

# Rifondare la sanità. Il bisogno e la cura.

Incontri di M&P - Ottobre 2023  
San Martino al Cimino - Monza



maria michèle -

Compassione per chi muore - 2007

Questa pubblicazione raccoglie i contributi degli incontri di Medicina e Persona relativi alla “tre giorni” tenutasi a San Martino al Cimino (Viterbo) dal 13 al 15 ottobre 2023 e all’incontro pubblico svoltosi nell’Auditorium “Enrico Maria Pogliani” nell’Ospedale San Gerardo di Monza, il 18 ottobre, con la presenza del cardinal Angelo Scola in qualità di relatore.

I testi sono stati accorpati perché ci sembrano compiere un percorso organico: partendo da uno sguardo realista su qual è la condizione attuale che gli operatori sanitari (principalmente medici e infermieri, ma anche chi è coinvolto nel management sanitario) stanno vivendo con fatica e interrogativi, abbiamo voluto mettere a tema una riflessione sull’origine della cura e sulle sue implicazioni attuali.

Crediamo infatti che qualunque tentativo di soluzioni organizzative e di sostenibilità economica e finanziaria, che sia urgente e prioritario nel breve termine, o più radicalmente orientato verso una riforma del nostro Servizio Sanitario Nazionale, non possa non discendere da un pensiero più radicale sulla salute e sulla cura, a meno di scontare inappropriatelyzza, parzialità e inefficacia.

I testi sono per lo più trascrizioni da interventi registrati; sono stati autorizzati dagli autori; li mettiamo a disposizione per il lavoro personale pur nella loro provvisorietà, ritenendo che possano costituire uno strumento di partenza per ulteriori approfondimenti all’interno dell’associazione, con chiunque lo desideri.

Dicembre 2023

Giorgio Bordin

Presidente di Medicina e Persona

13 OTTOBRE 2023 - ASSEMBLEA INTRODUTTIVA

## PROFESSIONISTI O IMPIEGATI? BURNOUT O RESILIENZA?

Giorgio Bordin

La prima parte del titolo che ci siamo dati per questa vacanza parte dalla condizione che molti di noi sentono premere nel lavoro oggi, in sanità. Abbiamo l'impressione di essere costretti ad un lavoro svilito nella sua dimensione professionale, sempre più simile ad un lavoro impiegatizio.

Oggi si parla sempre più di burnout. Anzi, ci sentiamo coinvolti al punto che non se ne parla neppure, lo si vive come fenomeno normale e spesso in prima persona. Ha anche cambiato accezione, rispetto ad alcuni anni fa. All'inizio parlavamo di burnout all'interno di esperienze individualmente difficili da reggere, nelle oncologie, in particolare pediatriche, nei reparti critici, là dove si gioca l'impatto con la morte, la sofferenza e il dolore soprattutto innocente. Duri da reggere.

Oggi il problema è reggere la routine, il sovralavoro, anzi, il lavoro stesso.

Il malumore dei medici è stato del resto oggetto di segnali dalla letteratura scientifica molto forti già da alcuni anni, come questo del 2001<sup>1</sup>. Si tratta di un articolo pubblicato sul British Medical Journal, in cui si parlava di questa tristezza dei medici, tentando di individuarne le ragioni. La cosa più significativa è stata non è tanto l'articolo in sé, quanto che vi abbia fatto

seguito una corrispondenza ininterrotta nei primi due anni di lettere al Journal, segno che aveva toccato un nervo scoperto, aveva aperto il vaso di Pandora. Aveva svelato qualcosa di cui nessuno parlava ma in cui molti si sono sentiti descritti.

O questo altro articolo del Lancet del 2019, che addita il burnout come "A global crisis", cercando di delinearne cause e abbozzare vie di affronto<sup>2</sup>. In esso si afferma per esempio che il burnout è epidemico e che non c'è neppure una definizione condivisa, avendone reperito più di cento. Accolto nell'ICD-11, i suoi esiti non sono da poco, visto che si parla di casi di morte improvvisa e di suicidio.

OMS Europa l'ha denunciato l'anno scorso (2022), affermando nel titolo che è "tempo di agire", e ha organizzato un convegno quest'anno in marzo a Bucarest che ha prodotto una carta di 15 punti. Non ci interessa entrare nei 15 punti della carta di Bucarest, ma sottolineare la gravità e l'oggettività di un problema, non solo nostro.

Perché? Quali fattori ci hanno portato alla situazione di oggi? Quali fattori ci sono di ostacolo nel desiderio di vivere in modo gratificante e soddisfacente la nostra professione? Scorrendo la stampa di quest'anno gli ar-

1 Why Doctors are so unhappy. BMJ. 2001 May 5; 322(7294): 1073-1074.

2 Physician burnout: a global crisis. The Lancet. Vol 394 July 13, 2019

ticoli che ne parlano sono quotidiani.

Penso che ci siano molti fattori, alcuni antichi e altri moderni, attuali.

## **UNA REALTÀ DURA**

Il fattore più antico, perché inestirpabile dal nostro lavoro, connaturato all'esperienza stessa di prendersi cura di un malato, è la durezza della realtà.

Siamo chiamati a star di fronte allo sguardo dei nostri pazienti, Uno sguardo che interroga, provoca, ma che è anche difficile da sostenere. Usiamo come sinonimi il dolore, la sofferenza e il male, ma sono parole che hanno accezioni molto più ampie e profonde. Il Male per esempio, è un termine con cui la parola malattia non ha comunanze etimologiche ma da cui deriva il termine ammalare o ammalarsi; il volto del male è ambivalente: come di fronte a Medusa, è difficile subire il suo sguardo senza esserne pietrificati.

Enzo Piccinini, chirurgo dell'Università di Bologna, morto in un incidente stradale non molti anni fa, ha più volte presentato in pubblico di un grande romanzo sulla vita dei medici e degli infermieri in ospedale, il cui titolo è "Corpi e anime", di Maxence Van Der Meersch: un grande libro che non dovrebbe mancare nello scaffale di ogni medico. La trama si muove in un grande ospedale francese all'inizio del XX secolo, e descrive un mondo che è ancora vero per noi, oggi: tutto è cambiato, solo per dimostrarci che nulla è veramente cambiato.

In una di quelle presentazioni Enzo diceva che: *"la realtà brucia e non ci si può abituare. Si può - come dire - anestetizzare il sentimento"*. E questo è un errore che

costituisce una tentazione sottile, il più attraente da seguire, il più facile da realizzare.

In una serie televisiva di qualche anno fa, *"The Knick"*, il medico John Thackery (Clive Owen) è il protagonista, uno studioso e pioniere dell'inizio del secolo scorso. È infatti ambientato nell'anno 1900, e la medicina inizia ad affacciarsi ad una dimensione scientifica e tecnologica nuova e moderna. I protagonisti lavorano in un ospedale statunitense, realmente esistito, e il protagonista, benché con nome di fantasia, si ispira ad un medico di quell'ospedale. La storia però è fiction.

L'episodio pilota inizia con Thackery che opera con il suo mentore - Julius M. Christiansen - cercando di risolvere un'emergenza ostetrica con un nuovo metodo, che fallirà come altri tentativi precedenti. Christiansen non reggerà l'ennesimo fallimento e si ucciderà. (Filmato)

Il filmato che segue è del giorno successivo al funerale di Christiansen e inizia con un flashback di Thackery. In questo flashback egli rievoca nella sua mente l'inizio dell'apprendistato con il suo mentore e la promessa in esso contenuta, che il volto rude della vita ha ingannato, nonostante l'avvertimento di Christiansen stesso. Questo breve ricordo è seguito dall'arrivo della vedova e da un dialogo decisivo. (Filmato)

La vedova di Christiansen si rammarica di aver fallito, di non aver saputo contrastare il burnout del marito: *"Cene di gala, feste con gli amici, gite in campagna, ma non serviva a nulla, la pressione non si allentava"*. Decisive e inquietanti le parole di Thackery, che rassicura la vedova, le ricorda di aver fatto tutto, ma è Julius ad aver fatto un errore: *"La sua colpa è stata quella di*

*perdere di vista la procedura. Smettere di vedere il lavoro e iniziare a vedere i morti. Spostare la sua mente dal campo chirurgico all'uomo che è sotto il telo*". Thackery ci dice cioè che è pericoloso spostare la mente al livello che pone domande e mette in crisi. E infatti Thackery si regge con la cocaina. Si anestetizza, come diceva Piccinini, per evitare il burnout. Con la cocaina, ma ci sono altri modi di anestetizzarsi, ricercando la celebrità, il potere, il denaro, o anche solo la scienza, che è il ricatto più subdolo perché appare eticamente irreprensibile.

Anestetizzarsi: evitare la sfida e perseguire qualche modo più facile di vivere è usando qualche aspetto parziale – i soldi, il potere, o la scienza – come rifugio dalle responsabilità, alla lunga non regge, perché la realtà si impone.

## **UNA REALTÀ COMPLESSA**

Un altro modo di difendersi è cercare di semplificare una questione che ci appare troppo complessa, ma la complessità non può essere resa semplice senza perdere qualcosa, e forse perdere ciò che più conta.

Questo ci introduce al secondo fattore. C'è una complessità ineliminabile e misteriosa nel dinamismo della cura, a partire dall'essere umano. Dunque innanzitutto in me, di fronte a cui posso stare, ma non ho gli elementi per definirla, spiegarla, assoggettarla a regole. Lo ricordava efficacemente Dostoevskij ne "I Fratelli Karamazov": *"Lape conosce la formula del suo alveare, la formica conosce la formula del suo formicaio, ma l'uomo non conosce la propria formula"*. Non ho formule, linee guida, protocolli o procedure che mi descrivano.

Questa complessità si moltiplica nel rapporto a tu per tu tra medico e malato, coinvolgendo inoltre l'am-

bito familiare e dei rapporti amicali più prossimi, trascinati a forza nell'esperienza di malattia.

La malattia stessa ha aspetti di complessità clinico-assistenziale, che oggi nella comorbidità si dilata e si amplifica rispetto a quanto era dato di osservare decenni fa.

Ma questa complessità è poi strutturale ed elevata a potenza nelle organizzazioni sanitarie. All'interno dell'ospedale prima, e poi nel rapporto con il territorio: nessuno oggi è più curato da un medico solo, ma da una moltitudine di risorse umane impegnate in percorsi di cura di cui le flow chart esprimono bene di che complessità si stia parlando: organizzativa ma anche decisionale.

La complessità non dipende infatti dal numero di fattori in gioco (anche se più un sistema è complesso più questo numero tende ad essere elevato), ma da come si connettono le relazioni. Un orologio è un sistema complicato ma non è complesso: è un insieme di ingranaggi difficili da progettare ma facili da far funzionare, perché ogni punto di collegamento è invariante, e la sua azione è prevedibile, come pure il risultato finale. Nei sistemi complessi al contrario, ogni snodo, ogni punto non è invariante: non è l'ingranaggio di un orologio ma un decisore, il cui esito è variabile e non prevedibile. La complessità dipende dunque dalla presenza di rapporti non lineari, che fa sì che manchi la proporzionalità o la ripetibilità nei rapporti fra stimoli ed effetti, perché l'esito di un processo influenza retroattivamente il processo stesso modificandolo in tempo reale. I sistemi complessi sono sistemi dinamici, capaci di reazione agli stimoli ambientali, evolvono adattandosi all'ambiente, come se nel loro insieme fossero un

unico individuo vivente.

Gli storni non hanno linee guida o protocolli, procedure, ma si muovono assieme realizzando comportamenti armonici, stupefacenti e utili, evitando per esempio i falchi, intimorendoli. La dinamica degli storni, per lo studio dei quali Giorgio Parisi ha avuto il Nobel, è quella di ogni complessità. Vale nella fisica dei cambiamenti di stato (solido-liquido-gassoso), nei sistemi sociali, o politici della convivenza civile, ed è vera anche in campo sanitario.

Un punto significativo di queste considerazioni è dunque il fatto che nonostante il singolo si senta impotente, ininfluenza sul risultato finale, il suo ruolo, il ruolo della persona, non è eliminato, ma è ancora più necessario, poiché si pone come determinante dell'evoluzione del percorso ad ognuno degli snodi e dei momenti. Ci si sente un po' persi in questo stormo gigantesco, e come da dentro un labirinto, è difficile per gli operatori sanitari vedere il quadro generale, che è più chiaro a chi ha una visione dall'alto come le direzioni. Purtroppo la conflittualità tra il management e i professionisti, fa perdere opportunità e risorse e crea inimicizie e fratture profonde, al posto delle necessarie alleanze. I professionisti si lamentano delle direzioni e le direzioni dei professionisti.

Non hanno tutti i torti però i professionisti a lamentarsi. Oggi molti guardano la sanità in una dimensione economica: è comprensibile e doveroso. Il tasso di crescita della spesa per la sanità è maggiore di quello con cui cresce la ricchezza del paese e non solo del nostro. C'è un problema di concorrenza, di equità, di sostenibilità. Ma guardarlo in una pura dimensione economica non è sufficiente. Il senso del lavoro e del lavoro speci-

fico non c'è. E parlo è difficile. Non è compresa neanche come tematica, non è posta a tema, non è sentita come necessità, mentre dovrebbe essere quello che muove il sistema e determina l'organizzazione.

L'industrializzazione dei sistemi sanitari e con esso il tentativo maldestro delle direzioni di governare la complessità riducendola a un sistema complicato e facilmente controllabile, lo converte in una catena di montaggio, fatta di eccessi normativi rigidi e impersonali, in cui la professione diventa dipendenza impiegatezza, mortificandone l'essenza ontologica e quindi anche snaturandone il richiamo deontologico.

Ma anche le direzioni hanno qualche ragione a stigmatizzare i comportamenti dei professionisti. I professionisti – noi – non abbiamo tutte le ragioni a limitarci al lamento, perché c'è al fondo una connivenza con il sistema, fatta di un'ultima convenienza spicciola: rendere il processo complicato e invariante, rassicura tutti, anche chi se ne lamenta perché lo subisce. Riduce l'esercizio pericoloso della responsabilità e semplifica l'azione, ci toglie dai guai di decidere.

Come notazione, va anche detto che questa posizione dipende da una posizione etica, non è mai colpa delle circostanze. La libertà è pericolosa per il potere che fa di tutto per limitarla, e richiede coraggio a chi la deve esercitare, che spesso abdica preferendo la sudditanza.

Lo diceva già Eliot nel 1934 nei "Cori da La Rocca": *"Vivono nel buio interno ed esteriore, desiderando un mondo così perfetto dove non occorra essere buoni"*

È una posizione che come contrappasso ci toglie anche il gusto e la ricompensa del lavoro ben fatto; ci svegliamo da soli dall'abito dei professionisti per relegarci

a quello dei commessi di farmacia, come causticamente scriveva Osler: *“Il pericolo è che se (il medico) cessa di riflettere per conto suo, diventa un vero robot capace soltanto di un lavoro automatico, che lo pone allo stesso livello del commesso di farmacia, dispensatore di specifici per ogni male, dal foruncolo alla sifilide”*.

## **UN BISOGNO IN CRESCITA**

---

A questi temi si aggiunga che i bisogni di salute stanno crescendo in quantità e problematicità. Non è difficile capire il perché.

La scienza ha reso possibile traguardi inimmaginabili che sembrano non aver limite. Oltre ad implicazioni etiche, che coinvolgono la risposta alla domanda se tutto ciò che è possibile debba anche essere perseguito, è un fatto che di fronte alla stessa problematica, la quantità di atti diagnostici e terapeutici è enormemente amplificata.

L’accezione di salute che l’OMS ha introdotto nel 1964, come *“completo benessere fisico, psichico e sociale”* ha reso utopistico qualsiasi obiettivo di perseguire la salute così intesa in capo ad un sistema sanitario. Definire che l’accesso alla cura è un diritto è ben diverso dal dire che è un diritto la salute: ogni diritto va garantito. Si tratta di un’espressione che ha accezioni ambivalenti, soprattutto di fronte ad un concetto di salute così dilatato, ma implica l’obbligo istituzionale di garantire tutti gli atti sanitari – fossero solo nei livelli essenziali di assistenza, come le riforme sanitarie hanno contenuto nel nostro paese – che una condizione richiede, coinvolgendo anche dimensioni originariamente non sanitarie e legate al benessere in senso più ampio. Anche l’idea di salute come “One Health”, dilata ulteriormen-

te, coerentemente alle premesse dell’OMS, i confini del campo di cui la sanità dovrebbe interessarsi.

Di fronte a questo ampliamento di orizzonte in cui l’azione sanitaria è chiamata a operare, non solo non c’è sviluppo di competenza, ma c’è una insufficienza culturale, che non è nuova, e parte da lontano. Già nel 1926, Victor Von Weizsacker scriveva: *“il fatto che la medicina odierna non possessa una propria dottrina sull’uomo malato è sorprendente, ma innegabile. Essa evidenzia manifestazioni dell’essere malati, differenze tra cause, conseguenze, rimedi delle malattie, ma non individua l’uomo malato”*. Il medico oggi non ha più la formula per comprendere quello che gli sta succedendo.

L’ipertrofia dei bisogni sanitari che devono essere soddisfatti, rende le risorse, già limitate, sempre più insufficienti e tra queste ci sono le risorse umane.

Il lavoro così è duro non solo come esperienza umana nel suo significato esistenziale, ma anche nei termini della pressione che i ritmi e le cose da sbrigare – come il numero di pazienti da accudire e di prestazioni da effettuare – o l’efficienza da mantenere, portano in aggiunta.

## **CRISI MORALE**

---

Si sta accelerando l’insistenza su ricavi e profitti, con implicazioni non solo nella relazione di cura individuale, ma anche di sistema. Del modo di concepire l’assistenza sanitaria e il servizio sanitario. E per quanto gli slogan dei sistemi di qualità ripetano che il paziente dev’essere al centro, lo scontro con la realtà, specialmente nelle strutture private, è verso ben altre dinamiche.

In paesi come gli Stati Uniti dove queste tendenze che da noi sono ancora marginali, il fenomeno è evidente e produce ripercussioni profonde sul vissuto dei medici, che Scontano questo fenomeno con una crisi morale profonda. Un articolo del NYT<sup>3</sup> ne parla estesamente e sottolinea come non si debba parlare di burnout, ma di “lesione morale” (termine utilizzato nella psicologia dei militari quando, nel corso dell’adempimento dei loro doveri, assistono o commettono atti - irruzione in una casa, uccisione di un non combattente - che trasgrediscono i loro valori fondamentali). È stato pubblicato nel 2018 su STAT, sito web di notizie mediche con un numero di lettori modesto: in breve è divenuto virale.

Si parla anche di Moral Distress. Qualcosa di questa ferita inizia ad accadere anche dentro le nostre corsie, obbligati a obbedire a organizzazioni di lavoro che riflettono dinamiche che non sono coerenti con i principi etici per i quali si ha il desiderio di lavorare. Il termine “lesione morale” è stato coniato originariamente dallo psichiatra Jonathan Shay per descrivere la ferita che si forma quando il senso di ciò che è giusto per una persona viene tradito dai leader in situazioni ad alto rischio. Wendy Dean, l’autrice di questo articolo fa notare intelligentemente che *“Non solo i medici si sentono traditi dalla loro leadership, ma quando permettono a queste barriere di ostacolarli, sono parte del tradimento. Sono essi stessi strumenti del tradimento”*.

### **LIBERTÀ, AUTODETERMINAZIONE E CONFLITTUALITÀ**

Un fenomeno ulteriore, capace di influenzare i rapporti tra chi cura e chi è curato, sta nell’enfasi sulla li-

bertà e l’autodeterminazione.

L’Esigenza di libertà, è una delle grandi conquiste della modernità, testimoniata in periodo illuminista dalle due grandi dichiarazioni emanate in contesti culturali quasi opposti, come la “Dichiarazione dei diritti dell’uomo e del cittadino” (1789) in Francia e la “Carta dei Diritti” negli Stati Uniti (1791, quattro anni dopo la Costituzione degli Stati Uniti d’America del 1787). Dichiarazioni ratificate dalla Assemblea generale delle Nazioni unite nel 1948 con un nuovo documento: la “Dichiarazione universale dei diritti dell’uomo”.

Questa conquista ha portato alla rivendicazione dell’autonomia in medicina, in modo esplicito già dalla metà del secolo scorso, in risposta al paternalismo medico e al sovratrattamento futile, altrimenti indicato come ostinazione terapeutica irragionevole, o accanimento terapeutico (e a cui oggi occorrerebbe aggiungere anche diagnostico). È un fenomeno innescato in medicina dalla distorsione del senso della cura attuata da una medicina positivista, scienziata, riduzionista e materialista, che ha stravolto le origini stesse della cura, nata storicamente in contesti differenti e mossa dalla carità. Purtroppo, ogni posizione, quando sottolinea in modo eccessivo un aspetto parziale, dimentica qualcosa. Per salvarsi dall’esercizio del potere di chi ha il coltello dalla parte del manico in un rapporto comunque costitutivamente asimmetrico (come è sempre quello della cura), si esaspera oggi l’autonomia dimenticando che la libertà è sempre relazionale, come l’autonomia che ne è l’espressione, generando pretese irragionevoli.

Da qui – come corollario – la sfiducia, che si riflette nel contenzioso da una parte e nella medicina difensiva dall’altra, che spreca risorse in fase diagnostica e porta

3 “The Moral Crisis of America’s doctors. 15 giugno 2023

al sottotrattamento nei casi rischiosi.

La crescita dei provvedimenti nati a salvaguardia della dignità e dell'autonomia della persona rischia di generare storture proprio in quei problemi che si è voluto risolvere, sempre più articolati e difficili da affrontare se si vuol tener conto di tutti i fattori in gioco. E anche questo è percepito come una fatica non necessaria.

### **UNA FRAGILITÀ UMANA**

Crollate le certezze positiviste con cui la società di fine '800 entrava in modo decadente nel XX secolo, due guerre mondiali hanno stroncato anche le ideologie progressiste e hanno smascherato l'inganno della bontà della soluzione rivoluzionaria, svelando l'inconsistenza di ogni ideologia, ma travolgendo nel pessimismo ogni residuo di certezza: rimane un io ridotto a macerie su cui non abbiamo l'energia per ricostruire.

Non c'è più stupore o passione in nulla, non si regge, si molla, si cambia solo per cambiare, obbedendo ad un'impazienza che detta l'incapacità di stare poiché manca l'idea che il mio rimanere può costruire qualcosa anche quando le circostanze sono ostili.

Lo diceva con un'espressione geniale Malraux, sempre nel 1926, quando affermava che «*Non c'è ideale al quale sacrificarci perché di tutti noi conosciamo la menzogna, noi che non sappiamo cosa sia la verità*».

Anche il cardinal Bergoglio, prima di essere Papa, lo diceva con queste parole: «*Il dramma del mondo d'oggi è il risultato non solamente dell'assenza di Dio, ma anche, e soprattutto, dell'assenza dell'uomo, della perdita della sua fisionomia, del suo destino, della sua identità, della capacità di spiegare le esigenze fondamentali che si*

*annidano nel suo cuore*».

E Giussani lo indicava con l'immagine della Chernobyl dell'io: «*una debolezza cioè non etica, ma relativa al dinamismo stesso della coscienza. (...) È come se tutti i giovani d'oggi fossero stati investiti da una sorta di Chernobyl, di enorme esplosione nucleare: il loro organismo strutturalmente è come prima, ma dinamicamente non lo è più*».

### **THE GREAT RESIGNATION: UN GRIDO DI SENSO**

Dentro questo afflosciamento dell'io e dunque della società, come ne parlava Padre Mauro Giuseppe Lepori in una lezione tenuta nel 2023 ad un raduno di esercizi spirituali a Rimini, il lavoro dell'uomo, il lavoro come origine, cioè espressione dell'io quando usa, manipola ciò che gli sta attorno, è anch'esso svuotato e inaridito. È un problema del lavoro in quanto tale e perciò anche del lavoro in sanità, ma non solo limitato ad esso. L'hanno chiamata Great Resignation, fenomeno Innescato dalla pandemia, che ha preso piede negli Stati Uniti a inizio 2021 e non sembra arrestarsi. Gli analisti e i sociologi vi leggono un dilagante (e profondo) solco venutosi a creare fra gli esponenti della generazione "baby boomer", che spesso occupano le posizioni di vertice all'interno delle aziende, e quella dei millennial e della Gen Z.

Si è sviluppato nel periodo dell'emergenza Covid-19 perché molti hanno iniziato a dare maggiore importanza alla qualità del lavoro e della vita privata, mettendo al primo posto i desideri di autorealizzazione e di crescita personale e sociale. Vi dedicheremo un incontro domani, ma voglio qui introdurlo, come tema importante e non solo in sanità.

Le ragioni principali sono molte, spaziando dalle relazioni professionali con i colleghi e i superiori all'aumento dello stipendio, dalla ricerca di un impiego più interessante ai valori aziendali in cui identificarsi, dal tempo da dedicare a sé stessi alla possibilità lavorare da remoto, dalle opportunità di carriera a quelle di specializzazione in un ambito di interesse, dal clima aziendale al desiderio personale di cambiare e fare nuove esperienze.

Se al primo posto in questa inchiesta di cui vediamo nella slide i risultati sintetici c'è la retribuzione, i tre successivi sono tutti nella ricerca personale di significato per sé e nel lavoro. E subito dopo compare la dimensione gratificante degli obiettivi del lavoro stesso. Dove e quando lavorare conta, ma meno.

Le "Grandi Dimissioni" sono diventate spesso il "Grande Rimpianto" (The Great Regret), come scrive un articolo: dunque ancora l'accento sulle conseguenze morali di questo fenomeno. Le imprese si stanno arribattando a trovare incentivi e correttivi per ridurre questa spinta a fuggire, sono state stilate regole e best practices che le aziende dovrebbero instaurare, come queste dell'autorevole SDwork, ma per ora quel che si fa non sembra sufficiente.

È un fenomeno che esprime in qualche modo un grido di senso che sembra perdersi nel vuoto, visto anche che il fenomeno sta dilagando e non ci sono reali risposte.

Ci aiuta a capirne il perché ancora Luigi Giussani nel 1997: *"Noi soffochiamo i giovani se pretendiamo da loro un entusiasmo per le cose limitate"*<sup>4</sup>. Il cuore dell'uomo

è soffocato se qualcuno pretende un entusiasmo per le cose limitate. La riduzione dell'orizzonte del desiderio nello svuotamento del senso del lavoro si sconta in un'asfissia. Siamo come in una intossicazione da monossido di carbonio: sei bello bianco e rosso, non c'è cianosi, ma il cuore soffre perché non gli arriva più l'ossigeno.

Dunque non stiamo parlando di un problema di bassa bottega del nostro piccolo ospedale, dal quale scappare pensando di trovare l'erba verde nel prato del vicino.

### **DA DOVE RIPARTIRE?**

Come stare davanti a queste difficoltà? Da dove partire per non perdersi, per non bruciarsi? Provo ad esprimere un giudizio che non ha la pretesa di essere esaustivo, ma che penso possa essere vero, poiché nasce da un'esperienza sottoposta al vaglio di una amicizia con gente più grande di me.

Queste cose le ho volute sottolineare per aprire il lavoro fra di noi in questi giorni e non certo per chiudere con una risposta preconfezionata. Riprenderemo qualche accenno ad un'risposta a queste domande, ma per ora occorre fare la fatica di fermarsi a capire cosa abbiamo davanti, e cosa ci è chiesto. È un atto di realismo.

Per questo per esempio abbiamo invitato domani Mario Mezzanzanica a parlarci del lavoro, e non solo del lavoro in sanità, perché è indispensabile aprire lo sguardo, e rendersi conto che la realtà è più grande del nostro reparto o del nostro ospedale, anche quando ha le dimensioni di Niguarda o del Federico II, o il Gemelli piuttosto che non le Molinette.

4 L. Giussani. Porta la speranza – 1997 pag 68

Quindi stasera lasciamo uno spazio assembleare, con l'idea di aiutarci ad entrare in questo tema, a partire dalla nostra esperienza.

## **ALBERTO BURRI E LE COMBUSTIONI**

Prima dell'assemblea vorrei però dar ragione del perché abbiamo aperto con questa immagine di Burri (Alberto Burri, Grande bianco plastica, 1964, Plastica (PVC) e combustione su cornice di alluminio, 191,8 x 292,1 cm), una combustione, appunto, dato che parliamo di burnout.

Alberto Burri nasce il 1915 e muore il 1995. Ha esercitato come medico. Catturato dagli inglesi l'8 maggio 1943, passato in mano agli statunitensi, fu recluso, nel "criminal camp" per non cooperatori del campo di concentramento di Hereford (in Texas) per 18 mesi. Nella primavera del 1944 rifiutò di firmare una dichiarazione di collaborazione propostagli e fu catalogato tra i fascisti "irriducibili". Fu in questo periodo che maturò la convinzione di dedicarsi alla pittura, decidendo di non dedicarsi più alla professione medica. Era come se qualcosa si fosse irrimediabilmente compromesso, senza possibilità di ritorno. Inizia la sua opera come artista, da autodidatta.

Tra i suoi lavori ci sono numerose sperimentazioni, e tra le più note stanno queste combustioni, nelle quali realizza opere spesso di grandi dimensioni, bruciando teli di plastica, trasparenti o colorati. Le combustioni arriveranno non subito, ma dopo altre sperimentazioni come quelle dei sacchi, in cui utilizza sacchi di tela Juta, che lacera, cuce, buca.

O i cretti, nei quali ottiene screpolature e fessurazioni di materiali cretacei, lasciati al greggio o colorati, di di-

mensioni da modeste a davvero considerevoli. Uno dei suoi cretti, quello più grande, e terminato dopo la sua morte, è quello del paese di Gibellina, distrutto completamente dal terremoto del Belice.

Val la pena di fermarsi un attimo proprio su quest'opera. Gli fu commissionata con l'intento di realizzare una memoria dell'evento, proprio a Gibellina, che doveva essere interamente ricostruita. Burri scrive: «*Andammo a Gibellina con l'architetto Zanmatti, il quale era stato incaricato dal sindaco di occuparsi della cosa. Quando andai a visitare il posto, in Sicilia, il paese nuovo era stato quasi ultimato ed era pieno di opere. Qui non ci faccio niente di sicuro, dissi subito, andiamo a vedere dove sorgeva il vecchio paese. Era quasi a venti chilometri. Ne rimasi veramente colpito. Mi veniva quasi da piangere e subito mi venne l'idea: ecco, io qui sento che potrei fare qualcosa. Io farei così: compattiamo le macerie che tanto sono un problema per tutti, le armiamo per bene, e con il cemento facciamo un immenso cretto bianco, così che resti perenne ricordo di quest'avvenimento*».

I lavori vennero condotti fino al 1989 e poi interrotti; l'opera fu completata solo nel 2015, dopo la sua morte, in occasione del centenario dalla nascita. Ciò che ha fatto dice bene della dimensione della sua opera, perché ha saputo tenere dentro tutta la distruzione, tutto il dolore e tutta la sofferenza, e renderla memoria, sempre presente, ma guarita. Burri non ha mai smesso di essere medico, di curare, di guarire. Di star di fronte alla sofferenza e al dolore mettendosi in rapporto e trasfigurandola. Per questo abbiamo voluto riprendere una sua combustione, perché mi sembra che possa dire qualcosa anche al nostro modo di lavorare.

Vorrei alludere al fatto che il problema non è se ci

si brucia nel lavoro o meno, ma cosa vuol dire questo bruciarsi, questo consumarsi. E uso due frasi, che abbiamo scritto nel nostro volantone che ci porteremo a casa al termine di questa vacanza, magari regalandolo ad amici e colleghi, se vi va.

La prima è di Massimo Recalcati, e descrive l'azione, il gesto di Burri: *“A coloro che gli domandano che cosa resterà della sua opera, Burri risponde: «Nulla, rimane solo il dolore». In Burri non c'è combustione, lacerazione, ferita o taglio che non implichi la ricerca della bellezza della forma. L'azione dello strappare (del bucare, del lacerare, del bruciare ecc ...) non è mai disgiunta da quella che opera nella direzione opposta”*.

La seconda me l'ha ricordata Paola, ed è una frase di Paolo Takashi Nagai, radiologo, studioso della fisica dell'atomo, giapponese, di cui molti di noi conoscono la storia. Un giorno gli fu portato un fiammifero e lui fece questa considerazione, che scrive nei suoi pensieri: *“L'atomo quando si spezza, emette una quantità enorme di energia e calore. L'energia che viene liberata non è immagazzinata prima all'interno dell'atomo, ma si genera nel momento in cui si viene a perdere parte della massa atomica. L'amore in qualche modo è simile, perché è solo quando moriamo a noi stessi che liberiamo energia e calore all'esterno.*

*Un fiammifero può diffondere la sua fiamma ad un altro solo quando muore, Così anche l'atomo e anche noi possiamo liberare la nostra energia e il nostro calore solo se moriamo a noi stessi”*.

C'è modo e modo di bruciarsi sul lavoro.

# FATICA NEL LAVORO OGGI (NON SOLO IN SANITÀ). CAPIRE I CAMBIAMENTI E NON PERDERE OPPORTUNITÀ

Mario Mezzanzanica.

Professore Ordinario di Computer  
Science and Engineering

Università Milano-Bicocca.

Buongiorno a tutti, nel mio lavoro in università – Milano Bicocca – mi occupo principalmente di aspetti legati alla tecnologia dell'informazione, in particolare del trattamento e dell'analisi dei dati a supporto decisionale. L'obiettivo principale è lo studio quali-quantitativo di fenomeni attraverso l'utilizzo di diverse fonti dati: statistici, amministrativi o dati reperibili dal web.

Uno dei temi principali che studiamo è proprio quello del Mercato del Lavoro, verso il quale poniamo forte attenzione all'osservazione dei fattori di cambiamento in atto e alle prospettive future. Molte sono in questo senso le domande di ricerca che ci guidano nel nostro lavoro e diverse sono le metodologie e le tecniche che utilizziamo per trovare potenziali risposte.

Le occasioni di dialogo come queste sono occasioni preziose perché ci aiutano ulteriormente a farci domande sulle realtà che studiamo e anche per questo mi fa piacere essere qui oggi.

## **LAVORO COME PERCORSO: ESPERIENZA DI CAMBIAMENTO**

Ho iniziato a occuparmi del Mercato del lavoro grazie all'incontro con Marco Martini, che ha fondato la facoltà di statistica e ha fatto parte del comitato che go-

vernò la nascita e lo sviluppo dell'Ateneo di Milano Bicocca, un grande studioso e un carissimo amico, purtroppo scomparso prematuramente nel 2002.

Marco, tra i suoi studi, aveva certamente una grande attenzione al mercato del lavoro. Nel 1997 in uno dei suoi scritti, analizzando proprio il contesto del Mercato del Lavoro italiano, scriveva così *“il lavoro non è più un posto, ma un percorso tra occasioni imprevedibili e lo sarà sempre di più”*. Nel 1997 vigeva il concetto del “posto fisso”, e una frase così era dirompente; alla frase iniziale aveva poi aggiunto: *“e queste occasioni bisogna saperle cogliere”*.

Allora non c'erano molti dati a disposizione, iniziammo a lavorare su dati amministrativi, in particolare sui dati delle comunicazioni obbligatorie; dati relativi ad assunzioni, cessazioni, trasformazioni, proroghe dei contratti di lavoro, che tutti i datori di lavoro comunicano al ministero del lavoro. Questi dati sono estremamente ricchi di informazioni e molto interessanti per studiare le storie lavorative delle persone. (si può sapere se una persona è stata assunta il giorno X, ha lavorato y mesi, si è licenziato, è andato in un'altra azienda, ecc; consentono quindi di ricostruire le sto-

rie lavorative e le loro dinamiche nel tempo). Nel '98 iniziammo sperimentalmente uno studio per vedere se l'intuizione di Marco era verificabile dall'analisi dei dati amministrativi, e – in breve, poi vi farò vedere alcuni risultati – è emerso che il cambiamento, l'esperienza del cambiamento, è sempre più parte della vita professionale-lavorativa delle persone.

Nel pubblico meno, si sviluppano soprattutto carriere interne, ma nel privato, in particolare i giovani, cambiano da un posto all'altro: cambia il territorio in cui si lavora, il contratto, le competenze, la qualifica professionale, la posizione lavorativa.

Questi cambiamenti che emergono sempre di più nella realtà lavorativa sono dovuti a principalmente a cambiamenti che gli economisti chiamano “Mega Trend”: globalizzazione, innovazione tecnologica digitale; evoluzione demografica e transizione ecologica. Fenomeni che stanno cambiando strutturalmente il mercato del lavoro e il lavoro.

La globalizzazione aumenta continuamente la concorrenza e le opportunità per le imprese, si assiste a fenomeni di delocalizzazione delle attività produttive che provocano significativi contraccolpi sull'occupazione, (delocalizzando attività, per esempio in Cina in India in Romania). L'informatizzazione e lo sviluppo delle tecnologie digitali agiscono sull'ottimizzazione dei processi e li migliorano, consentono la creazione di nuovi prodotti e nuovi servizi, agiscono sull'organizzazione del Lavoro (il “telelavoro”, per esempio, è possibile oggi grazie alla tecnologia). Inoltre agiscono sui lavori, li cambiano creando l'esigenza di competenze digitali, sempre più pervasive in tanti lavori.

La transizione ecologica sta agendo anch'essa su questi nuovi lavori; meno, ma inizia ad agire anch'essa sui sistemi produttivi, sulla creazione di nuovi lavori, su nuove competenze richieste.

Da ultimo, stiamo assistendo a profondi cambiamenti demografici che hanno ed avranno sempre più implicazioni sul mercato del lavoro; i dati attuali e previsionali mostrano una riduzione della popolazione in età attiva (lavorativa) che comportano criticità sul funzionamento di ciò che regola il mercato del lavoro, cioè l'incontro tra domanda e l'offerta.

I dati ISTAT delle previsioni tra gli individui in età lavorativa (15-65 anni) e non (0-14 e 66 e oltre) sono molto eloquenti. Nel 2022 il rapporto tra individui in età lavorativa e non, è di tre a due, le previsioni dicono che al 2050 questo rapporto diventerà uno a uno con un fortissimo spostamento verso l'età più anziana oltre i 65 anni.

Qui vorrei fare una parentesi, facendovi vedere una slide (Figura 1): oggi la popolazione italiana è di 59 milioni; nel 2030 diventerà di circa 58 milioni e al 2080 45 milioni. Stiamo perdendo circa 13 milioni di persone, cioè meno 22%. La quota di individui di 65 anni e più, che contano per il 23,8% nel 2022, diventerà il 34,5% nel 2050. Questi cambiamenti avranno una ricaduta enorme su tutto il tema dello sviluppo, non solo economico e lavorativo: pensate al sistema socioassistenziale, agli anziani, a tutte le possibili implicazioni. L'altro dato che si vede a destra nella diapositiva è che si stimano 9,8 milioni di persone destinate a vivere sole nel 2042, da 8,4 milioni che sono nel 2022. Sono cambiamenti demografici enormi.



Fig. 1 Cambiamenti demografici - previsioni, dati ISTAT

## ALCUNI INDICATORI DEL MERCATO DEL LAVORO

Cosa succede in generale nel mercato del lavoro? Uno degli indicatori più interessanti è il tasso di occupazione<sup>1</sup>: in figura 2 vedete tre valori, che si riferiscono al 2018, 2020 e 2022. Al netto di un piccolo calo, è interessante osservare che nel secondo trimestre 2023 il valore è arrivato al 61,5%; non è mai stato così alto in Italia. Un dato positivo, dunque, in quanto si assiste ad un avanzamento della percentuale di partecipazione delle persone in età attiva al mercato del lavoro. Ma dentro questo dato di ottimismo, quali sono le criticità?

In questa altra diapositiva (fig.3), a sinistra potete osservare il tasso di occupazione 2022, pari al 61% Italia verso alcuni paesi Europei. Vedete qual è la differenza? In Germania siamo quasi al 77%, in Spagna al 65%, in Francia al 68%, in Italia siamo al 60: siamo cresciuti e stiamo crescendo, ma siamo ancora distanti dagli altri paesi. Dall'altra parte, sulla de-

<sup>1</sup> il tasso di occupazione indica la percentuale di soggetti – tra 15 e 65 anni- che partecipano al Mercato del Lavoro

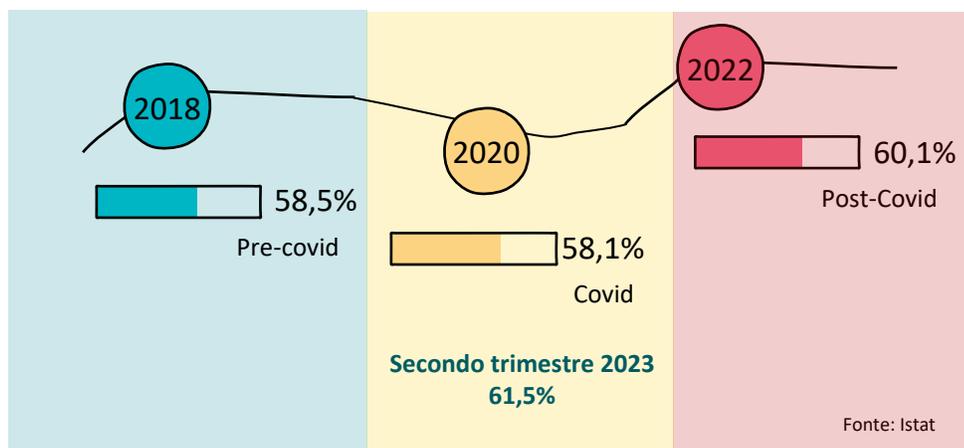
stra, potete vedere il dato del tasso di disoccupazione.

In questo scenario positivo di crescita generale, seppur distanti ancora dai principali paesi europei, le maggiori criticità riguardano i giovani: l'Italia ha un tasso di occupazione pari al 48,2% di giovani in età tra 20 e 29 anni, in Spagna siamo al 55%, in Francia al 67% e quasi al 76% in Germania. Osservando poi il dato rispetto al genere - maschi e femmine- non c'è una differenza significativa solo nel momento in cui parliamo di laureati/e (la laurea oggi è sicuramente un elemento fondamentale per avere maggiori opportunità nell'accedere al lavoro).

Da ultimo un grande problema che perdura da molti anni soprattutto per i giovani nel nostro paese è quello dei NEET<sup>2</sup> (fig.5), i giovani che non si trovano né nell'i-

<sup>2</sup> *NEET: Not [Engaged] in Education, Employment, or Training.* Letteralmente Non [impegnato] in Educazione, Lavoro o Formazione. Gente che non lavora ma non si sta formando.

Fig. 2 Tasso di Occupazione Italia 2018-2022 (15-64y)Dati Istat



Fonte: Istat

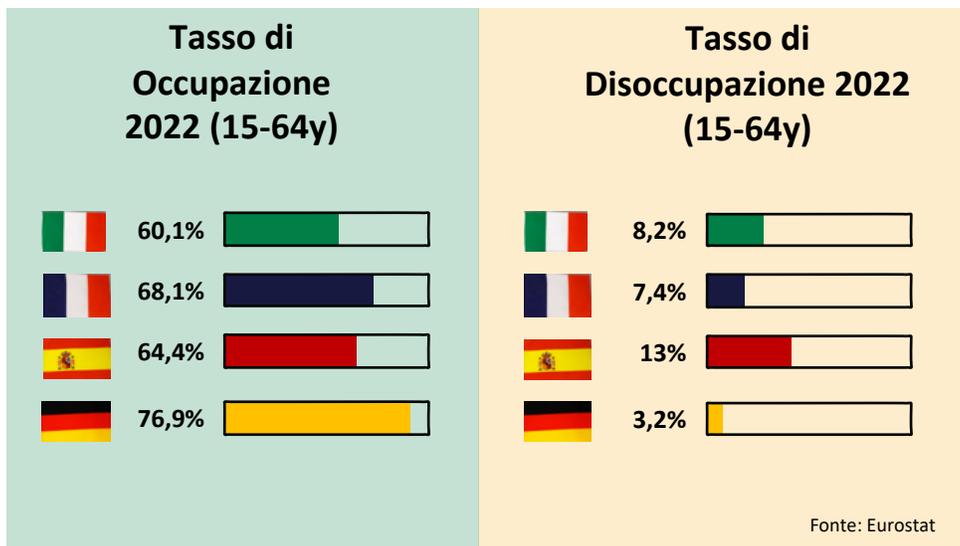


Fig. 3 Confronti con altri paesi. Dati Eurostat

paesi europei, soprattutto per quanto riguarda i giovani, e sempre per i giovani siamo tra i paesi europei con il maggior numero di NEET. È chiaro che questo è un grande problema perché il futuro è lì, nei giovani.

### L'IMPATTO DI SHOCK ESTERNI SUL LAVORO

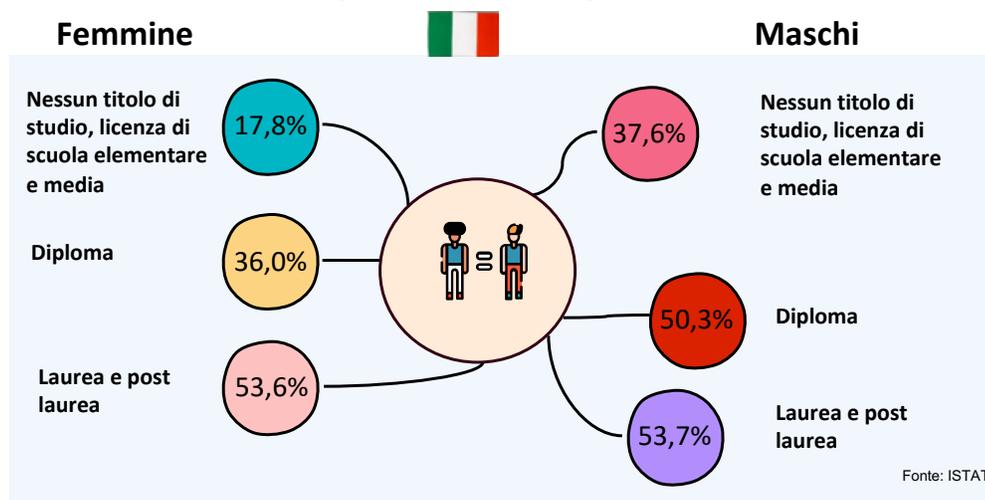
Oltre ai cambiamenti strutturali dovuti principalmente ai Macro Trend di cui abbiamo parlato poco fa assistiamo a fenomeni che potremmo definire degli "shock esterni" al mercato del lavoro che si verificano a li-

struzione, né nel lavoro, e qui stiamo parlando di giovani tra 15 e 29 anni. Sono stimati nel 2022 in 1.600.000; potete vedere nella diapositiva la grande distanza tra nord e sud del paese. Questa grande differenza tra nord e sud del paese è, in generale, l'altro grande problema del Mercato del Lavoro italiano, dove i tassi di occupazione e disoccupazione sono veramente molto distanti uno dall'altro, come se avessimo due Paesi.

In sintesi, abbiamo un tasso di occupazione che sta crescendo sia a livello generale sia per i giovani; siamo però distanti dagli altri principali

livello nazionale o sovranazionale e provocano un forte contraccolpo sul mercato del lavoro e sui lavori: pensia-

Fig. 4 Tasso occupazione giovani (18-29 anni, 2022) Fonti ISTAT



mo alla crisi finanziaria del 2009 che ha provocato una disoccupazione estremamente elevata (in pochissimo tempo abbiamo assistito al raddoppio del tasso di disoccupazione). Così anche con la pandemia di COVID-19 che tutti voi conoscete meglio di me; più recentemente, la guerra in Ucraina con tutto quello che ha comportato sull'innalzamento dei costi delle materie prime e più in generale incertezza delle imprese sugli scenari futuri. Sono tutti contraccolpi esterni ma che si ripercuotono velocemente sul mercato del lavoro. Cosa contraddistingue oggi questi eventi rispetto a qualche decina di anni fa? Che gli eventi si ripercuotono velocemente su tutto (società, sistema economico e lavoro).

### **GREAT RESIGNATION O GREAT RESHUFFLE**

Le grandi dimissioni sono un effetto emerso dopo la pandemia di COVID.

Voglio mostrarvi una diapositiva (fig.6): questa tabella è parte di uno studio che facemmo per osservare il mercato del lavoro attraverso l'analisi di dati amministrativi delle comunicazioni obbligatorie della Regione Lombardia tra il 2000 e il 2007. I valori che vedete nella prima colonna si riferiscono ad avviamenti al lavoro a tempo indeterminato in Lombardia per gli anni osservati e tra parentesi – nelle altre colonne – la percentuale di quanti di questi si chiudono (cessano) sia nello stesso anno di apertura sia per gli anni successivi. Prendendo ad esempio l'anno 2000 possiamo osservare

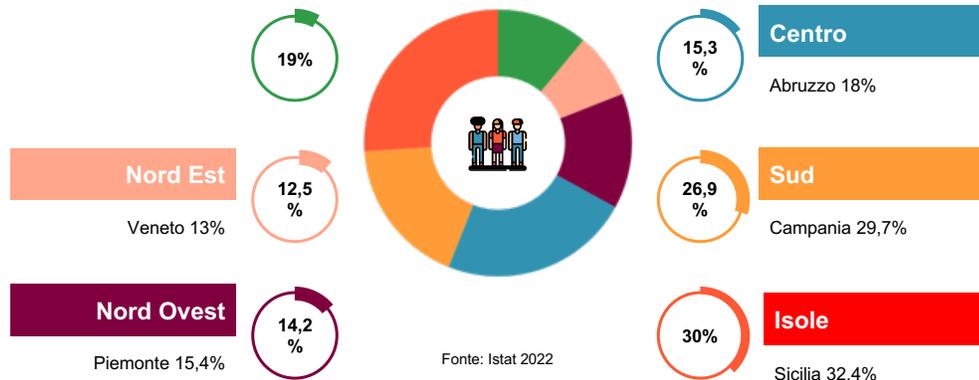


Fig. 5. NEET – Italia 2022 – 1.6M+ di Giovani

che degli oltre 287 mila avviamenti ben il 26% cessano nello stesso anno, nel 2001 ne cessano un altro 21% e nel 2002 un altro 10%. In tre anni cessano il 57% degli avviamenti a tempo indeterminato. È una tavola di mortalità dei contratti che mostra dinamiche non facilmente riscontrabili fino agli anni 90. La maggior parte di questi lavoratori si sono dimessi per andare in un'altra azienda (spesso il giorno dopo le dimissioni o poco tempo dopo).

Ciò che è evidente è che il cambiamento è una realtà nel mercato del lavoro odierno e coinvolge sempre più lavoratori ed in particolare i giovani (La durata media stimata di un contratto a tempo determinato entro i 5 anni era di 16 mesi, erano coinvolte fasce d'età diverse, i giovani soprattutto cambiano lavoro).

Perché si cambia?

Perché si cerca qualcosa di meglio. Perché si hanno maggiori opportunità di trovare un altro lavoro, perché il lavoro attuale non soddisfa, perché si vuole crescere

MORTALITA'		Anno fine								
	Avviamenti	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Anno inizio	2000	287.411	74.182 <b>(26%)</b>	60.199 (21%)	27.990 (10%)	18.482 (6%)	13.035 (5%)	10.332 (4%)	8.222 (3%)	4.694 (2%)
	2001	258.540		66.116 (26%)	54.568 (21%)	24.847 (10%)	16.630 (6%)	12.243 (5%)	9.971 (4%)	5.084 (2%)
	2002	251.528			60.806 (24%)	56.534 (22%)	27.029 (11%)	17.748 (7%)	13.115 (5%)	6.125 (2%)
	2003	223.587				55.280 (25%)	47.595 (21%)	23.601 (11%)	16.020 (7%)	7.528 (3%)
	2004	234.838					62.199 (26%)	50.756 (22%)	25.398 (11%)	11.209 (5%)
	2005	209.979						53.781 (26%)	47.559 (23%)	16.651 (8%)
	2006	202.289							52.659 (26%)	37.237 (18%)
	2007	197.326								58.399 <b>(30%)</b>
		1.865.498								

Fig. 6

Ciclo di vita dei contratti a tempo indeterminato, in Lombardia.

professionalmente, perché si trovano offerte di lavoro meglio retribuite.

Vi ho mostrato queste analisi che riguardano il periodo tra il 2000 e il 2007 perché l'esperienza del cambiamento (lasciare un posto di lavoro per un altro) è un fatto significativo che da diversi anni è presente nella vita lavorativa delle persone.

Che cosa succede con il COVID in termini di dimissioni volontarie? La great resignation - cito dal rapporto INPS - 1.074.000 persone (in Italia) si sono dimesse nel 2021 - un aumento rispettivamente del 14% rispetto al 2019 (valore che raggiunge il 26% in più rispetto al 2019 nel 2022), particolarmente significativo nelle imprese con più di 15 dipendenti. L'INPS, nel suo rap-

porto annuale, segnala che questi dati vanno letti e interpretati all'interno di un quadro di insieme: aumento dei contratti a tempo indeterminato, aumento del tasso di occupazione, un aumento complessivo del numero di assunzioni. Prosegue poi il rapporto INPS affermando che la great resignation è stata anche chiamata recentemente negli Stati Uniti great reshuffle - il grande rimescolamento - espressione meno eclatante per la narrazione giornalistica, ma senz'altro più aderente ai fatti: non un ritiro dal mercato del Lavoro, bensì una aumentata mobilità alla ricerca di migliori condizioni.

Queste evidenze mostrano un fatto sostanziale: sta crescendo sempre più la ricerca di un lavoro con migliori condizioni.

Una ricerca promossa dall'IBM nel marzo 21 ha indagato le motivazioni che spingono a cambiare lavoro intervistando circa 140.000 persone. La prima motivazione si trova nel bisogno di maggiore flessibilità nel luogo di lavoro. Segue la voglia di avere un incarico più mirato, più soddisfacente. Quando è stato chiesto quali condizioni dovrebbero offrire i datori di lavoro per coinvolgere i dipendenti e convincerli a non licenziarsi, è stato risposto: ciò che ci interessa è l'equilibrio tra la vita professionale e la vita privata (oltre il 51% delle persone ha risposto così). Poi c'è tutto il tema dell'avanzamento di carriera. In particolare, coloro che sono su questa posizione, sono i giovani che appartengono alla generazione Z e i millennial.

Questa intervista è stata fatta su persone che lavorano, che han detto qual è la cosa che interessa di più. È questa “cosa” è una domanda che si ripete e sta portando avanti il concetto di conciliazione tra vita personale e vita lavorativa: si vuole avere più soddisfazione, più equilibrio tra vita professionale e vita privata.

### **ALCUNE EVIDENZE DAI DATI DELLA SANITÀ**

Cosa emerge dai dati ISTAT sulle professioni dei medici specialisti e di quelle infermieristiche tra il 2013 e il 2021 ? (fig. 7).

Come vedete il dato cresce nel periodo osservato: i medici specialisti tra il 2017 e il 2021 sono cresciuti del 3,8%, le professioni sanitarie infermieristiche sono cresciute del 4,7%. Se ci soffermiamo tra il 2019 e 2020, per vedere l'effetto del COVID, i medici specialisti sono scesi dell'1% e le professioni sanitarie sono salite, sono stati assunti molti infermieri. Il 2020 verso il 2021 vede una crescita dei medici specialisti del 3,5% e una ridu-

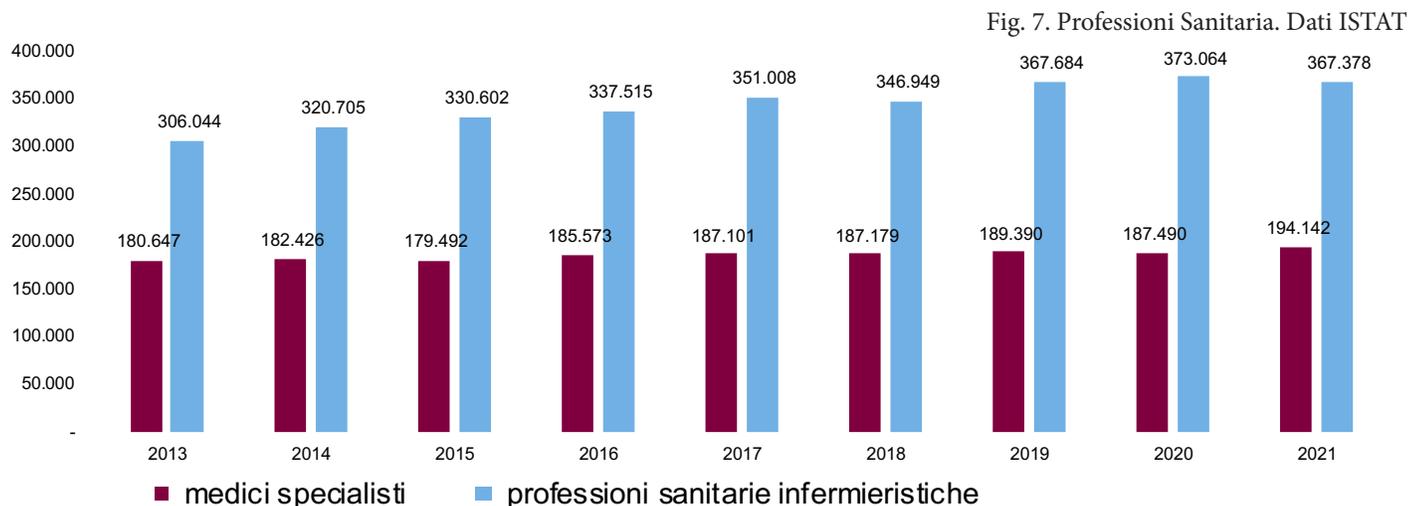
zione dell'1,5% delle professioni sanitarie.

Nella slide successiva (fig. 8), sono riportati gli andamenti delle principali specializzazioni: gli anestesisti tra il 2017 e il 2021 sono praticamente rimasti uguali, i chirurghi sono diminuiti quasi del 7%, gli otorinolaringoiatri sono scesi del quasi 2%, i pediatri, esclusi quelli di libera scelta, sono scesi del 6%, gli altri sono saliti di qualche unità.

Nella slide successiva (fig.9) è riportato il dato dei pediatri di libera scelta e dei medici di medicina generale. Qui il dato è totalmente diverso, vedete che tra il 2017 e il 2021 abbiamo un - 7,5% dei pediatri di libera scelta e un -8,8% tra i medici di medicina generale. Un calo decisamente significativo.

Nel rapporto FIASO, che forse conoscete, si evidenzia l'abbandono di quasi 3000 unità nel 2021 dei medici ospedalieri e anche qui si parla di medici che principalmente hanno deciso di lasciare la dipendenza dal sistema sanitario nazionale per proseguire la propria attività professionale altrove; l'abbandono è legato sia alla scelta del pensionamento sia, per molti, nel cambiare datore di lavoro: lasciare il sistema sanitario nazionale per ricollocarsi nel privato. Non semplicemente di andarsene via ma cambiare per diverse ragioni: stipendi poco remunerativi per le persone, turni faticanti, sabati e domeniche etc. Sostanzialmente possiamo dire, pur con le dovute differenze, che anche in sanità si potrebbe parlare come sta accadendo in generale, di great reshuffle, quindi di rimescolamento.

Non entro nel merito della valutazione della “sufficienza” delle risorse umane in sanità per gestire i servizi richiesti; pur con le differenti stime sono tutti



d'accordo sul fatto che il sistema sanitario sia sottodimensionato rispetto alle necessità.

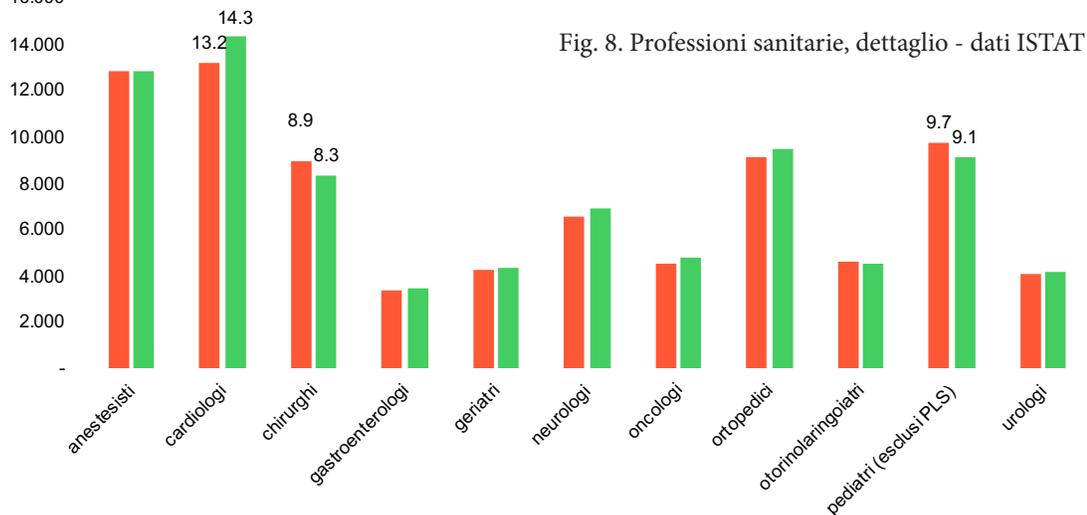
C'è poi il tema del burnout che affligge molti lavoratori di tutti i settori economici. Tale fenomeno in sanità è certamente più elevato che negli altri settori economici. Alcune stime dicono che per chi lavora in sanità,

medici e infermieri in particolare, il burnout è 5-6-7 punti in più e copre una platea estremamente significativa di persone rispetto a chi opera in altri settori economici.

### UN LAVORO CHE C'ENTRI CON LA VITA

Siamo di fronte a uno scenario in cui si riscontrano

andamenti positivi (cresce il tasso di occupazione), e nello stesso tempo sembra molto difficile trovare una via d'uscita ad alcuni fenomeni che da tempo sono estremamente critici (lavoro dei giovani in particolare). Allo stesso tempo, ed è forse la questione più rile-



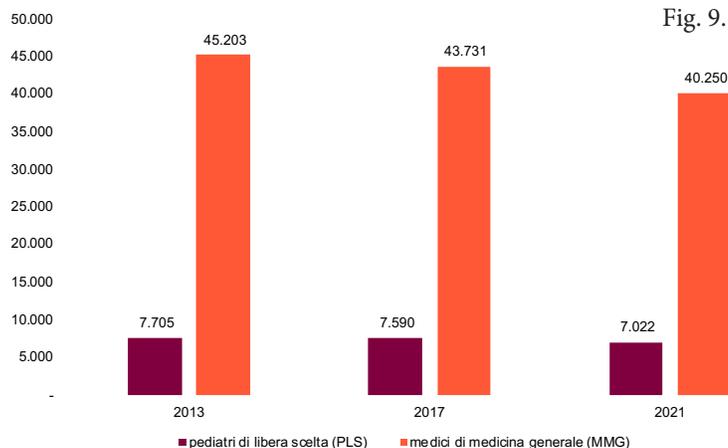


Fig. 9. Pediatri libera scelta e Medici di medicina generale. Dettaglio

17vs 21	19vs 20	20vs21
-7,5%	-1,7%	-3,6%
-8,0%	-1,7%	-3,5%

vante, la pandemia di COVID ha innalzato una serie di domande con forte attenzione alla “conciliazione vita personale e lavoro”.

Quello che sta emergendo sempre di più, spero di averlo chiarito, è che il lavoro centri con la vita; il desiderio di trovare una corretta combinazione tra famiglia e vita lavorativa, tra vita personale e vita lavorativa. Un lavoro che dia soddisfazione personale, favorisca la crescita professionale, tenga conto della vita familiare. Siamo di fronte ad una accelerazione, mi sento di dire, del desiderio di vivere il lavoro come uno strumento di realizzazione personale, oltre che sociale e che al fondo manifesta un bisogno di senso, di significato, perché se manca questo, questa conciliazione non ci sarà mai, sarà una rottura invece che una conciliazione.

Allora se il lavoro è un percorso, ho iniziato così, se l'esperienza del cambiamento è parte della vita professionale, se è grande il bisogno di trovare una corretta mediazione e quindi un senso, un significato per il proprio lavoro, c'è da chiedersi cosa sostiene un percorso

positivo.

Nello studio che vi ho citato prima di IBM c'è un altro dato interessante: le persone oltre a cambiare lavoro, cercare un lavoro che sia più adeguato alle proprie esigenze, al proprio livello di soddisfazione umana e professionale, intravedono l'esigenza di crescita continua delle proprie conoscenze e competenze. Le persone intervistate dichiarano che stanno intraprendendo o progettando percorsi di apprendimento di nuove competenze per prepararsi al futuro.

Da questo punto di vista negli studi che stiamo facendo emerge con chiarezza che le competenze sono uno degli elementi primari da salvaguardare nella vita delle persone per far crescere e garantirsi occupabilità, cioè la spendibilità della propria professionalità nel tempo. Le competenze sono quindi un bagaglio essenziale da mettere nello zaino della vita delle persone.

Da diversi anni, in collaborazione con EUROSTAT e CEDEFOP, stiamo studiando il tema delle competenze attraverso l'analisi degli annunci di lavoro che le azien-

de pubblicano sul web. Abbiamo raccolto dal 2019 a oggi circa 250 milioni di annunci di lavoro in tutti Europa, in 30 lingue e analizziamo, con tecniche di analisi dei Big Data e di intelligenza Artificiale, le competenze delle diverse figure professionali richieste dalle aziende.

Emergono due elementi che vorrei porre all'attenzione: le competenze richieste cambiano molto velocemente; a guidare il cambiamento concorrono principalmente le competenze digitali e soprattutto le soft skill – competenze trasversali. Queste ultime, stanno diventando sempre di più fattore primario richiesto dalle aziende per la selezione delle persone. L'emergere delle competenze trasversali – soft skill – rappresenta certamente un elemento di caratterizzante il lavoro odierno e futuro; alle aziende servono persone che mettano in gioco una personalità più completa: non basta risolvere problemi complicati dove serve competenza specialista, non si richiede solo questo, oggi bisogna affrontare la complessità, in questo senso serve una personalità completa, una persona che sostanzialmente non è divorata solo dall'ansia di riuscita o che è distaccato dalla realtà.

Da questo punto di vista si apre una forte domanda di cambiamento dei sistemi di istruzione e formazione, incentrati spesso su competenze quali ricordare, comprendere, fare nessi, dedurre, valutare; occorre certamente cambiare, in modo che siano integrati con attività che coinvolgono altre capacità legate alle caratteristiche della personalità, come l'apertura mentale, capacità di collaborare, resilienza, creatività, problem solving; fattori più legati alla persona e che sono sempre più richiesti per affrontare il proprio lavoro.

È come se – in altre parole – si è iniziato a non dare più per scontato che alcune qualità umane, soggettive, che muovono l'agire delle persone, vengono sempre giocate nello studio e nel lavoro. Un mio carissimo amico e collega, che penso molti di voi conoscano, Giorgio Vittadini, su questo cita sempre James Eckman (Premio Nobel per l'economia nel 2000) che dimostra sostanzialmente nei suoi studi che una impostazione che riduce la conoscenza a nozionismo non solo mortifica l'attenzione e i valori morali, filosofici, ideali e religiosi, ma anche quegli aspetti dell'abito umano che prendono il nome di soft skill, non cognitive skill o character skill, cioè le competenze trasversali.

L'OCSE per rafforzare ancora di più questo, dimostra che il possesso di tali competenze trasversali, rende più capaci di lavorare e di affrontare le difficoltà che si incontrano nella vita lavorativa. Bisogna considerare che nel mondo del lavoro di oggi, in cui l'obsolescenza dei sistemi di produzione porta con sé l'obsolescenza immediata delle competenze professionali, il fatto che ci sia una persona che sia capace di riconquistarsi, di rigiocarsi diventa fondamentale per le imprese.

Tra l'altro possiamo tenere presente che le stime dicono che circa un miliardo di persone nel 2030 (i nuovi nati), faranno lavori che non esistono più oggi, si inventeranno nuovi lavori, e quindi che competenze ci vorranno se non quelle di persone che sono capaci di imparare a imparare?

Costruire queste competenze che fanno parte dell'habitus naturale della persona, come dice Eckman, cosa significa?

C'è bisogno forse di nuovi meccanismi tecnici che

insegnino queste cose? Certamente, ma oltre a questo, occorre non dimenticare che il fattore che fa crescere una personalità capace di valorizzare la propria umanità fino in fondo è l'educazione. L'educazione al vero, al bello, al bene. Questo fa crescere una consistenza, un'unità della persona. Abbiamo bisogno di un'unità della persona: non è un fatto clericale da relegare alla sfera religiosa, ma è quello che fonda il modo di lavorare e che, quando avviene nei contesti in cui ci troviamo, ci fa accorgere, paradossalmente, che è quello che è richiesto, perché questo muove nel costruire tentativi nuovi nell'affrontare le tecniche nuove, nell'impegnarsi di più sulle cose, per cercare di affrontare e risolvere i problemi, le situazioni che la realtà lavorativa ci pone davanti.

Come si sviluppa questo concetto di educazione? Impatta su tutto il ciclo dell'Istruzione e sul lavoro, in cui abbiamo bisogno sostanzialmente di trovare maestri, persone che ci accompagnano, testimoni che ci affascinano, luoghi in cui sia possibile mettersi insieme per andare a fondo in questo bisogno di senso, di verità, di bello.

Oggi possiamo essere abbastanza certi che il paradigma tecnocratico, tema su cui anche il pontefice interviene spesso, che domina le economie occidentali ed è basato sui principi semplicemente dell'efficienza e della performatività e che tralascia o relega le domande di senso, di significato, alla sfera personalistica e intimistica, questo paradigma tecnocratico è certamente andato in crisi; non dà risposte, e si vede dal fatto che nelle persone, come abbiamo richiamato poco fa, emerge così prepotentemente l'esigenza di senso, di significato, che si prefigura in tante forme.

Quello che sta accadendo evidenzia il bisogno di una persona unita nelle sue dimensioni umane, sociali, professionali, una persona desiderosa di andare a fondo del proprio desiderio di senso, di bello, di vero; fattori di una personalità che abilitano alla costruzione di una nuova cultura del lavoro. Una personalità così credo che si possa dire, è quello di cui c'è bisogno nel lavoro oggi.

Chiudo con una frase sempre di Marco Martini, riportata in un testo scritto alla fine degli anni 90 *“bisogna costruire una nuova cultura del lavoro, inteso come capacità di agire in un contesto imprevedibile e non come cultura dello spartire il lavoro che c'è. Questa è una idea falsa perché il lavoro è una azione, non è una torta (...) una cultura nuova del lavoro, che è una cultura nuova dell'uomo in azione.”*

Credo che questo sia un cammino in cui ciascuno oggi, nel proprio ruolo e con le proprie responsabilità, è chiamato a mettersi in gioco per dare il proprio contributo per il bene suo e di tutti.

## ASSEMBLEA

### PIERO

---

*Il dato della mobilità che tu facevi vedere se ho capito bene si riferisce soprattutto alla Lombardia, perché io ho l'impressione che ci sia un Gap ancora più elevato tra settentrione e meridione nel lavoro.*

### MEZZANZANICA

---

La mobilità è un fatto di tutti. Oggi il fattore della mobilità è enfatizzato ma c'è da tanti anni: la gente prima cambiava prevalentemente perché aveva una

proposta di un maggiore stipendio o perché aveva una possibilità di crescita di carriera. Dove c'è più domanda c'è più mobilità. Oggi c'è più trasparenza della domanda, la gente sa di più quali opportunità ci sono. Solo che fino a un certo momento era come se questa mobilità entrasse in gioco in una dinamica legata unicamente alla carriera, all'efficienza, al guadagnare di più e basta, mentre oggi questa mobilità ha dentro un'altra domanda nuova, che non è mai stata così forte: "voglio avere maggiore possibilità di avere una relazione positiva tra la vita personale e il lavoro". Là dove la domanda è minore, è minore anche questa spinta alla mobilità, e il sud ha sicuramente la domanda minore, e purtroppo il GAP si sta alzando. Vi do un numero sui laureati emerso nello studio, presentato a giugno scorso da Alma Laurea, che analizza i dati dei laureati di tutta Italia e che ho mostrato al meeting di Rimini quest'estate: il 47 % dei laureati residenti al sud, si sposta e cambia residenza per ragioni di lavoro, dirigendosi al centro o al nord. Quello è il capitale umano più importante. La distanza nord sud è grandissima: è come se ci fossero due Italie.

## **DARIO**

---

*Faccio riferimento a quella slide che hai fatto vedere a proposito di medici e infermieri. Quando parli di quell'occupazione lì, sono occupati nel servizio sanitario in generale con contratti a tempo indeterminato/determinato, o privati?*

*Seconda domanda: per quanto riguarda le competenze trasversali dove si apprendono queste competenze?*

## **MEZZANZANICA**

---

Il dato Istat dice che è personale rilevato sia nel siste-

ma sanitario nazionale che nei privati, è l'insieme delle due cose. Ma non conosco il dato della partita IVA in medicina, qui non mi risulta ci sia la partita IVA, la libera professione.

Rispetto alla seconda domanda, molto sinteticamente: la questione delle Soft skill. Non è solo un tecnicismo, ma si imparano: c'è bisogno di un'educazione che faccia crescere una personalità e faccia crescere anche alcuni approcci tesi a imparare anche queste competenze. Ci sono anche tecniche precise che entrano in gioco. Per esempio: se devo imparare a parlare in pubblico, ci sarà qualcuno che insegna a parlare in pubblico. Introdurre queste cose anche nei percorsi educativi non come semplici tecnicismi, significa affermare il valore della persona che è una e non è divisa nello studio o nel lavoro tra ciò che sa fare e ciò che è, perché ciò che è, è il punto da cui deriva il modo con cui farà.

Quindi si imparano, certamente. Eckman dice che si imparano, ma bisogna introdurre queste cose dall'asilo per capirci, è un percorso educativo. In università noi non possiamo più fare lezione come si poteva fare dieci anni fa, abbiamo davanti dei ragazzi che hanno delle domande molto forti su cosa imparano, come imparano. Quando gli insegni delle tecniche nuove, basta la tecnica nuova o devo cercare di capire che applicando quella tecnica la questione fondamentale è per che cosa la sto applicando che scopo voglio raggiungere? È evidente che è questo che fa crescere. È una posizione che tiene conto dell'intero bisogno, dell'habitus della persona. E che questo sia colto e sia accolto così profondamente anche nella letteratura scientifica è molto interessante.

## **PAOLA**

---

*Grazie delle cose che hai detto. Condivido assolutamente tutti i fattori che hai indicato del cambiamento che effettivamente lo vediamo. Ti chiedo sul fatto che uno chiede del rapporto tra vita privata e lavoro, certo si capisce che questo è positivo, ma in questo io non vedo incremento di cambiamento. Stare 16 mesi in certi posti non costruisce neanche la persona stessa; in certi lavori, tipo i nostri, occorrono 4-5 anni. Per preparare, formare le persona. C'è un bisogno di soddisfazione, di compimento, ma non c'è disponibilità alla fatica e infatti in tanti non la si considera più positiva.*

#### **ALESSANDRA**

---

*La mia domanda è un po' in continuità con domanda della dottoressa. Se penso a me, quando mi si chiede che lavoro faccio, non ho mai risposto "faccio il medico", ho sempre risposto "sono medico". C'è una profonda identità tra quello che sono e il lavoro che faccio: noi facciamo un mestiere un po' diverso dagli altri nei rapporti tra vita personale e lavoro. La mia domanda è questa: questo fenomeno l'avete misurato nella nostra professione? Noi siamo una professione particolare, alla base della nostra professione c'è la gratuità e questo concetto di gratuità nella conciliazione fra il tempo per la vita personale e per il lavoro, è da infilare dentro con attenzione; questo confine (vita personale e lavoro), secondo me taglia fuori questo aspetto senza il quale per nessuno c'è possibilità di crescere, o detto in altro modo, la base della crescita nel nostro lavoro è la passione, l'interesse per la realtà ma anche la gratuità.*

#### **MICHELE**

---

*C'era una domanda che era stata scritta nella chat sulle persone che si licenziano, quelle che all'estero sono una*

*sconfitta per il paese. Mi sembra che negli ultimi anni si è assistito a cambiamenti che hanno cambiato profondamente il nostro modo di lavorare e sicuramente c'è il tema del senso dell'unità della persona, tutte cose che sono state richiamate, ma c'è anche un tema di condizioni di lavoro che in certi casi sono diventate improponibili. C'è questo rimescolamento, che talvolta è – secondo me – legato all'esigenza di trovare dei contesti diversi; adesso forse si può, più di un tempo – è anche un'opportunità questa – fare quello appunto a cui noi siamo chiamati, che non è appunto quel posto fisso come dicevi tu all'inizio. Noi siamo medici e nel nostro essere medici cerchiamo in qualche maniera le condizioni che ci consentono effettivamente di fare il nostro lavoro. A me questo sembra che sia un elemento specifico della nostra attività e che in questo periodo è anche un'opportunità.*

#### **MEZZANZANICA**

---

Parto dalla domanda sul tema dell'equilibrio tra la vita sociale e lavorativa se è un bene no.

Adesso lo sintetizzo così però penso che ci siamo capiti: se emerge una posizione così, se emerge con chiarezza questa cosa significa che c'è un bisogno; se emerge un bisogno, il problema è come uno risponde al proprio bisogno o il fatto che quel bisogno li circostanziato in quel momento è il segno di un bisogno più grande; quindi proprio quando ho cercato più volte di dire che mai come in questo tempo questo fatto è uscito così forte, questa esigenza è uscita così forte di conciliazione tra vita e lavoro, di soddisfazione di senso del lavoro, significa che questa è una grande opportunità per rimettere in gioco di cosa stiamo parlando. Questo è il fascino di questo momento; è come quando parliamo di intelligenza artificiale o di big data eccetera;

ci sono quelli che dicono a priori che è un disastro e non ne vogliono sapere, e ci sono quelli che dicono che oggi solo quello vale: guardate invece quante domande stanno venendo fuori sul fatto dell'uso della tecnologia, dove ciò che emerge innanzitutto è: "Io sto facendo una cosa, ma che società voglio, che scopo ho, come metto in atto "lo scopo" in ciò che faccio?"

Allora grazie a Dio che stanno venendo fuori cose come queste che hanno innalzato queste domande.

C'è un bellissimo libro che io porto a lezione ai miei studenti di Schonberger, che è uno studioso di Oxford che si occupa di tecnologia che nel suo libro "Big Data" finisce con tutte queste domande di senso, di scopo, di valore, di dove vogliamo andare, di aspetti etici.

Se queste cose si stanno rimettendo in gioco prendiamole sul serio perché si riapre una domanda e qualcuno deve rispondere.

Allora mi collego all'intervento di Alessandra e di Michele. È chiaro che ogni lavoro ha una sua specificità, che ci siano persone che dicano io vedo il mio lavoro con una dimensione profonda, ho questa unità dentro perché è una dimensione umana, professionale, di gratuità, vivaddio. Lo porto su di me che faccio il professore universitario; se sono lì che sto facendo le mie cose nel mio studio, e mi bussa uno studente che vien dentro a chiedermi delle cose per la sua tesi, cosa faccio, gli dico "vieni solo quando c'è l'orario di ricevimento" o lo ascolto e poi cerco di capire e poi vediamo come fare? Nell'ambito relazionale, in quello che facciamo in qualsiasi lavoro, in qualsiasi momento, o ciò che abbiamo davanti, che ci accade è qualcosa che interagisce con noi in modo casuale, oppure è qualcosa che

interagisce con noi e ci interpella affinché andiamo a fondo alle domande più profonde, al desiderio di bene, vero e di bello. La questione del senso che sta emergendo apre proprio a una profondità dei bisogni della persona rispetto a ciò che vuole, ciò che vuole essere, a qual è l'idea di società, qual è l'idea di mondo e mette in gioco tutte queste cose. C'è bisogno di mettersi insieme e aiutarsi su questo perché uno da solo non ce la fa, non regge, il contesto è molto complesso.

Sono molto contento che stiano emergendo queste cose perché da queste cose si può ritornare a dialogare. Fino a poco tempo fa era come se il lavoro fosse un aspetto della vita da "sopportare": mi va bene, devo guadagnare di più o mi basta, c'è chi è appassionato e chi meno, ho il capo bravo o il capo cattivo, e allora cambio o non cambio. E invece, che sia emerso questo bisogno di senso che si esprime in diverse forme, non può che, nel tempo, portare a riscoprire il suo significato e questa è una grande opportunità.

## **FABRIZIO**

---

*Faccio il cardiologo. Intanto mi permetto di dissentire su alcuni interventi che mi hanno preceduto, perché sono anche un po' stufo di questa logica missionaria del medico e della carità e delle cose: noi facciamo un lavoro, io conosco delle persone che aggiustano macchine e si fermano fino alle 9 di sera perché amano il loro lavoro in un modo incredibile, a cercare quel pezzo. Secondo me, ogni lavoro ha la sua dignità. Ogni lavoro val la pena di farlo se ci metti dentro tutto te stesso; semmai noi siamo dei privilegiati perché noi veniamo a contatto con l'aspetto più intimo delle persone con cui abbiamo a che fare e quindi mi rendo sempre più conto di questo. Hai fatto un'analisi perfetta di dati, e posso dirti che, secondo me,*

*per quanto riguarda il privato accreditato ormai tutti i contratti sono professionali.*

*La seconda cosa è la richiesta anche all'associazione di aiutarci in aspetti concreti. Bellissima l'analisi, bellissimo il fatto che abbiamo bisogno che da soli non si regge l'unità della persona, però io ho bisogno anche di esempi concreti in cui questo avvenga.*

*I maestri non ci sono più, i luoghi dove si impara questo modo anche di fare il medico in un certo modo, di fare l'infermiere in un certo modo, non c'è più e vedo anzi molti giovani molto pretenziosi che pensano di aver capito tutto della medicina, con cui si fa invece una fatica enorme a lavorare insieme, per cui se questa cosa è vera ho bisogno che entri nel concreto. Vi faccio un piccolo esempio: l'altro giorno, l'altra sera abbiamo fatto un incontro di medici infermieri e così c'era una nostra amica che è responsabile di una RSA e che ha fatto un anno e mezzo in Palestina, dove c'è una situazione che ci ha dipinto, tra l'altro prima che succedesse il casino che c'è adesso, e che rispetto alla nostra è imparagonabilmente più disastrosa, per la qualità del lavoro, il personale infermieristico, gli oss eccetera. Per farla breve, con grandissime difficoltà hanno fatto un corso per oss in cui hanno praticamente costretto 12 persone a fare questo corso, che non volevano farlo, eppure alla fine del corso queste persone erano talmente contente di quello che avevano imparato e di come erano diventate che hanno cambiato il posto dove sono andate.*

*Ecco io penso che si debba reintrodurre queste cose, cioè, che c'è bisogno in medicina anche di questi aspetti educativi, che vanno fatti non perché bisogna fare gli ECM, ma proprio perché abbiamo bisogno di continuamente di imparare, di andare in fondo per fare il nostro*

*lavoro fino in fondo.*

#### **ANNAMARIA**

---

*Mi ha colpito quello che dicevi tu prima, l'ultima cosa che hai detto, cioè, del fatto che sta emergendo questa domanda di senso, perché io non la vedo. Nel luogo dove lavoro saremo tutti dei boomer, però c'è l'appiattimento, la gente che comunque sta supina, non ha una fisionomia propria, ma ha la fisionomia richiesta dall'ambiente, cioè, proprio il dualismo pieno.*

*Poi è vero che si capisce l'andazzo generale e volevo capire il punto dell'educazione. Di fatto la nostra società ha negato l'educazione, l'unico che ci ha tentato è stato Giussani, è stato l'unico che comunque ha fatto l'educazione; quindi volevo capire.*

#### **PAOLA**

---

*Sono medico anestesista di Alessandria. Volevo dire che mi ha colpito al Meeting la mostra su Azer, di queste quattro suore che avevano come regola – non solo loro, ma di tutto il loro ordine – a parte le tre cose dei religiosi: la castità, la povertà e l'obbedienza – anche la radicalità. A me ha colpito molto perché io sono una pigra che sta nella sua zona tranquilla, però, secondo me, il valore aggiunto di rimanere in un posto e avere le radici in un posto, è un valore, cioè io ho trovato molto interessante questo aspetto e trovo che possa essere per me utile. Ho una collega carissima che se n'è andata in libera professione perché sente proprio questa cosa, ha un bisogno di soddisfazione che lì non aveva e quindi mi dico: ci sono varie risposte a una domanda e mi piacerebbe approfondire questa, magari anche con questa idea del fare radici. Per esempio, sentivo in pullman che loro fanno col San Gerardo le gite, cioè è una cosa semplice, però io sono da*

*sola in ospedale del movimento, e il fatto di avere una vita anche sul lavoro ti può gratificare molto di più che non guardare l'ora e andarsene a casa.*

## **MIMMO**

---

*Io sono un infermiere, lavoro da quasi 20 anni in ospedale a Monza e quando ho iniziato a lavorare subito dopo l'università c'era un po' il problema del dove, perché negli anni di università di fatto sì avevo visto cose, belle e interessanti, ma nulla che mi piacesse quindi c'era un po' il problema della scelta e un amico che adesso lavora in un altro ospedale mi disse di provare nell'ambito della terapia intensiva, perché è un ambiente molto giovane, dinamico, dove avrei potuto imparare e fare del bene e quindi con un po' di dubbi e di fatica ho iniziato a lavorare in quel posto e ci sono rimasto per quasi 20 anni prima da infermiere, poi gli ultimi sette anche da coordinatore. In questi anni passando fino al post covid ho visto un po' l'evoluzione del lavoro guardando me, i miei cambiamenti, guardando il rapporto con i miei colleghi e come i miei colleghi guardavano il lavoro e ho guardato anche come si inserivano le ultime generazioni.*

*Adesso lo guardo con uno sguardo ancora diverso, perché da un anno lavoro dall'altra parte, sono in direzione, sto con quelli che per 20 anni abbiamo guardato in cagnesco.*

*Allora ti dico questo perché quando io ho iniziato a lavorare c'era sì il problema dell'imparare a lavorare, ma questo in un posto molto faticoso e iperspecialistico che ha richiesto un mio lavoro personale di studio, formazione e nel contempo anche il lavoro di guardare quello che aveva studiato meno di me, che magari era lì da 15 anni prima, che aveva un metodo tutto suo, ma che ave-*

*va un cuore che io desideravo. Quella fotografia e quel desiderio io ce l'ho avuto e ce l'ho ancora in mente oggi. Guardando i miei colleghi è una cosa che io ho cercato di passare con molta fatica, ma non ci sono riuscito. In parte è dovuto ai miei limiti, ma d'altra parte ho visto che c'è stato proprio un cambiamento generazionale.*

*Noi di fatto nel nostro ospedale per assumerne 20 ne abbiamo chiamati 120 e non siamo arrivati a coprirne 20, perché il problema dei nostri 20 era che dovessero andare a lavorare nel reparto di medicina interna, nel reparto di geriatria, che di fatto è la base del nostro lavoro, ma c'è sempre più l'idea che il lavoro e la fatica, soprattutto in certi ambiti, non gratifica, mentre ciò che richiede maggiore impegno e intelletto lo è di più.*

*Io su questo non sono per niente d'accordo, però stiamo andando in un senso unico, verso una situazione della quale, secondo me, non torneremo indietro.*

*Parte di questo problema, Io credo, sia il percorso che noi facciamo in università, non perché sia sbagliato andare in università – io in università ci sono andato, ci vado ancora anche insegnando – ma perché penso che creiamo un'aspettativa che è totalmente slegata dalla realtà; il lavoro come quello che ho in mente io e che ho visto io 20 anni fa non è quello che mettiamo in atto oggi. Su questo ti chiedo un tuo parere.*

## **MEZZANZANICA**

---

*Vorrei partire dalla questione di Fabrizio che se ho capito, provo a dirlo così: che ci sia bisogno di entrare nel merito. Per vedere o cogliere cosa vuol dire costruire una cultura nuova del lavoro oggi significa sostanzialmente innanzitutto capire che cosa sta succedendo, e – secondo – in quello che sta accadendo qual è il fat-*

tore che sta emergendo di più e da cui nasce l'esigenza di risposta e quindi come mettersi in gioco per dare una risposta.

Questo vuol dire mettersi in azione perché il problema non può essere mai solo organizzativo di fronte alle cose, è giusto l'esempio che tu hai fatto. Cosa fa costruire un corso che mette poi in azione in questo modo? Evidentemente l'hanno costruito delle persone che avevano un'idea molto chiara dello scopo per cui stavano facendo, del tentativo di risposta che stavano dando a un bisogno e delle persone che avevano davanti quando facevano la formazione. Allora questo mette in gioco, mi permetto di dire che è così, è chiaro che ogni tentativo che nasce, se nasce con queste condizioni è imperfetto per definizione perché essendo un tentativo è imperfetto, ma noi possiamo mettere in piedi solo dei tentativi di risposta nel nostro lavoro. Ho concluso dicendo "ognuno con le proprie responsabilità": con la sua responsabilità, col ruolo che occupa, con la coscienza che ha, di capacità di rispondere, di cogliere e tentare di rispondere a a ciò che accade. La questione fondamentale su questo è che per mettere in atto un tentativo c'è bisogno di riconoscere questi aspetti che sto dicendo (non li vado a ripetere), e mettersi in gioco personalmente e con chi ci sta. Vuol dire anche che se uno fa il prorettore al placement, come faccio io, non posso non pensare di aiutare i nostri studenti a capire cos'è il lavoro, cosa è chiesto alle diverse professioni. Sapeste qual è la cosa più difficile in università quando insegno? L'esempio più difficile da comprendere riguarda l'azienda, quando si cerca di spiegare come è fatta un'azienda e di cosa si tratta quando si parla di processi aziendali, di organizzazione, di ruoli e responsabilità

ecc., ma l'azienda loro non l'hanno mai vista e quindi è qualcosa di assolutamente astratto.

Una delle domande più grosse che hanno i ragazzi oggi è "cosa so fare alla fine di questo percorso di studi?" Io posso dire: "ti spiego la metodologia poi dopo si vedrà, ti spiego la teoria poi dopo si vedrà", oppure posso cominciare a capire che c'è un metodo diverso, che non può non tener conto di questa domanda che c'è, ed è una mia iniziativa.

Credo che sia fondamentale da questo punto di vista rendersi conto di ciò che c'è in ballo e mi collego alla seconda domanda, alla questione che ha detto Anna Maria, che dice che era tutto piatto. Io ho citato qualche studio fatto su migliaia e migliaia di persone dai quali vien fuori chiaramente che le persone si dimettono per cambiare lavoro e più specificatamente si dimette perché vuole altro. Prima (del Covid) era "Voglio cambiare lavoro perché ho un'opportunità in più, perché faccio carriera, per soldi", oggi invece "Voglio cambiare lavoro perché ho innanzitutto bisogno di trovare una combinazione corretta tra la mia vita lavorativa e la mia vita personale" e questa è l'espressione di un bisogno di senso; a volte non è un'espressione completa, ma è un bisogno iniziale, è un bisogno che c'è e questo non può finire lì. Che oggi ci siano delle condizioni di appiattimento, ci saranno sempre, siamo davanti a un mondo che è sempre più vario, interessante da conoscere e da affrontare. Oggi una delle evidenze più grosse, è che ci sono quelli che sono tornati con una voglia di essere lì in presenza a lezione, di domandare, di dialogare, di relazionarsi con i compagni e i docenti e dall'altra parte quelli che sono ancora sul "divano" ed è una forbice che si è aperta di più. Di fronte a questo cosa fai: le lezioni

a distanza perché abbiamo troppi studenti o cerchiamo di fare le lezioni in presenza? È una scelta. A me i miei studenti hanno detto: “Professore lei registra?” Gli ho detto no perché non sto facendo una lezione in modo tale che sia registrabile perché se sto facendo lezione a quelli che sono lì mi comporto in un certo modo, mentre se devo fare un argomento per essere ascoltato registrato lo devo preparare diversamente. Oppure qual è stato uno dei problemi sul tema dell’insegnamento a distanza? Abbiamo fatto dei questionari e circa il 60% ha risposto che è riuscito a fare gli esami ma ha imparato di meno. Dunque io non sono contrario a fare le lezioni anche a distanza, ma capiamo cosa vuol dire. Mettiamolo in gioco, è un lavoro da fare, ci sono delle novità da introdurre, cerchiamo di capire come farle, come modularle, come rispondere a qualcosa che c’è, è un lavoro è sempre di più un lavoro.

Mimmo, credo che ogni realtà chieda a chi è lì davanti ad essa di definire, di mettere in piedi dei tentativi; ci vogliono delle persone che hanno il coraggio di mettersi in gioco di fronte a questo. Lo ripeto ancora: abbiamo davanti una grande domanda, dobbiamo metterci in gioco. Noi potremmo entrare in un posto e dire: si fa così, o non si fa così, ma non è quello il problema, perché la realtà tira fuori anche delle domande rispetto a questo, sennò è un disastro.

Penso che la “partita” sia troppo interessante per tirarsi indietro e che ciascuno di noi per il ruolo che ha, per il compito che ha, per la posizione che occupa, è chiamato a contribuire a generare luoghi che possono aiutarci, come diceva Giorgio poco fa, perché da soli non è semplice reggere nel contesto di oggi.

Ecco, credo che abbiamo davanti delle sfide molto

interessanti e quindi una occasione fondamentale da non perdere e da portare avanti in un modo intelligente, non dando nulla per scontato.

15 OTTOBRE 2023 - MATTINO - INTRODUZIONE ALL'ASSEMBLEA

## COME RAVVIVARE IL SENSO E IL GUSTO DEL NOSTRO LAVORO?

Giorgio Bordin

Per un sano realismo senza il quale è impossibile affrontare qualsiasi affronto ragionevole della vita, siamo partiti dalle difficoltà che avvertiamo forti nella nostra professione.

Ci siamo ridetti che la nostra realtà di gente che si prende cura del bisogno di salute e di salvezza dell'uomo è dura, e che il tentativo di ridurla, di anestetizzarci è dietro l'angolo per tutti; ma anche che particolarmente oggi questa realtà è anche complessa e che le implicazioni economiche che devono essere affrontate per renderla sostenibile sono enormi, ma la risposta di industrializzazione dei sistemi sanitari ne uccide la complessità, rendendola una catena di montaggio che stritola l'uomo, e provocandolo moralmente.

Abbiamo detto che scontiamo una insufficienza culturale che soprattutto il positivismo ha introdotto plasmando la mentalità scienziata e tecnocratica.

Questi paradigmi hanno mostrato i loro limiti e che alcuni grandi eventi, storicamente il più rilevante quello della pandemia li hanno fatto saltare, come i grandi cambiamenti del mondo del lavoro ci dicono.

Noi oltre a tutte le fatiche proprie della nostra condizione professionale viviamo anche questa più profonda domanda sul senso del lavoro stesso, di cui l'incontro di ieri sera con Mezzanica ci ha aiutato a capirne meglio i fattori, dicendo che esprime un grande grido

di senso, spesso avvertito come smarrimento, ma che dobbiamo cogliere come opportunità e responsabilità per un compito soprattutto educativo.

Dunque qual è questo compito?

### **RICOSTRUIRE L'IO**

---

Di certo urge la ricostituzione di un soggetto, e questo è un problema culturale. Bisogna mettersi al lavoro e costruire. È la priorità.

Dubito però che si vedranno gli esiti in tempi brevi, come per chi costruiva le Cattedrali: chi le iniziava non le vedeva finire, ma era certo che stava costruendo. Bisogna lavorare con questa coscienza. Da subito e alacramente.

Ma per noi, domattina? Come vivere meglio il nostro lavoro, da subito? Perché non sarà resa giustizia a me se la risposta non è per me, oggi, come scriveva Dostoevskij nel brano dei fratelli Karamazov<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> “Cosa mi importa che non esistano colpevoli, che ogni cosa derivi semplicemente e direttamente da un'altra, e che io lo sappia! Ho bisogno di un compenso, se no, mi consumo. E di un compenso non nell'infinito, chi sa dove e chi sa quando, ma qui, sulla terra, e voglio vederlo coi miei occhi! Io ho creduto, e perciò voglio vedere anch'io, e se allora sarò già morto, mi devono risuscitare perché se tutto accadesse senza di me, sarebbe una cosa troppo avvilente. Non ho mica sofferto per concimare con le mie colpe e le mie sofferenze un'armonia futura in favore di chi sa chi! Voglio vederlo coi miei occhi, il daino che ruzza accanto al leone,

## LA REALTÀ

---

Mi sento di dire che il primo aiuto, il kit di pronto soccorso nasce dalla realtà stessa. La realtà è qualcosa che provoca, pone domande, muove a prendere posizione, come ci ricorda Rembrandt nella sua seconda lezione di anatomia del dott. Deijman (meno nota ma molto più potente della prima): Citando il Cristo del Mantegna, nel cadavere di un criminale morto, ci dice che l'oggetto stesso del nostro lavoro richiama significati più profondi in ciò che altrimenti potrebbe apparire inutile e perduto per sempre, privo di valore, persino esecrabile, come il corpo morto di un condannato a morte. Ma l'uomo deve guardare attentamente questa realtà misera, come fa il dottor Gysbreacht Calcoen, maestro della gilda, tenendo in mano la calotta cranica di Joris Fonteyn originario di Diest, un delinquente impiccato nel gennaio del 1656 e sezionato pochi giorni dopo. In questa posizione potrebbe accorgersi che c'è di più di quanto appare alla superficie: c'è la morte di un Uomo, la morte di ogni uomo, che Cristo è venuto a riempire di dignità, qualunque sia la contingenza con cui si manifesta. (La posa di Calcoen è un secondo esplicito richiamo al passo dell'Amleto in cui il principe di Danimarca si interroga proprio sul senso della corruzione della morte, tenendo in mano il cranio del povero Jorick, curiosa assonanza del nome, stavolta casuale e non simbolica, il giullare di corte, che stanno disseppellendo per far posto alla tomba di Ofelia, morta suicida, all'insaputa di Amleto, che lo scoprirà da lì a poco).

---

e l'ucciso che si rialza e abbraccia il suo uccisore. Voglio esserci anch'io, quando tutti sapranno finalmente perché le cose siano andate così". Dostoevskij, I fratelli Karamazov.

Di più: si può incontrare Cristo stesso dentro il malato. Lui dà senso a ciò che non ne avrebbe, come il dolore, la sofferenza e la morte. A Lui porgiamo la nostra azione di cura, scorgendoLo in ogni sofferente. È del resto la posizione con cui l'assistenza è rinata, nei primi secoli del cristianesimo dilatandosi inizialmente come valore umano, e poi divenendo incidente come valore civile, nel medioevo. Quindi, il primo riscatto, la chiave di partenza per la redenzione viene dal nostro lavoro, a condizione che accettiamo di impegnarci, di andare in profondità, di lasciarci provocare e plasmare.

## IL METODO CLINICO

---

Per questo occorre riappropriarsi in tema più squisitamente professionale di una cosa che noi più vecchi abbiamo abbandonato, e chi di noi è più giovane, non ha quasi mai avuto modo di mettere a tema. Ci è ancora alla realtà proteggendoci almeno un poco dall'impulso di anestetizzarci da essa, perché ce la rende più appassionante.

È alla radice della nostra professione, ne regge l'impalcatura, informa l'azione dal primo istante in cui incontriamo una persona che potrebbe essere totalmente estranea e indifferente, se non ci fosse affidata come professionisti, ma con la quale dobbiamo diventare amici, legati per il destino comune di bene da perseguire.

Ci fa passare dal paradigma della malattia, la *disease*, come astrattamente è descritta nei trattati e nelle linee guida, alla concretezza unica e irripetibile con cui si manifesta in quella persona malata, che è la *illness*. Proprio la metodologia clinica è l'antidoto professionale più potente, l'ancoraggio di realtà più tenace che

impedisce la riduzione del malato alla sua malattia, la sua astrazione. Come scrive Bernard Lown nel suo libro “The Lost art of healing”: *“Solo quando il medico può rimuginare sul destino di un compagno afflitto dalla paura e dal dolore, si impegna nell’individualità unica di un particolare essere umano. Un paziente malato diventa più della sua malattia. Questo ampio impegno accende le braci dell’immaginazione clinica, affina la precisione del giudizio e aiuta a superare l’agonia del processo decisionale. Un medico acquista così il coraggio di affrontare le incertezze pervasive per le quali le competenze tecniche da sole sono inadeguate”*.

Ci dà quindi precisione, decisione, coraggio nei dubbi, sempre con Bernard Lown.

O, per dirla con le parole di un altro grande clinico, Francis Weld Peabody: *“the secret of the care of the patient is in caring for the patient”*. In una voluta espressione tautologica ci dice che il segreto per la cura di un paziente sta nel prendersi cura di quel paziente. Ma questo non avviene per buona disposizione d’animo o peggio spontaneamente; esige un metodo rigoroso.

Il metodo clinico è infatti un metodo perché ha sistematicità, coerenza e precisione. La radice del sostantivo Metodo viene dal greco μετὰ (metà: attraverso, o dopo) e ὁδός (odòs: il cammino, o la strada) e suggerisce un percorso da seguire, che è senso, forma e significato.

Anche la diagnosi è formata da διά (diá, attraverso) e γινώσκειν (ghignóskein, conoscere), ed è la procedura per conoscere attraverso un segno, un fenomeno.

L’aggettivo Clinico viene da κλινικός (klinikòs), cioè quello che si fa vicino/sopra il letto, perché κλίνη (kline) è il letto e in generale, dove un uomo si stende o

si appoggia, e si riferisce a quello che si fa con o sul paziente.

Bisogna anche precisare che – come per ogni opportunità che ci è dato di vivere – le sue implicazioni non sono necessitate dallo strumento in sé, ma dall’atteggiamento con cui si sta di fronte al malato.

L’attività clinica può trattare il malato come l’oggetto materiale di un esperimento naturale allo scopo di inferire ipotesi fisiopatologiche, come era nel pieno del riduzionismo positivista, quando la nascita degli istituti clinici era disinteressata del suo riflesso terapeutico e dunque del bene del malato. È nota la posizione di Claude Bernard per cui si impone un distacco totale dal suo oggetto di ricerca a salvaguardia della neutralità dell’osservazione, tanto da scrivere che il medico deve lasciare la propria personalità attaccata, insieme al suo cappello, all’attaccapanni fuori dal laboratorio.

Ma può porsi di fronte al segno e al sintomo che indaga con il sano realismo di chi sa di incontrare nella realtà fenomenica concreta il vissuto di un malato, come ci ricorda Giuseppe Moscati: *“Vicino all’ammalato non ci sono gerarchie. Tutti veniamo qui per apprendere: direttori, coadiutori, assistenti; siamo tutti presso il letto dell’infermo perché l’ammalato rappresenta il libro della natura. Il dolore va trattato non come un guizzo o una contrazione muscolare, ma come il grido di un’anima a cui un fratello, il medico, accorre con l’ardenza dell’amore, la carità”*.

Così vissuta, la clinica è l’intersezione (la rappacificazione) tra il linguaggio scientifico e la realtà fenomenica. È punto di amicizia fra linguaggio e forma, che solo lo sguardo può operare compiutamente. Mette in

equilibrio due mondi che pur informandosi a vicenda vivono nel rischio perenne di una indipendenza generata dall'aver due modelli di riferimento staccati e autonomi.

Consente altresì di ripristinare questo equilibrio così problematico con mondi di cui non possiamo più fare a meno, come quello tecnologico e manageriale, pena il degrado dell'efficacia degli interventi di cura e lo sperpero di risorse che per definizione sono limitate.

Realizza anche intersezioni tra il mondo artistico e scientifico della medicina, e tra la relazione medico paziente e il processo di accompagnamento di cura che sono tutte flessioni di quella prima. E non ci sono vincoli che possano impedircelo, dipende solo da noi.

La relazione di cura, e il suo corollario, che è l'accompagnamento terapeutico, non è il percorso sicuro predefinito nel quale io conduco il mio paziente, ma qualcosa di più simile a un viaggio oltre le colonne d'Ercole, perché è l'addentrarsi in un luogo inesplorato, lasciare il mare nostrum, fare i conti con il "misterio eterno dell'esser nostro", come lo chiamava Leopardi.

La relazione con il mistero che l'altro è, è una terra incognita, un luogo dove le mappe non sono segnate, e vanno scoperte assieme.

Significa anche riappropriarsi di un terreno fertile che dà frutti in termini di soddisfazione personale e restituisce senso e dignità al lavoro.

Così ce lo fa capire Takashi Paolo Nagai in un suo scritto, quando dice: *"Un vero medico soffre con ciascuno dei suoi pazienti. Se il paziente ha paura di morire, anche il medico ha paura. Quando il malato finalmente*

*guarisce e dice grazie, anche il medico risponde grazie.... Ogni paziente diventa tuo fratello, tua sorella, tua madre e tu sei tutto per lui. Guardi e riguardi con ansia quegli esami e quei raggi, mediti sulla cartella clinica, non lasci nulla di intentato. (...) un medico deve essere una persona che sente nel proprio corpo e nel proprio spirito ciò che il malato soffre nel corpo e nello spirito".*

### **MAI DA SOLI**

---

E questo introduce il secondo punto, essenziale per non vanificare anche il primo: la relazione vale anche tra di noi.

Non per spirito di corporativismo, non per una convenienza per difenderci, non per realizzare una safe zone per l'evasione, ma per stabilire un'amicizia che sia aiuto e sostegno reciproco. Da soli non ce la si fa. Si decade da ogni entusiasmo e da ogni proposito buono, si smarrisce il senso, si fiacca l'energia. Dunque prima regola: Mai da soli.

Medicina e Persona nasce per questo, affermando – come il suo logo tenta di far vedere – che l'azione ha bisogno di essere sorretta da una persona solida, consapevole del motivo e dello scopo, cioè di ciò da cui il dipanarsi del gesto professionale parte e ciò verso cui vuole andare, generando rapporti di amicizia in cui andare al fondo delle sfide che la realtà ci pone. Se no, si decade. Non bastano i principi e i valori. Diceva Leo Longanesi, che *"bisogna stare attenti ad appoggiarsi ai principi, perché si piegano"*.

Titolo di questo dipinto che vi mostro è Scienza e carità. È molto usato per delineare queste due aree della medicina ed è acclamato come una grande icona dell'umanità medica. Ma, personalmente, non mi pia-

ce. Questo quadro è stato realizzato da Picasso, quando aveva 15 anni. È un ottimo lavoro, per la sua età. Tuttavia, la scienza è da una parte, la carità dall'altra, e la povera donna malata nel mezzo, sola e senza sguardo. Nessuna relazione, nessuna cura.

Quello che vediamo nella seconda immagine (a destra nella figura ndr) è uno schizzo preparatorio che Picasso ha realizzato come studio per esaminare la composizione della tela. Guardate che differenza! Mentre il medico esercita la sua scienza tenendo il polso, lui e la donna si guardano, e nel frattempo abbraccia anche la figlia, prendendosi così cura di tutto il mondo di quella donna malata.

Una domanda che mi sorge spontanea è: perché è passato da quella che per me è un'intuizione così profonda allo stadio finale che abbiamo visto?

Non lo sappiamo. Ma sappiamo qualcosa: il padre stava educando il giovane Pablo all'arte, e questo quadro fu realizzato per partecipare a un concorso e vincere un premio. Io sostengo che il padre abbia spinto il figlio a obbedire a dei cliché, a delle regole e a delle routine, solo per essere mainstream e per adattarsi alle aspettative. Essere troppo se stessi quando si è giovani può essere controproducente per la propria carriera.

Così quello che avrebbe dovuto essere un buon modo di iniziare viene piegato a qualcosa di diverso, ma non migliore. Non è forse vero per molti di noi?

Tutti noi, abbiamo iniziato a fare medicina con un'idea, sappiamo perché vogliamo essere medici, ma col tempo molte cose si insinuano, si diffondono e fanno pressione, fino a modificare quella visione in qualcosa di diverso, e non automaticamente preferibile.

Pablo è diventato se stesso fuori dai cliché ai quali era stato introdotto, certamente per la sua personalità ribelle e anarchica, ma anche nella compagnia di Max Jacob, Apollinaire, Rousseau, Braque, Matisse, Stein, o Marinetti, Modigliani.

E noi? Abbiamo bisogno di un amico, di un compagno di viaggio. Meglio se questo è il nostro mentore, ma a volte non ne abbiamo uno degno di questo nome. Cerchiamoci almeno degli amici veri.

Quindi: mai da soli in mezzo alla strada e trovare qualcuno con cui tenere gli occhi aperti su ciò che interessa davvero. Non si tratta solo di essere sostenuti nella disattenzione, ma anche aiutati a non commettere errori di prospettiva, per cui guardi dalla parte sbagliata: errori che sono appena dietro l'angolo.

Significa anche aiutarsi a guardare quello che c'è già, che fa capire che la speranza poggia sulla certezza di persone che dicono che a dispetto – anzi all'interno – di ogni circostanza, anche la più avversa, è possibile l'esperienza di una vita piena e la costruzione di spazi liberati, cambiati.

C'è una ricchezza intanto in testimoni del passato, che rende meno astratto il richiamo, fra noi e come proposta agli altri. L'abbiamo fatto in questi anni: Lejeune, Rastelli, Moscati, Saunders, De Lellis, Pampuri, Nagai, Hernandez...

Ma sta a noi guardare al nostro collega, alle esperienze vive accanto a noi: ce ne sono, vanno guardate e fatte vedere. È un compito di responsabilità. Ma questo passaggio introduce il punto più significativo per cui la nostra compagnia è essenziale.

Ieri, durante la visita all'Isola Tiberina, chi ci ha guidati e ci ha mostrato la chiesa che nasce sul tempio antico di Esculapio, ha ricordato il giudizio di una storica dell'arte, che diceva così: *“Ma il filo della tradizione non si è spezzato, anche oggi l'Isola Tiberina séguita ad essere, anche se in altri modi, quello che fu in antico: luogo di dolore e di speranza, di studio e di attività. Una sola cosa nuova c'è rispetto alla religione di Esculapio, ed è la legge, non da tutti ugualmente sentita, ma non per questo meno valida, che impone di amare in Cristo l'umanità sofferente”*.

Ecco: questa legge non è da tutti ugualmente sentita, ma non per questo è meno valida e dunque è proponibile a tutti, non come adesione religiosa, ma come partecipazione ad una compagnia che pure la riconosce come vera e operante.

Essere assieme, porta con sé la comunione ecclesiale come senso completo del mio lavoro, che gioca tutti i giorni con la vita e con la morte e mi rende fratello quell'estraneo che curo. Sia che lo curi come medico, infermiere, oss, sia che amministri il luogo della cura.

Questo permette anche che nella nostra compagnia possano sorgere esperienze, momenti di vita sanitaria vera, intera, per usare un'espressione rubata a Marco Trivelli. Che abbiano cioè tutte le componenti che rendono a questi momenti la dignità di provocazione culturale e provocazione alla libertà delle persone, riportandoci alla radice della questione: non tanto “perché” lavoro, ma “per chi” lavoro, come ci ricorda incessantemente il nostro amico, Angelo Scola.

Questo è contemporaneamente anche il lavoro di ricostruzione della cattedrale a cui abbiamo accennato, il

compito che ci spetta. Non sono due cose separate. Può arrivare fino ad aver qualcosa da chiedere alla politica, e contribuire a incidere anche sul tessuto sociale. Più degli slogan di rivendicazioni di piazza che animano le proteste dei sanitari di questi periodi.

Un corollario: Impara perché hai deciso tu, non trovarti nella condizione che le circostanze decidano per te, perché quelle decisive potrebbero essere gravose.

Allora, per concludere, è ancora William Osler a ricordarci che *“Il buon medico cura la malattia. Il grande medico cura la persona che ha la malattia”*. Non dobbiamo essere preoccupati di essere solo buoni medici, e neppure tanto di essere medici buoni – anche di questo c'è bisogno certo – ma di essere medici grandi e, perché no, felici.

Nell'augurarci buon lavoro al rientro da queste due giornate di convivenza, lasciamo la parola a don Massimo Angelelli, che ringraziamo per esserci venuto a trovare.

don Massimo Angelelli

Direttore dell'ufficio nazionale della pastorale della salute -CEI

Prenderei spunto da un paio di suggestioni emerse durante i nostri lavori, e ringrazio il dottor Giorgio Bordin per l'invito e per essere, in qualche modo, il primo interlocutore di queste riflessioni.

La prima è sulla clinica. In questi recentissimi anni tutti siamo stati invitati a riprendere in mano la clinica, e questa è una affermazione e proposta estremamente interessante. È possibile rilevare due fatti: uno positivo e uno negativo.

Il fatto positivo è che, nella nostra recente storia pandemica, ad un certo punto c'è stata la rivincita della clinica sulla ricerca. È stato un momento estremamente interessante perché, quando si brancolava nel buio, qualche medico ha provato a fare il medico e i risultati sono stati significativi. Faccio specifico riferimento a quello che possiamo definire il "momento eparina", quello in cui di fronte ad una "polmonite" si è introdotto l'uso dell'eparina; quando qualche medico, contro il pensiero dominante e anche un po' osteggiato, mi ha detto «uso l'eparina ed estubo». Propongo questo atteggiamento come un recupero della clinica sulla ricerca e sullo studio esclusivamente di laboratorio, che hanno i loro temi, e i loro tempi. Non intendo mettere in discussione la ricerca nella sua totalità, ma invito ad

osservare come la clinica è quell'azione libera del professionista bravo (perché il professionista incapace applica invece soltanto i protocolli con disinvoltura senza farsi domande), che si fa le domande e a volte può perfino mettere in discussione un protocollo, se il contesto clinico lo prevede. Questo è il lato positivo.

Ottimisticamente, i professionisti affermano «e chi ce lo può vietare?». L'aspetto negativo è che ce lo potrebbero vietare: il minutaggio, la quantità di personale, la scarsità di risorse, la gestione della struttura che tutta rema contro questo, ed è organizzata per non accettare questo scenario, rendendo i protocolli ad applicazione sempre più automatica e cieca, quindi incapaci di riflessione critica.

Durante alcuni recenti corsi formativi, si è parlato di questa revisione dei tempi clinici; stiamo usando un grande slogan «la comunicazione è tempo di cura» (come è scritto nella legge 219 del dicembre 2017, all'art. 1 § 8). È una cosa bella, tutti ne parlano, ma se tu direzione amministrativa o sanitaria il tempo non me lo dai, io non ne ho e quindi non posso farlo.

Per questo motivo, possiamo sperare di essere in condizioni di recuperare la clinica, ma per recuperare la clinica bisogna avere per prima cosa medici bravi,

medici che abbiano una cultura medica capace di affrontare il protocollo e fare una valutazione clinica in quel contesto e in quel momento. E questa è la grande deriva, il grande limite della situazione, cioè il fatto che nessuno si faccia più domande, vuoi perché non ha tempo, vuoi perché è più facile.

Il secondo spunto di riflessione che intendo proporre è sul passaggio della domanda “*perché – per chi*”; con una ulteriore specificazione che ci possa aiutare: la scienza e la ricerca non sono e non saranno mai in grado di rispondere alla domanda «perché». «Perché?» è una domanda di senso e sfugge completamente alla ricerca tecnico-scientifica. La ricerca al massimo risponde alla domanda «come»: come si sviluppa il fenomeno, quale ne sia l'origine, quali siano le conseguenze, i possibili scenari. Ma «perché?» è una domanda filosofica e spirituale che sfugge completamente al contesto tecno-scientifico che – come insegna la quotidiana esperienza che voi fate – è basato su meccanismi di ricerca e di risposte statistiche: se qualcosa (sostanza medicinale, apparecchio medicale o protocollo terapeutico) funziona per 100, forse funzionerà anche per 1000; se funziona per 1000, ragionevolmente funzionerà anche per un milione. “Forse”. Perché nella pratica quelli bravi dicono: «forse».

Noi manchiamo della domanda di senso: è questo il nodo fondamentale che secondo me ha creato lo smarrimento più epocale della storia recente dell'umanità rispetto a quello che abbiamo vissuto negli ultimi tre anni. Nessuno si è fatto la domanda di senso, pochi anche dentro la comunità ecclesiale.

Perché Dio ha permesso sette milioni di morti in questo momento, in questo contesto? Perché tutti ab-

biamo visto stravolgere i nostri ritmi di vita in virtù di qualcosa che non vedevamo e non conoscevamo e che ha stravolto la nostra esistenza, l'esistenza dei più piccoli che porteranno segni per anni per quello che li abbiamo costretti a vivere?

La domanda di senso ancora io non l'ho sentita porre, ma è la domanda che mi martella, è la domanda che mi toglie il sonno perché, se non mi metto alla ricerca di senso, allora ho subito l'evento e al prossimo evento sarò ancora più stanco per poterlo affrontare e non avrò le risorse per gestirlo.

Questa è una delle mie più grandi preoccupazioni: non perché voglio sapere, ma perché io devo acquisire la certezza che un senso esiste.

Se, tanto più, mi pongo la domanda come credente, io non posso immaginare che Dio abbia permesso un evento devastante come quello della pandemia, l'unico evento veramente globale dell'umanità, il primo grande evento live in diretta che abbiamo vissuto per tutta l'umanità, e questo non abbia da dirci qualcosa. Ma ce lo siamo chiesti perché Dio ha permesso tutto questo?

Io non sento un dibattito intorno a questo, non abbiamo sentito una ricerca, non siamo stati in grado di affrontarla. Condivido l'analisi che state svolgendo sulla situazione, sugli scenari di lavoro e sugli altri temi complementari e connessi.

Dobbiamo poi analizzare la domanda di senso sulla risposta che abbiamo dato come umanità ad un evento come questo. Le manifestazioni di opposizione alla scienza sono un fenomeno nuovo, almeno in quelle dimensioni. Abbiamo continuato per decenni, almeno per un paio di secoli, con un forte pensiero razionalista

e scientifico per cui abbiamo convinto tutte le persone che, a fronte di ogni malattia, c'è una possibile cura per la guarigione, e se ancora non c'è la cura è solo perché la ricerca non c'è arrivata: "Dateci i soldi e noi troveremo la soluzione". Questo era lo schema pre-pandemico, grosso modo; possiamo risolvere tutto, è solo una questione di tempo, bisogna fare ricerca; se avessimo più soldi potremmo fare più ricerca e curare molte più malattie.

Questo è falso. Questa è l'illusione scienziata che ha affidato a questo metodo un ruolo di onnipotenza che realmente non è. La pandemia ha sbattuto in faccia a tutta l'umanità la crisi di sistema. Non un sistema semplicemente sotto il profilo tecnico-scientifico, ma un sistema di pensiero sull'onnipotenza umana.

Ripensando ad alcune espressioni ed affermazioni del tempo di crisi pandemica acuta, ne sentiamo risuonare alcune: «Noi possiamo curare alcune cose, altre non le capiamo» e ancora «Non abbiamo le risorse per curare tutti» e la drammatica «con risorse insufficienti, alcuni devono morire». Questo è terribile perché l'umanità non era assolutamente pronta; si è scandalizzata e i fenomeni che ne sono conseguiti sono molti e interessanti: tra questi, il rifiuto del pensiero scientifico è il più interessante di tutti.

Si è sviluppata una forma fideistica ed antiscientifica che, se da un lato potrebbe assumere aspetti ridicoli, ci preoccupa molto, perché è un pensiero irrazionale, e sull'irrazionalità sono morte le persone, per esempio quelle che hanno rifiutato il vaccino.

Quindi abbiamo scoperto una componente dell'umanità terribilmente irrazionale, che pensavamo fosse

sparita in un mondo evoluto, che invece così evoluto forse non è, e che ha rifiutato la scienza e il pensiero scientifico.

Come mai? Anch'io ho tante domande e poche risposte. Però c'è bisogno di un'analisi, ed è necessario riflettere su questo: perché ci ritroviamo in questa situazione? Forse perché abbiamo comunicato male? Senz'altro. Forse perché abbiamo confuso le idee alle persone? Senz'altro. Forse perché c'è chi ha speculato e ci ha guadagnato? Certo, dovremo assistere a dei processi che chiariscano alcune dinamiche e riconoscere le forme lecite di intervento.

Ma i fenomeni sono così ampi e così potenti che richiedono una riflessione. In questo, perfino all'interno della Chiesa che cammina in questo mondo abbiamo dovuto affrontare scenari che mai avrei immaginato nella vita.

Come ad esempio argomenti, quasi dei deliri psico-spirituali-religiosi, che hanno rasentato la patologia, e che erano deliri di gruppo. Questa – non so se ci siano psichiatri in questo Convegno – è un'analisi completamente diversa: il delirio individuale lo so gestire, quello di gruppo è molto più difficile da capire, da interpretare, da gestire. Se un monastero si blocca e diventa tutto no-vax, ci troviamo di fronte ad un reale, grosso problema. E, pur avendo trovato un'interlocuzione con tale monastero, mi sono totalmente trovato sguarnito perché non avevo gli argomenti per rispondere ad un pensiero irrazionale e antiscientifico. È veramente difficile aprire un confronto a tali condizioni: non c'è una base comune, non ci sono parametri, relazioni, dati. Quando tu presenti dei dati, gli altri ti rispondono utilizzando una frase che va molto di moda

sui mezzi di comunicazione, soprattutto social: «ma questo non te lo dicono! Adesso ti dico io quello che non dice nessuno!». Se non lo dice nessuno è possibile ritenere che sia una sciocchezza? Abbiamo invece assistito al fenomeno di alcuni che si sono convinti che quello che non dice nessuno sia davvero un'altra verità. Si arriva al nucleo del problema: come facciamo a dimostrare che non esiste una cosa che non esiste? Come facciamo, con un pensiero scientifico, a rispondere ad un pensiero antiscientifico? È un problema reale, che è uscito dalle logiche individuali e si è trasformato in uno dei possibili orizzonti dei social media. È un problema sia sotto il profilo filosofico che della conoscenza e del metodo scientifico, ossia epistemologico.

In riferimento al mondo che voi vivete e rappresentate, conosciamo le crisi, il fenomeno del burnout, la stanchezza che si è accumulata e continua ad accumularsi... sono situazioni che mi interpellano come Direttore dell'Ufficio Nazionale per la pastorale della salute, e prima ancora sono realtà che ho incontrato negli otto anni in cui sono stato cappellano al Policlinico Universitario di Tor Vergata (Ptv); questa esperienza è il motivo per cui mi trovo adesso in CEI.

Dico questo perché io prima ho conosciuto la clinica, poi ho dovuto affrontare lo studio, la teoria, che invece sarebbe il percorso normale. Io ho fatto esattamente l'inverso: io nasco dalla clinica, dalle esperienze in presa diretta, e poi ho dovuto studiare quello che vedevo perché mi è stato necessario attrezzarmi con le chiavi per comprenderlo; quindi il mio percorso è completamente diverso.

La vostra esperienza è composta per la gran parte dei casi da lunghi anni di studio di medicina, cui seguono

quelli di specializzazione; mentre per me che non ho specifici studi sanitari il percorso vede, tra le altre cose, una laurea in psicologia della comunicazione. Questo mi offre una libertà d'animo diversa dalla vostra: avendo fatto prima la clinica e poi studiato quello che vedevo, e che non capivo, ho sviluppato un pensiero un po' più libero rispetto al sistema, ciò mi permette anche di evidenziare le fatiche e le crisi, perché lo sguardo è esterno, ma non lontano.

Tutte le fatiche di cui parliamo, anche la stanchezza e il burnout, erano già presenti prima del 2019; al Ptv abbiamo sviluppato progetti di verifica del livello di carico di stress e livello di burnout nel personale curante perché già c'era una crisi di senso in corso. Abbiamo realizzato dei progetti e degli studi su questo. La pandemia ha solo sollevato il coperchio, niente di più. A fronte di un evento stressogeno come quello, ovviamente ci sono state delle reazioni gigantesche.

Ricapitolando, lascio tre spunti da riportare a casa e nelle vostre comunità, chiamate ad un percorso sanante:

- 1) il riscatto della dimensione clinica
- 2) la ripresa della reale, umanissima domanda di senso di fronte alla malattia e alla sofferenza, uscendo dall'apparente onnipotenza, o egemonia, dell'iper-tecnicismo e della pan-medicalizzazione
- 3) la presenza e l'affermazione e il riconoscimento della dimensione spirituale di ogni persona, sia essa la persona malata, i suoi familiari, l'intero mondo dei curanti.

**18 OTTOBRE 2023**

# REALISMO E SENSO DELLA CURA OGGI. UNA SFIDA SOLO ORGANIZZATIVA?

**+Angelo Card Scola**  
Arcivescovo emerito di Milano

## MODERATORI

**Dott. Marco Trivelli**

Direttore Generale ASST Brianza

**Dott. Giorgio Bordin**

Presidente di Medicina e Persona

Direttore UOC Medicina Interna

Presidio ospedaliero di Vimercate

## SALUTI INTRODUTTIVI

**Dott. Claudio Cogliati**

Presidente IRCCS San Gerardo dei Tintori

## INTERVENTO PROGRAMMATO

**Dott. Michele Riva**

Storico della medicina.

Direttore della UOC di Medicina del lavoro

IRCCS San Gerardo dei Tintori

## SALUTI E INTRODUZIONE

**Dott. Marco TRIVELLI**

Buongiorno sono Marco Trivelli, direttore generale di ASST Brianza, oggi sono qui in quanto componente brianzolo dell'associazione Medicina e Persona e in quanto brianzolo faccio gli onori di casa. Ringrazio il cardinale di essere venuto. So che è stato estremamente difficile accettare questo invito e quindi siamo lieti di poterlo accogliere. Siamo presso l'IRCCS San Gerardo di Monza. Salutiamo e ringraziamo per l'ospitalità il Presidente, dottor Claudio Cogliati, il direttore generale dottor Silvano Casazza, il direttore amministrativo, dottoressa Antonietta Ferrigno. Un grande benvenuto a voi presenti e salutiamo tutti quelli che sono in video collegamento, in particolare coloro che si sono aggregati in diverse città per partecipare insieme a questo evento: Bergamo, Bologna, Firenze, Salerno, Siena, Torino. Ringraziamo gli Ordini dei Medici di Bergamo e Firenze perché stanno ospitando nelle loro sedi la visione di questo appuntamento. Ora diamo la parola al Presidente dell'IRCCS San Gerardo, dottor Claudio Cogliati

Incontro realizzato con il patrocinio di



Fondazione IRCCS  
San Gerardo dei Tintori

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia

Sistema Socio Sanitario



Regione  
Lombardia  
ASST Brianza



OMCeOMB  
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
della Provincia di Monza e della Brianza



OPI  
ORDINE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE  
Milano - Lodi - Monza e Brianza

## **Dott. Claudio COGLIATI**

Buongiorno a tutti. Grazie innanzitutto a Sua Eminenza Cardinale Angelo Scola, perché la sua presenza è una presenza importante. Questo istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico è nato il primo gennaio 2023 ed è la prima volta che le spoglie di San Gerardo dei Tintori arrivano in questo ospedale, dopo quasi 850 anni dalla sua fondazione, che risale al 19 febbraio del 1174. Gli 850 anni ricorreranno quindi il prossimo 19 febbraio. Oggi arriverà San Gerardo e rimarrà nella nostra parrocchia per due giorni, per le preghiere e la venerazione. Grazie veramente a Sua Eminenza il Cardinale Angelo Scola perché questa doppia evenienza, questo doppio evento, è per noi molto significativo. Ascolteremo con attenzione un tema estremo interesse: la ricerca, le innovazioni, la tecnologia, l'alta specializzazione delle cure mediche e dall'altra parte l'essere umano e la "pietas" degli operatori sanitari ma anche la "caritas" della comunità che mai deve cessare anche con il progresso della scienza. Quindi sarà con grande piacere che ascolteremo la sua relazione che sarà per noi assolutamente illuminante. Grazie ancora e lascio la parola al dottor Bordin per la presentazione del convegno

## **Dott. Giorgio BORDIN**

È esperienza comune per chi lavora in sanità, quella di scontare una fatica che arriva fino a pensare di lasciare il lavoro di medico o infermiere, e per qualcuno si tratta di decisioni reali.

È una realtà che appare all'osservazione degli studi sociali come un fenomeno nuovo, innescato dalla pandemia, e di dimensioni globali, che non riguarda dun-

que la nostra realtà geografica e non è un problema di qualche situazione ospedaliera più traballante di altre. Investe il mondo occidentale.

Nella nostra associazione ci siamo dati occasioni per guardare e capire questo fenomeno, e forse anche ricercarne le motivazioni. Non è questa la sede per affrontarle. Sono però evidenti alcune considerazioni, che hanno rilevanza con l'incontro di oggi.

La prima è che la pandemia ha rotto una bolla, ha reso evidente qualcosa che pesca più anticamente e profondamente, e di cui vediamo oggi gli esiti.

La nostra professione ha una durezza e una drammaticità difficili da reggere e che i secoli del razionalismo e del positivismo hanno ignorato o cercato di anestetizzare, ma che sta riemergendo in tutta la sua forza di provocazione. Non si può stare di fronte al dolore della malattia e al mistero di un uomo, che possiamo curare ma spesso non sappiamo guarire, senza un'ipotesi positiva, senza una speranza.

Speranza per i nostri malati, certo, ma che può partire solo se chi cura è certo di un bene possibile anche nella ingiustizia più profonda, come è la malattia, il dolore e la morte.

È una condizione antica come la medicina stessa, tuttavia il crollo delle certezze positiviste e il fallimento del materialismo ha fatto vedere che è un compito arduo, da cui non si può scappare.

Impoveriti e afflosciati, privi di consistenza culturale, non sappiamo reggere questa sfida, aggravata anche dall'inserirsi di dinamiche organizzative industriali proprie dei sistemi sanitari moderni; nel ricatto econo-

mico e della performance, le organizzazioni sanitarie sottraggono energie e tempo a chi volesse riappropriarsi della cura. Sostenibilità e qualità delle prestazioni sono indispensabili, e per questo ricattatorie. La loro assolutizzazione sta provocando anche fenomeni di crisi morale nel personale soprattutto medico, travolto in contesti da valori in cui non crede, e cui deve ubbidire.

C'è oggi anche una analoga crisi nel senso del lavoro, non solo sanitario: del lavoro in quanto tale e a cui però anche la sanità appartiene. Questa crisi esprime uno smarrimento di sé per la perdita del senso del lavoro, e quindi al tempo stesso anche una grande domanda di significato.

Dunque è un momento che potrebbe essere fecondo, e che ci chiama ad una responsabilità educativa di riscoprire e ridirsi per cosa, perché o per Chi val la pena lavorare, e per noi, lavorare prendendosi cura di una persona malata.

Parallelamente ma non senza relazione con quanto abbiamo detto, la sanità come sistema, in molti paesi – ma oggi mi preme dire in Italia – è arrivata ad una specie di punto di non ritorno.

Non può proseguire così. Ne parlano i giornali quotidianamente. Non servono correttivi di basso respiro, ma una revisione profonda dell'impianto del sistema sanitario.

Per essere originali occorre ritornare all'origine, al senso della cura, non astrattamente, ma partendo da uno sguardo realista su ciò che la realtà ci chiede e contemporaneamente ci offre come risposta concreta e possibile.

È stato detto che le forze che muovono il cuore dell'uomo sono le stesse che muovono la storia, eppure abbiamo l'impressione che ciò che possiamo mettere in atto quotidianamente sia ininfluenza di fronte a sfide di questa portata.

Da molti anni mons. Angelo Scola ha accompagnato la nostra associazione aiutandoci in questo cammino di ripresa del senso della cura e del significato di una compagnia concreta sul luogo del lavoro, che è il motivo per cui Medicina e Persona è nata e perdura.

Partendo da questi pensieri e preoccupazioni gli abbiamo chiesto un aiuto ad andare al fondo di quell'origine da cui è nato tutto, anche in periodi storici più drammatici di questi.

Lo ringraziamo profondamente per averci detto di sì, e gli cediamo la parola.

## **REALISMO E SENSO DELLA CURA OGGI. UNA SFIDA SOLO ORGANIZZATIVA?**

**+ Angelo card. Scola. Arcivescovo emerito di Milano**

### **PREMESSA**

---

Un fattore che ha spinto il Direttivo di Medicina & Persona nella figura del suo Presidente a chiedermi di svolgere, in maniera sintetica, una riflessione è sicuramente legato all'esperienza di burn-out di molti medici ed operatori sanitari ben documentata da due lunghi articoli del New York Times dei quali voi siete sicuramente già a conoscenza. Perché gli operatori sanitari “scappano” dagli ospedali fino a giungere a scegliere di fare lavori profondamente lontani da quello loro proprio? Ed è la strada giusta quella intrapresa dai respon-

sabili ultimi della sanità di affrontare il problema – mi riferisco a riforme prevalentemente basate sul fattore organizzativo? Se non è così, e non può essere per lo meno solamente così, quale strada intraprendere per superare questa crisi di particolare gravità nel cambiamento d'epoca in atto?

In questa conversazione io non intendo occuparmi nemmeno in poche righe del burn-out dei medici o dei problemi organizzativi: non ne ho la competenza. Inoltre, dai molti testi che mi avete inviato voi siete, in quanto attori primari, più in grado di me di compiere un'analisi accurata e di proporre almeno qualche alternativa a questa situazione.

Mi concentrerò pertanto in questa conversazione sul concetto di "cura". L'ho già fatto altre volte con Medicina e Persona ed in altri contesti da quando, nel 1982 il prof. Carlo Felice Beretta Piccoli mi invitò a parlare di cura medica all'Ospedale Italiano di Lugano.

Se ci sarà tempo accennerò brevemente a taluni aspetti del tema della cura che sono andato sviluppando e anche pubblicando, soprattutto in piccoli opuscoli, lungo questi anni.

## **1. L'IDEA DI SALUTE**

Per parlare, ancora una volta, della cura medica intendo oggi partire dal concetto di salute visto non in sé e astrattamente – basta per questo in un certo senso ancora la definizione dell'OMS – ma in stretta relazione con il paziente, il soggetto che domanda la cura.

In un interessante articolo di Hans Urs von Balthasar pubblicato nel volume "*Homo creatus est*", il polivalente pensatore di Basilea compie quest'operazione

partendo dalla categoria di salute come fattore che pone e tiene in rapporto medico (operatore sanitario) e paziente. Egli compie una velocissima panoramica di come questo rapporto è stato vissuto nei tempi pre-greci e romani su su fino ai nostri giorni<sup>1</sup>.

Balthasar in quel testo cerca anzitutto di identificare cosa sia stata la categoria di salute dai tempi pre-greci e romani fino ai ns giorni.

In epoca pre-greca e pre-romana si parte dalla riflessione sull'armonia del cosmo e si identifica l'uomo sano come colui che sta, a sua volta, in armonia a livello personale e sociale con questa armonia generale del cosmo. In epoca greco-romana il medico assume un ruolo decisivo che lo eleva al rango del filosofo (Pitagora 580/90-495 a.C) anche se il punto di partenza delle sue ricerche è la congruenza tra gli umori del corpo e gli elementi dell'universo (Ippocrate 460-377 a.C). Il medico, in un certo senso, all'inizio viene trattato come il più eminente di tutti i sapienti. Nella fase greca è soprattutto Platone che si pone esplicitamente il problema di non ridurre la malattia ad anticipo di morte e indaga per questo se esista o no nell'uomo qualcosa che non sia sottoposto alla morte.

Il concetto di salute non resta più legato solo al corpo ma si dilata fino a ricomprendere l'anima. Entrambe le sfere dell'uomo richiedono per la salute una loro "virtù": a quella del corpo serve una giusta igiene, la ginnastica, ecc. invece a quella dell'anima si deve riconoscere l'esigenza della prudenza e della disciplina. Nella "Re-

<sup>1</sup> Potrete vedere il testo a cui mi sto ispirando in: *Homo creatus est*, Saggi teologici V, Johannes Verlag, Einsiedeln 1986, trad ital., Morcelliana Brescia 1991.

pubblica” (444d-e) la salute implica il riconoscimento della bellezza dell’anima. «Dove regna la sfrenatezza dello spirito, vengono aperti numerosi tribunali e molte farmacie... Si ha bisogno della medicina non per le ferite o le malattie ma in conseguenza dell’ozio e di una condotta dissoluta» (405c-d). Invece quelli che si dedicano con scrupolo alla loro professione «non hanno tempo di essere sempre malati e di correre da un medico all’altro» (406).

Nell’ambito della comprensione di cosa sia la salute si comincia a tener presente che essa ha a che fare con entrambe le sfere, corpo e anima. Questo, già da allora, implica che il medico debba trovare un equilibrio tra la scienza che si occupa dell’igiene ecc. e la saggezza che si occupa dello stile di vita.

La Bibbia ci aiuta a fare un terzo passo. Essa dà il giusto posto al concetto comune di salute (benessere fisico) ma prende in considerazione un altro concetto che riguarda il benessere complessivo dell’uomo stesso. Il Libro del Siracide descrive bene il primo concetto: «Sonno salubre con uno stomaco ben regolato al mattino si alza, il suo spirito è subito vivace. Travaglio di insonnia, coliche e vomiti accompagnano l’uomo ingordo» (Siracide 31,20).

Per il secondo concetto relativo all’anima il Libro dell’Esodo afferma: «Se ascolterai fedelmente la voce del Signore tuo Dio io non ti infliggerò nessuna delle infermità che ho inflitto agli egiziani, perché io, il Signore, sono il medico» (Es 15,26).

Da qui l’importanza del passo del Siracide che mette in evidenza la decisività della figura del medico: «Onora il medico come gli spetta, in considerazione dei suoi

*servizi perché anch’egli è stato creato dal Signore. Dall’Altissimo la guarigione viene come un dono che si riceve dal re (...) Figlio mio nella malattia prega il Signore perché è Lui a riportare la salute (...) ma concedi anche al medico di visitarti (...) anche lui è necessario, in molti casi il successo sta nelle sue mani (...)*» (Sir 38,1-4; 7-9; 12-13).

È importante riconoscere che, nella visione del Siracide, alla scienza viene dato tutto il suo peso ma essa viene trattata come inserita nella sapienza (religiosa) a cui gli attori in causa, medico e paziente, dovranno riferirsi. Si dovrebbe – secondo Balthasar – a questo punto aprire una lunga parentesi relativa alla modalità con cui Gesù nel Nuovo Testamento opera una stretta e reciproca connessione tra i due lati della salute nell’uomo. Quando in occasione, per esempio, della guarigione del paralitico si prende cura del corpo e dell’anima: «Alzati, prendi il tuo lettuccio e va’ a casa tua» (Mc 2,5-11). Gesù può iniziare dalla malattia del corpo ma le sue guarigioni non sono azioni mediche ma segni rivelatori della sua misericordia. Egli non si fa passare per un super-medico ma si presenta come colui che vuol portare all’uomo la salvezza che è molto più di ogni guarigione e salute fisica. Ma per aiutare l’uomo a comprendere questo dato essenziale pone anche dei segni di guarigione del corpo.

La rapida esposizione della tesi balthasariana sul concetto di salute ci ha condotto a definire i tre aspetti della salute che non vanno separati l’uno dall’altro: la salute puramente fisica; la salute come equilibrio vitale con se stessi e con il proprio ambiente ed infine, è ciò che più conta, la salute dello spirito. In questo contesto però bisogna tener conto dell’affermazione di Nietz-

sche...: «Una salute in sé non esiste e tutti i tentativi per definire una cosa siffatta sono miseramente falliti. Dipende dalla tua meta, dal tuo orizzonte (...) dai tuoi impulsi e, in particolare, dagli ideali e dai fantasmi della tua anima determinare che cosa debba significare la salute anche per il tuo corpo»<sup>2</sup>.

## 2. IL FATTORE UNIFICANTE

Giunti a questo punto è tuttavia necessario cercare all'interno delle tre dimensioni che abbiamo messo in luce un punto unificante, un fattore che le riduca ad unità. In questo senso il primo grande passo nella storia l'ha compiuto Platone che ha esplicitamente fatto riferimento oltre che alla salute del corpo anche a quella dell'anima. Egli non indicava la salute come semplice armonia psicofisica ma puntava sul corretto rapporto tra le varie facoltà «che dovrebbero essere prudenti, valorose e moderate e dunque rispondere all'ideale della filosofia ovvero a quello dell'amore per la saggezza (*sophia*)»<sup>3</sup>. Solo se l'armonia psicofisica è al cuore della saggezza l'uomo può attingere il livello più elevato di salute. È quindi necessario per la buona salute sviluppare adeguatamente il senso della vita che può emergere nella sua pienezza soltanto se resta riferito alla sfera religiosa.

Il rapporto con Dio e con le celebri questioni che si impongono, volente o nolente, ad ogni uomo come “da dove vengo?”, “dove vado?”, “da altrove qualcuno mi ama?”, “cosa mi attende dopo la morte fisica?” Sono

2 F. NIETZSCHE, *Opere complete*: vol. V/2: Idilli di Messina-La gaia scienza-*fram. post.* (1881-1882), n. 120, Milano 1965, p 122.

3 H.U. VON BALTHASAR, *Homo creatus est*, p 96.

le questioni ultime che di fatto, proprio perché ultime, diventano questioni religiose. È noto che Jung ha esPLICITATO sempre questa sfera nel suo rapporto terapeutico qualunque fosse l'atteggiamento dei suoi pazienti di fronte alla religione.

Il breve scritto proposto per trattenere le intuizioni di Balthasar ci offre l'immagine del tipo di salute di cui il medico deve tener conto per il rapporto con il suo paziente.

La salute corporea e quella vitale, che sono alla base dell'efficienza della persona, devono essere l'oggetto primario e diretto del medico ma, a ben vedere, il centro del suo interesse deve essere funzionale alla capacità di ogni paziente di adempiere la missione che gli è stata affidata all'interno della comunità umana. Questa missione non deve cedere il passo, anche se le forze diminuiscono o vengono meno del tutto. Pertanto il suo equilibrio vitale potrà essere conservato anche con grande difficoltà. Balthasar nel suo testo fa riferimento a talune esperienze di uomini famosi che nonostante fatiche, sofferenze e impedimenti fisici terribili hanno tenuto ferma la tensione a raggiungere lo scopo della missione affidatagli: «*Franz Rosenzweig che continua a tradurre la Bibbia con un busto metallico che gli sorregge artificialmente il capo; Henri Matisse che, costretto a letto, dipinge il soffitto della camera con un bastone; Ludwig van Beethoven, che compone da sordo le sue ultime opere*»<sup>4</sup>. Ma sicuramente anche molte persone umili hanno mantenuto questo atteggiamento fino all'ultimo respiro.

Theilard de Chardin ha messo in luce nel “*Milieu*

4 Ibid, p 98.

*divin*” che il compito del medico non è solo quello di contenere e possibilmente far arretrare la malattia e la morte, ma anche quello di mettere in rilievo il senso positivo delle inevitabili “passività”. Individua nell’esperienza della purificazione e dell’espiazione ciò che può diventare il loro valore, il valore della sofferenza per sé e anche oltre che in espiazione vicaria, per tutta l’umanità.

La Bibbia ci mette di fronte al messo di satana inviato per schiaffeggiare Paolo (cfr 2Cor 12,76-91) e ancor prima la figura del Servo di Dio descritta da Isaia, familiare al dolore, che si fa carico del dolore altrui. «Grazie alle sue ferite noi siamo stati guariti» (Is 53,3-4). E il profeta giunge a usare l’espressione: «Egli non compì alcuna ingiustizia ma al Signore è piaciuto di colpirlo con l’infermità» (Is 53,9-10). L’aspetto enigmatico di questa figura è chiarito nella passione di Gesù Cristo perché ha reso comprensibile il senso della croce ai primi cristiani e a tutti coloro che li hanno imitati. Gesù inchiodato sull’orribile croce non è un malato nel senso della medicina ma compie la sua missione fino in fondo e diventa il medico, cioè colui che salva. Questo però non deve condurci a intendere la malattia come un valore in se stesso. Quando però inevitabilmente la medicina diventa impotente sarebbe grave se colui che la rappresenta non sapesse aggiungere una parola di saggezza che documenti come, nell’imitazione del Crocifisso, queste forze del male possano diventare positive e attive. Non dimentichiamo che Gesù finisce l’esistenza terrena con il grande grido che molti uomini hanno ripreso e che può essere riservato anche a noi.

Concludendo questo suo breve e pregnante testo Balthasar introduce una osservazione finale che, so-

prattutto a prima vista, può lasciarci sorpresi.

### **3. DOMANDA DI SALUTE FINO ALLA SALVEZZA?**

*«Per il medico qui si tratta di superare un ultimo scoglio, e precisamente quello di voler trasformare il rapporto, quello religioso dell’uomo con Dio, il suo rapporto di preghiera, in un mezzo per il fine della guarigione (...) È comprensibilissimo che il terapeuta consideri suo fine ultimo la guarigione del paziente. Tuttavia il suo fine ultimo non è affatto il fine ultimo e il rapporto del paziente con Dio può essere puro solo se Dio non viene degradato a mezzo del paziente e della sua salute, ma se è quell’Assoluto a cui ci si rimette senza condizioni, che per me scelga poi la salute o la malattia, e il medico dovrebbe essere in grado di accettare con profondo rispetto il fatto che l’uomo affidi pienamente se stesso a Dio come la massima salute che si possa ottenere o piuttosto come al suo perfetto essere guarito e salvo»<sup>5</sup>.*

In questa prospettiva la malattia non solo esige la purificazione totale del rapporto con Dio per farne emergere in qualche modo il suo vero volto, ma diventa il punto di passaggio alla perfetta guarigione e salvezza.

Dallo scritto di sant’ Alfonso Maria de’ Liguori (Apparecchio della buona morte), nella sua radicalità, fino ai nostri giorni, il contenuto della preghiera per il malato è chiamato ad attingere questa profondità.

La massima salute che bisogna cercare di ottenere è questo atteggiamento che ci offre il definitivo accesso all’essere guariti e salvati.

### **4. REALISMO**

<sup>5</sup> Ibid, p 100.

Nel binomio che dà il nome alla vostra Associazione, Medicina e Persona, c'è il centro della questione: la scelta di assumere, senza deliri di onnipotenza ma in modo scientificamente rigoroso e liberamente coinvolto, la domanda di ogni paziente. Essa è efficacemente espressa dalle parole rivolte dal lebbroso a Gesù – «*Se vuoi puoi guarirmi*» – nel famoso episodio narrato dal Vangelo di Marco (Mc 1,40).

Da quasi cinquant'anni, nei miei interventi, frutto anche di esperienza diretta di malattia grave e cronica, ho potuto offrire le mie riflessioni sulla malattia, la sofferenza e la morte, trattandoli come fattori fondamentali dell'umana esistenza e non come meri accadimenti biologici. Scrive Hans Jonas: «*La medicina è una scienza; la professione medica è l'esercizio di un'arte fondata su di essa*»<sup>6</sup>. Personalmente direi che la medicina si serve di molte scienze ma essa è in ultima analisi un'arte. Per meglio spiegare questa affermazione mi limito a definire in poche righe tre nozioni di grande importanza proprie dell'atto medico. Intendo riferirmi alle nozioni di cura, di atto clinico e di arte terapeutica.

La cura esige che pazienti, operatori sanitari e familiari siano soggetti in azione personale e comunitaria e vengano sempre considerati come tali nelle varie fasi della malattia, mai messi tra parentesi o addirittura esclusi.

Con atto clinico (to cure) si deve identificare ogni azione del medico a base tecnico sperimentale.

L'arte terapeutica è l'insieme di tutte le relazioni che si stabiliscono tra i soggetti in campo (malato, medico

e familiari) a partire dalla domanda di salute-salvezza.

La cura è la ragion d'essere del rapporto tra medico e paziente. In essa l'atto clinico diventa veicolo (segno, sacramento) dell'arte terapeutica. La cura prende così il suo vero volto. Essa, nella sua interezza, è l'arte terapeutica del medico che passa attraverso ogni atto clinico. Mi pare che qui si possa stabilire una sia pur pallida analogia con l'Eucaristia dove, sotto le specie del pane e del vino, si rende presente Cristo stesso. È la logica sacramentale a salvare l'integralità dell'esperienza umana.

Se la cura è la strada per la guarigione, non dobbiamo dimenticare che quest'ultima, senza soluzione di continuità, va dal successo medico – sempre comunque temporaneo – fino alla consegna, attraverso la morte, nelle braccia del Padre, luogo della definitiva guarigione, in senso pieno, di ogni uomo.

Quando si impone il quadro degenerativo che condurrà alla morte, può essere giusto che la dimensione clinica, nella sua natura di segno, si faccia più sobria per lasciare maggior spazio all'arte terapeutica.

L'Ospedale di oggi deve il suo nome all'Hospitale dell'Alto Medioevo, chiamato significativamente *Hôtel-Dieu*, luogo di accoglienza integrale di pellegrini, ammalati e bisognosi. Il cosiddetto mondo della fragilità.

La speranza cristiana è la speranza di quel popolo sui generis che è la Chiesa. Un soggetto è compiutamente tale, infatti, quando è personale e comunitario. Anche (a fortiori, direi) negli ospedali, negli ambienti, nelle case dei malati cronici e terminali (significativo che si chiamino Hospice!), la Chiesa domanda un io che viva

<sup>6</sup> H. JONAS, *Tecnica, medicina ed etica*, Einaudi, Torino 1997, p 109.

questa coscienza e, perciò, sappia comunicare il noi ecclesiale. E lo comunichi in maniera visibile, sensibilmente documentata.

Questo è il senso della presenza cristiana negli ambienti della cura sanitaria, dell'impegno secolare di ordini, congregazioni, confraternite religiose. Questa è la prospettiva che dobbiamo indicare al generoso fenomeno del volontariato ospedaliero se non vogliamo che, nel cammino faticoso della propria azione, smarrisca la propria motivazione e inesorabilmente si esaurisca.

Una presenza incarnata capace di investire creativamente tutti gli aspetti della realtà in cui opera, arrivando perfino a modificare l'organizzazione del lavoro e a riformularne i ruoli che tenderebbero invece sempre più a ridursi a pura tecnica. Basti citare un unico emblematico esempio: quello dei malati terminali. Quando si esclude la dimensione terapeutica dalla cura, il momento più delicato e decisivo dell'accompagnamento alla morte rischia di essere abbandonato in una sorta di terra di nessuno. Viene meno così il peso della libertà di tutte le persone in gioco in questa estrema fase. Il rischio allora si traduce invece nella pretesa di ridurre anche ogni atto terapeutico a tecniche da imparare. Questo brucia la libertà di tutti i soggetti in campo che, invece, viene sempre prima. Ogni scienza, ogni tecnica, rispetto alla libertà, può essere solo derivata.

## **DISCUSSIONE**

### **Dott. Giorgio BORDIN**

Nel ringraziare per gli spunti di lavoro profondi che il Cardinale ci ha affidato, e che saranno oggetto di ripresa sistematica nella nostra associazione insieme a

chiunque ci vorrà far compagnia, vorrei sottolineare due cose: la prima è che l'organizzazione dei sistemi sanitari discende dall'idea di salute, quindi è fondamentale che l'idea di salute che oggi abbiamo, ma molto spesso subiamo. È necessario rimetterla a tema!

La seconda è che penso che molte delle cose che sono state dette abbiano delle implicazioni significative anche concrete sul nostro lavoro sanitario e che richiedono però un lavoro perché sono punti che devono essere declinati e devono essere capiti sia nella nostra prospettiva individuale, che nella prospettiva organizzativa perché le conseguenze di queste implicazioni possono essere fondamentali.

Ora cedo la parola a Marco, che forse ha un paio di domande da fare. Spero di non bruciargliene una: è stato detto di questa dimensione, di questa presenza incarnata nel luogo del lavoro che arriva fino a riorganizzare. Medicina e Persona nasce con l'idea che da solo uno non ce la fa, non regge, non riesce a reggere il senso e il significato di quello che fa nella nostra professione, e dunque ci si mette assieme per sostenersi in questo. Qual è allora il valore di questo essere assieme sul luogo di lavoro anche proprio per riscoprire le cose che ci abbiamo ascoltato oggi?

### **Dott. Marco TRIVELLI**

Grazie per quello che lei ci ha detto: è sorprendente e anche abbastanza duro. Alcune sue affermazioni lo sono state, come per esempio "la morte fa parte della guarigione" oppure che "il medico deve arrivare a cogliere, a provocare la missione che una persona ha nel mondo". Faccio presente che tra i partecipanti, così come tra le persone collegate, credo che meno della

metà siano di Medicina e Persona.

Rispetto a quello che lei ha detto, ho due osservazioni sulle quali vorrei una sua valutazione. Noi, in modo diffuso nei nostri ambienti di lavoro, stiamo concependo la salute e la sanità in un modo che ha una sua forza e le sue ragioni: come servizio. Essendo un servizio vogliamo migliorarne la qualità nel tempo, vogliamo migliorarne l'accesso. Ma stiamo facendo molta fatica: il parametro di giudizio del perché si fa fatica o non si fa fatica è proprio quello del servizio: ci sono o non ci sono le condizioni per erogarlo? è fruibile o non è fruibile? Come in ogni servizio, come per esempio quello bancario, ci sono un erogatore e un fruitore: l'erogatore è investito del dovere di dare migliore servizio possibile, l'utente del diritto di avere il migliore servizio possibile, nelle modalità più dignitose possibili. Ma se esistono un erogatore e un fruitore, non c'è uno scambio personale, non c'è una vera relazione, quella che lei ha descritto. Manca un elemento, che io dico in termini molto più poveri rispetto a come lei hai descritto: il bisogno che c'è dietro la domanda di prestazione, il bisogno di salute, è una vita: essere malati è un fatto di vita che prende me, prende i miei familiari, prende congiunti, prende una comunità. Il curare, in modo reciproco, è un fatto di vita. Allora mi sembra che lei (poi riprendendole capiremo di più la densità delle parole che ha usato) indichi che per poter riprendere, reiniziare una sanità vera occorre una persona viva. Quando c'è una dimensione di servizio è facile stancarsi nell'erogare, cioè se non ci sono le condizioni per erogare bene un servizio io rinuncio al mestiere, buona parte del burnout lamentato oggi è il fatto che è difficile esercitare il mestiere come si vorrebbe, secondo la qualità che si

potrebbe e si dovrebbe avere. Questo approccio ha la sua fondatezza, uno può attestarsi sul livello di servizio, ma la molla della sanità è una questione diversa e cioè che la persona è irriducibile: nel primo mese del Covid non c'erano le condizioni per poter curare, perché non si conosceva; abbiamo dovuto completamente trasformare gli ospedali, perché non erano adeguati per curare il Covid, non c'erano terapie, insomma non c'erano i mezzi per curare: eppure ci siamo stati. Perché? perché era irriducibile il bisogno delle persone che c'erano ed era irriducibile il fatto che io fossi mosso a curare. Occorrono persone vive per rifare sanità, persone libere di riconoscere questa irriducibilità delle persone, malate o curanti. Io cerco di provocare la libertà delle persone con cui lavoro, di provocare la persona nel perché fa quello che sta facendo. Le chiedo una sua valutazione su questa prima osservazione.

La seconda osservazione è che c'è un disagio, lei ha detto "Non voglio parlare di burnout", però c'è un disagio tra le persone che lavorano in sanità forte, specialmente sotto i 50 anni. Chi è più avanti negli anni, chi ormai è maturo può avere una delusione perché magari si aspettava altro, ma sotto i 50 anni c'è proprio una difficoltà: le condizioni organizzative, per esempio, sembrano rendere impossibile la vita personale, mentre oggi c'è un'ambizione a una vita personale forte, forse dopo il covid ancora di più; la professione sembra minacciare la vita personale e il tempo libero, gli interessi, il riposo, ma sembra nello stesso tempo che se non ci si dedica al 100% al lavoro non si sia in grado di imparare, di poter far carriera. Nella discussione tra di noi all'interno della associazione siamo arrivati a due giudizi su questo tema: il primo è che l'equilibrio tra vita

personale e vita professionale non è gestibile con una formula, cioè non possiamo dire 60% di tempo lavoro, 40% vita personale o viceversa, non c'è un algoritmo che dia un risultato garantito. Bisogna giudicarlo ogni volta, bisogna giudicare quel che è bene: se è vita, è vita! tenere la famiglia e lavorare è vita. Una questione da decidere di volta in volta, possibilmente insieme alla moglie, al compagno, al marito, all'associazione, agli amici più stretti di lavoro, insieme a chi vuoi, ma non c'è una regola che garantisce equilibrio, è necessario valutare sempre.

Il secondo punto cui siamo giunti è che occorre essere gratuiti perché la gratuità è l'origine della cura. Oggi la gratuità è una parola che può generare qualche anticorpo: alcune persone dicono basta con la gratuità nel senso che è talmente faticoso lavorare, che voglio essere pagato per quello che faccio. Il minuto in più o l'ora in più che serve solitamente per poter far bene, per chiudere bene una giornata non la vogliamo. Sembra soprattutto che la gratuità implichi una accettazione paziente della situazione, dello status quo, senza ambizione di cambiamento: se tu sei gratuito accetti pazientemente una turnistica difficile, una condizione di lavoro difficile. A me pare invece che la gratuità non sia inerzia, che sia certamente paziente: ma nello stesso tempo quando tu riconosci che c'è un'irriducibilità, un valore grande nella persona che hai davanti e che tu stesso sei un valore infinito, allora vuoi un ambiente bello, vuoi costruire, ti accorgi dei limiti di quello che c'è e vuoi tentativamente cambiare. Anzi, dalla gratuità vera nasce il vero cambiamento, intelligente, non pretenzioso, non di breve durata ma quello profondo, quello che dura nel tempo.

Ecco, grazie, e se le è possibile le chiedo una valutazione su queste due osservazioni

**+ Angelo card. Scola**

Avevo detto all'inizio che non volevo entrare nelle vostre questioni dirette perché la mia esperienza di malattia, di ospedali eccetera, mi hanno almeno fatto capire – oltre alla dedizione che generalmente ho trovato in questi luoghi – la complessità della situazione che quindi non si può tanto avvertire dall'esterno perché la caratteristica del malato è quella del paralitico che sgomita in tutti i modi per arrivare vicino a Gesù impedito dagli Apostoli e dagli altri, ma alla fine ci arriva e dice: “se vuoi puoi guarirmi”. Questa è comunque, in maniera un po' subdola, perché in parte molto nascosta, è la domanda del paziente di fronte al medico, come se il guarirmi da paziente dipendesse da te e quasi quasi colpevolizzando. Quindi è proprio vero che niente come la malattia e la medicina fa venir fuori qual è l'esigenza vera e profonda del malato dell'uomo. È l'esigenza di cogliere il punto centrale e il senso di questo fenomeno, che è quello che presto o tardi mi porterà all'ultimo passo. Per questo ho tenuto sempre molto a distinguere le due fasi, trasferendo il tema platonico della cura del corpo, della cura dell'anima al discorso sulla medicina empirica: come unisco l'uso delle scienze, di tutte le competenze, di tutte le tecniche, con l'arte terapeutica, cioè come agisco per cercare di togliere peso all'illusione che tutto possa essere risolto sempre con l'atto clinico?

Mi spiego: uno arrivasse in ospedale dopo 1000 avventure, si deve trovare di fronte una persona intera che conduce il paziente a cogliere il senso ultimo e profondo della guarigione e quindi della malattia.

Questo mi sembra, diciamo, l'aspetto più decisivo, quello che tu chiamavi del bisogno di persone vive; persona viva deve essere il paziente e persona vera deve essere il medico. In questo senso il vostro lavoro non è tecnicamente parlando una professione, perché la parola professione si addice all'uso di certe competenze acquisite; mi si ferma la macchina non va più, non capisco niente, chiamo il garagista, lui si è fatto una competenza e svolge per me in tema di servizio il fatto di aggiustare la macchina. Questo non vale assolutamente per il medico. Il medico deve arrivare fino alla radice finale che è la questione del senso della vita.

D'altra parte oggi la nostra società soprattutto in Occidente ha perso il gusto della ricerca del senso della vita: non lo fa per sé, perché lo dovrebbe fare per un altro? E allora riduce tutto a servizio competente. Questo è secondo me il problema.

Allora si comprende il senso di una realtà [associativa – ndr] come la vostra che è giustamente necessario proporre il più largamente possibile; invece [la cura] non deve mai prescindere da quello che io chiamo l'arte terapeutica cioè dall'insieme di tutti i rapporti che sanno aiutare il paziente perché si interrogano su loro stessi, sanno aiutare il paziente ad arrivare al "Per Chi" io vivo, e dentro questo contesto, la morte, può cominciare a lasciare intravedere il suo valore di guarigione cioè di compimento.

### **Marco Trivelli**

C'è una difficoltà rispetto al quadro che lei ha disegnato: per come è fatta la medicina oggi, oggi non c'è più nessuno che abbia un rapporto singolo con un paziente, forse solo il medico di medicina generale ha

questa possibilità; oggi, per come è specializzata la medicina, ci sono più di 100 professioni sanitarie, cioè 100 mestieri non intercambiabili: per curare occorre ci si associ. Quindi rispetto alla sfida del mestiere di medico, è come se ci fosse una difficoltà di un ordine esponenziale ancora superiore. Il rapporto che lei descrive con i pazienti, si pone anche nel rapporto tra noi.

### **+ Angelo card. Scola**

Sì certo, questo è un bel modo di curare terapeuticamente, cioè che almeno fra di voi operatori sanitari ci sia lo strumento per cogliere il punto unificante dell'itinerario malattia-guarigione-salvezza. Cioè il problema è capire che la salvezza fa parte della guarigione anche se la salvezza avverrà dopo la morte. Fa parte della guarigione: è per quello che la morte può essere paragonata a una guarigione, è per quello che Gesù si è incarnato, ha subito la passione che ha subito, provocando dolore in sé, nella sua mamma, negli Apostoli eccetera, anche scompaginando la loro vita, ed è morto volontariamente sulla croce. E qui però il discorso diventerebbe lungo per liberarci dal peccato, dalla insidia terribile che è il peccato, dall'obbrobrio terribile che è il peccato.

Quindi questa idea che questa solidarietà che posso capire che per l'organizzazione dell'ospedale come tale è difficile, ci sia almeno per il territorio. Adesso ci stiamo accorgendo che il bisogno delle persone è anche fuori dal momento dell'ospedale, anzi soprattutto fuori dall'ospedale. In questo devo dire che la pastorale sanitaria della nostra diocesi l'ha capito per tempo. Infatti se tu giri le nostre parrocchie e cogli i giudizi che la gente dà del prete puoi star certo che può essere sconcertata per errori legati all'affettività, può essere sconcertata per l'attaccamento ai soldi (anche quando non sono

per sé, ma sono per la parrocchia) tuttavia il punto su cui ti massacrano è se non vai a trovare in ospedale il paziente. Per esempio, per uno come me che ho sempre fatto fatica a mettere il piede in ospedale, salvo quando mi ci hanno portato, era la cosa più difficile di questo mondo, in ogni caso non riuscivo mai ad andarci da solo, quindi pretendevo che il Cappellano si liberasse per accompagnarmi e questo mi alleviava un po'.

La gente sente questo perché ti dice: “ma quel prete lì, ... ho avuto il marito in ospedale un mese non è mai andato una volta a trovarlo...” Capisce che quando c'è di mezzo la salute tu non puoi evitare quegli elementi di arte terapeutica. Nell'attimo del morire questa è una cosa che dà un enorme sollievo a chi resta e quindi contribuisce alla guarigione del paziente. Bisogna anche lavorare per semplificare queste questioni, per venire incontro, non riducendo e inquadrando in modo puramente burocratico e organizzativo anche l'arte terapeutica; quel tipo di rapporto è libero, perché la Libertà viene prima di tutto; puoi andare come prete o come amico o come parrochiano dal paziente, che te lo trovi un po' rivoltoso e imbestialito, che te ne dice di tutti i colori, ma è la sua libertà che si muove e poi ci penserà. Il primato della tecnica ha portato in termini così esasperanti il peso della malattia che la malattia cessa quasi di essere un'esperienza vitale: diventa l'esperienza di uno che pende dalle labbra del medico e cerca sempre di indirizzare la sua domanda in modo che la risposta che viene sia sostanzialmente positiva, gratificante; invece il contrario può riaprire un po' la speranza, perché la libertà dell'altro – in quel momento in cui tu medico percepisci che è alla fine – si placa di più di fronte alla verità amorosa.

Ecco perché questi Santi degli ospedali sono un punto di riferimento. E non parliamo di quelli che avevano poteri taumatologici come Gesù.

Insomma io direi così; l'elemento della gratuità da questo punto di vista è insuperabile, e poi esso stesso è legato alla libertà; uno è fatto come è fatto, può aver avuto un'esperienza iniziale traumatica della sua vita e l'idea stessa di andare in ospedale se non ci viene portato per necessità non gli piace, tende a non farlo.

Se la nostra società occidentale dimentica questo valore di approfondimento dell'io e questo valore della destinazione salvifica della morte, a mio parere cederà e sarà terribile perché potrà cedere anche di schianto.

Vediamo le guerre in atto. Vediamo la situazione dell'Ucraina e della Russia, di Israele e di Hamas eccetera, dove non si riesce nonostante le incitazioni del Papa e di molti altri a dire almeno: smettiamo di sparare, proviamo a capirci. Quindi questo è un ultimo punto, almeno per quanto mi riguarda, anche suggerito da queste ultime parole: può cedere di schianto la situazione, certe volte ho l'impressione che anche qualche nostro contesto sanitario possa cedere di schianto, mentre la richiesta è di una copertura assoluta del bisogno di salute di ogni struttura, di ogni servizio. Ci viene chiesto da tutti, che sia tutto mantenuto in modo che tutti i servizi garantiscano una copertura totale dei bisogni, mentre il contesto – cioè il momento attuale – non è così, non lo consente. Dunque occorre che, anche laddove si capisca quanto vale il fatto di curare, soprattutto per chi ha passione per la cura vera, questo non prescinda da un'intelligenza della situazione. Mi pongo la domanda della dirigenza, della comprensione dell'uso di quello che abbiamo e del fatto che quello

che abbiamo è una tradizione grande. Il nostro sistema sanitario è una grande tradizione, ma una tradizione totalmente da rinnovare. Oggi invece quando non si è realisti – per usare la parola del titolo di oggi – è molto più facile fare danni, cioè perdere anche quello che si ha per cui non si valorizza perché si punta ad altro. Si punta un orizzonte lontano, a un ideale molto grande e non si tratta quel poco che si ha, mentre quello che si può fare è partendo da quello che si ha. Solamente quello che si ha, può essere moltiplicato; quello che non si ha, non può essere moltiplicato. Questa è la capacità di essere realisti.

Oggi mi sembra che manchi come si può aiutare, cioè: cos'è che fa nascere una persona, la rende attenta alle condizioni reali e perché ha bisogno vero di fare qualche cosa, utilizza quello che ha, non va a cercare fuori?

Certe volte c'è un pensiero astratto, ho l'impressione che quando bisogna rispondere a un bisogno si va a cercare fuori dal possibile. Per chi cerca nell'impossibile è vana la sua azione. Come si fa invece a essere realisti?

Diciamo che ho cercato di sviluppare la risposta a questa domanda mettendo il discorso della cura insieme alla domanda del senso della malattia nel tentativo di rendere presente la cura in senso stretto con l'arte terapeutica, che deve sempre accompagnare la cura come atto squisitamente clinico. Questo non significa necessariamente prendersi delle ore in più del dovuto tutte le settimane, ma si capisce perché quando tu vai da un medico che non ti auscolta neanche, ti dice due parole, puoi anche concedergli fino a un certo punto che la sua esperienza gli permetta questo, ma certa-

mente per il paziente questo non è gradito, è come se uno ti avesse visitato male. Invece l'insieme di atto clinico svolto molto seriamente, di cura terapeutica e di sapienza che introduce il tema della contingenza della vita, è indispensabile. La nostra vita è una sola, incomincia qui e finisce nell'eternità e non sono due mondi, non sono due vite staccate. Allora il medico deve introdurre anche quell'aspetto, non può nascondersi dietro un dito quando arriva quel momento lì. Certo deve farlo con la delicatezza, con l'affezione, e questa la si impara molto tra colleghi. Io ho conosciuto anche un po' di medici, per la mia vicenda, e vedi subito la differenza tra chi riduce la medicina a pura tecnica, e chi pur sapendo molto bene usare la tecnica ti vuol comunicare qualcosa di diverso. Ti vuol comunicare cioè che le domande costitutive della vita di uomo vengono a galla soprattutto nella malattia.

Io credo che questo sia il punto in cui potete aiutarvi come medici. Ecco perché sono molto lieto di vedervi molto numerosi, vuol dire che sentite il bisogno di questo: aiutarvi come medici a questo è fondamentale non soltanto con i manuali tecnici.

### **Giorgio BORDIN**

Mi ha fatto venire in mente Ludovico Balducci: è un medico romagnolo, ma vive da molti anni in America, è attualmente in pensione e ha esercitato come oncologo geriatra. Parlando di questi aspetti lui mi diceva che in inglese ci sono due termini per essere curato: *to be cured* e *to be healed*: nell'accezione inglese uno può essere *healed* anche se non è *cured*, perché può essere guarito, anche se non è biologicamente curato. Noi li vediamo, i pazienti che sono biologicamente guariti e sono ancora malati. Addirittura c'è un termine tecnico

per questo che sono i *survivors*: persone sopravvissute a grandi traumi stradali o a grandi eventi oncologici, che sono oggettivamente guariti biologicamente eppure la malattia persiste in loro, a dimostrare come il mistero dell'uomo non è riducibile alla biologia.

Sono stati lanciati anche temi che sicuramente riprenderemo sistematicamente: uno è quello dei rapporti tra arte, scienza, tecnica e tecnologia: oggi la tecnologia intesa come intelligenza artificiale e telemedicina sta ridisegnando rispettivamente il metodo clinico e la relazione col paziente; la tecnologia è sempre stata invasiva, ma oggi è anche eticamente significativa. Tant'è vero che sono già partiti tutti i comitati etici, si stanno coniando neologismi, l'ultimo che ho sentito è l'algoretica; sono neologismi che esprimono la difficoltà di descrivere fenomeni nuovi e non riconducibili al già noto. Ma non saranno le normative e un discorso astratto sull'eticità che ci salveranno.

L'altro tema che è stato accennato è quello della complessità, l'ha accennato Marco, e sa anche quanto interessa a me, perché questa complessità è da una parte un'opportunità e dall'altra il luogo in cui la gente si sente persa perché non riconosce più la contingenza del rapporto medico paziente come un tu per tu, che invece è dilatato, ma nel suo dilatarsi diventa di più, cioè diventa sempre più importante l'origine della persona, come sta di fronte a quella cosa lì e quindi è un problema veramente di ridefinire quello che hai chiamato arte terapeutica.

Nel chiudere questo incontro di cui appunto saranno disponibili le registrazioni, oltre al testo del Cardinale e anche questa seconda parte altrettanto preziosa, lascio la parola a Michele Riva che ci parla di San Gerardo.

È una assoluta impreveduta casualità che questo incontro che era stato pianificato in questa data sia venuto a cadere nel giorno in cui c'è il transito delle spoglie di San Gerardo. Però come sempre le cose non avvengono per caso e il legame con la figura di San Gerardo nella memoria che oggi viene fatta, mi sembra molto significativo. Ma lasciamo che il legame emerga dalle parole di Michele.

## RITRATTO DI SAN GERARDO

**Dott. Michele Riva**

Buongiorno a tutti. Il Presidente e il Direttore del nostro IRCCS mi hanno chiesto di introdurre il momento in cui accoglieremo il pellegrinaggio del corpo di San Gerardo che dopo oltre 800 anni ritorna nell'ospedale che lui stesso ha fondato e che oggi porta il suo nome.

Le questioni che voglio affrontare brevemente con voi in questa breve introduzione sono "Chi era Gerardo dei Tintori? E perché è stato così importante nella storia della Brianza e – permettetemi di dirlo – nella storia della medicina?"

Le rare fonti di cui disponiamo su di lui sono principalmente – se non esclusivamente – di carattere agiografico. Ovvero si preoccupano più di descrivere il significato simbolico della sua esistenza che di fornire dati storici sicuri e precisi sulla sua vita. Di Gerardo sappiamo che appartiene ad una famiglia benestante di Monza, è figlio di un tintore che fece la propria fortuna grazie alla tintura dei pannilana, attività molto diffusa e redditizia all'epoca. Appartiene a quella che noi chiameremmo oggi classe media, ad una borghesia imprenditoriale che non sa stare con le mani in mano.

Nato intorno al 1135, la sua giovinezza è segnata dagli scontri fra l'imperatore Federico Barbarossa e i comuni lombardi riuniti nella celebre Lega. Nel 1158 tocca con mano la sofferenza dei propri concittadini quando parte del borgo di Monza è colpito da un incendio causato dall'assedio della città da parte dei pavesi. All'età di trent'anni Gerardo assiste personalmente alla distruzione della città di Milano, avendo esperienza della sofferenza e del dolore delle famiglie, delle donne rimaste vedove, degli anziani e dei bambini orfani abbandonati a se stessi. Alla scomparsa del padre, decide di investire la propria eredità nella trasformazione della sua abitazione di famiglia – posta sulla riva sinistra del Lambro – in un ospedale. Un ospedale dedicato ai poveri della città.

È il 19 febbraio 1174, quando, alla presenza di un notaio, Gerardo stipula una convenzione con il Duomo e il Comune di Monza. Con questa convenzione di fatto viene ufficialmente istituito l'ospedale.

La vita di Gerardo è scandita dai gesti di carità. Così scrivono gli storici: *“Aveva tanta compassione, carità ed umiltà che si recava ovunque in Monza sapesse si trovassero dei poveri infermi e da solo sulle sue braccia e talora con l'aiuto di un compagno li trasportava al suo ospedale e li poneva su letti lindi. Detergeva di sua mano i lebbrosi, accoglieva tutti i malati che ospitava col bacio della pace”*.

Sono numerosi – almeno 20 – i miracoli che gli vengono attribuiti in vita e dopo la morte, per sua intercessione. Il più famoso e celebre è forse quello in cui attraversa le acque tumultuose del fiume Lambro sopra un mantello per raggiungere i malati del suo ospedale, minacciato dalla piena del fiume. Il più caro alla me-

moria dei monzesi è, invece, il miracolo delle ciliegie, frutto associato nella tradizione popolare alla memoria del santo. La venerazione di Gerardo iniziò ben presto dopo la sua morte, avvenuta nel 1207. È chiamato “beato” già in un documento del 1230, e “santo” in uno del 1247. San Carlo Borromeo, dopo aver fatto compiere un'inchiesta, ne confermò ufficialmente il culto nel 1583.

Ma oggi vogliamo andare – seppur brevemente – oltre l'agiografia e cercare comprendere l'originalità di questa figura di santo laico.

Gerardo appartiene ad un modello “sociologico” di impegno cristiano, che però realizza a modo suo. Egli si inserisce pienamente nella sua epoca, ma in una maniera del tutto originale.

Il XII secolo, soprattutto nel suo ultimo quarto, è caratterizzato da una fioritura considerevole di fondazioni ospedaliere. Certamente vi erano già da molti secoli ospizi annessi a monasteri o chiese, sorti per iniziativa del clero o della comunità in generale. Tra i numerosi ospedali che sorgono in quegli anni – ricordiamo l'ospedale di Santo Spirito in Saxia voluto da Guido da Montpellier – un contemporaneo di Gerardo come lo era anche San Francesco d'Assisi. Guido però fonda l'ospedale con l'appoggio morale ed economico di papa Innocenzo III.

La stessa città di Monza vede almeno quattro ospedali funzionanti alla fine del Duecento. L'ospedale di San Biagio, annesso l'omonima parrocchia. L'ospedale di San Donato, alla periferia della città. L'ospedale di San Maurizio, sito presso il ponte de Arena sulla sponda sinistra del Lambro e posto sotto la protezione

della basilica di San Giovanni. E, infine, l'ospedale di Sant'Ambrogio, nome con cui era generalmente chiamato l'ospedale dei poveri fondato da Gerardo, perché annesso a quella che era la vicina chiesa dedicata al vescovo milanese, chiesa che oggi prende il nome di San Gerardo al Corpo.

L'ospedale di Gerardo però si distingue dagli altri. L'ospedale nasce, prima di tutto, in maniera indipendente dall'autorità ecclesiale o da altri ordini religiosi. Gerardo agisce a titolo privato, a titolo di privato cittadino. Gli ospedali nella maggior parte dei casi erano fino a quel momento collocati nei chiostri, nelle campagne, fuori dalla città. Così accade per gli ospedali di San Biagio e di San Donato a Monza. Gerardo costruisce un ospedale non nel chiostro di una chiesa, ma in una abitazione privata o, ancora meglio, in una ex-tintoria. In quello che era un luogo di lavoro e che adesso è un luogo di assistenza e di cura.

La sua collocazione lungo il Lambro, a ridosso dell'abitato e in prossimità di uno dei principali ponti del borgo rappresenta un elemento favorevole alla riuscita del nuovo ospedale. È vicino all'acqua – perché era la casa del padre tintore. Ed è proprio l'acqua – che nella leggenda agiografica lambisce pericolosamente l'ospedale e che il Santo deve fermare quando il Lambro esce fuori dai suoi argini – ad essere, in realtà, un elemento positivo. La medicina medievale riscopre infatti in quegli anni l'importanza dell'acqua e del suo valore igienico. Ma non è solo vicino all'acqua, è anche vicino ad un ponte, su una strada di commercio, un'importante via di comunicazione, che si trovava a passare per il centro brianteo.

Questa sua collocazione, all'interno della città, per-

mette a Gerardo di prendere i poveri direttamente dalla strada. Ed è proprio l'attenzione verso i poveri che lo rende controcorrente. In quegli anni, molte istituzioni ospedaliere si occupano di una sola malattia: la lebbra, il fuoco di Sant'Antonio...

Gerardo invece si occupa di tutti, fondando quello che oggi chiameremmo “policlinico”. Ma tra questi “tutti”, si occupa prevalentemente di poveri. È un periodo storico in cui la povertà urbana inizia a svilupparsi – i poveri sono più numerosi nelle città che nelle campagne rispetto a quanto accaduto in precedenza.

Inoltre era sempre più crescente il fenomeno del vagabondaggio. Questi nuovi *pauperes infirmi* (poveri malati e malati poveri) non vengono assistiti più nei monasteri e negli xenodochi come accadeva nell'epoca altomedioevale, ma in ospedali sempre più specializzati.

Questi ospedali sono gestiti generalmente da religiosi, ma Gerardo rappresenta anche in questo caso una delle prime eccezioni. Sceglie di rimanere laico, nella forma di converso. Ma è un semplice converso. È a capo di una comunità, di una fraternità laicale. Nell'ospedale non lavorano né chierici né religiosi, ma conversi. Gerardo in qualità di *conversus et minister* è il *primum inter pares*. Come abbiamo letto prima dalle parole degli storici, Gerardo non è soltanto a capo di una comunità, ma è coinvolto in prima persona. Come farà qualche secolo più tardi San Camillo de Lellis, è lui stesso a trasportare sulle sue spalle i malati. Il converso rappresenta quella nuova figura di laico, frutto alla riforma della Chiesa del XII secolo, che spinge i “non religiosi” verso un maggiore impegno sociale. Questa nuova spiritualità laicale si manifesta in forme di pietà

– pietas – proprie di una cultura molto semplice, che si esprime in opere di carità, quali appunto l'assistenza ai malati e pellegrini, finora praticata dai monaci nei monasteri, ma ora rifiutata dal clero sotto il monito conciliare di *Ecclesia abohorret sanguine*.

Ma il documento che ci permette di comprendere meglio la fisionomia laicale della sua opera è la “Carta di convenzione” del 19 febbraio 1174, tra l'arciprete di San Giovanni di Monza, Oberto da Terzago – che di lì ad una ventina d'anni sarà eletto arcivescovo di Milano – i consoli della città di Monza e il converso Gerardo Tintore. In questo atto si vogliono adottare quei provvedimenti che garantiranno la sopravvivenza dell'ospedale negli anni a venire – nei secoli a venire – secondo le idee ispiratrici che sono all'origine della iniziativa di Gerardo. In questo documento, unico nel suo genere, il fondatore dell'ospedale vuole assicurare l'autonomia della sua istituzione sia di fronte all'autorità civile come da quella chiericale, anche se l'una e l'altra sono invocate a garanzia dell'opera stessa. Il documento è alla base di reciproci riconoscimenti e concessioni. Da una parte emerge il desiderio del fondatore di ottenere per il proprio ospedale il favore delle autorità locali limitandone però al tempo stesso gli ambiti di ingerenza. Dall'altra si intravede la volontà dei poteri laici ed ecclesiastici di far sentire la propria voce nella gestione di un istituto che risultava funzionale a più esigenze della società locale, di carattere religioso quanto materiale.

Un ultimo concetto che voglio sottolineare è che la comunità, la fraternità fondata da Gerardo non rimane fissa, ma si evolve rapidamente. Così non dobbiamo stupirci che già nelle carte del 1230 (pochi anni dopo la morte del Santo) accanto ai conversi appaiono per

la prima volta anche figure femminili – le converse – coinvolte nel frattempo al servizio dei poveri.

Ecco, con questa ultima riflessione voglio concludere. Gerardo dei Tintori e il suo ospedale rappresentano ancora oggi un modello: di un mondo laico e di una società civile che si rimboccano le maniche; di una città e di un mondo politico che riconosce e rispetta il ruolo e l'indipendenza delle strutture sanitarie; di un ospedale che accoglie tutti, senza discriminazioni, “con il bacio della pace”.

Per tutti questi motivi voglio dire, anche a nome del Presidente, del Direttore Generale e di tutta la comunità ospedaliera: “Bentornato a casa, San Gerardo”.



Medicina e Persona difende il carattere professionale dell'esperienza di lavoro in sanità, intesa come risposta personale, libera e responsabile, al bisogno della persona malata ed, in quanto tale, dipendente dalla qualificazione, dalla dedizione e dall'impegno di chi la esercita.

Sostieni Medicina e Persona con la tua iscrizione

**Accedi per iscriverti a questo link.**

<https://www.medicinaepersona.org/iscrizioni/>

**Per ogni informazione e per essere ricontattato o informato delle iniziative dell'associazione scrivere a:**

[segreteria@medicinaepersona.it](mailto:segreteria@medicinaepersona.it)