

Una professione in difficoltà

Primo Piano

Crisi della figura del medico

Forum

Alla ricerca della gratificazione perduta

Sondaggio

Il disagio medico

EDITORIALE

La Peste,
Gianpaolo Balestrieri 3

Odi et amo,
Ottavio Di Stefano 4

PRIMO PIANO

Crisi della figura del medico,
Roberta Chersevani 5

SONDAGGIO

Il disagio medico,
Angelo Bianchetti 8

FORUM

Alla ricerca della gratificazione perduta,
Lisa Cesco 12

ASSEMBLEA ANNUALE

Relazione del Presidente dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Brescia,
Ottavio Di Stefano 18

Relazione del Presidente Commissione Albo Odontoiatri,
Luigi Veronesi 24

Premio al merito al Professor Cesare Proto,
Francesco Puccio 27

Premio al merito al Professor Pierluigi Sapelli,
Luigi Veronesi 28

Premio speciale alla dott.ssa Chiara Benedetti,
Gianpaolo Balestrieri 28

CHOOSING WISELY

Appropriatezza nelle indagini RM e TC per lombalgia, gonalgia e patologie della spalla,
Roberto Maroldi 30

STORIE DI PAZIENTI

Ippocrate tradito,
Piergiorgio Muffolini 34

Essere medico e il pianoforte di madame Bovary,
Renzo Rozzini 36

La sindrome del Barone,
Alberto Zaniboni 39

PAGINA DELL'ODONTOIATRA

Finalmente anche a Brescia si parla di periomedicine,
Luigi Veronesi 40



MEDICINA E LETTERATURA

Il tempo e la vita di Eugenio Borgna,
Gianpaolo Balestrieri 43

Da te solo a tutto il mondo di Jared Diamond,
Giuseppe Belleri 44

ASSOCIAZIONE

Associazione Italiana Celiachia Lombardia Onlus,
Gianpaolo Balestrieri 45

PILLOLE DI STORIA

Cronistoria della Clinica Ostetrico-Ginecologica degli Spedali Civili di Brescia,
Leopoldo Falsetti 47

LETTERA ALL'ORDINE

Poche certezze e tanti dubbi,
Ernesto Bonera 50

RICORDI

Dottor Giacinto Gaggia,
Paola Gaggia e sorelle 52

Dottor Danilo Migliorati,
Anna Maria Pelli in Migliorati con le figlie Silvia e Luisella 53

Dottor Cesare Tettoni,
Lucilla e Giuseppe Tettoni 53

Dottor Renato Cassetti,
Carla Paterlini a nome degli ex pazienti 54

Dottor Sergio Zambianchi,
Il figlio Pier Paolo 54

DIREZIONE-REDAZIONE-AMMINISTRAZIONE: Via Lamarmora, 167, Brescia, Tel. 030 2429537, Fax 030 2429530, info@ordinemedici.brescia.it, www.ordinemedici.brescia.it
Direttore Responsabile: Dott. Gianpaolo Balestrieri, Comitato Di Redazione: Dott. Angelo Bianchetti, Prof. Giovanni Cancarini, Dott. Claudio Cuccia, Dott. Ottavio Di Stefano, Dott.ssa Eleonora Mozzo, Dott. Piergiorgio Muffolini, Dott. Renzo Rozzini, Dott.ssa Intissar Sleiman, Dott. Raffaele Spiazzi, Dott. Erminio Tabaglio.

CONSIGLIO DELL'ORDINE 2015-2017: PRESIDENTE: Dott. Ottavio Di Stefano, VICE PRESIDENTE: Dott.ssa Luisa Antonini, SEGRETARIO: Dott. Bruno Platto, TESORIERE: Dott.ssa Graziella Iacono, CONSIGLIERI: Dott. Gianpaolo Balestrieri, Dott. Germano Bettoncelli, Dott. Angelo Bianchetti, Dott. Ovidio Brignoli, Prof. Francesco Castelli, Dott.ssa Daniela Gatti, Dott.ssa Adriana Loglio, Prof. Francesco Puccio, Dott. Cesare Spedini, Dott. Umberto Valentini, Dott. Lorenzo Zanini, Dott. Pierantonio Bortolami (Odontoiatra), Dott. Luigi Veronesi (Odontoiatra), COLLEGIO REVISORI DEI CONTI: PRESIDENTE: Dott. Raffaello Mancini, COMPONENTI EFFETTIVI: Dott. ssa Analia Carmen Perini, Dott.ssa Emanuela Tignonsini, COMPONENTE SUPPLEMENTE: Dott.ssa Intissar Sleiman, COMMISSIONE ALBO ODONTOIATRI, PRESIDENTE: Dott. Luigi Veronesi, SEGRETARIO: Dott. Aldo Francesconi, COMPONENTI: Dott. Pierantonio Bortolami, Dott. Claudio Dato, Dott. Piero Alessandro Marcoli, UFFICIO DI PRESIDENZA COMPONENTI: Dott.ssa Luisa Antonini, Dott. Gianpaolo Balestrieri (Direttore Responsabile BresciaMedica), Dott. Germano Bettoncelli (Coordinatore Comm.ne Cultura), Dott. Ottavio Di Stefano, Dott.ssa Graziella Iacono, Dott. Bruno Platto, Dott. Umberto Valentini (Consigliere).

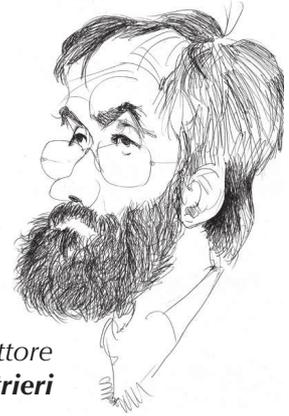
STAMPA: Com&Print srl - Brescia

PROGETTO EDITORIALE: a cura di Luca Vitale e Associati

IMMAGINE DI COPERTINA: realizzata dal Dott. Raffaele Spiazzi

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

La Peste



Il Direttore
Gianpaolo Balestrieri

Fare il medico è un mestiere come un altro?

Non c'è forse una risposta valida comunque e per tutti a questo interrogativo.

Propenderei tuttavia per un no.

Il nostro lavoro ci coinvolge profondamente.

È un lavoro fatto di studio, di apprendimento sul campo, ma anche e soprattutto di relazioni.

Relazioni con pazienti dove ascoltiamo storie di vita, dove cerchiamo di dare risposte di cura e di conforto, relazioni con colleghi da cui impariamo, con cui ci confrontiamo, relazioni con le persone che formano il ricco mondo delle altre professioni sanitarie.

Non smettiamo di parlarne di tutto questo, anche fuori dall'ambiente di lavoro, suscitando spesso l'intolleranza dei nostri amici e dei nostri familiari non medici.

Molti stimoli, molti problemi, molte ansie nella vita del medico. Troppi talvolta.

Il disagio medico è una realtà con difficili risposte e lo affrontiamo in questo numero con il Forum, con il sondaggio ai nostri iscritti, con il contributo efficace della nuova Presidente FNOM Roberta Chersevani.

Un tema, quello del disagio dei medici, non solo italiano, che attraversa la professione in tutte le sanità del mondo.

E tuttavia il nostro è un mestiere che non è facile abbandonare. Da pochi mesi in pensione, mi manca più di quanto potessi immaginare.

Mi manca il rapporto con i pazienti ed il loro mondo, mi manca il confronto con i colleghi, mi manca la comunità dell'Ospedale. E a tanti, la maggior parte direi, dei medici che vanno in pensione, accade la medesima cosa.

Scegliere di fare il medico è per tutti una scelta di vita, magari inizialmente inconsapevole.

Una scelta spesso onerosa, ma anche certamente un privilegio.

Nel finale del romanzo **“La Peste”** di **Albert Camus** il morbo è debellato, la città di Orano festeggia, già dimentica della recente tragedia. Allora il protagonista, il Dottor Rieux, decide di narrare la cronaca dell'epidemia.

“Ma egli sapeva tuttavia che questa cronaca non poteva essere la cronaca della vittoria definitiva, non poteva essere che la testimonianza di quello che si era dovuto compiere e che, certamente, avrebbero dovuto ancora compiere, contro il terrore e la sua instancabile arma, nonostante i loro strazi personali, tutti gli uomini che, non potendo essere santi e rifiutandosi di ammettere i flagelli, si sforzano di essere dei medici.”



Odi et amo

“La qualità??? Tu mi chiedi della qualità del mio lavoro?? Ed io ti domando: a chi interessa?? Alla mia azienda ?? Sai cosa mi dice: quest’anno non hai avuto denunce ed hai speso anche poco. Sei proprio bravo.

E allora mi consolo con un SMS di uno che abbiamo curato e che ci ringrazia. Mi è rimasto solo questo. Questo bene prezioso, unico, esclusivo. Il rapporto con lui o con lei, ma se domani vinco al Superenalotto non mi vedete più. E pensare che amavo questo lavoro e forse lo amo ancora.

Ma quanti, caro il mio Presidente che ci conosci da quaranta anni, che abbiamo sempre visto chini sui malati, incuranti delle ore, delle domeniche, delle notti e, come dice un grande scrittore nostro collega, pensavamo e pensano che - Perfino essere malato è piacevole quando sai che ci sono persone che aspettano la tua guarigione come una festa (Anton Cechov)- Quanti non ci credono più? Ciao Presidente”

Saluto il mio coetaneo e cerco di resistere ad una sensazione, quasi dolorosa, di rassegnazione e di impotenza. È tutto grigio, opaco. Cosa può fare l’Ordine??

Può, deve, porre la questione a tutta la comunità medica bresciana.

Il tema scelto per questo numero dal Comitato di Redazione è di attualità e centrale per la professione.

Il disagio medico esiste. È diffuso e rilevante ed i risvolti assistenziali negativi trovano conferma nella letteratura internazionale.

Troverete un sondaggio ed un forum sul tema.

Non vi è disamore per il nostro lavoro, ma la percezione 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.

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 il sondaggio impietosamente dimostra.

Il Presidente
Ottavio Di Stefano



La descrizione della realtà però non basta.

Quale futuro ci attende?

La parola chiave, trita e ritrita, dei tanti convegni, anche in relazione alla ormai prossima (?) riorganizzazione della sanità lombarda, è “integrazione”. Integrazione fra ospedale e territorio, integrazione fra le varie figure professionali, integrazione... integrazione...

Siamo tutti d’accordo, solo così il Sistema rimarrà sostenibile ed adeguato ad una richiesta di salute “giusta e saggia”.

Ma tutto questo prevede un processo di rinnovamento eccezionale. Una vera rivoluzione “culturale”, e non solo riorganizzativa, delle cure primarie e dell’ospedale.

Una rivoluzione che ci tocca.

Dobbiamo rimetterci in discussione ed affrontare senza timore questa sfida.

Dobbiamo ripensare alla nostra riluttanza a lavorare insieme, in team come si dice oggi.

Dobbiamo ripensare il rapporto con chi tutti i giorni lavora con noi, senza nostalgie gerarchiche passatistiche e fughe pericolose in avanti.

Dobbiamo comunicare, se il sistema ci fornirà mezzi adeguati, perché la medicina sia realmente e non retoricamente basata sulla centralità del paziente. La speranza è che non si avveri “Cambiare tutto perché niente cambi”.

L’Ordine, ben cosciente dei suoi limiti, si pone come luogo e strumento di analisi e dibattito aperto a tutti come sempre.

Odi et amo.

Quare id faciam, fortasse requiris.

(Odio e amo. Per quale motivo io lo faccio, forse ti chiederai.)

Nescio, sed fieri sentio et excrucior.

(Non lo so, ma sento che accade, e mi tormento.)

Carme di Catullo numero 85

Crisi della figura del medico

Roberta Chersevani

Presidente Federazione Nazionale
Ordine Medici

L'ospedale di oggi

Una mattina presto di non molto tempo fa, bloccata da una telefonata nel parcheggio del mio vecchio ospedale dove mi trovavo per accertamenti, mi soffermo a guardare i colleghi che vanno al lavoro.

Il linguaggio non verbale è chiarissimo. Li riconosco e anche riconosco il disagio che vivono e che mi trasmettono. Turni massacranti vissuti ancora con spirito di servizio. Restano massacranti anche se qualcuno pensa che la monetizzazione li renda meno pesanti. Straordinari senza compenso, ma soprattutto senza possibilità di recupero. Stanchezza pericolosa, altro che *risk management*.

Progressione di carriera interrotta: la riforma regionale ha abolito diversi primariati.

Una collega è andata in maternità e non sarà sostituita: questa nascita non è una festa ma un dramma. Una pensione che alla fine è un miraggio. Belli i tempi in cui l'aiuto anziano non faceva guardie o reperibilità, ma era punto di riferimento per i colleghi giovani. Quando l'ultimo contratto? Il *burnout* che dovrebbe



perseguitare solo professionisti in contesti difficili si è diffuso. Non vedo giovani, non ci sono, non c'è *turnover*. Questo è l'ospedale. Sono i medici della dipendenza, ma i problemi sono analoghi anche in altri settori.

La non linearità dei corsi di Medicina

Cominciamo dai giovani, disillusi anche solo perché vorrebbero fare i medici. Poi riescono a entrare, si laureano e si ritrovano in un limbo perché gli accessi alle scuole di specialità e ai corsi di laurea in Medicina Generale non corrispondono al numero dei laureati. Si forma così una pletora di disoccupati, sottoccupati, senza futuro – il SSN richiede la specializzazione. Inutile che la FNOMCeO predichi, inascoltata da anni, i numeri che corrispondono al fabbisogno e alla congruenza pre e

postlaurea. Il numero di colleghi che decidono di migrare è assolutamente incompatibile con lo sforzo personale e delle istituzioni che li hanno portati al conseguimento della laurea. Ho appurato personalmente, con tristezza e disappunto, che un percorso all'estero, anche se gravato da problemi linguistici e di posizione, trova una maggiore linearità di percorso. Li perdiamo perché non tornano e ciò convalida la loro capacità ed il risultato. Si dice di 1000 migrazioni per anno. Passiamo ai Medici di Medicina Generale o Medici di Base (un collega qualche anno fa a Trieste si è preso una denuncia per questa definizione), meglio ancora conosciuti come i Medici di Famiglia. La decurtazione dei posti di degenza ospedaliera si raccorda ad un'inevitabile maggiore disponibilità del territorio, che non esiste e non ha ancora una chiara programmazione futura. Sono pazienti cronici, anche la neoplasia si è cronicizzata, con patologie e somministrazioni terapeutiche multiple, che fanno fatica ad esprimere una necessaria *compliance*, senza tener conto del *budget*.

La decurtazione dei posti di degenza ospedaliera si raccorda ad un'inevitabile maggiore disponibilità del territorio, che non esiste e non ha ancora una chiara programmazione futura

Il rapporto medico-paziente

Analizziamo il rapporto medico paziente. Preferisco il termine persona, che - al di là di riflessioni filosofiche - indica chi bussava alla porta, la apre, su invito, si presenta con tutto il suo vissuto, le sue problematiche pregresse e presenti, la richiesta di aiuto, conforto e collaborazione. Qui entra in gioco il mio ruolo di medico. Non posso estraniarmi, devo esserci, al massimo delle mie capacità di comprensione

ed empatia. Il tutto poi si riduce alla disponibilità e predisposizione dei singoli perché i percorsi formativi ne tengono davvero poco conto. Quella persona può esprimere un'evidente asimmetria, che riporta la relazione medico-paziente ai tempi di un eccessivo, talora ancora rimpianto, paternalismo, ma può anche presentare fastidiose difficoltà di comunicazione, perché associate al *menage a trois* cui il web ci sottopone. Arrivano con pagine stampate, da siti incontrollabili e da informazioni difficilmente gestibili. Al di là dell'immediata irritazione, esiste il tempo necessario per informare e spiegare? Abbiamo tempo di controllare se l'informazione è valida?

Nell'articolo 20 del Codice Deontologico, dedicato alla relazione di cura, si dice del tempo dedicato equivalente al tempo di cura. Questo è ancora possibile quando la diagnosi è parcellizzata, condivisa da tanti specialisti, grazie all'aumento delle conoscenze e delle specializzazioni? Quando il rapporto medico-paziente tende a ridursi ad un processo molto burocratico di invio e ricezione di risposta, quando la pleora di dati strumentali e di laboratorio complica la diagnosi, portando in ambiti di confusione, sovra diagnosi e rischio di sovra trattamento? Resta la medicina difensiva. Non per una vera e propria difesa, ma perché è difficile dire di no in un contesto molto personale tra medico e paziente: l'uno che cerca di arrivare alla diagnosi e l'altro con aspettative di salute, diagnosi, guarigione e felicità. Nel medesimo contesto, l'appropriatezza, ancora vista come un paradigma economico per ridurre la spesa del sistema sanitario e non come la competenza del medico, che in scienza e coscienza (termini *desueti*?), in piena autonomia, decide ciò che è giusto per quel paziente, in quel momento e in quel contesto. Le linee guida non trasmettono il concetto di alleanza terapeutica (anche questo termine *desueto*?).

L'importanza e i problemi degli aggiornamenti

Passiamo all'aggiornamento: non solo è previsto per legge, ma fa parte della necessità di un *life-long learning* avvertita dal medico. Non si può gestire una professione così complessa, un'arte spesso incerta, senza tener conto dell'informazione, vivace e concreta, che accompagna il nostro percorso. Dopo trenta anni dalla laurea, di ciò che abbiamo imparato nel corso di studi resta davvero poco.

Ma l'aggiornamento spesso equivale solo al numero di crediti e alle domande *multiple-choice* che distraggono dall'attenzione di ascolto del relatore.

I crediti si esprimono in numeri, con valenza davvero variabile, e dovrebbero documentare la nostra preparazione?

Esiste davvero tutta questa opportunità di aggiornamento, senza difficili assenze sul posto di lavoro, su argomenti sempre idonei e con la sensazione vera di avere imparato qualcosa?

La recente vicenda dei medici competenti, cancellati per legge dai registri di appartenenza per mancati crediti di aggiornamento, non potrebbe forse indicare un nostro futuro intoppo per mancati crediti?

Il contenzioso

Analizziamo un'altra realtà: l'aumento del contenzioso, spesso fomentato da una pleora di avvocati in cerca di lavoro. Malasànità compare spesso su tabelloni, vetrine di attività più o meno definite. Un'autoscuola della mia città espone a grandi lettere in finestra "Errori medici e ospedalieri". Tentativi di approfondimento in loco portano alla richiesta di esibire la cartella clinica o altra documentazione di appoggio. "La esamineremo e non le costerà nulla". L'Ordine degli Avvocati che ho coinvolto non fornisce ulteriori chiarimenti. La triste realtà è che la stragrande maggioranza di queste denunce non approda a nulla. Chi per una volta ha ricevuto una busta verde con relativa

comunicazione, correrà per sempre il suono del campanello e la voce del postino ad un momento di ansia.

La serenità è difficile da recuperare, anche se siamo consapevoli che non ci sono errori e tanto meno atteggiamenti colpevoli.

Abbiamo bisogno di medici sereni, apprezzati, compresi per l'impegno che dimostrano, per la difficoltà che questa professione - che abbina la tecnica all'arte - comporta, per la comprensione che cercano di manifestare e per il ragionamento che essa comporta.

Resta da potenziare la capacità di ascolto, anche protratto, che forse aiuta nell'ipotesi diagnostica, e che sicuramente riduce la conflittualità.

Resta da rafforzare l'empatia, ricordando che **"il medico non ha a che fare soltanto con un circuito elettrico, sia pure estremamente complesso, ma con un suo simile, con una persona che vive, spera, progetta, ama, si dispera, detesta, esattamente come lui"** (da G. Federspil, Padova, 2007). ●

Il disagio medico

Sondaggio fra gli iscritti dell'OMCeO di Brescia

Testo a cura di **Angelo Bianchetti**

Direttore UO Medicina, Ospedale Sant'Anna Brescia

Da più parti viene sottolineato come il medico avverta un disagio relativo al suo ruolo ed al modo di vivere la professione. Aspetti legati all'organizzazione del lavoro, al rapporto con i pazienti e con i colleghi vengono di volta in volta ritenuti responsabili di una crescente difficoltà del medico allo svolgimento della sua professione. In questo numero di Brescia Medica sono ospitati contributi importanti e riflessioni articolate.

Abbiamo voluto ampliare la discussione con un sondaggio volto a verificare la realtà del disagio del medico e valutarne le ragioni per approfondire la riflessione sul modo di essere medici e sulle difficoltà che la professione incontra nella società attuale.

Hanno risposto al sondaggio proposto attraverso il sito dell'ordine 742 colleghi (l'11% degli iscritti), nel 55% dei casi maschi. Si tratta di una risposta molto positiva, segno essa stesse di quanto il tema sia "sentito" dai colleghi.

La fascia di età maggiormente rappresentata tra quelli che hanno risposto è quella di chi ha fra 51 e 64 anni (50%), seguita da quelli fra 36 e 50 anni (28%), il 14% di quelli che hanno risposto ha meno di 35 anni, mentre l'8% ha più di 65 anni.

I medici di medicina generale e quelli degli ospedali pubblici rappresentano la maggioranza dei *responder* (25% e 31% rispettivamente),

significativa è la proporzione dei colleghi che lavorano negli ospedali privati o come liberi professionisti (9% e 18%), nelle RSA (6%), i pediatri di libera scelta (4%), gli odontoiatri (7%).

La prima domanda che abbiamo proposto alla riflessione riguarda l'affermazione del "crescente disagio" che soffre il medico per come deve vivere la propria professione.

La quasi totalità dei colleghi è d'accordo con questa osservazione (47% completamente d'accordo, 44% abbastanza d'accordo), una minima quota è poco d'accordo (8%) o per nulla d'accordo (1%). **(Grafico 1)**

Si tratta di una risposta che, pur attesa, sorprende nella sua ampiezza: il disagio è davvero una condizione vissuta dalla quasi totalità dei medici che hanno risposto al nostro sondaggio! Interessante osservare come l'età influenza la risposta; infatti la percentuale di medici "completamente d'accordo" è minima fra coloro che hanno meno di 35 anni (32%) e massima fra coloro che hanno fra 36 e 64 anni (49%).

Questo dato è in qualche modo confermato dal fatto che il 60% degli intervistati dichiara di vivere oggi una situazione di maggiore disagio rispetto all'inizio della attività professionale, mentre il 16% si sente ora meno a disagio che all'inizio della sua attività **(Grafico 2)**.

GRAFICO 1. Rispetto alla affermazione che il medico soffre un crescente disagio per come deve vivere la sua professione, ti ritieni:

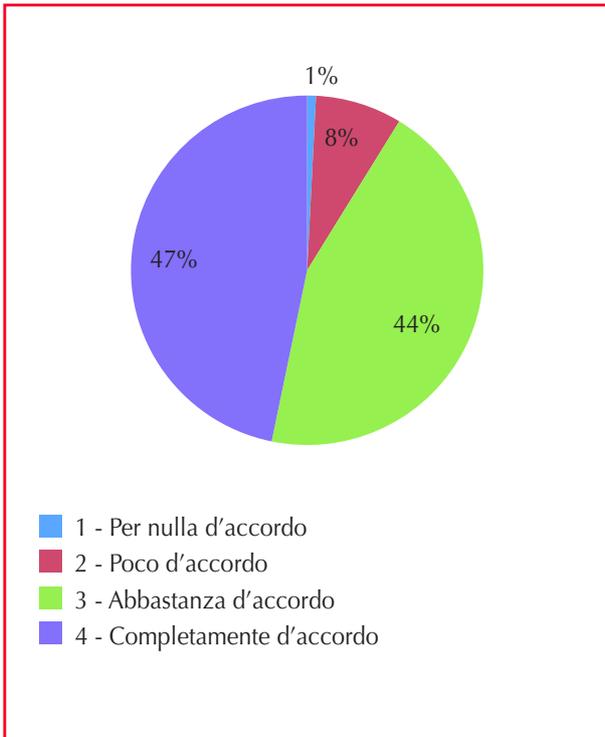


GRAFICO 2. Se oggi potesse fare un bilancio della sua attività professionale si sente, rispetto all'inizio della sua carriera:



Il disagio deriva quindi dal confronto quotidiano con una realtà professionale che si sente lontana da quella immaginata o sperata.

Fra le ragioni del disagio abbiamo analizzato alcuni aspetti organizzativi e di tipo clinico, consapevoli che questi non esauriscono le motivazioni possibili.

Fra gli aspetti di tipo organizzativo quelli ritenuti fonte prevalente di disagio sono l'eccessiva burocrazia e la scarsa tutela giuridica (rispettivamente 32% e 15%), importanti sono anche i turni di lavoro sempre più impegnativi (12%), le difficoltà nel rapportarsi con le direzioni (12%) e la poca chiarezza delle regole di sistema (11%). Non sono fonte significativa di disagio l'eccesso di innovazione tecnologica (6%) e l'interazione con le altre professioni sanitarie (5%).

Fra le ragioni di tipo clinico la diffusione della medicina difensiva è l'aspetto che determina in modo chiaro maggiore disagio (30% delle risposte), insieme al deterioramento del rapporto medico paziente (21%); la complessità dei bisogni dei pazienti fragili e pluripatologici,

le difficoltà di relazione con i colleghi che lavorano in altri servizi e le difficoltà di applicare nella pratica quotidiana le linee guida e le raccomandazioni sono ragioni considerate fonti di disagio rispettivamente nel 14%, 13% e 12% dei casi. Non sono significative fonti di disagio la super-specializzazione delle competenze (6%) e il sistema di educazione continua in medicina (5%).

L'età anche in questo caso determina una differenza nelle risposte; l'eccessiva burocrazia è la principale fonte di disagio per tutte le classi di età, anche se i più anziani ne sono particolarmente colpiti (fra chi ha più di 65 anni il 37% la ritiene fonte principale di disagio, mentre la percentuale passa al 33% fra chi ha fra 51 e 64 anni e al 28% fra chi ha fra 36 e 50 anni). La scarsa tutela giuridica è considerata significativa soprattutto dai più giovani: 19% di chi ha meno di 35 anni e 14% di chi ha fra 51 e 64 anni. I turni di lavoro impegnativi sono fonte di disagio per il 15% di chi ha meno di 35 anni, per il 16% di chi ha fra 36 e 51 anni, per il 9% di chi ha fra 51 e 64 anni e per il 7% di chi ha più di 65 anni; lasciamo ai colleghi la lettura di questo dato che si presta

a valutazioni diverse: può essere che le persone meno giovani siano favorite nella definizione dei turni e che questi quindi rappresentino realmente una minore fonte di disagio, oppure... che i "meno giovani" sono in grado di gestire meglio i turni di lavoro pesanti!

La diffusione della medicina difensiva è il principale motivo di disagio fra tutte le classi di età, anche se i colleghi più anziani sono meno influenzati da questo aspetto (fra gli ultra65enni solo il 22% la ritiene in principale motivo di disagio, mentre è il 34% fra chi ha meno di 50 anni. Il deterioramento del rapporto medico paziente è fonte di disagio soprattutto fra i soggetti adulti (26% fra 36 e 51 vs 18% in chi ha meno di 35 anni). Un dato interessante è il disagio derivante dalla difficoltà di relazione con i colleghi che è ritenuto importante dal 17% di chi ha meno di 35 anni, mentre passa all'11% fra chi ha fra 36 e 50 anni. La difficoltà di applicare linee guida e raccomandazioni nella pratica quotidiana è fonte di disagio soprattutto fra chi ha più di 51 anni (14%) rispetto ai più giovani (9%). Nella seconda parte del questionario sono state proposte una serie di possibili "azioni" o interventi per ridurre il disagio medico. È stato chiesto di esprimere il livello di accordo ad ogni

singola proposta secondo una scala: 1) per nulla d'accordo; 2) poco d'accordo; 3) abbastanza d'accordo; 4) completamente d'accordo.

Il grafico 3 presenta il livello di accordo con le "azioni" proposte. È evidente che si tratta di interventi per i quali è difficile non essere d'accordo; interessante è osservare il livello di interesse per ogni singola azione proposta che fornisce un'idea del valore dato ad ogni specifica proposta.

La "riduzione della burocrazia" e il "miglioramento della tutela giuridica della professione con regole nuove" sono le criticità sulle quali viene ottenuto il più largo consenso, indice di quanto questi elementi sono ritenuti fonte di disagio e aree necessarie di intervento. Anche interventi tesi a "migliorare la collaborazione con i cittadini-pazienti con maggiore chiarezza dei rispettivi diritti-doveri" ottengono un alto livello di consenso. Interessante osservare con un consenso molto elevato ottiene anche l'azione di "riduzione della rigidità del sistema e favorita la possibilità di cambiamento lavorativo e miglioramento di carriera basato sul merito"; questo dato va letto insieme a quello relativo alla proposta di "ridurre gli orari di lavoro" che ottiene invece

GRAFICO 3. Livello di accordo con possibili "azioni" proposte per ridurre il disagio medico. I dati esprimono il parere circa l'importanza o utilità delle proposte che seguono.

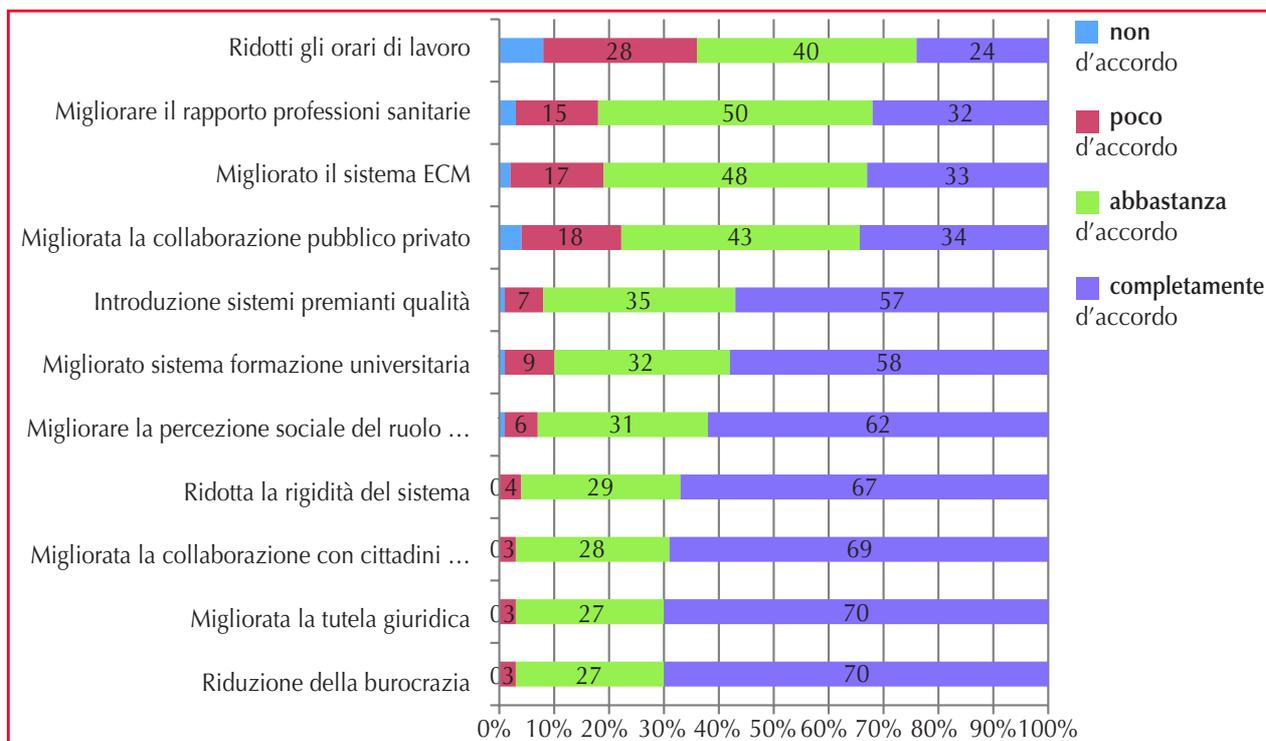
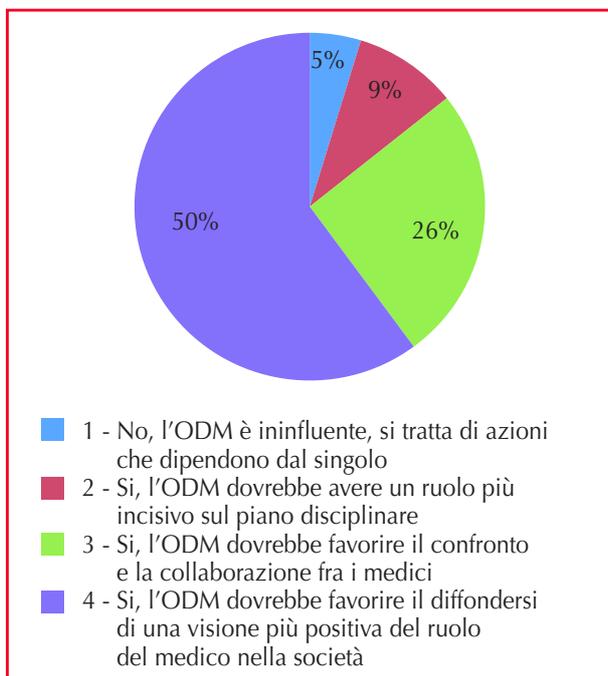


GRAFICO 4. Distribuzione delle risposte alla domanda "Ritieni che l'Ordine dei Medici possa avere un ruolo nel ridurre il disagio del medico oggi?"



un consenso basso (il più basso fra le azioni proposte). Quindi non è la quantità del lavoro l'elemento decisivo per il disagio del medico, quanto piuttosto la qualità del lavoro stesso, la rigidità del sistema, la scarsa premialità alla qualità. Il "miglioramento della percezione che la società ha del medico" e "l'introduzione di sistemi premianti la qualità" ottengono un livello di consenso meno elevato anche se significativo, così come l'azione di "miglioramento del sistema di formazione universitaria rendendolo meno teorico e avvicinandolo di più al mondo professionale".

È interessante come alcune azioni siano invece ritenute complessivamente meno importanti. Oltre al già commentato "riduzione degli orari di lavoro", il "miglioramento della collaborazione fra pubblico e privato" trova completamente d'accordo solo il 34% dei responders. Sebbene il dato ovviamente non si presti ad una lettura univoca, appare evidente come il conflitto pubblico-privato non sia ritenuto un elemento centrale nel determinismo del disagio del medico. Allo stesso modo la proposta di una azione di "miglioramento del sistema di educazione continua in medicina" trova completamente d'accordo solo il 33% dei colleghi. Anche interventi

tesi a un "migliorato rapporto con le professioni sanitarie non mediche e con gli infermieri" sono ritenuti molto rilevanti per la riduzione del disagio medico solo nel 32% dei casi.

È stato quindi chiesto ai colleghi di esprimersi sul ruolo dell'Ordine dei Medici proponendo l'affermazione "Ritieni che l'Ordine dei Medici possa avere un ruolo nel ridurre il disagio del medico oggi?"

Il grafico 4 presenta la distribuzione delle risposte ottenute; è interessante osservare come soltanto per il 5% l'ODM è ininfluente nella riduzione del disagio del medico ritenendo che questo sia un problema del singolo. Per il 9% l'ODM dovrebbe avere un ruolo più incisivo sul piano disciplinare, mentre per il 26% l'ODM dovrebbe favorire il confronto e la collaborazione fra i medici. Per la maggioranza dei colleghi il ruolo dell'ODM dovrebbe essere quello di favorire una visione più positiva del ruolo del medico nella società (60%). È evidente che non sono state esplorate tutte le possibili azioni né tutti gli elementi di possibile criticità del sistema; ugualmente i dati forniscono utili elementi di riflessione anche sulla base dell'elevato numero di colleghi che hanno risposto.

Conclusioni

Il disagio del medico è una realtà! La quasi totalità dei medici avverte un disagio crescente e questo è maggiore oggi di quanto non fosse in passato. L'eccessiva burocrazia e la scarsa tutela giuridica sono le principali fonti di disagio fra gli elementi organizzativi. Fra gli elementi clinici la diffusione della medicina difensiva e il deterioramento del rapporto medico paziente sono considerati gli elementi che maggiormente determinano disagio. L'età ha una influenza sulla percezione del disagio e sulle sue cause. Le azioni considerate più efficaci per ridurre il disagio del medico sono la riduzione della burocrazia, il miglioramento della tutela giuridica della professione con regole nuove, il miglioramento della collaborazione con i cittadini-pazienti con maggiore chiarezza dei rispettivi diritti-doveri. L'Ordine dei Medici è vissuto come uno strumento di politica "attiva" e di promozione del ruolo del medico nella società e come occasione di confronto fra i colleghi.

Alla ricerca della gratificazione perduta

Viaggio nel disagio medico fra vissuti, cause e possibili soluzioni

Testo a cura di Lisa Cesco
giornalista



Lo stress e la burocrazia, le storture del sistema e le aspirazioni frustrate, l'incomunicabilità fra colleghi e l'incertezza sulle regole: l'Ordine indaga sul disagio medico. Con tre vie d'uscita: flessibilità, realismo e capacità di unire le forze verso obiettivi comuni.

Hanno partecipato:

Gianpaolo Balestrieri, Direttore responsabile di Brescia Medica

Ottavio Di Stefano, Presidente dell'Ordine dei Medici

Adriana Loglio, Medico di Medicina generale

Fabio Pederzani, Medico di Medicina generale

Cristiano Perani, Medico di Pronto Soccorso, Spedali Civili di Brescia

Diego Cesare Pezzola, Medico 2^a Chirurgia Generale, Spedali Civili di Brescia

Alfonso Piccoli, Responsabile U.O. Medicina, Istituto Clinico San Rocco di Ome

Alessandro Pozzi, Medico U.O. Gastroenterologia, Spedali Civili di Brescia

Intissar Sleiman, Medico U.O. Geriatria, Fondazione Poliambulanza, Brescia

Roberto Stellini, Medico Clinica di Malattie Infettive e Tropicali, Spedali Civili di Brescia

Pressati da turni e orari di lavoro sempre più impegnativi, messi a dura prova da una burocrazia pervasiva, schiacciati dal ruolo preponderante assunto dalle tecnologie, sopraffatti dalla difficoltà di relazione con i pazienti, dal faticoso rapporto con i colleghi, con direzioni sanitarie e Asl, i medici sono chiamati a misurarsi con un disagio crescente. Ansia, stress, rabbia e frustrazione, fino ai limiti del burnout, sono condizioni sempre più avvertite dalla categoria, sia fra i medici dell'ospedalità pubblica e privata, sia fra i medici di medicina generale.

Un problema sentito su cui l'Ordine dei Medici ha voluto aprire una riflessione, proponendo un Forum sul disagio medico pensato come occasione di confronto fra i professionisti del territorio, attraverso un dibattito a più voci che si presta a inedite chiavi di lettura.

Chi si occupa del benessere del medico?

«Ne parliamo perché siamo l'Ordine, e il benessere dei colleghi ci sta a cuore», sottolinea il direttore di Brescia Medica, **Gianpaolo Balestrieri**, evidenziando un sorprendente dato di partenza: «Siamo invasi da indicatori sulle cure, i processi, gli esiti, la soddisfazione dei pazienti, ma non esiste nella pratica nessun indicatore di qualità sul benessere del medico, nonostante in letteratura sia dimostrato che dove ci sono medici, ci sono elementi di disagio e di stress».

Le cause identificate sono un carico di lavoro in continuo aumento, la peculiarità della professione medica che pone a contatto con la sofferenza, il disagio, la morte e di conseguenza implica un coinvolgimento dal punto di vista psicologico, «senza dimenticare la nostra formazione, che non ci invita ad essere espliciti su questi aspetti: il medico per sua natura deve stare bene, diversamente sembra configurarsi una debolezza che non fa parte dell' "idea" di medico». Questo non è un problema esclusivamente italiano, ma della professione, che può ripercuotersi anche sulle cure: «La quota di errori medici, complice

Qualche dato statistico del Centro Studi Fnomceo può aiutare a inquadrare meglio il problema, come suggerisce il Presidente dell'Ordine **Ottavio Di Stefano**.

L'età media dei medici italiani è di 50,8 anni, ed è più alta rispetto a quella delle altre nazioni. Il 52% dei professionisti si colloca nella fascia di età dai 50 ai 59 anni. «Ogni anno le Università italiane diplomano 9 mila laureati in Medicina, ma nelle Scuole di specialità sono disponibili solo 5-6 mila posti (compresi quelli per la formazione dei medici di Medicina Generale) – afferma Di Stefano – Questo significa che ogni anno 3 mila medici abilitati non hanno accesso alle specialità». In Italia ci sono 4,1 medici per mille abitanti, percentuale più alta rispetto alla media dei Paesi Ocse, che è di 3,2 per mille.

il distress psichico e il sovraccarico da turni di lavoro, tende inevitabilmente ad aumentare», osserva Balestrieri.

«Io ho amato moltissimo il mio mestiere e ho avuto il privilegio di potermi realizzare nella professione che ho scelto – spiega Di Stefano – La medicina negli ultimi decenni ha conosciuto una radicale evoluzione, sia sul versante diagnostico che terapeutico: è mancata, tuttavia, una equivalente crescita del sistema dal punto di vista organizzativo, sistema che non è riuscito ad adeguarsi alle nuove frontiere della professione». Determinante, dal punto di vista professionale e umano, «è stata la forza del gruppo di colleghi con cui ho avuto il privilegio di lavorare: questo ha consentito di sopportare le storture del sistema».

Hic sunt peones

Il disagio può avere diversi volti, come quello di chi, dopo molta fatica e impegno, non si vede riconosciuto il traguardo auspicato nelle posizioni di vertice. «Al netto di pochi che riescono

a raggiungere l'apice della carriera, la stragrande maggioranza di noi vivrà sempre da "peones"», argomenta **Stellini**. «Al di là dell'anzianità che da sola non fa titolo, molti medici ospedalieri, arrivati a un certo punto della propria carriera, forti dell'esperienza e delle competenze maturate, sentono la necessità di poter diversamente contribuire all'organizzazione del lavoro dell'azienda, conciliando conoscenze e nuove esigenze».

Ma i primariati e le posizioni apicali sono necessariamente limitati e non vengono sempre promossi modelli organizzativi che consentono di valorizzare e gratificare le specifiche qualità e conoscenze.

La frustrazione può così portare a reazioni diverse: «Alcuni possono pensare "a questa struttura ho dato tutto, non vengo riconosciuto, tiro i remi in barca e vada come vada". Molti, per fortuna, continuano a trovare nella relazione con il paziente e nel rapporto di confronto e stima dei colleghi di varie discipline la gratificazione per il loro impegno umano e professionale». L'immagine della quotidianità di questi professionisti - evocata da Stellini - è quella di una traversata in un mare agitato. Scoprendo che, nonostante tutto, «si ha ancora voglia di fare, e di continuare a remare».

Bisogni del paziente e risorse del sistema: un elastico che tira

Un settore ad alto rischio stress e burnout è quello del Pronto Soccorso e della medicina d'urgenza dove il livello di adrenalina, ma anche di passione, non scende mai sotto la soglia di guardia. «Per me la medicina d'urgenza è stata una scelta: mi piace quello che faccio, pur essendo un contesto stressante», ammette **Perani**.

Il disagio più avvertito è lo squilibrio fra la domanda dell'utente e le risorse del sistema che sono sempre più ridotte: «Ci sentiamo schiacciati fra incudine e martello, abbiamo sempre meno tempo per parlare con il paziente. In Pronto Soccorso il momento di visita e colloquio dura in media 3 minuti, e nel frattempo

devo scrivere al computer, quando mi piacerebbe guardare negli occhi il paziente». È la "gestione del sistema" a dettare i ritmi; così saranno anche rispettati tempi e indicatori prefissati. Ma nei medici la sensazione che resta è di «non poter offrire quello che vorresti - dice Perani - Siamo in grado di dare il massimo nell'approccio tecnico-scientifico, ma manca il tempo per costruire un proficuo rapporto col paziente che abbiamo davanti». Alcuni, fra servizio in Pronto Soccorso e sui mezzi del 118, vanno rapidamente in burnout.

Per sua natura ogni giornata in Pronto Soccorso è diversa dall'altra, perché l'affluenza degli utenti è imprevedibile: l'organico in servizio deve riuscire a coprire tutto, secondo la logica dell'elastico che si tende nei momenti di maggiore richiesta e si restringe quando la domanda scende. «Questa continua tensione ha inevitabili ripercussioni sui medici e gli infermieri e oggi, con bisogni in crescita e risorse ridotte, l'impressione è solo di un elastico che tira».

Tecnologia, solitudine e frustrazioni

Anche il medico di Medicina Generale, seppure in un contesto diverso, si trova a gestire ansie e frustrazioni, generate innanzitutto dall'inadeguatezza del sistema.

«I carichi di lavoro sono aumentati, la tecnologia è implosa e non è adeguata a supportare tutti gli adempimenti burocratici che ci vengono richiesti, fra linee telefoniche obsolete e piattaforme online che si bloccano con facilità - sostiene **Pederzani** -

Questo non significa una contrarietà a priori, ben venga la tecnologia, se però non ci fa perdere il rapporto con il paziente».

Un altro aspetto non trascurabile è la solitudine del medico: «Nella Medicina Generale ognuno lavora solo, in una dimensione individualista che genera maggiore stress e che forse potrà essere ridotta dalla nuova prospettiva del lavoro di gruppo».

Non aiuta nemmeno il rapporto con i

colleghi ospedalieri, «che rimane molto conflittuale in un contesto di regole esasperate – afferma Pederzani – Si sente la mancanza di un confronto all'interno del mondo medico, impasse che sarebbe superabile se tutti fossero a conoscenza delle regole e le rispettassero, in un'ottica di unità della categoria, di una visione unica del medico».

Un medico, due divise

C'è chi, come **Alfonso Piccoli**, ha scelto la sanità privata accreditata «per voglia di autonomia». «Ed effettivamente si può arrivare a raggiungere una certa autonomia, ma il nodo vero sta nella doppia uniforme che dobbiamo indossare: quella di agente che va verso il paziente e quella di figura che deve controllare le risorse – spiega Piccoli – Il paziente vede in noi una figura contraddittoria e si chiede “è qui per me o anche per altro?”». Eppure «se c'è qualcosa che può dare gratificazioni è ancora la relazione medico-paziente, ma è resa difficile da tempi limitati, dalla necessità di dare a tanti nello stesso momento, dalla fatica di dover stare attenti a troppe cose, alla cartella clinica contestata perché manca una firma: tutto questo crea occasioni di disagio». Secondo Piccoli la questione va analizzata ancora più a monte, nel gap formativo che si origina al momento della preparazione curricolare, che rimane ancora

lontana dalla pratica e genera idee destinate a scontrarsi con la realtà e la fatica quotidiana.

«C'è voglia di fare ancora questo mestiere, ma consapevolezza che davanti a noi abbiamo tante sfide da affrontare». Una di queste è il rapporto con i familiari del paziente, come sottolinea Pozzi: «Sembrano lì per dirti che non hai fatto abbastanza o hai fatto troppo. La televisione e i nuovi media come internet veicolano messaggi che fanno crescere le aspettative, e tu come medico non puoi sottrarti, ma tutto questo genera stress e arrabbature».

Quantità non fa rima con qualità

«Il vero problema sta nel sistema che

è ingessato», osserva Pezzola offrendo la sua visione di chirurgo ospedaliero. «La nostra prestazione qualitativamente parlando non viene valutata: non esiste la qualità in sanità». Secondo Pezzola il management sanitario nazionale non pare avere l'adeguata competenza per decidere un importante cambio nella distribuzione delle risorse, alla luce di scelte etiche molto difficili da prendere per chi, non medico, vede le malattie senza comprendere il malato. «Mancano i soldi, non sappiamo scegliere le priorità, la politica dovrebbe fare un importante passo indietro nei momenti decisionali importanti». Necessario, per la categoria, ripartire dall'etica medica, «primo valore di cui siamo carenti».

La qualità è uno snodo centrale anche per **Pozzi**: «Il problema è che facciamo i medici ma veniamo valutati secondo parametri ignobili, se facciamo le ricette rosse o se timbriamo la Siss; se sbagli diagnosi e non ti denunciano, per l'Amministrazione non c'è nessun problema! – spiega – La questione sta nella valutazione quantitativa, e non qualitativa, del nostro lavoro».

Sul problema delle valutazioni esiste un idem sentire fra ospedalieri e medici di base perché – come conferma **Pederzani** – è proprio l'assenza di controlli sulla qualità che incrementa il malessere medico. «Se ci si limita alla valutazione dei tetti di spesa e al numero di ricette effettuate in Siss – dice Pederzani - anche se la categoria medica riuscirà a migliorare culturalmente, sarà difficile confrontarsi con un sistema che chiede quantità e non qualità».

Siamo medici, non amanuensi

A complicare le cose, per i medici di Medicina Generale, è un disagio profondo legato sia ai problemi quotidiani di lavoro, sia alle numerose incombenze «che gli altri non vogliono fare e che vengono riversate sul medico di medicina generale», dice **Loglio** ricordando, a titolo di esempio, le ricette alla dimissione, i certificati di malattia, il rispetto delle note Aifa, le prescrizioni off label, senza contare l'aggiornamento degli indirizzi e delle

esenzioni. «Incombenze che di clinico non hanno niente: ci fanno fare di tutto e noi non siamo capaci di rivendicare il nostro ruolo di professionisti intellettuali e non di amanuensi: così facendo, e se non definiremo con chiarezza l'atto medico, finiremo con l'essere sostituiti da un "operatore tecnico esperto"».

Anche dal punto di vista contrattuale pesa l'inquadramento dei medici di base come liberi professionisti convenzionati, «che come tali hanno tutti gli obblighi di un dipendente, senza conoscerne i benefici, ma si devono assumere tutti i problemi e le incombenze dei liberi professionisti».

Non a caso **Loglio** cita le statistiche sui pensionamenti, ricordando che se nel 2001 solo il 2,5% dei medici di famiglia andava in pensione prima dei 65 anni, nel 2010 la quota è salita al 27%. Specularmente, nel 2001 quasi l'80% decideva di rimanere in studio fino ai 70 anni, nel 2010 meno del 50% ha fatto questa scelta.

Fattore tempo e medicina difensiva

Il malessere del medico, soprattutto in ospedale, è legato al fattore tempo: «Non c'è mai tempo a sufficienza per parlare con malati e familiari, non c'è abbastanza tempo per studiare, per confrontarsi con i colleghi – afferma **Sleiman** – Tutto è sempre più veloce, più compresso e anche l'assenza di regole comuni non aiuta: ad esempio nel valutare l'opportunità di mettere la Peg a un paziente tutte le strutture dovrebbero seguire la stessa linea, ma così non accade, e il risultato è che si creano fraintendimenti e il medico naviga a vista nel rapporto con le persone». In più, come sottolinea **Pozzi**, «l'ospedale viene caricato anche da casi che in realtà non richiedono risposte mediche perché si riferiscono più che altro a bisogni sociali, come la necessità di assistenza o di una badante – spiega – Tutto questo, combinato alla scarsa progettualità temporale (si decide oggi per domani) non fa che gravare il lavoro del medico, incrementando lo stress».

Non secondario, quando si parla di disagio, è il problema delle cause intentate contro i medici, con alcune

specialità particolarmente bersagliate.

«L'assicurazione di un chirurgo costa 12 mila euro l'anno – rivela **Pezzola** – Basta parlare dei medici come colpevoli fino a prova contraria, non dimentichiamo che la medicina difensiva parte da questo atteggiamento». Davanti a un surplus di visite ed esami prescritti per mettersi al riparo da eventuali contenziosi, anche **Perani** sposa la filosofia del "less is more", fare di più non significa fare meglio.

«Forse stiamo davvero facendo troppo, l'overdiagnosis è una realtà, ma il problema sta nella prassi ormai consolidata, a rompere gli schemi si fa molta fatica». Ma in un'ottica costruttiva, dove è possibile trovare risorse e motivazioni per ridurre il malcontento medico? E più in generale, quali cambiamenti di sistema potrebbero favorire un approccio più appagante alla professione?

Meglio camici che pigiami

Una via d'uscita può essere quella di porre delle priorità rispetto a quanto sta accadendo, relativizzando gli aspetti negativi. Il monito di **Stellini** quando si confronta con i giovani medici alle prese con le prime frustrazioni è emblematico in tal senso: «Ricordatevi che avete la fortuna di indossare un camice e non il pigiama». Un modo per ritornare con i piedi ben saldi a terra, «che ti mette nelle condizioni di essere sereno, per entrare in empatia e fare il bene del paziente». Proprio grazie alle nuove leve, peraltro, la professione può ritrovare uno slancio inatteso. «La presenza degli specializzandi in reparto è importante, ai giovani medici devi dare, ma anche loro ti danno molto – dice Stellini – perché ti portano la loro freschezza e "misurandoti" quotidianamente ti rinnovano lo stimolo a studiare e approfondire. Anche grazie a questo, alla fine della giornata, ho lo sguardo avanti e cose belle della professione da ricordare». La formazione e il rapporto tra pari, abbinata a un rinnovato protagonismo dei medici sono per **Piccoli** la chiave per uscire dall'impasse. «Perché – dice – se lasciamo che sia qualcun altro a scegliere, forse un po' ce la siamo cercata anche noi».

Il rapporto col paziente ci salverà

«Buondì Dott, sono stato dimesso, nuova vita, sono felicissimo». Un sms inviato da un paziente “preso per i capelli” e riportato alla vita, che **Pezzola** legge con orgoglio, spiegando che «un messaggio così vale una tredicesima».

Dunque la relazione con i malati può rappresentare una nuova linfa per ritrovare le motivazioni perdute. Ma dipende dai contesti: in Pronto Soccorso, ad esempio, i ritmi di “frontiera dell’ospedale” sono talmente stringenti che «la gratificazione del rapporto con il paziente è ricercata costantemente ma si fa fatica ad ottenere», ammette **Perani**. Nemmeno dal punto di vista economico si trova una ricompensa. E allora si esplorano nuove strade. «Spesso la gratificazione viene cercata fuori – afferma Perani - io la trovo nell’attività di formazione e didattica, cogliendo l’entusiasmo delle persone che vengono preparate».

Il malessere della professione si combatte anche con flessibilità e una mente aperta al cambiamento. «Gli scenari della medicina sono radicalmente cambiati, se un tempo si lavorava sull’acuto, oggi si tratta in prevalenza la cronicità: anche il medico di medicina generale è chiamato a un salto culturale, ed è certo che se non intende rivedere il proprio raggio d’azione, il disagio aumenterà», sottolinea **Pederzani**. I problemi non possono essere negati, dagli scarsi investimenti sul territorio a scelte troppo ospedalocentriche, «ma è necessario cominciare facendo autocritica da parte della medicina generale», sostiene Pederzani, interrogandosi ad esempio sull’esplosione degli accessi inappropriati in Pronto Soccorso, un’ampia casistica che potrebbe essere gestita dal medico di famiglia.

Abbatte le barriere tribali

«Non abbiamo in mano il sistema, ma le scelte sulla salute dei pazienti passano dalle nostre mani». Un apparente paradosso, quello citato da **Pezzola**, che si spiega anche con una “colpa atavica” dei medici: «Siamo sempre l’uno contro l’altro, non uno a fianco dell’altro. Siamo una

categoria che non fa categoria», faticando quindi a fare quadrato per tutelare interessi comuni.

Per cambiare le cose è necessario “abbattere le barriere tribali”, secondo una fortunata definizione della rivista Lancet, ovvero accorciare le distanze fra le diverse specialità, ritrovare la via del dialogo fra professionisti, unirsi verso obiettivi condivisi. Un proposito non facile, visto che «spesso siamo autoreferenziali, non ci confrontiamo molto tra di noi e non siamo mai d’accordo», fa notare Sleiman.

«Il problema non è solo quello di essere armati l’uno contro l’altro, ma anche l’incapacità di fare lobby, la remissività della classe medica che viene inevitabilmente calpestata – sostiene Loglio – Dovremmo interessarci di più della politica, per non lasciare in mano le scelte a persone che hanno poca competenza e che più che razionalizzare la spesa la stanno razionando, puntando solo su criteri economicistici».

Anche a livello ospedaliero si possono individuare rimedi per migliorare la quotidianità lavorativa. «Una soluzione potrebbe essere quella di coinvolgere i medici nelle scelte organizzative del reparto, che oggi passano sempre sopra i “peones” - suggerisce Sleiman – Si pensi ad esempio a turni e guardie che vengono decisi dall’alto, senza il coinvolgimento di chi deve farli realmente».

Un aspetto su cui tutti concordano è che per il benessere del medico conta moltissimo il clima o “microclima” del reparto. Quell’atmosfera che non solo i medici, ma anche i pazienti percepiscono all’istante, entrando in corsia: «In questo c’è una grande parte che ciascuno di noi può fare», osserva Balestrieri, perché andare a lavorare la mattina ed essere contenti, o non esserlo affatto, fa una grande differenza. ●

Assemblea Annuale

Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Brescia

Brescia 19 aprile 2015

Relazione del Presidente Ottavio Di Stefano

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

"Tutte le famiglie felici sono simili le une alle altre; ogni famiglia infelice è infelice a modo suo", Anna Karenina, Lev Tolstoj

I colleghi meno giovani, che oggi riceveranno un segno simbolico di testimonianza per tanti anni di lavoro ed impegno professionale, comprendono a pieno il senso di questa frase. Mi scuseranno le giovani ed i giovani che oggi giurano, se mi permetto di illustrare loro come tutti noi dovremmo leggere queste parole.

Voi incontrerete l'infelicità, in forme certamente diverse.

Incontrerete, in un percorso di professione

che inizia oggi e che non ha termine alcuno, donne e uomini che vi parleranno della loro vita, che è cambiata per situazioni più o meno gravi.

Voi incontrerete il piccolo disagio, del tutto risolvibile, ma che va comunque rispettato. Diventerete coprotagonisti di drammi improvvisi che sconvolgono la vita, le vite e le segnano per sempre. Incontrerete insomma il dolore radicale che separa se stessi dagli altri e gli altri da sé. Dolore che si trasforma in indifferenza o dedizione eroica di chi sta vicino a chi soffre.

Voi non dovete essere né indifferenti né eroi.

A voi d'ora in poi spetta il rispetto. Il rispetto per il dolore di chi lo prova e di chi con lui o con lei lo condivide. Rispetto vuol dire competenza, vuol dire ancora studio, continuo ed aggiornato. E ritornano in mente le notti infinite sui

libri, il timore paralizzante degli esami e le ansie del primo approccio con il paziente, così lontano, nella sua soggettività ed oggettività, da quanto studiato con tanto impegno e diligenza.

Rispetto vuol dire avvicinarsi a chi si affida. Sembra una frase fatta, una frase ad effetto ed allora ancora mi rivolgo ai meno giovani ed in molti, onestamente, vi diranno che questa distanza è grande e, nel nostro tempo, ancora più grande. Basta passare dall'altra parte per rendersene pienamente conto.

La rivoluzione delle conoscenze e delle tecnologie degli ultimi decenni ha determinato un eccezionale miglioramento della diagnosi e della cura dei nostri malati. Abbiamo raggiunto traguardi impensabili, misurabili perfino nello spazio temporale di una vita professionale, spazio storicamente e scientificamente irrisorio. Ed è facile passare dall'idea del paziente soggetto al paziente oggetto della tecnologia avanzata. L'oblio del soggetto, diceva già nel 1993 *Hans-Georg Gadamer*, porta a qualificare la medicina non più come arte, ma come scienza o forse addirittura solo come tecnica.

In medicina la relazione fra medico e paziente ha un ruolo ineliminabile. Molti dicono che questa debba esser del tutto simmetrica. Certo sul piano umano ciò è assolutamente vero, quindi è importante la necessità di un'informazione completa e comprensibile con tempi e modi adeguati.

Ma il paziente per quanto informato (o già informato) non possiede il privilegio, che è tutto nostro, di cogliere l'essenza clinica che, pur non potendo prescindere da conoscenze tecniche competenti, è fatta di esperienza, sensazioni, intuizioni, pensamenti e ripensamenti.

Può colpire il termine privilegio, ma è invece l'elemento solidale di questo rapporto. E questo ve lo possono insegnare solo i meno giovani cui dovrete "rubare il mestiere".

Ai medici si imputano, a volte anche con ragione, tante insufficienze.

In questo caso no.

Cercate e troverete sempre un maestro

disponibile come è nel ricordo e nella riconoscenza di tutti noi. Raccontare il dolore può portare un velo di tristezza grigia in questo, che per tutti noi, è il giorno dell'incontro, del ritrovarsi, dei traguardi raggiunti, insomma, con tutti i nostri limiti, del sentirsi parte di una comunità. Ma sono proprio questi i fondamenti del nostro lavoro.

Rispetto e rapporto intenso e affettivo per chi ti si affida, danno (e daranno a voi) ragione del senso della nostra professione, che poi è la nostra vita. Questi sono i temi che hanno animato il dibattito del Consiglio Direttivo di questo Ordine.

La linea di questo Ordine: fare cultura

I medici bresciani che da pochi mesi ci hanno riconfermato la fiducia per il triennio 2015-2017, cosa si devono aspettare dal loro Ordine?

Proseguiremo su questa linea.

La linea di fare cultura. Non vi sembri presuntuoso ed ardito questo annuncio. Noi abbiamo sperimentato un metodo. Le analisi e gli spunti sul nostro modo di proporre formazione ed informazione nascono in Consiglio Direttivo (ringrazio tutti i consiglieri davvero), ma la loro realizzazione si attua con il coinvolgimento di tantissimi colleghi di alto profilo di cui la nostra

Resoconto formazione triennio 2012-14

Abbiamo progettato ed erogato in totale 117 eventi di cui:

- 98 eventi residenziali ECM dell'Ordine;
- 6 eventi residenziali ECM dei FAD della FNOMCEO;
- 3 eventi residenziali NO ECM.

Abbiamo formato 6.598 professionisti della sanità e rilasciato un totale di 52.878 crediti formativi ECM.

I relatori intervenuti ai nostri convegni sono stati 1.011.

comunità è ricca. La disponibilità è stata assoluta. Non ricordo un diniego ad un nostro invito.

Abbiamo arricchito le nostre iniziative anche con esperti esterni ed anche qui abbiamo avuto ampie disponibilità (con l'eccezione dei colleghi del Regno Unito, ma si sa, gli inglesi sono difficili e, come cantavano i Beatles in Hello goodbye, "Tu dici di sì, io dico di no").

Da anni abbiamo abbandonato le lezioni frontali ed abbiamo cercato di capire il mondo reale, la clinica quotidiana, sempre più povera di tempo clinico e fatta di relazioni difficili fra noi medici, fra i setting di cura del territorio e dell'ospedale, con rapporti incompiuti ed inattuali con le altre professioni non mediche.

Vi è stato un regista infaticabile, colto e che ha lavorato senza risparmio, **Germano Bettoncelli**, devo dire affiancato ad un giovane, ma ottimo, aiuto regista, **Lorenzo Zanini**.

Ci siamo chiesti: noi e la medicina siamo

all'altezza delle sfide della modernità?

L'epidemiologia è mutata. Diceva J.P. Assal, quando era referente per l'OMS, sull'educazione nella malattia cronica:

"...La lingua madre in medicina è la malattia acuta. È venuto il momento, per gli operatori sanitari, di imparare un'altra lingua, quella della malattia cronica."

Oggi il nostro malato è il paziente cronico, anziano, con polipatologia. Le risorse non sono più illimitate e il sistema ne richiede sempre di più.

E compare sullo sfondo del proscenio un'ombra con un flebile sussurro.

Qualche tempo fa era poco nitida, ma negli ultimi anni si è sempre più definita e non sussurra, ma con tono alto e chiaro, pone una domanda centrale.

La solidarietà e l'universalità del Sistema Sanitario Nazionale sono ancora economicamente sostenibili?

Mondata dalle strumentalità, la domanda è davvero essenziale ed infatti percorre la letteratura internazionale negli ultimi anni ed interroga tutti noi.



La nuova parola chiave dei tanti convegni ed incontri sul tema è sempre la cura, la presa in carico o meglio il prendersi cura del paziente cronico e del territorio, l'ospedale e la cura dell'acuzie e della riacutizzazione.

Si liberano così risorse a favore della sostenibilità del sistema.

L'equazione teorica è semplice, quasi disarmante. La sua soluzione in termini pratici è difficile e non immediata.

“Nessun paese è ricco abbastanza per erogare a tutti i cittadini ogni cosa che la medicina moderna può offrire. È necessario trovare alternative che siano socialmente accettabili, costi efficaci ed economicamente sostenibili. La soluzione a portata di mano è la Primary Health Care. Questa è l'unica strada per realizzare la giustizia sociale nei sistemi sanitari”

queste parole premonitrici risalgono al 1986 (Hannu Vuori WHO).

Dobbiamo attrezzarci al cambiamento che coinvolgerà tutti gli attori del sistema. Ristrutturare radicalmente le cure primarie.

Dovremo inventarci o reinventarci una rete di relazioni/interazioni fra medici del territorio e specialisti.

Ripensare il rapporto con le professioni sanitarie non mediche nel rispetto delle rispettive responsabilità professionali, abbandonando stereotipi di sudditanza. Il mondo della sanità è in fermento.

La proposta politica è ancora indefinita ed a tratti contraddittoria, il Patto della Salute e la riforma della Regione Lombardia sono ancora in fieri. All'Ordine non compete alcun intervento su gli assetti organizzativi, ma è senz'altro nella nostra *mission* porre il tema “culturale” della professione nella medicina di un futuro che appare ormai prossimo. Le nostre iniziative formative ed informative, in linea con il triennio scorso, saranno quindi improntate ad analizzare e proporre modelli di cura che ci consentano di affrontare con competenza i nuovi assetti.

L'Ospedale

Non abbiamo dimenticato l'ospedale.

Nei prossimi mesi parleremo dell'Ospedale del futuro. Avevamo chiesto un aiuto ai colleghi inglesi autori del Rapporto Future Hospital, ma come dicevamo prima questi sono molto impegnati.

Per fortuna disponiamo di grandi esperti italiani che hanno già garantito la loro disponibilità. Al di là degli aspetti snobistici la proposta inglese è completa ed innovativa e costituirà senz'altro un'ottima base di discussione (*Royal College of Physicians - Future hospital: caring for medical patients, September 2013*).

Ma non è sufficiente abbattere “le barriere tribali” (*The Lancet 2010*) fra i vari *setting* di cura, altre importanti questioni vanno affrontate.

Le cito solo per parole chiave: prevenzione, scegliere saggiamente, rapporti fra medicina pubblica ed accreditata e, non ultima, la lotta alla corruzione.

Noi ci impegneremo sull'analisi tecnica e culturale dei campi di nostra competenza. Consentiranno questi cambiamenti il recupero, essenziale per i medici ed i pazienti, del tempo clinico, ora soffocato dalla burocrazia e dalla vetustà dell'organizzazione?

Consentiranno questi cambiamenti di mantenere la sostenibilità del sistema?

Noi crediamo fortemente di sì.

Noi crediamo fortemente nel valore etico del nostro sistema universalistico e solidaristico.

Noi crediamo fortemente che la titolarità del diritto alla salute, costituzionalmente garantita, sia un valore irrinunciabile della nostra convivenza civile. Salvate il soldato Ryan? Salvate il SSN. (Prima pagina del numero di marzo-aprile-maggio della nostra rivista).

Noi cerchiamo e cercheremo di dare le nostre risposte e siccome, affidandomi ad un detto antico, la speranza è l'ultima a morire, ci aspettiamo altrettanto dagli altri portatori di interesse. La nostra rivista

ha cercato di intercettare i temi clinico-organizzativi attuali che “agitano” la medicina. Il comitato di redazione ha lavorato con impegno serio cercando di indagare aspetti meno usuali della professione, quali le motivazioni delle scelte di “fare il dottore” e l’impegno di molti medici bresciani nel terzo mondo. Abbiamo tastato il polso dei nostri iscritti con sondaggi partecipati e parlato di Formazione e di Medicina difensiva. Cerchiamo e cercheremo di essere una tribuna di dibattito libera ed aperta a tutti. A voi giudicare. A me spetta un ringraziamento sincero al direttore della rivista Dr. **Gianpaolo Balestrieri**. Affronteremo temi “scomodi” di bioetica: il rapporto con il paziente difficile, le cure palliative...E qui saremo veramente neutrali, *super partes*, ascoltando e rispettando tutte le opinioni ed offrendole al confronto libero e serio.

I Pomeriggi della Medicina

Siamo al secondo anno dell’esperienza dei nostri Pomeriggi della Medicina organizzati con il Comune di Brescia e con il sostegno della Fondazione ASM. Si tratta di incontri con il pubblico, con la gente. Interpretare le aspettative sui grandi “dilemmi” della medicina moderna con una divulgazione chiara, innovativa e oggettiva è stata la sfida. Nessun tono da medicina trionfale pur parlando delle innovazioni biotecnologiche e della speranza di cura ad esse connessa, ma un dialogo aperto anche sul disagio vissuto da chi diventa paziente e che spesso non trova ascolto e tempo. Grazie ai relatori ed al loro impegno. Grazie agli attori del Centro Universitario Teatrale CUT la Stanza dell’Università Cattolica. Proprio nelle situazioni in cui incontriamo “la gente”, non sta a noi giudicare l’esito, ma certamente la risposta così numerosa e ci pare appassionata dei bresciani ci conforta e ci stimola a proseguire. Fino ad ora avete sentito tante parole, forse troppe, su temi che ognuno può giudicare liberamente come importanti, profondi o non rilevanti, addirittura insignificanti. Ed aleggia in questa sala una domanda, un poco perfida, ma legittima.

ATTIVITÀ DISCIPLINARE ANNO 2014

convocazioni ex ART. 39 DPR 221/50	n. 33
riunioni commissione disciplinare	n. 8
aperture procedimenti disciplinari	n. 4
casi valutati dalla commissione non luogo a procedere	n. 7
esiti procedimenti:	
archiviazioni	n. 2
avvertimenti	n. 3
tentativi di conciliazione	n. 6
(di cui 3 andati a buon fine)	

Ma alla fine a cosa serve l’Ordine?

Queste le competenze istituzionali:

1. *La tenuta dell’Albo Professionale.*
2. *Designare rappresentanti in seno alle Istituzioni locali.*
3. *Promuovere l’aggiornamento culturale degli Iscritti.*
4. *Collaborare con le Autorità locali.*
5. *Esercitare il potere disciplinare nei confronti dei propri Iscritti.*
6. *Interporsi, se richiesto, nelle controversie fra sanitario e sanitario o fra sanitario e Paziente o Enti.*

Dove va l’Ordine?

Noi abbiamo l’ambizione che la nostra sede in futuro serva solo come punto di incontro aperto per convegni, dibattiti, pareri e consulenze, ma che tutti i servizi di segreteria possano diventare on line. Investiremo, grazie alla revisione della spesa attuata in questi anni, nella “completa” digitalizzazione degli uffici e come detto dei servizi. La casella individuale di posta elettronica certificata per ogni iscritto è già disponibile e gratuita, per le informazioni vi rimando al nostro sito internet. Abbiamo altri programmi. Ne cito uno solo: revisione dell’albo con richiesta agli iscritti di un curriculum strutturato. Dietro a

tutto questo, in silenzio, l'inossidabile segretario. Chiedi a **Platto** e la cosa si fa. Grazie Bruno. Nel maggio 2014 è stata approvata la nuova versione del Codice di Deontologia Medica. Il Consiglio Direttivo vi ha dedicato ore di dibattito, ma senza la mole di lavoro e di analisi di Adriana, la Dr.ssa **Loglio**, per chi non conosce questa istituzione, non avremmo visto molti dei nostri emendamenti approvati a livello nazionale, anche se sono rimasti alcuni distinguo da parte nostra. **Il nostro Codice va rispettato.**

Esercitare "il potere" disciplinare vi assicuro è un compito veramente arduo, che interroga le coscienze. Abbiamo cercato e cercheremo di essere il più oggettivi possibile, di non cedere a sollecitazioni di giudizi sommari che forse avrebbero reso più popolare l'Ordine, ma avrebbero leso il mandato per cui oggi siamo qui. Questo Consiglio Direttivo (CD) sarà rigoroso nel vegliare sul dettato deontologico che tutti noi abbiamo giurato di seguire, nella più assoluta riservatezza e garanzia di diritti. Con **Luisa Antonini**, la nostra vice presidente, abbiamo incontrato, lo scorso anno, più di 300 fra medici e pazienti. Un lavoro di ascolto, vi assicuro gravoso, ma del tutto gratificante. Non so se abbiamo sempre fornito risposte adeguate, ma questo dobbiamo fare e faremo nella convinzione, davvero radicata in tutto il CD, che le porte dell'Ordine non devono essere aperte ma spalancate ai medici ed ai cittadini.

Commissione Odontoiatri

Il confronto con la Commissione Albo Odontoiatri è stato schietto e franco ma costruttivo. La nostra CAO si distingue per l'attività formativa a livello nazionale con le ormai tradizionali "Serate Odontoiatriche Bresciane". Abbiamo in programma iniziative congiunte sia su temi clinici, la patologia neoplastica orale, sia professionali. Insieme esploreremo il disagio medico.

Un saluto e grazie

Un saluto ai nuovi colleghi, Daniela Gatti, Intissar Sleiman, Emanuela Tignonsini, Umberto Valentini, Lorenzo Zanini che hanno deciso di cimentarsi con noi nell'avventura dei prossimi tre anni. Un grazie a tutto il personale dell'Ordine ed alla nostra addetta stampa Dr.ssa Lisa Cesco, senza di loro niente di quello che abbiamo in mente potremo realizzare.

Avrei potuto finire molto prima con un messaggio semplice. Noi vogliamo continuare a parlare alla testa dei nostri iscritti. Forse non è la scelta più popolare, ma è la nostra scelta. La professione ha davanti la sfida della modernità con le sue incognite e le sue speranze. Nessuno di noi ha in tasca la ricetta con le giuste prescrizioni per affrontarla. Le dobbiamo trovare tutti insieme e le troveremo, perché la nostra comunità medica è fatta da tante donne e da tanti uomini che amano tenacemente il loro lavoro ed ancora vi si appassionano.

Ricordo la nostra attività di consulenze per i medici bresciani:

Consulenza medico legale

Referente: dott.ssa Elena Predolini

Consulenza fiscale

Referenti: dott. Giovanbattista Lechi e dott. Marco Pasolini

Consulenza legale

Referente: avvocato Maria Ughetta Bini

Consulenza previdenziale dipendenti pubblici e privati (ex Inpdap e Inps)

Referente: rag. Luigi De Paoli

Consulenza assicurativa

Referente: dr. Alessandro Motta

Consulenza Enpam consulenza Onaosi

Referenti: Laura Abeni e Silvia Montanelli

Discorso del dott. Luigi Veronesi

Presidente della Commissione
Albo Odontoiatri

Nessun futuro governato

Cari Colleghi,
quale professione o mestiere può oggi rappresentarsi con serenità e prospettive che dipingano un futuro certo e governato? Nessuna! E non fa certo eccezione la nostra, dove al *vulnus* economico si assommano la plethora e la traslazione del lavoro, da libero professionale vero a dipendente. Stiamo drammaticamente ripercorrendo le strade della medicina e dei medici che ormai quarant'anni fa hanno rinunciato alla vera libera professione per aderire a forme ibride di dipendenza o dipendenza vera.

Ma se questi hanno ceduto la *governance* della professione nelle mani di grandi gruppi finanziari, così grandi e così protetti dal'SSN da potersi permettere di divenire anche, o forse, eticamente *correct*, noi stiamo passando la mano a piccoli imprenditori, privi di scrupoli, vicini al sistema finanziario del morde e fuggi, risparmia e poggia la tua credibilità sulla pubblicità ingannevole, perché più è ampia e più trascina il popolo mantenuto nell'ignoranza mediatica.

Un sistema che poggia sul solo interesse finanziario e sulla strutturazione aziendale - capitalistica dell'impresa. Impresa cara all'Antitrust ed ai suoi direttori, sensibili al potere economico ex industriale, oggi riciclato e impastato con capitali della malavita organizzata, n'drangheta calabrese per l'esattezza, che ricicla denaro in strutture odontoiatriche a gestione di capitali. Realtà finalmente riconosciuta e pubblicamente denunciata anche dall'Eures, agenzia di Stato. Tutte? Certo che no, ma molte e con molto denaro, libere dall'assillo dei bilanci. Collusioni che avverrebbero anche in ambito di SSR, vedi articoli pubblicati sull'organigramma di alcuni service, presenti all'interno di strutture ospedaliere pubbliche lombarde, denunciate

dal giornale il "Fatto Quotidiano", dove con dovizia di particolari si disegnano amicizie e parentele nelle quali si tessono rapporti di società, che come scatole cinesi, una nell'altra, fanno perdere le tracce ed i percorsi, non certo virtuosi, che portano a versare nelle casse di alcune società 50 milioni di euro annui per cure in regime di LEA odontoiatriche.

Le aziende del malaffare

Troppi gli Enti ed i media che girano la faccia dall'altra parte e tacciono, ed attenzione signori, perché il silenzio è mafia e chi tace la favorisce. Troppe le vie di fuga attraverso le larghissime maglie della Giustizia italiana, che permettono ad attività fraudolente di divincolarsi e portare a termine progetti poco onesti. Ma giustamente l'Antitrust multa la FNOMCeO ed il suo nuovo Codice Deontologico, spianando la strada a queste aziende, aziende del malaffare, dalla professionalità scadente, che pagano poco ed utilizzano giovani, buttati nel tritacarne della professione senza la dovuta curva di apprendimento e l'inevitabile esperienza sul campo. Riflettete giovani e fate le dovute considerazioni.

Per pareggiare poi le opportunità fiscali si dà corpo alle società fra professionisti. Meditate attentamente l'opportunità di allestire società così fatte, ritengo abbiano solo limiti e nessuna agevolazione. Eppure sarebbe stato così semplice normare la materia, permettendo ai professionisti di unirsi in forme societarie, agevolandoli con capitali sociali contenuti, fissando, invece, capitali sociali non inferiori al milione di euro per tutte le altre forme societarie entranti nel pianeta salute. Avremmo ridotto e forse eliminato l'appetibilità del mondo odontoiatrico quale lavanderia di denaro sporco e dato la dovuta centralità ai professionisti.

Le incongruenze del nostro Paese

Paese strano il nostro, dalla finanza alla giustizia le incongruenze con un passato di culla della cultura e della civiltà si fanno sempre più drammatiche e segnano una verticale caduta di etica, morale, onestà e rispetto reciproco. Tutti contro tutti, e come sempre in tutto questo caos, qualcuno specula. Leggi che prevedono per il venditore di

palloncini senza licenza alla fiera di paese pene pecuniarie sino a 5000 euro se pizzicato e parimenti in flagranza di reato per abuso della professione, le pene scendono a 560 euro. Dieci volte meno, ovvero: molto più grave vendere palloncini ai bambini senza licenza che rovinare la vita ai cittadini fingendosi medici.

Questa premessa per richiamare l'attenzione a come poco sia considerata, in questo tempo, l'importanza delle professioni e del ruolo del professionista, una caduta di valore degli Ordini professionali. **La foto scattata negli anni 70, 80 e 90 mostra un paese diverso, dove la libera professione era la colonna dorsale del paese, una sicurezza intellettuale ed economica, vanto per il paese stesso.**

Oggi tutto ciò si è sbiadito e in una fotografia scattata adesso vedremmo solo il denaro e il potere da esso scaturenti che sostituiscono indegnamente quella colonna portante.

Dopo trent'anni di richieste d'inasprimento della legge 348 (abuso della professione) infatti, la bozza del Senatore Marinello, dopo l'approvazione in Senato, ristagna da oltre un anno alla Camera, in attesa di cosa? Di essere depenalizzato con i reati tenui, per esempio. Non è forse questo il manifesto della necessità di far nostro l'insegnamento metaforico del Santo Padre, quando esternando il proprio pensiero prometteva di prendere a calci le madri che trascurano i figli? Quale migliore metafora per invitare tutti, dalla famiglia (Enti), allo Stato a prendersi cura dei propri figli (i cittadini), con regole e norme che permettano di crescere con spina dorsale retta e rispetto delle leggi che governano i rapporti fra uomini, fra uomini e Stato e fra Stato e uomini.

Affinché capiscano tutti e bene, anche i meno propensi a farlo, sempre a caccia di spunti per denunciare, quanto detto è in linea con le funzioni propositive ordinistiche e non con il propugnare comportamenti contrari a leggi di Stato. **L'Ordine garantisce il rispetto delle leggi, ma si rende interprete di modifiche e proposte, non essendo e non dovendo essere muto.**

A cosa è dovuto il panorama attuale?

È in questo panorama che vi inserite voi giovani colleghi, questa la triste eredità che vi stiamo lasciando e pubblicamente oggi chiedo perdono a nome della categoria, ma,

pur assumendoci parte delle responsabilità, è giusto che sappiate che solo una parte del tutto è di nostra pertinenza. **Quando abbiamo trovato le risposte alla nostra professione, sono drammaticamente cambiate le domande, lasciandoci senza possibilità di replica.**

Qualcosa va imputato alle leggi, qualcosa all'Università e molto ai ministeri europei, sordi e ciechi ai richiami della programmazione professionale.

A fronte di 796 laureati in odontoiatria in Italia nel 2014, ampiamente fuori dai limiti sopportabili dalla professione, se ne aggiungono 496 provenienti da lauree straniere di cui 417 italiani, eludendo il fragile e poco sostenibile programma ministeriale degli accessi universitari.

Il rapporto identificato dall'OMS di un dentista ogni 2000 cittadini è crollato oggi ben oltre l'uno ogni mille. Siamo quindi più del doppio. Non c'è più tempo per tergiversare, stiamo vivendo il disastro; sempre l'Eures, investito dalla CAO nazionale, ha effettuato un sondaggio di ampio valore numerico sull'ingresso alla professione. I dati che emergono vorrei fossero commentati da voi, nel vostro intimo, ma ancor meglio se con interventi subito dopo. Solo il 63% dei laureati in odontoiatria trova occupazione nei primi tre anni dalla laurea ed il compenso medio, stimato leggermente più alto per i maschi che per le femmine, è di 1098 euro mensili, che divengono, fra i 3 ed i 5 anni di laurea, 1500 circa, non scostandosi di molto anche negli anni a venire, ma il futuro sembra riservare ulteriori contrazioni. **Vita migliore, ben lontana dalla popolare credenza del dentista ricco, godono gli anziani professionisti, raggiungendo i 45800 euro l'anno e, con grande meraviglia mai riportato dai media, con una percentuale di evasione fiscale, alla fine dei percorsi analitici e non certo nelle fasi di accertamento induttivo, tanto limitata da aver reso svantaggioso economicamente per l'Agenzia delle Entrate il controllo a tappeto della categoria effettuato in tre riprese in anni diversi.** Notevole la flessione anche per le società di capitali che denunciano un guadagno medio di 19000 euro l'anno, con investimenti però di centinaia di migliaia di euro, alcune vicino al milione, ma per molte come detto, evidentemente il problema bilanci non esiste.

Valutazione analitica e passione

Questa è la realtà che incontrerete cari giovani, e quindi? Nessun terrorismo, ma semplice valutazione analitica di cosa vi sia dietro l'angolo. Meglio conoscere il proprio territorio prima di entrarci, non per fuggire, ma per sapere dove e come muoversi. Abbandonate le idee ed i traguardi irrealizzabili, lasciate al passato la professione remunerativa e concentratevi su obiettivi sostenibili. Lavorate con passione, curate le persone recuperando l'etica del medico ed i principi dell'alleanza terapeutica e sappiate godere del sorriso del bambino che senza paura si sottopone alle vostre cure e del grazie e della stretta di mano compiaciuta di un paziente felice: datevi dei limiti e dei traguardi raggiungibili e non sarete dei frustrati, nell'attesa che la ruota vichiana recuperi la dignità di un tempo.

Alleiamoci per combattere l'avversario

Giovani e non più giovani, professionisti liberi del futuro e professionisti del presente, diamoci la mano e ricordiamo che ognuno di noi è futuro dell'altro, voi giovani potrete far continuare a vivere gli studi da noi creati e noi dare a voi la professione che meritate. **Non separiamo carriere ed interessi, siamo gli uni la valenza degli altri, non perdiamo la coesione, faremmo il gioco dei nostri avversari e distruggeremo il futuro dei nostri pazienti.** Sindacati, fate la vostra parte, spogliatevi degli interessi personali e delle beghe di palazzo, medici non dimenticate che, nonostante l'autonomia da noi richiesta e pretesa, siamo, a norma dell'articolo 1 del Codice deontologico, un unico Ordine ed un'unica grande famiglia, condividete, quindi, le nostre preoccupazioni in modo fattivo e sentito. Università, dimentichiamo la visione dualistica di contrapposizione di poteri con le scuole da una parte e gli Ordini dall'altra, adottiamo invece una visione collaborativa che stabilisca un *continuum* a beneficio del giovane laureato, ma anche della complessità medico-paziente-occupazione, favorendo l'improcrastinabile cambiamento delle funzioni dell'Ordine, da semplici Ausiliari dello Stato a riconosciuti modulatori del passaggio dal mondo formativo a quello professionale. Perché no ad un esame abilitante per tutti

coloro che laureatisi in qualunque parte del mondo con qualunque durata del corso di laurea, per inserirsi nella professione, debbano sostenere una valutazione attitudinale con rappresentanti della professione, scelti e riconosciuti dagli Ordini e non più con il corpo docente che un mese prima ha laureato gli stessi giovani. **Nessun numero chiuso, nessuna limitazione alla libera circolazione dei professionisti, ma la riconosciuta meritocrazia da parte di chi, poi, si assumerà la responsabilità di iscrivere dei professionisti nelle proprie liste.** Qualcosa di più aderente alle necessità vere della professione, piuttosto che la proposta di laurea abilitante oggi sul tavolo del Miur. L'Università di Brescia avrebbe solo da guadagnare in un panorama siffatto. Confrontiamoci.

Non sottovalutate il pianeta ECM, che con tutte le sue criticità e margini di miglioramento, resta, a mio giudizio, il terreno dove riceveremo la stangata più forte dagli altri ausiliari di Stato, così come i 6500 medici competenti depennati dallo specifico Albo, quando realizzeranno che molti, troppi, iscritti agli ordini medici, non sono certificabili ed al momento, "per distrazione", non sanzionati. Lì pagheremo e dovremo rimangiarci il Codice deontologico e l'etica propugnata, rischiando di fallire nell'unica vera prova a cui lo Stato ci ha chiamati: valutare quale illecito disciplinare il non aver assolto agli obblighi formativi dei propri iscritti, vedi legge 148/11 legge di Stato, che demanda agli Ordini la potestà valutativa. Attenzione anche perché la Regione Lombardia ha in progetto il varo di un bando cure per 10 milioni di euro, con l'odontoiatria privata ed uno dei requisiti richiesti sarà proprio il possesso dei crediti stabiliti per legge. Come vedete dopo 15 anni di sperimentazione l'ECM si muove su binari chiari.

Quindi se la domanda da porsi è: per chi suona la campana, la risposta è per tutti, giovani e non più giovani e concludendo con la solita massima: "se sono i giovani ad avere la forza per correre alla meta, è altrettanto vero che sono gli anziani a conoscere la strada". Cominciamo seriamente a renderci responsabili del futuro di questa professione tutti insieme. ●

Premi al merito 2014

► Al Professor Cesare Proto

Presentazione a cura di Francesco Puccio

È per me un onore e un privilegio presentare in questa assemblea un caro amico, un grande medico, un uomo fantastico per la sua famiglia e per la società bresciana. Lo faccio io ma sono convinto che tanti altri colleghi in questa sala avrebbero potuto farlo, con la stessa forza e passione, perché Cesare è l'amico di tutti, sempre disponibile, non solo a livello professionale, ma anche umano. Ha amici dovunque, è stimato ed amato in tutta la città e a questa ha dedicato la sua vita, una vita vissuta al servizio della comunità bresciana sempre al servizio degli altri.

È il più bresciano dei campani viventi, vive Brescia più intensamente e profondamente di tanti cittadini che non mostrano di curare e amare la loro città. Nato a Tunisi, laureato in medicina e chirurgia a Napoli col massimo dei voti, consegue tre specializzazioni rispettivamente in Malattie cardio-vascolari, Medicina Generale e Ematologia. Finito il servizio militare all'aeroporto di Ghedi, nel 1963 viene accolto come medico interno volontario nel Reparto di Medicina dell'Ospedale Civile di Brescia. L'anno seguente vince il concorso come Assistente nel reparto diretto dal Prof. Beltrametti e nel '68 passa in IV Medicina, come Aiuto del Prof. Levi. Nel 1970 consegue l'idoneità a primario di Medicina Generale e nel 1971 a Primario di Cardiologia. Abilitato alla libera docenza di Semeiotica Medica dell'Università di Milano, dal 1980 è professore a contratto presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Brescia. Dal 1976 dirige il Reparto di Medicina interna e Cardiologia della Clinica



Sant'Anna e dal 2002 è Presidente della Società Italiana di Cardiologia Accreditata. È inoltre autore di oltre 200 pubblicazioni scientifiche e organizzatore di innumerevoli eventi congressuali e formativi, in Italia e nel mondo. Consigliere del nostro Ordine dal 1985 al 2011 (9 mandati) ha seguito e coordinato direttamente molte commissioni ed in particolare la commissione formazione e cultura. Pur fra tanti impegni, di tipo scientifico e professionale, ha dedicato sempre tempo e risorse alla sua famiglia, alla sua amatissima Mariachiara, agli amici e alle persone più bisognose, con impegno e dedizione, al di sopra di ogni interesse personale. Cesare Proto ha saputo insegnare a tutti che nella vita non bisogna fermarsi, che si deve sempre trovare il coraggio di resistere e reagire, di credere e amare, perché "un cuore capace di meraviglia, di stupore, di curiosità, di amicizia e di tenerezza non invecchierà mai!". ●

► Al Professor Pierluigi Sapelli

Luigi Veronesi

Il Professore Pierluigi Sapelli nasce a Bozzolo, in provincia di Mantova, nel 1944 e dopo aver conseguito con lode la laurea in Medicina e Chirurgia nel 1968 intraprende la carriera universitaria che lo porterà ad attivare e dirigere il corso di facoltà in Odontoiatria e Protesi Dentaria dell'Ateneo di Ancona dal 1980 al 1986. È però a Brescia che sviluppa maggiormente la sua carriera, proprio qui infatti vara e lancia nel 1991 il corso universitario ed il servizio di pronto soccorso odontoiatrico attivo 24 ore su 24. L'odontoiatria bresciana deve a lui la creazione, la guida e il divenire un polo clinico e culturale della struttura universitaria ed ambulatoriale contenuta negli Spedali Civili; l'Ordine dei medici chirurghi ed odontoiatri gli riconosce, con un premio alla carriera, il valore e lo spessore culturale quale pioniere della cultura e dignità della professione odontoiatrica. La Commissione Albo odontoiatri sottolinea questo storico momento, che vede per la prima volta consegnare tale riconoscimento ad un dentista, come l'inizio della riaffermazione di una professione fatta di scienziati, medici ed attenti uomini di cultura che hanno saputo portare a vertici impensabili una specialità



regina della prevenzione, della riabilitazione e dei risultati riconosciuti in tutto il mondo, *versus* le stereotipate convinzioni dei meno attenti che vedono tale figura più come piccolo imprenditore in mezze maniche nere, piuttosto che come un vero uomo di scienza. Grazie Professor Sapelli, che con il suo lavoro e i suoi riconoscimenti giustamente tributati, ci fa sentire migliori e più sicuri. ●

► Premio speciale alla dott.ssa Chiara Benedetti

Gianpaolo Balestrieri

È inusuale il riconoscimento dell'Ordine di quest'anno che è stato assegnato ad una persona che non è medico né professionista del mondo sanitario; attraverso il premio l'Ordine ha voluto questa volta rendere omaggio alla storia della medicina, a chi l'ha coltivata in questi anni. A cosa serve la storia, si chiedeva Marc Bloch, storico francese protagonista di quegli "Annales" che hanno rivoluzionato la disciplina, nell'esordio di "Apologia della storia", opera incompiuta ma suo testamento spirituale. Bloch, ebreo della Francia di Vichy, lasciava i panni dello storico per

morire poco dopo da combattente della Resistenza. Ci chiediamo oggi: a cosa serve la storia della medicina? La storia può essere divertente, certo, racconta di uomini e donne del tempo passato, delle loro vicende, spesso burrascose, dei loro successi, dei loro amori e delle loro tragedie. Tutto questo incuriosisce, il divertimento fa parte del richiamo della storia per gli storici stessi e per i loro lettori. Ma vi è altro, se no non vi sarebbe diversità tra la storia ed il romanzo storico di Dumas o di Manzoni, fino alle serie televisive come I Borgia o Il Trono di spade. Si è discusso e si discute su cosa altro vi sia nella storia oltre alla narrazione di personaggi e avvenimenti. C'è la ricostruzione rigorosa dei fatti, la ricerca con metodo scientifico delle fonti, il saper

porre ai documenti ed ai fatti esplorati le domande che consentano interpretazioni non falsate da parte di ideologie e richieste politiche del momento. Con quale sensibilità e a quale fine? La storia, diceva Benedetto Croce, è sempre storia contemporanea. Lo storico pone al passato le domande che nascono nel suo tempo, ambisce a trovare ragione e a meglio comprendere i problemi dell'oggi, senza avere la pretesa di saper fornire soluzioni e risposte precise. Oggi la Medicina e i medici vivono una crisi di identità nel loro rapporto con i pazienti, le istituzioni e la cultura stessa. In aprile il *New England Journal of Medicine* pubblica un'analisi della Medicina in Cina dai "medici dai piedi scalzi" del periodo maoista alla devastante privatizzazione totale degli anni 80 ed al parziale recupero di una medicina sociale oggi. Mi ha colpito una considerazione: "La Medicina cinese non ha una storia o una tradizione di autonomia professionale o di società professionali indipendenti su cui contare. I medici sono passati da una condizione in cui la fedeltà era dovuta al Partito Comunista ad una condizione di "quasi mercato". In nessuna parte di questo viaggio i medici hanno avuto supporto e opportunità per sviluppare le norme e gli standard della professionalità medica o le organizzazioni civili indipendenti che potessero promuoverli e rafforzarli. La lingua cinese non ha davvero un termine per professionalità in senso occidentale". Da qui, dall'avvertire il pericolo imminente per chi si appiattisce sul presente e smarrisce le coordinate della propria storia, nasce la necessità oggi di questo premio. Il riconoscimento è dedicato a Chiara Benedetti. Molti di voi la conoscono. Responsabile dal 1988 della Biblioteca medica del Civile e del suo ricchissimo fondo documentario risalente al Cinquecento, in tutti questi anni Chiara si è prodigata in un'attività preziosa, spesso oscura, di ricerca rigorosa delle fonti archivistiche della medicina bresciana. Da lei non abbiamo avuto riassunti compilativi o biografie agiografiche di medici illustri, cui ci aveva abituato una certa storia della Medicina che non rimpiangiamo. A Chiara dobbiamo invece una minuziosa indagine



che ha scavato e che scava nella nostra storia, nella storia di ospedali e anche di medici, certo, di avanzamenti scientifici ed organizzativi, di rapporti con la società e con la "Grande Storia". Una produzione ampia, sempre originale, che ha visto la luce in Convegni, pubblicazioni, nell'attività didattica e nella collaborazione al giornale dell'Ospedale Civile e, cosa di cui le siamo davvero grati, al nostro giornale dell'Ordine. Questa ricerca non è volta all'esaltazione acritica di una categoria. Chiara ha infatti indagato momenti della nostra storia recente in cui l'autonomia professionale dei medici è stata messa in discussione: l'abolizione degli Ordini durante il fascismo, l'inesplorata vicenda delle ripercussioni delle leggi razziali del '38 e della persecuzione degli anni della guerra nei confronti dei nostri colleghi ebrei.

Molto altro ci sarebbe da dire sul suo contributo, umile e rigoroso, nell'aiutarci a comprendere chi siamo, come siamo giunti ad ora, quali siano le risorse culturali ed etiche cui attingere per proseguire un cammino mai facile e diritto.

Ma oggi vogliamo soprattutto esprimerle la nostra riconoscenza, assieme al caldo invito a proseguire la sua ricerca che ha già dato prove così significative. ●

Appropriatezza nelle indagini RM e TC per lombalgia, gonalgia e patologie della spalla

Un'opportunità da non mancare

Roberto Maroldi

*Dipartimento di Radiologia Università di Brescia
Spedali Civili*

In Lombardia tra il 2008 e il 2012 le indagini di Risonanza Magnetica (RM) per i pazienti ambulatoriali sono aumentate del 35% e quelle di Tomografia Computerizzata (TC) del 16% circa (fig. 1). L'incremento degli esami RM è stato determinato quasi totalmente da studi in ambito scheletrico ed articolare.

La lombalgia, la gonalgia e le patologie della spalla sono state le indicazioni più frequenti, con un picco di incremento per lo studio RM del rachide prossimo al 40%.

Oltre il 90% degli esami RM del rachide per lombalgia sono stati richiesti dal medico di medicina generale.

Le cause dell'incremento

Come giustificare una tale entità nell'incremento di richieste? Certo, una parte di questo può essere ricondotta semplicemente alla "trascrizione" di indicazioni formulate dallo specialista, ma una quota, probabilmente considerevole, delle richieste di RM per lombalgia non è stata formulata per quesiti



An initiative of the ABIM Foundation

clinici effettivamente "appropriati".

Che cosa intendere per effettivamente "appropriato" in questo specifico contesto clinico?

Domanda che la stessa Regione Lombardia si è posta e alla quale ha stabilito di rispondere (fase 1) formulando raccomandazioni specifiche, elaborate da un gruppo multidisciplinare comprendente radiologi, neuroradiologi, medici di medicina generale, ortopedici, reumatologi ed oncologi (Gruppo Approfondimento Tecnico per l'identificazione dei criteri di appropriatezza delle prestazioni di radiologia). Raccomandazioni condivise e modulate su Linee Guida (nazionali ed internazionali) elaborate da Società Scientifiche di più discipline.

Le raccomandazioni sono state pubblicate dalla Regione Lombardia e sono reperibili al link http://www.sanita.regione.lombardia.it/share/d/ccurl/623/1014/Aggiornamento%20regole%202014_010814.pdf (pagine 40-64 del documento).

RM o TC?

A fronte di un quadro di lombalgialombosciatalgia acuta insorta in età adulta, in assenza di trauma, due sono gli elementi chiave che consentono di modulare la scelta tra RM e TC: il quadro clinico-anamnestico e l'età (fig.2).
Risulta così indicato ricorrere a RM nel caso in cui la lombalgia acuta insorga in un paziente con anamnesi di neoplasia, nel sospetto clinico di infezione o in presenza di deficit neurologici gravi o progressivi; in queste condizioni la capacità della RM di delineare contemporaneamente il contenuto del canale vertebrale (liquor e radici), il segnale del midollo osseo nei corpi e nei peduncoli delle vertebre, i legamenti e i dischi e di identificare eventuali lesioni metastatiche o raccolte infettive si traduce non solo in una diagnosi più affidabile, ma anche in un più dettagliato bilancio di estensione della lesione, particolarmente importante nel caso di indicazione chirurgica.

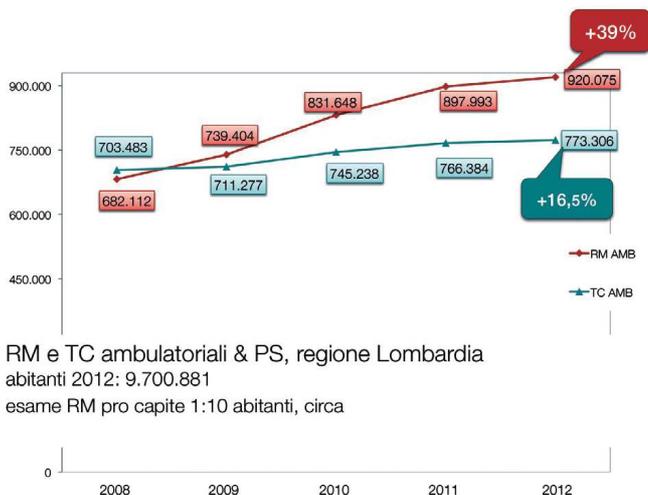


Fig. 1

Nel sospetto di lombalgia da frattura nontraumatica - ad esempio qualora siano presenti fattori di rischio quali osteoporosi, terapia cortisonica o malattie metaboliche - la TC rappresenta l'indicazione specifica.

Le variazioni in base all'età

È invece l'età che modula l'indicazione nel caso di inefficacia del trattamento antalgico per lombalgia-lombosciatalgia acuta non traumatica, durato almeno sei settimane. Infatti, nella maggior parte dei pazienti oltre i 50 anni che corrispondono a questo profilo, la TC acquisisce informazioni del tutto adeguate per definire la diagnosi. Si tratta soprattutto di alterazioni degenerative artrosi per le quali la terapia rimane di tipo medico, pertanto le informazioni potenzialmente più accurate acquisibili con RM rispetto alla TC non si traducono necessariamente in una variazione significativa della terapia. Nei pazienti con età inferiore ai 50 anni invece, le indicazioni al trattamento chirurgico risultano più frequenti e la mappa acquisita con RM può influire significativamente sulla pianificazione dell'intervento.

L'importanza del costo-efficacia e la sostenibilità delle risorse

In sintesi, tra i fattori che definiscono un'indagine per immagini effettivamente "appropriata", assume peso rilevante il costo-efficacia, ovvero la capacità di una tecnica d'indagine di acquisire informazioni diagnostiche adeguate al quesito clinico e al tipo di terapia che la conferma della diagnosi comporta.
 Un secondo fattore critico che emerge dalle raccomandazioni GAT è la sostenibilità delle risorse. **A questo proposito va sottolineato che la disponibilità di apparecchi RM è di molto inferiore rispetto a quella della TC e il costo dell'indagine è notevolmente maggiore.** Inoltre, indagini RM non appropriate occupano inutilmente spazio macchina e allungano i tempi di attesa di pazienti per i quali lo studio RM è invece indicato e indispensabile.
 Per completare il quadro complessivo deve essere considerato che accanto al quesito

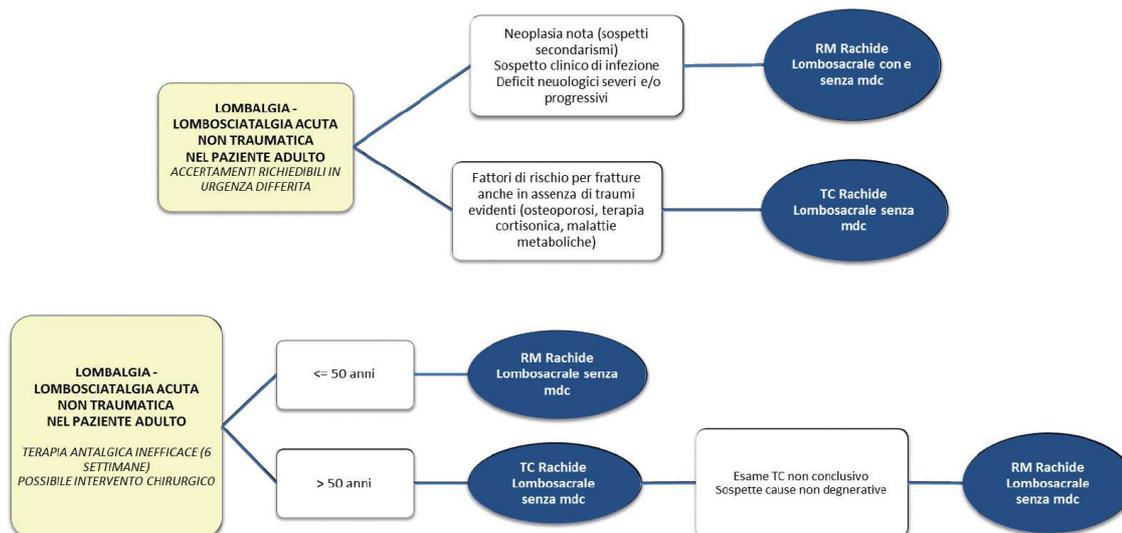


Fig. 2. Lombalgia - lombosciatalgia acuta non traumatica nel paziente adulto.

clinico “lombalgia acuta” altri due (la gonalgia e le lesioni della spalla) hanno visto un incremento di oltre il 35% di indagini RM ambulatoriali nel periodo 2008-2012. Purtroppo non sorprende che, mentre nelle raccomandazioni GAT e nelle Linee Guida la radiografia convenzionale sia indicata come indagine di prima linea sia per la gonalgia che per le patologie della spalla, questo “passaggio” venga frequentemente disatteso nella pratica clinica. Invece la radiografia può essere conclusiva nel dolore acuto del ginocchio insorto senza trauma sia nel giovane (età inferiore a 18 anni) qualora identifichi i segni di osteocondrosi, sia nell’adulto qualora dimostri una patologia degenerativa dell’articolazione.

Quale decisione?

Perché ricorrere ad altre indagini, quali RM o TC, allora? In entrambi gli scenari clinici (osteocondrosi e patologia articolare degenerativa avanzata) vi è una decisione terapeutica da prendere. In ambedue è necessario un “filtro decisionale”, la competenza specialistica ortopedica, alla quale va il compito di graduare l’entità clinica della lesione (ad esempio l’assenza di versamento o di sintomi meccanici nell’osteocondrosi) e definire la necessità di una valutazione ulteriore.

Quando invece l’esame radiografico è negativo ma l’anamnesi indica lesione meniscale, è sempre indicato ricorrere alla RM? Anche in questa evenienza è l’indicazione al trattamento chirurgico che guida tra RM e TC. Se la chirurgia non è indicata, come spesso avviene per i pazienti di oltre 65 anni, le informazioni sono generalmente sufficienti. Pertanto, **anche per la gonalgia acuta non traumatica il criterio costo-efficacia gioca un ruolo critico nel definire l’appropriatezza della richiesta di indagine radiologica.** Ma le indagini radiologiche sono sempre condotte in modo appropriato o differiscono



in qualità per le modalità con le quali sono acquisite (tecnica) o interpretate (competenza)? In effetti nelle raccomandazioni sono riportate in dettaglio le proiezioni radiografiche convenzionali che devono essere acquisite sia nello studio del ginocchio che in quello della spalla. Non vi è nulla però in merito ai piani studio RM o alle sequenze - le pesature T1, T2 ecc. - che garantiscono uno studio completo. Tuttavia, sia le immagini radiografiche convenzionali che quelle RM e TC, sono disponibili per essere rivalutate con facilità, quasi tutte ormai registrate in un CD. La qualità dell'acquisizione (e dell'interpretazione) può essere così verificata, qualora necessario.

Vantaggi e svantaggi dell'ecografia

La verifica è, invece, sostanzialmente impossibile nel caso dell'ecografia: un esame in "real-time" nel quale il radiologo "blocca" le immagini, non sempre facili da interpretare per chi non abbia seguito direttamente l'intera sequenza.

Questa può essere una delle ragioni per le quali il ricorso all'ecografia nel sospetto di degenerazione della cuffia dei rotatori è molto variabile.

Quando è presente la combinazione "competenza nel campo muscoloscheletrico" e adeguata apparecchiatura ecografica, l'indagine svolge davvero il ruolo di gate-keeper. **L'indicazione appropriata alla RM si restringe ai pazienti candidati alla chirurgia con dimostrazione o dubbio ecografico di rottura della cuffia.**

Amministrare adeguatamente le risorse limitate

Quale ruolo per noi Medici, prescrittori e radiologi, nel governare l'accesso appropriato a risorse limitate, da non "sperperare"?

La soluzione non è semplice.

Di fatto, quanto osservato per gli esami RM e TC ambulatoriali tra il 2008 e il 2012, rappresenta un capitolo di spesa per gran parte ingiustificato, visto che l'esame RM è richiesto prevalentemente per pazienti con più di 65 anni di età.

L'introduzione delle raccomandazioni per il prescrittore è stata, a quel punto, un'azione

fondamentale, indirizzata a contenere la spesa e a risparmiare risorse.

Nel caso dell'aspetto più acuto si è trattato di indirizzare alla TC la maggior parte delle richieste dei pazienti con oltre 50 anni di età.

Il potenziale e le Linee Guida

L'efficacia diagnostica di questa soluzione è più che adeguata, inoltre le esperienze in altre nazioni (Gran Bretagna, USA) hanno mostrato che l'adozione di Linee Guida permette negli anni successivi una riduzione delle indagini radiologiche mediamente di circa il 20%, con un potenziale stimato di oltre il 44%.

Ma quanto è diffusa la conoscenza delle Linee Guida?

Quanto spesso sono utilizzate?

Non vi è dubbio che tra i fattori che più ne condizionano l'efficacia vi siano la diffusione e l'utilizzo, in particolare dei medici di medicina generale. Di non-minore importanza per il radiologo è la possibilità e la disponibilità di spiegare direttamente al paziente e/o al medico curante perché l'indagine richiesta non è giustificata, e proporre quella più appropriata. **Assieme si può fare un passo avanti. ●**

Ippocrate tradito

Piergiorgio Muffolini

Medico di Medicina generale

Una volta ai malati si faceva cambiare aria.

Nel 400 a.C. lo sapeva già Ippocrate che prima di tutto mandava i malati sull'isola di Kos, credendo che l'allontanarli dall'ambiente domestico avrebbe costituito il primo passo verso la guarigione.

Giunti a Kos, nel corso della cura che li avrebbe dovuti portare alla guarigione, dovevano assistere almeno a tre tragedie e a una commedia. Funzionava? In che modo? La chiave di volta era "l'umana considerazione". Più d'uno dei classici ellenici recita: "...di tutte le cose che la Sapienza procura per vivere bene, il bene più grande è l'acquisto dell'umana considerazione".

Nel 2014 una quarantenne descrive così la storia del suo tumore mammario

"A luglio ho scoperto un nodulo al seno destro. Sono andata dal medico di famiglia, poi ecografia, ago aspirato, la dottoressa che aveva fatto l'esame diceva che non capiva la natura del nodulo ma allo stesso tempo mi tranquillizzava dicendo che le caratteristiche non erano quelle di un tumore ma era comunque indispensabile un accertamento. L'istologico arriva prima del previsto, mi

La chiave di volta era "l'umana considerazione"

convocano e mentre attendo in piedi in un ambulatorio di passaggio l'infermiera lascia sbadatamente (non so quanto) il referto a poca distanza da me e mi dice di attendere la dottoressa...che fare? Guardare? Perché no...? Non che il risultato può risultar diverso se mi viene detto! Ed ecco che la parolina magica sta lì sotto i miei occhi, respiro, mando giù, entra la dottoressa che si scusa di ricevermi così in piedi e si scusa perché mi deve un po' frettolosamente dire...quello che già so, me lo ripete con tranquillità e calma, mi dice che è piccolo, basterà un quadrante... tutto risolvibile in poco.

Mi consiglia una struttura diversa, dove sono più specializzati, altrimenti se preferisco mi fa parlare subito col chirurgo dell'ospedale. Prendo la cartelletta fra le mani, esco dall'ambulatorio, mi sembra di avere tutti gli occhi addosso, sento un affanno, deglutisco...trattengo le lacrime, un po' il singhiozzo, allungo il passo, respiro profondamente...e mentre faccio le scale di corsa...piango. Nella

coscienza comune cancro è associato indissolubilmente alla parola morte, per cui diviene difficile affrontare questo argomento. Non ho mai fatto questa associazione fino al momento in cui mi sono trovata personalmente ad averne a che fare. Mi sono imposta di considerarla, valutarla, comprenderla, superare la paura nei suoi confronti e accettarla come percorso dell'esistenza."

La paziente presenta un carcinoma mammario infiltrante NST ER98% PgR80% HER2+, non convinta dell'iter terapeutico proposto, cerca sanitari che le diano una sicurezza di guarigione, ne trova una decina e ci descrive alcune esperienze:

"Visita a pagamento, all'interno del centro tumori di Milano, la dott.ssa dopo aver sentito la mia primordiale decisione di trovare una via diversa esordisce con: "non sarà venuta qua per sentirsi dire che fa bene a non fare le cure?" No, rispondo, non mi aspettavo certo questo ma un approccio diverso, non la consegna di uno stampato con una lista di cibi da seguire definiti in 10 minuti davanti al pc mentre risponde al cellulare ad altri pazienti...chissà forse pretendo di essere ascoltata troppo. Sono disillusa, ho paura di quelle terapie, chiamate cure, come la chemioterapia, che sono in realtà un tentato suicidio. Non mi si dica che la chemio guarisce, ti debilita e mette il tuo corpo in condizione di indifesa totale, tutti si riempiono la bocca di percentuali di guarigione ma nessuno ti spiega in che modo vengono fatte queste percentuali, nessuno accenna che la percentuale di guarigione è valutata sui 5 anni e che se sono passati 5 anni e un giorno e muori risulti comunque nella percentuale di guarigione, nessuno ti parla dei devastamenti della chemio, ti chiedono solo con un'espressione inebetita "non avrò paura di perdere i capelli?" O frasi come: "si è un po' fastidiosa, ma comunque sopportabile" e nessuno ti dice che se fai la chemio ci sono prodotti naturali ed una alimentazione che ti può

aiutare a superare ed alleviare i sintomi collaterali. Il problema cibo neanche viene menzionato e si nega la sua utilità, ho visto spesso l'incapacità dei medici a relazionarsi con le persone, a capire l'integrità dell'anima-corpo-mente e la necessità di un equilibrio di questi per una buona salute.

Ho conosciuto, nel frattempo, persone con la mia stessa esperienza di malattia che mi spingono a consultare medici, scelgo una oncologa della mia città. Mi visita in modo accurato, mi parla, ragioniamo insieme, è drastica perché senza mezzi termini mi dice che tra qualche anno sarò piena di metastasi. Ma quelle parole sono meno forti su di me di quanto dovrebbero. Mi consiglia di parlare con la psicologa, il suo centro offre questa possibilità. Parlo con la psicologa, anche lei ha avuto lo stesso problema e mi confida che nonostante sia sempre stata lontana dalla medicina ufficiale ha ritenuto necessario fidarsi e superarsi accettando le cure e ne è felice. Io invece nonostante mi si dica che la situazione non è da sottovalutare non riesco ad accettare questa proposta. Con la psicologa incontro nuovamente l'oncologa che mi ripete tutto e ne parliamo a tre, non vede alternative, casualmente esce il nome di un oncologo del centro tumori di Milano che sembra usi medicine alternative. Saluto e dopo un pomeriggio passato a parlare di me... torno frastornata ed esausta a casa. La sera cerco quel nome, lo trovo, invio una mail all'indirizzo e la mattina dopo incredula trovo la risposta. Mi dice di contattarlo telefonicamente, in settimana lo vedo. Mi trovo di fronte un uomo alto e affusolato di un colore grigiastro in tinta col suo studio anni '60, spiego tutto di me lo vedo vago nelle risposte, ma quando forse capisce che può fidarsi ammette "Le potrei prescrivere delle cure che poi purtroppo qua in Italia non riesce nemmeno a reperire perché sono stati messi dei blocchi...se ha la possibilità di farsi un viaggio in India là la curano così"... si continua a parlare ed esce il nome di un'erba: artemisia, ma sempre vago me ne parla. Mi dice di cercare in internet e che

c'è anche un gruppo in facebook, chiedo di farmi degli appunti perché uscita da lì mi dimenticherei tutto. Apre il cassetto sfilava un foglietto ci scrive il nome dell'erba e dove la posso trovare ed aggiunge che in quella farmacia mi diranno come assumerla. Con la mano sul foglio la spinge fino a me e aggiunge: "questa non è una ricetta, come vede non ci sono timbri né firme". Lo guardo dritto negli occhi, non si preoccupi, capisco (diciamo che comincio a capire...a capire che quelli che sanno ...quelli che conoscono ...quelli che provano un'altra via... rischiano ...rischiano di essere esclusi dalla possibilità di lavorare...e questo lo vedrò sempre più con altri incontri fatti dopo).

Mi chiede se sono così sicura della mia scelta e mi dice "lei sa che se le va male tutti l'accuseranno di non essersi curata...e se le andrà bene che sarà stata fortunata. Si rende conto dei sensi di colpa e del rimorso che potrebbe avere? Crede di essere in grado di sostenere tutto questo? Io le consiglio di non parlare con nessuno della sua malattia."

La paziente non esegue terapia convenzionale, utilizza la cura spagirica... si affida all'istinto, a chi empaticamente le ha trasmesso fiducia ed in modo acritico si fideizza. Si poteva modificare la scelta della paziente? La comunicazione della malattia non ha tenuto conto di quanto lei pensava, chi ha comunicato in modo frettoloso non si è posto il problema di quanto la paziente comprendesse. È mancato il consenso informato che prevede la fase della consapevolezza di quanto illustrato, e con esso la possibilità di offrire una terapia che ad oggi dà risultati misurabili.

Il filosofo ateniese Antifonte, avversario di Socrate, nel V sec. a.C. affermava che *"in tutti gli uomini è la mente che dirige il corpo verso la salute o verso la malattia, come verso tutto il resto"*.

Ippocrate è stato tradito?

A voi la risposta. ●

Essere medico e il pianoforte di madame Bovary

Renzo Rozzini

Dipartimento di Geriatria. Fondazione Poliambulanza-Istituto Ospedaliero, Brescia

La signora Anna ha 85 anni, entra in ambulatorio con passo insicuro, si toglie il soprabito e con altrettanta incertezza l'appende all'attaccapanni; è accompagnata dalla figlia che entra dopo di lei. Capelli corti grigi, ben pettinati, porta un paio di occhiali leggeri, la maglia di cachemire dello stesso colore rosso ciliegia del rossetto; sorride con gentilezza.

Si siede. Qual è il motivo della visita? Qualcosa di nuovo, di particolare? La risposta è "sì e no". Mi riferisce del riacutizzarsi del dolore alla schiena, ne soffre da alcuni anni e quando si fa sentire le diventa difficile e faticosissimo alzarsi dal letto, talora le si gonfiano le dita delle mani, ma da un paio di giorni le cose vanno lievemente meglio. In passato è stata operata di protesi a entrambe le ginocchia. In mano ha un foglio con la lista dei farmaci, dice di avere la pressione alta, "da stress". Soffre di glaucoma e deve essere controllata dall'oculista ogni quattro mesi. Non ha mai avuto

problemi di “tenuta”, ma ultimamente riferisce di aver iniziato a mettere un salvaslip per precauzione. Cinque anni fa è stata operata per un cancro del colon e da poco è comparso un nodulo polmonare, probabilmente sospetto. Vive sola, con un cagnolino di undici anni, in un appartamento di grandi dimensioni a nord della città. Suo marito, medio imprenditore è morto di cancro più di vent’anni fa. Non guida l’auto da almeno cinque anni. Esce di casa ogni giorno per fare le piccole spese, per quelle importanti, e per i lavori di casa pesanti, l’aiuta la figlia che passa a trovarla o le telefona tutti i giorni. Per il resto, per le piccole attività ordinarie, dice di non aver bisogno di nessun aiuto. Ha lavorato come ragioniera sino alla pensione e anche dopo per qualche anno si è mantenuta attiva aiutando la figlia nella contabilità di un piccolo esercizio.

Le chiedo se posso visitarla e l’aiuto a salire sul lettino. Lo fa con fatica. Ausculto cuore e polmoni, palpo l’addome, provo la pressione. La muscolatura è poco trofica. Le mani sono ben curate, non altrettanto i piedi. “Chi le taglia le unghie?”. “Io” mi risponde.

Un paziente non si è presentato al controllo odierno e ho un po’ di tempo così le chiedo di raccontarmi in dettaglio la sua giornata. Si sveglia e si alza prima delle sei, dice di non aver bisogno di molte ore sonno e pure che la sua schiena non le permetterebbe di stare più ore sdraiata. Si lava e si veste. Prende le medicine del mattino, prepara da mangiare al cane e fa colazione. Caffelatte e pane. Mangia anche una banana, sebbene a lei le banane non le piacciono, ma le hanno che sono ricche di potassio che fa molto bene. Dopo colazione esce con il cane per una passeggiata di circa mezz’ora. Quando rientra, mette in ordine la camera e sbriga le poche faccende domestiche. Poi guarda la televisione fino mezzogiorno.

Sono in grado di collocare nel paziente la malattia di cui soffre?

A pranzo prepara o un primo o un secondo e beve mezzo bicchiere di vino. Quando il tempo lo permette, dopo il sonnellino pomeridiano, sta un po’ in giardino. Il pomeriggio è lungo e lento, fa ancora qualche lavoro domestico, esce per un’altra passeggiata col cane, qualche telefonata e poi prepara la cena, di solito una minestra e un frutto. Poi guarda la tv e circa a mezzanotte va a letto.

Rileggo con attenzione la sua scheda e preparo il referto della visita cercando di fare un triage dei problemi cui andrà incontro: le conseguenze della probabile ripresa di malattia, i.e. la metastasi polmonare, la progressiva e imminente riduzione dell’autosufficienza a causa dell’artrosi, l’incontinenza, ma soprattutto le cadute. Prende cinque medicine al giorno e non mi pare che assuma tutte le calorie necessarie.

Apparentemente sembra stia bene, ma alla prima caduta la sua vita cambierà in modo drammatico (frattura di femore o di bacino, paura di cadere...

il suo attuale grado di autosufficienza sarà perso e non potrà più vivere da sola). Inizierà l’inarrestabile discesa verso il termine della vita.

Dopo più di mezz’ora di visita ci salutiamo, programmando il prossimo appuntamento fra sei mesi.

Nel tratto di strada che mi porta a casa rivedo la giornata intensa trascorsa, e rifletto su come sono cambiati con gli anni i pazienti e il mio modo di fare il medico.

Dopo cena apro il libro che mi sono ripromesso di terminare in settimana (Flannery O’Connor “Nel territorio

del diavolo. Sul mistero di scrivere". Minimum fax, 2010). A pagina 42, la O'Connor, che sta tenendo una lezione sullo "scrivere" in una Università statunitense dice: *Non c'è frase di Madame Bovary che, esaminata, non desti meraviglia, ma ce n'è una in particolare davanti alla quale mi fermo ammirata. Flaubert ci ha appena mostrato Emma al piano, con Charles che la guarda. Dice "Batteva sui tasti con disinvoltura percorrendo senza posa la tastiera, da un'estremità all'altra. Così scosso, il vecchio strumento, con le corde che vibravano, si faceva sentire fino in fondo al paese quando la finestra era aperta, e spesso lo scrivano del balivo, passando per la via principale, a capo scoperto e in pantofole di pezza, si fermava in ascolto, il foglio di carta fra le mani". Più si guarda una frase come questa e più c'è da imparare. A un estremo siamo con Emma e questo tangibilissimo strumento, "con le corde che vibravano", e all'altro siamo in fondo al paese con questo scrivano in pantofole di pezza. Considerando quanto accade a Emma nel resto del romanzo, potremmo pensare che non faccia alcuna differenza se lo strumento ha le corde vibranti o lo scrivano è in pantofole di pezza e ha un foglio di carta fra le mani, ma Flaubert doveva creare un paese credibile dove collocare Emma. Non va mai dimenticato che cura immediata dello scrittore di narrativa non sono tanto idee grandiose ed emozioni tumultuose, quanto infilare pantofole di pezza agli scrivani.*

Ripenso alla paziente del pomeriggio, alla signora Anna. Avrò raccolto adeguatamente la sua storia? Sono in grado di collocare nel paziente la malattia di cui soffre, le informazioni cercate hanno a che fare con la sola condizione virtuale di malattia, non incarnata e pressoché inutile, o mi permetteranno invece di essere concretamente d'aiuto alla paziente? Il compito di un medico è di considerare quanto il paziente rimarrà libero dalla

malattia, fare in modo che questo avvenga per più tempo possibile e favorire l'autosufficienza affinché la persona possa vivere attivamente nel proprio mondo. Noi medici spesso trattiamo asetticamente le malattie assumendo che il resto avvenga per moto proprio. Ma così non è: la dipendenza e la disabilità hanno precisi correlati che affondano le radici nella malattia, nelle malattie, nelle motivazioni e nelle aspettative, nelle condizioni sociali ed economiche del paziente e in ragione di queste possono rimanere solo spettro oppure diventare sbocco ineludibile. L'istituzionalizzazione della regola. Noi possiamo fare la differenza. Quanto è difficile e sempre entusiasmante fare il medico oggi. ●

La sindrome del Barone

Alberto Zaniboni

Oncologo Fondazione Poliambulanza

È l'ultima visita del pomeriggio di un lunedì più faticoso del solito. È in ritardo, ma viene direttamente dalla Campania, accompagnata dal marito e dalla sorella che abita nel bresciano. Luisa (nome di fantasia) è una donna di 46 anni che ne dimostra almeno dieci di più, entra in ambulatorio con la sorella, il marito preferisce attendere in sala di aspetto. Piange sommessamente per tutta la durata dell'incontro, raramente incrocia e sostiene il contatto visivo con me. Per lei parla la sorella. Il quadro che mi viene esposto è quello di una paziente, madre di quattro figli, che depone di aver perso 20 kg in tre mesi, di avere frequenti episodi di ematemesi e di essersi per tale situazione rivolta all'Ospedale del suo paese dove dice di essere stata sottoposta a gastroscopia con esito di neoplasia maligna ("la malattia", la definisce semplicemente lei). Non ha documentazione se non qualche esame ematochimico di scarso rilievo. Riferisce che i medici si sono rifiutati di consegnare gli esiti e le hanno proposto l'intervento. I famigliari le hanno consigliato (imposto?) di salire al Nord per le cure del caso. Non mi stupisco più di tanto per la mancata esibizione degli esiti della gastroscopia e dell'esame istologico, sono dinamiche che ho incontrato altre volte in situazioni del genere. All'esame obiettivo cerco quasi automaticamente riscontri (massa palpabile, epatomegalia dismorfica, adenopatie sovraclavari sx...) di una situazione che immagino poter essere già evoluta alla luce del depresso importante calo ponderale. Non trovo niente di significativo. Penso alle difficoltà intrinseche alla richiesta

di un contatto con i medici che pare abbiano un atteggiamento "ostile", ancor più dopo la decisione di recarsi in altra sede per le cure. Così come il tentativo di farsi inviare il referto dell'esame istologico od i vetrini tramite corriere mi pare aleatorio e dilatorio per una paziente che "ha" episodi di ematemesi. Pertanto dispongo il ricovero per il mattino successivo per gli accertamenti e le cure del caso. Al momento del ricovero la sorella mi ragguaglia su un episodio notturno di "vomito striato di sangue". In mattinata Luisa esegue una nuova gastroscopia e una Tac di stadiazione che danno esito completamente negativo per neoplasia (così come due giorni dopo saranno le biopsie gastriche "random" comunque eseguite). Ha parlato poco Luisa anche durante il ricovero. Ancora meno il marito. Cerchiamo di "triangolare" con la sorella. Emerge a fatica una condizione di disagio importante familiare con risvolti lavorativi, affettivi, economici. Mentre Luisa parla (poco) con la nostra Psicologa, ci organizziamo per una valutazione Psichiatrica, subito dopo aver dato la buona notizia alla paziente e al marito dell'assenza di segni "della malattia". Per un oncologo, "la malattia" è una neoplasia, con le sue manifestazioni organiche, le implicazioni diagnostiche, terapeutiche e prognostiche che questa condizione porta con sé.

Tutti noi cerchiamo (e diciamo) di avere un atteggiamento olistico nell'inquadrare i nostri pazienti, di considerarli nel loro insieme di psiche e corpo, di non pensare solo in termini organicistici e tecnologici. Ma confesso che alla Sindrome di Munchausen non avevo proprio pensato.

Il profondo disagio di Luisa, la sua richiesta di aiuto non espressa verbalmente ma attraverso un percorso che l'ha portata a simulare una grave patologia mi ha onestamente "spiazzato". Ricorderò sempre questo episodio della mia vita professionale, piena come quella di molti colleghi di mille "impegni" e sforzi ad aderire al mutato scenario che ci vede affannarci intorno ad accreditamenti, informatizzazione, regole di sistema in continuo divenire, etc etc... **Mi chiedo se mio padre che ha fatto per tanti anni il medico di famiglia se ne sarebbe accorto subito del "male di vivere" di Luisa. Probabilmente sì. ●**

Finalmente anche a Brescia si parla di periomedicine

Gigi Veronesi

Felici di poter accogliere la richiesta del Prof. Salgarello, pubblichiamo il report del congresso sulle periomedicine, trovandoci assolutamente concordi con i contenuti e le indicazioni emergenti, nella speranza di una sempre più forte sinergia fra le specialità mediche.



La nuova branca della Parodontologia

Il 21 maggio a Brescia, presso la sala convegni di UBI Banca, si è svolto un incontro di aggiornamento sul tema Periomedicine. L'iniziativa, rivolta a Medici (Internisti, Cardiologi e di Medicina Generale), Odontoiatri, Igienisti Dentali e Studenti degli specifici Corsi di Studi della locale Università (ovvero i futuri "addetti ai lavori"), si è rivelata un grande successo dimostrato dalla numerosa partecipazione degli addetti ai lavori che si sono dimostrati molto attenti alle tematiche proposte e al vivace e interessante dibattito seguito alle presentazioni. La serata, voluta ed

organizzata dalla Cooperativa Sociale Onlus "NEO" (Network di Eccellenza Odontoiatrica), in partnership con l'Associazione di Professionisti Odontoiatri "Love My Dentist", è stata introdotta nei suoi principali obiettivi dal Dott. Luca Mondini, *chairman* del convegno, che ha sottolineato come la Periomedicine sia una branca di recentissima costituzione della "Parodontologia", che sta assurgendo quasi a disciplina a sé stante, occupandosi principalmente dell'individuazione dei possibili rapporti di associazione causale fra Malattia Parodontale e

Malattie Sistemiche, con particolare riferimento (tra queste ultime) alle Malattie Aterosclerotiche e al Diabete.

L'analisi delle condizioni con il PSR

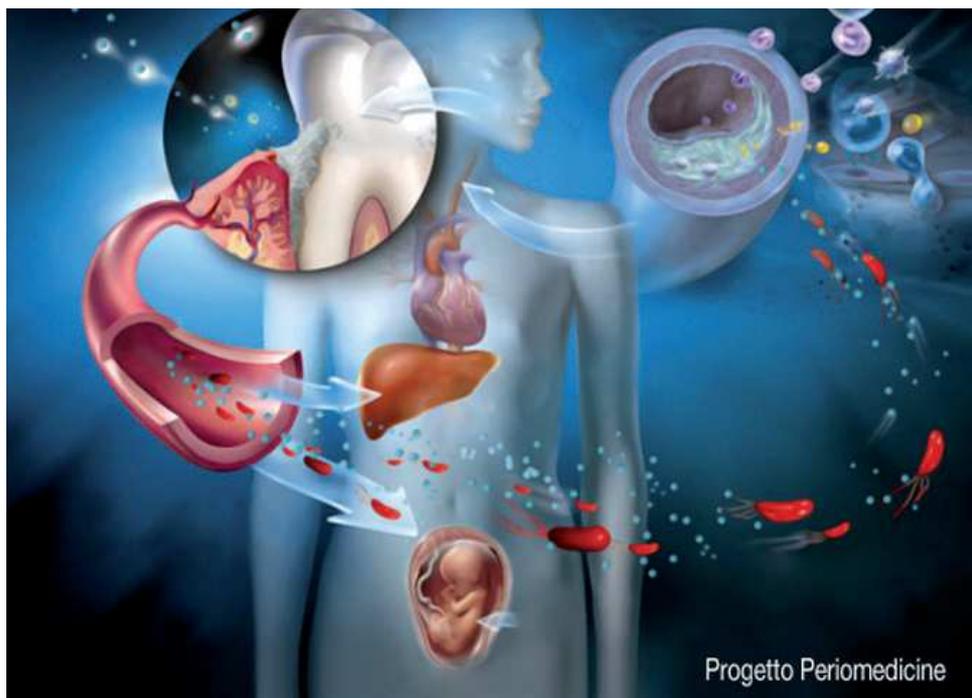
Il Dott. Mondini ha posto in rilievo come la Malattia Parodontale, colpendo circa il 50% della popolazione adulta, debba essere considerata una vera e propria pandemia. Ciò rende di estrema importanza la prevenzione di tale patologia, attraverso una scrupolosa e corretta igiene orale domiciliare e periodiche visite di controllo presso l'Odontoiatra di riferimento. L'importanza della diagnosi precoce della Malattia Parodontale è stata sottolineata dal Prof. Stefano Salgarello, docente di Chirurgia

Odontostomatologica e Implantologia dell'Università di Brescia, che ha illustrato la metodica diagnostica PSR (Periodontal Screening & Recording).

Il PSR permette una valutazione delle condizioni dei tessuti di sostegno dei denti tramite un sondaggio completo del parodonto, consentendo in pochi minuti di schematizzare un quadro clinico tramite la registrazione semplificata dei principali parametri. Questa semplificazione risulta di estrema rapidità e facilità per il clinico in prima visita, laddove non sono quelli parodontali i soli valori diagnostici dell'apparato stomatognatico che devono essere registrati. Se il PSR evidenzia la presenza di Malattia Parodontale (o ne permette il solo sospetto) in una successiva ed apposita seduta di approfondimento si effettuerà la completa valutazione parodontale attraverso la compilazione di una apposita e specifica cartella di registrazione e l'esecuzione di uno status radiografico.

Il Professor Graziani mostra la possibile associazione causale

A seguire è stato introdotto il Prof. **Filippo Graziani**, docente di Parodontologia presso l'Università di Pisa, nonché Segretario della Società Italiana di Parodontologia (S.I.d.P., una delle più numerose e culturalmente attive sul territorio nazionale) e fondatore a Pisa del primo centro pubblico di Periomedicine italiano, creato tramite finanziamento della Regione Toscana, in virtù del suo ruolo primario a livello internazionale



in tale ambito per clinica e ricerca scientifica.

Il Prof. Graziani ha brillantemente illustrato l'evidenza scientifica che mostra la possibile associazione causale fra Parodontite e Malattie Aterocardiovascolari e fra Parodontite e Diabete, entrando nel dettaglio della plausibilità biologica e dei meccanismi patogenetici alla base di tali associazioni. L'eziopatogenesi delle correlazioni è individuabile essenzialmente nella cronica batteriemia data da batteri parodontopatogeni estremamente aggressivi, quali particolari ceppi di *Porphyromonas Gingivalis*, e nell'innalzamento conseguente delle citochine infiammatorie ematiche.

Ciò pone la necessità, per il paziente affetto da parodontite severa e generalizzata, di essere valutato anche dal punto della salute sistemica in un'ottica di

trattamento multidisciplinare, non solo per la diagnosi di eventuali patologie correlate ancora asintomatiche, ma anche per la correzione dei fattori di rischio caratteristici, ma spesso comuni alle singole patologie, fumo di tabacco in primis.

Il Prof. Graziani ha poi riportato le evidenze scientifiche dove si sottolinea come la terapia parodontale permetta di ottenere un sensibile miglioramento dei valori delle citochine ematiche (in special modo della hPCR), dei parametri di funzionalità endoteliale e del controllo glicemico. Considerato però che nell'immediato periodo post trattamento la terapia causale provoca una notevole batteriemia e un conseguente rimbalzo dei valori delle citochine di fase acuta (innalzamento paragonabile a quello di un importante intervento di

chirurgia generale), e che ciò, in determinati pazienti già compromessi o con anamnesi positiva per rischio di patologie cardiovascolari, potrebbe essere fonte di rischio sistemico. Il Prof. Graziani ha raccomandato ai clinici la non effettuazione del protocollo di terapia causale "Full Mouth Disinfection" (che concentra in 24 ore le sedute di *scaling* e *root planning*), ma di procedere con il tradizionale approccio "a quadranti" (uno a settimana) per minimizzare il rischio sistemico in questi pazienti vulnerabili o sospetti tali.

Dalle relazioni esposte è emerso che:

- ✓ vi è sufficiente evidenza scientifica per definire la Parodontite un possibile fattore di rischio, aggiunto a quelli già noti per le Malattie Aterocardiovascolari e per il Diabete, sottolineando come naturalmente i fattori di rischio comuni (i cosiddetti "confounders" come ad esempio il fumo) siano stati corretti con il bilanciamento statistico nelle ricerche effettuate per valutare la causalità dell'associazione.
- ✓ la terapia parodontale, correttamente condotta da operatori competenti, migliora i biomarkers caratteristici delle patologie associate;
- ✓ la prudenza impone, per i pazienti con parodontite severa e generalizzata con associate patologie cardiovascolari o a rischio

per le stesse, di procedere con sedute di terapia causale a quadranti a cadenza settimanale;

- ✓ è sicuramente auspicabile, considerate le evidenze di associazione causale fra parodontite e patologie sistemiche, che il paziente con grave parodontopatia venga trattato in un'ottica multidisciplinare medica/odontoiatrica bidirezionale: non solo gli Odontoiatri debbono richiedere una consulenza medica (laddove questi pazienti non l'abbiano già in corso) ma anche i Medici devono valutare l'opportunità che pazienti affetti da malattie sistemiche quali quelle fin qui citate, specie se lamentano gengive sanguinanti ed alitosi (l'80% delle alitosi è di origine oro/parodontale), vengano valutati e, ove necessario, indirizzati presso l'Odontoiatra di riferimento a scopo diagnostico parodontale per eventuale trattamento;
- ✓ la prevenzione della parodontite e la sua diagnosi precoce è semplice e poco costosa; essa riveste un ruolo fondamentale per prevenire la perdita dei denti (che non è legata mai all'età), la menomazione del sistema masticatorio, l'alitosi, l'estetica del sorriso e, non da ultimo, le complesse e spesso costose riabilitazioni protesiche necessarie a ripristinare la funzionalità masticatoria.

Un'Odontoiatria di qualità

Come è stato evidenziato dal Dott. **Rosario Rizzo**, Presidente della "NEO", e dalla Dott.ssa **Silvia Subiaco**, Presidente dell'Associazione professionale "LoveMyDentist", la serata di aggiornamento interdisciplinare è stata la prima di una serie di eventi ed azioni tesi a promuovere un'Odontoiatria di qualità a costi sostenibili, associata ad una forte attenzione ai valori della prevenzione sanitaria nei suoi vari gradi di correzione dei fattori di rischio, diagnosi e trattamento precoce delle patologie odontoiatriche, nonché delle patologie sistemiche ad esse correlate. ●

Avviso

Le raccomandazioni inerenti agli aspetti clinici della Periomedicine dedicate a Medici ed Odontoiatri tratte e tradotte dagli articoli di Consensus pubblicati sui numeri speciali di Aprile 2015 del *Journal of Clinical Periodontology* e del *Journal of Periodontology* e consegnate in cartella ai partecipanti alla serata del 21 Maggio 2015 sono liberamente scaricabili per la consultazione accedendo ai siti web della Cooperativa NEO (www.onlusneo.it) e della Associazione Love My Dentist (www.lovelydentist.it).

LIBRI

Il tempo e la vita di Eugenio Borgna

Recensione a cura di Gianpaolo Balestrieri

Eugenio Borgna, psichiatra di lungo corso e scrittore, ci accompagna con il suo "Il tempo e la vita" in un viaggio affascinante nella dimensione del tempo. Una costante che percorre il testo è la differenza tra il tempo che misuriamo, il tempo della clessidra e degli orologi ed il tempo interiore, il tempo come lo viviamo nelle stagioni della vita e nelle diverse condizioni dell'animo.

Parte dall'Agostino delle Confessioni il racconto di Borgna, con una riflessione sul tempo, passato presente e futuro come dimensioni dell'anima che continuamente sconfinano l'uno nell'altra.

Nella prima parte il tempo nel vissuto dell'autore. Suggestivo è il ricordo passato negli anni della guerra, nascosto dai tedeschi in una casa di campagna nei pressi del Lago d'Orta con la scoperta della campagna, dei silenzi e del ritmo delle stagioni. Si succedono poi il tempo lento della professione nell'isolamento

del manicomio femminile di Novara ed il tempo rapido della vita successiva.

La nostalgia, la noia, il dolore, esperienze comuni a tutti. Come varia allora la percezione del tempo? Fino al tempo frammentato della malattia di Alzheimer, fino al dileguarsi del futuro nella depressione e nella schizofrenia.

Il testo di Borgna è intessuto di citazioni. La poesia di Emily Dickinson, Thomas Elliot, Georg Trakl, Rainer Maria Rilke, Giacomo Leopardi, i romanzi di Marcel Proust, Virginia Woolf, Thomas Mann, Robert Musil, i mistici con Teresa d'Avila, San Giovanni della Croce,

Simone Weil, i filosofi con Seneca, Pascal, Kierkegaard, Heidegger e molte altre. "Le citazioni dilatano la voce del libro, lo sottraggono ai soliloqui, lo aprono ad un dialogo sempre rinnovato con gli altri", come dice Walter Benjamin, il grande filosofo e saggista ebreo tedesco. Citazioni che ampliano la conoscenza delle cose, di sé e degli altri.



Borgna è psichiatra di scuola fenomenologica, ma la sua narrazione non ha mai un'impostazione specialistica e tecnica.

Questa lettura, non oscura, mai noiosa, ci apre a dimensioni poco esplorate di consapevolezza. ●

Il tempo e la vita
Eugenio Borgna
Feltrinelli 2015
Pgg 217
Euro 18

Da te solo a tutto il mondo

Un ornitologo osserva le società umane di Jared Diamond

Recensione a cura di Giuseppe Belleri

Jared Diamond è uno studioso poliedrico, multidisciplinare e fuori dagli schemi accademici. Ha iniziato la sua carriera come specialista della fisiologia della colesterina per dedicarsi poi all'ornitologia, girando il mondo ad osservare l'evoluzione dei volatili, e negli ultimi venti anni ha concentrato i suoi interessi sulla biogeografia con un'attenzione particolare per la linguistica e per le scienze storico-sociali. È noto al grande pubblico per aver vinto il prestigioso premio Pulitzer con un testo divulgativo di grande successo, "Armi, acciaio e malattia", in cui si proponeva di illustrare perché "i destini dei popoli sono stati così diversi a causa delle differenze ambientali, non biologiche, tra i popoli medesimi". In questo testo, ormai un classico nel suo genere, ha dimostrato, attingendo a ricerche multidisciplinari espone con grande abilità divulgativa, come la storia dei popoli e l'evoluzione delle civiltà sia il prodotto di un complesso e imprevedibile intreccio tra ambiente ecologico e geografico, miglioramenti delle condizioni alimentari e di vita, avanzamenti tecnologici, diffusione di malattie e istituzioni sociali. Sono seguiti altri due saggi che hanno sviluppato alcuni temi specifici, sempre nell'ambito di una visione scientifica dell'evoluzione storica e delle scienze sociali: "Collasso", dedicato alla descrizione dei modi in cui le civiltà entrano in crisi e decadono fino alla dissoluzione,

e "Il mondo fino a ieri", che illustra il contributo culturale che anche le civiltà tradizionali possono dare alla vita nell'odierna civiltà post-industriale. Questo snello libretto dal titolo un po' criptico, frutto di una serie di conferenze tenute in Italia nel 2014, illustra sinteticamente il suo originale percorso scientifico e di ricerca empirica, frutto anche di esperienze personali a contatto con ambienti, popoli, faune e culture diverse ed originali. Diamond spazia dal ruolo della geografia nel promuovere o contrastare lo sviluppo economico e la ricchezza dei popoli alle condizioni culturali che favoriscono il buon governo, dalle dinamiche delle crisi e dei cambiamenti individuali e collettivi alla valutazione e gestione dei rischi così diffusi e pervasivi nella nostra vita sociale. Un capitolo specifico è dedicato alle problematiche sanitarie, relative a dieta, stile di vita e malattie, esaminate dalla prospettiva interpretativa della medicina evuzionistica e dalle più recenti acquisizioni della biologia molecolare applicata alla microbiologia e alla genetica umana. In particolare la concezione evuzionistica delle patologie si concentra sull'interazione fisiopatologica tra cause remote (assetti genetici adattativi) e cause prossime (stili di vita delle società industriali). Alcune caratteristiche metaboliche che nel pleistocene erano vantaggiose per la sopravvivenza dei nostri antenati cacciatori-raccoglitori – ad esempio l'attitudine ad



immagazzinare grassi nei periodi di abbondanza per poter sopravvivere alle carestie - si rivelano oggi disfunzionali e patogene per gli abitanti delle megalopoli, dove la disponibilità di cibi ipercalorici è illimitata e premessa per una pandemia di obesità. Analogamente la prevalenza dell'ipertensione arteriosa avrebbe, almeno per una quota di ipertesi, origine dall'attitudine sodio-ritentiva dei nostri antenati, alle prese con ambienti in cui il sale era merce rara, in presenza di diete eccessivamente "salate" dei nostri giorni e quindi ipertensivogene. Il capitolo finale è dedicato ai problemi principali che il mondo dovrà affrontare nel prossimo futuro, in cui Diamond offre una sintesi della sua visione antropologica e sociale applicata a grandi questioni pratiche: la gestione dei cambiamenti climatici ed ecologici, le disuguaglianze socio-economiche tra nazioni e all'interno dei singoli stati e una politica accorta delle risorse naturali essenziali per la specie umana, che sono altrettanti nodi problematici da sciogliere nei prossimi decenni pena il rischio di mettere in crisi assetti, benessere e pacifica convivenza sociale. ●

Il tempo e la vita
Eugenio Borgna
Feltrinelli 2015
Pgg 217
Euro 18

Associazione Italiana Celiachia Lombardia Onlus

Intervista al Responsabile provinciale di Brescia Anna Leni Rovetta

Gianpaolo Balestrieri



Quasi trentamila diagnosi di celiachia in Lombardia, 4.600 circa nella nostra provincia (dati 2013 Regione Lombardia). Se la prevalenza della malattia è secondo le stime attorno a 1/100, sono solo circa un terzo i pazienti diagnosticati rispetto al totale. Non una condizione rara quindi.

La celiachia, malattia autoimmune scatenata nei soggetti predisposti dall'assunzione di glutine, trova la sua unica terapia in un'alimentazione *gluten-free* permanente e rigorosa. I sintomi intestinali (diarrea e malassorbimento) ed extraintestinali (anemia, osteomalacia e osteoporosi, epatopatia, dermatite etc.) non si giovano in genere dell'uso di farmaci, ma richiedono un attento impegno del celiaco e della sua famiglia nell'adottare un comportamento alimentare adeguato. Cosa posso mangiare? Dove si trovano i prodotti? E quando sono fuori casa? Queste le prime domande cui l'Associazione Italiana Celiachia (AIC), nata nel 1979 in Lombardia, si è trovata a dover rispondere.

Da allora l'AIC è molto cresciuta grazie all'impegno entusiasta dei suoi iscritti e dirigenti. Conta un migliaio di associati nella nostra provincia.

MISSION

La sua *mission* è rivolta "all'educazione alimentare dei celiaci e delle loro famiglie, migliorare

la palatabilità e la qualità nutrizionale dei prodotti dietetici senza glutine, ridurre i prezzi migliorandone l'offerta nella grande distribuzione, sviluppare la rete di locali ed esercizi pubblici con proposte di pasti/gelati/prodotti freschi idonei alle esigenze dei celiaci, diffondere l'informazione e la conoscenza della celiachia nell'ambito delle Scuole di qualsiasi ordine e grado."

L'AIC mantiene uno stretto rapporto con i medici e le società scientifiche al fine di facilitare le diagnosi, sensibilizzare le strutture politiche amministrative e sanitarie, con uno stimolo e sostegno alla ricerca scientifica.

TRAGUARDI

Traguardi raggiunti: l'erogazione dei prodotti dietetici senza glutine da parte del servizio

Sanitario Nazionale, la legge quadro sulla celiachia (123/2005), il protocollo di diagnosi e *follow-up* per la celiachia (2008). L'Associazione edita ogni anno un Prontuario degli Alimenti con l'indicazione dei prodotti valutati dall'AIC

come idonei in seguito all'esame di una rigorosa documentazione degli ingredienti e dei processi produttivi. L'AIC svolge anche controlli analitici di sorveglianza su campioni di prodotti prelevati a scaffale ed elimina dall'elenco i prodotti non conformi. Il marchio "Spiga sbarrata" è un simbolo che certifica da parte dell'AIC l'idoneità del prodotto.

FUORI CASA

Mangiare fuori casa: spesso un problema quotidiano per il celiaco. Il "mangiare fuori" è

anche un rito sociale in cui il celiaco può essere in difficoltà. Molto è migliorato in questi anni. La legge del 2005 ha introdotto il diritto al pasto senza glutine nelle mense delle istituzioni scolastiche ed ospedaliere e nelle mense delle strutture pubbliche. La rete AFC (Alimentazione Fuori Casa) raggruppa quegli esercizi che hanno seguito un percorso formativo e di controlli da parte di AIC. L'Associazione fornisce agli iscritti una guida annualmente rinnovata con l'elenco dei locali aderenti. AIC organizza eventi e momenti di aggregazione (laboratori di cucina, cene, spettacoli per bambini, attività sportive etc.), è presente, a richiesta, nelle scuole dell'infanzia, di educazione primaria e negli Istituti alberghieri (Progetto In Fuga dal Glutine).

EXPO

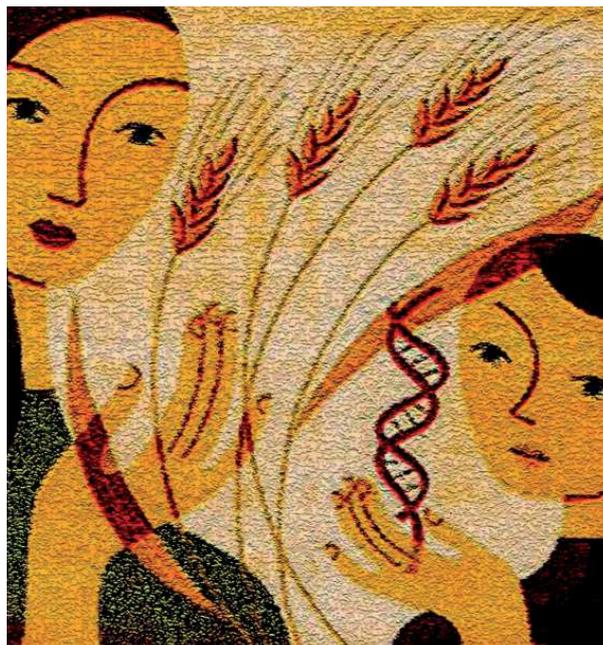
Il palcoscenico internazionale di EXPO consentirà di introdurre

nella riflessione globale sulla nutrizione anche il tema dell'intolleranza al glutine.

AIC è presente con iniziative di educazione alimentare promuovendo la conoscenza dei cereali minori, potenziando la rete dei locali AFC con un'informazione utile ed efficace per i diversi soggetti destinatari (esercenti, visitatori celiaci italiani e stranieri, etc.)



Quasi trentamila diagnosi di celiachia in Lombardia, 4.600 circa nella nostra provincia



RIGORE SCIENTIFICO

Il rigore scientifico e lo stretto collegamento con i medici esperti di celiachia (il nostro

Paese vanta una tradizione di eccellenza in questo campo di ricerca) ha sempre caratterizzato l'AIC anche nei confronti di atteggiamenti alla moda di automedicazione ed autoprescrizione di diete senza glutine in assenza di criteri diagnostici validati.

Infine, ma non certo ultimo per importanza, va sottolineato l'impegno entusiastico ed incessante dei dirigenti dell'Associazione.

Questo scritto è frutto del colloquio/intervista con Anna Leni Rovetta responsabile dal 1979 per la nostra Provincia

Nel 1976 la sua bambina di otto mesi ebbe una diagnosi (come spesso accade non facile ed immediata) di celiachia. La signora Rovetta durante questi 35 anni ha dedicato il suo tempo e le sue energie alla crescita dell'Associazione coinvolgendo con impegno e passione le famiglie, i medici e le istituzioni al fine di raggiungere una società più accogliente per i celiaci.

Davvero esemplare il suo impegno disinteressato. Davvero rilevanti i risultati conseguiti. ●

Cronistoria della Clinica Ostetrico-Ginecologica degli Spedali Civili di Brescia

Leopoldo Falsetti



L'arrivo del Prof. Candiani

La crescita assistenziale, organizzativa e scientifica del Reparto di Ostetricia -Ginecologia degli Spedali Civili di Brescia iniziò alla fine del 1961 con l'arrivo come Primario del Prof. Gian Battista Candiani. Con l'illustre Maestro, proveniente dalla Clinica Ostetrico-Ginecologica "Mangiagalli" dell'Università di Milano, giunsero tre assistenti: Costantino Mangioni, Mario Vignali e Franco Santi, che negli anni successivi divennero Direttori della Clinica Universitaria della Bicocca di Monza, di Milano e Primario dell'Istituto Gaslini di Genova.

Il Prof. Candiani introdusse e sviluppò a Brescia tutta la moderna chirurgia ginecologica, sia addominale che vaginale, con particolare interesse per l'oncologia. Notevole fu anche l'attività scientifica, mentre la didattica era limitata alla Scuola Autonoma di Ostetricia dell'Università di Milano, sede di Brescia, fondata nel 1955.

Nel 1964 il Prof. Candiani lasciò la città perché chiamato dall'Università di Sassari a dirigere la Clinica Ostetrica ed al suo posto, sempre dalla "Mangiagalli" di Milano, giunse nel mese di novembre il Prof. Attilio Gastaldi.

Il Prof. Gastaldi, come Primario e poi dal 1982, con l'istituzione dell'Università di Brescia, come Direttore, svolse la sua attività fino all'ottobre 1996. Nel 1965 i medici erano sette: Placido D'Acquino, Giancarlo Frangipani (entrambi provenienti da Milano con Gastaldi), Carlo Pezzoli, Piero Lombardi, Umberto Bianchi, Giambattista Forchini, Bruno Samaja; nel 1966-67 arrivarono Eugenio Contessi, Adolfo Rigagnoli, Dario Cavaglieri, Arnaldo Tinti, Leopoldo Falsetti, nel 1969 Sergio Pecorelli e Angelo Cavagnini, nel 1971 da Parma Jadranka Junasevic e Giampiero Cadenelli, nel 1972 Caterina Groli e nel 1979 Linda Frugoni.

L'EULO (Ente Universitario Lombardia Orientale), costituito a Brescia nel 1969, programmò dopo il 1970 alcuni Corsi Universitari di Medicina e Chirurgia, comprendenti anche Ostetricia e Ginecologia, patrocinati dalle Università di Milano e Parma. L'insegnamento, oltre a Gastaldi, fu affidato ad alcuni suoi assistenti fra cui Falsetti per la Ginecologia Endocrinologica. Il Prof. Gastaldi fu nominato Presidente del Comitato Tecnico Amministrativo in occasione del primo anno accademico dell'Università di Brescia (1982-83).



La Clinica d'avanguardia

Durante il periodo 1965-1996 la Clinica raggiunse un alto profilo sotto tutti i punti di vista, specialmente quello chirurgico, tanto da essere annoverata fra le prime in Italia. Ebbe inoltre un ruolo di precursore in ambito nazionale per l'elettrocardiografia fetale (1963), lo *screening* del cervicocarcinoma dell'utero (1969) e l'ecografia, con l'installazione del primo ecografo nel 1973, strumento di assoluta novità nella diagnostica ostetrico-ginecologica. I dottori Tinti e Groli, dopo un tirocinio presso l'Università di Vienna, ne avviarono le applicazioni cliniche. Nell'Ospedale Civile il Prof. Gastaldi organizzò, con lungimiranza, collaborazioni specialistiche (visite congiunte) con l'Istituto del Radio (Prof. Piemonte), la Nefrologia (Prof. Maiorca) e le Malattie Infettive (Prof. Carosi). Nel 1975 fu stabilito un accordo con il Comune e la USSL 41 di Brescia per attivare i Consultori con i medici della Clinica nelle varie Circoscrizioni cittadine. Il reparto, per adeguarsi alle richieste assistenziali, fu ristrutturato in ogni componente: sale parto, sale operatorie e posti-letto (230 circa). Anche il numero del personale medico aumentò progressivamente negli anni, nonostante le numerose richieste di aiuto per ricoprire i primariati di vari Ospedali. A tale proposito vanno menzionati Pezzoli a Desenzano (1969), Frangipani a Orzinuovi (1972), Forchini (1972) e poi Sandro Zucca (1999) a Gardone V.T., D'Acquino a Lovere (1973), Lombardi a Bergamo (1987), Samaja (1992) ed in seguito Renato Brighenti (2001) a Fatebenefratelli, Cavagnini a Cremona (1993) e poi alla Poliambulanza di Brescia (1997), Giorgio Tassi a Manerbio (1993) ed Amilcare Viani alla Clinica S. Anna (1994).



La Scuola di Specializzazione

Nel 1984 fu istituita la Scuola di Specializzazione in Ostetricia e Ginecologia, con ulteriore impegno nella didattica, che già comprendeva il Corso di Laurea in Medicina

e Chirurgia e la Scuola Ostetrica. Nell'ambito universitario divennero Professori, fascia degli Associati, Pecorelli e Falsetti e Ricercatori Enrico Sartori, Umberto Omodei ed Andrea Lojaco. Pur restando preminente la chirurgia, specie quella oncologica, il Prof. Gastaldi favorì lo sviluppo di alcuni settori della Specialità come Ginecologia Endocrinologica (Falsetti), Diagnosi Prenatale (Groli), Ostetricia (Samaja), Uroginecologia (Gianfranco Minini), Immunologia Ostetrica (David Faden), Chemioterapia (Angela Gambino), Sterilità (Carlo Gastaldi, Umberto Omodei, Danilo Dordoni, Luca Fallo).

Intensa fu l'attività scientifica e di ricerca svolta sia dal personale universitario che ospedaliero e l'organizzazione di numerosi Congressi e Corsi di Aggiornamento fra cui il 67° congresso nazionale della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia nel 1990 a Brescia.

Il Prof. Gastaldi, emerito clinico e raffinato chirurgo, ha diretto la Clinica per trentadue anni con notevole successo e rinomanza nazionale. Oltre alle sue capacità professionali, gran parte dell'ottimo risultato va attribuito ai Collaboratori, molti dei quali divennero leaders in specifici campi della Disciplina. L'eccellenza della Clinica fu mantenuta durante la Direzione dei Professori Bianchi-Pecorelli (1996-2006), Pecorelli-Sartori (2006-2014) ed oggi Sartori.



Il Professor Pecorelli

La Clinica negli anni divenne sempre più "internazionale" con l'invio di molti medici nei principali Istituti del mondo, stabilendo anche rapporti e collaborazioni scientifiche. Il Prof. Pecorelli ebbe incarichi e posizioni di prestigio: venne nominato *Full Professor* di Ginecologia Oncologica presso l'Università della California-Irvine, collaborò alla formazione e direzione della Ginecologia dell'Istituto Europeo di Milano (1994-96), fu Presidente del Gruppo Ginecologico dell'*European Organisation for Research and Treatment of Cancer* (EORTC) e della Società Italiana e Mondiale di Oncologia Ginecologica. Dal 2002 ad oggi è membro del Consiglio di Amministrazione dell'Istituto Superiore di Sanità e dal 2009 Presidente dell'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco).



La crescita e le direzioni

L'offerta e la qualità dell'assistenza, nonostante il calo dei posti-letto legato alla razionalizzazione delle nuove modalità assistenziali, migliorarono progressivamente: oggi l'area Ostetrico-Ginecologica è organizzata in forma dipartimentale secondo un modello di tipo anglosassone, che, oltre ai ricoveri ordinari, comporta un cospicuo incremento degli ambulatori, del *Day-Hospital*, del *Day-Surgery* e del *turnover* delle pazienti (9.000 ricoveri nel 2012). Il numero dei parti è sempre stato tra i 3.500-4.000 l'anno. Nel periodo 1996-2006 superarono il Concorso per Professore Associato Enrico Sartori, Tiziana Frusca e la Maestra ostetrica Miriam Guana, per Ricercatore invece Angela Gambino, Alessandro Santin, Anna Fichera, per Primario Carlo Gastaldi alla Clinica Città di Brescia (1998), Silvano Zaglio a Desenzano (2002), Giuseppe Favalli a Ravenna (2003) ed in seguito a Treviso (2005). Nel 1997 l'Università di Brescia attivò, presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia, il Corso di Diploma Universitario in Ostetrica/o di durata triennale e nel 2000 la Laurea in Ostetrica/o. L'attività scientifica, sempre molto intensa, si avvale anche della Fondazione dell'Istituto di Medicina Molecolare "A. Nocivelli", dove Pecorelli e Sartori coordinano e sono titolari di numerose ricerche sui marcatori molecolari dei tumori dell'utero ed ovaio. Dal 2002 la Ginecologia Endocrinologica è diretta, dopo Falsetti, da Pasquale Scagliola e dal 2014 da Alessandro Gambera. La Chirurgia Oncologica si avvale oggi di Claudio Schreiber, Franco Odicino, Fabio Rampinelli, Giuseppe Ciravolo ed Antonio Cesaretti, tutti abili laparoscopisti. Dal 2011 l'Uroginecologia è guidata da Silvia Zanelli.



Riconoscimenti

Il 12 dicembre 2008, la Clinica Ostetrica Ginecologica di Brescia è stata accreditata dall'*European Board and College of Obstetrics and Gynaecology* (EBCOG), come Centro di riferimento europeo per la Scuola di

Specializzazione. Il 22 ottobre 2010 l'*European Society of Gynecological Oncology* (ESGO) ha certificato la Clinica "Centro di Training Europeo in Ginecologia Oncologica". Nel 2013 infine è stato attivato un Master Universitario di Secondo Livello in Ginecologia Oncologica, coordinato da Sartori in *network* con altri prestigiosi Centri italiani. Fra il 2007 e il 2011 i Dottori Gianfranco Minini, Daniela Gatti e Federico Quaglia hanno assunto i Primariati di Gardone V.T., Manerbio e Poliambulanza di Brescia. A conferma del prestigio personale e della Clinica di appartenenza, il Prof. Sergio Pecorelli è stato eletto nel novembre 2010 Magnifico Rettore dell'Università degli Studi di Brescia e nello stesso mese del 2013 componente della Giunta della Conferenza dei Rettori. Nel dicembre 2013 la Prof. Tiziana Frusca è stata chiamata a dirigere la Clinica Ostetrica-Ginecologica dell'Università di Parma. Recentemente è terminata la ristrutturazione dell'intera area ostetrico-ginecologica: sale operatorie, degenza (stanze singole o doppie con servizi) e sale parto di oltre 2.000 m², su due piani, con tutte le attrezzature d'avanguardia. In conclusione la Clinica Ostetrico-Ginecologica ha giocato un ruolo fondamentale nella crescita della Sanità a Brescia e Provincia, nella nascita dell'Università, del suo sviluppo, nonché nella fondazione del Dipartimento Universitario Materno-Infantile e di Tecnologie Biomediche (1983).



Ricordiamo i colleghi

In nome di uno spirito di solidarietà e di stretto legame, è doveroso ricordare con profonda commozione i Colleghi deceduti che hanno partecipato, a vario titolo, alla vita della Clinica: Gianbattista Candiani, David Faden, Mirella Soregaroli, Giuseppe Favalli, Angelo Cavagnini, Carlo Pezzoli, Gianpiero Cadenelli, Elisabetta Vignoni, Linda Frugoni, Eugenio Contessi. Vanno inoltre menzionati Eleonora Cantamessa, Stefano Sorino, Piersandro Torri, Italo Belometti, presenti solo durante gli anni della Scuola di Specializzazione.

La dedizione e la passione per il mio lavoro e per la Clinica in cui ho operato per oltre trentaquattro anni mi hanno spinto a scriverne la storia. ●

Poche certezze e tanti dubbi

Ernesto Bonera

Caro Ottavio, in questi giorni ho risposto al Questionario dell'Ordine sul "Disagio medico", un sondaggio utile e di buon livello, anche se forse, a mio parere, con qualche imperfezione.

Essendo note le "attese" degli "assistiti", non risaltavano, seppur presenti, le nostre aspettative sul rapporto medico-paziente, un rapporto che nelle attuali società "liquide" non ci si attende troppo soddisfacente, ma che, a quanto ho visto, è stato ed è un interesse primario dell'Ordine bresciano e del suo Consiglio.

Personalmente ho poche certezze e scrivo quindi per trasmettere il mio disagio, illustrando alcuni miei forti dubbi:

- ✓ nei decenni scorsi una laurea in Medicina e Chirurgia permetteva, ammesso che ci fosse capacità operativa, di "vivere di rendita professionale" per qualche anno. L'aggiornamento era relativamente agevole ed il rapporto tra assistiti e curante di norma era da soddisfacente a buono. Gradualmente questa condizione è mutata. La laurea esige un "seguito", oltre l'esame di Stato, per formare soddisfacenti capacità operative non adeguatamente acquisite all'Interno dei Corsi universitari. Ora esistono Medici di Base che nel proprio ambulatorio gestiscono tirocini riconosciuti di "addestramento". Molto bene!
- ✓ Le tecnologie strumentali, le acquisizioni biologiche, i prodotti medicali e le Medicine non convenzionali inondano il cervello del Medico, le cui capacità di discernere i veri effetti da quelli propagandati, i limiti, le controindicazioni e gli effetti indesiderati sono circoscritte anche per motivi di disponibilità temporale. Quando si pervenga alla diagnosi può esservi il dubbio di quale terapia usufruire, tenuto conto che, mi pare, nei Corsi Universitari della facoltà non vi sia una qualche preparazione" sulle Medicine alternative e sui loro possibili ruoli nell'ambito della Medicina tradizionale.
- ✓ Non conosco a fondo gli attuali programmi del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, ma ricordo con piacere taluni Corsi molto affascinanti dei decenni scorsi. Ad esempio quelli di Semeiotica medica, di anatomia topografica e di cliniche con lezione con paziente in Aula, di esercitazioni (frequenti) in Corsia, le preziose lezioni comparate di anatomia patologica (autopsia e microscopia) col Docente ed il Clinico, così interessanti da stimolare la presenza di parecchi studenti che già avevano superato l'esame! Nei Corsi attuali sono comprese nozioni di fisiopatologia posturale, causa di varie sofferenze anche non ortopediche? Le conseguenze "tardive"

neuromotorie-neuropsichiatriche di stati ipo-ossici del parto? La rilevanza psicosomatica del dolore e della sofferenza? I reumatismi enteropatici extra immunità biologica?

E negli Ambulatori "specialistici" un laureando o laureato che si prepara all'esame di Stato, passa per apprendere cose elementari, ma molto utili? Quali otoscopia rino-auricolare, differenziazione del dolore flogistico o nervoso, visita nell'ambulatorio di terapia fisica, le manipolazioni somatiche e l'agopuntura, indicazione e visione dell'ecografia addominale...

È evidente che ciò esige:

- 1 *Una collaborazione tra Università ed Ospedali ed anche, perché no, Case di Cura, Istituti sanitari con qualche caratteristica di qualità "certificata", ma anche Medici "del territorio", titolati dalle Istituzioni per la loro esperienza, a svolgere collaborazioni con gli Ospedalieri ed Universitari anche in veste didattica "pratica";*
 - 2 *una programmazione ben meditata dei Contenuti del Corso di Laurea, confrontando le varie Parti interessate.*
- ✓ *Gli specialisti di oggi, ancor più che nel passato, sanno molto, aiutati anche dagli strumenti e dalla biologia, cosicché (aforisma!) "sanno più del tutto su niente" e, involontariamente, si esprimono, spesso ma non sempre, con cifrari siglati "indecifrabili" che i Medici di "base", come (aforisma!) coloro che "sanno nulla di tutto", faticano ad afferrare, a meno che siano chiaramente sintetizzati nella conclusione del referto cifrato. Come sarebbe bello se esistesse un videotelefono od analogo strumento che in determinati casi, urgenze o complessità, permettesse al medico degli Ospedali di colloquiare col Collega di base. Purtroppo i tempi oggi concessi ai medici, fuori e dentro le Strutture Sanitarie, sono ristretti e forzati rispetto al bisogno assistenziale diagnostico-terapeutico, comunicazione compresa. E questo mentre la pluripatologia - anche per l'aumento dell'età cronologica ed i vari "inquinamenti" fisici e psichici- si va incrementando e la burocrazia correlata è (mi si riferisce) opprimente o quasi. In ambulatorio le contingenze indicate richiedono anamnesi brevi e spingono alla visita segmentaria (di apparato), non globale.*
 - ✓ *La Pluripatologia dell'anziano, con o senza fragilità, ha poi in sé il rischio della plurimedicazione farmacologica e di "altro" approccio assistenziale, e al domicilio esigerebbe un monitoraggio infermieristico in modo particolare per determinate forme e periodi (criticità non ospedaliere, rischi). La presenza di un aiuto infermieristico è di molto sostegno anche per i parenti o altre presenze. Mancano le disponibilità economiche! Forse l'organizzazione in Ambulatori plurimedicali ed il consorzio Comunale o distrettuale infermieristico porterebbe un risparmio di ricoveri ospedalieri. ●*



Dottor Giacinto Gaggia

Arduo compito raccontare di nostro padre, uomo di poche parole, tanto sintetico che anche nelle missive più private mandava un biglietto in bianco con la sola firma in calce. Avrebbe voluto che lo ricordassimo pubblicamente? Forse no, ma una testimonianza può interessare chi gli ha voluto bene e anche le persone che, pur non avendolo conosciuto, potranno vedere nel suo percorso professionale uno spaccato di vita che ai nostri giorni non esiste più. Nato in una famiglia numerosa con un discreto rilievo nella società bresciana, non ha mai pensato di sfruttarlo per un personale tornaconto. Ha sempre ritenuto che chi più ha, più deve dare e ha scelto la professione medica con grande passione per l'ammalato e molto meno per il conto in banca. Giovane sportivo, ha percorso i tempi contribuendo a mantenersi agli studi con un piccolo stipendio da giocatore di calcio non professionista. Una volta laureato ha prestato servizio volontario presso Medicina dell'Ospedale Civile di Brescia, vivendo delle sostituzioni delle "condotte" (medicina sul territorio in cui il medico veniva chiamato a risolvere problematiche complesse senza orario e senza il paracadute che oggi forniscono Specialisti, Pronto Soccorso e Ospedale. Il medico era il "Sior Dutùr" che applicava a 360° gli studi effettuati e godeva di una considerazione sociale oggi molto difficile da immaginare). Medico ormai esperto, l'assunzione in Ospedale lo ha portato a prestare servizio presso Chirurgia dove ha imparato le tecniche chirurgiche indispensabili. Divenuto padre di numerose figlie, è stato forzato ad abbandonare il percorso ospedaliero dedicandosi alla medicina sul territorio dove ha lavorato prevalentemente in qualità di medico di famiglia. Non sono state poche le persone che alla sua morte, a distanza di vent'anni dal termine dell'attività professionale, sono venute a salutare



quello che ancora chiamavano il "loro dottore" ricordandone le doti di empatia, responsabilità e schiettezza.

Legato alla sua terra, agli amici e alle tradizioni locali, quando poteva si dedicava alla caccia e alla pesca con i compagni di sempre. Gli piaceva giocare a bridge, negli ultimi anni a burraco, con gli amici. La storia e la "brescianità" lo hanno sempre appassionato; nel tempo libero non era raro vederlo con un libro in mano.

Deposto il camice, per qualche anno si è dedicato al volontariato presso la "Fondazione Civiltà Bresciana".

Nell'intimità familiare è stato osservatore attento e paziente, pronto a gioire delle gioie di ciascuno e a condividere i momenti difficili. Educatore efficace, con l'esempio ci ha insegnato che la vita non è fatta di parole ma di impegno personale senza compromessi.

Se ne è andato nelle stanze di Medicina dell'Ospedale Civile che fino a poco tempo prima erano state della Chirurgia in cui aveva lavorato, chiudendo anche simbolicamente un percorso umano e professionale ricco di intensa e forte umanità.

Paola Gaggia e sorelle



Dottor Danilo Migliorati

Difficile coagulare in poche righe l'operato di una vita. Il Dottor Danilo Migliorati, mancato il 16 maggio scorso, ha vissuto all'insegna della sua professione di medico otorinolaringoiatra.

Tutte le sfumature del suo carattere si sono incarnate nel *modus* con il quale si è dedicato ai pazienti.

L'autorevolezza di una notevole capacità diagnostica si è accompagnata all'accoglienza e all'amorevolezza verso i "suoi" malati: inizialmente intimiditi dal suo aspetto, oltre che dall'atteggiamento serio e quasi burbero, tutti venivano poi conquistati dall'inaspettata dolcezza con la quale si porgeva e prestava cura.

La moglie e le figlie raccolgono con gratitudine le preziose testimonianze che continuano a giungere.

*AnnaMaria Pelli in Migliorati
con le figlie Silvia e Luisella*

Dottor Cesare Tettoni

Nostro padre si è spento a 90 anni, dopo aver combattuto, da coraggioso Alpino qual era, la sua guerra contro il cancro. È stato un gran padre, un uomo retto, giusto, buono e colto, curioso della vita nel senso intelligente del termine, ma è stato anche un ottimo medico, come sapevamo e come migliaia di persone di Capriano del Colle ed Azzano Mella, luoghi dove ha esercitato la professione per quarant'anni, ci hanno ricordato in questi giorni. Nonostante non professasse più da circa vent'anni, una processione infinita di gente è venuta a rendergli omaggio, a rendere omaggio al medico di famiglia com'era una volta, al "proprio" dottore, quello che ti visitava, quello di cui ti fidavi, che sapeva tutto di te, che magari ti aveva aiutato a nascere e ti aveva seguito per una intera vita, quello a cui, più che al prete, raccontavi anche i tuoi problemi familiari per tornare a casa arricchito da una buona parola o da un buon consiglio. È stato bellissimo, attraverso i ricordi commossi regalatici dai suoi tanti pazienti, vedere confermato quello che già sapevamo: era una persona eccezionale. E mentre a fatica riconoscevamo i volti a volte sepolti nei cassetti della memoria, riaffioravano prepotenti i ricordi di quando il papà era disponibile per i suoi assistiti ventiquattro ore su ventiquattro, del campanello che suonava anche in piena notte e lui che partiva in fretta e furia, di quando non si sapeva mai l'ora di cena e nostra madre ci spediva in ambulatorio per vedere quanta gente ci fosse ancora da visitare. Poi i ritmi si sono fatti un po' meno serrati, ma il rapporto di nostro padre con la gente non è affatto cambiato, ed anche in questi anni, pur da pensionato, c'era sempre qualcuno che voleva parlargli o mostrargli un esame o chiedergli un consiglio. Ora il suo grande cuore generoso si è fermato e il dolore è acuto, ma è addolcito dall'averlo visto così amato, stimato e rimpianto da tanta gente.

Lucilla e Giuseppe Tettoni

Dottor Renato Cassetti

Caro Dottor Renato,
 é difficile trovare le parole adatte ad esprimere i sentimenti di dolore e di stima che tutta la nostra comunità vorrebbe comunicare, con la sua presenza, in questo difficile momento della vita di tutta la sua famiglia e di noi tutti, parenti, amici, pazienti e conoscenti.

Mentre il dolore vorrebbe chiuderci la gola, noi con fede vorremmo gioire con lei che dopo una vita di altruismo, generosità e sacrificio al servizio della comunità, potrà godere il meritato riposo eterno.

Buon viaggio Dottor Renato.

Ha lasciato in noi e nella nostra comunità un grande vuoto.

Alla cara Gori, ad Aurelia, a Luisa e familiari, il nostro abbraccio affettuoso e la serenità, pur nella sofferenza, del ricordo di un autentico testimone di vita.

Al caro Dottor Renato il nostro più caloroso arrivederci.

*Carla Paterlini
 a nome degli ex pazienti*

Dottor Sergio Zambianchi

Con queste parole vorrei ricordare mio padre. Compì i suoi studi e si laureò presso la prestigiosa facoltà di Medicina dell'Università di Pavia.

Dal 1970, giunto in provincia di Brescia, è stato medico della clinica ospedaliera Poliambulanza di Lumezzane, fino al 1994. Dove ha praticato la professione con grande sacrificio, caricandosi sulle spalle il peso di un ospedale impegnativo, quale quello di una importante realtà industriale, dovendo quindi affrontare una notevole mole di lavoro.

Si è distinto in quegli anni per impegno, passione e umanità, senza mai perdersi d'animo pur tra mille difficoltà.

In seguito si è dedicato alla Medicina del Lavoro fino a poco tempo prima di ammalarsi.

L'attività di Medico competente per la Medicina del Lavoro lo ha portato a contatto con una miriade di aziende, soprattutto industriali, e di conseguenza in rapporto con le complesse problematiche del lavoro.

Ha vissuto una carriera medica variegata, ricca di soddisfazioni e riconoscimenti.

Si è spento il 9 Giugno di quest'anno.

È stato un bravo medico, ma innanzitutto un uomo buono, generoso e mite.

Non lo dimenticheremo mai.

Il figlio Pier Paolo

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

*ricorda con rimpianto i Colleghi
deceduti recentemente*

Dott. Renato Cassetti

Dott. Giacinto Gaggia

Dott. Danilo Migliorati

Dott. Giuseppe Rapisarda

Dott. Cesare Tettoni

Dott. Sergio Zambianchi

ed esprime ai loro familiari le più sentite condoglianze.

www.ordinemedici.brescia.it

seguici online

presto sul sito
uno spazio dedicato
allo Sportello Giovani



**BUONE
VACANZE!**

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