni. Anni difficili, talvolta drammatici con la pandemia. E le sue vignette sono state per la rivista un elemento di qualità e di approfondimento originalissimi, davvero uno sguardo Altro che spinge a riflettere, interpretare, oltre che divertire.*

*Il suo Sanopoly, il Monopoli della sanità dei giorni nostri, ricopre il tavolo della Sala del Consiglio dell'Ordine, oggetto di divertita ammirazione da parte degli ospiti.»*

Gianpaolo Balestrieri



*Ci saranno un giorno ospedali "geriatrici" (come ci sono gli ospedali dei bambini) non so... ma so che se mai ci saranno...mi piacerebbe che a dirigerli ci fosse uno che ha la stoffa di Raffaele, la sua pazienza, curiosità, passione. Continua a dipingere, a interpretare e riflettere...ci sarai di aiuto. Grazie Raffaele*

*PS: le caricature non le commento... mi hai detto, infatti, "se vuoi una caricatura non devi poi fare critiche"... però, dal vivo sono meglio!*

*O almeno così io mi vedo... ma forse anche questo è il compito dell'arte... offrire uno squarcio di verità che rompe i veli che coprono i nostri occhi.»*

Angelo Bianchetti

Il libro "Una PAGINA, tante STORIE", scritto da Raffaele Spiazzi, è edito da Libredizioni. Per ogni copia venduta 10 euro saranno destinati alla Fondazione Gaslininsieme per sostenere il progetto del Nuovo Gaslini. Parte del ricavato della vendita del libro e degli eventi di presentazione e accompagnamento sarà anche destinato ad A.B.E., Asso-

ciazione Bambino Emopatico di Brescia.

Un intero capitolo del libro è dedicato alla rassegna di tutte le 36 copertine, con relativi testi di presentazione e accompagnamento, che Spiazzi ha prodotto dal 2012 ad oggi per la rivista Brescia Medica, prezioso catalogo-testimonia della storia recente della nostra professione.

## La prima copertina di Brescia Medica

Inizia l'avventura. La prima vignetta è fondamentale. Devi scegliere uno stile, un'impaginazione, un modo per comunicare.

Vorresti dire tutto su un tema, quello della crisi, che è presente quasi in ogni atto che compi, in ogni decisione che assumi. E devi sottoporre il tutto all'analisi critica dei colleghi del comitato di redazione, che non tutti ti conoscono e non tutti, a onor del vero, pensano che la copertina sia il luogo adatto per ospitare una provocazione.

Di certo non è serio...ne sei convinto anche tu. Però provi, cerchi, aspetti...fai aspettare...! Ed ecco l'intuizione, il messaggio. Sei sempre stato convinto che l'ironia, lo sberleffo, la satira – gentile nei modi, feroce nella sostanza – siano una via per la conoscenza, uno specchio solo all'apparenza deformante, che accentua perché meglio si veda.

Mettere allora il tuo paziente in un carrello del supermercato e farlo spingere da un serio collega, che assomiglia pericolosamente (ma del tutto casualmente) al Presidente – Ottavio, n.d.A. – è tutt'uno.

E dalle corsie occhieggiano (!) offerte e saldi e sorrisi a 32 denti. E protesi a prezzi stracciati, come la nostra povera arte medica...

Ma, intanto, la PRIMA è andata!



**SUPERMARKET SANITÀ**

(Biro, acquerello, pastelli e matite su carta. 40 x 30 cm)

Brescia Medica n. 359 marzo 2012 - Medicina e Sanità al tempo della crisi



# Passaggio al futuro. Il libro sarà ancora veicolo della cultura medica?

**La Società Medico-Chirurgica Bresciana  
celebra il centenario con un convegno**

**Chiara Benedetti**

*Responsabile Biblioteca Medica Spedali Civili, Bibliotecaria Conservatrice Società Medico-Chirurgica Bresciana*

Nella Biblioteca Medica degli Spedali Civili, esistente già nell'Ottocento, sono conservati libri antichi le cui antiporte e frontespizi riportano xilografie o incisioni che raffigurano il libro come importante e necessario veicolo per la trasmissione e la condivisione del sapere medico.

Esso ha un ruolo centrale, al pari della pratica medica, per la formazione del medico.

Alī ibn 'Abbās al-Majūsī, noto in Occidente come Haly Abbas, insieme a Rhazes, a Isacco l'Ebreo e ad Avicenna, fu un rappresentante della medicina nell'età dell'oro musulmana che ebbe un importante impatto nel mondo occidentale.

In Europa l'opera di Abbas fu tradotta in latino intorno al 1087, per poi diffondersi anche con edizioni a stampa: nel 1492 a Venezia e nel 1523 a Lione.

Il libro è diviso in venti capitoli: dieci dedicati alla teoria e dieci alla pratica della medicina. Nel frontespizio, in una mirabile xilografia sono raffigurati tre grandi medici e le loro biblioteche: Ippocrate, Haly Abbas e Galeno. Ippocrate sta leggendo, Galeno scrivendo e Abbas sta parlando

con un libro aperto.

La cinquecentina, stampata a Venezia dagli eredi di Ottaviano Scoto nel 1530, contiene, fra le altre, l'opera *Practica* e il *Liber de simplicibus medicina* di Giovanni, figlio di Serapione (tradotte in latino da Gerardo da Cremona, da Simone da Genova e da Adamo Ebreo) e la *Practica* di Plateario.

Nella xilografia, rappresentativa dell'importanza dello studio individuale, si vede una sobria stanza e uno scabro paesaggio. Il medico è da solo e sta leggendo un libro.

Diversamente, un'altra cinquecentina, nobilita lo studio collettivo: cinque medici stanno discutendo tra loro su un libro. A destra, un altro medico ha un libro aperto davanti a sé. Sul tavolo ci sono due bisturi. La xilografia è firmata H.B. (Hans Burgkmair). *Liber theoricæ necnon practicae* (Libro della teoria e della pratica) è il titolo latino dell'opera di Abū al-Qāim Khalaf Ibn 'Abbās al-Zahrāwī, noto come Al-Zahrawi o Albucasis considerato il padre della chirurgia moderna. Stampata ad Augusta nel 1519 è la prima edizione latina dei primi due libri di "al-Tasrif", un'enci-

**I libri che "hanno fatto" la storia della medicina e quelli attuali sono materiale culturale che può ancora insegnare come cresce ed evolve il pensiero medico?**

A questa difficile domanda si cercherà di rispondere nel prossimo convegno, celebrativo dei primi 100 anni di vita della Società Medico-Chirurgica Bresciana, il **7 febbraio 2026**, dal titolo "Cura e cultura nell'Ospedale del futuro".

Fra gli autorevoli relatori ci sarà il **Professor Silvio Garattini**.

clopedia medica araba in 30 volumi scritta da Albucasis e curata dal medico Paolo Riccio. Tratta sia gli aspetti teorici che pratici della medicina e della chirurgia. In antiche opere di anatomia il libro (la teoria) è messo a confronto con la pratica e in famose illustrazioni anatomiche esso è tenuto in mano o appoggiato sulla cattedra del *lector* (colui che



1. Frontespizio dell'opera di Haly Abbas (1523)
2. Frontespizio dell'opera *Practica et Liber de simplicibus medicinae* di Giovanni, figlio di Serapione (1530)
3. Frontespizio del Libro della teoria e della pratica di Albucasis (1519)
4. Frontespizio delle lezioni di anatomia di Ferdinand Leber (1788)
5. Antiposta del primo volume dell'opera *Icones anatomicae* di Leopoldo Marco Antonio Caldani e di Floriano Caldani (1801)

Immagine per gentile concessione ASST Spedali Civili di Brescia

no ad allora era stato detto sulle parti del corpo umano (scardinando innanzitutto Galeno).

Nelle lezioni di anatomia (staminate a Vienna nel 1778) di Ferdinand Leber, medico viennese i cui preparati anatomici arricchirono la collezione di anatomia patologica del Museo di Storia Naturale di Vienna, vi è un putto che ne sta dissezionando un altro. Il libro, aperto, è però appoggiato a terra.

Leopoldo Marco Antonio Caldani scienziato e medico bolognese, insegnò medicina e anatomia all'Università di Padova. Dal 1801, insieme al nipote Floriano, stampò a Venezia un corposo atlante di anatomia formato da quattro volumi di grandi tavole (*Icones anatomicae*) e cinque volumi di testo a corredo delle illustrazioni.

Nella suggestiva antiporta è raffigurata una dissezione anatomica in un anfratto: il *sector* sta eseguendola con le indicazioni lette dal *lector*. Molto curato nel dettaglio il paesaggio sullo sfondo e le fronde arboree che sovrastano e circondano la caverna.

dava istruzioni al *sector* per procedere alla dissezione).

Andrea Vesalio, nella sua opera *De Humani Corporis Fabrica libri septem* (1543), rappresenta, sotto numerosi aspetti, una rottura radicale con il passato e al tempo stesso un modello per l'avvenire non soltanto per il suo contenuto scientifico, ma anche per l'iconografia, la sua concezione e la realizzazione tipografica.

Con Vesalio ha inizio l'anatomia moderna: il corpo comincia a essere pensato, visto e rappresentato come noi lo conosciamo oggi. Le illustrazioni anatomiche inco-

minciano ad esercitare un ruolo indispensabilmente complementare della parola. La dissezione, strumento indispensabile d'indagine, assume con Vesalio un ruolo decisivo nella comunicazione del sapere anatomico. La presenza del libro, contrapposta a quella del cadavere, è costante e sempre fortemente significativa dei rapporti intercorrenti tra teoria e pratica dell'anatomia.

Attraverso l'osservazione diretta del cadavere e una profonda conoscenza della letteratura anatomica precedente, Vesalio verifica, discute e corregge tutto quanto si-

## Riferimenti bibliografici

- Benedetti C. "A proposito di alcune illustrazioni anatomiche antiche". *Misinta. Rivista di Bibliofilia e Cultura* 2000; 15:14-23
- Benedetti C. "Lo studio del corpo umano nel XVI secolo. L'opera di Andrea Vesalio: il padre dell'anatomia moderna". *Civile* 2012; 146:31-34



# Il ricordo dei medici che ci hanno lasciato

## Dottor Franco Soardi

Franco Soardi è stato un giovane medico bresciano laureato con il massimo dei voti e lode presso l'Università di Medicina e Chirurgia di Pavia alla fine degli anni '50. Vincitore di una prima borsa di studio, si è recato per un anno accademico a Copenaghen e con una seconda, assegnata dalla Massachusetts and American Heart Association, ha trascorso un altro anno circa a Boston, occupandosi di ricerca nell'ambito dei meccanismi della coagulazione, con risultati apprezzati e riconosciuti anche a livello internazionale. Rientrato in Italia, negli anni '60 è stato nominato primario del reparto di Medicina generale del comprensorio ospedaliero di Orzinuovi e Soncino, ruolo che ha ricoperto fino al momento della pensione. È stato, insieme ai colleghi che hanno lavorato con lui, punto di riferimento nell'ambito sanitario locale, ed è stato apprezzato per professionalità e doti umane. Ha svolto il suo lavoro con passione e dedizione, ed ha saputo creare un gruppo di lavoro affiatato sia per quanto riguarda il personale sanitario, che quello infermieristico; tutti loro nel giorno della sua scomparsa, lo hanno ricordato con commozione e stima.

*Maria Soardi e sorelle*



## Dottor Leonardo Latini

L'11 agosto scorso ci ha improvvisamente lasciati il Dott. Leonardo Latini, già dirigente medico presso la Divisione di Cardiologia degli Spedali Civili di Brescia, dove ha svolto la sua attività fino al dicembre scorso, quando ha raggiunto la meritata pensione, dopo

una vita interamente dedicata alla cura e al servizio dei pazienti. Figura molto conosciuta, stimata e amata da colleghi e amici, la sua scomparsa ha suscitato profondo cordoglio anche nella sua città natale, Fabriano, dove la notizia ha destato grande commozione.

Laureato presso l'università "La Sapienza" di Roma, specializzato in Cardiologia presso l'università "Federico II" di Napoli ha collaborato nei primi anni della sua carriera con alcuni centri di Cardiologia: il "Bambin Gesù" a Roma, l'Ospedale di Trieste e poi in Germania, in Belgio, a Marsiglia e con l'università di Besançon, a cui si è sempre sentito profondamente legato. I colleghi francesi, divenuti nel tempo buoni amici, lo hanno ricordato con parole e scritture per l'impegno e la precisione professionale, per il suo ottimo carattere, la disposizione all'ascolto, il sorriso contagioso, la parola facile, spontanea, sempre amichevole ed affettuosa. I più cari colleghi italiani lo ricordano per la generosità rara, il senso dell'umorismo unico, ma soprattutto per la professionalità, la disposizione al confronto lavorativo e umano. La signorilità, la distinzione, lo spessore morale ed umano lo hanno contraddistinto nel rapporto con i pazienti, con i colleghi, con gli amici e i familiari. Colto, amante della buona lettura, della musica classica e dei viaggi, sempre curioso di conoscere persone e cose nuove, ha vissuto per il lavoro e per l'adorata famiglia. Tra i tanti aforismi e citazioni che amava raccogliere, spicca un pensiero di un poeta persiano del XIII secolo: «*Non piangete per i morti. Essi sono soltanto delle gabbie da cui gli uccelli sono usciti.*», un messaggio di conforto per tutti coloro che ora lo piangono e cercano un significato per la sua prematura ed inattesa scomparsa.

*Donata Stefania Corsetti*

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Brescia  
ricorda con rimpianto i Colleghi deceduti recentemente

Dott. Walid Moh'd Abdel Aziz Al Said

Dott. Vittorio Artoni

Dott. Carlo Bellet

Dott. Pier Ugo Carletti

Dott. Alberto Cortili

Dott. Eros Magri

Dott. Francesco Nardin

Dott. Claudio Pavoni

Dott.ssa Angela Penati

Dott. Giuseppe Santin

Dott. Adino Scorta

ed esprime ai loro familiari le più sentite condoglianze



# BRESCIA MEDICA CAMBIA

Come annunciato, dal prossimo numero  
**Brescia Medica diventa digitale**  
e sarà inviata via mail a tutti gli iscritti

## **La versione cartacea**

della rivista verrà spedita  
**SOLO A CHI NE FARÀ RICHIESTA**

Per continuare a ricevere la rivista  
cartacea è necessario selezionare  
questa opzione entrando nella propria  
AREA RISERVATA sul sito dell'Ordine

**<https://omceobs.iredeweb.it/login>**

a partire da

**lunedì 16 febbraio 2026**

Per qualsiasi informazione o difficoltà è possibile scrivere a  
**[bresciamedica@ordinemedici.brescia.it](mailto:bresciamedica@ordinemedici.brescia.it)**

# Il mondo di Rubik

## Dilemmi grafici



Il tema proposto per il nuovo numero della rivista, “la Medicina in un mondo che cambia”, è già da solo tutto un programma. E le linee tematiche trattate, dalle sfide delle nuove migrazioni, a quelle poste dal confronto con le nuove tecnologie, ai cambiamenti socioculturali nella società che già bussano alle porte dei nostri ambulatori con nuove istanze e nuove esigenze ancora tutte da comprendere prima ancora che da governare, sono a loro volta un rompicapo di cui è difficile far sintesi in un’immagine per la copertina.

Ed ecco allora che passare dall’idea del rompicapo alla proposizione e realizzazione di un mondo in forma di cubo di Rubik il passo in realtà è breve: troppo intriganti le metafore sottintese che si possono evocare, dall’essere *in primis* il cubo di Rubik il “re dei rompicapo”, con la necessità, ma anche la “speranza”, di trovargli la soluzione che metta ordine nel disordine dei colori e dei linguaggi, al mondo globalizzato che cambia forma, globo che si fa cubo, spigoli compresi, e si scompone a sua volta in tanti piccoli mondi e nei tanti piccoli o grandi egoismi che questi possono rappresentare, e così via discorrendo.

E poi ancora i tanti simboli che nel mio mondo di Rubik ho posizionato a significare i temi caldi di questo numero, dalle migrazioni, alle nuove tecnologie, alle tante guerre che nel mondo si stanno combattendo: quelle, purtroppo, dei popoli tra loro, quelle della comunità scientifica (e umana) contro pandemie ed emergenza climatica, quelle di un presidente americano contro le istituzioni globali (dall’ONU all’OMS) e le loro agenzie e, in generale, contro l’autonomia del sapere scientifico.

In questo mondo in trasformazione anche il medico è così chiamato ad un cambiamento. Perché cambiano le domande cui dare risposta e cambiano anche le aspettative sul nostro ruolo. Richiamarsi ai valori fondanti, ai principi etici e deontologici che hanno guidato la nostra formazione può orientarci nel trovare la soluzione al rompicapo?

La mia immagine di copertina trova la sua risoluzione nel riprendere quello stesso medico che campeggiava nella prima copertina – era il marzo 2012 – con la quale iniziai la collaborazione con Brescia Medica, per mettergli stavolta in mano la preziosa teca che racchiude il bastone di Asclepio, simbolo della medicina che rigenera e che cura, ragion d’essere del nostro essere medici...

**Raffaele Spiazzi**





Floydine - stock.adobe.com

*L'Ordine dei Medici  
augura un sereno Natale  
e un felice Anno nuovo!*