

Relazione del Presidente  
Assemblea Annuale Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Brescia  
Brescia 10 aprile 2016



Care colleghe, colleghi e gentili ospiti: benvenuti all'Assemblea 2016 dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Brescia.

I meno giovani, che oggi riceveranno un segno simbolico per tanti anni di lavoro e sacrificio, sono certo che mi scuseranno se mi rivolgo, dapprima, a voi che oggi siete qui per giurare, per entrare a far parte di una comunità professionale, di donne e uomini, che ha il privilegio di prendersi cura di altre donne ed altri uomini.

Questo privilegio vi accompagnerà tutta la vita.

Voi, noi, e per tutti, siamo e saremo sempre "il dottore".

Che grande privilegio onorare un patto sociale, civile, costituzionale che non ha scadenza. Come ho detto in altre occasioni il vostro vero unico, perenne vincolo in senso etimologico, senza discriminazione alcuna, è il legame indissolubile con chi a voi si rivolge solo perché sta male.

La nostra vita, come vi possono raccontare tanti "giovani vecchi" del mestiere, è fatta di emozioni, di sensazioni, di scoramenti, d'intuizioni, di vicinanza al dolore, di studio perenne, perché lui e lei chiedono a noi una **relazione totale** in cui competenza, ascolto e gentilezza sono scolpiti sulla nostra strada, spesso sconnessa e sempre in salita, ma che ogni giorno si apre su imperscrutabili e sempre coinvolgenti scenari.

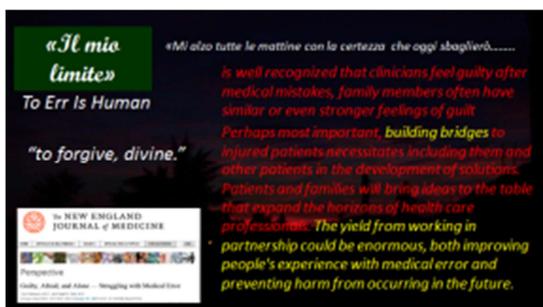


Incontrerete la gratitudine, non rappresentata in modo così alto come quella da Goia verso il suo dottor Arrieta, ma con parole come queste



“«Spero di non vederLa mai più» disse «La capsico benissimo» risposi” che molti di noi hanno sentito tante volte, ma che ti rimangono dentro e ti ripagano.

Molto più spesso della gratitudine noi incontriamo e ci scontriamo con i nostri limiti.



..Mi alzo tutte le mattine con la certezza che oggi sbaglierò.....

“errare è umano” ma il senso di colpa per noi è paralizzante. Ci si chiude, si ripercorre l’evento cercando giustificazioni e si vorrebbe fermare il tempo.

Tutti sbagliano, ma è proprio la coscienza continua di questa possibilità che ci tiene all’erta, etimologicamente in piedi, e ci preserva da altri errori.

Ed allora dobbiamo confrontarci con i colleghi, e non solo, e partecipare all’attività di risk management senza pregiudizi.

Anche loro, pazienti e parenti soffrono e se, pure, la tentazione di “scappare” è grande, quasi irrefrenabile, dobbiamo incontrarli e parlare senza ambiguità. “Costruire ponti” se crediamo nella relazione totale che può portare anche, e la parola non vi sembri fuori luogo, al perdono.

Questo è il vostro lavoro, il nostro lavoro.

Mi piacerebbe fermarmi qui e condividere con voi solo emozioni.

Ma l’Ordine deve dare e proporre risposte ad una comunità medica che sentiamo inquieta e, diciamola tutta, scontenta ed il burn out, il “bruciarsi”, non è più fenomeno raro.

Il disagio medico esiste. E’ diffuso e rilevante. Medicina difensiva, informatica asservita più alla burocrazia ed al controllo della spesa che alla clinica, ruoli di supplenza amministrativa e

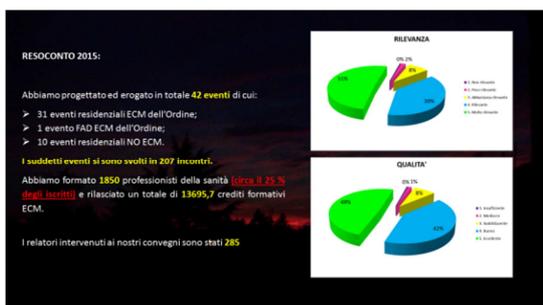
quant'altro rendono ragione di un malessere vero, profondo, che un sondaggio fra i medici bresciani, pubblicato sulla nostra rivista, impietosamente ha dimostrato.

Abbiamo voluto affrontare il tema, ma non vi offrirò un'elencazione sterile di doglianze, di colpe degli altri, del sistema, che pure ci sono e sono molto incidenti.

Vorremo partire da queste parole amare per darvi ragione dell'azione del vostro ordine.



Non vi è disamore per il nostro lavoro, ma la convinzione diffusa che il Sistema nelle sue varie articolazioni "non risponda" più in termini adeguati alle rinnovate esigenze della medicina di oggi, quella che chiamiamo la medicina della complessità.



Le nostre iniziative formative ed informative, che impegnano una quota rilevante del bilancio, in coerenza con la nostra scelta politica, hanno cercato di dare risposte.

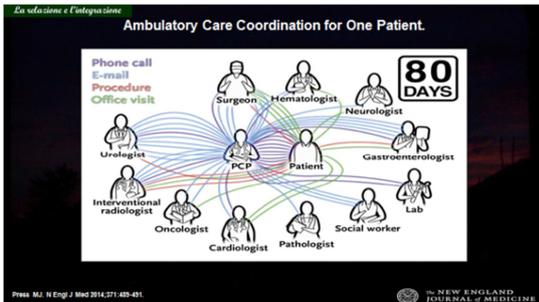
Dare risposte, al di là dei numeri qui riportati e dalla partecipazione (25% degli iscritti in un anno!), a quesiti basati su una parola chiave ormai abusata. Integrazione fra ospedale e territorio, integrazione fra le varie figure professionali, integrazione....integrazione nella riorganizzazione della sanità lombarda.

E allora vi presento un film



E' il medico di famiglia. Questo medico che ha tempi clinici insostenibili, ma in molti casi, oserei dire in moltissimi casi, riesce ancora a fare una cosa che pare fuori moda: piegarsi sul paziente e visitarlo.

Oggi noi siamo così: 80 giorni per concludere un percorso diagnostico con entrambi i protagonisti, medico e paziente, esausti.



Ma il sistema per reggere ha bisogno che questo medico, sul territorio e non solo, sia al centro del sistema. Non lo dico da vecchio ospedaliero che vuole ingraziarsi una platea consistente. Lo dice la letteratura internazionale. Questo è lo studio del medico di medicina generale del futuro, ma il futuro è arrivato, il futuro è oggi, perché il mondo è cambiato.

In the **primary care future** as we and others envision it — and as a few pioneers are beginning to create it — a day in a primary care office would begin with a team huddle

- medical assistants (MAs),
- registered nurses (RNs),
- nurse practitioners,
- physician assistants,
- front-desk staff,
- behavioral therapists,
- clinic managers,
- social workers,
- nutritionists,

The team would discuss the day's patients and their concerns

physicians.

The Developing Vast of Primary Care  
 by James, JG, Keating, Shole, and Bittl, Conflict  
 N Engl J Med 2012; 367:851-855 September 6, 2012

Negli ultimi decenni le tre transizioni, epidemiologica, demografica e sociale, hanno radicalmente mutato il sistema salute nel nostro paese, come in buona parte del mondo.

Negli ultimi decenni le tre transizioni, epidemiologica, demografica e sociale hanno radicalmente mutato il sistema salute nel nostro paese, come in buona parte del mondo.

La crisi economica ha indotto a ridurre le cure: 11 italiani/100 su cento

Forse, forse, anche i decisori hanno capito che qualcosa bisogna fare, ed essendo la speranza l'ultima a morire, vorremmo che la riforma della sanità regionale abbia le stesse possibilità (alte) di realizzazione del ponte fra Sulzano e Montisola.



Non possono quindi esservi zone grigie, opache, che riguardano proprio il ruolo della medicina generale.

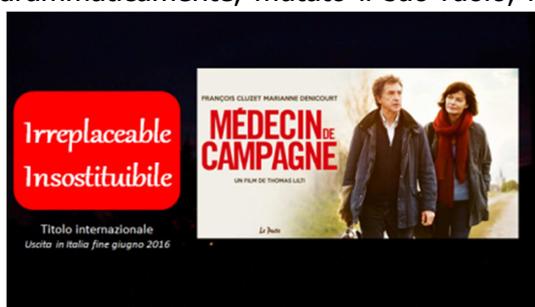
Si attribuisce a questa una terzietà fra ASST (le aziende sanitarie pubbliche) e strutture private accreditate per una distribuzione dei pazienti, da parte dei medici di medicina generale, non condizionata e che rispetti, quindi, il principio di libera scelta.

Non spetta all'Ordine professionale discutere questa scelta politica; spetterà all'Ordine valutarne l'impatto organizzativo e di qualità.

All'Agenzia Territoriale della Salute (ATS ex ASL) la legge regionale attribuisce il coordinamento della Medicina Generale. Dall'efficacia di questa azione "integrata" con tutti gli altri attori (ASST, professioni non mediche, assistenza ad personam, terzo settore) dipenderà la vera svolta.

Non dimenticando che vi è un invitato di pietra che è condizionante. Senza ulteriori risorse rischiamo di costruire un castello sull'acqua.

"Prendersi cura" è una frase quasi cult, ma se la vediamo in termini semplici, pragmatici, non vuol dire altro che mettere il paziente al centro, e sarebbe ora, di un team in cui, lo diciamo forte e chiaro, chi tira le fila è il "nuovo medico" di famiglia con grande, grandissimo rispetto per gli esempi di dedizione e di vicinanza quasi eroici del passato che tutti abbiamo nella memoria. Questo medico vede, inevitabilmente e drammaticamente, mutato il suo ruolo, ma per noi, come



per i grandi vecchi, rimane insostituibile.

Cronico, multi patologico, terminale, non autosufficiente: questo è il malato che tante volte abbiamo incontrato nelle corsie.



Malato e famigliari che vivevano con vera angoscia, e non con serenità, l'approssimarsi della dimissione. "Cosa farà a casa? Chi gli starà <dietro> con tutte queste cure? Io sono sola. I miei figli lavorano. Non può star qui qualche altro giorno in più? "



Certo le cose sono cambiate. Dimissioni protette, care giver addestrato, assistenza domiciliare integrata, Unità di Continuità Assistenziale Multi-dimensionale, RSA, strutture riabilitative e tanto altro danno risposte, nella nostra realtà, anche di qualità, ma l'impatto epidemiologico del nostro tempo, con necessità assistenziali multidisciplinari e sempre di maggiore intensità, è incalzante.

E allora perché non lasciarlo sotto l'ala protettiva di una struttura?

La risposta è semplice e disarmante. Perché non è etico, per lui e per lei. Chi di voi preferirebbe una stanza di ospedale, per quanto efficiente, alla propria casa ed alla vita di valore della comunità familiare.



Ed ancora è etico impiegare in modo corretto le risorse. Un'assistenza domiciliare di ottimo livello costa molto meno di una qualsiasi degenza.

E allora l'ospedale?

E' e deve rimanere luogo di cure dell'acuzie ad alta intensità assistenziale e tecnologica. Ma anche qui il mondo va avanti. Non solo riduzione dei posti letto, in virtù dell'attesa presa in carico di molti pazienti sul territorio, ma, e di nuovo la letteratura nazionale ed internazionale ci viene incontro, una radicale ristrutturazione. Nuove figure di medico ospedaliero si affacciano, quali il generalist,

un medico in grado di coordinare, sul malato con comorbidità e riacutizzazione, l'intervento degli specialisti.

Un medico capace di integrarsi con le professionalità non mediche e di avere un rapporto strutturato con il territorio. Non è l'elogio, di parte, dell'internista o del geriatra, ma la visione olistica del malato, al tempo della multispecialità, è decisiva.

Quindi un radicale, impegnativo, cambiamento culturale ed organizzativo, non facile, ma, come ci dice la letteratura, indispensabile. Noi continueremo a discutere ed a fare proposte.



E poi la comunicazione fra noi.

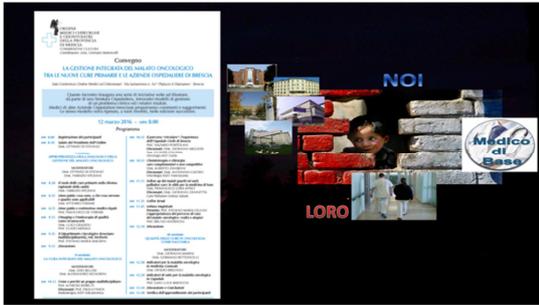


Dobbiamo abbattere le barriere tribali. Sì, le barriere fra di noi che sempre più si fortificano nel rimbalzo di responsabilità. L'ospedaliero che non compila le prescrizioni e non invia i certificati di malattia. Il medico di medicina generale che di fronte al decreto appropriatezza, per altro proprio in questi giorni svuotato dalle inutili vessazioni amministrative, non discrimina più fra esami utili o inutili e così lui o lei diventano il volano del gioco antico.



Proponiamo un sistema nuovo di relazioni, che abbiamo chiamato provocatoriamente "Brescia clinical method" e che, almeno sulla carta, ha trovato l'adesione e la condivisione entusiastica dei medici e delle altre professioni.

Relazione del Presidente  
 Assemblea Annuale Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Brescia  
 Brescia 10 aprile 2016



Stiamo iniziando un percorso con tutte le Aziende Ospedaliere Bresciane (le nuove ASST), Strutture private accreditate e medicina generale.

Il "Brescia clinical method" è un'illusione? Probabilmente sì; ma se perdiamo questo orizzonte perdiamo tutti.



La tempesta perfetta è vicina? E' lontana? Il nostro sistema sanitario è a rischio? Ci siamo interrogati e, come in molti altri paesi, il timore che il sistema sanitario divenga non più sostenibile è grande.

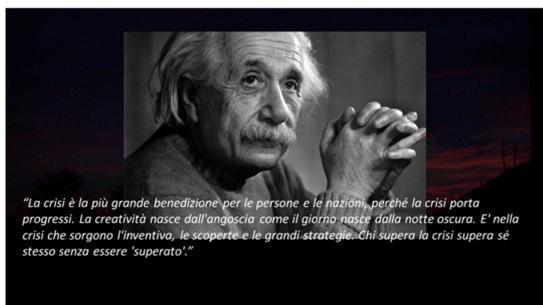


E pensate, che se anche l'impegno di tutti fosse massimo, tutto questo non basterebbe senza una altra rivoluzione: la prevenzione. Ero studente e se ne parlava. Sono al tramonto e se ne parla, ma

ora la sfida è epocale, senza prevenzione di popolazione, fra pochi decenni il sistema, indipendentemente dai correttivi, è destinato ad implodere.



Che siamo il secondo, il terzo o il ventunesimo SSN del mondo, a seconda delle statistiche, non è rilevante. Noi sappiamo che ancora oggi, con tutte le sue insufficienze, questo nostro sistema dà una risposta solidale ed universale al bisogno di salute. Chi ci ha vissuto dentro tutta la vita non si rassegna all'idea che questo patrimonio, gioiello ammaccato della Repubblica, si possa disperdere.



*"La crisi è la più grande benedizione per le persone e le nazioni, perché la crisi porta progressi. La creatività nasce dall'angoscia come il giorno nasce dalla notte oscura. E' nella crisi che sorgono l'inventiva, le scoperte e le grandi strategie. Chi supera la crisi supera sé stesso senza essere 'superato'."*

Noi ci crediamo e, per quanto ci compete e con i nostri limiti, attueremo, per questo scampolo di mandato, ogni sforzo culturale per proporre soluzioni, certi, come siamo, di avere alle spalle una comunità medica intellettualmente del tutto attrezzata.



Va detto però, senza alcun intento giustificatorio, che, paradossalmente, la documentata riduzione delle risorse per il SSN di questi anni ha favorito il fenomeno. La riduzione degli organi medici e degli altri operatori della salute, determinando riduzione delle prestazioni istituzionali, crea un terreno fertile per comportamenti del tutto deplorabili.

Quanto alla quota parte di responsabilità amministrativa, che, dicono i dati, sia molto più rilevante, è la stessa politica che deve intervenire sulle disfunzioni del sistema con nuove proposte organizzative e strutturali anche radicali come qui abbiamo accennato.



Altri campi, su cui la professione dovrà confrontarsi, vanno coltivati. Ne do solo un cenno, ma sono di pari rilevanza ai precedenti.

Otto medici su dieci nei prossimi vent'anni subiranno un'azione penale o una richiesta di risarcimento. La nuova legge sulla responsabilità medica, in discussione avanzata in parlamento, fa intravedere spiragli di miglioramento (definizione del rapporto contrattuale ed extracontrattuale, l'inversione dell'onere della prova e riduzione dei tempi di prescrizione). La colpa grave non sarà punibile se si rispetteranno le linee guida. Novità eclatante che apre però il tema di assoluto rilievo: quale organismo emanerà le linee guida e quali percorsi omogenei d'implementazione? La federazione nazionale, e noi siamo d'accordo, propone un organismo terzo, indipendente, qualificato, come ve ne sono esempi storici in altri paesi, che attui un processo di validazione. E' solo una grande illusione o assisteremo al contendersi della stesura delle stesse LG dalle molte, troppe, società scientifiche italiane?



Il paziente difficile, quello che non ci dà soddisfazione, che è malato per sempre, che guardiamo con distacco per il timore di essere quasi inutili. Abbiamo solo aperto una finestra su questo mondo ed abbiamo molto da imparare.



Anche sull'ambiente, nei suoi aspetti sconvolgenti globali e locali, su cui siamo da sempre distratti, delegandolo ad una nicchia di specialisti, abbiamo iniziato un percorso. Un percorso di analisi, il più rigoroso possibile, sia della realtà sia di come il medico, non specialista, possa intervenire in modo efficace nell'ambito di un carico di lavoro già opprimente.

	Totale	Donne	Uomini		
Medici Chirurghi	5853	2720	3133		
Odontoiatri	649	204	445		
Doppi	556	104	452		
M.M.G.	816	232	584		
P.L.S.	130	83	47		
Docenti	81	14	67		
Iscritti all'Ordine	Medici Chirurghi*	Odontoiatri*	Doppi Iscritti	Persone	
	6409	1205	556	7058	
	Medici	Odontoiatri	Uomini	Donne	Totale

Mi avvio a concludere con i numeri dell'Ordine.

Questi sono gli iscritti:

Siamo tanti. Le dottoresse con meno di 40 anni sono circa il 60 per cento ed anche oggi sono in maggioranza.

Tanti giovani colleghi. Giovani colleghi che vivono, e questo è veramente doloroso, una situazione di disagio: dall'accesso alle scuole di specialità, senza un piano attuariale definito che razionalizzi le scelte, alla necessità di ridefinizione del percorso formativo per la medicina generale. E' forse giunto il tempo di ripensare, senza pretese di entrare in campi non nostri, la stessa formazione universitaria, esplorando nuovi campi d'insegnamento: la medicina generale, la cronicità, la comunicazione e la relazione, l'ambiente, i temi di bioetica. "Salute e benessere delle persone nell'ambiente".

Una preparazione insomma più generalista e meno vocata, fin dai primi anni alla scelta specialistica che è da demandare alla formazione post laurea.

Noi non potevamo che mostrare sensibilità.

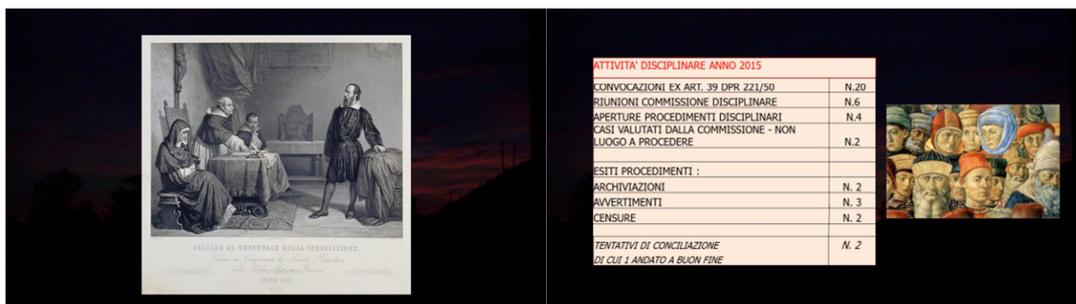
Relazione del Presidente  
 Assemblea Annuale Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Brescia  
 Brescia 10 aprile 2016



Li abbiamo coinvolti, attivamente, nei nostri convegni. Si sono proposti con idee ed iniziative nuove con uno slancio a volte irruento, e meno male che è così.

Ve lo dico con tono alto: sono preparati, entusiasti, desiderosi di entrare nella professione perché ci credono, vogliono rubarci il mestiere come abbiamo fatto tutti noi. Porte aperte.

Altri numeri.



Da sempre compito ingrato, ma indispensabile è la valutazione disciplinare, questi sono i dati. Noi, ma è quasi superfluo riferirlo, abbiamo affrontato ogni singolo caso con rigore, serietà di analisi e collegialità e di questo sono molto grato ai consiglieri componenti della commissione disciplina.



3021 colleghi tramite l'Ordine hanno ottenuto le credenziali di accesso al MEF per l'invio delle fatture nell'ambito del progetto 730 precompilato. Adempimento obbligatorio che ha comparato un impegno eccezionale del personale. Tutte le 3021 richieste sono andate a buon fine.

Relazione del Presidente  
 Assemblea Annuale Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Brescia  
 Brescia 10 aprile 2016



L'Ordine fornisce, gratuitamente, a tutti gli iscritti una casella di posta elettronica certificata il cui possesso, ricordo, è un obbligo per tutti i professionisti. Ad oggi ne abbiamo erogate 2279, invito tutti a richiederla tramite il nostro sito.



Noi e la gente. Quando, tre anni fa, abbiamo pensato di aprirci alla divulgazione con i Pomeriggi della Medicina, organizzati con il Comune ed il sostegno della Fondazione ASM e di Brescia Mobilità, ero molto preoccupato, quasi scettico. Questo il risultato e ne siamo contenti. Forse è ardito affermare che abbiamo intercettato un bisogno di informazione documentata e seria fuori dal guazzabuglio della rete. Spaventa la prospettiva di mantenere questo livello anche se possiamo contare sulla competenza e determinazione della nostra addetta stampa.

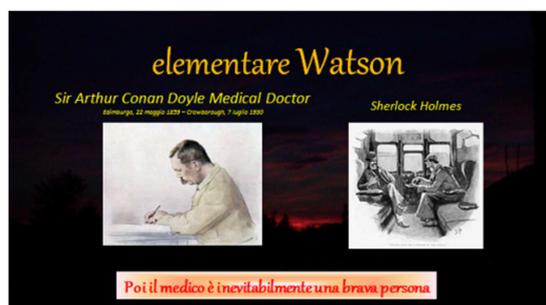


A tutti i consiglieri, Revisori dei conti Presidente e membri CAO e a tutto il nostro personale grazie davvero.





Una sola nota sui consiglieri tutti. Proponendo un argomento alla discussione capita spesso, che dopo un giro di tavolo di analisi ed argomentazioni, chi vi parla, ma anche altri, mutino l'opinione iniziale. E questa è una gran cosa.



Vi presento, infine, il dr. Watson, ma non è il personaggio delle avventure di SH inventato da *Sir Arthur Conan Doyle Medical Doctor* che diceva : “poi il medico è inevitabilmente una brava persona. Sarebbe impossibile per lui non esserlo”.

Ma è un altro dr Watson di cui vi parlerò fra poco.

La comprensione delle cause della malattia, grazie all'interazione fra genetica e biologia molecolare, si sta spingendo fino alle radici più intime e profonde della malattia stessa. Si sta forse realizzando il sogno seicentesco di Cartesio che evocava la figura di “un medico meccanico”, o meglio della “tecnomedicina”, capace di riparare tutto.

La medicina predittiva sfiora i limiti della profezia e sembra che la figura del medico si appanni sul fondale delle “meravigliose e progressive” sorti della nuova scienza.

Intendiamoci bene l'evoluzione straordinaria, quasi inimmaginabile, così rapida da potersi apprezzare anche nello spazio effimero dei 40 anni di una vita professionale, ha determinato risultati eccezionali sulla salute dei nostri pazienti.

La prognosi e la qualità di vita per una moltitudine di loro è radicalmente migliorata.

La EBM cerca di dare una risposta oggettiva a quel che utile al malato.

In molte situazioni è oggi possibile una terapia causale e che colpisce e corregga i meccanismi di origine della malattia.

I sistemi informatici "quasi intelligenti" sono del tutto utili, anche se ci spaventa la progressione pressoché senza limiti. Ed ecco Watson.



Lo scambio d'informazioni è planetario. Da sempre tutti noi siamo "condannati" allo studio perenne, oggi anche al confronto con il mondo.

Ma questo Watson ne sa certamente di più di noi.

Ed allora a cosa serviamo?

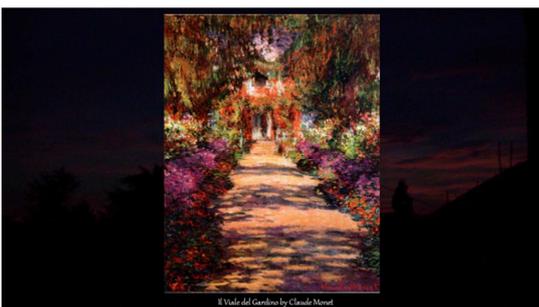
Serviamo molto, molto più di prima, perché Watson sa tutto, ma non prova alcuna ippocratica simpatia per chi sta male.

Perché non è più interessato al malato quando la malattia ha vinto, mentre noi, in quel tempo di dolore, continuiamo a curarlo e, può sembrare strano ai più giovani, ma è uno dei momenti più alti, più di senso, del nostro lavoro.

E perché Watson non ha e non avrà mai la possibilità di dire "questo non mi paga l'occhio".

Perché parla con un monitor e non ha davanti un viso, un'espressione.

Non vede la preoccupazione, il timore per una vita che cambia o che non c'è più.



Grazie

Ottavio Di Stefano

10 aprile 2016