

## Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Brescia

### Appunti programmatici CONSILIATURA 2021 – 2024

#### / Introduzione

La nostra azione nel periodo della pandemia è stata impegnativa, ha prodotto proposte e, se pur con fatica, risultati evidenti. Non ci siamo arenati su polemiche sterili o su critiche non propositive.

Tanti i temi in agenda, dalla tutela della qualità professionale alla riforma del Sistema Sanitario che Covid-19 ha reso non più rinviabile, dalle questioni di bioetica a quelle, fondamentali, della parità di genere e del ruolo dei giovani medici. Con un obiettivo su tutti: far sì che ogni iscritto si senta parte attiva di questo Ordine. Un metodo, basato sull'ascolto, perché l'Ordine non sia l'espressione di una classe o di una casta, ma di una comunità nelle comunità.

Questo è lo spirito del ***New Deal*** che proponiamo per la consiliatura 2021 -2024.

Il tema di fondo, del presente e del futuro, che dobbiamo affrontare senza reticenze e con forza, nell'ambito delle competenze e dei limiti dell'azione ordinistica, è la qualità della professione.

L'espandersi della medicina specialistica, indotta dall'evoluzione tecnologica, dagli anni Settanta in poi, ha contribuito, in modo decisivo, a rendere il medico di famiglia, nella gerarchia valoriale dei pazienti, una figura percepita, sottolineiamo percepita, come di secondo piano. All'ombra di questa situazione alcuni colleghi, però, si sono adagiati nel redigere ricette rosse con tante medicine e tanti esami. Nessuno ha chiesto conto della qualità del loro lavoro.

Ma proprio nella nostra realtà provinciale, già qualche decennio fa, un gruppo di medici di famiglia e di specialisti ospedalieri comprese che la professione doveva cambiare per adeguarsi ai mutamenti rapidi e sconvolgenti della medicina. Cambiamento che si basava su un presupposto che ora, come allora, è irrinunciabile: integrazione fra i vari *setting* di cura. E si è realizzato molto (*Clinical governance* PDTA etc.), quella minoranza è divenuta maggioranza nella medicina generale e da qui dobbiamo partire.

La qualità della professione non riguarda quindi solo i medici del territorio ma è un problema generale che investe tutti i *setting* di cura.

**Qualità vuol dire integrazione e capacità di riconoscerci a vicenda come professionisti di valore.**

Una nuova *vision* dell'ospedale (*hospitalist*, intensità di cure, differenziazione del ruolo dei vari ospedali, integrazione con il territorio, appropriatezza delle prestazioni etc.) che più volte abbiamo posto, è un altro aspetto della qualità della professione.

Se dal versante ospedaliero, specie negli ultimi anni, la collaborazione interdisciplinare è aumentata, permane tuttavia negli stessi medici ospedalieri la non consapevolezza che l'integrazione con il territorio è elemento costitutivo del Sistema sanitario e che va oltre il rapporto con la medicina generale, ma si deve strutturare in reti (sociale e sanitaria).

La "centrale di coordinamento" deve essere il Distretto con dimensioni adeguate.

Mentre scriviamo è stato reso noto il Piano di Ripresa e Resilienza e la programmazione degli interventi, in quanto già definita nei tempi e nelle modalità di realizzazione, va considerata attentamente.

Qualità della professione prevede anche una rivisitazione/rivoluzione del sistema ECM, un aspetto che prescinde dalla possibilità di intervento diretto da parte dell'Ordine provinciale, ma che ci impegniamo a portare all'attenzione nazionale, nella convinzione che su questi temi valga la pena aprire una discussione.

Di seguito le proposte programmatiche - suddivise secondo i diversi ambiti tematici - che l'Ordine si propone di perseguire nel corso della Consiliatura. Su tali obiettivi verranno disegnate la tipologia e la composizione delle nuove Commissioni ordinistiche.

Ancora le proporremo in forma di sondaggio alla valutazione di tutti gli iscritti e con la possibilità di formulare proposte.

## **/ Formazione e Cultura**

L'area Formazione e Cultura è ad elevato valore specifico, e rappresenta la principale voce di bilancio dell'Ordine.

Nel tempo è diventata "oggetto del desiderio" di agenzie esterne e professionisti per attività formative spesso non disinteressate.

**Mantenere la specificità dell'Ordine in campo culturale** risulta pertanto un cardine fondamentale. Per tener fede a questa impostazione bisogna partire dalla comprensione di quello che sta accadendo attorno a noi: la trasformazione del rapporto medico paziente, divenuto ancora più complesso alla luce della diffusione di servizi e prodotti sanitari facilmente e autonomamente acquistabili; lo scenario generale di arretramento del SSN; lo sviluppo di nuove forme organizzative all'interno della professione, come il lavoro in gruppo e le reti multiprofessionali, competenze che

richiedono una formazione specifica su *teamwork* e *leadership*, in particolare per i Medici di Medicina Generale (MMG).

Questi passaggi sono ineludibili per rispondere alle future trasformazioni del SSN. Coerentemente, perché l'Ordine possa offrire un solido contributo dal punto di vista culturale e formativo, è necessario affrontare due interrogativi preliminari:

- ◆ **Quali competenze** dobbiamo esplorare per superare la frammentazione specialistica della medicina, salvaguardando l'attenzione alla persona, al processo di cura e non solo alla malattia, al *problem solving*, con lo sguardo sul paziente ma anche alla collettività.

Una riflessione ineludibile, che deve considerare i diversi contesti e i livelli di integrazione tra le varie branche della medicina (la medicina generale, ad esempio, è un esercizio prettamente empirico che ha poco a che vedere con quella ospedaliera, ambiente strutturato e organizzato anche secondo una relazione gerarchica).

- ◆ **Quale metodologia** dobbiamo utilizzare per ideare percorsi formativi efficaci.

Si dovrà partire dall'analisi dei bisogni dei professionisti: per indagarli esistono questionari e inchieste, ma i bisogni sono spesso anche inconsci. E' necessario, quindi, disporre di strumenti capaci di **leggere all'interno dei dati della sanità bresciana quali sono i bisogni reali e prioritari**. Una volta definiti, si possono identificare gli obiettivi, in un contesto che deve vedere partecipi tutte le istituzioni del sistema sanitario.

- ◆ Tale percorso deve anche prevedere **la valutazione dei risultati**, non limitatamente ai questionari di fine corso, ma attraverso una verifica "sul campo" delle trasformazioni prodotte. Un sistema evoluto dovrebbe essere in grado di confrontare i dati di partenza con quelli definiti negli obiettivi formativi, verificandoli proprio là dove le acquisizioni devono trovare concreta applicazione.

- ◆ Il rapporto tra **ambiente e salute**, su cui i medici hanno un ruolo estremamente importante, ma anche la necessità di aggiornamenti specifici, è uno dei filoni tematici su cui orientare la formazione, mentre la prospettiva culturale va concretizzata anche attraverso declinazioni nuove, come **il cinema, la letteratura, le arti visive**.

## / Bioetica

Sono molteplici le tematiche di bioetica su cui l'Ordine è impegnato, dal consenso informato alla relazione medico paziente, dalle decisioni sul fine vita e le Dat, ai temi della cronicità, fragilità e paziente "difficile".

◆ Rispetto a questi temi **Covid** ci ha insegnato che cronicità e fragilità sono elementi centrali nella prognosi, ma questi due aspetti non sono entrati nelle valutazioni cliniche dei pazienti in ospedale. Le decisioni cliniche nelle situazioni di emergenza, inoltre, si sono basate molto sull'**esperienza personale**, mentre la relazione con il paziente e la sua famiglia è stata significativamente compromessa.

Altre questioni sono emerse, come il tema del **consenso e dissenso alle cure**, evidenziato negli ultimi mesi anche dal dibattito sui vaccini, ma anche l'interrogativo riguardo a "chi cura", con una contrapposizione tra l'*Evidence Based Medicine* e l'esperienza personale. Si tratta di nodi non solo clinici, considerando il rilevante impatto sul versante etico.

◆ In prospettiva è opportuno promuovere lo sviluppo di modelli di relazione con il paziente e la famiglia anche attraverso **modalità di comunicazione innovative**, che vanno ottimizzate: il tema della telemedicina è centrale e ha anche una valenza etica.

◆ Da valorizzare l'importanza di **strumenti clinici per la valutazione della fragilità** e per formulare la prognosi: strumenti che devono essere condivisi tra territorio, ospedale e Rsa.

Sull'**invecchiamento** la pandemia ha fatto emergere in modo tangibile evidenze dolosamente scotomizzate: il peso dell'età come fattore prognostico indipendente, l'importanza delle comorbilità, della fragilità e della disabilità, la potenza degli effetti extraclinici nei processi assistenziali. Si è compresa l'irrelevanza del solo approccio infettivologico o pneumologico o internistico o intensivistico, se non integrato. Varrà anche nel dopo Covid, sia per l'ospedale che per il territorio. È quindi necessario ripartire dalla condivisione del lessico e degli strumenti valutativi per perseguire l'integrazione tra i diversi livelli di cura.

E la **valutazione multidimensionale**, punto di riferimento dei geriatri, **opportunamente adattata per la multidisciplinarietà**, deve diventare strumento operativo per un utilizzo diffuso e trasversale.

◆ C'è poi il tema della **libertà personale** in relazione al bene della collettività, fra cui il consenso/dissenso a determinati trattamenti, il nodo della vaccinazione degli operatori sanitari e delle scelte vaccinali del singolo individuo.

◆ Un altro orizzonte di indagine è quello della contrapposizione tra **libertà di curare** e osservanza delle **evidenze scientifiche**, spunto emerso durante la pandemia che ha portato a riconsiderare il ruolo dell'*Evidence Based Medicine* - alla luce dei lavori in *pre-print*, usciti prima della pubblicazione - e le modalità di gestione, comunicazione e condivisione delle evidenze scientifiche e cliniche. Un'analisi che deve comprendere anche il ruolo dei media, l'influenza dei social media, e la crisi del sistema di *peer review*.

### / **Medicina genere specifica e Lavoro femminile**

Da una recente indagine realizzata dall'Ordine è emersa la necessità da parte dei colleghi di **conoscere la medicina di genere in modo più approfondito**, per poi poterla applicare nella pratica clinica.

◆ Per questo tra le innovazioni più urgenti c'è l'inserimento in tutti i piani di studio per medici e personale sanitario delle tematiche di medicina di genere, per favorire un approccio "gender sensitive", permeando in tutte le materie lo sguardo di genere.

◆ Nella pratica si sconta la scarsità di linee guida e Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA): un passaggio necessario sarà attivarli affinché **la medicina di genere entri nella pratica clinica di tutti i giorni**, tenendo presente che non si tratta di una nuova specializzazione, ma di uno sguardo multidisciplinare e multiprofessionale, un approccio nuovo al paziente. La medicina genere specifica è una medicina personalizzata, e quindi di precisione, proprio perché sa distinguere le differenze di genere, aprendo l'orizzonte sui determinanti socio economici e culturali che incidono sullo stato di salute e di malattia.

◆ Un sondaggio promosso dall'Ordine sul **lavoro femminile e le discriminazioni** ha confermato come queste ultime esistono anche nel mondo medico, e sono soprattutto le donne a subirle, in particolare quelle con figli, che devono misurarsi prioritariamente con il problema della conciliazione, ambito che richiede un deciso intervento.

◆ Stiamo assistendo a un costante e progressivo **aumento della presenza di donne medico** (si stima che passeremo a breve dall'attuale 51% al 68% sul totale iscritti), ma a fronte di questa consistente partecipazione non c'è stato un aggiornamento delle strutture - sono pochissime le donne ai vertici di aziende sanitarie e nelle governance degli Ordini - e **l'organizzazione del lavoro è rimasta maschile**, con scarsa inclusione per le donne, così come per altri gruppi a rischio discriminazione per motivi etnici, di orientamento sessuale o di disabilità.

**Questa asimmetria priva il mondo sanitario di esperienze, talenti, esigenze ed aspirazioni delle mediche**, con ripercussioni anche nei servizi ai cittadini e nell'equità delle cure.

◆ È necessario un cambio di passo, sia a livello di governance che di organizzazione. L'Ordine è chiamato a stimolare le istituzioni ad attuare politiche esplicite di integrazione della parità di genere e investire sui talenti e le competenze femminili (obiettivo 5 dell'Agenda 2030). Si intende proporre **corsi di formazione per preparare le donne medico alla leadership**, per formarle a ricoprire ruoli dirigenziali. Il valore della differenza legato al genere deve farsi pensiero e tradursi in una nuova idea di sanità, basata sulla parità di condizioni tra i generi, più equa ed inclusiva.

### **/ Organizzazione esami di Stato e corso di Medicina generale**

L'Ordine è chiamato per legge ad interagire con l'Università per gli esami di Stato, e questo rappresenta un'opportunità per far conoscere il modus operandi della medicina generale.

Questa architettura richiede un **rapporto stretto tra tre attori: Università, Ordine e territorio**. L'Ordine svolge un ruolo essenziale nel collegare attraverso questo servizio l'Università con il territorio, facendo leva su tre strumenti: il tutoraggio, l'intervento diretto nella formazione universitaria e il corso di Medicina generale.

◆ Il tutoraggio, che dopo l'emergenza pandemica presupporrà un rapido ritorno alla modalità in presenza, pone alcuni aspetti da perfezionare: innanzitutto **creare dei tutor, ampliandone il parterre grazie a corsi di formazione mirati**, perché fare il tutor non è un lavoro che si inventa, ma che si impara. Bisogna poi promuovere linee di confronto tra i tutor, figure da assimilare a una nuova categoria professionale, portatrici di bisogni culturali e formativi cui dare risposta per assicurarne l'omogeneità di intervento.

◆ Per implementare tutto questo l'Ordine deve aprirsi alla **collaborazione con altre agenzie formative**, come già sperimentato con successo nei percorsi di formazione attivati insieme all'Università Cattolica di Brescia.

Per la formazione dei tutor è necessario pensare a un programma analogo, per preparare figure che devono essere in grado di produrre un intervento organico sui singoli discenti, che avviene prima della laurea.

◆ Nella convenzione è previsto anche **l'intervento diretto dell'Ordine nella formazione universitaria**, ad esempio con seminari sulla deontologia e simili. Un intervento sempre previsto, ma mai compiutamente attuato. Una via da percorrere potrebbe essere quella di coordinarsi con la cattedra di Medicina generale, che è un corso opzionale della Facoltà, senza dimenticare che la

responsabilità dell'Ordine sul tutoraggio per la medicina generale potrebbe dare un contributo allo sviluppo di una conoscenza più approfondita di quel settore.

◆ **Il corso per la medicina generale**, infine, dipende da Regione Lombardia: l'Ordine non ha mai avuto un legame di collaborazione se non attraverso singoli consiglieri nella didattica. Ma è qui che nascono i futuri medici, qui dove si plasma la visione della medicina generale di domani. In questa prospettiva il contributo dell'Ordine può rivelarsi sostanziale per sviluppare nuovi scenari educativi, verso una medicina generale integrata con l'ospedale e fortemente inserita nel territorio. Aspetti che vanno assimilati in un più ampio percorso culturale, e richiedono la preparazione di medici che sappiano trainare *team* di formazione.

◆ In prospettiva si pone una riflessione di fondo sull'attuale struttura del corso di Medicina generale, separato dai corsi di Specialità, anche sotto il profilo dei livelli di retribuzione e dell'impegno richiesto. Questa impostazione rischia di contribuire a creare due figure – il medico di medicina generale e lo specialista - che viaggiano su canali paralleli: i tempi sono maturi per una riflessione culturale su possibili correttivi.

## **/ Informazione**

L'esperienza della rivista *BresciaMedica*, che l'Ordine ha avviato otto anni fa, ha avuto buoni riscontri sia all'interno della nostra comunità che a livello regionale e nazionale. La rivista ha una periodicità tri/quadrimestrale, e si caratterizza come approfondimento monotematico con rubriche fisse.

È opportuno proseguire su questo filone informativo, dal momento che l'aspetto di approfondimento è molto rilevante, ma non basta per due motivi.

◆ Il primo è contingente, legato alla pandemia che ha visto molte iniziative soppresse, così come i convegni e i Pomeriggi della Medicina, con la consapevolezza che difficilmente torneremo come prima. Dobbiamo riempire questo vuoto anche con una informazione puntuale e articolata, **un canale comunicativo snello verso i colleghi e verso il pubblico** generale per far conoscere le nostre posizioni, confrontare le idee, combattere la disinformazione e le *fake news*.

◆ L'altro motivo riguarda l'evoluzione del linguaggio della comunicazione. **Il passaggio al digitale interessa ormai tutti**, non solo le generazioni più giovani. Un impulso sostanziale in questa direzione è obbligatorio, attraverso iniziative che mantengano rigore e qualità nei contenuti ma li rendano ampiamente visibili.

◆ L'anno scorso l'esperienza di **BresciaMedica online**, realizzata sul sito dell'Ordine, è stato un primo tentativo artigianale in questa direzione, con interventi, forum, articoli della letteratura scientifica tradotti in italiano e aggiornamenti in tempo reale.

Da ripensare in questa prospettiva alcuni aspetti del sito web ordinistico, mentre da incentivare la pagina Facebook dell'Ordine che ha raggiunto numeri lusinghieri di contatti.

◆ **È quindi nostro compito aprire una linea informativa nuova**, che punti sulla dimensione on line e si affianchi a quella ormai consolidata della rivista. Andranno pensati la struttura, il linguaggio (che tenga conto delle modalità di lettura oggi correnti), i contenuti, le rubriche. In seno all'Ordine non mancano le capacità per raggiungere questo obiettivo.

### **/ Integrazione territorio ospedale**

L'integrazione tra ospedale e territorio appare un obiettivo impervio, anche a seguito della legge 23 del 2015 sull'"Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo", che ha valorizzato una visione ospedalocentrica svuotando di fatto il territorio, con la perdita di molte preziose interazioni disciplinari che si erano formate nel tempo.

La sofferenza maggiore si è riscontrata nella medicina preventiva, a causa di una ridondanza di offerta che ha creato confusione perché non sostenuta dalla necessaria integrazione.

Per segnare un opportuno cambio di passo va ridata dignità innanzitutto al territorio: questo non significa tornare al vecchio Distretto, la cui formula presentava diversi limiti, ma guardare oltre, ragionando su alcune proposte innovative, che annoverano i seguenti aspetti:

◆ Una **sede** fisica e funzionale di interazione tra i diversi professionisti (potrebbe chiamarsi Presst o in altro modo) perché la vera integrazione incomincia da un luogo che armonizzi le diverse funzioni, in cui il medico di medicina generale, gli specialisti ospedalieri e del territorio possano confrontarsi. Questo spazio dovrebbe essere il cardine dell'integrazione non solo sanitaria, ma soprattutto socio-sanitaria e socio-assistenziale, con la presenza di enti locali e Comuni.

◆ La garanzia di **omogeneità** nell'erogazione dei servizi di base, per superare l'attuale mancanza di coordinamento: è indispensabile la presenza di un Distretto forte, che governi i processi di cura e interazione tra ospedale e territorio, assicurando un confronto costruttivo per orientare il modus operandi dei singoli medici.

◆ **Autoconsapevolezza, multiprofessionalità, lavoro in team** sono le parole d'ordine di cui la medicina generale deve riappropriarsi. Serve multidimensionalità per vincere la partita delle



fragilità e cronicità, è necessario pensare globale per fare rete con gli enti locali, e va incrementata la presa in carico con ruoli ben definiti. È opportuno prendere atto della necessità che la medicina generale possa essere valutata non solo sulla quantità di erogazione, ma anche sui risultati raggiunti.

◆ Questo processo di cambiamento richiede una significativa **implementazione tecnologica**: il luogo fisico deve essere supportato dalla tecnologia, i sistemi informatici devono parlarsi e servono i necessari finanziamenti per assicurarli.

◆ L'integrazione territorio ospedale ha una valenza ancora più sensibile in rapporto alla **disabilità e alla fragilità**, e alle problematiche familiari, sanitarie e sociali legate alla perdita di autonomia. Il Distretto dovrebbe essere nuovamente protagonista di questa sfida, decisiva per un Paese che invecchia, con nuclei sempre più monofamiliari. È una questione che rientra nel rapporto ospedale territorio perché non riguarda solo le strutture ma anche i medici di famiglia, per dare risposte a problemi che investono strati sempre più ampi della popolazione.

### **/ Revisione legge 23**

Il rapporto Agenas sulla legge regionale 23 del 2015 ne evidenzia le **criticità amministrative e organizzative** che hanno parcellizzato le competenze, determinato una grande sofferenza a livello del territorio, impedito integrazioni efficienti tra i livelli assistenziali e i diversi operatori sanitari, e reso difficile rispondere ai bisogni complessi delle persone, in particolare quelle con patologie croniche e fragilità.

◆ Dal punto di vista dell'ospedale si è intrapresa la via dell'integrazione, ma è mancata la parte di gestione amministrativa. Si pensi ai numerosi PDTA ben scritti e strutturati, condivisi tra professionisti, che non hanno avuto una concreta implementazione per la mancanza di un adeguato supporto amministrativo e gestionale, come una formazione comune, la raccolta dei dati clinici e sociali per la valutazione dei risultati, gli strumenti amministrativi per allocare le risorse.

◆ Nel rapporto Agenas si identifica la mancanza del Distretto come la criticità sanitaria maggiore. La sfida che abbiamo davanti è quella di **gestire cronicità e disabilità in un Distretto nuovo**, con una visione gestionale nuova. Ciò significa affrontare un argomento vecchio, l'integrazione, con modalità nuove, come valutazione, formazione, incontri gestionali, strumenti pratici, informatizzazione per una comunicazione adeguata, PDTA su bisogni concreti di ogni realtà. Se non c'è una organizzazione amministrativa che permetta tutto questo non si va da nessuna parte.

◆ Il nuovo Distretto dovrà quindi configurarsi come **un luogo fisico dove si lavora e ci si forma in team** (multiprofessionalità), integrandosi con la componente sociale e amministrativa. Offrirà la risposta al problema della cronicità attraverso una visione sistemica e una vera integrazione tra ospedale e territorio. Diversamente il Piano Cronicità proposto dalla Regione non potrà dare i risultati di salute, di benessere ed economici attesi.

◆ Per contribuire all'evoluzione della legge 23 l'Ordine avrà il ruolo di raccogliere i bisogni comuni (anche se da due punti di vista diversi) dei medici ospedalieri e dei MMG, identificare le possibili soluzioni anche organizzative e gestionali, redigere un documento integrativo rispetto a quello di Agenas, valorizzando l'esperienza dei medici che vivono sul campo la legge 23, da proporre poi alla discussione comune. Da valutare anche la progettazione di una formazione che parta dai bisogni identificati.

### **/ Rapporto con le altre professioni**

È in atto una discussione a livello regionale e nazionale sui rapporti tra la professione medica e le altre professioni sanitarie (si veda ad esempio il ruolo dei farmacisti nella campagna vaccinale anti Covid).

Se è vero che alcune rivendicazioni possono essere strumentali, per erodere a proprio vantaggio il ruolo medico, oggi tuttavia è quanto mai **necessario costruire un sistema di collaborazione**, non arroccandoci in una visione otto-novecentesca della medicina che tende a considerare "ancillari" le altre professionalità sanitarie.

◆ Serve una visione multidisciplinare e multiprofessionale. C'è indubbiamente la tendenza da parte di tutti a ricercare spazi di autonomia, a promuovere una difesa autoreferenziale e costante. Ne usciamo se sappiamo ricollocare le diverse professionalità nell'ambito di **percorsi condivisi**.

◆ Le professioni sanitarie in questi ultimi anni sono cambiate, hanno migliorato la loro preparazione e formazione. La tendenza a una maggiore autonomia che stiamo osservando varrà anche nel post Covid.

In Università è stato attivato un corso sull'interazione tra le professioni sanitarie, per far capire ai futuri medici che esistono altre competenze, ed è necessario integrarle perché **solo l'équipe è in grado di rispondere a tutti i bisogni della persona**. Questo è il punto: rispondere a tutti i bisogni.

♦ La commistione di saperi porta a migliorare le conoscenze, ognuno con le proprie competenze: in questo senso il medico deve continuare a fare il medico, mantenendo la propria fisionomia pur nella collaborazione.

Se da un lato va promossa l'interazione alla pari, e non in senso gerarchico, dall'altro è opportuno tener fermi alcuni principi più squisitamente tecnici: le difese castali non portano da nessuna parte, ma in una determinata condizione clinica è sempre indispensabile chiedersi **quali sono le competenze perché la procedura venga svolta in sicurezza per il paziente.**

♦ Resta ineludibile anche il nodo della **responsabilità professionale.** Un tema fondamentale che tocca da vicino la nostra professione, dal momento che le rivendicazioni economiche e penali riguardano per il 99% i medici.

### **/ Commissione Giovani**

È fondamentale promuovere una Commissione Giovani per far collaborare tutte le specialità, coinvolgendo le nuove leve sui temi che le riguardano da vicino.

♦ Una modalità efficace per incentivare la partecipazione delle nuove generazioni di medici potrebbe passare dall'ideazione di un **tavolo di lavoro con specialisti, MMG e altre figure,** focalizzato sui giovani in generale, ma un occhio privilegiato a coloro che sono già specialisti. Questa scelta consentirebbe di creare un percorso più solido e continuativo.

♦ È necessario ragionare sugli argomenti e le modalità migliori per strutturare questa progettualità, consapevoli che i giovani hanno scarsa percezione di cosa sia l'Ordine, quali i suoi compiti e le attività.

♦ Utile potrebbe rivelarsi anche la presenza di almeno un/una giovane in tutte le Commissioni ordinistiche, per sentire il loro parere, confrontarsi sull'utilizzo del digitale e dei social, proporre giovani medici come testimonial, raccogliere i loro desiderata formativi.

♦ Per i più giovani si potrebbe rivalutare un'iniziativa analoga a quelle di orientamento realizzate dalle scuole e atenei, sul modello di **Orientando,** attraverso stand informativi posizionati in alcuni spazi della città, per spiegare ai ragazzi le funzioni dell'Ordine, i servizi, le peculiarità.

### **Conclusioni**

Volutamente abbiamo denominato queste note come Appunti di Programma perché siano aperte al dibattito ed al contributo di tutta la comunità medica bresciana. Ne trarremo sintesi ed indirizzi condivisi.