



Per una medicina umanistica

L'intervista

• Federico Faggin.
L'Intelligenza
Artificiale, la
coscienza e il senso
più profondo
dell'essere umani

Editoriali

• Il Privilegio
• I medici bresciani:
la nostra comunità

Primo Piano

• Filippo Anelli:
"Tecnica ed
empatia: l'essenza
della professione
medica"

Pillole di Storia

• 1938: *annus horribilis*.
Dal "Manifesto della
razza" alle leggi razziali
• Banalità del male

IN QUESTO NUMERO

EDITORIALI

Il privilegio
Ottavio Di Stefano 4

I medici bresciani: la nostra comunità
Gianpaolo Balestrieri 6

PRIMO PIANO

**Tecnica ed empatia:
l'essenza della professione medica**
Filippo Anelli 8

UMANESIMO IN MEDICINA

Medicina e umanesimo
Fabrizio Bonera 10

Lo "stress etico" degli operatori sanitari
Giacomo Canobbio 13

Shakespeare e l'antologia di Spoon River
Renzo Rozzini 16

Le parole curano?
Fabrizio Asoli 21

Le storie che raccontano l'invisibile
Il punto di vista di Elena Vavassori

Testo a cura di Gianpaolo Balestrieri e Lisa Cesco 25

Custodire l'umanità nella cura
Raisa Labaran 27

Correre al riparo recuperando arte e umanità
Luciano Corda 29

Medica di tutti e paziente di nessuno
Introduzione di Erminio Tabaglio 31

INTELLIGENZA ARTIFICIALE

**Intelligenza Artificiale in medicina:
problemi etici e deontologici**
Angelo Bianchetti 34

Intelligenza Artificiale in Medicina
Orizzonti clinici, regole, sfide etiche
Convegno il 14 dicembre nella sede dell'Ordine 39

L'INTERVISTA

**L'Intelligenza Artificiale, la coscienza
e il senso più profondo dell'essere umani**
Intervista a Federico Faggin
A cura di Germano Bettoncelli, Alberto Signoroni,
Lisa Cesco 40

LA VOCE DEGLI ODONTOIATRI

**Regolamento europeo dispositivi medici:
ricadute pratiche e criticità per l'Odontoiatria**
Gianmario Fusardi 45



*** spiegazione
della copertina
pag 3**

Estratti
Raffaele Spiazzi

PILLOLE DI STORIA

1938: annus horribilis.
Dal "Manifesto della razza" alle leggi razziali
Chiara Benedetti 47

Banalità del male
Gianpaolo Balestrieri 56

STORIE DI PAZIENTI

Il figlio forse non si droga 58

Il gioco delle bocce e l'odio coniugale 59

Kukident e ictus 60

La Sindrome di Charles Bonnet e il paradiso 62

Renzo Rozzini

LIBRI

Una filosofa in ospedale
Aurora Ghiroldi 63

Dell'immagine di copertina
Raffaele Spiazzi 64

Medici scrittori
Gianpaolo Balestrieri 65

RICORDI

Dottor Cristiano Germano Sigismondo Hüscher
La sorella Micaela 67

Dottor Domenico Menegardo
La moglie Luciana e i figli Daniela e Francesco 70

Dottor Pietro Scolari
I familiari e la figlia Anna Scolari 70

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.

ESTRATTI

Tutto si tiene.

Raccolte insieme e presentate nella loro sequenza cronologica con le mie parole di accompagnamento e guida alla lettura, la serie delle trenta e più copertine di BRESCIA MEDICA pubblicate dal 2012 ad oggi tracciano un bel pezzo di noi e, se me lo concedete, della storia recente della nostra professione e, più in generale, del nostro servizio sanitario, nazionale e regionale.

Sono immagini nate per comunicare, illustrare i temi di volta in volta oggetto del numero in uscita, evocare suggestioni, provocare riflessioni, far sorridere. Irritare se serve. Pensate per bastare a sé stesse, senza intermediazioni né bisogno di parole che le spieghino, ma che, pure, attraverso le parole che le accompagnano, possono raccontare del processo ideativo che le ha prodotte, aggiungendo ulteriori spunti di lettura sul tema in discussione.

Come con un nuovo paio di occhiali

Ma perché tutto funzioni servono gli ingredienti giusti. Servono un comitato di redazione con il quale tu sia in sintonia e piena condivisione di VALORI e INTENTI, ma che abbia anche la pazienza di attendere i tuoi tempi ideativi, generalmente coincidenti con il minuto oltre la scadenza ultima...

Servono poi amicizia, rispetto, fiducia, apprezzamento.

E sincerità. Tanta. Ma serve anche quel pizzico di sale che dia sapore al contributo. Serve sapersi raccontare intercettando le diverse sensibilità che compongono il comitato di redazione, senza mai venir meno alla coerenza



del pensare le cose che dici, disegni e scrivi.

Perché leggerli deve risultare interessante e indurre a guardare meglio, COME CON UN NUOVO PAIO DI OCCHIALI, l'immagine che hai proposto per la copertina e, attraverso quella, riprendere la lettura della rivista.

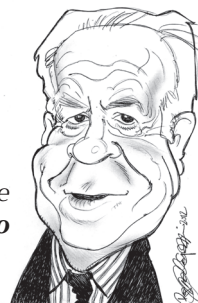


Nulla più che un punto di vista, senza alcuna pretesa di verità. Ma anche una forma di TESTIMONIANZA e PARTECIPAZIONE, e tutti sappiamo quanto di ciò oggi abbiamo bisogno.

E non finisce qui... ●

Il privilegio

Il Presidente
Ottavio Di Stefano



“Più tardi la vengo a cercare, dobbiamo fare due chiacchiere a quattr’occhi”.

Il giovane neolaureato, in quell’estate del ’76, non capiva. L’Aiuto aveva appena completato anamnesi e visita accurate. Era chiaro perfino a lui che il cinquantenne muratore che riferiva, con assoluta naturalezza, di bere un fiasco di vino al giorno, presentava un quadro classico di cirrosi epatica. Si era quasi entusiastato dal suo rilievo semeiologico del versamento ascitico. Cosa doveva dirgli l’Aiuto. Era curioso, avrebbe voluto partecipare al colloquio, ma non osava chiederlo.

“Sei libero che dobbiamo parlare con il sig. B.?”
(non il numero di letto).

In medicazione: B., in pigiama, guardava con preoccupato rispetto l’Aiuto.

“Signor B, sta meglio?”.

“Sì dottore. Il gonfiore alle gambe è diminuito e la pancia è meno gonfia e poi non ho più il tremore e sa... mi sembra di ragionare meglio, insomma di essere più, come si dice, presente”.

“Vede sig. B. le nostre cure funzionano e fra un paio di giorni la manderemo a casa. Quanti figli ha?”.

“Quater... mi scusi quattro. Il più grande fa l’ITIS ed è bravo, due sono alle medie e l’ultima alle elementari. Mia moglie, oltre a tenere la casa, «gli» sta sempre dietro. Sono contento”.



“Sig. B. bella famiglia, complimenti, ma vede le nostre medicine hanno ridotto i suoi disturbi, ma non curano la malattia. C’è bisogno di una cura che può fare solo Lei, ed allora, molto probabilmente, la malattia si fermerà”.

B. divenne serio, triste. “Lo so... lo so. Me lo dice sempre mia moglie. Devo smettere di bere, ci proverò, per loro”.

“Non solo per loro, ma prima di tutto per Lei stesso, noi saremo sempre qui quando avrà bisogno”.

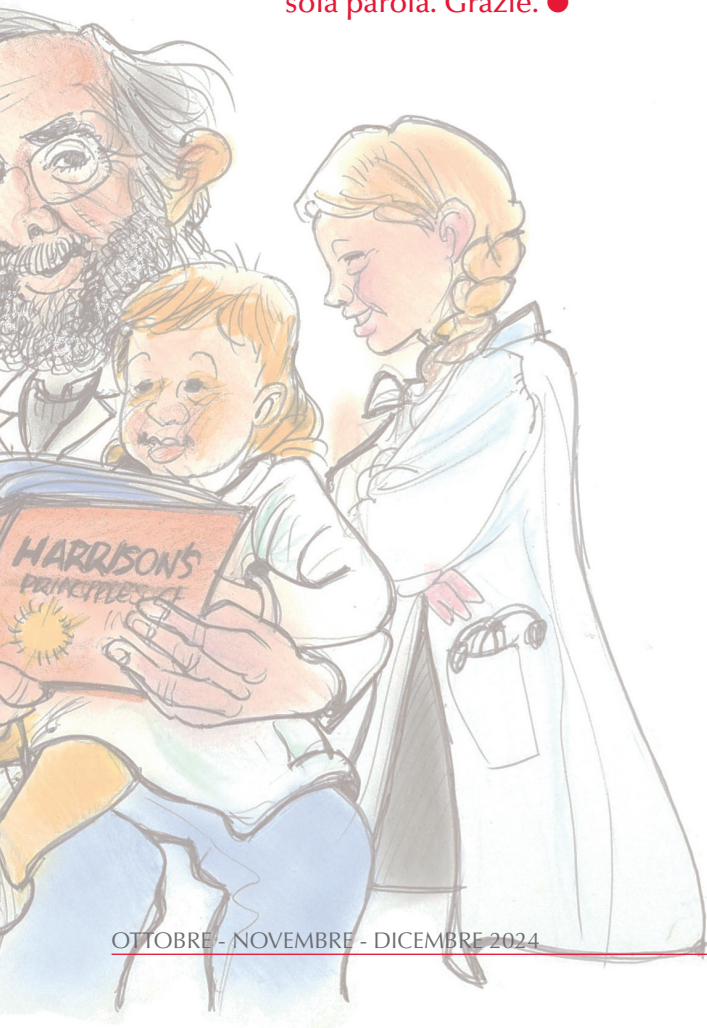
B. si alzò, l’Aiuto gli diede una stretta vigorosa e gli mise una mano sulla spalla. “Grazie”, disse con un filo di voce B. e, con grande stupore del neolaureato, diede la mano anche a lui.

B. fu rivisto varie volte (ricoveri programmati, oggi assolutamente inappropriati) e sempre in situazioni di compenso. Entrò a far parte di uno dei primi gruppi di “Alcolisti anonimi” e divenne un educatore.

Togliete l’inevitabile patina romantica all’episodio, che ha quasi cinquant’anni, ma a quel neolaureato questa storia ha fatto un gran bene.

Fare il medico è un privilegio.

Questo è il mio ultimo editoriale da Presidente, vorrei dirvi tante cose, raccontarvi le tante emozioni di un periodo davvero importante della mia vita, ma mi viene una sola parola. Grazie. ●

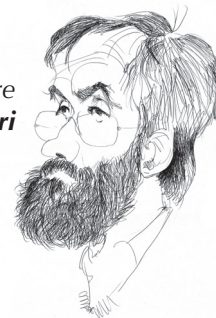


I medici bresciani: la nostra comunità

“Per una medicina umanistica”.
Il titolo di questo numero rispecchia un programma, un auspicio, difficili da realizzare. Viviamo una crisi profonda del nostro sistema sanitario la cui tenuta stessa è a rischio. Demotivazione e *burnout* riguardano numeri preoccupanti di colleghi, gravati da turni pesanti, ripetitività del lavoro, richieste assillanti delle amministrazioni, rapporti difficili con il pubblico, fino alle minacce, le aggressioni, le denunce.



Il Direttore
Gianpaolo Balestrieri



La medicina, tuttavia, ha superato molte fasi difficili nella sua lunga storia.

Le ha superate, a mio avviso, mantenendo ferme le prerogative dell'attività medica come professione intellettuale, integrata con le altre professioni sanitarie, ma non sostituibile da algoritmi, protocolli, linee guida né, in un prossimo futuro, dall'intelligenza artificiale.

Essere medico vuol dire poi far parte di una comunità di donne e uomini che condivide valori deontologici e finalità di azione.

Alla comunità medica bresciana si è rivolta in questi anni Brescia Medica, entrando nelle case di tutti gli iscritti. Non ha voluto essere un bollettino, ma una rivista di approfondimento

su temi sanitari di interesse generale, radicandoli nel nostro contesto locale.



In che misura vi sia riuscita non sta a me dirlo. Ma, essendo questo **l'ultimo numero della consiliatura che sta per scadere**, devo ringraziare **tutti coloro che hanno contribuito alla sua vita**.

In particolare, devo un ringraziamento a **Raffaele Spiazzi** che, fin dalla prima uscita, con le sue vignette argute, originali, graficamente superbe, ha saputo interpretare meglio di ogni scritto lo spirito, il senso di ogni numero.



E **Angelo Bianchetti**, il nostro bravissimo sondaggista, che ha scandagliato per noi le opinioni, gli orientamenti, gli umori dei colleghi.

Renzo Rozzini che, con i suoi brillanti e pensosi ritratti di pazienti, ha scritto una raccolta di storie di sapore cechoviano.

Un sincero grazie a **Margherita Saldi** che dall'inizio, con pazienza e inventiva, ha curato la veste grafica della rivista ed i rapporti con gli autori.

E a **Lisa Cesco** che ha elaborato e redatto con sintetica chiarezza le interviste ed i forum. Dedicandosi inoltre negli ultimi anni alla costruzione e gestione della versione online.

Infine, senza l'amico **Ottavio Di Stefano**, Presidente uscente dell'Ordine, la rivista non avrebbe mai avuto luce. Il suo impegno e la sua condivisione sono stati insostituibili.

Naturalmente un ringraziamento è d'obbligo per **tutti i colleghi** che hanno in questi dodici anni letto e talvolta apprezzato il nostro lavoro. ●

Tecnica ed empatia: l'essenza della professione medica

Filippo Anelli

Presidente della Federazione Nazionale Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO)

In un'epoca di veloci cambiamenti tecnologici e sociali, la medicina sta compiendo passi da gigante in termini di precisione diagnostica, terapie innovative e tecniche chirurgiche. Tuttavia, mentre celebriamo i successi della scienza, non dobbiamo dimenticare che al centro della professione medica c'è, e deve sempre esserci, l'essere umano.

La medicina non è solo una scienza, ma anche, e soprattutto, un'arte umanistica.

Essa si fonda sul rispetto della dignità della persona e sulla comprensione profonda del paziente come individuo unico, con la sua storia, le sue emozioni e le sue speranze. La medicina è infatti di per sé anche una disciplina umanistica, perché nella prassi assistenziale pone l'uomo nella sua totalità al centro della cura, coniugando la componente tecnico-scientifica con quella antropologica ed etico-religiosa. Questo approccio ricorda ai medici che la malattia non colpisce solo un corpo, ma una persona nella sua interezza: fisica, psicologica e sociale.

Curare una malattia senza considerare la complessità della vita del paziente significa offrire una soluzione parziale, quando invece è richiesta una visione olistica.

Noi medici siamo consapevoli che nella pratica clinica ascoltare un paziente è tanto importante quanto formulare una diagnosi accurata. Il dialogo è infatti il primo strumento di cura, poiché permette di comprendere non solo i sintomi fisici, ma anche l'impatto emotivo e sociale della malattia. **L'empatia, la capacità di mettersi nei panni dell'altro, è un'abilità che ogni medico dovrebbe sviluppare e affinare nel corso della propria carriera.** Questo non solo rafforza il rapporto di fiducia con il paziente, ma favorisce una cura più completa ed efficace.

Eppure, oggi un medico fatica ad avere il tempo dell'ascolto come tempo di cura, perché in un sistema sanitario in crisi e in carenza di risorse umane è pressato da incombenze burocratiche e carichi di lavoro eccessivi. La relazione medico-paziente, che è il cuore pulsante della medicina e si fonda su un dialogo reciproco, sull'ascolto attivo e sul rispetto della soggettività del paziente, rischia di venire così compromessa. Occorre invece ricostruire un rapporto medico-paziente, restituendo centralità alla relazione e alla fiducia reciproca, a partire dai diritti e doveri di ciascuno. La partecipazione attiva, informata e la piena adesione da parte del paziente al

percorso di cura proposto sono infatti fattori determinanti per supportare il clinico ad esercitare la professione come prevede il codice deontologico, in piena autorevolezza, e a rafforzare la relazione e l'alleanza terapeutica.

Ma come si può operare affinché il professionista recuperi il tempo della relazione e sviluppi competenze relazionali e comunicative capaci di rispondere in modo più adeguato ai bisogni attuali del paziente? Sicuramente, occorre intervenire a livello organizzativo e strutturale su un sistema sanitario in forte affanno, provato da carenze di personale medico e tagli lineari alle risorse umane e finanziarie.

Il tempo di cura e di ascolto è venuto meno a causa di una progressiva burocratizzazione del lavoro del medico, chiamato sempre più ad essere un tecnico che ottempera a linee guida stabilite dall'amministrazione, più che un professionista che opera in scienza e coscienza, all'interno di una relazione con il paziente che è innanzitutto un rapporto tra due persone. Dobbiamo tornare ad essere medici dei cittadini, delle persone, perché solo all'interno di un ruolo professionale autonomo e indipendente possiamo recuperare il rapporto umano esclusivo con il paziente che si affida a noi.

Dobbiamo infatti partire dal presupposto che la medicina sia una pratica valutativa, in cui le decisioni non si possono basare solo su un approccio scientifico ma anche su giudizi di valore, non determinabili in base a criteri puramente oggettivi. Solo il malato, per esempio, può decidere se un trattamento sia tale da conciliare il prolungamento della sopravvivenza con un livello di qualità della vita accettabile.

Purtroppo, il modello di formazione medica attuale, orientato prevalentemente sulla tecnica e sulla scienza, spesso trascura l'aspetto umanistico. L'enfasi sugli esami



diagnostici e le procedure può portare alla riduzione del paziente a un semplice "caso clinico".

Le competenze relazionali dovrebbero invece essere insegnate tanto quanto le competenze tecniche: corsi di etica medica, antropologia della salute, comunicazione empatica e narrazione della malattia possono aiutare i futuri medici a sviluppare una maggiore consapevolezza delle dimensioni umane della professione.

Il futuro della medicina è racchiuso proprio nella nostra capacità di integrare le capacità tecnologiche con l'empatia e la comprensione interpersonale.

Nessun algoritmo potrà mai sostituire il giudizio clinico che emerge dall'incontro tra un medico e il suo paziente, un incontro che è fatto di ascolto, intuizione e una profonda connessione umana. ●

Medicina e umanesimo

Fabrizio Bonera

Medico di Medicina Generale

Nel colloquiare con le ragazze ed i ragazzi tirocinanti che alternativamente si accostano al mio lavoro spesso mi lascio andare a considerazioni biografiche. La loro vicinanza mi stimola alla narrazione medica.

Sono un medico *"attempato"* e mi definisco come un medico che si è formato nel tempo della *"medicina dei segni"* per approdare al tempo della *"medicina delle immagini"*.

La *"medicina dei segni"* rimanda al concetto di una competenza medica - la *techne* - che si avvale del senso di un riconoscimento rivelatore, del toccare, della parola e del dialogo. La *techne* medica originaria consisteva nella capacità da parte del medico di integrare la storia del paziente con la oggettività del suo stato fisico rilevato con l'esame obiettivo, il tutto rapportato al contesto generale sociale, ambientale e cosmico.

La *"medicina delle immagini"* mi rimanda all'aspetto non tanto tecnico quanto tecnologico che caratterizza la medicina attuale. Essa traduce una trasformazione del significato di *"techne"* che viene intesa come capacità di applicare e leggere le risorse tecniche derivate dal progresso e dall'avanzamento delle conoscenze scientifiche e dai conseguenti successi. Si corre però il rischio che l'approccio tecnologico alle problematiche del paziente

sia considerato come l'unico modo - o per lo meno il preponderante - di rapportarsi con il paziente. In tal modo si privilegia solo l'avvicinamento alla realtà fisiopatologica del paziente, favorendone una valutazione riduzionista ed escludendone la dimensione soggettiva e antropologica (malattia d'organo vs malattia di organismo).

L'uso di queste metafore copre un lasso temporale entro il quale si colloca tutto il mio percorso di medico e mi porta ad una considerazione di fondo per la quale la disciplina medica, intesa sia come professione sia come contesto più ampio di scienza medica, si fonda su una ambivalenza. Intendo la medicina come espressione della coesistenza di *"techne"* e *"sofia"*. Non si tratta di concetti opposti, di una antinomia, bensì di quella che il linguaggio fenomenologico definirebbe una *"ambivalenza non disgiuntiva"*, nella cui tensione dialettica si realizza quel sapere compositivo che deve essere bagaglio del medico.

Nel delineare un rapporto fra Medicina ed Umanesimo considero che il medico debba possedere certamente la competenza, intesa come bagaglio tecnico-professionale, ma anche la sofia, ovvero quella conoscenza che oltrepassa le nozioni tecniche e che consente la loro applicazione alla realtà umana.

Mutuo questi concetti da Herman Boerhaave, il chirurgo olandese che nel 1727, sul modello del pensiero spinoziano, affermò che **due cose sono necessarie al medico: che possieda la scienza e che possieda quella disposizione di pensiero che gli consenta di esercitarla in modo affabile**. Competenza ed affabilità intese come coordinate su cui fondare il mestiere di medico.

La affabilità inerisce all'area semantica della parola e a tutto ciò che ad essa è connesso: la corretta comunicazione, la capacità di ascolto, la comprensione ed il farsi comprendere, il rapporto empatico. D'altro canto, già Platone nel Carmide affermava che il rimedio della malattia non consiste solo nella somministrazione del *pharmakon*, ma si avvale anche dell'uso dei *logoi*, l'uno e l'altro usati insieme. Ciò comporta il netto superamento del dualismo cartesiano di *res cogitans* e *res extensa* per approdare al concetto di persona come oggetto e soggetto di cura (superamento al quale lo stesso pensatore francese era giunto nella VI Lettera).

Nel corso dei miei anni di professione medica sono giunto alla convinzione che la Medicina deve basare la propria ontologia su fondamenta solide in grado di sostenere i successivi progressi legati all'avanzamento scientifico: quasi una epifenomenologia in cui l'avvento di tecniche nuove e il loro impiego trovano legittimazione su una epistemologia di base costituita dalla **coniugazione di *techne* e *sofia***.

Ciò è tanto più vero in questi anni - e lo sarà sempre di più in futuro - in cui la sfida alla Medicina è costituita dall'incremento esponenziale delle patologie croniche il cui approccio deve essere certamente tecnico, ma anche caratterizzato da un umanesimo fatto di disponibilità e affabilità, ovvero *high tech* e *high touch*, come direbbero gli anglosassoni. Un approccio che non sia spersonalizzante e contrassegnato da profondità ontologica del rapporto medico paziente, in cui la malattia non sia solo una categoria nosologica.

L'esperienza maturata mi ha portato alla convinzione che la malattia è un evento indesiderato, certo, ma è un evento che



nel suo sopraggiungere è individuale, personale, che il paziente deve attraversare da solo, improntato da una alta variabilità. L'Umanesimo in medicina trova piena legittimazione nella constatazione che si tratta di una disciplina scientifica intesa come una variabile dipendente multifattoriale. In questo caso, infatti, la oggettività delle cose è scavalcata dalla soggettività delle percezioni e delle propensioni umane che non si lasciano imbrigliare in logiche e schemi prefissati. I pensieri sommariamente esposti costituiscono la mia *Weltanschauung* medica, a cui sono profondamente ancorato e che i miei maestri mi hanno trasmesso. Tuttavia, a volte la sento minacciata, e sono consapevole di vivere un paradosso. Se scorro sommariamente i testi delle ripetute proposte di riforma sanitaria o di riforma della presa in carico dei pazienti cronici mi accorgo che il linguaggio usato non è propriamente medico, ma attiene alla semantica della produttività e della economia. Il malato non è più il paziente ma un utente o fruitore di servizi. Il paradosso è la mia consapevolezza di vivere nel tempo di un paradiso tecnologico che non mi sarei mai aspettato anche due decenni fa a cui fa da contrappeso un crepuscolo della consapevolezza etica. Ho il serio timore che il medico postmoderno sia solo, nel migliore dei casi, solo tangenzialmente toccato da questi paradossi e mi chiedo a volte con quale speranza pensa egli di accostarsi agli spazi definitivi del dolore in cui la vita confina con la morte, visto che sembra prassi nei corsi universitari non occuparsi filosoficamente del tema della morte o per lo meno del rapporto fra medico e paziente inguaribile. Non per sua colpa. Egli è il prodotto di quella stessa società in cui queste ambiguità fioriscono. La stessa società che detta il tempo alla cura in una logica ancorata alla produttività quando invece la cura deve essere svincolata dalla dimensione del tempo. Il medico non può essere derubato del tempo. È auspicabile che egli doni il proprio tempo senza fremere di fretta e che visiti il malato prima di guardare gli esami. Dedicare tempo è una delle premesse per l'empatia, per realizzare quella

alleanza tra paziente e medico che altrimenti diventerebbe fra farmaci e sola tecnica.

A volte mi ritrovo a fare molto tardi, ad insistere ed indugiare con l'ultimo paziente, incurante dell'ora; tolgo tutto quanto crea distanza fra me e il paziente, soprattutto le protesi digitaliche che occupano costantemente i nostri ambulatori. Alla fine, provo l'intima gratificazione del tempo donato.

Mi vengono in mente le parole di Alberto Malliani "... se un malato vi racconta la sua storia e non avete voglia, a storia finita di ricominciare daccapo per chiedere meglio, per ascoltare ancora, se non dimenticherete l'esatto scorrere del tempo, se non farete tardi...è segno che non stavate facendo il medico".

Mi permetto un atto conclusivo. Il pensiero medico nasce sull'isola di Kos, su una riva marina, così come il pensiero greco presocratico. Un pensiero nato "sulle rive" è un pensiero di confine in cui si concretizza l'apertura fra il sé e l'altro. È un pensiero di transito in cui si realizza una relazione. La Medicina non è una scienza pura che sta a sé. Sussiste in funzione delle sue interrelazioni e in quel suo porsi per l'altro in cui si estrinseca il concetto di cura. Quaranta anni di ricerca biologica e di pratica clinica mi hanno condotto alla considerazione che il pensiero riduzionista che ha pervaso la medicina moderna ha un poco eluso il sapere di confine. Ho profonda nostalgia e auspico la ricomparsa della dimensione intellettuale della pratica clinica. Va bene il richiamo ad Ippocrate ma io direi anche quello a Galeno che suggerisce il concetto di "*medicus quoque philosophus*", quasi a ribadire la necessità antica ma quanto mai attuale del ruolo intellettuale del medico. La Medicina è sapere di confine in quanto deve essere perfetta sintesi di *techne* e *sofia*, di competenza e sapienza, di quella sapienza assolutamente necessaria all'applicazione della competenza. Il Medico amico del sapere (filo-sophia), coniugandosi alla *techne*, realizza la filantropia, ovvero l'amore per l'Uomo. ●

Lo “stress etico” degli operatori sanitari

Giacomo Canobbio

Ordinario di Teologia sistematica presso la Facoltà Teologica dell'Italia Settentrionale di Milano, direttore scientifico dell'Accademia Cattolica di Brescia e delegato vescovile per la pastorale della cultura

Premessa

Da quando la medicina è stata riconosciuta come utile servizio alle persone, il tema etico è entrato massivamente nella riflessione: ne è attestazione millenaria il cosiddetto giuramento di Ippocrate. Lo sviluppo della scienza/arte medica ha però messo in evidenza che i principi enunciati in tale giuramento non bastano a risolvere gli interrogativi che gli operatori sanitari si pongono di fronte a situazioni sempre più complesse. Per questo sono sorti i comitati etici ai quali vengono sottoposte questioni che i singoli operatori non sono in grado di risolvere. Ciò denota la consapevolezza che non tutte le metodiche rese possibili dall'esperienza e dalla tecnica sono equiparabili: la ricerca di criteri secondo i quali procedere è già indizio di sensibilità etica, che deriva sia dalla tradizione che risale alle origini della medicina sia dalla considerazione del valore delle persone umane, mai identificabili con la malattia. **La persona malata è anzitutto una persona umana, che vale di più della sua malattia.** Indiscutibile che il progresso della medicina è avvenuto anche grazie a forme di

sperimentazione, ma nessuna sperimentazione può avvenire senza una valutazione delle conseguenze di essa sulla condizione delle persone. Per questo si è introdotta la pratica del consenso informato, perfino nelle cure già sperimentate.

Nell'attuale contesto la questione etica è destinata a porsi in forma sempre più acuta, anche per gli scenari che l'intelligenza artificiale applicata alla medicina lascia intravedere.

Rapporto tra ethos ed etica

Per tentare un primo accostamento alla questione si deve partire da una germinale *explicatio terminorum*. Etica non coincide infatti con *ethos*. Questo secondo termine indica un comportamento condiviso, il primo indica invece norma di comportamento. Questa distinzione aiuta a comprendere che il criterio di un comportamento etico non deriva dal fatto che “si è sempre fatto così” o “fanno tutti così”. Non deriva neppure da ciò che la legge permette o proibisce: la legge, infatti, rispecchia la visione della maggioranza, ma non dice necessariamente il valore etico della norma. A questo riguardo si

deve ricordare che ambito giuridico e ambito etico sono apparentati, ma non si identificano. Se si identificassero, non ci sarebbe alcuna possibilità di obiezione di coscienza e la legge assurgerebbe a principio indiscutibile, con la conseguenza di negare legittimità a ogni critica o lamento nei confronti della stessa e di giungere a forma di assolutismo negatore di libertà personale.

Etica in ambito medico

Stante questa precisazione, in che modo si può considerare etica una pratica medica? La domanda richiama necessariamente lo scopo della medicina, ma pure la consapevolezza dei limiti della stessa. Fin dagli inizi dell'umanità la medicina è stata pensata come cura della persona, non della malattia. Certamente, per avere cura della persona si deve eliminare la malattia che toglie vitalità alla persona.

Appunto questa distinzione apre a una concezione di persona e coerentemente di cura. La persona umana non è immortale, ma ha un valore in ogni condizione di vita. La recente Dichiarazione della Congregazione per la dottrina della fede, *Dignitas infinita*, ha cercato di richiamarlo a fronte di tendenze che concepiscono la dignità della persona solo quando questa corrisponde a criteri di efficienza, di utilità alla società, di totale

autonomia. I rischi ai quali ci si espone quando detti criteri diventano prioritari ce li mostra la storia, che fortunatamente in noi suscita ancora orrore.

Tenere in conto che la persona malata non è immortale ha ricadute sulla comprensione della medicina: non è onnipotente e quindi è capace di fermarsi quando si avvede che le cure non porteranno miglioramento alla condizione della persona. Si evidenzia pertanto la differenza, ormai diventata luogo comune, tra curare e avere cura. Da tale differenza deriva il criterio della proporzionalità delle cure. **Ovvio che tentare cure che risultano "inutili" a migliorare le condizioni della persona malata potrebbe, alla lunga, servire al progresso della medicina. Ci si dovrebbe però domandare se, procedendo in questo modo, non si "usi" la persona malata come mezzo anziché considerarla come fine.**

Non va poi sottaciuto che anche la pratica medica è sottoposta a sollecitazioni di carattere economico: le case farmaceutiche e fornitrici di apparati medici, nonché l'obiettivo di ottenere profitti praticando cure, spingono a somministrare medicinali, a sottoporre a diagnostiche, a interventi chirurgici, anche quando - sulla base delle conoscenze scientifiche raggiunte - si è consapevoli che non si avranno effetti benefici



sulla persona malata. Questa notazione richiama anche un'altra implicazione etica: la ricaduta sui bilanci statali relativi alla sanità.

La stessa notazione può essere fatta per quanto attiene all'attenzione rivolta alla persona malata: se per avere rimborsi che generano profitto, alla diagnostica si dedica poco tempo (più visite, più rimborsi e quindi maggiore profitto), vuol dire che al centro non sta il benessere della persona, bensì quello degli azionisti.

Un ulteriore aspetto attiene al rischio di denunce per supposta inappropriata nelle cure prestate. Accade sempre più frequentemente che ci si attenda miracoli dalla medicina, e quando questi non arrivano, agli operatori sanitari capita di essere denunciati. Si tratta di un fenomeno relativamente recente. In esso si intravede un aspetto distorto della fiducia nella scienza e nella tecnica: in queste si proietta l'attesa di una vittoria su ogni limite, alla fine di vittoria sulla morte. A causa di tale attesa diventa difficile accettare e far accettare che la condizione umana è strutturalmente connotata da limiti che nessuna scienza o tecnica è in grado di superare.

Lo "stress etico" delle persone curanti

Da queste rapsodiche considerazioni appare chiaro che chi opera in ambito sanitario è sottoposto a una specie di "stress etico".

Come muoversi nell'intrico delle molteplici esigenze?

Qual è il comportamento etico più corretto?

Come imparare a discernere?

Le tre domande sono ovviamente connesse. Per rispondervi si può prendere avvio dall'ultima. Infatti, la condizione fondamentale è la consapevolezza di dover imparare. E non tanto le soluzioni, bensì i criteri in base ai quali si attua il discernimento. Questi non possono essere stabiliti anzitutto da interessi economico-organizzativi, bensì da una visione antropologica: la persona malata non è oggetto di analisi, bensì termine di una relazione umana. Facile a dirsi. Quando i ritmi ai quali gli operatori sono sottoposti sono insostenibili, quando i tempi di assistenza sono prestabiliti, quando le

persone dedite alla cura diminuiscono, quando le risorse economiche non sono adeguate, come è possibile stabilire relazioni umane, pur asimmetriche, tra persona curante e persona presa in cura?

La questione etica diventa questione sociale, di etica sociale, e alla fine politica. In questa congiuntura il discernimento diventa ancora più difficile. Ma è appunto in tale congiuntura che il discernimento diventa ancor più

necessario: non soggiacere a regole imposte dall'esterno della propria coscienza formata alla visione antropologica ricordata diventa la scelta etica prioritaria. Questa suppone però consapevolezza di dover rispondere anzitutto al bene della persona che si è affidata alle cure di chi, dotata/o di scienza e di capacità tecnica, è chiamata/o a reintegrare - dove è possibile - la salute delle



persone malate, stabilendo con esse un patto di solidarietà. Tale consapevolezza implica riscoprire che la professione non è esercizio tecnico che potrebbe essere sostituito da un robot, bensì attuazione di co-umanità.

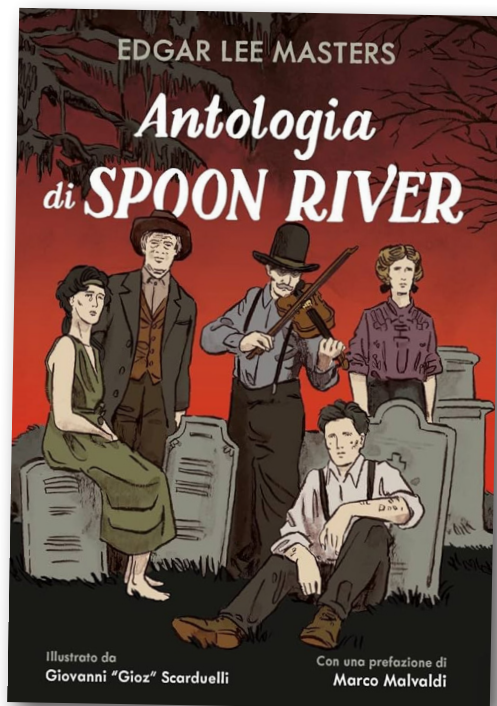
Far valere questa visione in modo critico anche nei confronti delle organizzazioni sanitarie è scelta etica di alto profilo: non c'è nessuna scelta etica semplicemente privata; siamo infatti tutti interconnessi, e le scelte di una persona incidono su quelle di tutti, benché a volte si abbia l'impressione dell'inefficacia. Non va dimenticato che capiterà anche alla persona curante di aver bisogno di essere presa/o in cura. A questo riguardo varrebbe la pena di rivedere il film, un po' datato (1991), di Randa Haines, *Un medico un uomo*, nel quale si mostra la trasformazione intervenuta in un noto chirurgo in seguito a un cancro che lo ha colpito. A volte l'etica si impara più dalla vita che non dai libri. Sempre che si sia disposti a imparare. ●

Shakespeare e l'antologia di Spoon River

Renzo Rozzini

Fondazione Poliambulanza - Istituto Ospedaliero

Nell'introduzione della prima edizione del testo di medicina interna *"Harrison's, Principles of Internal Medicine"*, il paragrafo sulla relazione medico-paziente così riporta: *"Ci si aspetta dal medico tatto, simpatia e comprensione, perché il paziente non è una semplice raccolta di sintomi, segni, funzioni disordinate, organi danneggiati ed emozioni disturbate. È umano, timoroso e fiducioso, in cerca di sollievo, aiuto e rassicurazione. Per il medico, come per l'antropologo, niente di umano è strano o ripugnante. Il misantropo può diventare un abile diagnostico di malattie organiche, ma difficilmente può sperare di avere successo come medico. Il vero medico ha un'ampiezza shakespeariana di interessi per il saggio e lo sciocco, l'orgoglioso e l'umile, l'eroe stoico e il lamentoso furfante. Si prende cura delle persone"*.



La signora Maria, 76 anni, vedova, non sta bene. Sono sei mesi che non sta bene, sono sei mesi che fa esami di ogni tipo, del sangue, ecografie, radiografie, TAC, risonanze: negativi. Viene in ambulatorio accompagnata dal figlio col quale vive. Non sta bene. Sono sei mesi che ha capito che il figlio prima o poi, più prima che poi, andrà a vivere con l'attuale fidanzata, uscirà di casa. Ovviamente è felice che il figlio abbia trovata la donna adatta a lui. Ovviamente. La signora Giovanna ha 82 anni, è vedova da più di cinquant'anni. Quando il marito è morto ha continuato da sola la loro attività commerciale, un negozio di calzature. Ha cresciuto le quattro figlie con durezza, non avrebbe potuto fare diversamente. Le figlie si sono sposate, a loro volta hanno avuto figli, belle famiglie; tuttora sono succubi della madre che, dicono, non ha mai dato loro una carezza, un bacio. Col tempo, oltre alla perdita di memoria, il carattere

si è ulteriormente irrigidito, lei non è mai contenta e ricatta le figlie con malattie vere o immaginate facendole sentire in colpa (con sacrifici immensi le ha fatte crescere...). È sempre più egoista. Quando le chiedo con chi vive, dice da sola, ma sola non è mai, ha già cambiato almeno venti badanti, alle quali lesina cibo e riscaldamento (le fa dormire in una stanza con termosifone spento) e che naturalmente le rubano detersivi e biancheria.

Il signor Romolo, 79 anni, è accompagnato dalla moglie e dal figlio. Appena si siede dice di non essere sordo, che è inutile che alzi la voce. Ha lavorato come fornaio fino a quarant'anni ("fino a cinquanta", dice la moglie), poi, venduto l'esercizio ("è stato un affare, il negozio me lo invidiavano tutti"), ha fatto il rappresentante di farine per fornerie e pasticcerie per dieci anni ("cinque" dice la moglie), ("i miei vecchi clienti quando mi incontrano mi ricordano ancora") e infine di prodotti per la ristorazione ("i migliori li avevo io"). Quando la moglie interviene per spiegarmi il motivo della visita, che lui giudica inutile - "l'hanno costretto i figli", - la zittisce. Ha perso la memoria, ma non la maleducazione.

Medici e infermieri vorrebbero sempre avere a che fare con pazienti collaborativi, che si fidano delle loro capacità, in grado di elencare in modo preciso i loro sintomi e di comprendere quanto loro viene detto. Questa situazione si verifica però raramente. I manuali di medicina definiscono in modo schematico, e per questo utile, profili di pazienti che si possono incontrare nella pratica clinica: il paziente gradevole, quello ansioso, quello depresso, il paziente psicosomatico, il paziente oppositivo e quello manipolativo, il paziente che fa continue richieste di esami e quello che vuole in continuazione farmaci, il paziente... Ogni paziente, anche se soffre della medesima malattia, è un paziente diverso. L'interazione non è sempre facile e talora "un brutto carattere" può aumentare il grado di disagio del medico. Una persona agisce diversamente da

un'altra come conseguenza degli aspetti innati del comportamento, che possiede già dalla nascita (il temperamento), degli schemi di pensiero, influenzati da ambiente e cultura, che si sviluppano nel tempo (la personalità) e delle qualità morali che si formano con l'educazione, l'esperienza e le scelte personali (il carattere); l'interazione tra temperamento, personalità e carattere rende ragione della grande variabilità dei modi con i quali un paziente, cioè la persona che affronta problemi di salute, incontra un medico.

Il medico sa che le difficoltà nella relazione non dipendono necessariamente dalla volontà del paziente, quanto dalle specificità del suo carattere e per questo deve imparare a vivere con distacco emotivo eventuali attacchi, critiche, richieste eccessive o espressioni rivendicative. Ma c'è anche l'aspetto caratteriale del medico che influisce nella relazione col paziente: anche il medico può essere irritabile, star sulle difensive, essere emotivo, brusco e impaziente, flessibile o rigido, amichevole o asociale, ansioso, con pregiudizi, incapace di controllare i sentimenti, incapace di accettare le critiche.

L'incontro tra due diverse personalità che dunque si realizza nella visita medica è però sbilanciato: il paziente chiede al medico di essere curato (vuole ricevere attenzione esclusiva e cura) e il medico offre il suo sapere (a questo paziente e contemporaneamente ad altri venti o trenta! Non chiede né si attende alcun ritorno). In ogni caso, a prescindere dalla difficoltà dell'obbiettivo, il compito del medico è quello di dare le migliori cure possibili a tutti, indipendentemente dalla loro personalità e dalle loro caratteristiche. Non è peraltro difficile comprendere perché siano così frequenti situazioni di criticità emotiva che fanno fallire la relazione o che la rendono insoddisfacente. Di seguito vengono descritte alcune tipologie di pazienti indicandone le caratteristiche salienti. Sta al medico individuare gli aspetti più spigolosi delle singole personalità del paziente e adottare i modi più opportuni per migliorare la relazione.

» **IL PAZIENTE “GRADEVOLE”** è quello che ogni medico e infermiere sogna di avere sotto la propria cura. È colui che ascolta con attenzione, che rispetta profondamente la professionalità del personale sanitario, che ringrazia con sincera gratitudine e si impegna a seguire le indicazioni ricevute. Questo paziente riconosce e valorizza la competenza di chi lo assiste, creando un’atmosfera di fiducia e collaborazione. Tuttavia, proprio in questa dinamica si cela un pericolo per il medico: la possibilità di instaurare un legame eccessivamente personale, che potrebbe compromettere l’obiettività necessaria per un giudizio clinico equilibrato. Spinto dal desiderio di rassicurare e mantenere il paziente sereno, il medico potrebbe assumere atteggiamenti troppo ottimisti o accettare richieste di esami e terapie non strettamente indispensabili, rischiando di deviare dalla propria razionalità professionale.

» **IL PAZIENTE ANSIOSO** rappresentano una quota non indifferente tra coloro che si presentano in ambulatorio. Questi pazienti, influenzati dal timore costante di avere una grave malattia, tendono a richiedere numerosi esami, spesso inutili, e terapie non necessarie. Tra loro si annoverano molti ipocondriaci, visitatori frequenti del pronto soccorso per ogni minimo sintomo percepito come l’inizio di una patologia seria. Il rischio, con questi pazienti, è quello di sottovalutarli: chi li conosce, infatti, tende a classificarli sempre come ipocondriaci, convinto che si tratti dell’ennesimo falso allarme, come nella favola “Al lupo. Al lupo”. Ma anche un paziente ipocondriaco può soffrire di malattie reali e la possibilità di trascurare un segnale autentico è un pericolo da non ignorare.

» **IL PAZIENTE CON DEPRESSIONE** si presenta in modo diverso a seconda della personalità. Alcuni, soprattutto quelli più consapevoli, ammettono apertamente di sentirsi depressi, mentre altri, più spesso di sesso maschile, evitano di rivelare il proprio disagio emotivo per timore di essere giudicati come deboli. Pertanto esprimono

il loro malessere attraverso la descrizione di sintomi fisici, come stanchezza, difficoltà digestive, disturbi del sonno o dolori muscolari. Distinguere se l’origine di questi sintomi sia fisica o psichica non è mai semplice, nemmeno per i medici più esperti, soprattutto quando si tratta di pazienti anziani con patologie croniche. In questi casi, il rischio è duplice: prescrivere trattamenti inutili per il corpo, ignorando la vera causa del malessere, che risiede nella mente, e trascurare così una sofferenza psicologica che avrebbe bisogno di cure.

» **IL PAZIENTE OPPOSITIVO** è quello che rifiuta di seguire le indicazioni mediche, spesso mettendo in discussione la loro autorità e sostenendo che le proprie convinzioni siano più valide. Talvolta afferma di seguire le prescrizioni, ma in realtà non lo fa, oppure le adatta a modo suo. Quando gli viene fatto notare, il confronto può facilmente sfociare in uno scontro, che raramente porta a un cambiamento di atteggiamento. Oltre a chi «non vuole» collaborare, c’è anche chi, con le scuse più disparate, sostiene di «non poterlo» fare.

» **IL PAZIENTE MANIPOLATIVO** è abile nell’ottenere ciò che desidera, a prescindere dal fatto che questo possa essere davvero utile o dannoso per lui. Conoscendo le dinamiche relazionali, cerca di suscitare compassione o empatia nel medico o nell’infermiere, e in alcuni casi può arrivare persino a utilizzare la seduzione per raggiungere i propri scopi.

» **IL PAZIENTE INVADENTE** è colui che cerca costantemente attenzione e insiste affinché gli vengano prescritti esami, spesso basati su informazioni ottenute da fonti poco affidabili, come opinioni altrui o ricerche su internet. Questi esami, però, risultano spesso inutili o superflui. Il suo atteggiamento può essere petulante e irritante, rendendolo difficile da gestire. Tale comportamento può spingere il medico a evitare il confronto diretto, per non sentirsi messo sotto pressione.

» IL PAZIENTE CHE RICHIEDE FARMACI

può essere irascibile e manipolatorio, è spesso difficile da identificare a prima vista. Il sospetto sorge quando la richiesta di farmaci, come psicofarmaci, ansiolitici, sonniferi o antidolorifici, diventa sempre più insistente e le dosi richieste aumentano, mentre i sintomi riportati sembrano esagerati rispetto alla diagnosi clinica. All'inizio, questi pazienti possono apparire molto gentili, amichevoli e persino seduttivi, ma se le loro richieste non vengono soddisfatte, la loro gentilezza si trasforma rapidamente in irritabilità e manipolazione.

» **IL PAZIENTE COLLERICO** è in grado di provocare nel medico una reazione istintivamente aggressiva, rendendo il rapporto complesso e teso. Tuttavia, la rabbia spesso cela emozioni più profonde come paura, ansia o depressione, e può anche essere uno strumento di manipolazione, utilizzato per spingere gli altri a fare ciò che altrimenti non farebbero.

» IL PAZIENTE CORAGGIOSO:

dimostrando un coraggio ammirevole nell'affrontare le avversità, instaura con gli operatori sanitari una relazione di reciproca stima e collaborazione. La sua straordinaria capacità di comprensione e la forza d'animo nel superare le difficoltà ispirano gli stessi operatori, i quali si sentono maggiormente motivati a offrire un supporto completo e attento.

» **IL PAZIENTE CHE "SA TUTTO"** (lo spiegatore). Non ha formazione né esperienza, ma conoscenze approfondite su alcuni argomenti medici, quelli che lo riguardano, e pretende di saperne altrettanto o più del medico stesso. Ha letto articoli di riviste divulgative, o trovati su internet, inerenti a tematiche mediche che cita e propone al medico per «aiutarlo a saperne quanto lui». "Sa" molto e può mettere il medico in difficoltà, specie se neo-laureato o con basso livello di autostima; può trascinarlo in scelte sbagliate.

» **IL PAZIENTE DIRETTIVO** desidera costantemente mantenere il controllo della situazione, esprimendo con chiarezza ciò che vuole e non esitando a opporsi a chiunque non sia d'accordo con lui. Questo comportamento spesso cela una personalità fragile, che teme di non essere in grado di affrontare una realtà esterna percepita come minacciosa e quindi da tenere sotto controllo.

» IL PAZIENTE CHE NON SEGUE LE PRESCRIZIONI,

pur continuando a lamentarsi dei sintomi che lo hanno spinto a consultare un medico. Un esempio tipico è quello dei fumatori che, nonostante siano consapevoli dei pericoli del fumo e del progressivo peggioramento delle loro condizioni respiratorie, continuano a fumare. Un altro esempio è quello dei pazienti con ipertensione grave che non assumono i farmaci prescritti e evitano le visite di controllo. È da ricordare che questi comportamenti possono derivare dal fatto che i benefici della cura e i rischi della malattia non sono stati adeguatamente spiegati al paziente. Non è raro che il paziente non segua la terapia e i *follow-up* (con costi frequentemente a carico del malato) per difficoltà economiche, sentendosi imbarazzato a confessare al medico di non poter sostenere il costo dei farmaci o delle prestazioni sanitarie.

» **IL PAZIENTE AFFETTO DA DEMENZA** pone inevitabilmente delle difficoltà nella relazione medico-paziente. A causa del disturbo cognitivo, questi pazienti spesso non sono in grado di comprendere la necessità di esami o terapie, e tendono a dimenticarsi di seguirle. La relazione è impegnativa non solo per la compromissione delle capacità cognitive del paziente, ma anche per la difficoltà che il medico può incontrare nel rapportarsi con questa tipologia di pazienti. In presenza di una forma grave di demenza, le spiegazioni sono di scarsa utilità. In questi casi, è fondamentale coinvolgere i familiari nelle decisioni, tenendo presente che anche loro, a volte, possono rappresentare un ostacolo all'aderenza alle terapie prescritte a causa di convinzioni errate.

» IL PAZIENTE NELLA FASE TERMINALE DI UNA MALATTIA

è tra i più complessi da gestire. Il medico, per paura di anticipare la morte attraverso un sovradosaggio di farmaci, potrebbe scegliere di evitare il trattamento o, al contrario, essere tentato di eccedere con i dosaggi per alleviare le sofferenze del paziente. Questa situazione può generare una sorta di evitamento, dove i medici cercano di evitare quanto possibile il contatto con pazienti in fase terminale, creando così un contesto estremamente negativo che, a causa di terapie inadeguate, provoca sofferenze inutili. Il paziente che sta morendo è spesso oggetto di una drastica riduzione del numero di visite da parte di medici e infermieri. La letteratura scientifica evidenzia che, in molti casi, questi professionisti evitano di entrare nella stanza del paziente terminale, principalmente perché faticano a gestire le proprie emozioni negative. Affrontare la morte può risultare difficile, così da indurre a evitare il confronto, nella convinzione che non ci sia più nulla da fare o nel dubbio su come comportarsi o su cosa dire. Eppure, è proprio in questi momenti che il paziente ha un bisogno maggiore di presenza e supporto da parte del personale sanitario.

Ho descritto alcune tipologie di pazienti senza pretesa di esaustività, anche perché vi sono molte sfumature e caratteristiche che spesso si sovrappongono. Un paziente può essere gentile, ma anche assertivo o persino manipolatorio; un altro, con ansia o depressione, potrebbe manifestare sintomi psicosomatici. La complessità e l'unicità di ogni individuo rendono evidentemente arduo tracciare profili netti.

In ogni caso, nonostante le difficoltà relazionali, il medico dovrebbe (deve?) avere sempre come priorità il paziente, mettendo da parte sé stesso, gli infermieri o le necessità amministrative dell'ospedale. Il suo compito è tutelare il paziente, dimostrando il massimo della compassione possibile. Non dovrebbe (deve?) mai rispondere alla rabbia con altra rabbia, né reagire in modo impulsivo a situazioni frustranti. Il medico

deve cercare di comprendere il perché dei comportamenti del paziente e reagire con empatia e pazienza.

Ogni volta che un paziente entra in ambulatorio o quando si visita qualcuno in corsia, si apre una nuova storia. Molte volte le esperienze che il medico incontra non sono edificanti, al contrario, egli si trova a fronteggiare gli aspetti meno piacevoli delle persone, le loro fragilità, amplificate dalla malattia, che tende a far emergere i lati peggiori di ciascuno.

Va infine aggiunto che l'interesse del medico è per le cose che sa, che in passato gli hanno dato l'emozione diagnostica e umana, situazioni già vissute che gli hanno permesso di capire al contempo la malattia e il paziente nel quale questa alberga; il medico più sa e più ha sperimentato e più trova segni di valore da considerare nell'atto di cura. Ogni paziente può essere visto come un personaggio e ogni anamnesi raccolta come una breve biografia, così da riuscire a ricondurre ogni malattia raccontata da una voce diversa, da un punto di vista diverso e con "toni e stili diversi" alla tipologia del paziente e del suo vissuto.

Il medico quando ascolta un paziente, al di là della diagnosi, cerca sempre di trovare il lato buono, qualcosa che possa motivare a fare meglio il proprio lavoro. A volte mi chiedo se ciò sia il frutto di un allenato impegno professionale o, al contrario, conseguenza di uno scetticismo pietoso che porta a pensare che ogni tentativo di influire positivamente sulla vita di un paziente possa essere fallimentare. Forse, in fondo, è solo rassegnata consapevolezza della finitudine dell'essere umano.

Ogni medico potrebbe scrivere la sua *Antologia di Spoon River*. ●



Lecture

- Ascoli F. La relazione di cura. 2019, Franco Angeli
- Harrison's Principles of Internal Medicine, 1950, 1st edition, Blakiston Books
- Harrison's Principles of Internal Medicine, 2022, 21st edition, McGraw-Hill Professional
- Ripamonti C.A. Manuale di psicologia della salute. 2015, Il Mulino

Le parole curano?

Fabrizio Asiola

Psichiatra e psicoterapeuta

Introduzione

Il lungo periodo di formazione del medico che dura almeno un decennio - prima, per sei anni, nella Facoltà di Medicina e successivamente in una Scuola di Specializzazione - viene interamente dedicato allo studio delle malattie, a come diagnosticarle e a come curarle. La malattia, in quanto processo biologico, aggredisce il corpo, ed è sul corpo che si concentra tutta l'attenzione del medico perché è con questo approccio che si è strutturata la sua preparazione. Soltanto da alcuni anni l'interesse formativo non è più esclusivamente focalizzato sulla *malattia*, ma si estende anche alla *persona* del paziente, in base alla evidenza che di fronte a qualsiasi malattia (almeno di una certa gravità) non è solo il corpo che si ammala, ma soffre anche la mente del paziente. È, cioè, *tutta la persona* ad ammalarsi. Shakespeare fa dire ad uno dei suoi personaggi più famosi: *“Non siamo più noi stessi quando, essendo sofferenti, la natura impone alla mente di soffrire insieme al corpo”*. Persona e malattia sono due entità diversissime che coincidono solo temporaneamente (e parzialmente) nel momento in cui la malattia colpisce l'individuo. All'interno di questa nuova visione in alcune Facoltà di Medicina è iniziato, seppure in modo ancora parziale, un tentativo di superare la radicata concezione dualistica presente nella cultura occidentale (e nell'agire medico) che vede corpo e mente come due entità distinte e completamente separate fra di loro. Questa visione porta a trascurare le ricadute che le malattie hanno sulla mente dei pazienti, sulle attese e i bisogni che si creano in loro, verso i quali noi medici ci mostriamo troppo spesso

non all'altezza della situazione perché non siamo stati addestrati ad affrontarli.

Curare e prendersi cura

Timidamente, sta ritornando a farsi strada una concezione appartenente ai fondamenti della Medicina, e cioè che l'atto medico si compone di due elementi imprescindibili a cui corrispondono *due* compiti, paralleli ma non coincidenti: quello della *cura*, che è una *tecnica* che si apprende all'Università, rivolta a contrastare le malattie; e quello del *prendersi cura*, che invece è una *abilità* rivolta alle persone che soffrono e che rappresenta la radice vocazionale di qualsiasi forma di Medicina che si è sviluppata sulla faccia della terra. *Come si è detto, i medici in formazione vengono addestrati (e in modo ineccepibile in molte Università) alla cura della malattia del corpo del paziente ma non a prendersi cura della persona che soffre, dove che viene quindi demandato all'iniziativa individuale e alla buona volontà del singolo medico.* Questa seconda competenza può, almeno in parte, essere insegnata (come testimoniano esperienze all'estero e alcuni pionieristici tentativi nel nostro Paese), ma presuppone anche almeno *due requisiti* in chi si cimenta alla professione medica: il primo è costituito da una buona dotazione di *altruismo*, virtù peraltro necessaria anche in altri mestieri; il secondo riguarda una *forma di generosità, di tipo particolare*. Si tratta della *capacità di riuscire a stare vicini a chi soffre*, essendo in grado di tollerare la sua sofferenza (che, come sappiamo, ha il potere di “contagiare” e di coinvolgere gli altri, in particolare coloro che hanno legami

affettivi con chi sta male), **senza averne troppa paura** e cercando di non farsi sopraffare da questa emozione. La paura, infatti, in modo del tutto involontario, tende a indurre in chi la prova meccanismi di allontanamento o di vera e propria fuga da ciò (e da chi) ci provoca sofferenza. **È difficile immaginare un bagnino che abbia paura dell'acqua perché in caso di necessità, non sarebbe in grado di tuffarsi in mare per aiutare chi stesse annegando.** Ebbene non tutti i medici posseggono questo tipo di autocontrollo e non è affatto necessario che tutti ne siano dotati perché la Medicina ha bisogno anche di ricercatori, di laboratoristi, anatomopatologi, igienisti, ecc., cioè di professionisti che non operano a contatto diretto e continuo col paziente. Questa capacità è (o dovrebbe essere) invece richiesta ai *clinici*, cioè ai medici che - come descrive bene questa parola di origine greca - sono chiamati a "chinarsi" verso il paziente per ascoltarlo, visitarlo e compiere tutte le attività necessarie alla diagnosi e per accompagnarlo durante il percorso di cura della sua malattia.

Molti alpinisti si sono occupati della paura e delle sue conseguenze. Tra gli altri, Walter Bonatti (2003) che ha scritto: "...un buon rocciatore è uno che ha paura, ma riesce a tenerla sotto controllo, perché chi non ce l'ha, dura poco". Questo punto di vista mette bene in relazione l'incoscienza con la scarsa conoscenza o la sottovalutazione dei propri limiti; quindi, con i maggiori rischi che la nostra superficialità può farci correre. Lo stesso vale per la pratica della Medicina: **sarebbe importante che fossimo consapevoli delle nostre inadeguatezze e delle nostre fragilità** perché il non conoscerle o il non saperne tener conto espone a inconvenienti sia noi che i pazienti che si affidano a noi.

Un equivoco non risolto nella Medicina moderna, che si evidenzia bene quando si esamina il percorso di addestramento dei medici, è che non viene riconosciuta la differenza che esiste fra la *competenza clinica* e la *competenza relazionale*, e il fatto che l'una non genera l'altra. Si può, cioè, essere medici ben preparati ma con scarse doti relazionali (e anche, ovviamente, il contrario). Non cogliere e non affrontare questa differenza fa pagare un prezzo molto alto sia al paziente che al medico e, con loro, a tutta la Medicina.



Le parole curano sempre?

Le parole possono curare, ma possono anche fare male, come dice l'Antico Testamento quando ci ricorda che "Ne uccide più la lingua della spada". Anche i silenzi possono curare, quando non siano ostili, ma invece segno di attenzione e di disponibilità rivolta all'altro e al suo ascolto. Dunque, le parole possono essere buone, oppure cattive. Ci possono essere parole in grado di consolare, altre di ferire e di far soffrire. Seneca era uno che se ne intendeva di parole perché era un filosofo; ne sapeva molto anche di parole capaci di curare perché conosceva il dolore ed era grande frequentatore di medici a causa di una salute piuttosto malandata: soffriva di asma, di svenimenti improvvisi dovuti forse ad una forma di epilessia, di depressione, probabile causa del suo suicidio. Ha scritto: "Solo le parole passate prima dal cuore possono arrivare a fare del bene". Con questa frase sottolineava - a ragione - tutta l'importanza dell'*intenzione* con cui vengono pronunciate le parole. Come dimostrano le ricerche di Fabrizio Benedetti effettuate sul cervello monitorato con la Risonanza Magnetica Funzionale, **le parole "positive" portano beneficio terapeutico e usano gli stessi meccanismi e le stesse vie neuronali dei farmaci.**

D'altro canto, se le parole fossero sempre in grado di curare, tutte le psicoterapie, vale a dire i trattamenti basati solo sulle parole, dovrebbero essere sempre efficaci. Le ricerche compiute ci dicono che non è così (Roth e Fonagy, 1997). Esistono differenze importanti

degli esiti, cioè dell'efficacia, delle varie forme di psicoterapia, che non sono dovute alle diversità esistenti fra le varie tecniche psicoterapiche. Tutte le psicoterapie possono essere efficaci o, ugualmente, inefficaci sugli stessi pazienti. **Ciò che fa la differenza non è la tecnica in sé, ma la persona del terapeuta e la sua capacità di realizzare una relazione qualitativa che sia basata sulla capacità di ascolto, la vicinanza empatica, l'abilità nel creare una alleanza che non a caso - viene definita terapeutica, cioè curativa.** Questo mix di caratteristiche è in grado di attivare la fiducia del paziente e conseguentemente un sentimento di speranza. Come dice il titolo di un libro di Benedetti (2018) "La speranza è un farmaco", questo sentimento ha un **potere curativo diretto**. Con altri mammiferi, biologicamente vicini all'uomo, condividiamo un buon numero di sensazioni e anche di sentimenti: la sazietà, l'abitudine, il dolore, il lutto (questo solo con alcuni di loro), con altri forse anche la noia e la felicità. Per quel che sappiamo, la speranza è invece un sentimento eminentemente umano, che consiste nella attesa che qualcosa di buono giunga dal futuro e dia senso a un presente in cui invece prevale la disperazione.

Non solo parole

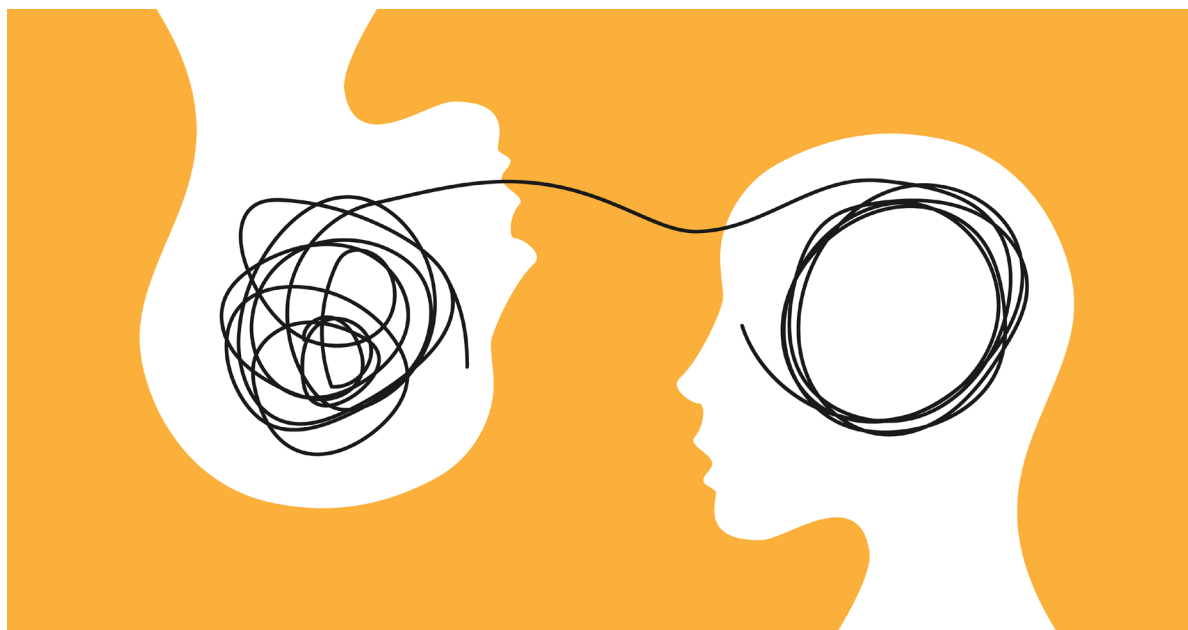
"Parlare non è mai sufficiente perché la comunicazione non è un'azione lineare, ma un **processo** che si instaura fra due soggetti, uno che emette l'informazione, l'emittente, e uno che riceve, il ricevente. Ma se fra i due non si scambia niente, se non si entra in relazione con l'altro, che a sua volta potrà rispondere e reinviare contenuti, l'efficacia di questo processo sarà molto limitata". Queste sono le parole usate da Paul Watzlavick (1971), grande esperto di relazioni e di comunicazione, per descrivere la complessità delle relazioni umane e anche gli ostacoli che possono esistere nel rapporto terapeutico. Le parole, da sole, non sono sufficienti e non bastano mai a stare vicini agli altri. Le parole servono per informare, chiedere, incoraggiare ma esiste anche un'altra via comunicativa in grado di confortare più delle parole, che utilizza i gesti e i comportamenti i quali, se opportunamente orientati, permettono di avvicinarsi a chi ci sta di fronte, di **immedesimarsi** e di sapere

cogliere i loro sentimenti. In questa complessa operazione emotiva dobbiamo anche cercare di evitare di "avvicinarci troppo" al paziente, per **evitare di identificarci** in lui e ai suoi problemi. È opportuno, cioè, che poniamo anche attenzione a non farci travolgere dalle emozioni (come più spesso ci succede di fronte alla sofferenza delle persone che amiamo). Riuscire ad aiutare gli altri passa attraverso una strettoia, che richiede l'abilità di riuscire a destreggiarsi fra i due sentimenti opposti: da un lato, quello della **compassione**, dall'altro quello del **distacco** (Asioli, 2018).

In definitiva, per quanto importanti siano le parole, una buona comunicazione non passa mai esclusivamente attraverso di loro. Lo straordinario rapporto che si instaura fra madre e neonato ne è un esempio indiscutibile. Un aiuto potrebbe forse venirci dal ricordare che comunicare deriva dalla parola latina **communis** (**letteralmente: mettere in comune**), e tenessimo presente che tre sono gli elementi alla base di una comunicazione efficace: innanzi tutto, la disposizione interiore (cioè, l'assetto psicologico) ad **ascoltare**. Perché ciò avvenga sono necessari tempo e disponibilità (sia cognitiva che emotiva) mentre la fretta che ci viene indotta dal dovere assistere eccessive quantità di pazienti o da certe tempistiche aziendali, costituisce un elemento di forte disturbo; inoltre la capacità di trasmettere **empatia**, cioè sapere comunicare la nostra vicinanza a chi soffre mettendoci nei "suoi panni", riuscendo cioè a identificarci in lui e nei suoi problemi; infine la **abilità di dire le parole giuste**, usando parole vive, in grado di arrivare a lui per fargli comprendere cosa gli sta accadendo e come pensiamo di aiutarlo.

Conclusioni

Qualsiasi paziente ci chiede sempre due cose, anche se non sempre in modo esplicito. Innanzi tutto, e in modo manifesto - per il semplice fatto di rivolgersi a noi - ci fa la richiesta di essere curato. Ma ancora prima, quasi sempre tacitamente e spesso senza esserne consapevole, si aspetta di essere aiutato con la speranza di essere rassicurato dallo sgomento che ogni malattia severa provoca, dalla paura del male, dalla angoscia della morte. Di fronte a questo secondo compito ci troviamo disarmati perché



non abbiamo ricevuto alcuna formazione specifica. Se anche noi veniamo turbati e coinvolti da queste paure, tenderemo di sfuggirle, tralasciando di occuparcene nel nostro dialogo col paziente, nonostante sarebbe di cruciale importanza, per lui e la sua cura, riuscire ad affrontarle. Insieme. Dobbiamo tenere ben presente la lezione dei grandi Maestri che ci insegnano che la qualità della relazione che riusciamo ad instaurare col paziente ha grande influenza sulla cura. La qualità della relazione viene determinata dal terapeuta, dalla sua capacità umana e dalla sua volontà di stare vicino a chi soffre. In questo assunto non c'è nulla di nuovo, nel senso che la relazione fra il curante e chi gli chiede aiuto ha ruolo centrale in tutte le Medicine, non solo nella "nostra" nata in Grecia 2500 anni fa, ma anche in quella che si è sviluppata ancor prima nella Cina antica, e in tutte le altre tuttora praticate in parti remote del pianeta (in certe zone dell'Africa o in Amazzonia), seppure con modalità giudicate primitive ed estranee ai canoni della Medicina moderna.

A partire da Ippocrate, ci è stato ripetutamente ricordato (e, in anni recenti, confermato anche da molte ricerche) che è più importante sapere quale paziente ha una malattia piuttosto che quale malattia ha un paziente, perché la stessa malattia ha

decorsi differenti in persone diverse; che **uno dei fattori determinanti per la cura è la risposta del malato alla malattia**; infine, che la qualità della relazione col curante esercita una grande influenza su come il paziente reagisce alla malattia. Se avessimo la capacità di tenere sempre presente questa lezione riusciremmo più spesso a fare al paziente la domanda forse più difficile ma anche più terapeutica: **"Ha paura di quello che le sta accadendo?"**. Con buona probabilità, questo potrebbe costituire un buon punto di partenza per realizzare un percorso di cura basato sulla vicinanza, sulla fiducia e sulla costruzione di una speranza. ●



Bibliografia

- Ascoli F. Il piacere e la fatica di aiutare gli altri. *Psicogeriatría* 2018, 2: 7-10
- Ascoli F. La relazione di cura. Milano: Franco Angeli, 2019
- Benedetti F. La speranza è un farmaco. Milano: Mondadori, 2018
- Bonatti W. Le mie montagne. Milano: Solferino, 2003
- Roth A, Fonagy P. Psicoterapie e prove di efficacia. Roma: Il Pensiero Scientifico, 1997
- Seneca LA (49 d.C.). *De brevitate vitae*. Milano: Mondadori, 2016
- Shakespeare W (1606). *Re Lear, Atto II°*. Milano: Rizzoli, 1962

Le storie che raccontano l'invisibile

La Medicina Narrativa

» Il punto di vista della Dottorssa Elena Vavassori

Testo a cura di **Gianpaolo Balestrieri** e **Lisa Cesco**

A volte è solo una questione di sguardi. "Spostare lo sguardo oltre la patologia, sul vissuto del paziente, per integrare una verità diversa, che arricchisce la storia clinica e ne diviene parte", dice **Elena Vavassori**, medico specializzato in Anestesia e Rianimazione che lavora in Fondazione Poliambulanza e da diversi anni si interessa di Medicina narrativa e di utilizzo della narrazione nella pratica di cura. Presso la Scuola di Alta Formazione "SFERA" di Poliambulanza tiene corsi di aggiornamento su queste tematiche rivolti ai professionisti sanitari.

"Amo molto leggere e mi piaceva l'idea di unire medicina e narrazione, le mie due passioni - racconta Vavassori -. Nel 2016 ho ottenuto il Master in Medicina Narrativa all'istituto ISTUD di Milano. A conclusione del percorso era prevista una breve tesi, che ho fatto coinvolgendo i colleghi dell'ambulatorio di Terapia del dolore, chiedendo ai pazienti di scrivere di sé e del dolore che provavano: ci siamo trovati spiazzati da tutto quello che affidavano al foglio bianco, qualcosa di più veritiero delle stesse parole dette a voce". La Medicina Narrativa, secondo la definizione della Conferenza di consenso 2014 dell'Istituto Superiore di Sanità, è una **metodologia di intervento clinico-assistenziale basata su una specifica competenza comunicativa**: la narrazione diventa lo strumento fondamentale per comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel percorso di cura. Il fine è la costruzione condivisa di un percorso personalizzato.



"La Medicina Narrativa è un atteggiamento attivo del professionista sanitario, attraverso l'ascolto delle narrazioni, la comprensione del significato, l'interpretazione delle storie, che porta a cogliere il contesto del paziente, la sua complessità: per farlo ci vuole metodo, competenza, creatività e immaginazione", spiega la dottorssa.

Diversi sono gli strumenti della Medicina narrativa per la raccolta delle narrazioni: il diario, una pagina bianca su cui il paziente scrive del proprio vissuto di malattia, il racconto semi strutturato composto di diversi incipit, la cartella parallela nella quale il professionista sanitario scrive della propria relazione con quel paziente, magari più complesso e disturbante. Le narrazioni sono momenti di vita, cui il medico può approcciarsi attraverso *briefing* narrativi di lettura e analisi delle storie.

Nel blocco operatorio di Poliambulanza, ad esempio, dove la dottorssa Vavassori come anestesista passa buona parte del suo tempo di lavoro, c'è una mappa in cui gli operatori

possono vedere in ogni momento dov'è il paziente. Esiste una mappa diversa? - ci si è chiesti. Si sono interpellati i pazienti, che scrivendo cosa hanno provato quando sono scesi in sala operatoria, come hanno percepito il proprio corpo e l'incontro con il personale sanitario, hanno fornito informazioni preziose per costruire una mappa alternativa, un percorso relazionale che ha consentito di migliorare, per chi la vive e per chi cura, l'esperienza di un intervento chirurgico ed il percorso di cura.

La tradizionale anamnesi non è altro che una storia ben strutturata.

Ma se la narrazione del paziente (e di chi se ne prende cura) e la sua partecipazione attiva alle scelte sono un elemento imprescindibile della medicina contemporanea, la componente tecnologica sempre più preponderante sta sparigliando le carte. Così come i tempi di visita troppo stretti e l'urgenza della "produttività" che orienta l'incontro clinico.

“Assistiamo ad un innegabile scadimento del rapporto medico-paziente, dovuto al fatto che si tende a considerare più il corpo che la mente, più la malattia in sé che la persona. E si affidano alla componente tecnologica molti, forse troppi aspetti del percorso di cura, a scapito della relazione”.

In tempi di robotica e intelligenza artificiale, secondo Vavassori l'arte medica dovrebbe riscoprire quel patrimonio sapienziale che le è connaturato fin dalle origini: quelle che oggi sono chiamate le *Medical humanities*, discipline umanistiche che comprendono la letteratura e le arti nelle loro diverse declinazioni.

Dalle arti visive che ti insegnano a cogliere dettagli inaspettati, ai romanzi che ti immedesimano nelle vite degli altri, dalla musica ai film. "Perché servono a un professionista sanitario queste competenze? Perché consentono di affinare la sensibilità a quell'"inafferrabile altro" di cui parlava lo scrittore Tiziano Terzani a proposito

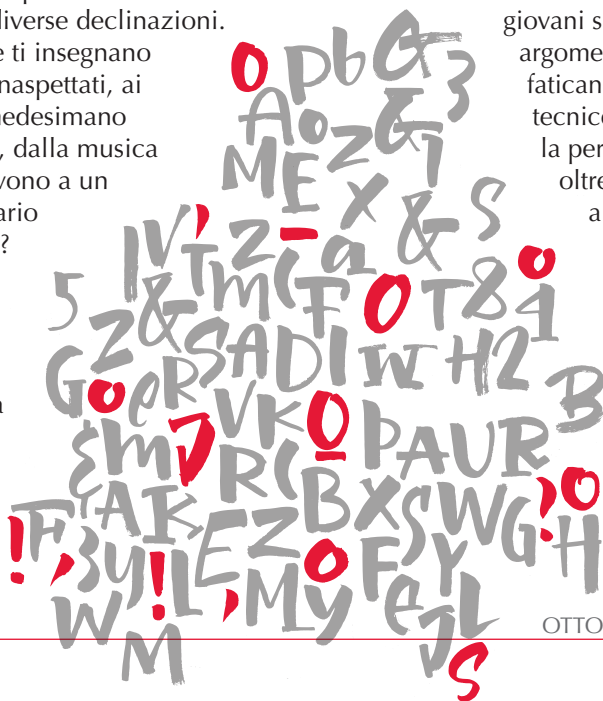
della sua malattia. Ti insegnano ad accogliere i diversi punti di vista che compongono la trama di ogni storia clinica, e ti fanno capire che nella realtà la storia può finire in modo diverso da come te lo aspetti. L'approccio narrativo aiuta ad ascoltare chi abbiamo di fronte, e addestra a una "postura" narrativa".

Nel tempo di cura questo approccio, la narrazione, si integra con l'*Evidence Based Medicine*, rafforzando l'alleanza terapeutica, e facilita una comprensione non altrimenti raggiungibile, più profonda, della persona malata e del significato del proprio atto di cura. "Certamente è più facile ponderare gli esiti di un intervento chirurgico o di una terapia farmacologica - considera Vavassori - più difficile misurare quanto un incontro narrativo porti a una relazione migliore. Tuttavia, bisognerebbe anche chiedersi se tutto deve essere misurato, per essere valido, vero e reale".

Nel mondo anglosassone la Medicina Narrativa ha trovato spazio a livello accademico, lo stesso è accaduto in alcuni Paesi europei. In Italia la formazione universitaria non ha ancora accolto compiutamente questa dimensione. “Non si pensa che sia così importante, dimenticando che la malattia che si studia non è solo il sintomo, ma è un vissuto, un destino”.

Una carenza che si avverte sotto il profilo formativo dei futuri medici, «e il fiorire di corsi sulle tematiche di Medicina Narrativa risponde a questa esigenza» considera Vavassori, constatando come questo approccio stenti ancora ad affermarsi, anche sul territorio bresciano. “La formazione

non fornisce strumenti idonei. Vedo i giovani specializzandi, che su questi argomenti sono in difficoltà e faticano a guardare oltre l'aspetto tecnico ed ipertecnologico, a vedere la persona che ha una malattia oltre l'anamnesi della patologia, a porsi delle domande, a misurare quell'invisibile che il solo dato non esprime. Non bisogna temere che questo approccio, l'approccio narrativo, porti via qualcosa di sé e del proprio sapere tecnico».



Custodire l'umanità nella cura

Raisa Labaran

Consigliera del Comune di Brescia delegata alla Sanità

L'Italia è una delle terre più longeve al mondo: un vanto che riempie di orgoglio, ma che porta anche a nuove e complesse sfide per la cura e l'assistenza. Come possiamo affrontare con saggezza il tema della salute in una società che diventa ogni giorno più tecnologica e sfidante, ma con risorse economiche e umane sempre più limitate? Cosa significa, in fondo, "vivere più a lungo"? Non è solo questione di anni che si sommano, ma di qualità, di connessioni, di significato. Da sempre l'essere umano insegue il sogno di dilatare la propria esistenza, cercando risposte, sfidando i propri limiti, appoggiandosi ai progressi tecnologici e al supporto dell'intelligenza artificiale.

Quali sono gli elementi essenziali per una cura davvero centrata sulla persona, rispettando unicità e complessità? A domande complesse, non esistono risposte semplici. La ricetta perfetta non esiste: gli ingredienti sono tanti, e ogni medico e operatore sanitario si impegna a combinarli nel modo giusto, giorno dopo giorno. La tecnologia rende l'impossibile quasi possibile, ma dobbiamo assicurarci che non sostituisca mai qualità profondamente umane. Ricordiamo che, pur affiancando l'essere umano, la tecnologia ha bisogno di una regia umana per evitare di trasformarsi da alleata a nemica.

I tre pilastri della cura, intesa come processo e non solo come fine, sono la relazione, il tempo e l'ascolto. Su queste fondamenta si costruisce un'assistenza che non si limita a guarire ma che sa prendersi cura della persona in modo autentico. Cura e relazione sono, in effetti, due facce della stessa medaglia. Il "to care" e il "to cure" esistono solo in un rapporto di mutuo soccorso. Per ri-umanizzare il percorso di cura è essenziale ricreare lo spazio in cui la persona torni al centro, diventando *conditio sine qua non* su cui fondare la medicina e assistenza davvero personalizzate.

Il concetto di umanizzazione delle cure non è certo nuovo. Potrebbe diventarlo se lo considerassimo solo come un principio etico o un atto di compassione, piuttosto che come il terreno su cui deve fiorire l'azione medica e infermieristica. Solo quando il fattore umano verrà visto come essenziale per arrivare ad una diagnosi e ad una cura, potremo parlare di un modello di salute vincente, o quasi.

L'umanizzazione delle cure è un indicatore fondamentale per misurare l'efficacia e la soddisfazione di un'assistenza che non si limita alla risoluzione dei problemi clinici, ma abbraccia la persona nella sua totalità. Essa applica rigore scientifico ad una competenza spesso vista come innata, ma



che invece può e deve essere insegnata e appresa. Il ruolo del buon maestro, di colei o colui che insegna qualcosa in più rispetto alla tecnica, è quello di accompagnare i discenti nell'arte della relazione di cura.

Oggi siamo chiamati più che mai a custodire il cuore della professione medica e infermieristica, ad intrecciare rigore scientifico e arte della cura, a ricordare che dietro ogni intervento c'è una persona con la sua storia, le sue fragilità e le sue speranze. **Non possiamo, come professionisti della salute, dimenticare che parole, gesti, sguardi, ascolto e, a volte, il silenzio, fanno parte della cura.**

Potremmo ora quindi chiederci: come può l'umanità intrecciarsi nel tessuto del sistema socio-sanitario? Creando, progettando e incentivando luoghi e pratiche di cura che siano aperti, sicuri, liberi dal dolore. Spazi capaci di accogliere, informare e offrire benessere, in cui il percorso assistenziale sia vissuto e condiviso, una trama partecipata in cui i cittadini non siano solo destinatari, bensì parte attiva e viva del processo di cura.

Un sistema sanitario umanizzato è capace di garantire sicurezza clinica e rispetto della persona, trasformando ogni ambiente di cura in uno spazio di accoglienza tanto curativo quanto le terapie stesse. In

questa visione, l'umanizzazione diventa un elemento chiave per una medicina che non solo risana il corpo, ma nutre anche l'anima, che non riduce il paziente a una diagnosi ma ne accoglie l'interesse.

Come diceva Marisa Cantarelli, pioniera dell'infermieristica italiana, la cura si realizza appieno solo quando considera il contesto di vita del paziente, nutrendosi della relazione e aprendosi alla comprensione del suo vissuto. Qui risiede l'essenza autentica della cura. È nell'incontro sincero e rispettoso tra due esseri umani che si apre un percorso non solo per alleviare sintomi o ripristinare funzionalità, ma per accompagnare il paziente lungo il suo cammino, sia esso verso la guarigione, la cronicità o l'ultima fase della vita.

Costruire un sistema sanitario umanizzato richiede il supporto di politiche pubbliche che promuovano una cultura della salute centrata sulla persona. Politiche che incentivano una formazione continua sui temi della relazione, del rispetto e della dignità, e che sostengono il benessere del personale sanitario, possono trasformare ospedali, servizi territoriali e spazi comuni in luoghi autentici di cura e accoglienza. È in questi spazi che si concretizza una rete assistenziale capace di abbracciare la persona nella sua unicità, rispondendo a bisogni non solo clinici ma anche sociali, e perché no, dell'anima.

Preservare l'umanità nella medicina significa proteggere l'essenza della professione sanitaria stessa. Significa riconoscere che la cura è più della somma delle sue procedure: è un incontro tra esseri umani, una fusione di competenza e compassione, di scienza e calore umano.

Solo combinando con sapienza medicina, infermieristica e il sostegno delle istituzioni, come ingredienti di una ricetta bilanciata, possiamo contribuire a un sistema sanitario che risponda realmente alle esigenze di una società moderna senza mai perdere di vista l'essere umano al centro. ●

Correre al riparo recuperando arte e umanità

Luciano Corda

Medico ospedaliero

Mentre si racconta a Truffaut nel 1962, Hitchcock dice che nel tentativo di cercare innovazioni può capitare di infilarsi in strade, che da scomode ed anguste, alla fine risultino cieche, improduttive e controproducenti: allora - seconda il grande regista inglese - bisogna **"run to cover"**, che significa **correre al riparo**. Si deve riconoscere di aver sbagliato e tornare indietro fino al punto in cui si è deviato per imboccare la strada infruttuosa.

Anche in Sanità, per gli operatori e i medici, è il momento di compiere un'autocritica e correre al riparo, rivalutando le tradizioni del passato e la filosofia di fondo dell'agire medico.

È una necessità che deriva dalla crisi dei sistemi sanitari, dal dilagare incondizionato di Linee Guida e procedure di diagnosi e terapia troppo schematiche, pronte a essere inserite nei *software* e integrabili in sistemi di Intelligenza artificiale (IA), e purtroppo utili - per la legge - a valutare le colpe dei sanitari. Ci si è illusi aderendo a protocolli rigidi e processi applicativi ripetitivi che sviliscono il senso critico del medico. La tecnologia sempre più incombente e la diffusione di

linee guida anziché aiutare a diagnosticare prima e curare meglio, riducono la mentalità critica necessaria al medico per porre una diagnosi corretta, impostare terapie adeguate e organizzare un equilibrato monitoraggio clinico. Qualcuno provocatoriamente afferma che le linee guida sono utili ai medici pigri e ignoranti, ma se non sono rispettate c'è il rischio di esporsi a critiche, a volte addirittura a denunce. In un'epoca di rapida ascesa dell'IA, che diventa sempre più potente, sino a superare le capacità umane singole e collettive, accelerando trasformazioni dal potenziale destabilizzante, spingiamoci a riconsiderare in modo profondo anche il nostro approccio alla salute e al benessere di tutti. L'IA promette un notevole aumento di produttività ed efficienza, con potenziale marginalizzazione dell'elemento umano: il medico può utilizzare criticamente questi strumenti per migliorare significativamente l'aspetto umano della cura e il benessere complessivo dei protagonisti del sistema sanitario.



Dovremo applicare con giudizio i sistemi di IA per migliorare la diagnosi e il trattamento e l'efficienza, ma anche per creare ambienti che promuovano il benessere emotivo e psicologico con l'obiettivo finale di migliorare la qualità della cura del paziente, garantendo equità di accesso e qualità delle cure per tutti.

La Medicina è ormai definitivamente considerabile una scienza o, come si credeva in passato, è un Arte che aspira a diventare Scienza? È un tema ricorrente, forse irrisolvibile. Nella storia ci sono stati periodi in cui la Medicina è stata vissuta come vera e propria arte e la dicotomia tra arte e Medicina intesa come scienza è più fittizia che reale. C'è certamente una componente personale, artistica, nell'atto medico, ma c'è e ci deve essere anche un atteggiamento razionale, volto a valutare l'efficacia dell'atto stesso in modo quantificabile. La sperimentazione clinica si basa proprio su questo. Decenni fa, in ambiti medici patriarcali si declamava compiaciuti: la medicina è un'arte che aspira a diventare scienza (senza punto interrogativo). Si aveva un'idea della professione nobile, elevata, a tratti imprescindibile, eterea, prerogativa di una classe privilegiata, senza conoscere il significato reale di arte. Era l'atteggiamento di chi vantava una superiorità sociale e psicologica del medico. Una proiezione del ruolo arcaico dello stregone del villaggio cui si attribuivano doti diagnostiche e terapeutiche basate anche su suggestione o ipnosi. Concezione superata: **il medico non è e non può più essere il protagonista unico ed individuale dell'atto sanitario**. La scienza ha invaso prepotentemente l'atto medico nelle sue conoscenze, e, insieme alla comparsa di altre figure sanitarie, il ruolo preminente del medico è in crisi, in crisi come i sistemi organizzativi in cui opera, trasformati in aziende. **Ma nell'atto medico non potrà mancare un'indispensabile quota di passione e sentimento, al pari dell'atto creativo - umanissimo - di un artista**. Il rapporto e il contatto della Medicina con l'arte sono reali se si considerano l'ispirazione, l'istinto, l'intuito necessari a porre diagnosi - la pratica più impegnativa della medicina - proprio come quando un artista ispirato

dipinge, scrive o compone musica. Dal versante opposto, c'è chi sostiene che la Medicina diverrà più efficace quanto più i suoi fenomeni saranno meglio quantificabili e misurabili coi numeri. E dalla scienza la Medicina - senza alcun dubbio - si procura suggerimenti e progressi incomparabili, non solo tecnologici ma anche di metodo. Sperimentazione e approccio personale, umano, originale, non sono in contraddizione tra loro, ma sono elementi fondanti sia dell'arte che della Medicina. **I medici devono convincersi che vi sia ancora spazio per l'atto emotivo, nella relazione empatica col paziente, come con l'opera d'arte. L'artista brucia per la sua passione, non guarda né al tempo né ai soldi, come il medico idealizzato dei secoli scorsi**. Il coinvolgimento dei sensi nel visitare, nel valutare il paziente e capirlo è simile a quando si guarda un quadro o si ascolta la musica o quando un artista vi attinge componendo la sua opera. E nessun calcolo matematico o formula scientifica potrà sostituire le riflessioni cui arriva un medico che ascolta, ausculta, tocca, palpa e analizza l'espressione di un paziente e il suo modo di comunicare la consistenza e il carattere dei suoi sintomi. In un mondo sempre più tentato dall'IA, la Medicina deve continuare a coltivare la sua dimensione di arte intelligente. L'empatia con cui un medico è coinvolto nella sofferenza del paziente non sarà mai sostituita da una macchina, così come il rapporto del paziente verso il medico cui ripone la sua fiducia. Mai si potrà rinunciare alla componente artistica nel creare un buon atto medico che significa tempestiva diagnosi e terapia equilibrata nella soddisfazione di entrambi, medico e paziente. **La Medicina è quindi un'arte con rigorose basi scientifiche**. Esagerando nella "corsa al riparo", consoliamoci col giudizio espresso in tempi tragici a proposito degli Italiani: *"...la questione ebraica in Italia fu il prodotto della generale, spontanea umanità di un popolo di antica civiltà"* [Hanna Arendt - *La banalità del male*]. E quindi, da medici e operatori sanitari, attingiamo alle nostre tradizioni Italiane. ●

Medica di tutti e paziente di nessuno

Racconto di un'esperienza di Auto-Mutuo-Aiuto tra MMG

Introduzione

di **Erminio Tabaglio**

Medico di Medicina Generale

Credo che tutti, o quasi tutti, concordiamo con questa affermazione aristotelica, così come credo che tutti, o quasi tutti, siate d'accordo con me se dico che la tendenza degli individui alla convivenza sociale si esprime soprattutto attraverso la "Relazione".

Relazione che è alla base del nostro benessere psichico. E questo è tanto più vero in ambito socio-sanitario, dove la relazione tra il paziente ed i vari operatori socio-sanitari e tra gli operatori stessi assume un ruolo fondamentale ai fini del buon esito della cura e dell'assistenza.

Ma la relazione non ha sempre e solo un connotato positivo. Mi ha molto colpito la frase di una delle Colleghe del gruppo che ha partecipato all'esperienza di seguito riportata, e che è di per sé una chiara testimonianza della dimensione umana ed umanistica del nostro

lavoro: "Il mio primo anno di ambulatorio, le mie prime paure, i miei primi pazienti, l'entusiasmo di una nuova avventura, che a volte viene però spento da problematiche burocratiche e da qualche paziente pretenzioso e supponente che vanifica tutto il bene che hai fatto per gli altri mutuati".

La burocrazia, disumanizzante, e le relazioni difficili, a volte sbagliate, che mettono in crisi quella che è la principale motivazione della scelta di dedicarsi alla medicina, come emerge dal sondaggio

"Ο άνθρωπος φύσει πολιτικόν ζῷον"
"Ο anthropos physei politikon zoòn"
L'uomo è per natura un animale sociale

pubblicato nel numero di marzo di questa rivista, vale a dire dedicarsi ad una professione basata sulla relazione con gli altri, per far del bene ed essere d'aiuto. Ma

al tempo stesso la relazione come cura, anche per noi medici.

Che ci sia di esempio l'esperienza di queste Colleghe, il loro coraggio di guardarsi dentro, di mettersi in discussione, di condividere i propri problemi e le proprie ansie in una relazione di auto-mutuo-aiuto.

Forse non è un caso, ma sono tutte donne... ●



Floriana

“Il lavoro del medico è il più bel lavoro possibile”.
“Se potessi cambierei

lavoro domani stesso, senza alcun rimpianto”.

Alzi la mano chi nell’arco di pochi giorni non ha cambiato giudizio sul proprio lavoro perché “essere medico” è questo: una continua contraddizione.

A volte siamo intrigati dalla clinica, ci buttiamo a capofitto nella soluzione di quadri patologici complessi, altre volte ci sentiamo frustrati e demotivati a causa delle problematiche ormai note: liste d’attesa infinite, esenzioni in continuo cambiamento, programmi regionali lenti e in perenne rifacimento, pazienti con richieste inadeguate. Con le colleghe della rete abbiamo deciso di rendere questa dicotomia lavorativa un’opportunità di confronto e di crescita umana e professionale: è nato il nostro gruppo di “Auto-Mutuo-Aiuto”, costituito da sette mediche e da una psicologa il cui compito è di tenere le fila della serata e fare supervisione.

La cadenza degli incontri è mensile, ci si trova nelle sale d’attesa dei propri ambulatori e, con una naturalezza che mai avrei immaginato, abbandoniamo i nostri timori lavorativi, i motivi di sofferenza quotidiani (spesso causati solo da incomprensioni comunicative) e le incredibili arrabbiate derivate da questioni organizzative che poi, in fondo, non dipendono da noi.

Alba

Il mio primo anno di ambulatorio, le mie prime paure, i miei primi pazienti,

l’entusiasmo di una nuova avventura, che a volte però viene spento da problematiche burocratiche e da qualche paziente pretenzioso e supponente che vanifica tutto il bene che hai fatto per gli altri mutuatati. In questo travolgente inizio sono

stata invitata a partecipare ad un gruppo psicologico di “Auto-Aiuto” tra donne, medici di medicina generale, e una psicologa per confrontarci sul nostro vissuto quotidiano. Una sera al mese mi denudavo dei miei pensieri e grazie alla condivisione con le mie colleghe, con vissuti simili ma con punti di vista diversi, sono cresciuta, imparando anche dagli “errori” altrui e dal confronto. Queste serate mi hanno dato la chiave per imparare ad essere insieme Me Stessa e Medico nella mia quotidianità lavorativa e trovare l’equilibrio per procedere con entusiasmo il lavoro nella Medicina Generale, consapevole che non sono sola e che insieme siamo una bella squadra.

Simona

I pazienti di nessuno

Amo il mio lavoro.

Mi sono accorta, tuttavia, da quando lo svolgo, di essermi identificata inconsapevolmente con “il ruolo” e di aver messo un pochino da parte “la persona”.

Chi sei? Sono un medico. No. Un attimo. Io sono Simona, e faccio anche il medico.

Fagocitati dalle responsabilità e da quello che rappresentiamo per i nostri pazienti e per la comunità, molto spesso siamo portati a confinare in un angolino tutto il resto della nostra persona. In fondo anche noi siamo “pazienti”, con bisogni, dubbi, richieste, fragilità, momenti di solitudine e necessità di ascolto e conforto.

Diventa fondamentale allora non essere soli, condividere le esperienze, consigliarsi reciprocamente, trovare appoggio e conforto, avere la possibilità di fare squadra, anche emotivamente.

Silvia

Tra i fattori di rischio del *burn-out* degli operatori sanitari ci sono problemi strutturali, legati al contesto in cui versa il SSN, e fattori caratteriali, che chi lavora nel settore pubblico, sia dentro le strutture ospedaliere sia fuori, può certamente conoscere. **Costruire delle strategie di difesa** è fondamentale per noi operatori e operatrici, per i pazienti e per il futuro del SSN stesso. L'esperienza che abbiamo creato, con l'aiuto di una psicologa formata nella gestione dei gruppi di auto-mutuo-aiuto, ha avuto proprio il senso - e l'efficacia - di dare struttura alla mera lamentela, di esaminare i fattori individuali ed esterni e, attraverso la risonanza delle esperienze comuni, di alleggerire il peso di una scelta di vita gratificante quanto faticosa. Un modello da esportare!

Michela

"Ciao, stiamo organizzando degli incontri con una psicologa, ti andrebbe di partecipare?" È iniziata più o meno così questa esperienza, con un invito inaspettato da parte di una collega, accolto con curiosità ed un po' di diffidenza. Dopo l'ostacolo del primo incontro, **aspettavo con ansia il successivo**: avere la possibilità di condividere il proprio vissuto lavorativo con colleghe che inaspettatamente provavano le stesse paure ed avevano vissuto esperienze simili, mi ha fatto sentire meno sola. Mi ha permesso di tornare ad affrontare le giornate in ambulatorio con più stimoli e meno ansie, sapendo che stavo facendo del bene non solo ai miei pazienti, ma anche alla mia famiglia, e soprattutto a me stessa.

Mariangela

L'idea del gruppo di auto aiuto guidato da una psicologa proposto da alcune colleghe della rete mi ha subito trovata entusiasta e d'accordo. Anche se personalmente, la maggior parte delle giornate lavorative non mi pesa troppo e mi sento soddisfatta, non di rado vivo momenti di sconforto ed emozioni negative che si protraggono nel tempo e si ripercuotono nelle relazioni con gli altri, siano essi pazienti o familiari. Sono emozioni che nascono da diversi motivi: dal carico emotivo che porta con sé la malattia, da alcuni contrasti che si verificano con i pazienti, ma per lo più dalla sensazione di soccombere alle richieste infinite, inappropriate, ridondanti, inutili, che ci assorbono, che portano via tempo prezioso che potremmo invece dedicare a qualcosa di più gratificante come attenzione ai pazienti fragili, studiare o semplicemente prenderci del tempo per noi stessi. Per chi desidera fare bene il proprio lavoro il rischio di *burnout* è veramente alto e non sempre è possibile riuscire da soli a mantenere l'equilibrio tra cura degli altri e benessere personale. **Perché allora non provare a farsi aiutare?** La psicologa ci ha aiutato, a partire da situazioni di lavoro vissute in modo negativo, a dare in primis un nome alle emozioni, a riconoscerle e capirne l'origine, a focalizzare i nostri obiettivi ed a mettere in atto strategie per raggiungerli: si tratta di strategie comunicative che richiedono abilità da allenare. Questo allenamento è un atto dovuto. A noi stessi, alle nostre famiglie, ai nostri pazienti. **Per essere persone migliori, medici migliori.**

Intelligenza Artificiale in medicina: problemi etici e deontologici

 **Angelo Bianchetti**

La diffusione dell'intelligenza artificiale (IA) in medicina sta determinando una radicale trasformazione del modo in cui viene erogata e gestita l'assistenza sanitaria, anche se questo non è chiaramente percepito dagli operatori sanitari e dai decisori politici. Le tecnologie basate sulla IA, dagli algoritmi di apprendimento automatico (*machine learning*) ai sistemi robotici, hanno già penetrato vari aspetti della pratica medica (la diagnostica, la terapia, la refertazione clinica), ed anche gli aspetti organizzativi ed amministrativi, e sempre maggiori applicazioni si stanno sviluppando (1).

I sistemi IA sono in grado di analizzare enormi quantità di dati sanitari, identificare modelli e fare previsioni con una velocità e un'accuratezza che superano le capacità umane. Questo ha portato a significativi progressi in aree come l'*imaging* (dove l'AI può rilevare malattie come alcune forme di neoplasia in fasi più precoci), la medicina personalizzata (dove l'AI aiuta a definire trattamenti per i singoli pazienti in base ai loro profili genetici, profili di rischio individuali, permettendo programmi di prevenzione personalizzati), lo sviluppo di farmaci innovativi (2).

Questo fenomeno, che si sta sviluppando

in modo rapido e probabilmente inarrestabile, ha sostenitori entusiasti e detrattori preoccupati. Da un lato si ritiene che la diffusione dell'IA in medicina sia guidata dalla necessità di migliorare l'efficienza, migliorare gli esiti dei pazienti e affrontare le sfide poste da una popolazione che invecchia con crescenti esigenze sanitarie e con costi sempre più elevati. Gli strumenti alimentati dall'AI consentono di prendere decisioni più rapide e informate, riducendo il rischio di errore umano e permettendo interventi più precisi (la chirurgia robotica, ad esempio, sta diventando più comune, offrendo una maggiore precisione e tempi di recupero più brevi per i pazienti). I detrattori sollevano però importanti preoccupazioni etiche, legali e sociali (3).

Numerosi infatti sono i rischi legati alla diffusione dell'IA in medicina: i problemi di *privacy*, la mancanza di trasparenza nelle decisioni prese dagli algoritmi, i problemi legati al bias algoritmico e alla qualità dei dati, l'impatto negativo sulla relazione medico paziente con la spersonalizzazione delle attività cliniche, la possibilità che gli eventuali errori siano difficili da riconoscere, l'impatto negativo sulla formazione dei professionisti, infine l'impatto negativo sull'occupazione del personale sanitario (4).

Riservatezza e privacy dei dati

I sistemi di IA in medicina spesso richiedono l'accesso a grandi quantità di dati dei pazienti per addestrare i loro algoritmi e fare previsioni accurate. Questi dati in genere includono informazioni sensibili come la storia clinica, le informazioni genetiche e aspetti legati alle abitudini e storia personale e familiare.

La raccolta e l'utilizzo di tali dati sollevano importanti preoccupazioni in merito alla privacy e alla riservatezza dei dati.

Garantire che le informazioni sui pazienti siano gestite in modo sicuro e protette da accessi non autorizzati risponde anche a ragioni legali (in Europa e in molti Paesi esistono norme molto rigide per la protezione dei dati personali come il Regolamento generale sulla protezione dei dati (GDPR) nell'Unione Europea e l'*Health Insurance Portability and Accountability Act* (HIPAA) negli Stati Uniti, che impongono la gestione sicura dei dati personali e medici). Oltre agli aspetti legati e di conformità ai regolamenti la protezione della privacy risponde anche alla necessità di mantenere la fiducia del paziente, che potrebbe essere portato a non condividere informazioni importanti con i medici. L'integrità e la sicurezza dei dati dei pazienti sono anche fondamentali per mantenere la qualità dell'assistenza poiché dati errati o compromessi possono portare a diagnosi errate e trattamenti inappropriati.

Bias e discriminazione

Gli algoritmi di IA hanno il potenziale per rivoluzionare le diagnosi e i trattamenti medici analizzando grandi set di dati per identificare modelli e fare previsioni. Tuttavia, **questi algoritmi sono validi solo quanto i dati su cui sono addestrati. Se i set di dati di addestramento non sono rappresentativi dell'intera popolazione, gli algoritmi di IA possono perpetuare o addirittura esacerbare i bias esistenti, portando a risultati discriminatori nell'assistenza medica.**

Gli algoritmi possono essere fonti di bias per varie ragioni: set di dati sbilanciati (set di dati utilizzato per

addestrare un algoritmo di IA sbilanciato verso determinate caratteristiche demografiche, come una particolare razza, sesso o fascia di età), bias storici e sociali (dati che riflettono bias e disuguaglianze nell'assistenza sanitaria, come sottorappresentazione di alcune popolazioni). Come conseguenza di questi bias si possono avere diagnosi o raccomandazioni di trattamento discriminatorie, inesatte o inappropriate per determinati gruppi di popolazione, con rafforzamento di stereotipi o pregiudizi. La percezione che i sistemi di IA sono distorti può erodere la fiducia dei pazienti nel sistema sanitario nel suo complesso.

Mancanza di trasparenza e spiegabilità

La **mancanza di trasparenza e spiegabilità** (cioè, la capacità di un sistema di IA di fornire informazioni comprensibili sul suo processo decisionale) dei sistemi di IA, spesso descritti come "scatole nere", rappresenta una sfida significativa nella loro applicazione in medicina.

Molti sistemi di IA, in particolare quelli basati su algoritmi di *deep learning*, sono estremamente complessi. Il processo decisionale interno di questi sistemi è spesso opaco e difficile da decifrare, persino per gli esperti. Questa opacità deriva dalla complessità degli algoritmi e dai dati di addestramento difficili da interpretare. La mancanza di trasparenza e di spiegabilità rende difficile comprendere le ragioni di una decisione e quindi fornire (al medico e al paziente) una giustificazione chiara e comprensibile per la diagnosi, o le proposte di trattamento fornita dall'IA. **Questo può portare ad erosione della fiducia poiché è difficile fidarsi delle decisioni di un sistema quando non si comprende come il sistema giunge alle conclusioni.** Vi è anche un problema di difficoltà di attribuzione della responsabilità in caso di errore che solleva questioni medico legali oltre che etiche. Inoltre, la mancanza di trasparenza e spiegabilità rende difficile identificare le cause di eventuali errori e apportare le necessarie correzioni e rappresenta perciò un ostacolo al miglioramento dei sistemi.



Consenso informato

Il consenso informato è un principio etico fondamentale nell'assistenza sanitaria, che garantisce che i pazienti possano prendere decisioni autonome sul loro trattamento. Il codice deontologico regola in modo preciso il consenso informato all'atto medico e, in Italia, la legge 219/17 ("Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento") ne regola l'applicazione. Tuttavia, la complessità delle tecnologie di IA può rendere difficile ottemperare a quanto previsto dalla deontologia e dalla legge per l'ottenimento di un consenso veramente informato (5).

Il documento del Comitato Nazionale di Bioetica "Intelligenza artificiale e medicina: aspetti etici" riconosce un contesto di criticità del contenuto informativo del consenso informato relativamente ai trattamenti sanitari basati su IA e sull'inevitabile influenza di questo sull'autonomia decisionale del paziente e sul rapporto di alleanza con il medico (5). Il documento afferma: "è dunque un obbligo etico e giuridico che coloro che si sottopongono a trattamenti sanitari così innovativi attraverso l'IA siano informati nelle modalità più consone e comprensibili al paziente di ciò che sta accadendo, di essere (se è il caso) oggetto

di sperimentazione e validazione; di essere a conoscenza che ciò che a loro applicato (sul piano diagnostico e terapeutico) implica dei vantaggi ma anche dei rischi. Va specificato in modo esplicito nel consenso informato se i trattamenti applicati (diagnostici o terapeutici) provengano solo da una macchina (IA, Robot) o se e quali sono gli ambiti e i limiti del controllo umano o supervisione della macchina". Appare quindi chiaro che, anche nel caso di utilizzo di strumenti diagnostici o terapeutici basati sulla intelligenza artificiale centrale è il ruolo del medico nell'ottenimento del consenso del paziente. La complessità delle tecnologie di IA possono rappresentare un ostacolo alla comprensione da parte del paziente di come funziona l'IA e di come questa è giunta a proporre soluzioni diagnostiche o terapeutiche ed anche il medico può essere in difficoltà a fornire spiegazioni adeguate al paziente.

È necessario quindi che i medici aiutino i pazienti a prendere decisioni informate anche quando sono coinvolti sistemi basati sull'IA, semplificando le spiegazioni, utilizzando supporti visivi e fornendo una comunicazione continua. Questo non solo garantisce una pratica etica, ma crea anche fiducia e migliora il coinvolgimento dei pazienti nel percorso di cura (7).

Autonomia e processo decisionale

La diffusione di sistemi basati sull'IA in ambito medico solleva preoccupazioni anche in merito all'autonomia del paziente. L'autonomia del paziente è il diritto degli individui di prendere decisioni informate sulla propria assistenza sanitaria, liberi da indebite influenze o coercizioni. Garantire che l'IA supporti piuttosto che mini questa autonomia è fondamentale. La diffusione dell'IA in medicina potrebbe portare gli operatori sanitari ad avere un eccessivo affidamento sulle raccomandazioni dell'IA, portando potenzialmente a una riduzione del giudizio clinico e del processo decisionale incentrato sul paziente. Ciò può minare la capacità del paziente di fare scelte informate sulla propria assistenza. È difficile informare in modo chiaro e completo i pazienti sul ruolo dell'IA nel loro percorso di cura, inclusi i suoi limiti e potenziali bias, cosicché possano prendere decisioni pienamente autonome. I pazienti potrebbero subire una pressione e sentirsi spinti ad accettare i trattamenti raccomandati dall'IA, soprattutto se vengono presentati come la scelta "ottimale". Ciò può diminuire il loro senso di controllo sulle proprie decisioni. I sistemi di IA possono fornire elementi importanti per il processo decisionale, ma la decisione finale dovrebbe derivare dalla collaborazione e dal confronto fra il medico e il paziente.

Responsabilità e attribuzione della colpa

Stabilire chi è responsabile quando un sistema di IA commette un errore o causa danni è una questione non solo medico legale, ma anche deontologica significativa. Questo coinvolge gli sviluppatori dei sistemi e i loro diffusori, ma anche gli operatori sanitari che utilizzano questi sistemi. **In caso di errore medico, come si determina se la colpa è da attribuire all'algoritmo, al medico che lo ha utilizzato o ad altri fattori?** I sistemi sono così complessi che può

essere difficile stabile se si tratta di un errore intrinseco all'algoritmo, oppure degli sviluppatori che non l'hanno adeguatamente testato o addestrato, o ancora dei diffusori. L'errore potrebbe anche essere dell'operatore sanitario per un uso improprio o a una mancata comprensione del sistema. È fondamentale sottolineare che l'operatore sanitario ha sempre la responsabilità finale del paziente. Anche quando si utilizza un sistema di IA, il medico deve essere consapevole dei limiti dell'IA e non affidarsi ciecamente alle sue indicazioni, deve sempre valutare criticamente i risultati forniti dal sistema di IA, confrontandoli con le proprie conoscenze e con le informazioni cliniche del paziente.

Integrità professionale

L'uso dell'IA può influire sull'integrità professionale degli operatori sanitari. Esiste il rischio che un eccessivo affidamento sull'IA possa portare a un declino delle competenze cliniche e del giudizio. L'IA dovrebbe essere uno strumento a supporto del medico, non un sostituto della sua esperienza e del suo giudizio. La diffusione dell'IA in medicina sta rivoluzionando il percorso di formazione post-laurea dei medici in diversi modi, rendendo necessario un aggiornamento delle competenze e delle conoscenze per affrontare le nuove sfide e opportunità ed evitare che l'IA possa sostituire anziché integrare le competenze del medico. I medici dovranno sempre più essere formati per utilizzare l'IA in modo responsabile e consapevole, integrandola con le proprie conoscenze e competenze per offrire ai pazienti le migliori cure possibili.

Relazione medico paziente

Se da un lato l'IA può ottimizzare i processi e liberare tempo per i medici, dall'altro si rischia di ridurre l'interazione umana e la dimensione empatica della cura, alterando in modo radicale le dinamiche del rapporto medico-

paziente. Il contatto umano, l'ascolto e la comprensione delle emozioni del paziente sono elementi fondamentali per costruire un rapporto di fiducia e fornire una cura comprensiva. L'IA, pur con le sue potenzialità, non può sostituire l'empatia e la compassione umana. È fondamentale che l'IA sia integrata nella pratica medica in modo responsabile, garantendo che la tecnologia sia al servizio del paziente e non viceversa. Il medico deve rimanere al centro della relazione, utilizzando l'IA come strumento per migliorare la cura, ma senza mai dimenticare l'importanza della dimensione umana e del rapporto interpersonale. La sfida è trovare un equilibrio tra innovazione tecnologica e umanizzazione della cura, garantendo che l'IA sia utilizzata per potenziare, e non sostituire, la relazione medico-paziente.

Equità e accesso

Garantire che le tecnologie di IA siano accessibili a tutti i pazienti, indipendentemente dal loro status socio-economico, è una questione deontologica. Esiste il rischio che l'IA possa esacerbare le disparità di salute se non viene distribuita e utilizzata in modo equo. L'accesso all'IA in medicina deve essere equo e non discriminatorio.

Conclusioni

Mentre l'AI continua a progredire e il suo ruolo in medicina destinato a espandersi ulteriormente, promettendo di sbloccare nuove frontiere nell'innovazione sanitaria e nelle cure dei pazienti, è cruciale che questa diffusione sia gestita con attenzione, con una approfondita riflessione sulle sfide etiche e deontologiche che devono essere affrontate per garantire l'integrazione responsabile ed efficace delle tecnologie IA nelle cure sanitarie (8). L'IA ha il potenziale per rivoluzionare l'assistenza sanitaria; tuttavia, è essenziale garantire che questi progressi non vadano a scapito dell'autonomia del paziente. Implementando strategie che promuovono la trasparenza, il

processo decisionale condiviso e il consenso informato, gli operatori sanitari possono sfruttare i vantaggi dell'IA mantenendo il principio etico dell'autonomia del paziente e la centralità del rapporto medico-paziente. Questo approccio non solo rispetta i diritti dei pazienti, ma promuove anche la fiducia e la collaborazione tra pazienti e operatori sanitari.

Affrontare queste sfide etiche e deontologiche richiede un approccio multidisciplinare che coinvolga esperti di etica, operatori sanitari, responsabili politici e sviluppatori di IA per garantire che l'IA in medicina sia utilizzata in modo da rispettare i diritti dei pazienti, mantenere l'integrità professionale e promuovere un'assistenza sanitaria equa.

Educare il personale sanitario e i pazienti sul ruolo crescente dell'IA è cruciale. Occorre stabilire linee guida etiche che diano priorità all'autonomia del paziente, assicurando che l'IA supporti, e non sostituisca, il suo processo decisionale. ●



Bibliografia

- 1) Howell MD, Corrado GS, DeSalvo KB. Three Epochs of Artificial Intelligence in Health Care. *JAMA*. 2024 Jan 16;331(3):242-244.
- 2) Cutler DM. What Artificial Intelligence Means for Health Care. *JAMA Health Forum*. 2023 Jul 7;4(7):e232652.
- 3) Anishchenko, M. A., Gidenko, I. ., Kaliman, M. ., Polyvaniuk, V. ., & Demianchuk, Y. V. . (2023). Artificial intelligence in medicine: legal, ethical and social aspects. *Acta Bioethica*, 29(1), pp. 63-72.
- 4) Khera R, Simon MA, Ross JS. Automation Bias and Assistive AI: Risk of Harm From AI-Driven Clinical Decision Support. *JAMA*. 2023;330(23):2255-2257
- 5) <https://www.agendadigitale.eu/sanita/ai-e-consenso-informato-del-paziente-quando-e-possibile-le-questioni-da-risolvere/>
- 6) CNB, CNBBSV. Intelligenza artificiale e medicina: aspetti etici. 29/05/2020
- 7) Farid Y, Chang C, Marcasciano M, Di Meglio F, Rodríguez-Mantilla I, Nanni J, Ortiz S, Chen HC. Consent 2.0: Informed choices in the age of artificial intelligence. *Surgery*. 2024 May;175(5):1454-1455.
- 8) Yu KH, Healey E, Leong TY, Kohane IS, Manrai AK. Medical Artificial Intelligence and Human Values. *N Engl J Med*. 2024 May 30;390(20):1895-1904.



ORDINE
MEDICI CHIRURGI
E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA
DI BRESCIA
COMMISSIONE CULTURA
Coordinatore: Dott. Germano Bettoncelli



ORDINE
DEGLI INGEGNERI
DELLA PROVINCIA
DI BRESCIA
COMMISSIONE BIOMEDICA E SANITÀ
Coordinatore: Ing. Paolo Gibellini

Convegno

INTELLIGENZA ARTIFICIALE IN MEDICINA

Orizzonti clinici, regole, sfide etiche

Sala Conferenze Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri – Via Lamarmora 167 – Brescia

sabato 14 dicembre 2024 - ore 8.00

Si parlerà di **Intelligenza Artificiale in Medicina** nel convegno promosso dall'Ordine dei Medici insieme all'Ordine degli Ingegneri di Brescia per il prossimo **sabato 14 dicembre, dalle ore 8**, nella Sala Conferenze dell'Ordine dei Medici in via Lamarmora 167, a Brescia.

Una mattinata per ragionare sulle nuove prospettive aperte dall'Intelligenza Artificiale (IA) nell'interazione del medico con la tecnologia, mettendo in luce opportunità e aspetti critici, applicazioni concrete e interrogativi pratici.

Fra i relatori **Alberto Eugenio Tozzi**, responsabile Unità di Ricerca Medicina Predittiva e Preventiva dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma, che interverrà su "IA e tecnologie digitali: un nuovo modo di fare medicina?", l'europarlamentare **Brando Benifei**, co-relatore del Regolamento Europeo sull'Intelligenza Artificiale, che approfondirà le regole e tutele sullo scenario europeo, il filosofo **Luca Grion**, professore associato di Filosofia morale all'Università degli Studi di Udine, che si soffermerà sull'etica della cura alla prova dell'IA.

In apertura del convegno verranno illustrati i risultati del sondaggio realizzato dall'Ordine per comprendere le opinioni dei medici bresciani di fronte alla sfida dell'IA. L'iniziativa riconosce crediti formativi ECM a medici, odontoiatri, farmacisti e infermieri, con possibilità di partecipare in presenza o a distanza. Info, programma e iscrizioni nella sezione *Formazione* del portale www.ordinemedici.brescia.it

L'evento sarà fruibile da tutti gli interessati in diretta streaming (senza ECM) al link <https://attendee.gotowebinar.com/register/8359810549682024030>

» *Intervista a*
Federico Faggin

L'Intelligenza Artificiale, la coscienza e il senso più profondo dell'essere umani

CHI È

Federico Faggin è l'inventore del primo microprocessore commerciale.

Un'innovazione che negli anni Settanta ha aperto la via al futuro delle tecnologie dell'informazione, e che nel 2010 gli è valsa la Medaglia Nazionale per la Tecnologia e l'Innovazione consegnatagli dal presidente Obama. Fisico di origini vicentine, naturalizzato statunitense, Faggin è stato anche il creatore della tecnologia MOS Silicon Gate (transistori MOS con porta di silicio policristallino) destinata a diventare la base per la produzione di tutti i moderni circuiti integrati. Negli USA ha dato vita a

importanti progetti imprenditoriali per lo sviluppo delle tecnologie informatiche, fra cui touchpad, touchscreen e sensori d'immagine. È autore di libri fra cui *Silicio*.

Dall'invenzione del microprocessore alla nuova scienza della consapevolezza (2019), *Irriducibile. La coscienza, la vita, i computer e la nostra natura* (2022) e il recentissimo *Oltre l'invisibile. Dove scienza e spiritualità si uniscono* (2024). Il gruppo di lavoro interdisciplinare sull'Intelligenza Artificiale dell'Ordine, partecipato da medici e ingegneri, lo ha intervistato in collegamento con Palo Alto, nella Silicon Valley dove risiede, per una chiacchierata all'ora (californiana) del caffè.



Dottor Faggin, oggi l'intelligenza artificiale viene descritta come potenzialmente sostitutiva di quella umana. Si tratta di un concetto davvero plausibile?

L'inganno comincia addirittura a monte dell'intelligenza artificiale, quando Shannon - che già dal 1948 aveva dato vita alla teoria dell'informazione - ha definito l'informazione come una probabilità. Basta quindi che un simbolo si manifesti e che venga riconosciuto per dire che c'è informazione. Ma questo non è quello che succede con noi umani: per la nostra intelligenza l'informazione è il significato portato dai simboli, non i simboli senza significato. I simboli esistono perché esiste il significato

prima di loro. Quindi l'uso della parola informazione per definire una probabilità - come fa la fisica, in particolare quella quantistica, per ciò che è misurabile nello spazio tempo - è un uso improprio sin dall'inizio, e non fa altro che peggiorare il problema, perché cancella le differenze tra l'uomo e la macchina.

Partendo da quei presupposti l'informazione ha mosso i suoi passi, con l'avvento dei computer, e oggi dell'intelligenza artificiale, prendendo i simboli senza significato e codificandoli come se fossero il significato dei simboli.

Ma noi, a differenza delle macchine, siamo esseri dotati di interiorità, e il significato dei simboli esiste nella nostra coscienza, la probabilità e il significato sono due concetti completamente diversi. Analizzare questi aspetti significa confrontarsi con il problema di che cos'è la coscienza.

Sembrano distinzioni filosofiche, ma in realtà non lo sono, è così?

Si tratta di distinzioni importantissime, perché in questo modo la natura umana è stata cancellata dalla scienza, è stata cancellata dalla fisica e dall'ingegneria. Questo è un gravissimo problema. La coscienza è ciò che ci permette di conoscere e comprendere

il significato dei simboli, ponendoci al centro di un problema che ha alla base la questione mai soddisfatta di "chi siamo noi?". Siamo solo una macchina o siamo qualcosa di più?

L'intelligenza artificiale non fa altro che prendere i simboli che noi le diamo in pasto per trovare delle correlazioni che sono una imitazione della nostra comprensione. Mentre la comprensione della coscienza va molto oltre ai simboli.

Cosa possono offrirci le macchine e gli algoritmi?

Avendo a disposizione tutto lo scibile umano - pensiamo a Wikipedia, a tutti i libri che sono stati scritti - questi dati che possiamo "dare in pasto" al computer hanno una certa coerenza, quindi l'algoritmo che istruisce il computer individua correlazioni

tra le probabilità dei simboli (che sono pura informazione senza significato) al punto che il computer, meccanicamente, riesce a dire delle cose sensate per la maggior parte delle persone. Asserzioni che sono migliori di quello che un individuo normale potrebbe dire su argomenti che non sa. Negli argomenti di cui una persona è esperta, il computer dice delle cose che sono abbastanza banali, sensate ma banali.

La differenza fondamentale è che la nostra creatività, che non è algoritmica, non è basata sulle permutazioni di simboli, ma è basata sulla comprensione. Questa è l'essenza di chi siamo: noi creiamo frasi mai esistite prima, perché rappresentano nuovi significati. E i significati vengono prima dei simboli.

I nomi che vengono utilizzati, informazione, intelligenza artificiale, generano una certa confusione già in partenza...

Il problema è che oggi noi siamo intrisi di quello che chiamo *scientismo*, cioè una visione del mondo che è meccanicista, ed è basata sul riduzionismo, cioè tutta una serie di idee che vanno bene solo per la fisica classica, mentre nella fisica quantistica queste cose sono diverse.

L'approccio della fisica quantistica ha risvolti straordinari perché, secondo la nuova teoria che ho proposto con il prof. D'Ariano, rappresenta l'interiorità della natura, cioè quello che conosciamo dentro di noi, il significato. Ma il significato non è fatto di numeri, non è una cosa matematica perché può essere solo conosciuto da dentro, dai campi quantistici coscienti.

Quindi, tornando alla nozione di “chi siamo”, la risposta è che non siamo il corpo, ma il campo quantistico cosciente che controlla il corpo, e questo cambia completamente la prospettiva, aprendoci un orizzonte che ridà significato e scopo all’universo. Diversamente, in un universo fatto di oggetti che si muovono nello spazio tempo secondo leggi deterministiche - secondo la visione della fisica classica - non potrebbe esistere né libero arbitrio né coscienza.

Gran parte delle persone pensa ormai che le macchine possano fare un discorso con loro, abbiano sempre una capacità di risposta. Siamo in questo grosso “inganno”, che si aggrava sempre di più: come facciamo a tenere su piani diversi la capacità di argomentare delle macchine e quella degli umani?

di picco, e visto il grande successo che ha avuto si illude che continuerà, come avviene nei semiconduttori, a raddoppiare ogni due, tre anni. Ma questo è folle. Perché non è così: questo successo si basa sul fatto che oggi abbiamo dato in pasto ai computer tutta l’informazione coerente che abbiamo prodotto nella nostra storia. Ora non ce n’è più, non si può conoscere di più. Il computer non può farlo perché non ha la capacità di capire e nemmeno una sua volontà.

Ma l’uomo se ne rende conto?

Molti di coloro che fanno intelligenza artificiale sono “materialisti” nella misura più profonda che conosciamo, e hanno anche una forma di ingenuità incredibile, perché non hanno mai pensato a cosa vuol dire la coscienza. Le emozioni vengono viste come qualcosa che disturba, si tende a eliminare ciò che è umano, ad esempio il cuore come centro delle emozioni, delle sensazioni, dei sentimenti, dell’empatia, dell’etica, del coraggio.

Parliamo di quello che è l’aspetto più profondo dell’umanità, cancellato da uno scientismo che vede soltanto quella parte che si può misurare nello spazio tempo, mentre alla base dell’esistenza umana non c’è spazio, tempo, materia, energia, ma c’è esperienza, conoscenza e significato. Noi vogliamo conoscere noi stessi per conoscere la totalità di ciò che esiste, Uno. Cioè per scoprire ancora più significato. Questo scientismo, invece, porta alla alienazione completa dell’uomo.

Se si cancella il significato della vita, se la vita è solo definita in base alla sopravvivenza del più adatto, che è purtroppo il mantra scientifico attuale, a che cosa serve la vita allora? Se noi pensiamo che quando il corpo muore non esistiamo più, quindi siamo macchine, a cosa serve la vita? Il rischio reale è di comportarci davvero come macchine.

Ma chi ha deciso che siamo macchine? Gli scienziati che vivono soltanto in quella fetta della loro mente che è razionale e che si basa sulle misure fatte nello spazio tempo? Ma la nostra coscienza non è nello spazio tempo. I campi quantistici non esistono nello spazio tempo, esistono in una realtà più profonda, da cui emergono lo spazio tempo, la materia, l’energia come fenomeni conoscitivi. Noi siamo i campi, non siamo il corpo, quindi la prospettiva dev’essere cambiata completamente.

Quindi, dottor Faggin, esiste davvero un rischio di consumismo digitale che può distogliere dalla conoscenza della realtà vera?

Assolutamente. Quando questi tecnici parlano dell’intelligenza artificiale che ci sostituirà, hanno già deciso che la coscienza non vale niente, che noi non abbiamo il libero arbitrio e tanto vale che ascoltiamo e obbediamo all’intelligenza artificiale che hanno creato loro. Così diventiamo sudditi. Non tanto dell’intelligenza artificiale, che non capisce niente e non vuole niente, ma di chi l’ha creata. E questa è una forma di schiavizzazione.

Già adesso ci schiavizzano dandoci principalmente l’informazione che noi abbiamo dimostrato di volere. Quando entriamo nel web per fare delle ricerche, per farci cliccare più in fretta ci mandano

l'informazione per cui abbiamo dimostrato interesse. Quindi anche lì ci riducono, e noi senza accorgercene andiamo nella direzione che loro hanno segnato. Questo è un problema gravissimo che sta avvenendo oggi. E l'intelligenza artificiale diventa uno strumento incredibile per chi vuole controllarci, così come può essere uno strumento incredibile per chi vuole usarla bene. Se viene usata bene, ci può portare più in fretta a capire chi siamo: esseri spirituali, non macchine. Ma se invece chi la crea vuole solo fare soldi su di noi? Il risultato è quello che stiamo vedendo.

Come, ad esempio, le difficoltà che emergono quando le risposte che si ottengono dalla macchina perpetuano differenze di genere o differenze sociali...

Certo, non fanno altro che propagare i pregiudizi che già esistono. Quindi se c'è un pregiudizio razzista, questo è riflesso automaticamente in quello che dirà l'intelligenza artificiale, in quello che ci farà fare. Diventa tutto deterministico, basato su quegli algoritmi utilizzati per darci l'informazione che vogliamo. Quindi per usare bene l'intelligenza artificiale dobbiamo capire chi siamo e saperla più lunga dell'intelligenza artificiale stessa.

Non possiamo "fidarci". L'IA ci può dare delle combinazioni nuove, per esempio, ma combinazioni di cose che già esistono: possono esserci utili, ma siamo noi che dobbiamo vagliarle e capirle.

In altre parole, l'intelligenza artificiale non può fare nulla che noi non possiamo fare, lo può solo fare più in fretta e su un campo di informazione di dati più vasto di quello a nostra disposizione. Questo ci risparmia tempo, perché se ci volessero tre mesi a vagliare certe informazioni non avremmo il tempo di farlo. **Se la useremo intelligentemente l'IA ci permetterà di avanzare la nostra conoscenza molto più in fretta di quello che potremmo fare da soli. In questo senso la vedo come una grande conquista. Ma se viene usata male, è come l'energia atomica impiegata per fare una bomba invece di una centrale elettrica.**

Secondo lei da dove origina la mancanza di comprensione e coscienza nelle macchine? Se provassimo a pensare di sostituire, in un cervello umano, i neuroni biologici con dei neuroni di silicio, facendo in modo che questi ultimi prendano il posto e conservino le funzioni di processamento dell'informazione dei neuroni biologici, che cosa avverrebbe? Si perderebbe la coscienza?

Prima di tutto i neuroni non hanno niente a che fare con i circuiti integrati. Questa è un'altra favola dello scientismo. Tra l'altro i biologi sanno che la vita è stata studiata soprattutto come fenomeno biochimico classico. Le cellule viventi sono invece fenomeni quantistici e classici che hanno bisogno di un tipo di informazione che non è stata nemmeno pensata. Nel libro *Irriducibile*, e prima ancora nel libro *Silicio*, l'ho chiamata "informazione viva". Informazione viva sono stati quantistici nello spazio tempo, quindi stati eccitati dei campi nello spazio tempo che interagiscono tra di loro secondo le leggi quantistiche, che sono indeterministiche, non secondo le leggi classiche che sono invece deterministiche. Il computer è completamente classico e deterministico, le cellule viventi sono quantistiche e classiche.

Quindi l'idea che possiamo sostituire un neurone con un circuito integrato di un computer non ha senso, è stupida, e dice quanta ignoranza c'è nello scientismo (non nella scienza con la S maiuscola, ma in questa visione della realtà che vede tutto come se fosse una realtà classica).

La teoria che ha elaborato e che illustra anche nel libro *Oltre l'invisibile* è proprio quella di una realtà "quantistica".

La realtà più profonda non è classica, è quantistica. Ed è proprio lì che esistono la coscienza e il libero arbitrio, che sono intrecciati fra di loro. Solo nel contesto della fisica quantistica queste cose avvengono e possono essere comprese, perché la fisica quantistica descrive una realtà olistica, che non è fatta di parti separabili, mentre la fisica classica si basa sull'idea di parti

separabili e sistemi chiusi. Se partiamo dal concetto di conoscenza come principio fondamentale della realtà penso che si potrà spiegare spazio, tempo, materia, energia in termini nuovi, che permetteranno di unire i due pilastri, la fisica quantistica e la relatività generale di Einstein, come nessuno finora è riuscito a fare.

In medicina si guarda con interesse alle possibili applicazioni dell'IA, ma affiorano anche dubbi sulle criticità di questo nuovo scenario. Dall'etica della responsabilità - un risultato in campo medico mediato dall'IA è da attribuire alla macchina o all'uomo? - alla relazione medico-paziente, che non si sostanzia esclusivamente di atti meccanici, ma anche di elementi legati a quell'idea di coscienza cui lei più volte si è richiamato.

finali. Ma c'è una spinta molto forte a farci credere che l'intelligenza artificiale sarà meglio di noi e ci possa sostituire, invece che aiutarci. E questo sarebbe un disastro: è ciò che sta avvenendo soprattutto a livello militare, dove si è portati a far decidere a un drone di buttare una bomba, per esempio, senza che ci sia un intervento umano. Questa è una strada che porta all'autodistruzione.

Ci tengo a ribadirlo: i pericoli che vedo sono legati all'uso inappropriato dell'intelligenza artificiale. Se usata bene ci può dare una mano enorme. Non sono contro l'IA, sono contro il suo abuso.

Nell'indagine scientifica spesso si procede dal macro verso il micro, e anche in medicina si osservano dei sintomi, si misurano dei parametri, per poi cercare di studiare gli stati fisio-patologici con gradi di dettaglio sempre più fini. Nel caso del suo approccio, invece, sembra avvenire un processo aggregativo, dal micro al macro. Lei attribuisce ai costituenti fondamentali della materia delle unità di coscienza, che chiama "seity". Fino ad arrivare a una coscienza umana autoconsapevole. Ci illustra la sua teoria?

Ci sono alcune applicazioni, per esempio la diagnosi medica, in cui l'intelligenza artificiale, essendo stata addestrata sulla base di una casistica molto ampia, può dare delle risposte che potrebbero essere migliori di quelle di un medico con una formazione standard. Però ci vuole sempre il buon senso del medico per poi vagliare quello che gli viene detto dall'IA e metterlo in relazione con tutti gli altri aspetti che riguardano il paziente. Noi siamo molto più vicini ad un sistema olistico che a un sistema riduzionistico fatto di parti separate. Davanti ad un malato si tratta di capire anche l'aspetto psicologico, che ha un impatto molto importante, e di esercitare l'empatia. Cosa che l'intelligenza artificiale non può fare, perché non prova nessuna emozione.

Anche in medicina, è sbagliato proiettare umanità, coscienza e comprensione sull'intelligenza artificiale. Siamo noi che dobbiamo sempre mantenere la responsabilità delle decisioni

Ho coniato questo nuovo termine, *seity*, proprio per indicare l'ente cosciente, che è un campo quantistico che ha coscienza e libero arbitrio. La fisica quantistica, infatti, ci mostra come si possono creare strutture e stati che sono più della somma delle parti (a differenza della fisica classica, per cui il tutto è semplicemente la somma delle parti).

L'aspetto fondamentale della mia teoria è che ci sono più livelli di realtà. La realtà più profonda è la realtà del significato, la realtà semantica, che non esiste nello spazio-tempo. Esiste invece all'interno dei campi, conoscibile solo da essi. I campi definiscono strutture che sono potenzialmente infinite, mentre le particelle sono gli stati eccitati dei campi, i simboli con cui i campi possono comunicare significato con altri campi. Il fatto più importante è che lo stato quantistico del campo ha le stesse caratteristiche dell'esperienza cosciente, perché non è riproducibile, a differenza dell'informazione del computer, che si può copiare. Quindi si capisce perché la coscienza possa essere una proprietà del campo.

Questo approccio apre nuovi orizzonti, perché porta all'idea di un universo che ha significato e scopo sin dal suo inizio. Lo scopo è di conoscere sé stesso. **Come ho espresso nel libro *Oltre l'invisibile*, Uno è la totalità di ciò che esiste ed è olistico, dinamico, proprio come dice la fisica quantistica, ma ha una proprietà in più: vuole conoscere sé stesso. Questo implica il libero arbitrio e la coscienza, cioè la capacità di conoscere sé stesso. Quando Uno conosce sé stesso con un nuovo punto di vista, Esso porta in esistenza ciò che conosce. Conoscenza ed esistenza sono quindi due facce della stessa medaglia. ●**

Federico Faggin è stato intervistato dal **dott. Germano Bettoncelli** e dal **prof. Alberto Signoroni**, la trascrizione dell'intervista è stata curata dalla **dott.ssa Lisa Cesco**

Regolamento europeo dispositivi medici: ricadute pratiche e criticità per l'Odontoiatria

Il caso degli allineatori

Gianmario Fusardi

Presidente Commissione Albo Odontoiatri (CAO)

✉ gianmario.fusardi@ordinemedici.brescia.it

Fra le varie particolarità del Regolamento Europeo n. 745/2017 noto come **Regolamento Dispositivi Medici** o MDR vi sono alcune ricadute pratiche sulla nostra professione che meritano opportuno rilievo. Sulle stesse ci siamo soffermati nell'evento dello scorso 13 novembre presso la sede ordinistica quando, grazie all'intervento del dottor Marco Landi, attuale presidente CAO della Provincia di Lodi e in precedenza chairman del *Council of European Dentists* a Bruxelles, organismo che rappresenta gli interessi della categoria presso le istituzioni comunitarie.

Sono emersi quindi numerosi aspetti di interesse circa il percorso legislativo

nell'ambito dell'Unione e, in particolare, sulla genesi del Regolamento che si è inserita nel quadro delineato in precedenza dalla Direttiva 93/42. La **registrazione del codice UDI** rappresenta il primo fondamentale coinvolgimento del professionista odontoiatra che si trova a dover tracciare rispettivamente la ricezione e la messa in servizio di una serie di dispositivi, fra cui impianti osteointegrati, membrane riassorbibili e non, materiali rigenerativi, filler intradermici. Ulteriori elementi di interesse riguardano la **gestione di dispositivi in modalità 'chair side'** da parte del professionista e della struttura sanitaria, grazie alle tecnologie digitali che consentono di trasformare con grande rapidità il dato anatomico acquisito dal paziente in un dispositivo (spesso un



restauro) personalizzato; in questo caso, sussistono alcuni obblighi documentali di giustificazione della scelta e di tracciabilità rivolta al paziente. Analogamente, sempre nel solco della tracciabilità, si ricordi **l'obbligo di informazione per il portatore di impianto** che consente ad utente e clinici di identificare i dispositivi impiantabili e di gestirne adeguatamente le esigenze anche in tempi successivi.



Quanto finora evidenziato si pone in ottica di salvaguardia del paziente, nel pieno rispetto del suo diritto alla salute che è al contempo interesse di tutta la collettività come recita il dettato costituzionale. Recentemente è emerso un punto critico, sempre legato al Regolamento, che riguarda la classificazione degli **allineatori ortodontici**. Certamente è noto che negli ultimi anni le pressioni, anche commerciali, riguardanti questi dispositivi sono aumentati notevolmente. Non sorprende vista la domanda dell'utenza molto sostenuta per questo tipo di trattamenti, non di rado al confine fra esigenza di cura e domanda di estetica, che è previsto in continuo incremento nei prossimi anni (si pensi che **questo tipo di trattamenti rappresenta attualmente circa il 6% dei ricavi totali del comparto odontoiatrico in Italia**). I timori, quali rappresentanti ordinistici quindi impegnati nella tutela di interessi protetti dall'ordinamento, riguarda il riconoscimento degli allineatori

non come dispositivi su misura ma come 'semplici' dispositivi paziente-correlati. Questi ultimi infatti - a differenza dei primi - non richiedono in senso stretto una prescrizione medica finendo addirittura per poter essere acquistati direttamente dal paziente (esiste infatti un noto marchio commerciale che opera in rapporto contrattuale diretto con l'utenza). Questi ultimi inoltre - a differenza dei primi per cui è vietata - **possono essere oggetto di pubblicità**; nei meccanismi della odierna comunicazione specialmente digitale, significa non avere strumenti di limitazione per fenomeni di pubblicità commerciale che infatti sono diventati particolarmente pervasivi. Eppure, la natura di un allineatore e del trattamento che vi è sotteso non ci pare lasci spazio a dubbi: **si tratta di un dispositivo che è da utilizzare sotto stretta sorveglianza medica**, dietro prescrizione di soggetto abilitato, che rispecchia caratteristiche ed esigenze individuali di

un determinato paziente. Esattamente la definizione di 'su misura' che invece le pressioni dei portatori di interesse finalizzate ad estenderne l'area di libera vendita hanno portato a temperare agendo sulle maglie del Regolamento, entro le attività di consulenza e interpretazione fornite dal *Medical Device Coordination Group* previsto agli artt. 103 e 105 dello stesso. Siamo convinti - personalmente l'ho ribadito in varie sedi anche istituzionali - che la corretta classificazione di questi dispositivi, senza forzature dettate da interessi di parte, sia necessaria e debba rappresentare un obiettivo nell'ambito della revisione del Regolamento, su cui una risoluzione ad ampia maggioranza è stata recentemente approvata dal Parlamento europeo. **Continueremo ad impegnarci in tal senso affinché salute dei cittadini possa trarne maggior beneficio e tutela.** ●



Il dott. Landi con il dott. Fusardi, la dott.ssa Cioffi, neoletta componente CAO e Consiglio Ordine e il prof. Paganelli

1938: *annus horribilis*. Dal “Manifesto della razza” alle leggi razziali

Chiara Benedetti

Responsabile Biblioteca Medica Spedali Civili

Il 1938 fu un anno cruciale per l'ebraismo italiano: da luglio a novembre di quell'anno vennero messe in campo e attuate politiche razziste che segnarono il passaggio da una complessa politica discriminatoria a una dura politica persecutoria.

Come nacque il “Manifesto della razza”

Il 15 luglio 1938 sul quotidiano *Il Giornale d'Italia* apparve un articolo anonimo intitolato **Il fascismo e i problemi della razza**, esso diventerà famoso come “Manifesto del razzismo”, “Manifesto della razza” o “Manifesto degli scienziati razzisti”. Una breve premessa informava che “un gruppo di studiosi fascisti, docenti nelle Università italiane, sotto l'egida del Ministero della Cultura Popolare, ha fissato nei seguenti termini quello che è la posizione del Fascismo nei confronti dei problemi della

razza”. In 10 punti, scritti in modo chiaro e semplice per essere rivolti a un vasto pubblico e con un breve riassunto, veniva sancito che:

1. Le razze umane esistono.
2. Esistono grandi razze e piccole razze.
3. Il concetto di razza è concetto puramente biologico.
4. La popolazione dell'Italia attuale è nella maggioranza di origine ariana e la sua civiltà è ariana.
5. È una leggenda l'apporto di masse ingenti di uomini in tempi storici.
6. Esiste ormai una pura «razza italiana».
7. È tempo che gli italiani si proclamino francamente razzisti.

8. È necessario fare una netta distinzione tra i mediterranei d'Europa (Occidentali) da una parte gli orientali e gli africani dall'altra.

9. Gli ebrei non appartengono alla razza italiana.

10. I caratteri fisici e psicologici puramente europei degli italiani non devono essere alterati in nessun modo.

Successivamente, il 25 luglio 1938, un comunicato stampa a firma del Segretario generale del Partito Nazionale Fascista attribuì a **dieci scienziati** l'elaborazione del testo o, comunque, la loro piena condivisione alle tesi enunciate. «Il ministro Segretario del Partito, Achille Starace, ha

ricevuto un gruppo di studiosi fascisti, docenti nelle Università italiane, che sotto l'egida del Ministero della Cultura Popolare hanno redatto o aderito alle proposizioni che fissano la base del razzismo fascista. Erano presenti i fascisti dott. Lino Businco, assistente di Patologia Generale all'Università di Roma, prof. Lidio Cipriani, incaricato di Antropologia nell'Università di Firenze e direttore del Museo Nazionale di Antropologia ed Etnologia di Firenze, prof. Arturo Donaggio, direttore della Clinica Neuropsichiatrica dell'Università di Bologna, presidente della Società Italiana di Psichiatria, dott. Leone Franzi, assistente nella clinica pediatrica dell'Università di Milano, prof. Guido Landra, assistente di Antropologia all'Università di Roma, sen. Nicola Pende, direttore dell'Istituto di Patologia Speciale Medica dell'Università di Roma, dott. Marcello Ricci, assistente di Zoologia all'Università di Roma, prof. Franco Savorgnan, ordinario di Demografia nell'Università di Roma e presidente dell'Istituto Centrale di Statistica, on. Prof. Sabato Visco, direttore dell'Istituto di Fisiologia Generale dell'Università di Roma e direttore dell'Istituto Nazionale di Biologia presso il Consiglio nazionale delle ricerche, prof. Edoardo Zavattari, direttore dell'Istituto di zoologia dell'Università di Roma. Alla riunione ha partecipato il ministro della Cultura Popolare, Dino Alfieri».

La storia del *Manifesto* è stata ricostruita sulla base del memoriale di Guido Landra del 7 settembre 1940. Egli



ricordava che, nel febbraio 1938, dopo avere fatto pervenire a Mussolini alcuni suoi appunti sul razzismo, fu convocato dal Ministro della Cultura popolare Dino Alfieri e gli fu affidato il compito di costituire un comitato per lo studio e l'organizzazione della campagna razziale. Guido Landra scrive a Mussolini: «DUCE! nel febbraio del 1938 Voi, avendo approvato alcuni miei appunti contenenti dei consigli tecnici per il razzismo...mi faceste chiamare dal Ministro Alfieri e mi incaricaste di costituire un comitato scientifico per lo studio e l'organizzazione della campagna razziale... Lo stesso giorno il Ministro Alfieri mi aggiunse le sue direttive personali e mi incaricò di fissare per iscritto i punti essenziali del Vostro pensiero in materia razziale: questo io feci

immediatamente riunendo in una specie di decalogo le Vostre direttive... In tal modo veniva fatalmente superato il periodo di studio preparatorio, perché il razzismo italiano aveva già trovato la sua espressione più vera e originale essendosi il Manifesto ispirato direttamente al Vostro pensiero. Il Manifesto veniva pubblicato sul Giornale d'Italia accompagnato da un mio breve anonimo commento. Com'è noto esso suscitò un'eco immensa in tutto il mondo ed una notevole reazione negli ambienti ebraici e antifascisti».

Il 24 giugno 1938 Landra fu quindi ricevuto dal Duce, che gli illustrò la sua personale posizione circa la questione razziale, gli dettò una parte del decalogo e gli prospettò l'intenzione di creare presso il Ministero della Cultura popolare un Ufficio Studi

sulla razza, con l'obiettivo di mettere a punto entro pochi mesi i principi fondamentali per iniziare la campagna razziale in Italia.

Landra si mise subito all'opera e redasse in poco tempo il *Manifesto*.

Anche il genero del Duce Galeazzo Ciano, Ministro degli Affari Esteri, nel suo Diario scrisse «*il Duce mi annuncia la pubblicazione da parte del Giornale d'Italia di uno statement sulla questione della razza. Figura scritto da un gruppo di studiosi sotto l'egida della Cultura popolare. Mi dice che in realtà l'ha quasi completamente redatto lui*».

Prima della pubblicazione del *Manifesto*, i membri di questo comitato, che peraltro non avevano partecipato all'elaborazione, furono invitati a dare il loro sostegno ad esso. Grande fu lo sconcerto di questi docenti di fronte al testo loro sottoposto, tanto che Sabato Visco, che con Pende era la figura più eminente dal punto di vista accademico e politico, sbottò indignato esclamando: «*non avalleremo le castronerie di qualche giovane cui abbiamo avuto il torto di conferire la laurea uno o due anni fa!*».

Ma, informato da Dino Alfieri, Ministro della Cultura popolare, che l'autore delle «castronerie» altri non era che Mussolini medesimo, Visco moderò subito i toni e il gruppo si sciolse senza produrre alcunché. Qualche giorno dopo i nomi dei cattedratici apparvero sulla stampa come autori del *Manifesto*. Coinvolgendo così i docenti, recalcitranti su alcuni contenuti scientifici del documento, ma servili nei confronti del Regime, Mussolini

era riuscito a escludere dalla discussione i membri del partito, dando al contempo un'autorevolezza scientifica al *Manifesto*.

Come già detto, nessuno degli scienziati, a eccezione di Landra, era stato consultato prima della pubblicazione. Visco e Pende protestarono non solo per la firma aggiunta in seguito, ma contestarono il documento perché riferito a un razzismo di matrice tedesca.

Infatti, i dieci studiosi non avevano la medesima idea di razzismo: oltre ai fautori del razzismo biologico (tesi che faceva capo soprattutto a Landra e Cipriani, secondo la quale contano soltanto la carne e il sangue oltre al legame ereditario ad essi collegato. Il tema della purezza del sangue costituiva una visione troppo simile a quella germanica. La pura razza italiana di origine ariana era da difendere da contaminazioni con altre razze - a partire da quella ebraica - e gli ebrei, che costituivano una razza non europea, non erano assimilabili) si distinguevano i sostenitori del nazional-razzismo (Pende e Visco), dottrina connessa ai concetti di nazione, di civiltà e popolo che condividono lingua, storia, cultura, religione e tradizioni. «*Solo chi è nato in Italia da genitori e da progenitori italiani, solo chi ha respirato sempre aria italiana può dirsi italiano. È il concetto di stirpe: la comunità nazionale è una famiglia allargata legata sì da vincoli biologici, ma anche da una storia, da un territorio, da valori comuni*».

Nel febbraio 1939 il Duce, anche a seguito

delle pressioni di Pende e Visco, abbracciò la tesi del nazional-razzismo basata sugli elementi di carattere storico, culturale e spirituale che contraddistinguevano la razza italiana. «Il mero concetto biologico, infatti, non era più in linea con l'ortodossia fascista della razza, che aveva come corollario imprescindibile la distinzione tra la politica razziale italiana e quella tedesca».

Il *Manifesto* divenne la base ideologica e pseudo-scientifica, il manifesto teorico del razzismo italiano e della politica razzista dell'Italia fascista.

Riguardava il razzismo nella sua complessità, non solo quello antiebraico, anche se agli ebrei è dedicato un articolo (il numero 9). In tal modo darà un fondamento scientifico e rappresenterà la base giuridica su cui poi si innesteranno le successive leggi razziali.

Il 5 agosto il *Manifesto* venne pubblicato, con qualche variazione nei dieci punti, anche sul primo numero della rivista *La difesa della razza* che era nata proprio per propagandare il *Manifesto*. Su questo periodico apparvero numerosi articoli sulle idee razziali fasciste. Direttore era Telesio Interlandi. Il comitato di redazione era formato da 5 persone. Tutti firmatari del *Manifesto*: Guido Landra, Lidio Cipriani, Leone Franzi, Marcello Ricci e Lino Businco.

L'intento della rivista era quello di persuadere gli italiani che l'eugenetica, l'antisemitismo, il divieto di contrarre matrimoni misti e le leggi razziali fossero scelte legittimate dalle leggi

della Natura. Inoltre, si sosteneva la superiorità della razza ariana italiana.

Con molte illustrazioni venivano raffigurati gli ebrei con gli stereotipi antisemiti tradizionali (con i ghigni maligni e i nasi adunchi, intenti a tramare per conquistare occultamente il mondo), ma anche gli africani, i meticci, i malati di mente con tratti somatici irregolari e distorti per suscitare ribrezzo e diffidenza e per creare un clima di avversione.

Il *Manifesto* segnò l'atto di nascita dell'antisemitismo di Stato, proclamando l'estraneità degli ebrei italiani alla comunità nazionale e alla razza italiana.

Così dopo la sua approvazione seguirono il censimento degli ebrei (in agosto) e l'emanazione, nel breve arco di due mesi, delle prime leggi razziali.



Censimento degli ebrei

L'11 agosto il sottosegretario all'Interno, Guido Buffarini Guidi, chiese a tutti i prefetti del regno, con "priorità assoluta" che venisse "compiuta esatta rilevazione degli ebrei residenti nelle province del regno". Entro 10 giorni si dovevano consegnare questi dati. Data la perplessità di molti comuni Buffarini Guidi emanò una circolare, il 20 agosto, nella quale si definiva il concetto di "appartenente alla razza ebraica": erano considerati ebrei tutti coloro

che indipendentemente dalla loro religione, discendessero da un solo genitore ebreo.

Il 22 agosto 1938 la Direzione generale per la demografia e la razza, presso il Ministero dell'Interno, dispose che venisse svolto un censimento nazionale riguardante la presenza in Italia di ebrei cittadini italiani e stranieri.

Gli ebrei italiani effettivi, cioè quelli che appartenevano ad una comunità ebraica o avevano dichiarato di essere ebrei erano 46.656 (il conto di 48.032 comprendeva coloro che avevano dichiarato di non sentirsi più ebrei o di essere figli di matrimoni misti).

Il censimento costituì il presupposto sulla base del quale saranno, dopo pochi giorni, emanati i primi provvedimenti razziali.

Giovanni Preziosi propose, per accertare l'origine ebraica delle persone, ricerche approfondite presso i cimiteri israeliti e negli archivi di città abitate da ebrei, di consultare i bollettini delle prefetture sui cambi autorizzati di cognomi e addirittura che venissero analizzati gli annunci mortuari pubblicati negli ultimi cinquant'anni dal *Corriere della Sera*.



Leggi razziali

Con il supporto scientifico del *Manifesto*, il regime avviò senza indugio l'attuazione delle politiche razziste con l'emanazione di un pacchetto organico di provvedimenti che vanno sotto il nome di leggi razziali.

Emanate da re Vittorio Emanuele III per dare immediata e piena attuazione alla politica razzista divennero la base giuridica per giustificare prima l'allontanamento e poi la persecuzione degli ebrei italiani.

Ecco le principali:

● R.D.L. 5 settembre 1938, n. 1390. Provvedimenti per la difesa della razza nella scuola fascista.

Il primo provvedimento colpì la scuola, infatti l'istruzione era considerato il settore più rilevante della società italiana. Sancì l'esclusione di persone di razza ebraica dall'ufficio di insegnante nelle scuole di qualsiasi ordine e grado; vietò l'iscrizione alle scuole, pubbliche e private, ad alunni ebrei di qualsiasi ordine e grado.

● n. 1539.

Istituzione del Consiglio Superiore della Demografia e Razza. Formato da professori universitari di varie materie che fornivano pareri sulle questioni di carattere generale con particolare riferimento alla propaganda antiebraica.

● n. 1381.

Veniva ordinato agli ebrei stranieri residenti in Italia (circa 10.000) di abbandonare il territorio italiano entro 6 mesi.

● R.D.L. 23 settembre 1938, n. 1630 - Istituzione di scuole elementari per fanciulli di razza ebraica.

● Il 6 ottobre 1938 fu votata dal Gran Consiglio del Fascismo la "Dichiarazione sulla razza".

Riguardava essenzialmente gli ebrei. Si voleva solo “discriminare” (cioè, isolare) e non “perseguitare” gli ebrei.

● n. 1728 - Provvedimenti per la difesa della razza italiana.

● n. 1779 - Integrazione e coordinamento in unico testo delle norme già emanate per la difesa della razza nella scuola italiana.

● R.D.L.22 dicembre 1938, n. 2111 - Disposizioni relative al collocamento in congedo assoluto ed al trattamento di quiescenza del personale militare delle Forze armate dello Stato di razza ebraica.

● Legge 29 giugno 1939, n.1054 - Disciplina dell'esercizio delle professioni da parte dei cittadini di razza ebraica.

Questa legge fu molto importante poiché la politica razziale fascista ebbe delle ripercussioni anche sull'esercizio delle professioni da parte dei cittadini ebrei, emarginandoli dalla vita lavorativa e sociale e riguardò anche i professionisti della nostra Città.

La legge riguardava le professioni di giornalista, medico-chirurgo, farmacista, veterinario, ostetrica, avvocato, procuratore, patrocinatore legale, esercente in economia e commercio, ragioniere, ingegnere, architetto, chimico, agronomo, geometra, perito agrario, perito industriale. Il Rdl del 17 novembre 1938 prevedeva (agli articoli 13 e 20) che le Amministrazioni pubbliche dovessero dispensare dal servizio, col termine di tre mesi dalla data di entrata in vigore del decreto (e cioè, entro



il 4 marzo), i propri dipendenti appartenenti alla razza ebraica. E gli Ordini professionali dovettero adeguarsi alle direttive della legge n. 1054 che stabiliva che i professionisti di “razza ebraica” dovevano essere iscritti in “elenchi aggiunti” da istituirsi in appendice agli albi professionali. Così furono duramente colpiti i professionisti ebrei ai quali vennero applicate apposite e specifiche norme: le amministrazioni pubbliche licenziarono i propri dipendenti (così avvenne negli Spedali Civili di Brescia dove due medici - Giorgio Sinigaglia e Lamberto Rocca - furono congedati) e i liberi professionisti vennero cancellati dagli Ordini degli Avvocati, dei Farmacisti e dei Medici. Inoltre, il Rdl n. 1728, agli articoli 14 e 16,

faceva differenza tra ebreo discriminato (ovvero la possibilità di non applicare - o in misura ridotta - le norme) oppure no: se un professionista ebreo, giudicato meritevole e benemerito per la Patria, si autodenunciava come ebreo e chiedeva la cancellazione dall'Albo professionale aveva la possibilità di essere iscritto in un albo aggiunto e di continuare ad esercitare, almeno parzialmente e inizialmente. Una Commissione istituita presso il Ministero dell'Interno valutava tali speciali benemeritenze. Quindi l'istanza di discriminazione doveva essere corredata da certificati attestanti il possesso di benemeritenze militari o politiche: ad esempio croce al merito di guerra o decorazioni per atti di valore militare, brevetto della marcia su Roma

o di legionario fiumano, tessera attestante la data di iscrizione al PNF, etc.

Opinabile, e molto ampia, era la discrezionalità - ad esempio l'essere discendenti in linea diretta da volontari garibaldini o da combattenti nelle guerre d'indipendenza - che non contò nel caso del dottor Giorgio Sinigaglia, primario chirurgo agli Spedali Civili di Brescia il cui nonno fu perseguitato dagli Austriaci perché in relazione con don Enrico Tazzoli dei Martiri di Belfiore.

Il procedimento di accertamento dell'appartenenza alla "razza ebraica" era stato studiato per risultare molto umiliante. Infatti, per ottenere la "discriminazione" il Professionista doveva autodenunciarsi al proprio Ordine come ebreo e chiedere la cancellazione dall'albo ordinario; dove ciò non fosse avvenuto sarebbero stati gli organi professionali a provvedere agli accertamenti ed alla relativa cancellazione. Per essere di nuovo iscritti negli albi "limitati" occorreva redigere domanda di iscrizione corredata da numerosi documenti (oltre ai certificati di nascita, di cittadinanza italiana, penale, di buona condotta (morale, civile e politica), di residenza, il certificato generale del casellario giudiziario di data non anteriore a tre mesi dalla presentazione della domanda e certificato dei procedimenti a carico, il titolo di studio e gli altri documenti di abilitazione alla professione e anche la dichiarazione di appartenenza alla razza ariana). Gli ebrei discriminati dovevano presentare il documento comprovante la discriminazione.

La legge intendeva emarginare i professionisti ebrei dalla vita lavorativa e sociale cui fino ad allora erano appartenuti e stabiliva che tutto il procedimento di cancellazione dagli albi avrebbe dovuto concludersi entro il febbraio del 1940.

Nei mesi successivi con una serie di circolari risultò sempre più evidente la volontà del regime fascista di escludere dalla vita politica, economica, culturale e sociale tutti gli ebrei, anche se discriminati.

In ogni caso, essere discriminati non era un diritto, ma una concessione. I "vantaggi" della discriminazione vennero meno del tutto a partire dalla primavera dell'anno 1942, dall'1 dicembre 1943 ogni ebreo poteva essere arrestato e rinchiuso in un campo di concentramento e dal 4 gennaio 1944 nessun ebreo poté possedere alcunché. Come scrisse Michele Sarfatti: «in termini riassuntivi, il periodo 1936-1943 (o 1938-1943) fu contrassegnato dalla persecuzione dei diritti, mentre il periodo 1943-1945 dalla persecuzione delle vite degli ebrei».

Il fatto cruciale era che, in attesa di ottenere la discriminazione, il professionista non poteva esercitare in quanto cancellato dall'albo; passavano diversi mesi prima dell'approvazione e quindi i professionisti, non potendo più lavorare, avevano oggettivi problemi per mantenere se stessi e le loro famiglie.

Nel volgere di poche settimane, in Italia, persero l'impiego circa 400 dipendenti pubblici, 400 dipendenti privati, 150 militari e 2500 professionisti.

Restrizioni e divieti imposti ai cittadini italiani ebrei

- ✘ Privazione della cittadinanza.
- ✘ Licenziamento dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche.
- ✘ Cancellazione dagli Ordini Professionali.
- ✘ Esclusione dalle forze armate e dal PNF, dalle cariche pubbliche.
- ✘ Vietati matrimoni razzialmente misti e le adozioni razzialmente miste.
- ✘ Divieto di avere dipendenti ariani.
- ✘ Divieto di soggiorno in principali località turistiche (ad esempio in Versilia, o a Ostia).
- ✘ Restrizioni al cambiamento dell'abitazione e alla pubblicità.
- ✘ I nomi degli ebrei vennero tolti dagli elenchi telefonici.
- ✘ Divieto di possesso di una radio.
- ✘ Divieto di partecipazione ad associazioni ricreative o balneazione su spiagge pubbliche.



Applicazione della legislazione razziale ai medici ebrei a Brescia

A Brescia il 29 ottobre 1938 il *Sindacato Provinciale fascista dei medici* chiedeva a ogni medico di compilare un questionario dichiarando se il padre e la madre fossero ebrei e se si era di nazionalità italiana. All'interno dei fascicoli personali dei medici, conservati oggi all'Ordine dei Medici, ci sono le varie risposte a tale questionario.

Mancano tuttavia i fascicoli personali di tutti i medici ebrei: sono presenti solo quelli del medico condotto di Gussago Mario Levi e quello di Desenzano Rubino (detto Rubens) Samaja. In questi due fascicoli sono conservati anche i documenti relativi ai ricorsi presentati dai due medici al Sindacato e al Ministero dell'Interno per poter esercitare la professione.

Presso l'Ordine dei Medici è conservato l'Albo aggiunto dove sono riportati i nomi dei medici ebrei dell'epoca. I medici presenti nell'«Albo Professionale Medici Aggiunto» sono: Ettore Norsa, Mario Levi e Giorgio Sinigaglia.

Rubino Samaja, medico condotto a Desenzano, e Lamberto Roccas, dipendente dell'Ospedale Civile, erano iscritti nel registro "ordinario" e registrati come di razza ariana. Tutti i medici vennero cancellati dall'Albo Professionale. Giorgio Sinigaglia e Lamberto Roccas vengono licenziati dall'Ospedale Civile. Gli altri medici persero le condotte: Levi (Gussago), Norsa (Montichiari),

Samaja (Desenzano).

Nell'Archivio Storico Diocesano di Brescia ci sono documenti relativi a tre medici che chiesero l'intervento del vescovo Giacinto Tredici: Giorgio Sinigaglia, Mario Levi e Gregor Fistein. Entrambi i medici ebrei bresciani ricordano la storia della loro famiglia: con i rispettivi padri servitori fedeli per decenni dello Stato, Giacomo Sinigaglia, Ispettore delle Imposte Dirette del Governo Italiano e Eugenio Levi, Direttore di Ragioneria nelle Intendenze di Finanza. Evidenziano come essi fossero di sentimenti profondamente italiani e ben inseriti nel proprio ambito sociale e lavorativo. Il dottor Sinigaglia il 24 febbraio 1940 scrive al vescovo Tredici per chiedere un appoggio al suo caso presentato al Ministero sapendo che presso la Segreteria di Stato era stato costituito un ufficio che si interessava di tali pratiche. Il vescovo bresciano intervenne con una lettera indirizzata alla Segreteria di Stato Vaticano per intercedere per Sinigaglia. L'1 marzo Monsignor Giambattista Montini, sostituto della Segreteria di Stato, comunica al vescovo Tredici di aver raccomandato il caso alla Congregazione degli affari ecclesiastici straordinari. Il 9 marzo il cardinal Luigi Maglione, Cardinale Segretario di Stato dal 12 marzo 1939 fino alla morte, scrive al vescovo Tredici di aver raccomandato il caso del dottor Sinigaglia e, successivamente, il 30 maggio comunica che la domanda era "in istruttoria". Anche Mario Levi perora la propria causa ricordando la sua iscrizione al PNF nel 1931

- ✘ Esclusione dalle istituzioni culturali di studiosi ebrei e dalle biblioteche di lettori ebrei e dei libri di autori ebrei.
- ✘ Non possono pubblicare necrologi.
- ✘ Nelle mostre non possono essere esposte opere di pittori e scultori ebrei.
- ✘ Non possono fare i fotografi.
- ✘ Non possono avere una rivendita di tabacchi.
- ✘ Non possono vendere oggetti usati, libri, penne, matite, quaderni.
- ✘ Non possono avere il porto d'armi.
- ✘ Non possono tenere cavalli.
- ✘ Non possono nemmeno allevare piccioni.
- ✘ Fu vietata la macellazione rituale, cessate le pubblicazioni ebraiche, vietati i festeggiamenti delle feste ebraiche.



e ribadendo la sua attività di medico fiduciario anche dell'ONMI, dell'ONB e della GIL essendo egli specializzato in pediatria per *«rendersi maggiormente utile nel suo servizio di Condotta per la profilassi e la cura delle malattie infantili ben conoscendo le previdenze volute e create dal Regime a tutela della Infanzia»*. La sospensione di ogni attività professionale non gli dava i mezzi per poter mantenere la famiglia. Il 12 marzo 1940 il vescovo Tredici raccomanda presso gli organi competenti l'istanza di discriminazione del Dottor Levi (facendo presentare la domanda al Cardinal Maglione da Monsignor Montini, perché fosse più "appoggiata"). Trascorrono alcuni mesi con lo scambio di altre epistole fra queste autorità religiose, ma il 15 ottobre Maglione comunica al vescovo bresciano che la domanda del dottor Mario Levi è stata respinta. Un terzo medico Gregor

(Ghersco) Fistein nato in Bessarabia da Boris e Feida Fridmon, israeliti, ma non professanti la religione ebraica. Terminati gli studi liceali a Odessa, si trasferì dopo la Rivoluzione russa in Romania. Nel 1920 andò a Pavia per frequentare medicina all'Università dove si laureò nel 1926 con pieni voti assoluti. Qui ebbe per un anno l'incarico di assistente universitario in Patologia medica. Vinse la condotta medica di Capriano del Colle. Nel 1928 ottenne la cittadinanza italiana e nel 1931 la medaglia d'oro per la lotta contro la tubercolosi. Fu segretario amministrativo del Fascio di combattimento di Capriano. Fistein esercitò in un Ospedale ricovero delle Ancelle di Carità che fu costretto ad abbandonare per le leggi razziali. Anche egli si rivolge alla Santa Sede chiedendo di essere aiutato per una eventuale assunzione nella casa della Congregazione delle Ancelle

in Albania. Avendo perduta la cittadinanza rumena (alla quale aveva rinunciato per ottenere quella italiana) egli si trovava apolide (la discriminazione poteva essere richiesta soltanto da cittadini italiani; gli stranieri o gli apolidi non essendo discriminati non potevano esercitare alcuna professione). Il 31 dicembre 1938 il segretario di Stato, cardinal Eugenio Pacelli, scrive al vescovo Tredici comunicandogli la difficoltà di trovare una sistemazione all'estero causa l'indisponibilità dei posti previsti. Pacelli suggerisce a Fistein di inoltrare una documentata domanda alla Commissione Ministeriale per ottenere il permesso, considerati i suoi vari titoli di benemerenza civile, di continuare a rimanere in Italia. Egli emigrò a Cuba e successivamente, nel 1940, a Trinidad, dove continuò ad esercitare la professione. Dopo la guerra i medici bresciani, tranne Roccas che morì nel 1943, tornarono ad esercitare la professione nelle loro sedi originarie.



Epurazione degli scienziati razzisti

Dopo la guerra si formò l'Alto Commissariato per l'epurazione della Pubblica Amministrazione che voleva ottenere il massimo della pena e il riconoscimento dell'accusa di razzismo dei professori universitari (fra i quali i dieci del Manifesto). Il colonnello Charles Poletti iniziò ad individuare le personalità da epurare. Tra

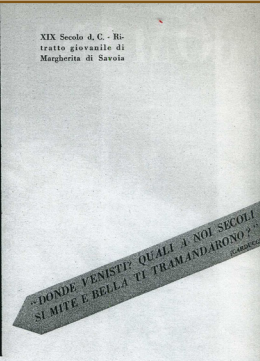
i firmatari del *Manifesto* Donaggio era deceduto; Businco, Cipriani, Franzi, Landra e Ricci erano già usciti dall'Università. Il 4 luglio 1944 all'Università di Roma "La Sapienza" vennero esonerati Nicola Pende e Sabato Visco; il primo agosto Franco Savorgnan ed Edoardo Zavattari. I quattro erano accusati di "aver attivamente partecipato alla vita politica del fascismo con ripetute manifestazioni di apologia della politica fascista nel campo razziale firmando il manifesto della razza". I quattro si difesero dicendo che nessuno aveva firmato né aderito al *Manifesto* (di cui non esistevano originali firmati negli archivi fascisti). Addirittura, il 30 dicembre 1948, Pende scrisse al direttore della rivista *Israël*: "Non ho mai firmato il famigerato manifesto

della razza del 1938, né mai aderito o collaborato alla campagna fascista antisemita... lo fui il primo... a protestare ed attaccare il contenuto del manifesto, dimostrandomi coerente con le mie idee ostili al razzismo antisemita". Nel dicembre 1944 a seguito di testimonianze sul fatto che il testo era stato redatto su indicazioni di Mussolini al solo Guido Landra, che i docenti si contrapposero a Alfieri e a Starace durante la stesura del *Manifesto* e che erano giunte manifestazioni di stima e sostegno a favore degli imputati, la Commissione di primo grado cancellò le accuse di partecipazione alla campagna razzista. Zavattari e Savorgnan poiché non avevano ricoperto cariche politiche vennero prosciolti. Pende e Visco vennero

dispensati dall'insegnamento solo per la partecipazione alla vita politica del fascismo avendo ricoperto incarichi politici. Una nuova Commissione analizzò dettagliatamente le opere a stampa (libri e articoli), le conferenze e le posizioni scientifiche di ognuno. Da ciò emerse come l'attività scientifica dimostrava l'avvallo della politica razziale del regime. L'Alto Commissario richiese per Pende, oltre alla dispensa dal servizio, anche la perdita di ogni diritto di pensione e per Zavattari, assolto in primo grado, la dispensa dal servizio. A Pende venne ridotta la pena a soli sei mesi. Poiché l'epurazione della Pubblica Amministrazione si era rilevata inefficace, fu il Consiglio dei Ministri che



XIX Secolo d. C. - Ritratto giovanile di Margherita di Savoia



III Sec. a. C. - Figura femminile proveniente dagli scavi d'Ortorio



ANNUA DI CARATTERI FISIONOMICI A RAZZA ATTRAVERSO I MILLENNI

PUÒ ESISTERE UN RAZZISMO IN MEDICINA?

Può esistere un razzismo in Medicina? Sì, non solo può, ma deve esistere un razzismo in Medicina per tutti quei popoli che sono consoci della loro elevatezza, e che quanto più in alto nella scala dei valori biologici, tanto maggiormente rischiano di contaminare e di perdere tale loro patrimonio con il contatto e con la unione con altri complessi razziali di minor valore.

Come va inteso il razzismo in Medicina? Occorre qui soffermarsi per chiarire dei concetti tanto semplici quanto poco conosciuti o dei quali altrettanto spesso si diffonde anzitutto una errata interpretazione.

La parola «razzismo» sia in senso medico, come in ogni altro senso, non deve risuonare all'orecchio del profano come lo squillo della diana di una accanita battaglia offensiva verso altre razze, ma deve solamente essere intesa come la determinazione, da parte di chi deve, di prendere delle misure preventive e di difesa, dirette al preservamento dei valori multipli della propria razza, dirette perciò solo contro gli elementi che in maniera varia ad essi attentano.

Razzismo non sta ad indicare negazione delle possibilità di vita e della estrinsecazione di tutte le proprie funzioni a nessuno, ma sta solo ad indicare che ogni inquinamento del nostro patrimonio biologico sarà sicuramente impedito. Ciò sulla base inoppugnabile dell'esistenza di una scala di valori biologici tra le diverse razze, concetto questo indispensabile senza il quale, in misura maggiore o minore secondo il momento, le razze più sane vedrebbero in pericolo tale privilegio.

Che cosa è se non la espressione più spinta di una mentalità razzistica la costatazione sempre frequente dei linciaggi dei negri in America, dove, è bene si sappia, esiste, e non solo nelle Università, ma financo nei clienti dei grandi alberghi, un numero chiuso per razza anche non di colore (ed in primo luogo quella israelita) e che non si identificano con quella dominante in tale ultrademocratico paese, dove si finge di scandalizzarsi per misure minori e meno barbare prese in nazioni non democratiche?

Non è forse il più acuminato dei razzismi quello che ha permesso alla razza israelita di non farsi assimilare in circa due millenni pur vivendo sparsa in tutto il mondo?

Che il razzismo inoltre inteso in senso medico debba avere dei riflessi non solo interrazziali, più facilmente afferribili dal pubblico, ma anche dei riflessi interni, è cosa facilmente comprensibile se riflettiamo che danni alla sanità della nostra stirpe possono derivare anche da elementi in essa presenti. Basta pensare infatti al solo gran numero di malattie ereditarie.

Anche in tal campo gli esempi ci vengono da fonti che meritano essere citate: così infatti gli antichi ebrei proibivano il

matrimonio tra gli epilettici, gli alcolizzati, i tubercolotici, ben sapendo le deleterie conseguenze che ciò avrebbe avuto sulla discendenza, e ciò per non citare che alcune delle numerose norme che a tal riguardo esistevano presso detto popolo.

L'effluenza inoltre dell'ereditarietà era già ben conosciuta perfino da Ippocrate che sosteneva e se infatti da un femmineo, nasce un femmineo, da un maschio un maschio, ecc., perché le malattie onde la madre ed il padre sono affetti non devono essere trasmesse ai discendenti?

Da questi brevi e superficiali accenni si vede quindi come il razzismo, anche se la parola è di nuovo conio, trovi invece le sue radici in tempi molto remoti; e come ora sia specialmente per quello che può riguardare razze diverse dalla nostra la parola razzismo non deve suonare come una minaccia, nessuno toglierli loro il diritto di riprodursi e di vantare la loro pretesa superiorità sul resto dell'umanità; si domanda semplicemente, e che dalla domanda non si passi all'imposizione dipendente unicamente da loro, che ci lascino fare e che ci evitino dei misfatti indelebili e che in fondo anche gran parte di loro non hanno mostrato gradire.

Quale è ora il compito della Medicina in tutto ciò? Così come l'antropologia e le altre branche nei loro singoli campi, così anche la Medicina deve indicare da un punto di vista biologico

e clinico i vantaggi e gli svantaggi dei vari tipi di incroci tra elementi di razza diversi, e fra individui di una stessa razza se tazzati. È augurabile perciò che alcuni concetti a tal riguardo fondamentali, acquisiti nella gran massa dei medici e dei biologi una importanza ed una immediatezza maggiore di quanto oggi non abbiano, e che pur procedendo in ogni conclusione pratica con la maggiore prudenza e con la maggiore imparzialità, ugualmente non ci si ritragga davanti a conclusioni che debbono giovare alla sanità della nostra razza.

Le stesse qualità spirituali di un popolo, che sono la garanzia del suo destino futuro, riposano in gran parte sulle sue qualità fisiche secondo l'antico detto e meno sano in comporre sano.

Il compito della Medicina è quindi fondamentale in quell'opera di elevazione della razza alla quale accennava il Duce già oltre un decennio fa quando nel suo discorso per il settimo annuale della fondazione dei Fasci così si esprime e se mi riuscirà e se riuscirà al Fascismo di sagomare così come io voglio il carattere degli Italiani, state tranquilli, certi e sicuri che quando la ruota del destino passerà a portata delle nostre mani noi saremo pronti ad afferrarla ed a piegarla alla nostra volontà.

Dott. LEONE FRANZI
Assistente nella Clinica Pediatrica della R. Università di Milano

24
25

si occupò dei professori universitari da collocare a riposo.

I membri del Governo erano: Alcide De Gasperi (presidente), Emilio Lussu, Giuseppe Romita, Palmiro Togliatti, Epicarmo Corbino, Manlio Brosio, Raffaele De Courten, Mario Cevolotto, Enrico Molè, Leone Cattani, Fausto Gullo, Mario Scelba, Gaetano Barbaresi e Luigi Gasparotto. Nell'adunanza del 20 gennaio 1946 il confronto fu aspro e combattuto soprattutto su Nicola Pende. Venne bocciato il suo reinserimento con otto voti contrari su dodici, nella stessa riunione anche Sabato Visco venne giudicato indegno della cattedra. Zavattari e Savorgnan vennero invece legittimati all'insegnamento. Pende e Visco presentarono ricorso che, il 16 luglio 1946, venne rigettato dal Presidente Enrico De Nicola e da Alcide De Gasperi.

A seguito di nuovo ricorso il Consiglio di Stato annullò la decisione dei ministri per vizio di forma.

Il 22 giugno 1946 venne varata l'amnistia Togliatti. Il 9 novembre 1948 il Consiglio dei ministri (De Gasperi Presidente) decideva, senza discussione, la riammissione dei docenti.

Nel dicembre 1948 ci furono incidenti tra gli studenti di medicina che volevano impedire la prima lezione di Patologia generale di Pende quando egli riprese servizio presso l'Università di Roma "La Sapienza".

Così come venne contrastato il ritorno all'insegnamento di Fisiologia Generale di Sabato Visco. ●

Banalità del male

Gianpaolo Balestrieri

L'uso (talvolta l'abuso) degli eponimi in medicina si sta smarrendo, anche per l'avanzamento delle tecniche diagnostiche. Nell'epoca dell'ecocardiografia pochi ricordano (e saprebbero riconoscere) il soffio cardiaco di **Austin Flint** o quello di **Graham Still**.

Ma alcuni eponimi sono stati rifiutati per altri motivi.

La granulomatosi di Wegener si chiama (dal 2011) granulomatosi con poliangioite.

In quegli stessi anni l'artrite di Reiter è stata ribattezzata artrite reattiva.

Da qualche tempo si preferisce parlare di malattie dello spettro autistico piuttosto che di sindrome di Asperger.

Una "*damnatio memoriae*" accomuna questi medici, indubbiamente validi studiosi. Sono stati coinvolti in prima persona nella medicina nazista.

Friedrich Wegener (1907-1990) membro del partito nazista dal 1932, lavorò durante la Seconda guerra mondiale presso il ghetto di Łódź in Polonia, il secondo per dimensione dopo quello di Varsavia. Eseguiva autopsie sui detenuti ebrei ed era a conoscenza degli esperimenti medici condotti all'interno del ghetto.

Hans Reiter (1881-1969), entusiasta sostenitore della politica di igiene razziale, membro delle SS, condusse esperimenti inoculando bacilli del tifo agli internati di



Buchenwald con numerosi decessi.

Il medico austriaco **Hans Asperger** (1906-1982), antisemita convinto, è sospettato aver partecipato ai programmi eugenetici nazisti.

Parecchi altri, meno noti, eponimi, riferiti a medici coinvolti nella politica "sanitaria" nazista, sono stati cancellati negli ultimi anni.

Queste vicende ci fanno comprendere come i medici tedeschi (e austriaci dopo l'Anschluss del 1938) siano stati largamente coinvolti nell'ideologia nazista della purezza e dell'igiene razziali, che ha avuto come conseguenza, negli anni bui del Terzo Reich, l'attuazione del programma eutanasico Aktion T4 fino alla barbarie estrema della sperimentazione sulle donne, gli uomini, i bambini reclusi nei campi ed alla partecipazione dei medici SS alle selezioni sulle banchine di Auschwitz. I medici ebrei vennero espulsi dalla professione. Quelli che non riuscirono ad emigrare seguirono la sorte del loro popolo nei campi di sterminio.

Con la presa del potere dei nazisti in Austria (1938) la facoltà medica di Vienna, allora ancora tra le più prestigiose nel mondo, espulse il 77% dei suoi docenti (tra cui tre premi Nobel), in gran parte ebrei, costretti ad emigrare. Non mancarono i suicidi. Preside di facoltà (e poi Rettore),

regista dell'operazione di "pulizia etnica" fu **Eduard Pernkopf** (1888-1955), professore di anatomia e rinomato autore dell'Atlante anatomico che porta il suo nome. Le tavole anatomiche furono disegnate utilizzando le dissezioni di cadaveri di prigionieri politici giustiziati.

Da qui la recente discussione sul fatto che l'utilizzo dell'Atlante, un'opera peraltro superba, possa costituire oltraggio alle vittime.

Gli esempi di oppositori alla ideologia nazista in campo medico sono molto pochi. La gran parte dei medici tedeschi e austriaci videro con favore l'allontanamento dei numerosi colleghi ebrei, professionisti spesso assai stimati e rinomati. Studenti in medicina, di fede cattolica, erano invece **Hans** e **Sophia Scholl** ed altri compagni, protagonisti della Rosa Bianca, gruppo di opposizione al nazismo, giustiziati nel 1943.

Il codice ippocratico, in conclusione, è stato spesso infranto nei regimi totalitari, dalle leggi razziali dell'Italia fascista, all'uso della psichiatria e dei manicomi contro gli oppositori nell'Unione Sovietica. Anche nei Paesi democratici la sperimentazione sull'uomo non ha seguito regole deontologiche vincolanti fino alla fine del secolo scorso (Convenzione di Oviedo 1997). ●



I casi clinici di Renzo Rozzini

Il figlio forse non si droga

Si incontra un paziente e si cerca di capire chi è, in che corpo, in che persona, si è andata a ficcare la malattia che l'ha portato in ospedale; bisogna inquadrarlo, confrontarsi con i colleghi che l'hanno accolto in corsia. È stata ricoverata d'urgenza due giorni prima, per una brutta infezione, ha risposto alla terapia. Quando entro in camera è seduta su una sedia a rotelle, ha il camice dell'ospedale (perché non la sua vestaglia?), capelli stopposi, taglio a scodella, pelle e occhi giallogrigi, senescente: è più o meno come me l'hanno descritta nella riunione del mattino, la "tipica paziente di casa di riposo"; la documentazione clinica è scadente, la porteranno; è un'"ex-psichiatrica"? Inizio a indagare lo stato mentale. Parla volentieri, velocemente, ogni poco si distrae. Chiedo l'età, dice di essere nata nel '27, se è sposata, "no vedova", che lavoro ha fatto, "la cameriera", ha figli, "sì uno", di 30 anni (!); bene, devo prendermi più tempo, farla raccontare e ascoltare. È nata ed è vissuta in campagna.



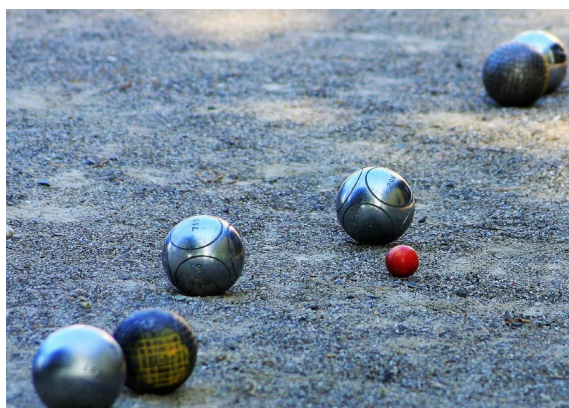
Per salvare il matrimonio è stato necessario trovare un lavoro che la tenesse il più possibile lontano da casa, la convivenza non era possibile. Il marito, mandriano, beveva troppo, quando ubriaco diventava violento, la picchiava. Poco dopo essere sposati, nell'acme di un delirio di gelosia l'aveva cercata nella casa dove lei "era a servizio" e dove dormiva nei giorni feriali, ed entrato in camera, al buio, aveva percosso la figlia della "signora" che quella notte, come ogni tanto succedeva quando la "signora" usciva, aveva dovuto ospitare nel suo letto. Era un poco di buono, ma "dovevo

volergli bene, l'avevo sposato". Ancora. Non le è mai piaciuto abitare in paese. Ci rimaneva il meno possibile. Di giorno lavorava e tutte le sere prendeva un treno e andava in città diverse: Verona, Padova, Ferrara, Parma (Parma era una bella città, non Brescia!), raramente a Milano, Pavia. Spesso andava in Svizzera, "lì i treni sono molto belli, puntuali", "il migliore è quello rosso", ma lei non ci è mai salita, "ci andava spesso la mia signora". Ha visitato posti "molto" interessanti, conosciuto tante persone, anche "molto" importanti, gente elegante, gran signori, ci si dava del tu.

La mattina rientrava per il lavoro. Il figlio non lo vede mai, è malato, "ha la sindrome", quale, "la sindrome". "Deve ritenersi fortunato perché con quel padre avrebbe potuto diventare un delinquente, un poco di buono". Crede abbia un lavoro, non chiede soldi, non beve, non ruba. Si droga? "Questo dottore non lo so, oggi lo fanno tutti, non posso mettere la mano sul fuoco". La visito, la saluto, chiudo la porta e ritorno nel mondo di tutti, lasciando lei nel suo. ●

Il gioco delle bocce e l'odio coniugale

Me l'ha mandata il medico di famiglia per una transitoria perdita di coscienza a seguito di un trauma cranico. La paziente ha 71 anni. Racconta in modo preciso l'accaduto, che non ritiene conseguenza del traumatismo, a suo giudizio lieve, quanto dello shock provocato dall'aggressione verbale del marito che invece di soccorrerla, o compatirla, le ha urlato un violento "ti sta bene". Odia il marito. Sono sposati da 47 anni. Si è accorta di aver fatto l'"errore della sua vita" già durante il banchetto nuziale. Ma allora era innamorata; le convenzioni sociali le hanno impedito di lasciarlo. Da più di venti anni non ha più rapporti intimi.



I primi anni di matrimonio l'ha costretta ad abitare nella casa dei suoi genitori, dove per due anni ha assistito la suocera ammalata, anche lei odiosa, e convissuto con una cognata, vedova con tre figli.

Non si perdona di aver lasciato la sua - bellissima - per la famiglia di lui, odiosa.

Papà, mamma e sette fratelli, “eravamo poveri, ma nella nostra casa si respirava la felicità”. Il padre è stato un campione di bocce e ha trasmesso la passione a tutti i figli. A lei piace tantissimo giocare. Appena può va sul campo della polisportiva del comune limitrofo. Negli ultimi anni le costa molta fatica per una lesione della cuffia dei rotatori della spalla destra, proprio quella che usa, ma ugualmente tiene duro, non si arrende, anche perché è l'unico modo che ha per allontanarsi qualche ora dal marito, che ovviamente detesta questo gioco.

Hanno avuto due figli, che odiano il padre. Il maschio, quarantenne, lo scorso anno si è separato e per problemi economici ha chiesto ai genitori di ri-ospitarlo con i due bambini. Ha resistito tre mesi e poi ha dovuto cercarsi una sistemazione nuova perché la convivenza era impossibile.

Il marito è veramente odioso, non ha fiducia di nessuno, ipocondriaco, cambia continuamente medici, nessuno è all'altezza, critica tutti, anche per banalità. Da quando è in pensione, la assilla con osservazioni e insopportabili rimbrotti: solo lui sa fare la spesa nel posto più conveniente, solo lui sa mettere nel modo giusto i barattoli e le scatole nell'armadietto della cucina, solo lui sa mettere in ordine gli asciugamani nel bagno, solo lui è in grado di farsi rispettare. Solo lui... Non è mai stato innamorato né attratto sebbene fosse bella; è certa che l'ha sposata solo per vincere una scommessa con un amico.

Ha già acquistato il loculo accanto a quelli dei propri familiari, non nel cimitero dove il marito ha la tomba di famiglia. Se morisse prima di lui, vuole che gli sia comunque disagevole recarsi sulla sua tomba.

È certa che sarebbe spregevole anche in quell'eventualità. ●

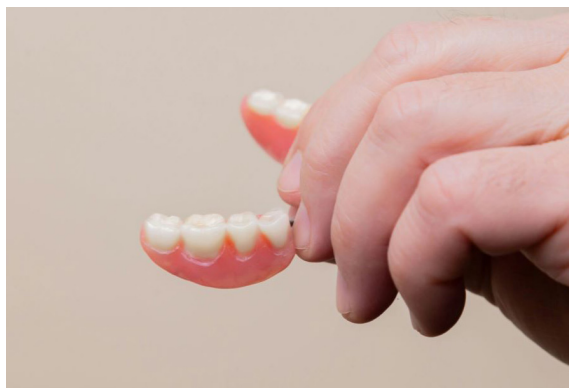
Kukident e ictus

L'indicazione all'intervento cardiocirurgico, facendo riferimento alla sola malattia valvolare, è indiscutibile; il problema è capire se il paziente sarà in grado di sopportare l'intervento, quanto è grande il rischio di complicanze, se l'intervento e l'anestesia produrranno

uno scadimento transitorio e/o permanente dello stato mentale e della sua autosufficienza: riuscirà il paziente dopo l'intervento a fare quello che faceva prima? Avrà bisogno di aiuto? Ha una rete familiare in grado di accoglierlo alla dimissione in caso di necessità? A queste domande si deve dare una

risposta quando il paziente ha più di ottant'anni.

Stamattina ho valutato una paziente di 87 anni candidata alla cardiocirurgia con probabilità elevata che molte delle domande sopra elencate diano risposta sfavorevole; eppure, il mio giudizio incoraggia l'intervento: così com'è la paziente non ha più una vita decente. Negli ultimi mesi è stata ricoverata innumerevoli volte e sempre per sintomi dovuti alla malattia cardiaca. L'intervento, andasse bene, probabilmente non gli modificherà di molto la aspettanza di vita, ma è l'unica *chance* che può migliorarne la qualità. Redigo la scheda di valutazione cercando di motivare con dati oggettivi la mia convinzione affinché si proceda con la procedura. Dopo tre ore dalla compilazione vengo chiamato da una giovane collega che mi chiede se veramente sono certo di quanto scritto; la risposta è affermativa. Dall'ambulatorio sta salendo a visitare la paziente; l'infermiera di settore l'ha chiamata perché la paziente parla male, farfuglia parole confusamente, è afasica, potrebbe aver avuto un ictus. È possibile, ovvio, è una paziente con malattia valvolare e fibrillazione atriale, ugualmente dico di darmi informazioni dirette, anzi, che la raggiungo in corsia. All'arrivo la incontro, ripeto le motivazioni che mi hanno indotto a dare un sostanziale via libera all'intervento e insieme entriamo nella camera della paziente. La paziente è a letto, mi sorride (ci conosciamo, ci siamo incontrati poche ore prima!) e allunga il braccio per darmi la mano. Avesse avuto un ictus gli effetti, quantomeno per ora,



non sono stati gravi: un *deficit* di linguaggio si associa generalmente a un'emiparesi destra, che la paziente evidentemente non ha. Chiedo come sta e lei portandosi la mano alla bocca come per proteggerla risponde con uno "Fcusi signor dottore fe parlo male, afpetto i miei a mezzogiorno, volevo avere la bocca in ordine e mi fono fistemata la dentiera, ma l'ho meffa male e con troppo Kukident; ora non riefco a toglierla, per quefto fatico a parlare". Sorrido e la lascio con un "passavo di qua e desideravo salutarla nuovamente, lei mi sta simpatica, vedrà che andrà tutto bene". ●

La *Sindrome di Charles Bonnet* e il paradiso

È tata mia paziente per quasi 20 anni. Nobildonna senza figli, è morta all'età di 98 anni. Le visite

si svolgevano esclusivamente al domicilio, un bellissimo palazzo del settecento del centro storico vicino all'ospedale, a me provinciale sembrava una reggia. Dapprima ero stato medico del marito, me l'aveva affidato la mia primaria che ero laureato da poco; quando morì lei volle che diventassi medico suo.

La vedevo frequentemente: negli ultimi due anni esigeva che io passassi a salutarla ogni sera sebbene non ve ne fosse alcun bisogno. Io l'ho adorata e lei era gelosa di me. Quando mi presentavo inelegante il rimprovero era certo. Nei primi anni commentava garbatamente il mio modo di vestire facendo seguire i commenti con altrettanto garbato insegnamento ("questo va bene, ma andrebbe meglio..."), negli ultimi, ma successe raramente, si dimostrava seccata ch  da una signora ci si presenta in modo adeguato.

Fino a novant'anni era andata dal parrucchiere a Parigi. A 95 non licenzi  la cameriera che la derubava perch  l'entit  del furto era ben inferiore al prezzo che avrebbe dovuto pagare per adattarsi a un'altra presenza in casa. Non mi sono meravigliato quando



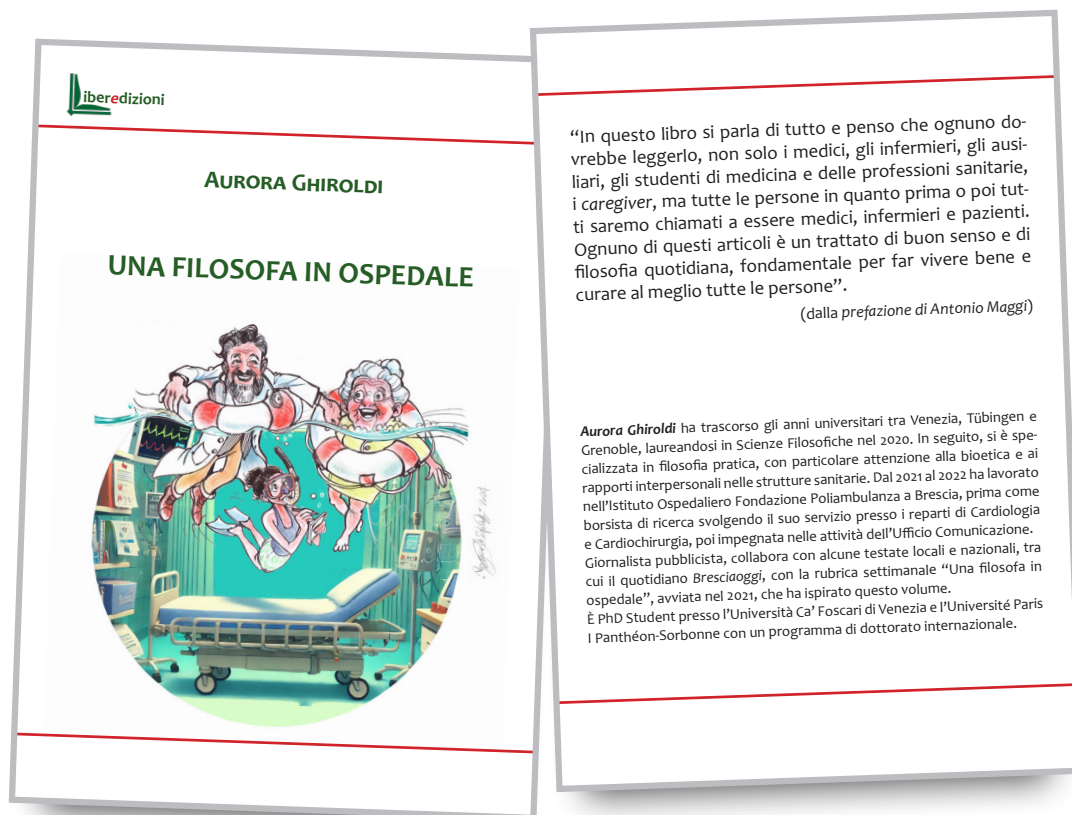
un giorno ha raccontato delle allucinazioni visive che aveva da qualche mese; erano comparse dopo che aveva iniziato a perdere la vista per una maculopatia ed erano diventate vivide all'aggravarsi del difetto. Erano "gradevoli": vedeva piazze "come quelle dipinte da De Chirico", cornici dorate, arazzi, lampioni scintillanti, figure femminili, bambini, fiori, nuvole, onde del mare. Era ben consapevole che ci  che vedeva non era reale, che fossero delle allucinazioni, ed era in grado di evocarle e di interromperle volontariamente.

Non aveva avuto nessun problema a raccontarmi quanto le stava succedendo, anzi. Per la bellezza delle allucinazioni mi chiese solo se quello che vedeva fosse un'anticipazione del paradiso. Nobildonna presuntuosa, perch  mai avrebbe dovuto andarci? ●

Una filosofa in ospedale

Un nuovo volume in uscita il 14 dicembre 2024
con la copertina illustrata dal “nostro” vignettista
Dottor Raffaele Spiazzi

Dalla sensibilità e dalla cultura filosofica dell'autrice Aurora Ghiroldi, che ha incontrato medici, infermieri, operatori sanitari, ma specialmente i pazienti dell'Istituto Ospedaliero Fondazione Poliambulanza, sono nati tanti spunti di riflessione tradotti in articoli di giornale che la filosofa Ghiroldi ha deciso di raccogliere e pubblicare in questa prima raccolta.



Dell'immagine di copertina

Raffaele Spiazzi

Immergersi per far emergere il sommerso. Quando ho iniziato a leggere i testi e le riflessioni di Aurora riguardo alla sua esperienza di "filosofa in ospedale", mi son presto ritrovato anch'io a vivere un'esperienza...immersiva. Volevo cogliere spunti sui quali strutturare l'illustrazione di copertina e mi son ritrovato a dialogare, insieme con lei, con medici e pazienti, a discorrere di storia della medicina e di filosofia, a collegare antiche e nuove suggestioni con vissuti di dolore, ma anche di leggerezza, comunione e ascolto come antidoti alla solitudine che spesso coglie non solo chi vive l'esperienza della malattia, ma anche chi della malattia e della sua cura ne ha fatto la propria professione. Ed ecco che gli spunti su cui lavorare me li sono ritrovati tutti davanti agli occhi. La bolla, anzitutto, che spesso così è descritta l'esperienza di malattia, metaforicamente e teatralmente rappresentata dal ricovero in ospedale, dove la bolla si fa stanza, si fa isolamento, i ritmi e i riti della vita si stravolgono e l'orizzonte si chiude, dominato dall'incombente presenza di un ospite inatteso e indesiderato, la malattia - acuta, cronica, grave o meno grave, ma comunque prepotente e intrusiva - a cambiarti le prospettive e il senso del sé.

E poi la relazione di cura, che si vorrebbe esclusiva e che esclusiva non può essere, ma che prevede comunque che quel curante che vorremmo sappia entrare nella bolla con il suo paziente, a trasmettergli empatia e contatto, accoglienza, ascolto e presa in carico e metteteci voi tutte le impressioni e gli auspici che vi sovengono. E ancora il galleggiare, l'essere sospesi nella stessa bolla, medico e paziente, un salvagente ciascuno a tenerli a galla, immersi in un fluido senza tempo, dove c'è un visibile e un invisibile, un emerso e un sommerso. Lì ho collocato la mia

filosofa, immersa nella stessa bolla e coinvolta nella stessa relazione di cura, ma capace di un altro punto di vista, a spingere medico e paziente a guardare oltre il visibile, a comprendere e ad esprimere il sommerso e l'indicibile. Magari anche con quel po' di lievità che tanto ricorda l'esperienza del galleggiare sospesi nel fluido della bolla, del condividere la stessa condizione umana. Per saperla anche "prendere con filosofia", come talvolta si dice. Assaggiando pillole di antica sapienza o più moderne riflessioni di un sapere che è per sua natura transdisciplinare e non conosce limiti e confini.

Perché il dialogo è comunque esperienza reciprocante, è profondità ma anche e soprattutto è comunione, condivisione, abbraccio, è sentirsi parte della stessa bolla, per romperne insieme i confini e tornare infine alla realtà, a poggiare i piedi per terra. Ma più ricchi e consapevoli.

Così, come in un viaggio dall'isola di Cos ai giorni nostri, capitolo per capitolo, storia dopo storia, riflessione su riflessione, mi sono dato la mia personale risposta alla domanda che, sotto sotto, in molti si faranno di primo acchito: **ma che mai ci farà una filosofa in ospedale?** ●



Medici scrittori

 **Gianpaolo Balestrieri**

Medici scrittori; un lungo elenco, vien da dire. Senza certo dimenticare l'ingegnere Carlo Emilio Gadda e il chimico Primo Levi, **nessun'altra professione ha dato un contributo tanto cospicuo alla letteratura**. Perché? Alcune ragioni si spiegano con la natura stessa del lavoro medico.

Il rapporto con una grande varietà di persone, conosciute nelle loro vicende intime, nei loro sentimenti, nei momenti cruciali della vita.

La rielaborazione che il medico fa delle storie dei pazienti per costruire una narrazione coerente. Il coinvolgimento emotivo dell'incontro clinico. La consuetudine al ragionamento analitico ed interpretativo. La curiosità intellettuale.

Due esempi di intreccio tra medicina e letteratura

Arthur Conan Doyle e il suo mentore

L'autore del personaggio di Sherlock Holmes riconobbe il suo debito nei confronti di Joseph Bell (1837-1911) clinico medico e insegnante di Doyle all'università di Edinburgo.

Un esempio tra i molti delle sue capacità di osservazione.

Entra il paziente nell'aula e dopo un rapido sguardo Bell gli dice:

Lei ha servito nell'esercito? Sì, signore.

Congedato da poco? Sì, signore.

Sottufficiale? Sì, signore.

Un reggimento scozzese? Sì, signore.

Di stanza alle Barbados? Sì, signore.



Quindi Bell rivolto agli studenti: il paziente è un uomo rispettoso, ma non si è tolto il cappello.

Non si usa nell'esercito, ma se fosse congedato da molto avrebbe appreso i modi civili. Ha un'aria di autorità ed è ovviamente scozzese. Presenta un'elefantiasi che si riscontra nelle Indie Occidentali. I reggimenti scozzesi sono di stanza alle Barbados.

Il medico come detective, quindi. Raccoglie indizi e articola ragionamenti induttivo/deduttivi. Lo storico Carlo Ginzburg

in “Spie. Radici di un paradigma indiziario” (Einaudi 1979) ricorda la figura del medico Giovanni Morelli (1828-1891) ideatore di un metodo innovativo di attribuzione delle opere d’arte, che si concentrava sui dettagli secondari dei dipinti (orecchie, mani, piedi, panneggi..) tratti meno usualmente imitati da altri pittori, per riconoscere con maggior certezza l’autore.

Lo sguardo clinico. Una semeiotica rapida e intuitiva, sorretta dalla conoscenza e dall’esperienza.

Un talento che rischia di essere smarrito nel tempo degli algoritmi e delle linee guida.

La commedia umana.

Anton Pavlovič Cechov

“La medicina è la mia legittima sposa, la letteratura la mia amante. Quando mi stanco dell’una passo la notte con l’altra.”

Così Cechov (1860-1904) in una lettera al direttore della rivista cui inviava i suoi racconti. E medico lo fu davvero, visitando pazienti di ogni condizione sociale nello studio moscovita e nella casa di campagna di Melichovo dove i contadini venivano numerosi a farsi curare. A Melichovo si impegnò assiduamente durante una delle frequenti epidemie di colera. Nonostante già fosse malato di tubercolosi, intraprese un lungo, faticoso viaggio all’isola di Sachalin nel Pacifico, sede di colonia penale, scrivendo un dettagliato rapporto sulle disumane condizioni di vita dei detenuti. L’esperienza di medico, con la ricchezza di relazioni che comporta, ha certamente affinato il talento dello scrittore nel raffigurare una varietà di persone, caratteri, relazioni che è stata paragonata all’ampiezza della narrazione scespiriana.

E i medici in Cechov. Molti ne compaiono, nei racconti e nelle commedie.

Professori universitari in “Una storia noiosa”, ma più spesso semplici medici operanti nelle campagne e nelle cittadine di una Russia profonda, contadina, immersa nella miseria e nell’ignoranza. Li accomuna un sentimento di disillusione, di frustrazione, oggi diremmo di *burnout*. Gli ideali generosi del dr Astrov, (in Zio Vania) ecologista *ante litteram*, si

perdono nel lavoro massacrante quotidiano che lo logora e lo spinge alla *vodka*.

Il Dr Ragin (Reparto N. 6) ha una visione quasi “basagliana” dell’istituzione psichiatrica che dirige e di cui finirà suo malgrado detenuto e vittima.

Il dr Čebutikyn in “Tre sorelle” confessa i suoi errori professionali e di non aver più aperto un libro di medicina dopo la laurea. Non troviamo in Cechov rabbia o passione rivoluzionaria. Un futuro migliore è solo vagheggiato da molti protagonisti. “Non si ricorderanno di noi” dice Astrov.

I medici in Cechov non vengono celebrati, neppure derisi come in Molière.

Sono persone del proprio tempo (che è un poco anche il nostro), testimoni e attori della commedia umana. ●

Dottor Cristiano Germano Sigismondo Hüscher

Per ricordare alla comunità medica bresciana la figura di mio fratello Cristiano, ho pensato di rendergli l'onore che merita **riportando la memoria inviata dal collega ed amico Dr. Marco Lirici al MITAT** (*Minimal Invasive Therapy & Allied Technologies*), che ripercorre la sua intensissima carriera, in maniera dettagliata e precisa, in uno degli istituti scientifici più prestigiosi nel panorama chirurgico mondiale.

Premetto solo queste poche righe per ricordare la sua straordinaria persona come fratello: ci ha insegnato il suo amore smisurato per la vita, che lo incuriosiva in tutti i suoi aspetti e che affrontava con entusiasmo contagioso! Non si è mai risparmiato per aiutare chiunque gli si rivolgesse e non solo per problemi di salute, ha avuto parole di consolazione e di affetto ovunque avvertisse sofferenza e dolore accompagnandole con gesti concreti di aiuto. Ha affrontato la vita e le sue difficoltà con coraggio, volontà e tenacia. Ha amato la nostra grande e vivace famiglia dove ha riversato la sua irrequietezza, la sua voglia di esplorare l'ignoto, le sue passioni, portando allegria, gioia di vivere, coinvolgimento di tutti ed ha reso onore al nostro papà rimasto solo al mondo in giovanissima età per la cattiveria e la stupidità umana. A chi gli diceva che lui era un genio rispondeva sempre con umiltà e un po' stizzito, di non essere affatto un genio, ma un uomo che si impegna per dare



il meglio di sé in ogni circostanza e verso chiunque anche quando si è stanchi. Il suo mantra era: *"before tomorrow"*. Ma, cito il suo caro amico Amram Ayalon: *"this time, unfortunately, "somebody" listened to him"*. È stato un uomo buono, un *"Giusto"*.

Riporto infine le parole di un altro caro collega e amico A.R.: *"Leggo che se ne è andato a settantaquattro anni, non fatevi ingannare dalla stupida misura del tempo degli esseri umani, ha vissuto almeno duecento dei nostri anni, cercate di imitarlo"*.

Ciao caro Cris, la tua mancanza pesa su di noi come un macigno!

Tua sorella Micaela

OBITUARY

*In memoriam:***Cristiano Germano Sigismondo Hüscher (1950 - 2024)***MINIMALLY INVASIVE THERAPY
& ALLIED TECHNOLOGIES*<https://doi.org/10.1080/13645706.2024.2409268>

Cristiano GS Hüscher è tragicamente scomparso il 5 agosto 2024. La sua morte lascia un grande vuoto all'interno della comunità chirurgica mondiale. Nato a Bergamo, Italia, il 2 agosto 1950, ha vissuto una vita privata e professionale incredibilmente intensa. Il Dr. H Hüscher si è laureato in Medicina con *magna cum laude* all'Università di Padova nel 1975. Ha ottenuto la specializzazione in Chirurgia Generale nel 1981, dopo aver completato la sua formazione presso l'Ospedale Sant'Orsola Fatebenefratelli di Brescia e l'Ospedale San Raffaele Arcangelo Fatebenefratelli di Venezia. Nell'aprile 1977, è stato chiamato al servizio comunitario, che ha svolto come chirurgo presso l'Ospedale Fatebenefratelli in Togo fino al luglio 1978. Successivamente, ha ottenuto la specializzazione in Chirurgia Toracica nel 1986 e in Chirurgia Digestiva ed Endoscopia nel 1992. Tra il 1991 e il 2022, ha ricoperto il ruolo di Direttore dei Dipartimenti di Chirurgia Generale e/o Chirurgia Toracica in diversi ospedali prestigiosi in Italia: l'Ospedale di Vallecamonica a Esine, l'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, l'Ospedale San Giovanni Addolorata di Roma, l'Ospedale San Carlo Borromeo di Milano, l'Ospedale Accademico Veneziale di Isernia, gli Ospedali del Gruppo Malzoni di Salerno e Agropoli, l'Ospedale Rummo di Benevento e il Policlinico di Abano a Padova. Recentemente, il Dr. Hüscher era stato nominato consulente presso l'Ospedale Cobellis di Vallo della Lucania, dove ha guidato l'Unità di Chirurgia Robotica e Minimamente Invasiva fino alla sua morte. Nel 1999, il Dr. Hüscher ha introdotto i Surgical Grand Rounds nei Dipartimenti di Chirurgia che dirigeva; erano chiamati 'Una

Giornata con...' e si tenevano trimestralmente. Alcuni tra i chirurghi più riconosciuti al mondo sono stati invitati a parlare in queste occasioni; tra questi, ricordo Leslie Blumgart, Marcus Buchler, John Cameron, Michael Kendrick, Antonio Lacy, Joel Leroy, Jacques Marescaux, John Marks, Enrique Moreno Gonzales, Carlos Pellegrini.

Nel 2007, è stato nominato Professore di Chirurgia presso la Scuola di Medicina dell'Università del Molise. Nel 2004, è stato Presidente della Sezione Clinica della 16ª Conferenza Annuale di ISMIT — la nostra società — tenutasi a Roma insieme al 6° Workshop Internazionale di Chirurgia Laparoscopica Avanzata e Oncologica. I Workshop Internazionali di Chirurgia Laparoscopica Avanzata e Oncologica, che ha organizzato e presieduto a Roma all'inizio di dicembre, sono stati per molti anni un evento imperdibile nel panorama delle conferenze scientifiche italiane: un punto d'incontro per condividere idee e proposte, con la partecipazione di alcuni dei chirurghi più illustri di tutto il mondo.

Membro della Società Italiana di Chirurgia (SIC), dell'Associazione Chirurghi Ospedalieri Italiani (ACOI), della Società Italiana di Chirurgia Endoscopica (SICE) e dell'American College of Surgeons (ACS), nel 2002 gli è stato conferito il titolo di Honorary Fellow del Royal College of Surgeons of Great Britain and Ireland (FRCS Eng) e nel 2013 è stato insignito della Membership Onoraria della Società Polacca di Chirurgia.

Negli ultimi 30 anni, Cristiano Hüscher è stato uno dei migliori chirurghi in Italia e il principale chirurgo nel campo della chirurgia minimamente invasiva avanzata, pionierizzando e standardizzando diverse procedure, tra cui le resezioni gastriche laparoscopiche per il cancro, le resezioni laparoscopiche del colon-retto, la duodeno-pancreasectomia laparoscopica, la chirurgia epatica laparoscopica e la tiroidectomia minimamente invasiva. Con ogni probabilità, il trial randomizzato su gastrectomia subtotale laparoscopica versus gastrectomia aperta per il cancro gastrico distale, pubblicato sugli **Annals of Surgery** nel 2005, è stato uno studio chiave che ha portato all'adozione dell'approccio

laparoscopico nella chirurgia del cancro gastrico in molti paesi occidentali e orientali. Ha scritto o curato tre libri di testo incentrati sulla chirurgia laparoscopica del colon-retto, dello stomaco e del pancreas, tutti con contenuti audiovisivi; come primo autore o coautore, ha scritto circa 250 articoli, inclusi capitoli di libri, articoli originali ed editoriali; ha inoltre tenuto oltre 500 conferenze in congressi chirurgici e medici in tutto il mondo. All'inizio degli anni '90, ha eseguito e pubblicato la prima resezione epatica laparoscopica per carcinoma epatocellulare in pazienti cirrotici e la prima tiroidectomia endoscopica.

Nel corso della sua carriera professionale, ha formato numerosi chirurghi, contribuendo in modo significativo alla diffusione delle pratiche di chirurgia minimamente invasiva in Italia e all'estero, eseguendo centinaia di interventi in diretta e instaurando profondi rapporti di collaborazione con chirurghi, centri di eccellenza, istituzioni accademiche e centri di formazione in tutto il mondo. Tra queste collaborazioni, menziono quella di lunga durata con IRCAD e Jacques Marescaux, iniziata nel 1993 e proseguita fino al 2016. Durante questo periodo, è stato membro della facoltà della maggior parte dei corsi di chirurgia laparoscopica avanzata e chirurgia laparoscopica del colon-retto e, come professore invitato presso l'Università di Strasburgo, ha eseguito oltre 50 interventi chirurgici in diretta, tra cui resezioni laparoscopiche del colon-retto, resezioni epatiche laparoscopiche, gastrectomie laparoscopiche e pancreatico-digiunostomie laparoscopiche.

Tra i numerosi *workshop*, corsi di formazione e *masterclass* di chirurgia laparoscopica che ha organizzato e condotto, cito i Corsi di Chirurgia Laparoscopica Avanzata su Cadaveri, tenutisi dal 2016 al 2018 in collaborazione con l'Istituto di Anatomia Umana dell'Università di Padova, dove i tirocinanti potevano eseguire interventi chirurgici su cadaveri, simulando l'ambiente anatomico reale, con persino i vasi che sanguinavano quando danneggiati.

Tra il 2001 e il 2015, è stato invitato da numerose istituzioni, società e ospedali di rilievo in tutto il mondo, tra cui il *King's College Hospital* di Londra, il *Yeovil District Hospital* nel *Somerset*, Regno Unito; il *Southmed Hospital* di *Bristol*, Regno Unito; il *Berkshire Independent*

e il *Royal Berkshire and Battle Hospital* di *Reading*, Regno Unito; l'*Hospital Universitario Virgen Macarena* di Siviglia, Spagna; l'*Hospital Croix Rousse* di Lione, Francia; l'*Hospital Santa Rita* di Porto Alegre, Brasile; il *Taiwan Asian Institute of Telesurgery* di Taipei, Taiwan; l'*Hospital de Cancer de Barretos* a Rebeiro de Preto, San Paolo, Brasile; il Centro di Ricerca sul Cancro *NN Blokhin* di Mosca, Russia; il Centro Clinico Universitario di Tuzla, Bosnia-Erzegovina; e l'Associazione dei Chirurghi Endoscopici di Gran Bretagna e Irlanda.

Durante la sua permanenza in questi istituti, ha eseguito interventi laparoscopici avanzati, tra cui resezioni epatiche e splenectomie laparoscopiche, resezioni laparoscopiche del colon-retto, funduplicazioni e gastrectomie. Durante la sua carriera professionale, oltre alla chirurgia, ha eseguito oltre 16.000 endoscopie diagnostiche, oltre 600 procedure endoscopiche interventistiche, oltre 14.000 ecografie diagnostiche e oltre 1.500 manometrie e pH-metrie. Ha eseguito più di 30.000 interventi chirurgici, salvando molte vite e dando nuove speranze a pazienti considerati senza speranza dalla maggior parte dei medici. Amava le arti performative, era un grande conoscitore di musica classica e storia della musica, e un appassionato di vecchi dischi in vinile, giradischi rari e amplificatori a valvole. Egli stesso era un fine pianista e si dilettava a suonare l'armonica nei suoi momenti liberi. Soprattutto, Cristiano Hüscher era un uomo generoso e coraggioso, un uomo di pensiero positivo, con una forza straordinaria, probabilmente la sua caratteristica principale, un instancabile lavoratore e un chirurgo le cui abilità chirurgiche erano ammirate da chiunque lo osservasse operare. La sua presenza a qualsiasi conferenza chirurgica in Italia era sempre al centro del programma scientifico. Era un uomo legato alla famiglia d'origine, alla famiglia che aveva formato con la sua prima moglie e la sua ultima compagna di vita. Ma, cosa più importante, era un padre inestimabile per sua figlia e i suoi tre figli.

La comunità scientifica mondiale sentirà la mancanza di quest'uomo, e io piango un amato maestro, mentore e amico.

Marco Lirici

Dottor Domenico Menegardo

Il 18 giugno 2024 è mancato il Dr. Domenico Menegardo nato il 22/04/1950.

Laureato in Medicina e Chirurgia a Modena nel 1976, specializzato in Igiene e Medicina Preventiva a Verona, Medico Condotta e in seguito Medico di Medicina Generale a Brescia per oltre quarant'anni.

Lo ricordiamo con le parole di pazienti e amici.

... "La sua umanità, ricca di sguardo attento, di ascolto profondo, di disponibilità costante aiutava ognuno di noi nel passare dalla paura alla speranza.

Capace di ironia sapeva sciogliere le tensioni, rassicurava, dava conforto con il rigore scientifico che era sempre al primo posto.

Stile unico, fuori dal comune, rettitudine ed essenzialità... Testimone di un Vangelo declinato nella vita di ogni giorno nell'incontro con i pazienti.

... un dono speciale per tutti noi.

La prima sua medicina era l'ascolto, prendendosi cura prima della persona che della malattia.

Un buon medico perché grande uomo".

Coloro che l'hanno conosciuto ricordano quanto il Dr. Domenico sia stato importante come punto di riferimento per la Comunità in cui ha operato e vissuto.

La moglie Luciana e i figli Daniela e Francesco, anche loro Medici di Medicina Generale, lo ricordano per il grande esempio e bene che hanno ricevuto.

*La moglie Luciana
e i figli Daniela e Francesco*

Dottor Pietro Scolari

Laureatosi all'Università degli Studi di Modena scelse come specializzazione Ortopedia e Traumatologia.

Iniziò a lavorare a Cremona per poi trasferirsi a Brescia e prestare la sua professionalità nel reparto di Ortopedia degli Spedali Civili, negli ambulatori di via Corsica e successivamente nella Poliambulanza con sede in via Calatafimi. Il suo impegno è stato caratterizzato da una dedizione profonda e una passione inesauribile, sempre condivisa con colleghi illustri. Ha seguito con altruismo e straordinaria professionalità il decorso delle malattie dei suoi pazienti, nonché degli amici, dimostrando una disponibilità sincera all'ascolto e al conforto.

Le numerose testimonianze di affetto ricevute dopo la perdita del caro Piero, da parte di colleghi, amici e conoscenti, hanno confermato l'impronta indelebile che ha lasciato nelle vite di chi lo ha conosciuto. Tale vicinanza è stata di grande conforto per la famiglia.

*Con gratitudine i familiari
e la figlia Anna Scolari*

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

ricorda con rimpianto i Colleghi deceduti recentemente

Dott. Adelvino Bonelli

Dott. Giancarlo Cossandi

Dott.ssa Federica Etori

Dott. Antonino Grano

Dott. Cristiano Huscher

Dott. Pierino Lombardi

Dott. Domenico Menegardo

Dott. Tiziano Meneghello

Dott. Luca Putignano

Dott. Angelo Scavini

Dott. Pietro Scolari

Dott. Elia Trainini

ed esprime ai loro familiari le più sentite condoglianze



*Vi salutiamo...
ma la storia continua...*

seguici online

ORDINEMEDICI.BRESCIA.IT

BRESCIAMEDICA.IT



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