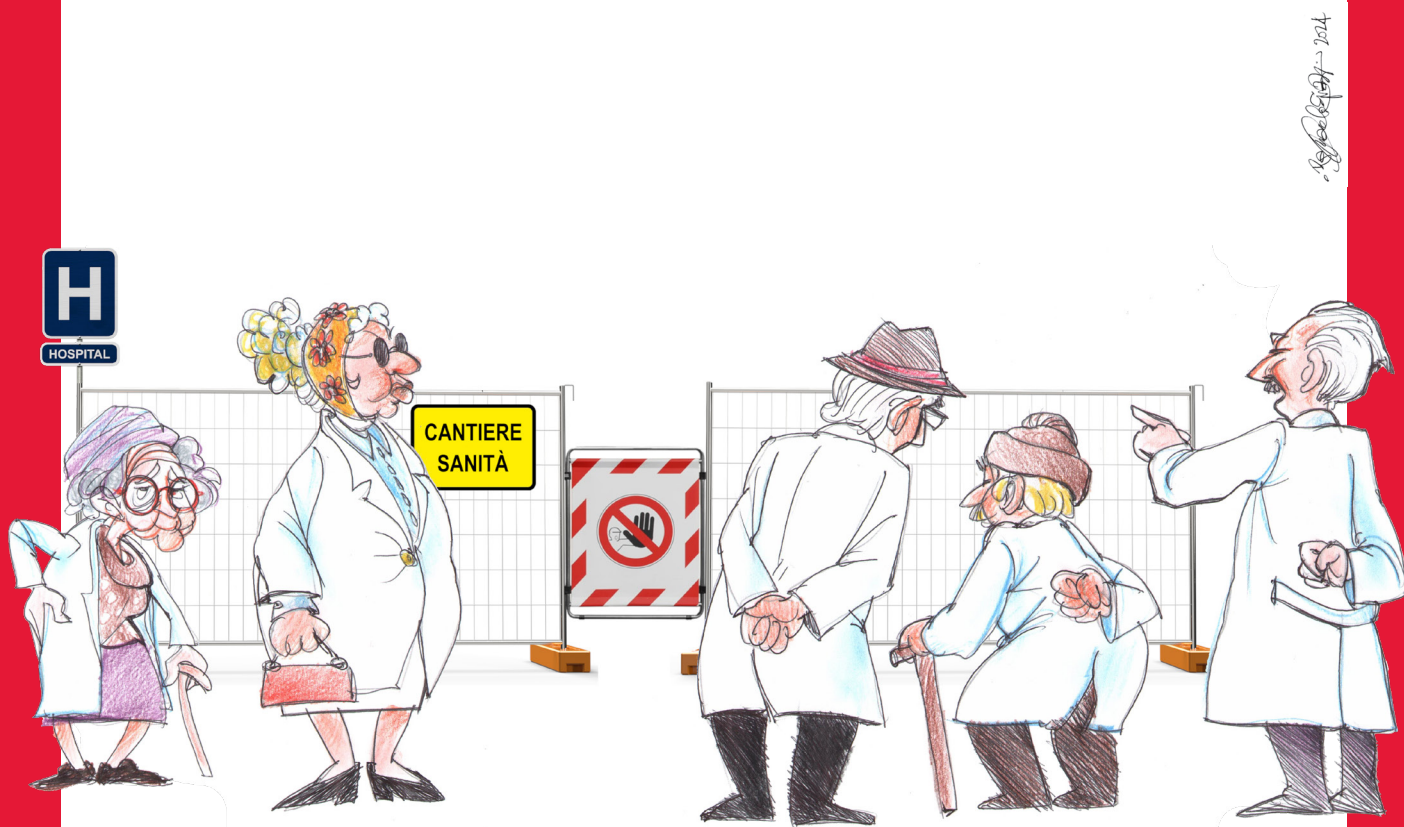




Seconde vite **Ma come fanno i medici in pensione**

Sondaggio

- I medici e il pensionamento

Editoriale

- Il Nilo sta ormai arrivando al Cairo

Punti di vista

- Un dialogo ai giardinetti

IN QUESTO NUMERO

EDITORIALE

Il Nilo sta ormai arrivando al Cairo

Ottavio Di Stefano 3

Silver resident

Gianpaolo Balestrieri 5

PRIMO PIANO

**Medici pensionati al lavoro:
i vantaggi di versare all'Enpam**

Alberto Oliveti 6

SONDAGGIO

Seconde vite

Cosa fanno i medici dopo la pensione?

A cura di Angelo Bianchetti 8

PUNTI DI VISTA

"Söche e melù a la sò stagiù"?

Erminio Tabaglio 19

INTERVISTE

Tutte le interviste a cura

di Gianpaolo Balestrieri e Lisa Cesco

La medicina che mi sta a cuore

Intervista al prof. Cesare Proto 23

Filosofia e musica, compagne di vita

Intervista alla dott.ssa Adriana Loglio 26

Il mio hobby? È il lavoro!

Intervista alla dott.ssa Stefania Stefini 29

**Ricerca storica e fotografia, la biografia
delle mie passioni**

Intervista al dott. Giovanni Carini 32

Medicina e birdwatching.

Semeiotica umana ed ornitologica

Intervista al dott. Mauro Bailo 35

Dalla sala operatoria al ritrovarsi in allegria

Intervista al dott. Mario Zogno 38

BURNOUT

**La vita del medico che lavora
tra vulnerabilità e burnout**

Renzo Rozzini 40

ASSEMBLEA

Assemblea annuale 2024

Ottavio Di Stefano 43



*spiegazione
della copertina
pag 62*

Seconde vite
Raffaele Spiazzi

MEDICINE COMPLEMENTARI

**Medicine Complementari:
il parere dei medici bresciani**

Annalisa Voltolini 49

LA VOCE DEGLI ODONTOIATRI

**Avvio alla Professione: un percorso solido
e sinergico fra le varie anime della Professione**

Gianmario Fusardi 52

Assemblea ENPAM del 20 aprile 2024

Come sta il nostro ente di previdenza e assistenza

Claudia Valentini 53

SANITÀ SOSTENIBILE

**Servizi sanitari e transizione ecologica: un'alleanza
tra le istituzioni verso una Sanità sostenibile**

A cura di Lisa Cesco 55

STORIE DI PAZIENTI

Perduto amore 57

Pregiudizi e prognosi 58

Ragione, religione e amorevolezza. E fragilità 59

Renzo Rozzini

RICORDI

Dott.ssa Sofia Filippini

*I genitori Andrea e Ruggero, i fratelli Nicholas
e Greta e il fidanzato Matteo* 60

DIREZIONE - REDAZIONE - AMMINISTRAZIONE

Via Lamarmora, 16 - BRESCIA - Tel. 030 2453211 - Fax 030 2429530

info@ordinemedici.brescia.it - info@omceobs.legalmailpa.it - ordinemedici.brescia.it

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

CONSIGLIO DIRETTIVO DELL'ORDINE 2021-2024

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

COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO MEDICI

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

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

COMMISSIONE PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO ODONTOIATRI

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

COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

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

UFFICIO DI PRESIDENZA

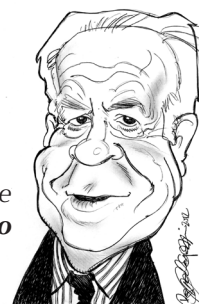
COMPONENTI: Dott.ssa Luisa Antonini, Dott. Gianpaolo Balestrieri (Direttore Responsabile BresciaMedica), Dott. Germano Bettoncelli (Coordinatore Comunicazione Cultura), Dott. Ottavio Di Stefano, Dott.ssa Anna Giulia Guarneri, Dott. Bruno Platto, Dott. Umberto Valentini (Consigliere).

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

IMMAGINE DI COPERTINA realizzata dal Dott. Raffaele Spiazzi.

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

Il Nilo sta ormai arrivando al Cairo*



Il Presidente
Ottavio Di Stefano

Fare il medico, come altre professioni di servizio, "ti prende" e, in un certo senso, ti esclude, ti priva di molte esperienze di vita. "Noi che" siamo cresciuti pensando solo al lavoro come possiamo affrontare il tempo che improvvisamente si dilata con la pensione, il collocamento a riposo.

Questa "presunzione" appartiene a molti di noi "vecchi" come chi scrive, abbondantemente over 70, e sa di nostalgia. Intendiamoci. Per chi ha cominciato negli anni Settanta il mestiere era davvero gravoso, eravamo relativamente pochi, la tecnologia non paragonabile a quella che viviamo oggi. Pochi esami e ricoveri medici e chirurgici protratti, immaginabili ai giorni nostri. La penna, il fonendo, il martelletto e i fogli bianchi da riempire.

L'evoluzione clinica e scientifica di questo ultimo mezzo secolo, che non ha precedenti nella storia, ha

migliorato la medicina e di concerto la salute. E noi "vecchi" godiamo di nuovo di un privilegio: "Noi che", per averla vissuta questa evoluzione, l'apprezziamo ancora di più.

E allora sulla panchina nel parco, con accanto il sacchetto del pane e in tasca il fedele quotidiano, quali "amabili rimpianti".

Non per la tecnologia, la cui complessità già in parte mi sfugge, ma per la cosa più preziosa che il mio mestiere mi ha consegnato.

Il nostro lavoro di ogni giorno è centrato sulla relazione.

Come la vita, dicono i filosofi.

Alta con il paziente, che ti consente di capire, e che è essa stessa cura. Ma non solo. Quanto mi hanno dato, quanto ci hanno dato, gli incontri quotidiani con i nostri colleghi, con gli infermieri, le discussioni critiche con chi ci amministra. Quanto ci hanno dato le amicizie, cementate dal lavoro fianco a fianco per anni,

affrontando insieme momenti coinvolgenti e decisioni difficili, a volte drammatiche.

Quanto ci hanno dato i confronti in cui, ascoltando, ci siamo resi conto che non avevamo ragione. Ed a me è capitato spesso.

Qualcuno potrebbe dire che si intravede una logica di clan. Non è vero. O forse un po'. Ed allora quando questo mondo finisce? Un grande giornalista dettava, in un suo libro, una soluzione di buon senso. Leggere, ma non solo, studiare, cercare di continuare a capire di medicina forse più sul suo senso ai giorni nostri che sulla clinica, inevitabilmente destinata a sfumare quando non è più vissuta.

Riscoprire il bello, rinverdire incontri e amicizie.

Facile eh???

Ma anche ricette apparentemente più semplici,

*Arthur Schopenhauer, *L'arte di invecchiare*

meno *radical chic*, hanno un rilevante significato. E penso all'attività di FEDER.S.P.eV. (la nostra associazione di pensionati) che ha avuto un grande successo con le sue iniziative culturali, sia di approfondimento che di esperienze nei meravigliosi siti artistici del nostro paese. Badate bene, non è un club di arzilli diversamente giovani che passano il tempo, ma vere occasioni di incontro...di relazioni non effimere. Grazie. Insomma, mi vien da dire: abbiamo vissuto di relazioni "positive" o comunque intense per tutta la vita, dovremmo essere allenati. Continuiamo. **Il nostro sondaggio, pubblicato in questo numero, evidenzia che l'86% dei medici bresciani in pensione che continua a lavorare lo fa perché questo nostro lavoro ancora appassiona.**



L'età di richiesta di accesso alla pensione si sta abbassando, sia nelle cure primarie che negli ospedali. E avverto un *sentiment* diffuso (non ho dati specifici, quindi è solo poco più che un'impressione). **È forse venuto meno quel senso di appartenenza,** per cui molti di noi "sopportavano" le insufficienze organizzative, le carriere piatte, le remunerazioni sempre più modeste. E così, oggi, le sirene del privato sono sempre più attrattive. Ripeto, non ho elementi oggettivi, ma è comunque un segnale forte della crisi di sistema che stiamo vivendo. Sempre il sondaggio è impietoso verso l'Ordine: deve fare di più per i pensionati. Aumenteremo l'impegno e la gamma di servizi. Servizi già numerosi ed efficienti (questa affermazione non riguarda chi scrive, ma il personale che ogni settimana espleta circa 30 consulenze ENPAM pensionistiche con tempi di risposta dalle richieste di pochi giorni). Ricordo ancora le consulenze INPS ed assicurative ed infine le numerose pratiche assistenziali, poco conosciute ma a volte, e non esagero, vitali per chi versa in condizioni economiche disagiati (e non sono poche queste situazioni), e per i provvedimenti a favore dei superstiti e tanto altro. Servizi poco conosciuti per cui ci siamo interrogati circa l'efficacia dei nostri sistemi di comunicazione. Li stiamo rivedendo, partendo da una

completa ristrutturazione del sito internet, attivo a breve. Una nota finale. **"Certo che ai nostri tempi..."**, sento dire spesso dai miei coetanei. *"I giovani sono lì solo attaccati al pc a prescrivere indagini e a leggere referti"*.

Non è così. Non siamo stati capaci di interagire, di coinvolgere i giovani e ci siamo semplicemente crogiolati nell'autoreferenzialità e nella nostalgia? Recentemente li abbiamo coinvolti in un progetto formativo di lunga durata e prospettiva e la risposta è stata davvero sorprendente. Ci siamo trovati di fronte a professionisti di valore, consci della situazione di crisi del sistema, attrezzati digitalmente, immersi nella tecnologia, ma convinti del valore della relazione. Ma noi "collocati a riposo" manteniamo un ruolo grande. Trasmettere loro la curiosità intellettuale che muove il ragionamento clinico che viene, comunque e sempre, prima della più sofisticata indagine o algoritmo.

Una cortesia. Che a nessuno venga in mente di chiedermi, fra qualche tempo, se frequento o meno la panchina del parco. ●

Silver resident

Il Direttore
Gianpaolo Balestrieri



Essere medico.
Un'identità forte. Ci definisce agli occhi degli altri, ai nostri stessi occhi.

Il pensionamento.
Si rischia di perderla questa identità, fonte di autostima. E allora, molto spesso, si continua, magari con un impegno ridotto, aggrappandoci a un lembo del camice professionale. Si apre comunque una fase diversa, nuova, che ciascuno affronta in modi diversi. Ci si può (o si deve) dedicare ad impegni familiari, prima sacrificati. Curiosità, passioni prima trascurate vengono riscoperte o più ampiamente coltivate. I viaggi, le associazioni, il volontariato etc.

Nelle interviste di questo numero compaiono esperienze diverse, talune singolari.

Il sondaggio tra gli iscritti all'Ordine entrati nella "Silver age" esplora il ventaglio di scelte e di vissuti di un segmento non trascurabile della professione. L'alta percentuale di risposte suggerisce che il tema tocca delle corde vive.

Viviamo un tempo in cui il legame tra le generazioni si è allentato e la trasmissione dell'esperienza maturata è meno considerata, data anche la tumultuosa innovazione della tecnologia e dell'informatica.

Mentre piacerebbe, almeno a me, considerarmi un "Silver resident"¹ specializzando con i capelli bianchi, ancora desideroso di apprendere e dare conoscenza e metodo. ●



1 Manian F.A. Silver resident
N Engl J Med 2024; 390:1356-1357



Medici pensionati al lavoro: i vantaggi di versare all'Enpam

Alberto Oliveti

Presidente di Fondazione ENPAM

Un medico su tre continua a esercitare la professione anche dopo il pensionamento.

Su 120mila medici e odontoiatri che percepiscono una pensione Enpam, infatti, sono circa **37mila** quelli che versano la **Quota B** sull'attività libero-professionale.

Più in generale, **i pensionati che lavorano rappresentano circa il 10 per cento del totale** dei medici e dentisti in attività in Italia. Un attivismo che, specie in questo momento di penuria, consente alla sanità italiana di andare avanti nonostante gli evidenti errori di programmazione del passato. Allo stesso tempo, continuando a esercitare la professione, i diretti interessati possono aumentare progressivamente il proprio assegno Enpam grazie alla contribuzione post-pensionistica.

I vantaggi dell'Enpam

Sono diversi i vantaggi che la Fondazione offre a tutti i camici bianchi che proseguono il proprio impegno professionale. Innanzitutto, i medici e i dentisti, con l'Enpam, sono sottoposti a un carico di contributi previdenziali più leggero dei pensionati lavoratori di altre categorie di pertinenza della previdenza pubblica. A questo proposito, è bene ricordare che fino a meno di vent'anni fa, l'Enpam ai propri pensionati lavoratori addirittura non chiedeva il versamento di alcun contributo. Poi arrivò l'Inps, con l'operazione Poseidone, a pretendere che i professionisti pensionati, esonerati dalla contribuzione dalla propria Cassa, versassero alla gestione separata Inps(!). Infine, una legge dello Stato (art. 18, comma 11, D.L. n.98/2011) introdusse l'obbligo d'iscrizione alle Casse per tutti i pensionati professionisti, stabilendo che l'aliquota



contributiva non potesse essere più bassa della metà di quella ordinaria. Una misura, tra l'altro, adottata anche con un intento di riequilibrio fra generazioni: in sostanza il Legislatore ha voluto evitare un'eventuale concorrenza sleale fra professionisti a inizio carriera (tenuti a

pagare i contributi per intero) e i colleghi più anziani che, grazie al fatto di percepire già una pensione e grazie all'esenzione contributiva che esisteva all'epoca, potevano abbassare le pretese economiche, a scapito dei più giovani. L'Enpam, comunque, nell'adeguarsi alla nuova norma, ha scelto di introdurre l'aliquota più bassa permessa dalla legge, con il risultato che i propri pensionati attivi possono pagare il 60 per cento di contributi in meno rispetto ad altri. E a dimostrarlo ci sono i numeri: infatti, i pensionati attivi iscritti all'Enpam pagano il 9,75 per cento (esattamente la metà dell'aliquota intera di Quota B che è pari al 19,50), mentre i pensionati lavoratori che versano i propri contributi previdenziali all'Inps, sono sottoposti ad un'aliquota pari a ben il 24 per cento. Una differenza non da poco. Va tuttavia detto che dal prossimo anno i pensionati anticipati di Quota B pagheranno comunque l'aliquota intera fino al compimento dell'età di vecchiaia (68 anni).

Una contribuzione calmierata è stata prevista poi anche per i pensionati che svolgono la libera professione nei confronti di strutture accreditate con il Servizio sanitario nazionale: in quel caso, oltre alla Quota B, è dovuto anche un contributo alla gestione degli Specialisti esterni, commisurato al fatturato delle strutture stesse, ma con un tetto che fa sì che, nel caso dei pensionati, il prelievo non possa superare il 5 per cento del proprio compenso (invece del 10 per cento previsto per gli attivi).

Per chi continua la pensione aumenta

Oltre al vantaggio di pagare contributi più contenuti, stare sotto l'ombrello dell'Enpam garantisce poi ai camici bianchi pensionati, che continuano a lavorare, un altro importante beneficio: un importo supplementare sulla pensione che scatta ogni anno, e non più ogni tre come accadeva fino a qualche anno fa. Si tratta di una maggiorazione che decorre dal 1° gennaio successivo all'anno in cui si versano i contributi e che viene pagata d'ufficio nel giro di qualche mese (con gli arretrati), senza dover fare alcuna domanda. Se si continua a lavorare e a versare la Quota B, il meccanismo si ripete automaticamente ogni anno per valorizzare i nuovi contributi a mano a mano che arrivano. Tra l'altro, in casa Enpam anche l'aumento della pensione

corre molto più veloce: all'Inps, infatti, la prima richiesta di supplemento di pensione si può fare solo dopo due anni, mentre le successive addirittura ogni cinque anni (e se non si fa richiesta l'aumento non arriva). Un meccanismo automatico analogo è previsto anche per la gestione Enpam degli Specialisti esterni: al momento la regola prevede un supplemento d'ufficio ogni tre anni, ma sono in corso riflessioni per abbreviare questo lasso di tempo.

La seconda vita professionale dei convenzionati

La disponibilità a continuare a lavorare oltre l'età di vecchiaia caratterizza anche i convenzionati. A differenza della libera professione, però, l'attività in convenzione (ad esempio come medico di famiglia, pediatra di libera scelta o specialista ambulatoriale) non si può proseguire da pensionati. Infatti, l'aver cessato l'attività in convenzione con il Ssn è uno dei requisiti per poter fare domanda di pensione. In questo caso, quindi, l'Enpam incentiva i medici convenzionati a rimanere al lavoro posticipando la data del pensionamento.

In cambio, i contributi versati dopo il compimento dell'età di vecchiaia (68 anni) vengono valorizzati in misura maggiore, dando quindi poi diritto a una pensione più sostanziosa, che compensa il fatto di cominciare a percepirla "a scoppio ritardato".

Al momento i convenzionati, a certe condizioni, possono chiedere alla propria azienda di restare in servizio fino al 72esimo anno d'età. Una "seconda vita" professionale per i più anziani, che agevola però al contempo il ricambio generazionale perché garantisce il mantenimento di posti che rischiano di andare perduti. Infatti, a causa della programmazione deficitaria del passato, ad oggi non c'è un numero sufficiente di giovani medici formati per far fronte alle esigenze dei cittadini e in diverse zone d'Italia i posti rimasti vacanti non vengono riassegnati. Incentivare quindi gli anziani a rimandare il pensionamento, non inibisce l'accesso dei giovani ma, al contrario, serve a coprire dei posti fino a quando non ci saranno abbastanza candidati. ●

Seconde vite Cosa fanno i medici dopo la pensione?

Sondaggio a cura di Angelo Bianchetti

Il questionario dell’Ordine si è proposto di indagare il tema del pensionamento fra i medici, ed è stato inviato a tutti gli iscritti con 62 e più anni - sia pensionati, sia ancora in attività - per mettere a fuoco scelte, aspettative ma anche dubbi e interrogativi che si aprono con le “seconde vite” dopo la pensione.
Il sondaggio è stato realizzato dal 15 al 31 maggio 2024.

Hanno risposto al sondaggio in maniera completa 728 medici, il 35% sono donne. **I responders rappresentano il 24,6% del campione totale** (pari a 2956 iscritti), con ampie differenze per classi di età (tabella 1): fra i 66 e 75 anni hanno risposto il 27% degli iscritti e solo il 9,2% fra coloro che hanno 85 o più anni; vi è una maggiore risposta fra le donne rispetto agli uomini.
La maggior parte dei responders (70% fra gli uomini e 64% fra le donne) ha un’età fra 66 e 75 anni, il 20% degli uomini e il 32% delle donne ha meno di 66 anni e pochi hanno più di 86 anni (in totale 6 persone, 5 uomini e 1 donna) (vedi tabella 1 e grafico 1).
Il 72% degli intervistati (74% degli uomini e 69% delle donne) riceve già l’assegno di pensione.

ETÀ	UOMINI		
	Responders	Iscritti Ordine	%
62-65	99	453	21,9%
66-75	338	1281	26,4%
76-85	42	284	14,8%
86 e più	5	52	9,6%
totale	484	2070	23,4%

ETÀ	DONNE		
	Responders	Iscritti Ordine	%
62-65	79	272	29,0%
66-75	157	551	28,5%
76-85	7	50	14,0%
86 e più	1	13	7,7%
totale	244	886	27,5%

ETÀ	TUTTI		
	Responders	Iscritti Ordine	%
62-65	178	725	24,6%
66-75	495	1832	27,0%
76-85	49	334	14,7%
86 e più	6	65	9,2%
totale	728	2956	24,6%

TABELLA 1 Responders al sondaggio confrontati con gli iscritti per classe di età e sesso

Tutti i soggetti di età superiore a 71 anni ricevono la pensione, mentre fra i 62 e 65 anni il 75% degli uomini e il 65% delle donne non riceve la pensione. Fra i 66 anni e i 71 anni questa percentuale scende rispettivamente al 21% e 18% (vedi grafico 2).
Il trattamento più frequente è quello INPS (33,7% fra gli uomini e 55,6% fra le donne) e la quota A ENPAM (30,1% e 50,9%).

Il 37% degli uomini e il 46% delle donne usufruisce di un solo regime pensionistico (nella metà dei casi INPS, in un terzo circa fondo medici convenzionati, nel 16% degli uomini fondo ENPAM quota B).
Le combinazioni di pensioni più frequenti sono INPS e ENPAM quota A (20%), INPS e ENPAM quota B (10% degli uomini e 5% delle donne), ENPAM quota A e fondo medici convenzionati (8% uomini e 9% donne).

Complessivamente il 51% dei medici in pensione intervistati svolge attualmente ancora una qualche attività lavorativa.

Analisi dati dei medici già in pensione

547
totale campione

67% UOMINI
33% DONNE

71 anni: età media
(72 fra gli uomini e 69 fra le donne)

Le donne sono in pensione mediamente da 4,1 anni e gli uomini da 5,4 (media del campione 5 anni).

Nel grafico 3 sono presentate le tipologie dei trattamenti pensionistici suddivisi per sesso e nel valore complessivo (percentuale di soggetti che usufruiscono dello specifico trattamento); il totale supera il 100% perché sono possibili più trattamenti).

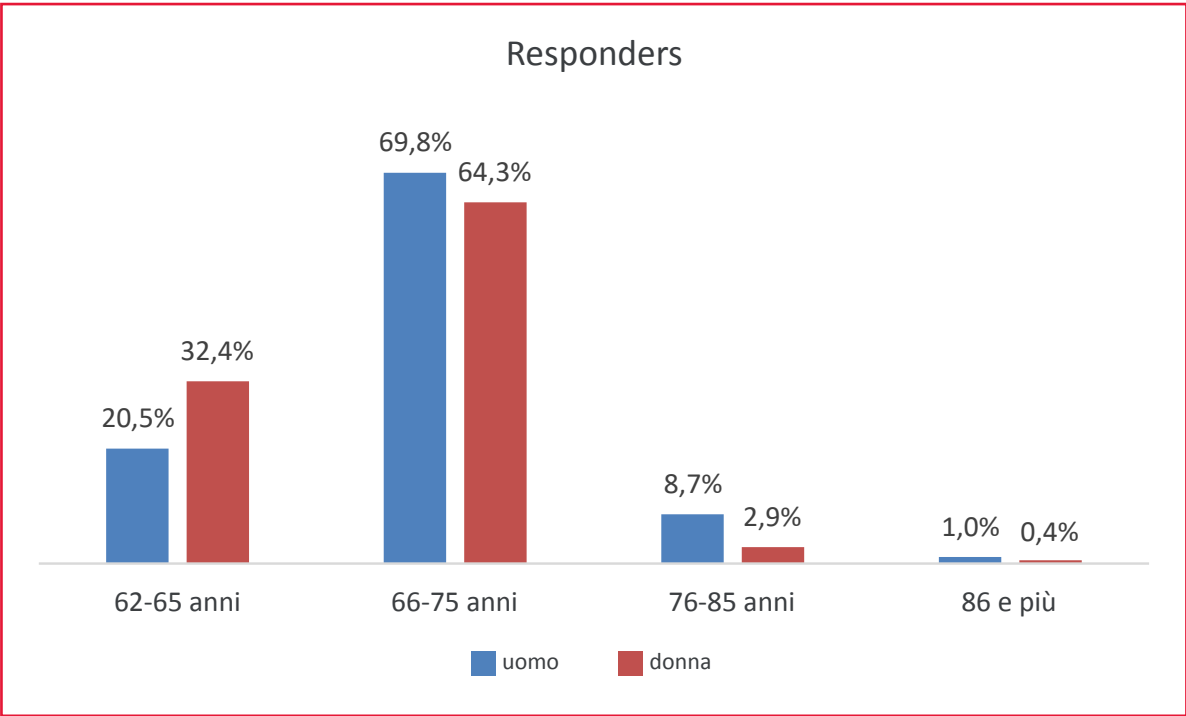


GRAFICO 1

Nello specifico, il 58,8% degli uomini e il 32,7% delle donne che sono in pensione dichiarano di svolgere ancora attività lavorativa strutturata (grafico 4). Analizzando il fenomeno **per classi di età** (grafico 5) si osserva che fra gli uomini fino a 75 anni quasi due terzi del campione dichiara di svolgere ancora attività lavorativa, mentre oltre i 76 anni la percentuale scende al 29%. Fra le donne sono soprattutto quelle con età fra 62 e 65 anni che svolgono ancora attività lavorativa (il 62%), mentre oltre i 66 anni la percentuale scende al 31% (il dato del gruppo 76-85 anni non è rappresentativo per la bassa numerosità del campione).

L'età media di chi svolge

ancora attività lavorativa è di poco inferiore rispetto a chi non lavora (69 vs 71 anni, differenza statisticamente significativa).

Le principali attività lavorative sono descritte nel grafico 6; sotto la voce "altro" sono incluse attività di formazione, di direzione sanitaria, di consulenza presso enti, di visite domiciliari.

Nel seguente **grafico 7** sono rappresentate **le motivazioni alla base della scelta di continuare a lavorare pur essendo in pensione.** Le ragioni principali non sono economiche, né legate alla necessità di occupare il tempo in assenza di *hobbies* e interessi. Si continua a lavorare soprattutto perché la professione di medico resta una "passione" e una componente costitutiva della propria identità. Non vi sono significative differenze in relazione al sesso. Nella maggior parte dei casi i medici lavorano un numero limitato di ore alla settimana (5-10 ore nel 30,6% dei casi o 11-20 nel 23,8%), il 13,1% del campione lavora meno di 4 ore. Un terzo del campione (32,5%) continua invece a dedicare alla professione una quota significativa del proprio tempo: il 17,1%



Percentuale di medici "in pensione"
nel campione esaminato per sesso e classi di età

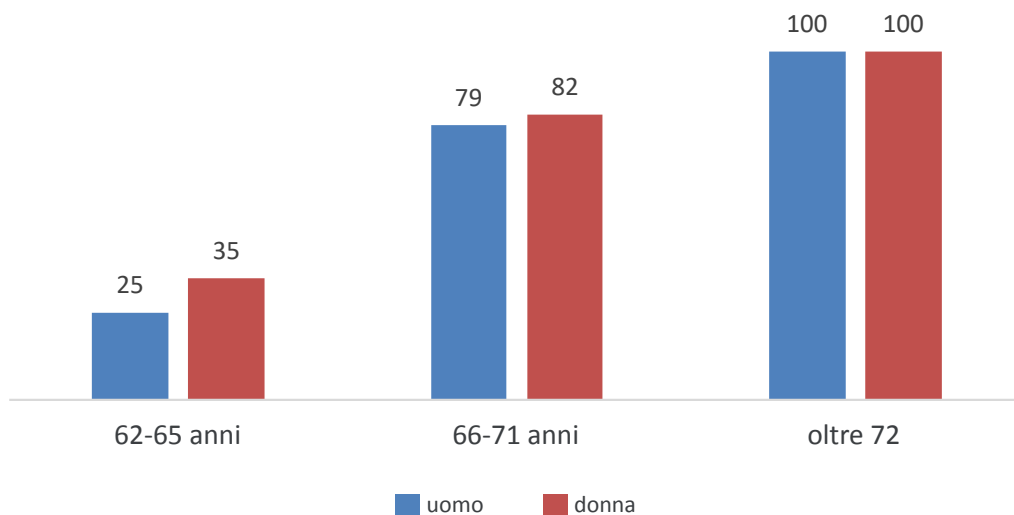


GRAFICO 2

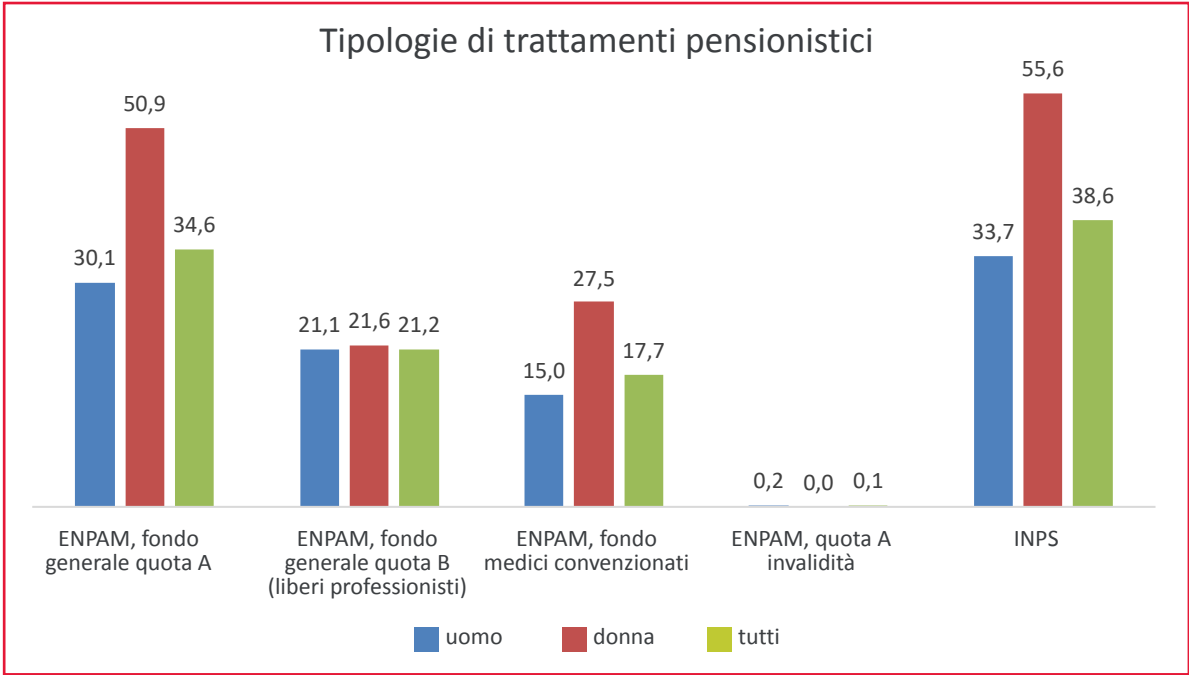


GRAFICO 3

lavora per 21-30 ore a settimana, il 9,1% per 31-40 ore e il 6,3% oltre 40 ore. Fra le donne è più frequente avere un lavoro che impegna fra 11 e 30 ore a settimana (49% vs 39%), o addirittura inferiore a 4 ore alla settimana (19% vs 11% fra i maschi), mentre

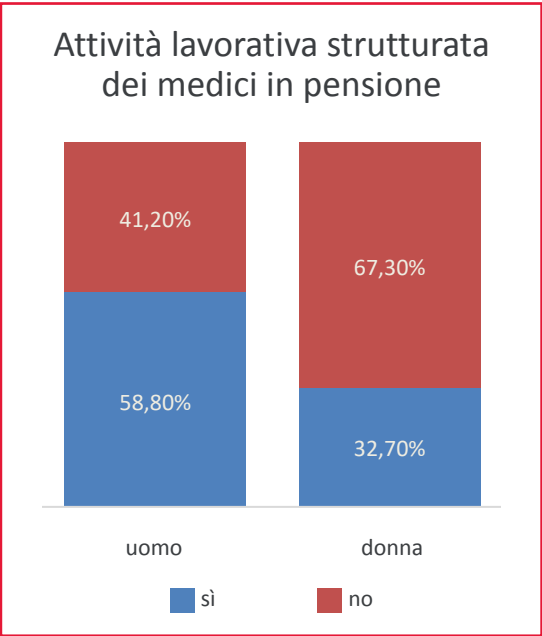


GRAFICO 4

CHI LAVORA ANCORA

60%

i medici bresciani che continuano a lavorare dopo la pensione mediamente per altri 5 ANNI

Da quando sei in pensione svolgi ancora attività lavorativa strutturata?

Sì

58,8%



32,7%



Attività lavorativa strutturata fra i medici
in pensione e classi di età

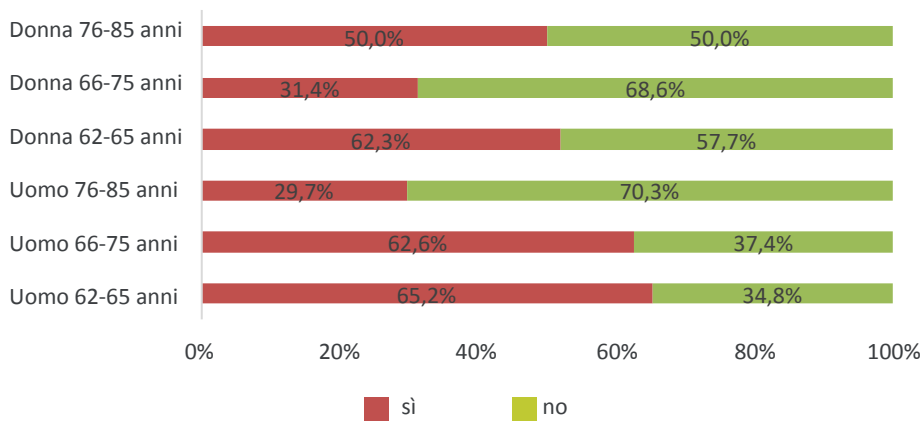


GRAFICO 5

è più raro lavorare oltre 31 ore (4% vs 19%). Il grafico 8 presenta le risposte alla domanda se rispetto al periodo pre-pensione i medici riescano comunque a svolgere qualche altra attività. Oltre il 70% dichiara comunque di avere più tempo per la famiglia, o per gli hobbies (nel 63% dei casi) e solo il 26% dichiara che la professione continua ad assorbire la maggior parte del tempo. Non emergono differenze significative fra uomini e donne.

Chi ha scelto di non lavorare più

Complessivamente il 49% dei medici in pensione intervistati non svolge più attività lavorativa.

Nello specifico, il 41,2% degli uomini e il 67,3% delle donne che sono in pensione dichiarano di non svolgere più attività lavorativa strutturata (grafico 4).

Tra gli intervistati il 79% ha interrotto il lavoro subito dopo il pensionamento, mentre il 21% l'ha fatto con gradualità, lavorando mediamente per altri 5 anni (il

Attività svolte dai medici pensionati

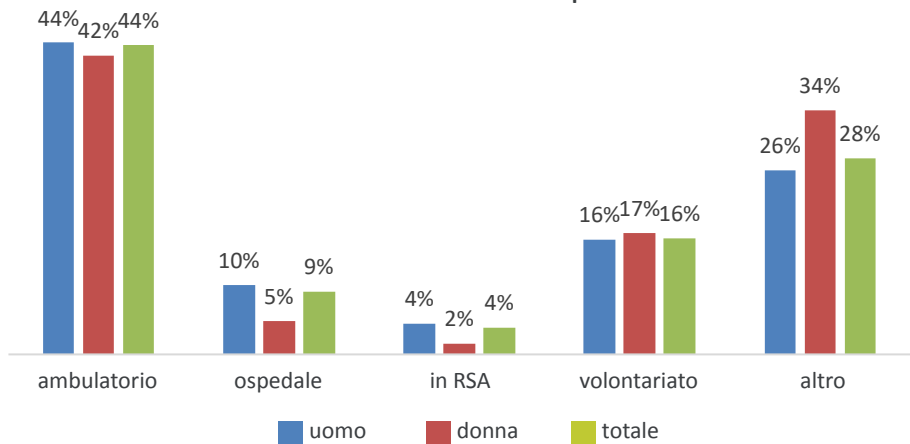


GRAFICO 6

Le ragioni per continuare a lavorare

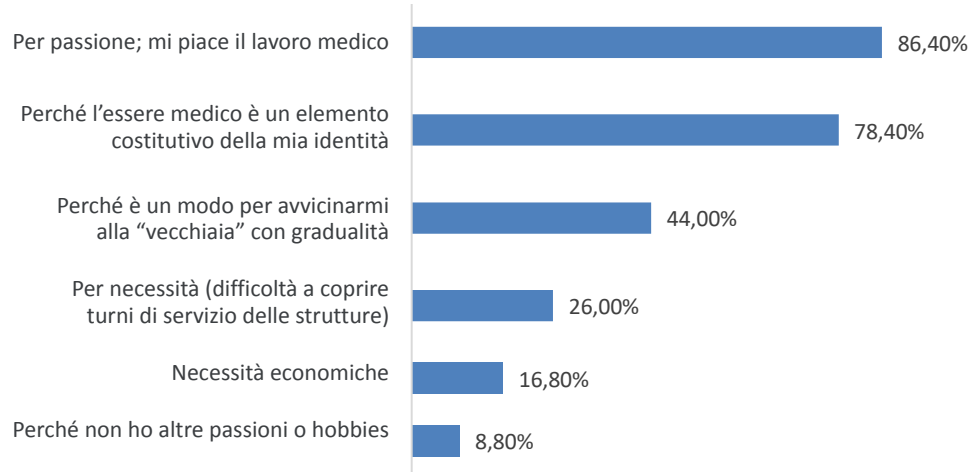


GRAFICO 7

20% ha lavorato per un solo altro anno, il 48% fra 2 e 5 anni, il 14% fra 6 e 10 anni, il 18% da 11 fino a 20 anni). Nel grafico 9 vengono presentate le motivazioni che più frequentemente hanno portato alla decisione di interrompere l'attività professionale. La principale è la volontà di coltivare altre passioni e hobbies, seguita dalla bassa remuneratività dell'attività e dalla scarsa motivazione. Meno influenti sono le ragioni di salute. Una importante ragione è la necessità di assistere o prestare aiuto ai familiari, soprattutto per

le donne (36,7%) più che per gli uomini (22,2%). Si tratta dell'unica motivazione che presenta una differenza significativa in base al sesso degli intervistati.

Il "sentiment" dei medici pensionati (sia chi lavora che chi non lavora più)

Come si sentono i medici nel ruolo di pensionati?

La gran parte degli intervistati (grafico 10) sia fra gli uomini che fra le donne dichiara di sentirsi bene, di essere soddisfatto (68,4%

Hai più tempo rispetto al periodo precedente la pensione?

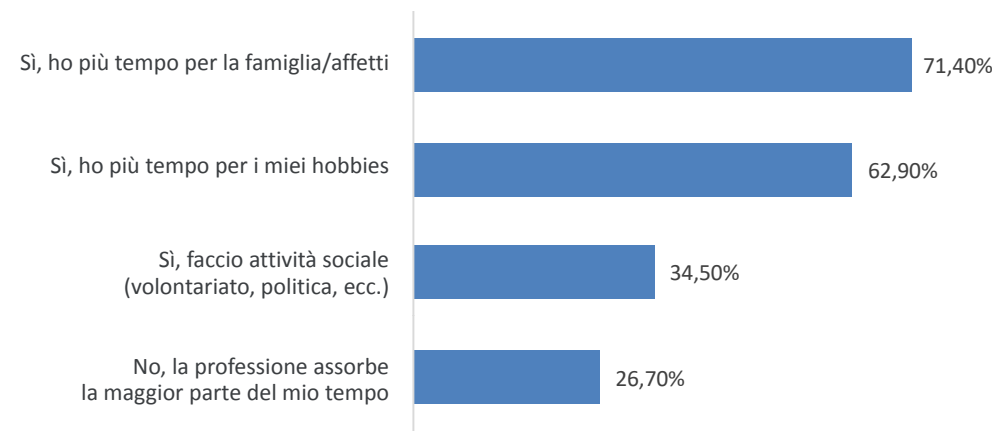


GRAFICO 8

Motivazioni all'interruzione dell'attività lavorativa

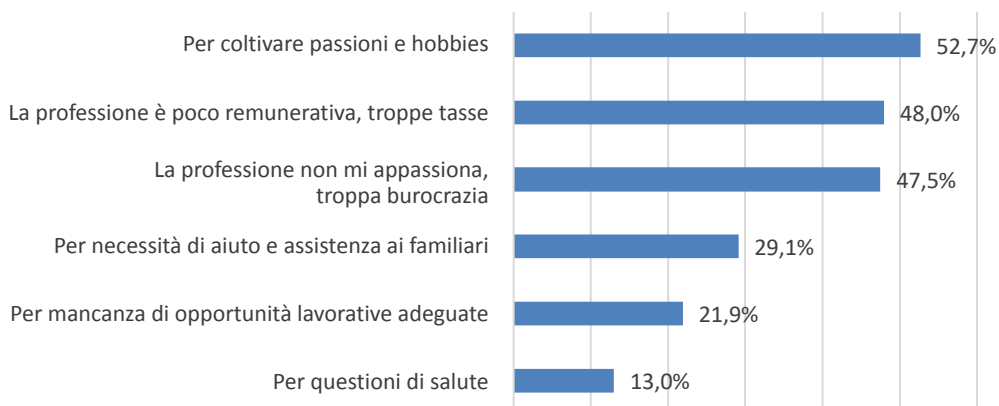


GRAFICO 9

degli uomini e 59,8% fra le donne); un numero limitato di soggetti, soprattutto fra le donne, dichiara di trovarsi a disagio, non sufficientemente preparato (18,9% delle donne e 9,7% degli uomini). Le preoccupazioni per il futuro economico e il senso di smarrimento per la perdita di ruolo sono poco diffusi, anche se più frequenti fra le donne. Nella gran parte dei casi il trattamento economico derivante dalla pensione viene giudicato adeguato (67,8%

dei casi) e solo il 10,4% dichiara di dover continuare a lavorare perché riceve una pensione inadeguata (non c'è differenza in base al sesso). Il giudizio sull'attività dell'Enpam è in chiaro-scuro (grafico 11). Solo il 13% del campione dà un giudizio pienamente positivo e il 36% un giudizio ampiamente negativo.

Come ti senti nello "status" di pensionato?

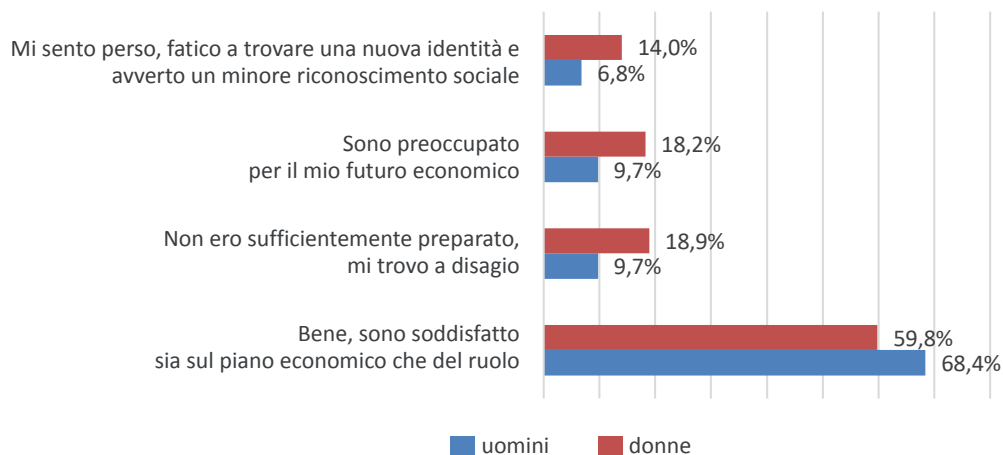


GRAFICO 10

Come giudichi il ruolo dell'ENPAM?

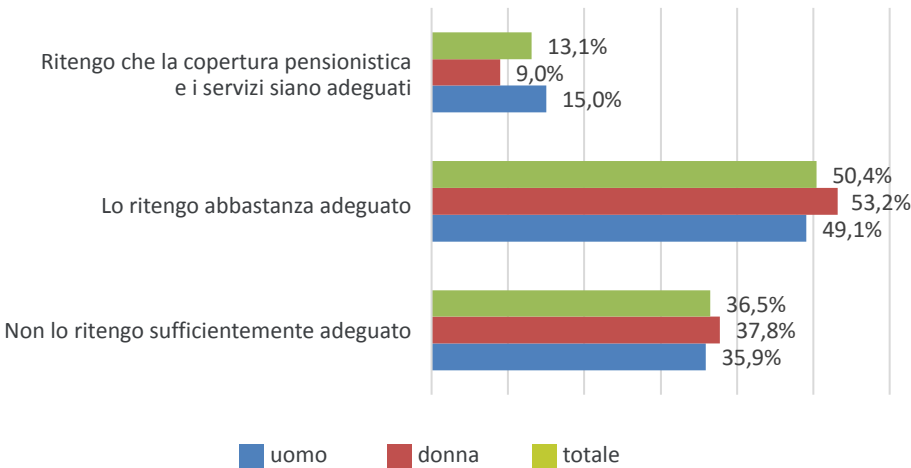


GRAFICO 11

I medici non ancora in pensione: 28% del campione

213 medici

Si tratta per il 62% di uomini e per il 38% di donne; l'età media è di 65,1 anni (65,2 e 64,9 anni rispettivamente negli uomini e nelle donne); l'età massima è 71 anni. Le classi di età sono per gli uomini fra 62 e 65 anni nel 59,0% dei casi e fra 66 e 75 anni nel restante 41% dei casi; le percentuali fra le donne sono rispettivamente 67% e 33%. Gli uomini dichiarano di avere ancora mediamente 3 anni di lavoro e le donne 3,5 anni. Il 53% degli intervistati dichiara che non ha ancora raggiunto i requisiti necessari per il pensionamento, mentre l'11,4% dichiara di continuare per ragioni economiche e il 34,7% per passione verso la professione. Alla domanda se vi è intenzione di proseguire con l'attività medica una volta raggiunta la pensione, il 24,2% degli uomini e il 42,5% delle donne dichiara di non avere intenzione di svolgere alcuna attività professionale (grafico 12), mentre il 41,1% degli uomini e il 28,8% delle donne intende svolgere un'attività professionale meno impegnativa e solo il 10,5% degli uomini e il 4,1% delle

donne pensa di continuare con attività a tempo pieno. Il 15,1% delle donne e il 16,1% degli uomini dichiara di non averci ancora pensato. Il grafico 13 presenta il giudizio dei medici sul futuro trattamento pensionistico. Prevalgono, sia tra gli uomini che tra le donne, le preoccupazioni che il trattamento sarà poco o per nulla adeguato alle esigenze future (44%), anche se 1 responder su 4 non ha ancora idea di quale sarà l'ammontare della pensione futura. Alla domanda "avvicinandoti al momento della pensione come ti immagini questa fase della tua vita?", il 73,1% immagina possa essere un periodo di maggiore libertà, dove coltivare interessi, con meno stress; il 44,6% lo vede come un periodo nel quale dovrà fare i conti con meno risorse economiche (non differenze in base al sesso). Il 56% dei responders dice di sentirsi pronto a questa nuova fase della vita, con una leggera prevalenza fra gli uomini (58,7% vs 51,4%). Dichiarano di attendere con ansia la pensione, stanchi del lavoro, più gli uomini che le donne (36,7% vs 27,8%), mentre soltanto il 16,25% (senza differenze di sesso) sostiene di avere paura di sentirsi spaesato e annoiarsi.

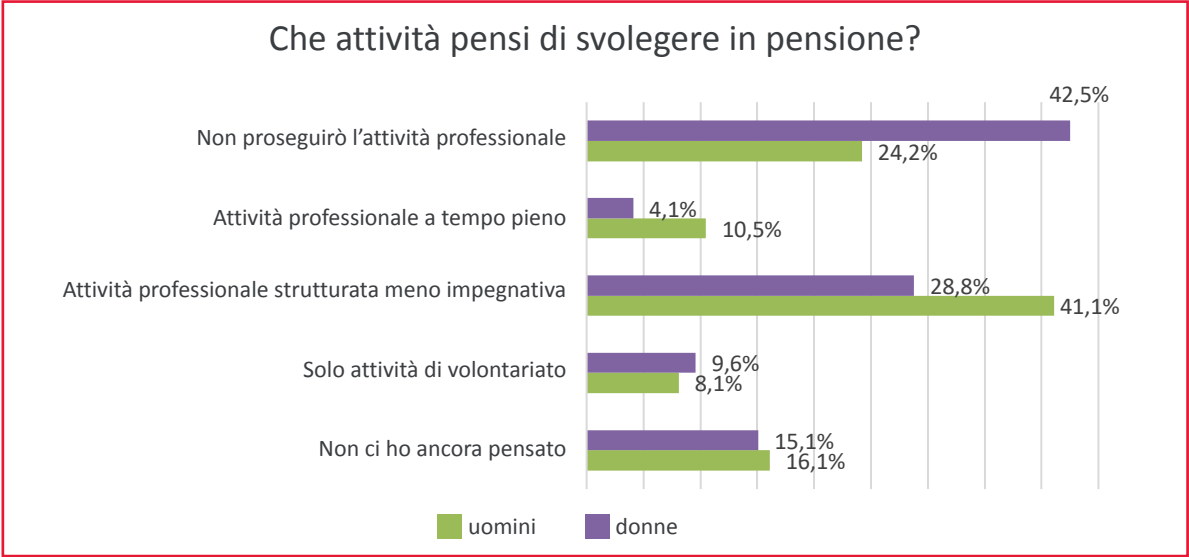


GRAFICO 12

A TUTTI

A tutti i medici è stato chiesto di esprimere un confronto fra l'attività lavorativa attuale e quella passata. Nella tabella 2 sono rappresentate le frequenze di risposte in relazione al sesso e alla situazione lavorativa attuale. Complessivamente i soggetti già in pensione provano la stessa soddisfazione di prima nello svolgimento dell'attività professionale, mentre chi è in attesa

della pensione è meno soddisfatto, più spesso meno appassionato, sopporta meno lo stress nei rapporti con i colleghi e con i pazienti e si lamenta in modo più frequente dell'eccesso di burocrazia. Nell'insieme, la stragrande maggioranza dei colleghi si sente adeguato sul piano professionale e ha un buon rapporto con i colleghi più giovani. Soprattutto chi non è ancora in pensione giudica la professione attuale meno remunerativa del passato. A tutti

Come giudichi la tua attività professionale attuale rispetto al passato?	UOMINI		DONNE		TOTALE	
	Già in pensione	Non ancora in pensione	Già in pensione	Non ancora in pensione	Già in pensione	Non ancora in pensione
Provo la stessa soddisfazione di prima	59,9	34,9	63,2	26,8	60,6	31,9
Mi appassiona di meno	14,4	25,4	20,4	28,2	15,7	26,4
Sopporto meno lo stress nei rapporti con colleghi e pazienti	24	44,6	29,5	53,6	23,1	47,9
C'è troppa burocrazia	47,5	92,7	35,5	71,9	45,2	84,9
Ho un buon rapporto con i colleghi più giovani	70,7	70,3	68,1	69,1	70,1	69,8
Mi sento ancora adeguato sul piano professionale	86,4	79,7	79,2	67,6	85	75,3
Troppo spazio agli esami e alla tecnologia, meno al malato	75,7	68	72,4	58,3	74,6	64,4
La figura del medico e il suo ruolo hanno perso rispetto	48,9	33,7	51	41,1	49,6	37,1
La professione è meno remunerativa	67,3	77,3	62,5	72,6	65,8	75,5

TABELLA 2

Se tornassi indietro...cosa faresti?	UOMINI		DONNE		TOTALE	
	Già in pensione	Non ancora in pensione	Già in pensione	Non ancora in pensione	Già in pensione	Non ancora in pensione
Farei le stesse cose che ho fatto	67	59,4	66,4	58,3	73,6	59
Dedicherei più tempo a famiglia e affetti	34,4	39,6	33,3	34,7	34,1	37,9
Dedicherei più tempo agli hobbies	18,7	28,9	19,3	22,3	19	26,4
Sarei più attento agli aspetti remunerativi	37,3	52,1	41,7	32,6	47,3	37,4
Mi preparerei prima alla prospettiva della pensione	19,4	29,8	22,5	22,2	25,3	23,2

TABELLA 3

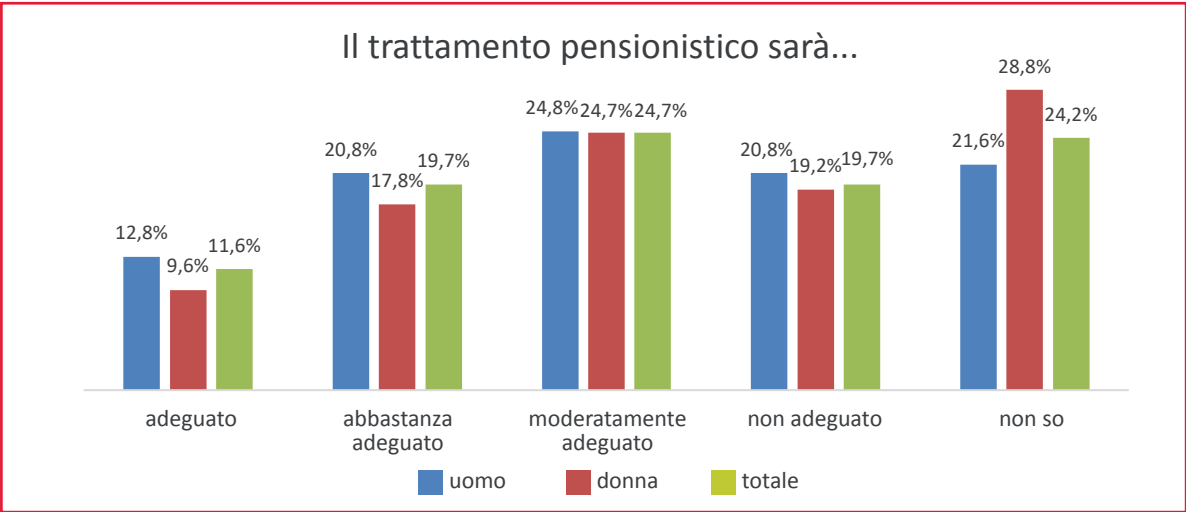


GRAFICO 13

i medici abbiamo chiesto “se tornassi indietro...cosa faresti?”. Nella **tabella 3** sono presentate le risposte in base al sesso e allo stato lavorativo attuale. In generale la maggioranza del campione farebbe le stesse cose che ha fatto, soprattutto chi è già in pensione (73,6%) rispetto a chi lavora (59%), senza significative differenze rispetto al sesso. Il 34,1% di chi è già in pensione e il 37,9% di chi non è ancora in pensione dedicherebbe più tempo alla famiglia e rispettivamente il 19% e 26,4% dedicherebbe più tempo agli *hobbies*. Il 47,3% di chi è già in pensione e il 37,4% di chi ancora lavora dichiara che sarebbe stato più attento agli aspetti remunerativi. La percentuale di chi afferma che si preparerebbe prima alla prospettiva della pensione è il 25,3% di chi è già in pensione e il 23,2% di chi ancora lavora. **Alla domanda se l’Ordine dei medici dovrebbe occuparsi dei problemi dei medici in pensione l’85,4% dei responders dichiara che l’Ordine dovrebbe assicurare maggiori attenzioni e impegno nei confronti dei medici in pensione.**

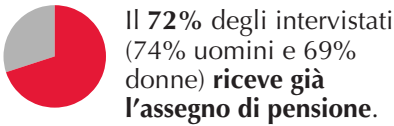
86% dei medici pensionati che continua a lavorare lo fa perché la professione di medico resta una “passione” e una componente costituiva della propria identità.

53% dei medici in pensione che non lavorano più ha deciso di interrompere l’attività professionale per il desiderio di coltivare altre passioni e hobbies.

73% i medici non ancora pensionati che coltivano aspettative positive, immaginando la pensione come un periodo di maggiore libertà e meno stress.

SINTESI E CONCLUSIONI

In queste pagine abbiamo presentato i risultati di un sondaggio condotto su medici e odontoiatri di 62 anni e più iscritti all’OMCeO di Brescia, con l’obiettivo di indagare le loro opinioni e atteggiamenti riguardo al pensionamento. Hanno risposto al sondaggio in maniera completa **728 MEDICI**: un tasso di adesione molto alto, pari al **24,6% degli iscritti con 62 e più anni** (più elevato fra le donne, con punte di quasi il 30% fra coloro che hanno fra 66 e 75 anni), spia di quanto il tema delle “seconde vite” sia particolarmente sentito.



La maggior parte dei partecipanti ha un’età compresa tra 66 e 75 anni.



MEDICI GIÀ IN PENSIONE

- L'età media dei pensionati è di 71 anni (72 anni per gli uomini e 69 anni per le donne).
- Le donne sono in pensione mediamente da 4,1 anni e gli uomini da 5,4 anni.
- Il trattamento pensionistico più frequente è quello INPS (33,7% uomini e 55,6% donne) e la quota A ENPAM (30,1% uomini e 50,9% donne).

Lavoro dopo il pensionamento

Spicca l'elevata percentuale di medici che continuano il lavoro, pur con diverse gradazioni.

- Il 58,8% degli uomini e il 32,7% delle donne in pensione, infatti, dichiarano di svolgere ancora attività lavorativa strutturata. Si segnala la forte identificazione con il ruolo professionale, da parte della maggioranza delle persone consultate.
- Le ragioni principali per continuare a lavorare non sono economiche, ma legate alla passione per la professione.
- La maggior parte dei medici in pensione che lavora lo fa per un numero limitato di ore alla settimana (5-10 ore nel 30,6% dei casi o 11-20 ore nel 23,8%).

Medici in pensione che non lavorano più

Affiora la presenza, se pur minoritaria, di disagio personale all'atto della pensione. Il 79% ha interrotto il lavoro subito dopo il pensionamento, mentre il 21% l'ha fatto gradualmente, lavorando mediamente per altri 5 anni. Le motivazioni principali per interrompere l'attività professionale sono la volontà di coltivare altre passioni, la bassa remuneratività e la scarsa motivazione.

Benessere dei medici in pensione

- La maggior parte dei medici in pensione si dichiara soddisfatto (68,4% uomini e 59,8% donne).
- Le preoccupazioni economiche e il senso di smarrimento sono poco diffusi.
- Il trattamento economico della pensione viene giudicato adeguato nella maggior parte dei casi (67,8%).
- Il giudizio sull'attività dell'Enpam è contrastante.

MEDICI IN ATTESA DELLA PENSIONE

La maggioranza dei partecipanti sono uomini (62%) con un'età media di 65 anni.

Motivazioni per continuare a lavorare: il 53% non ha ancora raggiunto i requisiti per la pensione, l'11,4% continua per ragioni economiche e il 34,7% per passione.

Piani post-pensionamento: il 24,2% degli uomini e il 42,5% delle donne non intendono svolgere alcuna attività professionale dopo la pensione.

Preoccupazioni economiche: il 44% teme che la pensione non sarà adeguata alle esigenze future.

Aspettative positive: il 73,1% immagina la pensione come un periodo di maggiore libertà e meno stress.

Confronto passato-presente: i medici in pensione sono generalmente soddisfatti, mentre chi è in attesa della pensione è meno soddisfatto e lamenta più stress e burocrazia.

Rimpianti: se potessero tornare indietro, molti dedicherebbero più tempo alla famiglia e agli *hobbies* e sarebbero più attenti agli aspetti remunerativi.

Ruolo dell'Ordine dei Medici: l'85,4% ritiene che l'Ordine dovrebbe occuparsi maggiormente dei medici in pensione.



"Söche e melù a la sò stagiù"?

Un dialogo ai giardinetti

Erminio Tabaglio

Già medico di Medicina Generale

PROTAGONISTI

MARIA, anni 68, medico di medicina generale in attività, coniugata, un figlio sposato, un nipotino.

GIACOMO, anni 68, già medico di medicina generale, in pensione da due anni, coniugato, due figli, una nipotina.

LOCATION

Giardini Oriana Fallaci, adiacenti al liceo Arnaldo.

Maria, reduce da una visita domiciliare, sta attraversando frettolosamente a piedi i giardini per recarsi all'auto. Giacomo è seduto su una panchina, osservando la nipotina giocare con altri bambini.



G. "Maria?...Sei tu?..."

M. "Scusi?...Io non...Giacomo! Che sorpresa!"

G. "Sì, proprio una bella sorpresa, inaspettata...Ma vedo che sei in piena attività" indicando la borsa da medico.

M. "Tanto per cambiare! Sempre di corsa...Il giovedì pomeriggio lo dedico alle visite domiciliari in ADP."

G. "Ma scusa: siamo coetanei, compagni di corso, hai 68 anni come me, non è ora di andare in pensione? Fra un mese saranno passati due anni da quando ho chiuso con il lavoro."

M. "Mi era giunta voce del tuo pensionamento anticipato, e devo dire che la cosa mi aveva abbastanza meravigliata: tu, sempre fra i primi della classe, sempre molto impegnato ed

appassionato del tuo lavoro, lasciare così in anticipo...Ed oggi ti ritrovo qui, alle quattro del pomeriggio, seduto su una panchina in tuta e scarpe da ginnastica, impegnato, si fa per dire, a guardare i bambini che giocano. Mi sembra proprio che tu ti sia ben immedesimato nella parte del pensionato..."

G. "Il mio è uno sguardo interessato: vedi quella biondina con il maglione azzurro che salta come una cavalletta? È la mia nipotina di 4 anni..."

M. "Carina... non è che per caso è lei il motivo del tuo pensionamento anticipato?"

G. "Sicuramente ha avuto la sua parte, ed una parte importante...**Ma ci sono molte altre motivazioni, altrettanto importanti. Ti confesso peraltro che alcune di queste mi sono più chiare adesso, più chiare adesso di quanto non lo fossero quando ho preso la decisione...**"

M. "A casa mia una motivazione che si trova a posteriori si chiama giustificazione...Non è che hai qualche senso di colpa o pentimento?"

G. "No, assolutamente, sono convinto delle mie scelte, soprattutto se ripenso alla condizione psico-fisica in cui mi trovavo due anni fa: **ero stanco, stanco e deluso...Non mi ritrovavo nel lavoro, ero diventato insofferente di fronte a tutto, persino nei confronti degli assistiti.**"

M. "C'entra qualcosa il Covid?"

G. "Più che il Covid, il post Covid e come è cambiato il nostro lavoro. Durante l'epidemia, al contrario, avevo ritrovato una forte motivazione e significato nel mio lavoro, nonostante le difficoltà che tutti abbiamo sperimentato. Il problema è stato il dopo: l'incremento esponenziale delle telefonate, il tempo trascorso a rispondere alle mail, le lamentele degli assistiti per le liste di attesa, lamentele e scontento cui non potevo dare risposta."

M. "Ma tu non avevi personale di studio?"

G. "No, ho sempre lavorato da solo".

M. "Questo spiega molte cose..."

G. "Hai ragione, ma non è solo questo. Ci sono anche altri motivi, che vengono da più lontano..."

M. "Scusa, mi siedo anch'io perché mi sembra che la cosa vada per le lunghe. Ma vai avanti, che m'interessa."

G. "Ti ho parlato di stanchezza, ma più che stanchezza ad un certo punto è subentrata frustrazione. Avevo aderito al progetto della PIC, la presa in carico dei malati cronici, perché mi sembrava buona l'idea di affrontare il problema dei malati cronici con una certa sistematicità: buona l'idea di fare i piani assistenziali individuali, di fare una medicina



d'iniziativa e coinvolgere più direttamente i pazienti nella gestione della loro malattia. E all'inizio la cosa prometteva bene: ero riuscito a recuperare non pochi diabetici ed ipertesi che si erano persi per strada, ma poi...Ma poi, ad un certo punto, quando mi sono reso conto che non riuscivo a starci dietro, a seguire con lo stessa sistematicità e continuità tutti i miei cronici, mi sono impiantato, bloccato psicologicamente: era sì una questione di organizzazione, di mancanza di supporto di personale, di un *case manager*, ma anche un esaurimento di forze fisiche ed intellettuali da parte mia, esaurimento che non poteva non ripercuotersi negativamente sul mio lavoro e sugli assistiti. A quel punto mi è venuta in mente una frase che era solita ripetere mia suocera: "Söche e melù a la sò stagiù"... Capisci il dialetto?"

M. "Sì...In sintesi ogni cosa a suo tempo..."

G. "Esatto. Ho capito che era venuto il tempo di mollare. E l'ho fatto. All'inizio, ti confesso, con qualche timore e perplessità, che però ben presto si sono dissolti come neve al sole: mi si è aperto un mondo sconosciuto..."

M. "A questo punto entra in ballo anche la nipotina..."

G. "Anche...Sai una cosa? Credo che la maggior parte di noi, medici di famiglia... Anzi no...Non voglio generalizzare... Parlo solo per me stesso: penso di essermi perso una parte della crescita dei miei figli, non so dirti se per effettiva impossibilità o se per mia incapacità a conciliare impegni lavorativi e famiglia. Sta di fatto che qualche senso di colpa ce l'ho, tanto più adesso, che posso godermi questa nipotina: la vado a prendere all'asilo e, se c'è bel tempo, ci fermiamo ai giardini. Vederla giocare felice è davvero una gioia...A questo aggiungi la compagnia di mia moglie, con la quale ci eravamo un po' persi di vista, e poi...Il tempo libero, il piacere della lettura. Non ci crederai: leggo

adesso più riviste e articoli di medicina di quante non ne leggessi quando lavoravo ed arrivavo la sera strafatto. Giusto per la curiosità ed il piacere di leggere. E poi l'attività fisica, le camminate: ho sempre rimproverato i pazienti per la loro vita sedentaria, senza un minimo di autocritica e consapevolezza del fatto che anch'io trascorrevi la maggior parte delle mie ore seduto...Una bella faccia tosta!"

M. "Bene, mi fa piacere trovarti così in forma e soddisfatto della tua nuova vita... Pensa che un paio di settimane fa ho visto Ugo, il nostro compagno di corso..."

G. "Ugo, quello grande e grosso?"

M. "Sì, proprio lui. L'ho visto male, abbacchiato, anche un po' trasandato. Anche lui è andato in pensione, ma dice che non si ritrova...Gli manca il lavoro..."

G. "Questa sì che è una barzelletta! Già all'università non ci ha mai messo la gobba, ma anche in ambulatorio era noto per essere l'esatto contrario di uno stakanovista...E adesso gli manca il lavoro! Se non è in malafede, ha come minimo una dissonanza cognitiva..."

M. "Non posso darti torto..."

G. "Diversa è invece la storia di Giovanni, anche lui MMG, ma non credo tu lo conosca. Era un paio d'anni avanti a noi, molto deluso dal lavoro per la burocrazia e la *routine* alienante, ma al tempo stesso angustiato da grossi timori e paure nei confronti della pensione: "...Cosa farò? Che ne sarà di me?". Per farla breve 3-4 anni prima della pensione si è iscritto ad un corso di agopuntura ed ora fa l'agopunturista con piena soddisfazione: figurati che ha abolito il computer e per i suoi pazienti-clienti tiene solo schede cartacee! Naturalmente non ne ha 1500 come quando faceva il MMG! ...Ma tu, piuttosto, quando pensi di andare in pensione?"

M. "Il più tardi possibile... spero prolunghino a 72 anni..."

G. "Stai scherzando? Ma non hai anche tu un nipotino? Tuo figlio e tuo marito che dicono?"

M. "Dicano pure quello che vogliono. Io il nipotino me lo godo qualche ora nel fine settimana...Per il resto ci pensano i consuoceri, che hanno 10 anni meno di me."

G. "Ma non sei stufa del lavoro?"

M. "Mi dispiace deluderti, ma la mia storia lavorativa è praticamente l'opposto della tua!"

G. "In che senso?"

M. "Nel senso che da 2-3 anni a questa parte, complici alcune circostanze, ho raggiunto un grado di soddisfazione sul lavoro che non avrei mai immaginato e, considerata la fatica che ho fatto gli anni precedenti, adesso mi voglio proprio godere questa conquista il più a lungo possibile!"

G. "E quali sarebbero queste circostanze?"

M. "Come te, anch'io per molti anni ho lavorato da sola, fino a circa 10 anni fa, quando mi sono messa in gruppo con altri due colleghi. Qualcosa in meglio è cambiato: avevamo un'infermiera che faceva anche da segretaria, ma eravamo tutti e tre abbastanza "anziani", prigionieri dei nostri stereotipi lavorativi. In altre parole, eravamo formalmente in gruppo, ma in realtà continuavamo a lavorare ognuno per conto proprio, con poca condivisione. Tutto questo fino a quattro anni fa, quando nell'arco di un paio d'anni il gruppo si è allargato, con l'arrivo di tre giovani dottoresse. È stata una rivoluzione. In primo luogo, per il supporto che ci hanno dato nel risolvere i problemi informatici: non so tu, ma la nostra generazione non ha ancora risolto del tutto i conflitti con la digitalizzazione, cosa che invece queste ragazze masticano come pane quotidiano. E poi, soprattutto, la capacità manageriale ed organizzativa: hanno definito con precisione i ruoli di infermiera e segretaria, ampliando

le rispettive competenze, riducendo drasticamente l'impatto degli impegni burocratici nella nostra giornata lavorativa, liberandoci dall'assillo telefonico, oltre a tutta una serie di accorgimenti nell'organizzazione degli ambulatori, a partire dalla collaborazione nelle sostituzioni per finire alla condivisione di casi clinici. In poche parole, lavoriamo bene. **Con una frase un poco scontata mi sembra di poter dire che ho ricominciato a fare il medico, ritrovando l'antico entusiasmo e l'antica motivazione. Per questo ti dico che l'idea di mollare tutte queste conquiste proprio sul più bello per ora non mi passa neanche per l'anticamera del cervello.**"

G. "Posso capirti. A ognuno la sua storia e ognuno fa le sue scelte. Se ci fosse qui qualche altro collega avrebbe sicuramente qualche cosa di diverso da aggiungere. Per quel che mi riguarda, ribadisco, credo sia mio diritto, prima di assumere definitivamente la posizione orizzontale, ritagliarmi una fetta di vita di riposo, con il minimo di stress, coltivando interessi, relazioni ed *hobbies* che per l'impegno lavorativo, cui non mi sono mai sottratto, mi ero in tutto od in parte negati."

M. "Certo, è un tuo diritto...Ma ora scusami, devo proprio andare. Magari ci sentiamo tra un paio d'anni, per fare nuovamente il punto della situazione e vedere in che acque navigheremo..."

G. "Speriamo siano acque tranquille... Arrivederci...Ti ho rivisto volentieri." ●

Le Seconde vite si raccontano

Proponiamo in queste pagine una serie di interviste a colleghi che interpretano il periodo del pensionamento in modi molto diversi fra loro: c'è chi ha scelto di non indossare più il camice, chi invece continua tenacemente con l'impegno professionale, chi ha trovato finalmente il tempo di dedicarsi alle proprie passioni e chi non vede l'ora di andare, ancora una volta, in ambulatorio, perché l'essere medico è ormai parte integrante della propria identità.

» Cesare Proto

Interviste a cura di
Gianpaolo Balestrieri
e Lisa Cesco



La medicina che mi sta a cuore

Arriva a passo spedito, dopo un pranzo insieme ai decani dell'Università di Brescia, con cui ogni tanto si ritrova per incrociare nuove traiettorie di vita. Per l'anno in corso ha già in agenda una serie di moderazioni nei principali convegni di Cardiologia nazionali, che lo porteranno lungo tutta la penisola, da Scilla a Napoli fino a Bormio. Cesare Proto è un ragazzo di 89 anni (perché l'età è quella che ci si sente) che non ha smarrito l'entusiasmo per quello che fa. Nato a Tunisi da famiglia di origini amalfitane, approdato a Brescia mentre faceva la specialità per assolvere il servizio militare nell'Aeronautica di Ghedi, ha iniziato a frequentare l'ospedale Civile nei giorni liberi, presso la Divisione di 1^a Medicina diretta dal prof. Luigi Beltrametti, seguendo soprattutto il prof. Gianfranco Levi che sarebbe poi divenuto suo primario in IV Medicina a Gussago. Erano i tempi dei primi cateterismi cardiaci, all'inizio degli anni Sessanta. Finito il servizio militare gli viene proposto di fermarsi in città per lavorare prima al Civile, in particolare nella 4^a Medicina, come aiuto del prof. Levi, e poi dal '77/78 all'Istituto Clinico S. Anna. Brescia è diventata la sua città d'adozione, anche perché ha sposato Wally, bresciana Doc, dalla quale ha avuto due figli entrambi medici, Alessandro cardiologo ed Emanuela psichiatra, purtroppo deceduta nel 2007, che ha lasciato in dono Mariachiarà, ora iscritta alla Facoltà di Medicina di Padova. Un'"icona professionale" dalla lunga carriera, mai conclusa, se è vero che ancora oggi, camice bianco e fonendoscopio al collo, il professore visita nell'ambulatorio di Cardiologia dell'Istituto Clinico S. Anna di Brescia. Tutte "ricette rosse", ovvero con il Servizio Sanitario Nazionale, "ma nel calendario giornaliero lascio sempre un posto libero per le urgenze", racconta. Apprezzato cardiologo (ma è anche specialista in Medicina generale e in Ematologia), libero docente in Semeiotica Medica, festeggia quest'anno i 65 anni di laurea, ed è il più vecchio iscritto in Italia alla Società Italiana di Cardiologia.



Oltre una certa età le scelte di vita dei medici sono varie, e negli ultimi tempi sta crescendo il numero di colleghi che decidono di lasciare il prima possibile. La tua è invece una scelta controcorrente. Cosa vuol dire

per te essere medico e che rapporto esiste con la professione nell'arco della vita?

Per me essere medico significa stare a contatto con il paziente. Quando visito è importante guardare il paziente in faccia, creare un contatto.

Oggi invece la prospettiva è molto cambiata, la priorità è prescrivere esami e accertamenti, mentre mettere un fonendoscopio sul torace del paziente sembra passato in secondo piano. Ho la sensazione che il momento della visita abbia perso il suo valore, quando invece dovrebbe essere occasione per valutare non solo il cuore, ma il malato nel suo insieme. Pensiamo a un gesto fondamentale, quello di porre la mano sull'addome durante la visita cardiologica. Ebbene, su una media di 100 pazienti, questo accade solo ad uno o due. Eppure, questo tipo di valutazione può dire molto (quanto meno per individuare un eventuale aneurisma aortico). Con questa semplice indagine a me è capitato, ad esempio, di fare diagnosi di splenomegalia su diversi pazienti.



Non hai mai smesso di lavorare. Cos'è che ti ha spinto a continuare?

Mi piace visitare il malato, sentirlo, parlare con lui. Le mie visite si concludono sempre con una frase di rito - "sono stato chiaro?" - perché credo sia fondamentale informare i pazienti in modo corretto e accessibile, rendendoli partecipi del percorso che si sta facendo insieme. Faccio ambulatorio con impegnative del Servizio sanitario nazionale, limitando la libera professione a titolo privato. Credo sia importante costruire un buon rapporto con il medico di medicina generale, che rappresenta il "curante": il passaggio di consegne con il medico di famiglia è un elemento irrinunciabile che completa il tuo lavoro di specialista. Ho sempre dato importanza a questo momento, perché sottintende il rispetto sia del paziente, che del suo curante.

Un' "icona professionale" si racconta partendo dalla lunga carriera, che prosegue tuttora al fianco dei pazienti.



Il professor Cesare Proto



Hai sempre avuto molti interessi culturali e di approfondimento scientifico.

Nel 2002 ho fondato la Sicoa - Società Italiana Cardiologia Ospedalità Accreditata, di cui sono stato presidente per cinque volte. L'idea è nata lavorando in ospedale all'Istituto Clinico S. Anna, quando mi sono reso conto che i medici delle realtà private accreditate come San Raffaele, Humanitas, Gruppo San Donato non venivano mai invitati ai convegni, dove prevaleva la componente accademica. In sei mesi siamo riusciti a raccogliere le adesioni di 1400 cardiologi.



Per molti anni sei stato anche consigliere dell'Ordine di Brescia...

Per 27 anni. Ero responsabile dell'aggiornamento e dei progetti culturali. Ricordo le infinite discussioni fra le diverse "anime" del Consiglio sul rapporto fra pubblico e privato accreditato in sanità, scambi di vedute che si concludevano sempre in amicizia.



Quale consiglio daresti ai giovani medici, perché questa professione non si riduca a tecnicismo e burocrazia?

Penso non si possa rinunciare alla tecnologia, ma sia altrettanto importante

un inquadramento del malato nella sua interezza e complessità. Ai giovani direi: siate consapevoli dell'aiuto importante offerto dalla tecnologia, ma al contempo sappiate "ascoltare" bene. Ascoltate il paziente, perché sotto il sintomo ci può essere qualcosa di importante, che si svela se, da medici, saprete conoscere la persona che avete davanti. Fare i test per capire la reale attitudine a fare il medico è complicato, anche se ritengo che dal terzo-quarto anno dovresti avere chiara qual è la tua strada, e non scegliere un percorso solo perché ormai ci sei e lo fai. Per tutti, e soprattutto per chi opera sul territorio, penso che l'empatia nei rapporti sia un requisito imprescindibile.

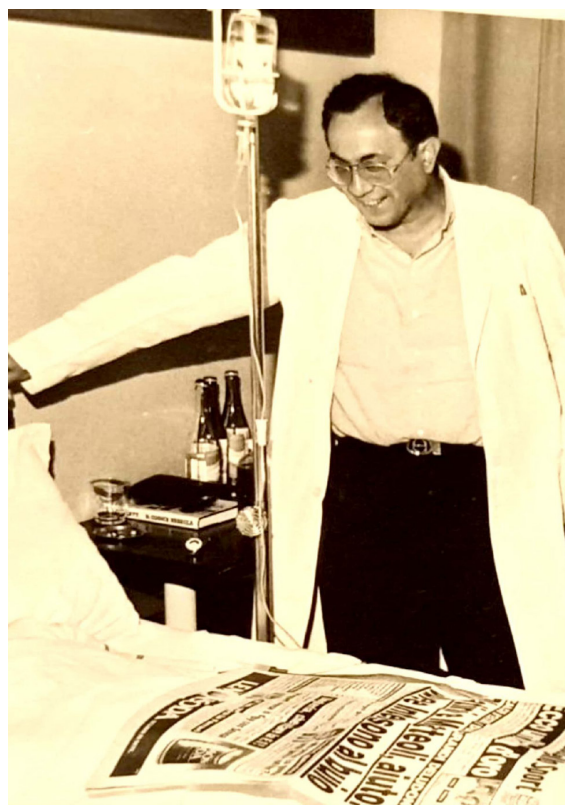
Per tutti, e soprattutto per chi opera sul territorio, penso che l'empatia nei rapporti sia un requisito imprescindibile.



Torneresti a fare il dottore?

Di sicuro. Ho sempre amato aiutare gli altri. E ho sempre avuto il bisogno di raggruppare persone per scambiarsi idee, fin da quando, sedicenne, ho vissuto il mio primo Jamboree mondiale dello Scoutismo in Austria, il primo dopo la guerra: un'occasione unica di ritrovo e confronto per la nostra generazione, con 61 nazioni partecipanti e quasi 13 mila ragazzi. Questo impegno nel sociale prosegue anche oggi con l'associazione di volontariato *Un medico x te*, cui partecipo per l'ambito cardiologico, con l'obiettivo di offrire assistenza medica gratuita alle persone in difficoltà.

Nel ritornare a casa soddisfatto per avere aiutato tanti anziani spesso mia moglie mi fa notare ridendo che molti saranno stati più giovani di me...



Perché molti medici in attività vogliono smettere?

Sembra che la medicina non sia più il loro interesse principale.

Ma soprattutto si è perso l'entusiasmo. Basta osservare il giro visita dei pazienti ricoverati: un tempo i medici dell'équipe erano tutti presenti, dal primario allo specializzando. Ora invece c'è chi fa il giro a metà, chi si assenta, chi si stacca per andare in ambulatorio. Pare si sia smarrita la passione, e la voglia di sentirsi utili per gli altri, che per me invece è fondamentale. Mi è capitato ultimamente di riuscire a far eseguire a una giovane donna una risonanza magnetica urgente di cui aveva bisogno, grazie alla triangolazione con i colleghi radiologi. Diversamente si sarebbero dilatati di molto i tempi per l'inquadramento diagnostico e le scelte da prendere. Sono piccoli gesti che vogliono dire molto, per il paziente, perché riacquista serenità, per noi perché ci aiutano a ritrovare il senso del nostro mestiere. ●

» **Adriana Loglio**

Filosofia e musica, compagne di vita

C'è un sogno ricorrente che si insinua la notte. "Sono in ambulatorio e non funziona il SISS". Dopo quasi 39 anni di servizio come medico di medicina generale, la dottoressa Adriana Loglio è andata in pensione sette anni fa, ma quell'incubo ancora non l'abbandona.



Sei andata in pensione qualche anno prima del termine previsto, cosa ti ha portato a questa scelta?

Vorrei che passasse un messaggio chiaro: non ero stanca della medicina. Io ho deciso di fare il medico quando avevo solo sei anni, e non ho più cambiato idea. La medicina è stata la mia vita, e mi ha dato grandi soddisfazioni. Alla fine però ero esausta, ed a pesare è stato soprattutto l'eccesso di burocrazia che mi ha sfinito, portando via tempo alla clinica.



Durante gli anni di attività non ti sei mai risparmiata, e tra l'altro hai dato un contributo rilevante alla stesura del nuovo Codice deontologico.

Ho sempre creduto nel mio lavoro. Oltre a dedicarmi all'ambulatorio, ho lavorato nel sindacato e sono stata componente del Comitato aziendale. Per diversi anni sono stata membro del Comitato Etico provinciale degli Spedali Civili. Importante è stata l'esperienza come consigliere dell'Ordine dei Medici di Brescia, che mi ha portato a

lavorare intensamente sulla bozza del nuovo Codice di deontologia professionale, per proporre commenti e migliorie al testo, in vista dell'approvazione a livello nazionale, avvenuta nel 2014. Sempre per l'Ordine ho seguito il progetto sul Biotestamento, con la stesura di un opuscolo divulgativo rivolto alla cittadinanza, e quello sul Decalogo per una buona prevenzione, dedicato alla prevenzione oncologica.



C'è un sogno ricorrente che si insinua la notte. "Sono in ambulatorio e non funziona il SISS".



Quando è stata la tua svolta professionale?

È stato a quarant'anni, quando mi sono accostata ad alcuni aspetti della medicina che sarebbero diventati miei "special interests": il *counseling*, la medicina narrativa e le tecniche di comunicazione a Torino con Giorgio Bert e Silvana Quadrino, gli incontri filosofici con Sandro Spinsanti ad Assisi e i suoi corsi a Roma, che avrebbero aperto la via a percorsi sulle *Medical humanities*, la bioetica, la sociologia, la storia della medicina, aspetti che hanno rinnovato la mia impostazione nel rapporto con il paziente. Anche gli approfondimenti sulle cure palliative sono stati fondamentali perché

l'accompagnamento del paziente è sempre stata la mia priorità e ne ho seguiti molti che desideravano congedarsi dalla vita a casa, attorniti dai loro cari.



In quegli anni hai maturato anche una rivoluzione che potremmo definire filosofica.

È stata la scoperta di Seneca e dello stoicismo, la svolta filosofica che mi ha cambiato la vita. Insieme a loro anche Montaigne con gli Essais, Schopenhauer e altri autori che conservo nella mia biblioteca tematica, cresciuta nel tempo. Tutto questo mi ha insegnato l'importanza della cura del sé e la necessità di dedicare del tempo a me stessa. Essere sostenuti da una concezione filosofica di un certo tipo ti dà una forza immensa, soprattutto nei momenti di difficoltà.



Cosa ti aveva logorato della professione?

L'eccesso e il carico di burocrazia - di cui il sistema SISS

è l'emblema - era logorante, portava via tempo e non lasciava molto spazio per fare il resto. I ritmi erano sempre più frenetici e costringevano a sottrarre molto alla famiglia e alla vita privata. Per mantenere certi standard ci vogliono energie notevoli. Mi sono resa conto che la sera non riuscivo più a leggere perché ero stanca morta. Mi scappava via tutto, non ero più padrona di niente.

Quando si va in pensione è importante avere costruito qualcosa prima, essersi creati degli interessi. Non ci si può fare trovare impreparati...



Anche i pazienti sono diversi...

Sono indubbiamente cambiati perché è cambiata la società, e il medico si trova sempre più spesso a gestire il conflitto, se non addirittura episodi di aggressioni. A me è capitato due volte di dover chiamare i Carabinieri. Mi rendevo conto che dover fronteggiare la loro arroganza, le pretese, la maleducazione non era più sostenibile.



Com'è stato per te il "dopo"?

Quando si va in pensione è importante avere costruito qualcosa prima, essersi creati degli interessi. Non ci si può fare trovare impreparati, altrimenti è facile ritrovarsi senza sapere cosa fare. Io ho sempre coltivato l'interesse per la musica, i concerti e l'opera, soprattutto la musica barocca e Bach, il genio assoluto, che mi accompagna ogni giorno. Poi c'è lo spazio che dedico alla lettura e allo studio, in particolare la saggistica e la storia contemporanea.





**Accanto ai concerti
alla Scala e al Festival
Monteverdi di Cremona
c'è spazio anche per la
cura di San Marzano e
zucchine...**

L'orto ha qualcosa di trascendente, e curarlo mi assorbe con soddisfazione, così come il giardino in cui coltivo, fra l'altro, rose di varie specie. Poi c'è l'educazione dei nipoti, che è una grande responsabilità: trasmettere loro qualcosa che li accompagnerà nella vita ti ricorda quello che hai imparato dai tuoi genitori e nonni. Infatti, io dico sempre che non posso più fare ricette, cosa che per qualcuno può essere avvertita come una perdita di ruolo, ma sapete che ruolo mi sono presa? Insegnare a dei ragazzi e lasciare loro qualcosa è gettare un orizzonte sul futuro. Più in generale penso che nel "dopo" la donna sia aiutata dalla sua capacità di "riciclarsi" a nuova vita, mentre sembra che gli uomini siano più svantaggiati nella vecchiaia perché tendono ad aggrapparsi al ruolo.

**Per essere un buon medico
sono indispensabili la
passione, la curiosità e la
capacità di ascolto.**



Uno scatto dal giardino della dottoressa Loglio



**Come vedi la medicina
di oggi?**

Nella medicina di oggi vedo tanta sciattezza, trascuratezza e ignoranza. Manca una visione d'insieme e si è persa la passione. Per essere un buon medico sono indispensabili la passione, la curiosità e la capacità di ascolto. Altrimenti ci si riduce ad essere solo dei tecnici, degli esecutori di algoritmi. Il paziente ha bisogno di una persona che lo guardi negli occhi, lo ascolti e lo tocchi. Credo che il cuore della professione si stia smarrendo. ●



» **Stefania Stefini****Il mio hobby?
È il lavoro!**

“Sono sempre andata a lavorare volentieri, felice. E la felicità massima, per me, è sempre stata entrare in sala operatoria”.

Sarà per questo che, una volta raggiunta la pensione, la dottoressa Stefania Stefini non si è fermata un attimo e ha scelto di continuare a lavorare in una specialità, l'otorinolaringoiatria, che la rende compiuta e appagata.



Sei di origini milanesi e hai studiato Medicina a Pavia: raccontaci i tuoi inizi.

Ho sempre avuto l'idea di fare il medico, e già dal terzo anno di Università ho iniziato ad appassionarmi agli aspetti chirurgici, frequentando la Chirurgia generale per un periodo formativo, dove mi hanno permesso di iniziare a cimentarmi con le suture a fine intervento.

Poi, alla fine dell'esame di Semiotica chirurgica e tecniche chirurgiche, il direttore della Scuola, che mi aveva esaminato, mi ha dato un bacio sulla guancia. Scontrarmi con questo ostacolo sessista mi ha fatto riflettere molto nei giorni successivi, e alla fine mi sono detta: in quel reparto non ci vado più.

Volevo fare Chirurgia generale, forse questo ha segnato il mio destino.



Poi com'è andata?

Devo dire che da allora in poi non ho più avuto insidie di questo tipo. Al quarto anno c'era Otorinolaringoiatria, mi piaceva ma non avevo ancora gli strumenti per capirla nel suo complesso, per questo ho deciso di lasciarla lì e di dare l'esame alla fine del quinto. La tesi l'ho fatta in Oculistica, mi sono laureata nel '73, ma alla fine come specialità ho scelto Otorino, che mi piaceva di più. Eravamo poche, allora, noi dottoresse: nella specialità ero la terza donna otorino nella storia dell'ateneo di Pavia. Sono stata assunta già dal secondo anno di specialità, dedicandomi sia agli adulti che all'ambito pediatrico. Erano tempi in cui non c'era l'ecografia né la Tac o la Risonanza, tutto era molto più difficile perché non avevi gli strumenti di cui disponiamo adesso per la diagnosi.



In seguito sei approdata a Brescia, all'ospedale Civile, con il prof. Scuderi...

Un'esperienza importante, di cui ricordo anche i turni massacranti, sempre di guardia. Poi sono passata all'Ospedale dei Bambini con il prof. Borgo, dove ho imparato molto: nei bambini o ti trovi a gestire aspetti routinari, o all'opposto cose molto difficili. Tornata all'ospedale per adulti, ho intrapreso un lungo, importante periodo di lavoro nella Clinica Otorinolaringoiatrica diretta dal prof. Antonio Antonelli, che è stato per tutti noi un vero Maestro, oltre che un grande chirurgo. Mettendo al centro il paziente (qualunque paziente!) era riuscito a creare un ambiente di collaborazione e rispetto fra tutti i colleghi, in cui si lavorava con entusiasmo per la miglior cura del malato. E questo clima ha determinato per tutti una crescita professionale ed un ambiente favorevole per la formazione degli specializzandi. Il prof. Antonelli ha saputo creare una vera scuola dalla quale sono usciti cattedratici e primari. Negli ultimi anni, poi, sono stata responsabile del reparto ad indirizzo pediatrico fino al momento della pensione, lasciando ottimi colleghi, validissimi specialisti.



Otorinolaringoiatra votata alla chirurgia e donna: come hai fatto a conciliare i tempi di lavoro e quelli della famiglia?

Io sono sempre stata un'anticonformista. Ho avuto tutto sulle mie spalle. Quando sono nate le mie due figlie lavoravo ancora a Pavia, e ricordo che fino al giorno del parto sono rimasta in Clinica. Tutto il mio stipendio e metà della tredicesima di mio marito andavano in aiuti domestici. Con lui, che è medico come me, ci siamo detti tante volte "Non importa se ci pagano poco: lavoriamo talmente tanto che non avremmo il tempo di spenderli". Resta indubbio che spesso la conciliazione è tutta sulla pelle delle donne, e talvolta ci sono cose, come la carriera universitaria, che ti rimangono in sospeso.



I pregiudizi di genere hanno condizionato il rapporto con i pazienti e le loro famiglie?

Con i pazienti non ho mai avuto problemi. In corsia ho incontrato colleghi eccezionali, sono sempre riuscita ad andare d'accordo con tutti. È capitata, invece, all'ospedale Civile una suora che riteneva inopportuna la presenza di una donna in reparto. "Non è un posto per lei", sussurrava al primario, salvo poi ricredersi quando mi ha visto operare sul campo. Allo stesso modo un po' di diffidenza l'ho percepita inizialmente dagli infermieri, che chiamavano in ogni momento per tenerti sulla corda.



Nove anni fa è arrivato il tempo della pensione. Come hai vissuto questo passaggio?

Il mio ultimo giorno in ospedale ricordo di avere operato fino alle 4 del pomeriggio, e poi alle sei di avere stambrato ed essere venuta via. Non avevo mai pensato al dopo,



vivevo alla giornata. Ma passato un solo mese mi sono resa conto che avevo perso la mia identità, mi alzavo la mattina e mi chiedevo: “Chi sono io”? Non ero più carica alla prospettiva di andare in ospedale, cosa che mi rendeva sempre contenta. **Scherzando - ma non troppo – ho sempre detto che il mio hobby è il lavoro.**



Come è iniziata la tua “seconda vita”?

Ho iniziato a collaborare con una clinica convenzionata a Piacenza, successivamente anche l'Istituto clinico Città di Brescia mi ha chiesto di prestare servizio. Con il Covid l'esperienza piacentina si è conclusa, mentre da sei anni prosegue quella con la Città di Brescia. Il mio unico rammarico è di poter operare poco, complici dei Drg di rimborso alle strutture che in otorino sono bassi.



A proposito di Drg, che idea ti sei fatta della gestione degli ospedali e dei problemi della sanità?

Penso che chi amministra la sanità invece di interessarsi dei muri dovrebbe interessarsi di chi ci lavora, all'interno di quelle mura, ovvero medici e infermieri, e procurare segretarie che si occupino degli aspetti burocratici, sempre più gravosi. Il medico e l'infermiere non devono essere costretti a passare ore al computer, trascurando la clinica e il rapporto con il paziente.



Nella tua visione organizzativa di un ospedale sostieni che non possa esistere un'Otorinolaringoiatria pediatrica, per quali ragioni?

Può esserci un indirizzo pediatrico, ma l'Otorinolaringoiatria non è di per sé una specialità pediatrica. Curare i bambini significa nella maggior parte dei casi affrontare problematiche comuni, come tonsilliti, faringiti e otiti, aspetti su cui è fondamentale interfacciarsi con i pediatri. Quando invece si tratta di misurarsi con problematiche più gravi come le malformazioni embrionali, pensiamo ad esempio a quelle laringee, ed è necessario sottoporre il bambino ad un intervento chirurgico, ci vuole un chirurgo scafato, che abbia maturato una vasta esperienza con i pazienti adulti. In questi frangenti è necessaria molta esperienza, e la si ottiene cimentandosi su una casistica ampia, che non può essere solo pediatrica. Per queste ragioni un reparto pediatrico non può essere separato dal resto.



Come vedi il tuo futuro?

L'età che avanza presenta inevitabili incognite, e la domanda che mi sto ponendo adesso è: fino a quando sarò in grado di lavorare ancora? **Altrettanto forte è la consapevolezza che a me piace tanto il mio lavoro. Se nasco ancora una volta faccio l'otorino. ●**

» **Giovanni Carini**

Ricerca storica e fotografia, la biografia delle mie passioni

L'amore per la fotografia risale agli anni Cinquanta, trasmesso dal padre che stampava in casa i negativi scattati con una Rolleiflex 6x6, mentre l'attrattiva per la storia è affiorata ai tempi del liceo. Inclinazioni che per Giovanni Carini, pediatra ospedaliero di lungo corso, sono diventate interessi per la vita dopo la pensione.

All'Archivio di Stato di Brescia ormai è di casa per le ricerche sul campo che conduce sui temi della storia locale. "Per lunghi periodi faccio orari di ufficio", dice scherzando (ma non molto). Ne sono nati anche alcuni libri a sua firma, a documentare un impegno che dura nel tempo: la prossima ricerca è già in cantiere, ma resta protetta dal riserbo che lo contraddistingue.



Dottor Carini, partiamo dalla tua ultima ricerca, che ha permesso di aggiungere un tassello alla storia della Brescia del Quattrocento.

È una ricerca svolta per amicizia e passione su Palazzo Cimaschi di via San Francesco in città, noto per i celebri affreschi di Lattanzio Gambara al piano terra, mentre incerta era l'origine della dimora. In occasione della ristrutturazione del 2010, vennero alla luce alcune arcate con capitelli quattrocenteschi, compatibili con un periodo di espansione della città fuori dalle vecchie mura medievali. L'insegna scolpita nella pietra, due spighe di grano incrociate, era suggestiva per una famiglia di rilevanza. Le ricerche condotte all'Archivio di Stato, durante circa 8 mesi, hanno permesso di attribuire lo stemma araldico alla famiglia Valossi, di individuare la loro abitazione nel luogo di ritrovamento dei resti e di delineare la storia del casato dal XV secolo fino all'estinzione

a fine Ottocento. Il lavoro, pubblicato lo scorso dicembre sulla rivista *Misinta*, ha inoltre ricostruito le trasformazioni avvenute nei secoli di palazzo Cimaschi e accordato alla famiglia Chizzola la committenza degli affreschi del Gambara.



Venendo invece alla tua, di storia, sei stato pediatra ospedaliero per circa trent'anni, prima a Leno e poi dal 1985 all'Ospedale dei Bambini di Brescia, lavorando prima con il prof. Ugazio e poi con il prof. Notarangelo. Dopo la pensione hai chiuso con questa professione: non trovi più interesse nella medicina?

La formazione di base rimane, ma in campo medico la velocità di innovazione scientifica richiede un aggiornamento costante



I Ronchi di Brescia con i mandorli in fiore negli anni '50

sempre più complesso, necessario per chi prosegue nella professione anche dopo il pensionamento, altrimenti limitato a una gratificazione personale.



Perché hai scelto Medicina?

Mio padre era farmacista e sperava che diventassi medico. Quando è stato il momento di scegliere, in Statale a Milano, ero indeciso tra Architettura e Medicina: alla fine la seconda ha prevalso. All'inizio degli anni Settanta, prima della laurea, mi sono impegnato per circa 3 anni come volontario per l'associazione internazionale *Frères des Hommes*, nelle Ande in Ecuador e in una *favela* in Brasile. Al rientro, non è stato facile riadattarsi alle abitudini di vita europee, inoltre il mio obiettivo era quello di tornare in quei Paesi come medico. Ho studiato senza sosta per due anni poi, una volta laureato, la vita ha preso un altro corso. Da un lato è venuta meno la spinta per ripartire, dall'altro ho avuto l'opportunità di concorrere per un posto di assistente pediatria.



Nel frattempo, hai sempre coltivato i tuoi interessi culturali, che sono diventati anche degli apprezzati volumi di fotografia e storia, come *I segreti giardini di Brescia* e *Gli antichi Ronchi di Brescia*.

Il libro sui giardini nasce da un censimento sui giardini cittadini fatto dall'agenzia Urbe nei primi anni Novanta. Le titolari dell'agenzia mi proposero di collaborare per corredare i testi con immagini e, nel tempo libero dal lavoro, girai la città per effettuare gli scatti fotografici.

Il progetto iniziale non andò in porto e, dopo molti anni, una volta in pensione, mi sono ritrovato con centinaia di immagini inutilizzate. Da qui l'idea di un volume fotografico corredato di schede sintetiche, pubblicato nel 2008. In quell'occasione ho avuto un primo avvicinamento alla ricerca storica, orientato da un amico che lo faceva per professione.



Soprattutto il libro sui Ronchi ha richiesto un importante lavoro di ricerca sulle fonti.

Devo premettere di essere nato e vissuto su un ronco. Questo forte vincolo con i Ronchi mi ha motivato a ricercarne le origini, dato che le pubblicazioni esistenti si limitavano a generici accenni storici. Un importante incentivo è arrivato dalla collaborazione con la Fondazione Negri che ha messo a disposizione il suo vastissimo archivio fotografico.

L'approfondimento bibliografico presso la Biblioteca Queriniana e l'esame dei documenti originari, soprattutto polizze d'estimo presso l'Archivio di Stato, si sono protratti per circa due anni e hanno consentito di ricostruire la storia dei Ronchi. Dopo l'iniziale concessione medievale di disboscamento da parte del Vescovo, il territorio collinare assunse tra XV e XVI secolo una fisionomia precisa, quella del *ronco*: un appezzamento di terra, spesso terrazzato, coltivato a vite, cereali e legumi (dal '700 soprattutto ortaggi), che ospitava un'abitazione per la famiglia dei *roncari*, i contadini, e a volte per il padrone. In alcuni casi, l'aristocrazia prima e la ricca borghesia poi, costruirono ville per la villeggiatura e per lo svago, in particolare per la caccia. In zone più isolate, i Ronchi furono luogo di romitaggio e di insediamento di comunità religiose, con piccoli monasteri affiancati da chiese e cappelle. I Ronchi parteciparono a molte vicende storiche cittadine e conclusero la loro storia millenaria intorno agli anni Ottanta del secolo scorso, con il ritiro dall'attività degli ultimi *roncari*, sopraffatti dall'ormai esclusiva destinazione residenziale del territorio.



Copertina del libro di Giovanni Carini



Dedicandoti a queste attività hai trovato la tua dimensione? Per molti l'identità è strettamente connessa alla professione medica, e non è facile ripensarsi dopo la pensione...

Per quanto mi riguarda, ritengo di essere stato fortunato per aver potuto dar seguito a passioni già coltivate prima del pensionamento. In base alle proprie attitudini, ciascuno può declinare i propri interessi in modo diverso. Se poi fosse disponibile per un'attività di volontariato, sa che, come medico, può trovare innumerevoli possibilità di partecipazione.



Ti sei interessato alla sua storia: che opinione hai di Brescia?

Ha il pregio di conservare importanti testimonianze architettoniche e artistiche che spaziano dall'epoca romana al Novecento, con significative tracce della presenza longobarda. Brescia non si impone per le scenografie di alcune città limitrofe che furono governate da signorie: il suo fascino sta nelle molte cose da scoprire e richiede occhio attento a chi vi si accosta. Spesso le ricchezze artistiche e monumentali si nascondono all'interno dei palazzi privati, non facilmente accessibili. Un discorso analogo lo si può estendere agli aspetti sociali e culturali che tendenzialmente riflettono una certa chiusura di fondo, tipica del carattere dei bresciani, e richiedono un certo sforzo per entrarvi in sintonia. ●

» **Mauro Bailo**

Medicina e birdwatching. Semeiotica umana ed ornitologica

Galeotto fu un campo nella Baraggia Vercellese durante la naja. “Con il binocolo ho notato alcune bestie che volavano e ho iniziato a incuriosirmi. Da quel momento è nato l’interesse a identificare correttamente ciò che vedevo, le specie che osservavo”. Correva l’anno 1982, e quella passione per il birdwatching, l’osservazione degli uccelli, il dottor Mauro Bailo non l’ha più abbandonata. E se il suo lavoro di medico ha avuto diversi cambi di rotta (perché, per sua stessa ammissione, “non riesco a sostenere la stessa cosa per tanto tempo, dopo un po’ devo cambiare”), il richiamo del birding si è mantenuto vivo nel corso dei decenni e si è consolidato come “seconda vita” nel tempo della pensione. Gli abbiamo chiesto di raccontarci la sua esperienza.



Dottor Bailo, partiamo dalla tua storia professionale...

Mi sono laureato nel 1982 a Milano e per dieci anni ho lavorato in Chirurgia toracica all’ospedale Civile di Brescia. Poi però ho sentito la necessità di cambiare, e fino al 2008 mi sono dedicato a sostituzioni mediche e visite fiscali. Ho prestato servizio anche in molti Pronto soccorso della provincia, in cui mi sono trovato bene. Dal 2012 il mio percorso professionale ha avuto una nuova svolta, quando sono diventato medico di medicina generale a Erbusco, pratica che ho tenuto per molti anni prima di andare in pensione. Ora continuo con dei lavoretti per necessità, come le sostituzioni di colleghi medici di famiglia: con i pazienti mi trovo bene, forse perché mi piace il rapporto con le



Gruccione frontebianca, Namibia 2021



La passione per il *birdwatching* è scoccata quando era ancora quasi sconosciuto in Italia. Erano tempi pionieristici: come è andata?

L'Italia era molto più indietro rispetto ai Paesi anglosassoni, dove già negli anni Ottanta erano presenti decine di *tour operator* su queste tipologie di viaggi. Per questo ho cercato di aprire una porta, diventando editore della Rivista italiana di *birdwatching*, la prima rivista di settore nel nostro Paese, e proponendomi dall'89 come primo *tour operator* nazionale, con Ornitour, quando un mercato non esisteva ancora. Mi sono buttato su questa passione diventando capofila e organizzatore di viaggi: il mio raggio d'azione era il mondo, in particolare il Paleartico occidentale, cioè la zona che va dall'Europa al vicino Oriente al nord Africa, la più interessante per i *birdwatcher* italiani.

Dal punto di vista della sostenibilità economica, tuttavia, questi progetti presentavano indubbie criticità. Ma facendo un bilancio a distanza posso dire che quello che ho perso in denaro l'ho guadagnato in cultura geografica.



Un articolo sul *British Medical Journal* traccia un parallelo tra il *birdwatching* e la medicina, evidenziando un'affinità tra l'osservazione meticolosa delle caratteristiche dell'uccello e l'osservazione del paziente che porta alla diagnosi in medicina. Cosa ne pensi?

C'è una base condivisibile in questo ragionamento. Io, ad esempio, quando vedo qualcosa in volo, sono portato a identificare la specie attraverso quello che in medicina si definisce il carattere patognomonico, ovvero quel sintomo così caratteristico da permettere la diagnosi certa della malattia. È come se nel mio cervello passassi in rassegna piumaggio, gorgheggio e altre



Il dottor Bailo mentre fa *birdwatching* tra le rovine di Petra in Giordania

caratteristiche dell'uccello, quasi fossero sintomi e segni che si osservano nella pratica clinica.

La differenza è che in medicina arrivare a una diagnosi precisa non sempre è possibile, mentre il comportamento animale ha dei caratteri di tipicità.



Secondo un altro editoriale del *New England Journal of Medicine*, invece, il *birdwatching* aiuterebbe a contrastare il *burnout* medico...

Su questo aspetto non sono d'accordo: alla fine di una giornata lavorativa di medico siamo stanchi, ma anche dopo un giorno di *birdwatching* arrivi a sera molto provato, sia per la fatica fisica che intellettuale di identificare le specie. Inoltre, anche se oggi la condivisione delle osservazioni è cresciuta, c'è ancora molta competizione nel settore, forse per la soddisfazione di poter dire "l'ho visto io per primo".

È vero che ora siamo aiutati da binocoli di alta qualità, ma è la testa lo strumento più importante. A contare, infatti, è l'esperienza, insieme al sapere cosa guardare.



Il cambiamento climatico sta modificando lo scenario in cui vi muovete?

Decisamente, se si considera che ormai il Mediterraneo si è “tropicalizzato”, tanto che attualmente molte specie africane nidificano nel sud Italia e in Spagna. Tutto questo è specchio preoccupante del mutamento del clima.



Malesia, Borneo, Nepal, India, fino ai confini della Siberia orientale sono solo alcune delle latitudini in cui ti sei spinto per il birdwatching: quali specie ti sono rimaste nel cuore?

Gli uccelli danno tutti emozione, soprattutto le specie che si vedono per la prima volta, che nel gergo dei *birdwatcher* chiamiamo *lifer*. Oggi ci aiuta una piattaforma, *eBird*, che invia alert giornalieri su uccelli rari o che non hai mai visto. Bisogna peraltro distinguere tra le specie rare e le specie localizzate. Ad esempio, il picatarte è meraviglioso, pur non essendo una specie rara ma localizzata nella foresta del golfo di Guinea, tra rocce e silenzi: è un esemplare dal collo bianco, con una parte di pelle nuda sulla testa che assomiglia ad una cuffia e lo fa sembrare un aviatore. Il Gabbiano di Ross, con il suo piumaggio rosa e il collarino nero, mi ha emozionato quando l’ho visto nel ’92 in Canada, proprio il giorno prima di partire: un incontro a 30 metri di distanza, inaspettato ma sperato.

—
“Con il binocolo ho notato alcune bestie che volavano e ho iniziato a incuriosirmi. Da quel momento è nato l’interesse a identificare correttamente ciò che vedevo, le specie che osservavo”.



Tordo herero (Namibia 2021), specie che vive solo in Namibia e in Angola meridionale



L’organizzazione di viaggi prosegue, magari con altri medici compagni di avventura?

Molto pochi, sebbene oggi il *birdwatching* sia un’attività in crescita anche in Italia, che richiede comunque tempo e denaro. Non posso certo definirmi un tour operator, diciamo che ancora adesso organizzo qualche viaggio con gruppi di amici per dividere le spese, che non sono poche. Andrò a breve a Maiorca, poi in Angola del nord e a novembre in Malawi. Finora ho visto 2750 specie di uccelli, in Africa sono 19esimo fra i *birdwatcher*, avendone visti 1600: con i prossimi viaggi punto ad entrare nella *shortlist* dei primi 10 per il continente africano.



Come ogni birder che si rispetti hai anche tu un local patch, un luogo del cuore?

Ce l’ho, ed è nel bosco di Sant’Anna, qui a Brescia, che fa parte del Parco delle Colline: anche qui qualche volta puoi scorgere un esemplare nuovo, e quando lo vedi ti fa battere il cuore. ●

» Mario Zogno

Dalla sala operatoria al ritrovarsi in allegria

Ritrovare lo spirito goliardico fuori da ambulatori e corsie di ospedale, per il solo gusto di stare insieme. Il dottor Mario Zogno, apprezzato cardiocirurgo ora in pensione, nella sua seconda vita dopo l'addio alle sale operatorie è diventato l'anima della FEDER.S.P.e V., la Federazione dei pensionati sanitari, vedove e superstiti, sezione di Brescia. Una realtà cui ha dato nuovo slancio puntando proprio sulla socializzazione e le occasioni di aggregazione.

Zogno è stato cardiocirurgo per più di 25 anni all'ospedale Civile di Brescia, dove ha lavorato fra gli altri con il prof. Ottavio Alfieri. A Mantova ha dato avvio alla Cardiocirurgia dell'ospedale Carlo Poma, che ha diretto per 11 anni, lasciando in eredità un'équipe completamente autonoma prima di spostarsi all'Istituto Clinico San Rocco di Ome, dove ha concluso la sua carriera. È presidente della FEDER.S.P.e V. di Brescia dal 2022.



Dottor Zogno, le attività ricreative che organizzate riscuotono grande successo. Dove è nata questa intuizione?

La FEDER.S.P.e V. aveva circa 200 iscritti a Brescia (sono 20 mila in Italia), ma dopo il Covid il numero si era ridotto a 115. Per favorire l'aggregazione ho pensato di inaugurare una chat con diversi contatti, proponendo alcune attività insieme. L'invito è evidentemente piaciuto ed ha preso piede, tanto che oggi ai 115 componenti originari se ne sono aggiunti altri 120 che ci seguono tramite la chat.



Che attività progettate?

Organizziamo piccoli viaggi di un giorno o due, appoggiandoci ad un'agenzia che cura la parte

logistica e organizzativa: siamo stati alla scoperta di Bologna, l'8 maggio saremo a



Il dottor Zogno

Padova per visitare la città e la cappella degli Scrovegni, trasferita già da tutto esaurito, con 50 iscritti e pullman pieno. A settembre sarà la volta di Modena, mentre a ottobre ci aspetta Genova. Organizziamo anche gite sul nostro territorio, come la visita alla Pieve di Nave, oltre a cene e momenti conviviali.



Per rinnovarvi avete ampliato le proposte associative...

La FEDER.S.P.e V. ha fra gli obiettivi la tutela dei diritti dei sanitari pensionati, l'informazione e la consulenza agli iscritti. Mettendoci in ascolto delle esigenze che arrivavano dagli iscritti abbiamo impresso alle attività un'inclinazione ludica prima ancora che sindacale, per trovare un punto di convergenza comune. Oggi il sindacato rappresenta la "cornice" entro cui trovano spazio molteplici attività, fra cui viaggi e cene, all'insegna del cameratismo.



Com'è ritrovarsi fuori da corsie e ambulatori?

È molto diverso, in ospedale conoscevi i colleghi di altre specialità per le consulenze o al timbro, ma era difficile stabilire rapporti di amicizia e di vicinanza. Qui invece l'atmosfera è più goliardica, l'obiettivo comune è ritrovarci ancora insieme. Fra i partecipanti alle nostre iniziative, insieme allo "zoccolo duro" che è rappresentato dai medici ospedalieri degli Spedali Civili, ci sono molti medici di medicina generale, fra cui è importante ricordare la dottoressa Marina Zani, che cura tutta l'organizzazione delle gite. Fondamentale, inoltre, è la collaborazione dell'intero Consiglio della FEDER.S.P.e V. di Brescia, costituito dal vicepresidente, dottor Armido Quadri, dal tesoriere dottor Paolo Frata, dal segretario dottor Geppo Bulgari, dalle dottoresse Mariella Bonetta, Ida Foresti, Lucia Lazzari e dal professor Ezio Lodetti.



Cosa cercano i medici in pensione?

La maggior parte non ha abbandonato il mestiere di medico, ma continua ancora ad esercitare in libera professione, cercando al contempo occasioni per arricchire la propria vita culturale, socializzare e fare gruppo. Io invece mi sono tolto: mi dedico ai nipoti e faccio volontariato nella Croce Rossa militare. Talvolta faccio il perito di parte su richiesta di colleghi o strutture. Credo comunque che il legame con l'identità dell'essere medico raramente vada perduto del tutto.

Non mi manca il mio lavoro. Ho incubi ancora adesso, la notte: sogno cuori che non ripartono dopo l'intervento, sanguinamenti inattesi, paure ataviche per un cardiocirurgo



Come cardiocirurgo sei sempre stato in prima linea. Non ti manca la sala operatoria?

Non mi manca il mio lavoro. Ho incubi ancora adesso, la notte: sogno cuori che non ripartono dopo l'intervento, sanguinamenti inattesi, paure ataviche per un cardiocirurgo. Allora mi arrabbio e mi sveglio. Io sono sempre stato uomo da sala operatoria. Ed è un lavoro che ti espone a grandi responsabilità (non a caso la prima domanda che si fa quando un paziente non sta bene è "chi l'ha operato?"). Ricordo le notti interminabili passate in Rianimazione: ho sempre pensato che al malato devi stare accanto, perché se ha qualcosa lo intercetti subito e lo risolvi. Certo tutto questo ha un prezzo molto alto in termini di tensione e di stress. Di cui non ho nessuna nostalgia. ●



La vita del medico che lavora tra vulnerabilità e *burnout*

Renzo Rozzini

Fondazione Poliambulanza - Istituto Ospedaliero

Dai risultati del sondaggio sul benessere dei medici in pensione riportato in questo numero di Brescia Medica emerge che la maggior parte dei medici si dichiara soddisfatta della condizione di vita attuale, mentre smarrimento e preoccupazioni economiche sono poco diffuse. Conclusioni diverse rispetto all'idea comune che il pensionamento per un medico comporti rischi psicologici rilevanti legati alla perdita della gratificazione che dà l'atto di cura, all'invecchiamento e all'inesorabile declino delle forze fisiche e mentali proprie del passare degli anni, alla riduzione del reddito, al venir meno dello status sociale; una transizione delicata e "incline alle passioni tristi".

Al contrario e di altro tono sono invece le osservazioni di numerosi *report* sul benessere psichico dei medici tuttora in servizio dominati da insoddisfazione, stanchezza, scarsa realizzazione professionale, senso di abbandono. Medici e professionisti della salute paiono pervasi da un disagio, da malessere, ansia e depressione, condizioni così gravi e diffuse da permettere di attribuir loro il progressivo venir meno dell'attrattiva delle professioni di cura.

Come tutti i professionisti i medici sono soggetti a *stress* e pressioni legate ai

”
...la sanità ha bisogno di medici e infermieri e la loro carenza è oggi un'emergenza globale.

carichi di lavoro, a orari prolungati e alle gravi responsabilità che possono influire negativamente sul benessere psicologico. Nella professione medica la natura del lavoro presenta specificità quali il continuo confronto con la sofferenza, con le cattive notizie e la morte, la richiesta di decisioni rapide in situazioni critiche che amplifica il livello di pressione psicologica. L'esercizio della medicina richiede un alto grado di autocritica e una tensione costante per evitare errori mentalmente ed emotivamente estenuanti; perfezionismo, attenzione ai dettagli, senso del dovere e di responsabilità, desiderio di accontentare tutti sono qualità apprezzate sul posto di lavoro, ma aumentano lo *stress* e imprigionano i medici in un circolo vizioso. Spesso i medici vengono criticati e ricevono lettere di reclamo, sempre più raramente ricevono elogi.

Un'altra fonte di vulnerabilità della professione medica sta nella difficoltà di mantenere l'equilibrio tra vita lavorativa e personale: orari irregolari e richieste di lavoro interferiscono con la vita familiare e sociale portando a isolamento e insoddisfazione.

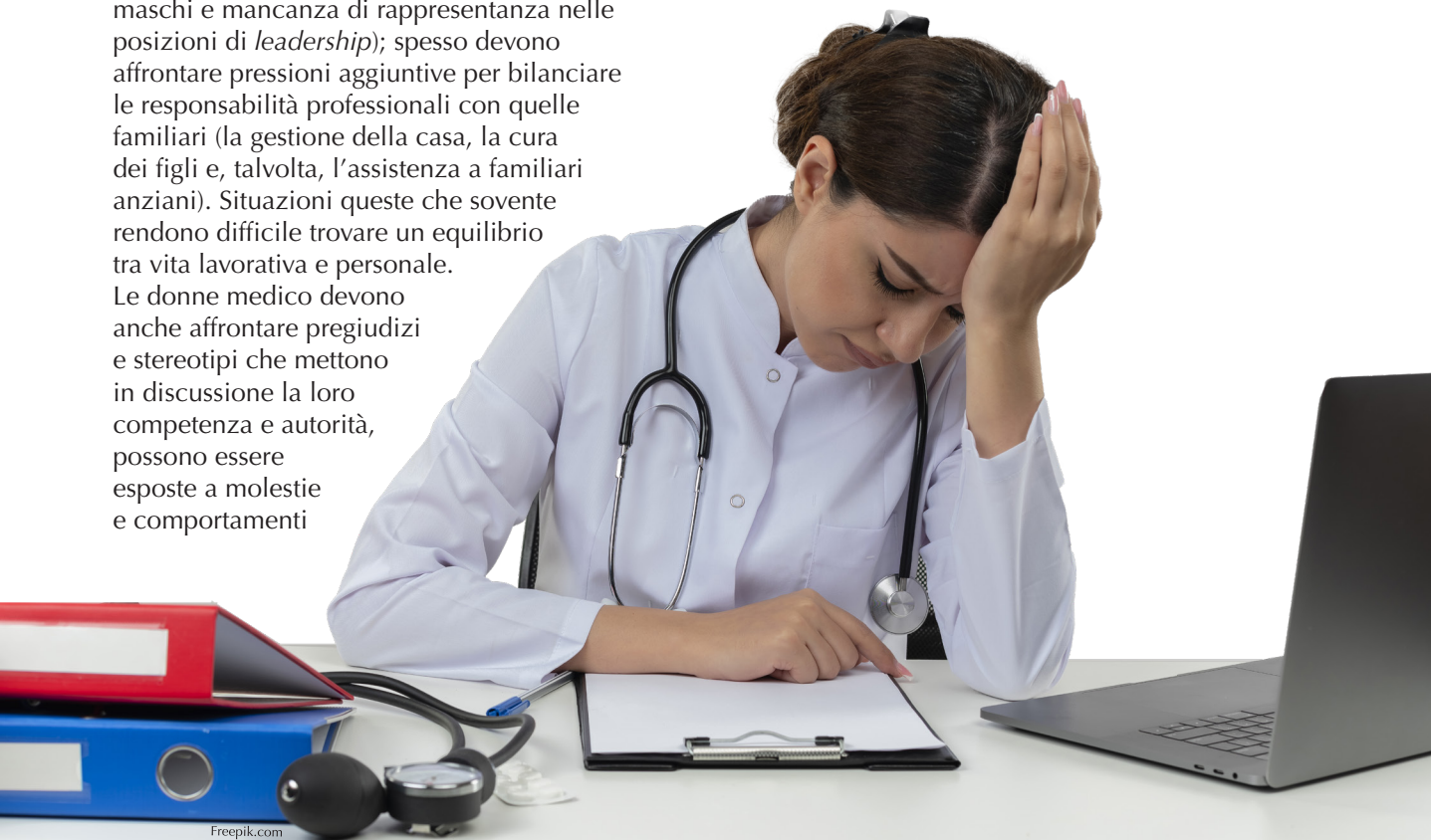
Infine, la cultura dell'educazione medica non favorisce la richiesta di aiuto: a fronte dell'elevato carico di *stress* i medici sono generalmente riluttanti a chiedere una mano, considerandolo disdicevole e per questo evitano di cercare supporto psicologico anche quando ne hanno bisogno (hanno più difficoltà nel fidarsi degli altri e nel confidarsi? Non hanno nessuno con cui parlare delle loro preoccupazioni? Sono troppo orgogliosi?).

Le donne medico sono anche maggiormente esposte al disagio per lo *stress* aggiuntivo imposto dal loro ruolo sociale e da questioni specifiche di genere: possono sperimentare discriminazioni (come le disparità nelle opportunità di avanzamento di carriera, le differenze salariali rispetto ai colleghi maschi e mancanza di rappresentanza nelle posizioni di *leadership*); spesso devono affrontare pressioni aggiuntive per bilanciare le responsabilità professionali con quelle familiari (la gestione della casa, la cura dei figli e, talvolta, l'assistenza a familiari anziani). Situazioni queste che sovente rendono difficile trovare un equilibrio tra vita lavorativa e personale.

Le donne medico devono anche affrontare pregiudizi e stereotipi che mettono in discussione la loro competenza e autorità, possono essere esposte a molestie e comportamenti

inappropriati da parte di colleghi, superiori o pazienti, esperienze che non solo sono estremamente stressanti, ma che possono anche avere un impatto significativo sul benessere mentale e fisico. Le giovani dottoresse o specializzande reagiscono imponendosi un'ulteriore pressione per dimostrare ai loro colleghi maschi che sono forti, autosufficienti e degne quanto loro. L'ambiente di lavoro è un potenziale luogo di conflitto e un importante fattore di rischio, il lavoro di squadra non è la regola, spesso prevale l'individualismo.

Concorre a favorire il rischio di disagio psichico anche l'assenza o l'inadeguatezza dei sistemi di supporto all'interno del sistema sanitario, insufficiente a incontrare tratti e bisogni specifici delle personalità dei medici. Ognuna delle condizioni descritte predispone al *burnout* (termine che significa letteralmente "bruciato", "esaurito" o "scoppiato"): "una sindrome psicologica che emerge come risposta prolungata a *stressors* interpersonali cronici sul luogo di lavoro" (Maslach 2016).



Le persone in *burnout* si sentono prosciugate ed emotivamente esauste, incapaci di far fronte alle richieste del lavoro, stanche e giù di morale e sentono di non avere abbastanza energia per poter affrontare nuovi progetti lavorativi (sono esaurite).

Le persone in *burnout* percepiscono il loro lavoro sempre più stressante e frustrante. Possono iniziare ad essere ciniche verso i colleghi o verso i pazienti. Allo stesso tempo iniziano a distanziarsi emotivamente, mostrando un deterioramento progressivo dell'impegno nei confronti del lavoro (alienazione dalle attività lavorative). Il *burnout* peggiora le *performance* lavorative, riducendo la motivazione, la concentrazione e la creatività. Man mano che le prestazioni lavorative calano le persone si sentono sempre più sopraffatte dalle richieste professionali e sentono di non essere in grado di rispondere adeguatamente ai loro compiti lavorativi. La persona perde fiducia nei confronti delle proprie capacità, riduce le *performance* lavorative. Oggi, la prevalenza del *burnout* nei medici in servizio, seppur non definitiva, è stimata con valori superiori al 50%, con prevalenze più elevate tra le donne, tra i medici in formazione (cioè giovani) e tra chi lavora per più ore. La prevalenza del disagio medico è in incremento: un ampio studio multicentrico condotto nel Regno Unito in due periodi diversi (nel 1994 e nel 2002), ha riportato un aumento del 5% nella morbidità psichica (la depressione e il consumo inadeguato di alcool sono le condizioni maggiormente frequenti) e un aumento del 10% nel *burnout*. Il *burnout* ha conseguenze importanti e diffuse, sia per il paziente che per il medico, ma anche per il sistema sanitario nel suo complesso, portando a cure di scarsa qualità, a un aumento degli errori, all'insoddisfazione sia del paziente che del medico. Per quest'ultimo può significare isolamento, senso di fallimento, scarsa autostima e depressione (fino al suicidio) o abbandono della pratica medica. Non vi sono dubbi sul fatto che il *burnout* possa influire sulle prestazioni personali mettendo a rischio la vita dei pazienti. Quanto l'aumento della vulnerabilità psichica e il *burnout* abbiano influito sulla crescita della richiesta anticipata di pensionamento e sul venir meno dell'attrattività delle professioni sanitarie non

è noto, certamente è plausibile. È invece indiscutibile che la sanità ha bisogno di medici e infermieri e che la loro carenza è oggi un'emergenza globale. Negli ospedali, nella medicina del territorio, nelle RSA di ogni area geografica molti professionisti hanno lasciato il lavoro, molti posti disponibili rimangono vacanti e il carico di lavoro per chi rimane è aumentato. **Non meraviglia quindi che il problema della tenuta psicologica e della salute mentale dei medici e di tutte professioni sanitarie sia diventato di crescente interesse e preoccupazione.**

Sebbene i segnali fossero antecedenti alla pandemia, è stato l'impatto di questa a contribuire alla vera e propria crisi dell'assistenza sanitaria, una delle più grandi degli ultimi trent'anni. **Il ricorso a neolaureati in attesa di iniziare il corso di specializzazione, agli specializzandi che svolgono mansioni che competerebbero a personale già formato, tempera e nasconde la criticità, ma ne è allo stesso tempo la prova.**

È possibile contrastare questa tendenza, riportare la professione medica e le professioni sanitarie a essere gratificanti e attrattive, fermare l'esodo?

Il modo per combattere le sfide è ripensare la modalità con la quale diamo assistenza, un'opportunità per risolvere le inefficienze che esistevano prima della pandemia, ricreando ambienti di lavoro sostenibili e fidelizzando ai luoghi della cura i professionisti della salute. Le istituzioni che governano l'organizzazione sanitaria devono prestare davvero attenzione al *burnout* dei medici, investendo nel loro sviluppo, coinvolgendoli e ascoltandoli piuttosto che limitandosi a esprimere parole di inutile consolazione. I medici non vogliono che gli venga detto cosa devono fare senza che quel qualcosa sia stato con loro discusso.

Ogni stato e paese del mondo sta sperimentando gli stessi problemi: non ci sono nuovi operatori sanitari da assumere con le regole del passato. L'esperienza dice che le persone ora vogliono controllare la propria vita, che quello che è stato funziona sempre meno, che non ne definisce la qualità, se non in senso peggiorativo. **Medici e infermieri non sono marziani, vivono nel sulla terra come gli altri, e un cambio di paradigma si impone se si vuole uscire dalla crisi.** ●

Assemblea annuale 2024

La relazione del Presidente Ottavio Di Stefano

20 aprile 2024

Care colleghe, cari colleghi e gentili ospiti benvenuti all'assemblea ordinaria 2024 dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Brescia, l'ultima di questa consigliatura.

Consentitemi una nota, quasi, personale. Saluto il prof. Francesco Castelli, magnifico rettore della nostra università. Francesco, approfitto di un'amicizia che dura da decenni. Siamo contenti della tua presenza per il tuo alto ruolo, ma ancor di più perché tu sei qui, oggi, come medico del tuo Ordine per ricevere un simbolico riconoscimento per i tuoi anni di laurea. E con te **ringrazio** tutti i colleghi che oggi qui celebrano i 40, 50, 60 anni di laurea. La vostra partecipazione è davvero un onore per l'ordine e per tutta la comunità medica bresciana.

Giustamente noi dibattiamo, qui oggi, i nostri problemi. La pandemia ha evidenziato le nostre fragilità, le fragilità del mondo. Le disuguaglianze socioeconomiche si sono accentuate, specie nei paesi poveri. Ed oggi viviamo un altro dramma universale. La "terza guerra mondiale a pezzi" con il suo portato di sofferenze e morti inaccettabili per tutti, per noi che ogni giorno cerchiamo di ridare salute o, meglio, più umilmente, di migliorare la qualità di vita.

Questa relazione con chi a noi si affida, se ci pensate bene, non è altro che dare sempre e comunque valore alla vita, alle vite. Valore che oggi sembra sempre più effimero. Ma noi ci crediamo ancora e andiamo avanti.

Dicevo, **l'ultima assemblea di questa consigliatura.**

Nel prossimo autunno i medici bresciani saranno chiamati ad eleggere i nuovi organismi rappresentativi. Nei mesi a venire si delineeranno in piena libertà le iniziative e le proposte. Non sta a me anticipare il dibattito di cui al momento non ho contezza.

E davvero poco conta il ruolo che il futuro mi riserverà.

Oggi ho una sola certezza.

Il sentimento di gratitudine che provo per le donne e gli uomini con cui ho collaborato, per i tanti colleghi che ho incontrato di giorno in giorno, per le tante esperienze, a volte davvero dure ed impegnative, che mi avete dato modo di sperimentare. Sono state tutte esperienze di vita, costellate anche di errori, ma tutte di senso. Sono stati anni...e non trovo altro modo di dirlo...belli, proprio belli. Grazie a tutti e grazie al personale dell'ordine che mi...ha supportato.

Parlerà, subito dopo di me, il dr. **Gianmario Fusardi**, Presidente della commissione

Albo Odontoiatri. Non vi è alcuna propensione per le autocelebrazioni, ma la storia di questo quadriennio testimonia collaborazione, confronto aperto, franco e sintesi condivise.

L'assemblea (tutti noi), ha (abbiamo) il compito istituzionale di approvare, rispettivamente, il Bilancio Consuntivo 2023 ed il Bilancio Preventivo 2024.

I bilanci vi verranno illustrati, esaustivamente, dalla nostra consigliera tesoriera dr.ssa **Anna Giulia Guarneri**. Seguirà la relazione della Presidente del Collegio dei revisori dei conti Dr.ssa **Patrizia Apostoli**.

Si tratta di un adempimento non formale, ma sostanziale. Si tratta delle nostre scelte. Scelte che hanno sempre privilegiato gli aspetti che noi riteniamo fondativi dell'azione di un ordine professionale e di cui a breve vi parlerò. A noi pare un bilancio solido ed equilibrato. A voi il giudizio.

Ma oggi...è il giorno di un incontro, anzi dell'incontro, fra storie diverse di medici.

Voi giovani, colleghe e colleghi, che entrate in questa professione, che per molti di noi, meno giovani o quasi vecchi, è fatta di tanti ricordi, di esperienze, di momenti difficili, a volte angoscianti, ma sempre di valore. Un mestiere, un percorso di vita, fatto di amicizie nate nelle corsie, negli ambulatori e soprattutto della tranquilla consapevolezza di poter contare uno sull'altro.

Ho sempre trovato, fin dagli albori della

mia professione, qualcuno più esperto che impegnava parte del suo tempo per me, per noi...(e pensate che qualche volta lo rivedo qui oggi).

Provo gratitudine vera per i miei maestri, spesso "semplici" colleghi di reparto, ma grandi medici. Ricordo frasi, eponimi, ma ciò che conservo davvero come insegnamento prezioso, indelebile, di valore immutabile è il "malato".

"Il malato viene prima. Noi siamo qui per lui".

Ma...questa enunciazione rischia di essere solo retorica.

"Il malato viene prima" si sostanzia, nella clinica a tutti i livelli, solo se questa affermazione risponde a tre elementi costitutivi, su cui noi abbiamo giurato e su cui voi oggi giurate.

Competenza: che vuol dire studio aggiornato e continuo.

Impegno: che vuol dire dedizione a volte, e vi capiterà, al di là della fatica.

Ed infine la **gentilezza:** non il manierismo, ma la consapevolezza che chi sta male deve essere accolto e capito.

Una canuta affermazione. Impegno, competenza e gentilezza costituiscono l'imperativo categorico del nostro mestiere. Dopo anni di studio e di fatica voi, oggi, giurate.

E tutti noi ci uniamo al vostro sentimento di gratitudine verso chi vi è stato vicino e vi ha sostenuto in questi, tanti, anni di studio. Oggi vi impegnate di fronte alla comunità medica, che è la vostra comunità, a rispettare quei principi che prima ho brevemente tratteggiato.

Il giuramento non è quindi un atto simbolico, e, davvero, mi rammarico per le non poche assenze.

E prendo spunto da questa nota amara per esternarvi una mia, una nostra, preoccupazione.

Quella catena solidale della trasmissione del saper fare e del saper essere, quella possibilità di "rubare" il mestiere, si è indebolita?

La letteratura e, non meno importanti, le esperienze quotidiane di rapporti con i colleghi, evidenziano che questa rima di



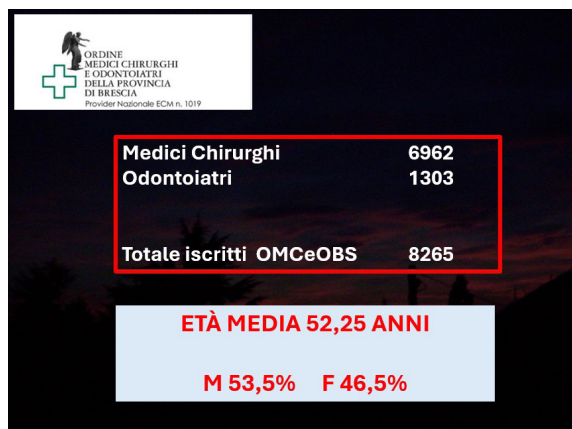
INCONTRO

"Il malato viene prima.
Noi siamo qui per lui"

Competenza
Impegno
Gentilezza

...di stimare il mio maestro di questa arte
come mio padre...

Imperativo categorico



frattura, se pur in modo non generalizzabile, si è ampliata.

La tecnologia, che, come dico sempre, ha fatto un gran bene ai nostri pazienti, è diventata preminente, se non invasiva, e il grave disagio delle situazioni lavorative, che oggi molti medici vivono e sopportano, ne sono le cause prime.

Ma ancora la letteratura è concorde che questa relazione fra generazioni sia l'elemento cardine che dobbiamo recuperare per fare buona medicina. Non è solo un'operazione culturale, ma prevede formazione, risorse e profonde rivisitazioni organizzative.

E noi quali risposte abbiamo dato o cercato di dare a questi e tanti altri dilemmi della nostra professione?

Come abbiamo speso quel 10-12 % del bilancio, che rimane alla formazione e all'aggiornamento, tolte le spese generali e di gestione dei servizi?

Nel 2023, l'anno di Bergamo – Brescia capitale della cultura, abbiamo scelto di esserci. Con qualche timore siamo andati, grazie al supporto fondamentale del Comune di Brescia e delle istituzioni culturali della nostra città, oltre i nostri confini tradizionali di aggiornamento.

Abbiamo sperimentato, esplorato, percorsi culturali per noi quasi inediti dal cinema, al teatro, ai concerti, alla pittura, alla nostra storia.

Ed abbiamo proposto alcuni temi anche fuori dai confini della città.

Il risultato è stato davvero confortante per il numero dei partecipanti, ma soprattutto

per i molti giudizi favorevoli che abbiamo ricevuto.

È stato un lavoro dispendioso, e non solo in termini di impegno, ma non poteva esaurire i nostri compiti formativi.

È proseguito, infatti, senza soste, il lavoro delle commissioni ordinistiche.

Non preoccupatevi non vi tedierò elencandovi gli eventi formativi realizzati dall'Ordine (medici e odontoiatri) nel 2023. Mi preme di più parlarvi della qualità dei temi che abbiamo proposto.

Alcuni, come: *medicina delle migrazioni, disforia di genere, violenza domestica, dislessia, povertà e salute, ...demenze e gentilezza, disposizioni anticipate di trattamento e cure di fine vita, medical humanities*; non sono attrattivi, quasi orfani. Abbiamo voluto parlare anche degli ultimi, degli invisibili ed andremo avanti...

Altri più "tradizionali", il paziente ematologico tra ospedale e territorio, vademecum per giovani medici, ma che provenivano da istanze sentite dei nostri iscritti.

Abbiamo risposto alla richiesta di tanti colleghi di argomenti davvero lontani dai grandi orizzonti, ma di assoluta utilità per chi affronta la professione, quali le certificazioni con tutte le implicazioni medico legali.

Ed ancora analisi, del tutto indipendenti, del ruolo degli integratori alimentari, del cibo e del microbioma intestinale.

Per la prima volta, in collaborazione con ATS Brescia e Ordine dei Medici Veterinari, abbiamo affrontato il tema dell'One



Health, cruciale, già oggi, e ancor di più nel prossimo futuro.

Impegno, perseveranza, scelta di relatori di alto profilo, originalità e creatività dei temi hanno caratterizzato il lavoro delle coordinatrici, dei coordinatori e dei membri delle commissioni.

Mentre scrivevo queste ultime righe mi dicevo: sono stati proprio bravi. E l'io, già ipertrofico, del Presidente cresceva a dismisura.

Va tutto bene?

No. *Nelle stanze dell'ordine, vi assicuro, si fa quotidianamente un bagno di realismo e di umiltà del tutto utile per capire la comunità medica, i suoi problemi, le sue aspettative, gli interrogativi, davvero, quasi esistenziali di voi giovani. Capire è l'esercizio più difficile, ma al contempo fondamentale.*

E allora guardo i numeri.

Quanti soldi ci mancano? Tanti. Ed è certamente indispensabile investire di più, molto di più. Gli italiani, infatti, pensano che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sia non una priorità, ma la priorità.

Di una cosa siamo tutti consapevoli: tutti questi soldi non li abbiamo.

Allora la domanda di fondo.

La sanità è ancora per tutti?

Siamo già un sistema misto (pubblico – privato), così definito da OMS quando la spesa *out of pocket* supera il 15%. In Italia siamo al 21%.

Possiamo contare sui fondi del PNRR ricordando che *"avremo solo risorse in conto capitale, quindi finanziamenti per*

investire in infrastrutture, in tecnologie, nel ridisegno dei processi, e non soldi aggiuntivi di parte corrente da investire per assumere personale sanitario e per mantenere i servizi" (F.Longo). Quali prospettive, azioni, iniziative per il SSN, il nostro SSN, che possano ancora garantire i fondamenti su cui si basa, sapendo che a qualcosa dovremo rinunciare?

In estrema sintesi e parlando solo per titoli.

Riorganizzazione vera del territorio.

Ripensare gli ospedali come sistemi *hub* e *spoke* ed introducendo figure nuove di coordinamento clinico e di interfacce con il territorio.

Un diverso rapporto, sinergico e non competitivo, con il privato accreditato, basato su regole condivise, sulla programmazione degli ambiti di intervento a seconda delle necessità di sistema, privilegiando l'appropriatezza delle prestazioni rispetto alla produttività.

Tutto questo avendo ben presente che il malato "prevalente" dei nostri tempi è il malato cronico, anziano, complesso, che impegna ed impegnerà, visto l'inverno demografico che viviamo, sempre più risorse.

E noi?

Intendo noi medici, noi infermieri e tutti gli operatori della salute.

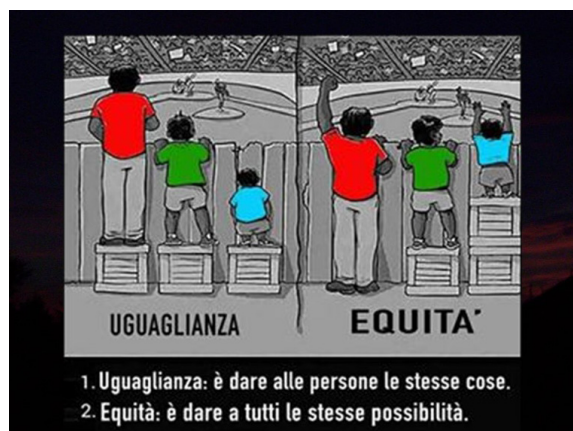
Mancano i medici e gli infermieri.

Per noi medici è una situazione transitoria, se pur non breve, prospettandosi addirittura il ritorno della *plethora medica* intorno al 2030. Una seria programmazione degli accessi a medicina è indispensabile.

Ma fin da ora dovremmo ripensare all'attrattività della professione.

È del tutto giusto chiedere migliori condizioni di lavoro, rispetto non formale del lavoro femminile, tecnologia avanzata, ma al servizio della clinica, e nuove, moderne, modalità di interazione, personale di supporto, digitalizzazione vera con drastica riduzione della burocrazia soffocante e... sì remunerazioni adeguate alle medie europee, partendo dai medici in formazione.

Nel nostro ateneo vi è grande sensibilità verso il rinnovamento dei modelli formativi pre e post – laurea. Dalla relazione con il



paziente alla medicina del territorio. Gli infermieri, e tutte le professioni sanitarie, soffrono ancor di più in termini di carenza di risorse umane. Ne mancano 27000, ma il dato è largamente sottostimato, anche qui, se ci confrontiamo con la media europea. Vivono la stessa nostra scarsa attrattività verso la professione determinata sia dalla qualità del lavoro che dalle remunerazioni. E pensare, come concordano tutti gli analisti, che la medicina della complessità, che oggi viviamo, si affronta solo con un approccio multidisciplinare e multiprofessionale. È finito il tempo dell'“I”. Oggi è il tempo del “We”, del noi. In Italia, in Europa, ancora oggi resiste (per quanto?) il “*sentiment*” che la sanità non segua le regole del mercato. Noi veniamo dalla tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività. Diritto fondamentale, perché viene “prima”. La salute è come l'aria. Ci manca quando non c'è. Riorganizzazione “alta” e investimenti sono, oggi e domani, indispensabili per mantenere questo diritto. Insomma, dobbiamo pensare ad una riforma di sistema e non ad interventi spot. Una riforma copernicana. Una “costituente” della salute dove la politica tutta, e sottolineo tutta, accademia, ordini, corpi intermedi e pazienti ripartono per rifondare la sanità, accettando anche rinunce e limitazioni, ma sempre nel rispetto di quel diritto. Mi avvio a concludere. È questa la *vision*? Noi ci crediamo. “Quel diritto” è il fondamento di ogni azione in sanità. Ma anche noi, medici bresciani, dobbiamo fare la nostra parte. In questo senso l'ordine, nella consapevolezza dei propri limiti, ha elaborato un suo percorso formativo condiviso. “Condiviso” perché realizzato da un Gruppo di lavoro congiunto ASST – ATS – Strutture Ospedaliere Accreditate – Ordine dei Medici-Brescia ed Università. Tutti i

partecipanti provenienti dalle nostre realtà sanitarie hanno lavorato con assiduità ed impegno.

Ci siamo interrogati su quali siano le “nuove competenze del medico”.

Su come si attua, come si impara, il lavoro in team di cui tanto parliamo nei convegni. Sulla ormai mitica “integrazione” Ospedale Territorio.

Come si costruiscono i Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali e organizzativi ed altro ancora.

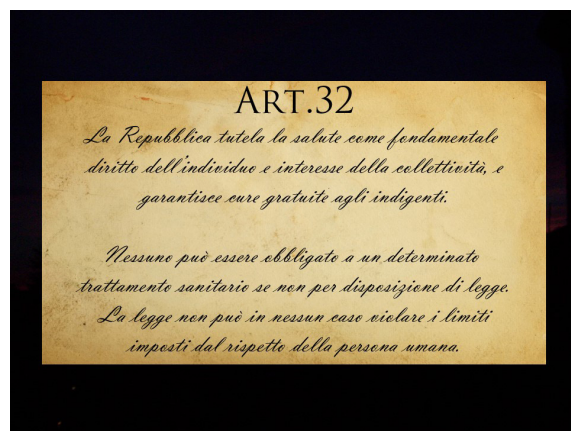
Un approccio di analisi e proposte di intervento, non teoriche, ma pragmatiche, realizzato con il metodo della discussione visualizzata, che abbiamo illustrato in un primo convegno nel settembre scorso.

La vera sfida sarà il 2024. Il gruppo si confronterà, in termini propositivi, con tutte le strutture sanitarie della provincia con l'intento di realizzare corsi di formazione territoriali, nella speranza di un incontro davvero diffuso e capillare con i medici.

Un metodo di lavoro condiviso, strutturato, per una vera riorganizzazione e miglioramento delle cure che parta dai professionisti. Ogni riforma che non veda coinvolto chi nel sistema vi lavora è destinata all'insuccesso.

Questa *vision* e questo metodo, si rafforzeranno, ne sono certo, nei prossimi anni, auspicando, sperando, che intanto si avvii quella indispensabile riforma di sistema che consenta di coniugare ancora equità ed efficienza.

Ritorno alle parole con cui vi abbiamo



Da dove veniamo? Chi siamo? Dove andiamo?



accolto, prima di avviarmi rapidamente a concludere.

Abbiamo di fronte un futuro, che in molti frangenti è già presente, che si chiama intelligenza artificiale.

Si apre un mondo di potenzialità ancora non immaginabili, ma, pur rifuggendo da ogni pregiudizio di conservazione, anche di enormi rischi. Dobbiamo aprire le menti ai nuovi orizzonti. La tecnologia, IA compresa, nella sua evoluzione complessa, determinerà un grande miglioramento della cura che supererà ampiamente i traguardi già raggiunti negli ultimi cinquant'anni.

Ma...

La giovane specializzanda rispondeva con entusiasmo al suo tutor. Si stupiva delle potenzialità della tecnologia sempre in evoluzione con risultati strabilianti. Sì, sentiva di aver curato bene i malati. Ma a volte non pensava oltre...oltre lo schermo blu.

Allora mi pongo e vi pongo una domanda? Ha ancora senso parlare di curiosità in medicina o è tutto pianificato e dovremo solo interagire con la "macchina" che pensa per noi?

La giovane specializzanda ha un timore che alla fine manifesta. Ha paura di diventare "mechanical." Un buon medico meccanico, con tutto il rispetto per i meccanici.

La nostra professione, al giorno d'oggi, offre svariati e numerosi campi di ricerca. Alcuni, si basano sulle scienze moderne più raffinate, che oggettivamente, pur servendo alla fine alla clinica, ne sono lontani, perché hanno la necessità intrinseca e continua di indagare aspetti tecnologici e biologici complessi.

Questi professionisti hanno, giustamente, una curiosità diversa da... "quel cercare di capire"...cos'ha la donna o l'uomo che ti sta davanti nella clinica quotidiana.

"Quel cercare di capire" si basa sulla relazione empatica con il paziente, ma va oltre...e dovrebbe sempre informare, alimentare il pensiero clinico.

E mi conforta che, anche chi basa la sua attività accademica e clinica su aspetti tecnologici sempre più avanzati qual è il mondo dell'imaging, auspichi che:

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

Fare il medico con tutte le magnifiche sorti e progressive della scienza è, e deve rimanere, una professione intellettuale, che capisca il malato e, compito forse ancora più arduo, sappia affrontare e capire i limiti etici della "nuova" medicina.

Questo abbiamo cercato di fare in questo quadriennio che volge al termine.

Il "patrimonio" comune, oserei dire identitario, del Consiglio Direttivo, della Commissione Albo Odontoiatri, del Collegio dei revisori dei conti, è stato l'impegno costante. Spesso faticoso, non solo per il tanto tempo dedicato, ma per quel continuo interrogarsi su quale fosse la strada giusta da percorrere.

Perché...Pensare oltre fa bene a tutti. ●

Pensare oltre fa bene a tutti.....



Grazie

Medicine Complementari: il parere dei medici bresciani

Annalisa Voltolini

Coordinatrice Commissione Medicine Complementari

La Commissione Medicine Complementari dell'Ordine ha proposto nei mesi scorsi alle scritte e agli iscritti un **breve questionario** che si poneva l'obiettivo di indagare la conoscenza e l'utilizzo delle medicine complementari da parte dei medici del nostro territorio.

Cenni sulle Medicine Complementari (MC)

In Italia le MC non sono inserite nel piano di studi obbligatorio del corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, ma sono state riconosciute di esclusiva competenza e responsabilità del medico chirurgo o odontoiatra e sono le seguenti:

- **Medicina Tradizionale Cinese**
- **Agopuntura**
- **Medicina Ayurvedica**
- **Fitoterapia**
- **Medicina Omeopatica**
- **Medicina Antroposofica**
- **Omotossicologia**

Queste MC tabellari sono esercitate da medici specificamente formati con master, in scuole riconosciute, della durata di tre o quattro anni, disciplinati dalle associazioni



scientifiche di riferimento sulla base di norme condivise a livello internazionale; per alcune discipline esistono da tempo anche corsi di formazione postlaurea attivati presso alcune Università italiane. Non rientrano nella medicina convenzionale, ma si differenziano da pratiche senza controllo scientifico e istituzionale, definite alternative. Per alcune MC tabellari gli studi scientifici sono scarsi, di dimensioni ridotte, con disegni non adeguati e problemi metodologici.

Chiropratica e Osteopatia, pur rientrando nel novero delle MC, sono considerate professioni sanitarie primarie, sono regolamentate diversamente e possono essere esercitate anche da non-medici che hanno seguito il percorso formativo stabilito a livello internazionale. Presso gli Ordini dei Medici esistono i Registri per ciascuna MC e per la Osteopatia e la Chiropratica esercitate da medici e odontoiatri. L’art. 3 dell’Accordo Stato-Regioni del 2013 stabilisce l’istituzione presso gli Ordini di Commissioni formate da esperti in queste diverse discipline, una rappresentanza ordinistica e un coordinatore, referente del Consiglio. Le commissioni hanno il compito di valutare i titoli necessari per l’iscrizione nei registri. L’art. 4 stabilisce inoltre i criteri del percorso formativo dei professionisti esercenti le MC, compreso il tirocinio pratico.

Il sondaggio
Sono stati completati 1095 questionari, con la seguente distribuzione delle risposte.

Le colleghe hanno partecipato un po’ più numerose, oltre il 60% dei *responders* ha più di 50 anni, minore l’interesse fra i giovani (<35 anni). La distribuzione del campione per attività professionale ha visto prevalere i medici ospedalieri di struttura pubblica, seguiti dai MMG e dai libero-professionisti, pochi i pediatri di libera scelta.

La maggioranza (51.7%) ha dichiarato nessuna o solo una superficiale conoscenza, mentre il 20,5% ritiene di avere una buona o discreta conoscenza dell’argomento.

La MC più conosciuta è l’agopuntura (il 13.1%), l’omeopatia (11,3%), seguite da fitoterapia (10.7%) e osteopatia (9,2%). Tra i giovani la conoscenza dell’agopuntura risulta superiore fra le donne (9.1%) mentre dopo i 55 anni è superiore fra gli uomini. La chiropratica mostra maggiore conoscenza dichiarata dagli uomini a qualsiasi classe di età. Fitoterapia ed ayurvedica sono più conosciute dalle donne. Il 64.7% non ha nessuna o scarsa formazione sulle MC. Il 13.1% dichiara di aver frequentato una specifica scuola di formazione e di possedere un diploma. La maggior parte dei *responders* non prescrive mai o molto raramente le MC, solo il 3% dichiara di utilizzarle spesso e il 7.9% abbastanza spesso. Le donne hanno una frequenza di utilizzo leggermente superiore agli uomini, i colleghi più giovani le prescrivono meno. La stragrande maggioranza dei *responders* non indirizza mai (41.1%) i propri pazienti o poche volte all’anno (37.5%) verso una MC.

1	AGOPUNTURA	23,5	OSTEOPATIA	16,8	CHIROPRATICA	41,9	FITOTERAPIA	26,7	OMEOPATIA	35,3	AYURVEDICA	51,3	OMOTOSICOLOGIA	49,8	ANTROPOSOFICA	55
2		15,7		17,2		9		12,8		12,5		4,3		3,5		2,2
3		11,9		13,7		4,5		11,2		5,8		2		2		0,9
4		4		6,5		2		5,7		3,5		0,7		1,5		0,5
5		5,4		5,4		0,9		3,9		2,7		0,3		2,4		0,2
totale *		59,5		59,5		58,4		60,3		59,8		58,6		59,1		58,8
% miss		40,5		40,5		41,6		39,7		40,2		41,4		40,9		41,2

(1=mai; 5= molto spesso)

Agopuntura, osteopatia e fitoterapia sono le più utilizzate, consigliate generalmente a pazienti adulti, in associazione a terapie convenzionali.

Quando le MC vengono consigliate ai minori, in oltre il 50% dei casi la proposta viene accettata dai genitori, generalmente non viene fatto firmare il consenso informato.

Raccogliendo l'anamnesi solo il 39.1%% chiede spesso o abbastanza spesso ai pazienti se utilizzano MC.

I pazienti riferiscono in modo spontaneo nel 39.1% dei casi spesso o abbastanza spesso di aver fatto ricorso in modo autonomo a MC o alternative.

Alla fine del questionario erano presenti alcune affermazioni alle quali si chiedeva di esprimere un giudizio di "accordo" o disaccordo secondo una scala a punti: il massimo accordo si è ottenuto sulle affermazioni che sottolineano l'importanza di monitorare i pazienti per il rischio di effetti collaterali o interazioni, la mancanza di validità scientifica a supporto dell'utilizzo di molte medicine complementari, la possibilità che l'uso di questi trattamenti possano ritardare o evitare in alcuni pazienti l'inizio di trattamenti tradizionali.

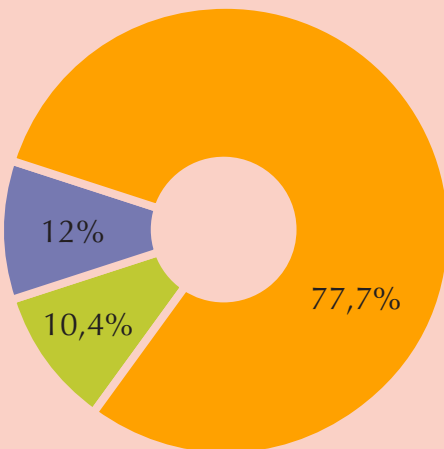
Per il 43,4% alcune MC (come l'omeopatia) non hanno una base scientifica e non dovrebbero essere permesse. Il 47.4% è però d'accordo sull'affermazione che le MC possano essere parte di un approccio olistico alla salute del paziente, e che possano avere un ruolo se il paziente le trova benefiche e sicure.

La regolamentazione attuale è considerata adeguata e necessaria per il 49.8%. Vi è un sostanziale disaccordo sulla possibilità di rendere le MC rimborsabili con in SSN.

La stragrande maggioranza degli intervistati (il 77.7%) ritiene che sia opportuno che l'Ordine se ne occupi per un'azione di vigilanza sul corretto uso e di sviluppo delle conoscenze della classe medica.

Nel maggio scorso la Commissione Medicine complementari dell'Ordine ha organizzato un interessante e partecipato convegno per informare sul corretto utilizzo delle MC. ●

L'ORDINE DEI MEDICI DOVREBBE OCCUPARSI DELLE MEDICINE COMPLEMENTARI?



No, non dovrebbe interessarsene per nulla

Sì, è opportuno per un'azione di vigilanza sul corretto uso e di sviluppo delle conoscenze della classe medica

Sì, anche se le attività fino ad ora svolte sono troppo poche

Avvio alla Professione: un percorso solido e sinergico fra le varie anime dell'Odontoiatria

Gianmario Fusardi

Presidente Commissione Albo Odontoiatri (CAO)

 gianmario.fusardi@ordinemedici.brescia.it

Abbiamo da poco completato il ciclo di **seminari di "Avvio alla Professione"**, momento di confronto e di divulgazione con gli studenti del sesto anno del CLOPD.

Già da diversi anni grazie all'accordo nazionale fra il Collegio dei Docenti, la Commissione Albo Odontoiatri (CAO), Associazione Nazionale Dentisti Italiani (ANDI), Ente

Nazionale Previdenza e Assistenza Medici (ENPAM), i rappresentanti locali di CAO e ANDI entrano negli atenei per offrire una visione della professione sul lato extra-clinico. L'università è infatti incentrata sulla formazione tecnico-specialistica degli studenti, in modo che essi abbiano le conoscenze e competenze per poter espletare un nucleo di prestazioni di base ed essere spendibili sul "mercato del lavoro", ma l'evoluzione come professionisti pienamente coscienti della propria posizione nell'offerta di servizi complessiva, autonomi e critici nel giudizio rispetto a condizionamenti di terzi (siano essi colleghi, strutture, terzi paganti), richiede ulteriori interventi e apporti che le varie componenti sanno apportare. Particolarmente gratificante è risultata negli anni la crescente



presenza dei quasi-colleghi che hanno ben compreso negli anni la portata dell'impegno e frequentano con convinzione i seminari...pur già con la mente a tesi di laurea e relativa discussione. L'occasione è puntualmente il momento per rafforzare l'adesione volontaria a ENPAM da parte degli studenti di quinto e sesto anno CLOPD che in questo



modo godono ancora prima di entrare nella professione di tutte le tutele spettanti ai professionisti, capitalizzando due anni che saranno validi ai fini pensionistici e che non dovranno riscattare onerosamente in seguito. Anche quest'anno per trattare temi quali la normativa per l'apertura e la gestione dello

studio, la disciplina prevista per le società, la direzione sanitaria, la comunicazione e l'informazione, il sistema di aggiornamento ECM, la previdenza obbligatoria ed integrativa, si sono alternati diversi docenti, fra cui lo scrivente, la dott.ssa Claudia Valentini, la dott.ssa Sara Geretto, il dott. Marco Santina,

il dott. Andrea Morandi. A tutti loro va uno speciale tributo e ringraziamento per la passione con cui mantengono viva l'attenzione degli studenti. Con i migliori auspici condivisi dal prof. Corrado Paganelli, presidente CLOPD, e dal prof. Stefano Salgarello, coordinatore CLOPD, guardiamo già all'edizione 2025! ●

Assemblea ENPAM del 20 aprile 2024 Come sta il nostro ente di previdenza e assistenza

Claudia Valentini

*Vicepresidente della Commissione Albo Odontoiatri (CAO)
Componente Assemblea Nazionale ENPAM*

L'Assemblea ENPAM del 20 aprile scorso ha approvato il bilancio consuntivo del 2023 a larga maggioranza: si è infatti registrato un unico voto di astensione da parte dell'Ordine di Milano, il cui Presidente non ha voluto rendere note le motivazioni.

Senza voler scendere in dettagli numerici troppo approfonditi, proviamo ad evidenziare in sintesi alcuni dati importanti per meglio comprendere lo "stato di salute" della nostra fondazione: nel 2023, nonostante le importanti crisi legate alle recenti vicende belliche, tutte le borse mondiali hanno

registrato risultati piuttosto positivi e, sulla scia di questo, anche gli investimenti finanziari di ENPAM si sono rivelati remunerativi, con un risultato più che positivo del portafoglio finanziario che in termini di redditività (da rendimenti cedolari, dividendi azionari, dividendi da organismi di investimento collettivo del risparmio e plusvalenze da negoziazione di titoli) ha registrato un rendimento di +8,6% al lordo delle imposte (8,1% al netto), portando all'ingresso nelle casse dell'Ente di 360 milioni di € che, sommati ai 45 milioni di € derivanti dall'avanzo



della gestione immobiliare, portano il totale dell'esercizio 2023 a +405 milioni di €. L'utile d'esercizio si attesta a più di 538 milioni di €, con un patrimonio netto che sale

a 25,9 miliardi di € (+1,96% rispetto al 2022), con una diminuzione delle spese di gestione della fondazione che ha portato ad un risparmio di 45 milioni di €.

Un altro dato interessante è l'aumento delle entrate previdenziali, soprattutto grazie a quelle provenienti dalla libera professione; vi è inoltre da sottolineare una diminuzione del numero di iscritti attivi delle altre gestioni, con le relative entrate che restano comunque elevate perché sostenute dall'aumento delle aliquote di versamento (i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, gli specialisti esterni arriveranno entro il 2026 al 26% di aliquota contributiva, mentre gli specialisti ambulatoriali sono già arrivati al 32,65%). Il bilancio 2023 di ENPAM certifica quindi una buona capacità di far fruttare le risorse economiche disponibili, ma nel contempo si ipotizzano future problematiche demografiche legate all'estrema aleatorietà del numero e della disponibilità economica degli iscritti attivi. Dopo il picco di pensionamenti che aveva raggiunto il suo culmine nell'anno 2022, si è evidenziato un rallentamento con inizio di una fase discendente della cosiddetta "gobba pensionistica" (-2% di nuovi pensionati ordinari nel 2023 rispetto al 2022), mentre la riserva legale con un rapporto patrimonio/spesa per erogare le prestazioni previdenziali di 8,23 si mantiene nell'ambito di quanto imposto dalla legge, ovvero una riserva pari ad almeno 5



annualità delle rate di pensione correnti (quanto servirebbe per garantire la persistenza dell'erogazione delle prestazioni previdenziali). Interessante valutare anche il conto economico delle varie gestioni: il Fondo di Previdenza Generale Quota A ha un disavanzo di 24 milioni di €, quello di Quota B un avanzo di 771 milioni, quello dei medici di medicina generale è in disavanzo di 132 milioni, quello della specialistica ambulatoriale è in disavanzo di 56 milioni, quello degli specialisti esterni ha un disavanzo di 20 milioni. A questo proposito sottolineiamo che vi è una logica nella ripartizione del patrimonio della fondazione in funzione del contributo annuo di ciascun fondo: in presenza di apporti percentualmente sbilanciati rispetto alle singole quote di proprietà gli sbilanci vengono compensati attraverso riattribuzioni di quote proprietarie (ad esempio un fondo in disavanzo viene finanziato con l'avanzo di altri, ma salda il suo "debito" con una proporzionale diminuzione della sua quota di proprietà del patrimonio), con una gestione patrimoniale che possiamo

definire di natura solidale. Valutando le prestazioni assistenziali che affiancano quelle previdenziali assicurate dalla nostra fondazione, segnaliamo quelle relative al sostegno alla formazione per il completamento degli studi universitari (bando per gli studenti del 5° e 6° anno di Medicina ed Odontoiatria già iscritti alla fondazione e per i figli universitari di medici e dentisti iscritti anche ad altre Facoltà), con l'erogazione di borse di studio di 5000 € annui per la retta in collegi di merito (fino ad un massimo di 10000 € per due anni) e bandi per borse di studio per i laureati under 35 per proseguire la formazione post laurea (fino a 25000 €). Per quanto concerne il credito finanziario anche nel 2024 i giovani medici e odontoiatri (compresi quelli in formazione come gli specializzandi ed i corsisti in Medicina generale) potranno accedere al credito bancario agevolato con l'erogazione di prestiti per la copertura di spese per l'impianto di uno studio professionale o per l'acquisto o ristrutturazione della prima casa (fino a 300000 €). I vantaggi riguarderanno minori tassi di interesse (fissati da ENPAM con una serie di istituti bancari convenzionati), somme maggiori di quelle che sarebbero erogate senza garanzie (si arriva fino a 120000 €), niente garanzie per la quota di prestito (ENPAM è garante), maggiore rapidità nella concessione del finanziamento che potrà avere una durata fino ad un massimo di 48-60 mesi. ●

Servizi sanitari e transizione ecologica: un'alleanza per una Sanità sostenibile

L'emergenza climatica è stata definita la più grave minaccia per la salute dell'uomo e la sopravvivenza della specie del XXI secolo.

Per contrastare i cambiamenti climatici e promuovere una sanità più sostenibile è necessario progettare insieme politiche più "green".

Con questo obiettivo lo scorso 27 maggio le principali istituzioni della sanità bresciana hanno condiviso e firmato una *Dichiarazione di intenti* per favorire la transizione ecologica nei contesti sanitari.

L'ambito sanitario, infatti, non può essere considerato come un sistema isolato, e contribuisce in modo significativo (almeno il 5%, quota pari al doppio di quanto emesso dal trasporto aereo mondiale) alle immissioni totali di CO₂ in atmosfera, collocandosi al primo posto tra i diversi settori afferenti ai servizi.

La *Dichiarazione* è stata sottoscritta dall'**Ordine dei Medici** insieme ad **ATS Brescia, Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST Spedali Civili, ASST Garda, ASST Franciacorta)** ed enti privati accreditati (**Fondazione Poliambulanza, Istituti Ospedalieri Bresciani – Gruppo San Donato, Università degli Studi di Brescia, Comune di Brescia e Collegio dei Sindaci**

di ATS Brescia, insieme agli altri Ordini Professionali della provincia di Brescia: **Ordine delle Professioni Infermieristiche, Ordine TSRM PSTRP, Ordine dei Fisioterapisti, Ordine della Professione di Ostetrica, Ordine dei Farmacisti, Ordine dei Medici Veterinari.**

Con l'intesa è stato costituito un *Comitato guida territoriale* per definire strategie e ambiti prioritari d'intervento e promuovere iniziative comuni volte a implementare la sostenibilità dei servizi sanitari.



Si sono inoltre definite *nove specifiche aree di lavoro* per ridurre l'impatto ecologico delle cure: dalla gestione degli edifici alla mobilità del personale, dalla gestione dei rifiuti sanitari alla promozione di un'alimentazione sana e sostenibile, dall'utilizzo di gas anestetici, farmaci e dispositivi medici "eco-friendly" alla gestione degli acquisti e all'appropriatezza delle cure (si è stimato che il 20-30% delle prestazioni sanitarie è inutile/inappropriato), fino alla formazione e alla comunicazione.

In seno all'Ordine dei Medici è stato costituito un *Green team* che si coordinerà con il *Comitato guida territoriale*, occupandosi di promuovere iniziative di informazione e formazione degli iscritti sui temi relativi alla salute e all'ambiente, per aumentare la consapevolezza e diffondere comportamenti virtuosi. ●



Foto di gruppo con i rappresentanti delle realtà che hanno firmato la Dichiarazione d'intenti, 27 maggio 2024, sede Ordine Professioni Infermieristiche di Brescia

I casi clinici di Renzo Rozzini

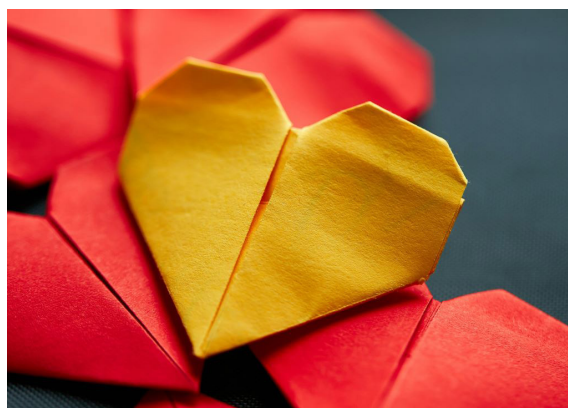
Perduto amore

Quando le vedo nella sala d'attesa, vecchia signora accompagnata da una donna più giovane, di solito figlia, immagino una delle mie visite più tipiche per progressivo difetto di memoria o sintomatologia depressiva. Non sbaglio.

La paziente, 77 anni, ha un disturbo cronico dell'umore, che riferisce essersi recentemente aggravato. L'accompagna la nuora (che le dà del lei). Vedova, vive in un appartamento adiacente a quello del figlio di un comune a trenta chilometri dalla città.

Appoggia una cartella sulla scrivania, che non avrei alcuna voglia aprire, e mi è facile ipotizzare di essere il decimo, o il quindicesimo, medico consultato negli ultimi anni.

Ascolto la storia, gravità e durata dei sintomi, indago sulla presenza di eventuali condizioni di svantaggio sociale, sulla vedovanza, le eventuali dinamiche familiari complesse; la presenza di malattie fisiche, il loro peso sulla disabilità, la comorbidità psichica, ecc. Da subito so che dovrò decidere tra il prescrivere un'inutile nuova combinazione di farmaci, promettendo, sapendo di mentire, se non la guarigione almeno un netto miglioramento oppure confermare la terapia in atto tessendo le lodi dell'ultimo medico consultato, il medico di famiglia, e



consigliando pazienza, ché il trattamento richiede tempo, ma certamente il miglioramento ci sarà. Scelgo la seconda opzione, perché lo studio del medico è poco distante dalla sua abitazione, più facilmente consultabile, maggiore la possibile protezione.

Scrivo il referto della visita e prima di consegnarglielo non riesco a trattenermi dal chiedere quale sia stato il motivo del suo improbabile nome: Plectrude. Era quello della prima moglie del papà, morta giovane, ne era perduto innamorato. Quando si è risposato ha voluto ricordarla dando quel nome alla prima figlia. Quanto avrà influito questo nome sullo stato psichico della paziente? Immagino inoltre come quel "delicato" gesto d'amore del padre sia stato digerito anche dalla mamma.

Beffa e danno. ●

Pregiudizi e prognosi

Quando mi vede, nel parcheggio davanti all'ospedale, mi viene incontro senza indugio, forse anche con un po' di prepotenza. È una signora che conosco, titolare con la sorella di una camiceria del centro. È abbronzata, nonostante la stagione invernale - dirà di essere dovuta rientrare dalla vacanza in Kenya; la madre novantatreenne è caduta rovinosamente in casa e, pur non avendo subito fratture, non riesce più a reggersi in piedi, ad alzarsi dal letto, ad andare in bagno. Dopo una permanenza breve in chirurgia, da ieri sera è ricoverata nel mio reparto, ha la febbre elevata ed è confusa. Già la scorsa estate per l'ennesima caduta si era fratturata il femore, e, poco dopo il rientro a casa avvenuto due mesi dopo l'intervento, aveva recuperato buona parte dell'autosufficienza tanto da licenziare la "badante".

Io ancora nulla so della paziente, ma, dal racconto della figlia, immagino che la situazione sia molto grave, ancor più dopo aver chiesto che aspettative abbia e aver sentito un "che non soffra".

Arrivo in studio, mi metto il camice e vado in corsia, nella stanza della paziente. La signora mi accoglie con sguardo sospettoso, mi presento, chiedo come sta e lei dice qualche sintomo, racconta a suo modo quello che è successo esprimendo ancor prima il desiderio di voler tornare a casa al più presto.

La visito; posso chiederle di provare ad alzarsi dal letto. Si sposta le lenzuola, molto lentamente e con fatica si siede sul bordo. Le metto le ciabatte ai piedi, le porgo le mani affinché possa attaccarsi; con fatica riesce a farlo, sorretta riesce anche a fare un paio di passi. L'aiuto a mettersi sulla sedia ed esco dalla stanza dove incontro la figlia e



le dico i miei dubbi sulla sua prognosi. Non mi ha dato l'idea di una persona morente: "la sua mamma ci sotterra tutti".

Stamattina, nel parcheggio, ho reincontrato la figlia. Ha cercato nuovamente di fermarmi, "la raggiungo dopo in corsia" le ho detto fermamente allungando il passo.

Lei ha insistito, mi voleva parlare. Mi sono fermato. "La mia mamma è mancata stanotte, l'hanno trovata morta nel letto" "Ma come?" dico io. "Ha chiuso con la vita come voleva, nel sonno, senza soffrire. Ha vissuto bene". Sto in silenzio qualche attimo, faccio le condoglianze, la saluto, pensoso e turbato mi avvio verso lo studio. Perché quell'errore prognostico? Cosa l'ha condizionato? L'abbronzatura della figlia? O il suo "non fatela soffrire" (*refrain* che spesso si sente quando i familiari, non i pazienti, sono allo stremo)? Forse ho avuto il retropensiero che la figlia avesse già abbandonato la madre e sono stato in tal modo portato a fare una prognosi che contraddicesse le sue previsioni per punire la sua amoralità filiale?

Nonostante i tantissimi anni di consuetudine con il fine vita, non ho ancora imparato il modo in cui giunge la morte né accettato che spesso questa arriva e te lo fa sapere quando e come vuole lei. ●

Ragione, religione e amorevolezza. E fragilità

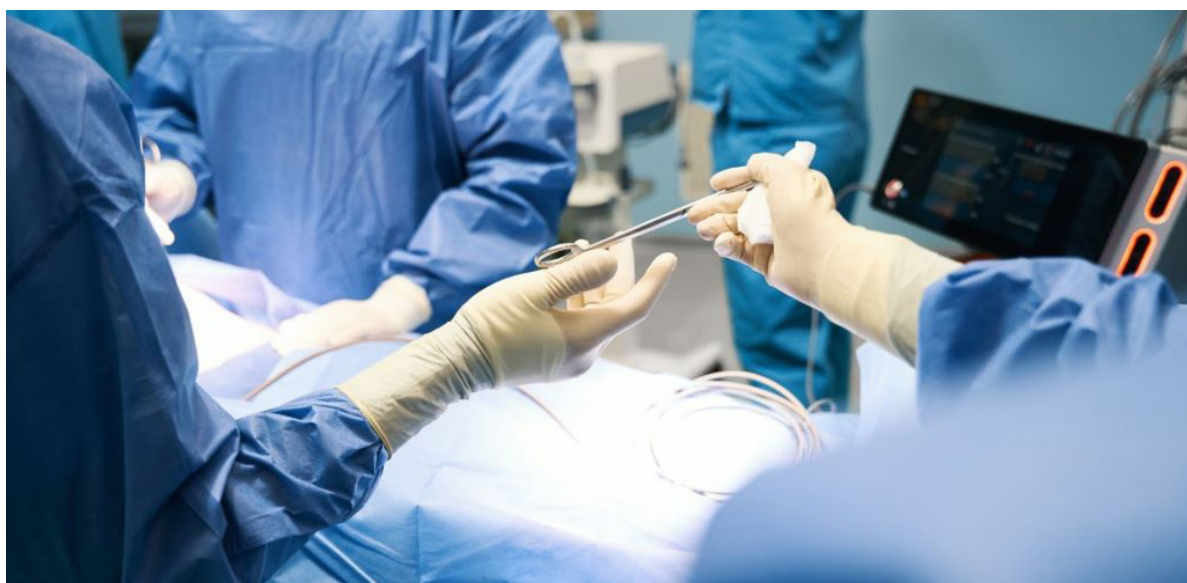
Sacerdote, 94 anni; è stato trasferito da un reparto chirurgico per le complicanze di una procedura che mirava a ottenere uno stato di salute perfetto. Vive con un vecchio confratello ammalato, con la protezione di un'anziana nipote, che pure non gode di buona salute. Nonostante le numerose malattie e interventi subiti, è stato completamente autosufficiente fino al momento dell'ospedalizzazione; ora, dopo l'operazione, non lo è più, né probabilmente più lo sarà.

Ogni volta che lo visito, e il tempo me lo permette, lo faccio parlare, lo fa volentieri; nei frequenti colloqui mi colpisce sempre la luce dei suoi occhi e la velocità dell'eloquio che non tradiscono la sua vivacità interiore. È orgoglioso della sua vocazione, dei suoi studi, dell'insegnamento, dell'impegno salesiano. Racconta che nel 1955 con altri 18 padri e 4 suore ha fondato il Centro di Addestramento Professionale nell'Istituto di Rieducazione Beccaria di Milano che allora ospitava 277

ragazzi dagli 11 ai 21 anni, a quel tempo maggiore età. "Prima del nostro arrivo il tasso di successo dell'istituto di pena - vale a dire la percentuale di giovani che dopo la reclusione smetteva di delinquere - era del 30%, dopo del 70%; "il sistema educativo dei salesiani si fonda sul trinomio ragione, religione e amorevolezza. Prima la ragione!".

Cerco di capire il perché il chirurgo gli abbia proposto un intervento che a 94 anni confina col futile, perché si sia spinto così in là non pensando alle possibili conseguenze. Effettivamente mentre parla il paziente non dà l'idea, anche nelle condizioni attuali, di ritenere che la sua salute sia fragile, di uno davanti al quale ci si deve accontentare o quanto meno essere prudenti. Che non sia stata questa combinazione, l'acritica convinzione di essere immortale che incontra l'idea trionfale della scienza che tutto può, a provocare quell'atto chirurgico incauto?

Con ragionevole pessimismo penso che anche in medicina la migliore delle ipotesi mai si avvera, soprattutto nei novantenni. ●



Dottorressa Sofia Filippini

Appassionata, dolce e curiosa: queste e molte altre parole descrivono quello che era Sofia nella vita di tutti i giorni e nel suo essere medico. La laurea conseguita lo scorso ottobre era stata la coronazione di un sogno portato avanti con entusiasmo e caparbia per anni e doveva essere il punto di partenza di una bellissima carriera. Credo che chi la conosceva davvero non possa che essere d'accordo sul fatto che Sofia avesse tutte le caratteristiche per diventare un grande medico, caratteristiche che non vengono insegnate all'università o che si apprendono nel corso della carriera, ma che sono innate: la capacità di ascoltare le persone, la dedizione per gli altri, la dolcezza e la delicatezza nel porsi nei confronti di chi sta soffrendo, ma al tempo stesso la sicurezza e la fermezza quando necessario.

Purtroppo, il tempo concesso per esercitare la professione dei suoi sogni è stato poco e questo è ingiusto, ma spero che l'insegnamento lasciato da Sofia in questi pochi mesi sia d'esempio per tutti i colleghi che la conoscevano o che ne hanno sentito parlare, per essere dei medici e delle persone migliori, in modo che Sofia sia sempre in tutti noi e per portare avanti quello che lei avrebbe voluto fare.

Riporto un pezzo di un messaggio ricevuto dalla mamma di Sofia, Andrea, nei giorni successivi alla sua scomparsa, che descrive Sofia come medico e che di sicuro l'avrebbe fatta arrossire: "Durante le sue sostituzioni, ho incrociato Sofia un paio di volte: oltre che avere un approccio dolcissimo e molto delicato, era anche molto attenta e profonda nelle valutazioni. Mi fa piacere fartelo sapere. Un abbraccio".

*I genitori Andrea e Ruggero,
i fratelli Nicholas e Greta e il fidanzato Matteo*

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

ricorda con rimpianto i Colleghi deceduti recentemente

Dott. Giuseppe Antoci

Dott. Lucio Massimo Borsoni

Dott. Luigi Cangiotti

Dott. Sergio Canu

Dott.ssa Sofia Filippini

Dott. Luciano Giambuzzi

Dott.ssa Marinella Pagani

Dott. Francesco Pastore

Dott. Adolfo Rigagnoli

Dott. Dario Zaltron

ed esprime ai loro familiari le più sentite condoglianze

SECONDE VITE

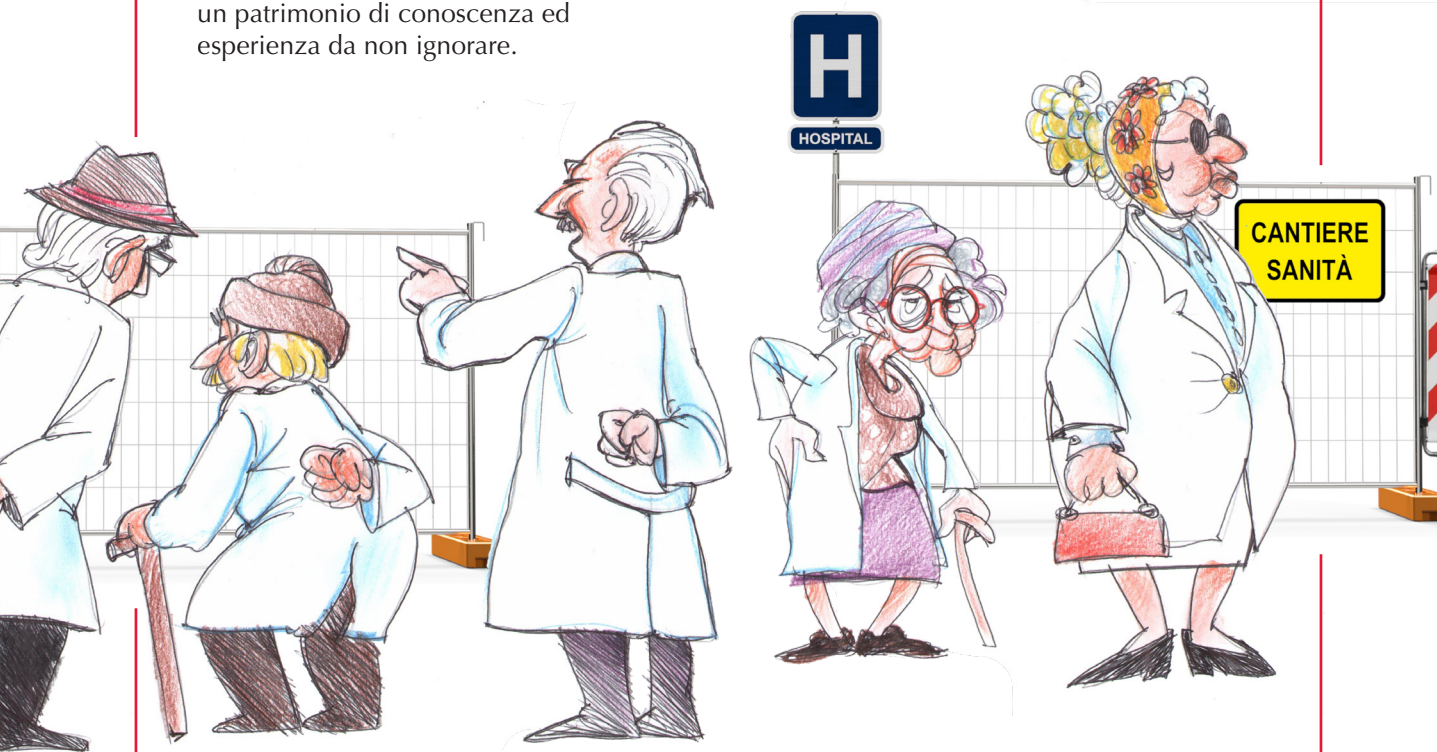
La sanità, ormai è noto, è un “CANTIERE APERTO”, alla continua ricerca di un proprio equilibrio, in bilico tra valore universalistico e sostenibilità, equilibrio che, chissà perché, a taluni appare impossibile, per convenienza o scoramento non è dato sapere.

Ma che questo cantiere veda molti di noi come altrettanti UMARÈL – braccia conserte dietro la schiena, occhio vigile a osservare i movimenti del cantiere, tentazione continua di proporre consigli e suggerimenti su come fare altrimenti quello che nel cantiere si sta facendo – è solo l’ennesimo paradosso di questo tempo sospeso, nel quale le nostre SECONDE VITE, da *Silver resident*, in camice nell’anima prima ancora che nell’abito, piuttosto che da vecchi sapienti ad altro dediti, rappresentano un patrimonio di conoscenza ed esperienza da non ignorare.



Certo, non tutti sono lì fuori ad interessarsi del cantiere, c’è chi ha scelto di staccare e molti sono giunti alla pensione demotivati, esauriti e disillusi, ma se le porte del cantiere si riaprissero è garantito che in tanti si farebbero avanti.

È una forma di MALATTIA anche questa? ●



A TRADIMENTO



Il dottore in vacanza e la solita signora
che vuol consigli pel suo brucior di stomaco

Tratta da "Che cosa dirà la gente?" di Giuseppe Novello, A. Mondadori Editore, gennaio 1938

BUONE VACANZE!!!

seguici online

ORDINEMEDICI.BRESCIA.IT

BRESCIAMEDICA.IT



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