



# TORINO

anno XXVIII  
numero 3  
2017

comunicazione  
informazione  
formazione

# MEDICA

LA RIVISTA DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TORINO

L'OSSERVATORIO  
GIOVANI PROFES-  
SIONISTI FNOMCeO  
SULLA LAUREA  
CON ABILITAZIONE

PROGETTO "SCUOLA MEDICA TORINESE"

Le storie degli  
studenti di medicina,  
in Italia e all'estero

# FOCUS GIOVANI MEDICI

La formazione  
del medico:  
quale evolu-  
zione?

Anamnesi  
del medico  
under 40:  
questio-  
nario a  
500 pro-  
fessionisti

SVILUPPO E PROSPETTIVE DELLA  
MEDICINA GENERALE

# Obiettivo DETOX

Per depurarsi e rimettersi in forma, scegliete la cura di bellezza più naturale ed equilibrata per il vostro organismo: acqua Lauretana è perfetta per eliminare le tossine accumulate, facilitare i processi digestivi e ritrovare leggerezza.



	residuo fisso in mg/l	sodio in mg/l	durezza in °F
<b>Lauretana</b>	<b>14</b>	<b>1.0</b>	<b>0.55</b>
Monte Rosa	16.4	1.2	0.54
S. Bernardo Rocciaviva	34.5	0.8	2.5
Sant'Anna di Vinadio	43.2	1.2	3.3
Voss	44	6	N.D.
Levissima	80	1.9	5.8
Acqua Panna	139	6.4	10.6
Fiuggi	145	6.3	9
Rocchetta	174.1	4.13	N.D.
Fiji	224	18	N.D.
San Benedetto Primavera	313	4.1	N.D.
Evian	345	6.5	N.D.
Vitasnella	396	3.4	N.D.

Il residuo fisso, il sodio e la durezza di alcune note acque oligominerali (residuo fisso <500 mg/l) commercializzate nel territorio nazionale come rilevato da Beverfood 2016-2017.

## LAURETANA®

**L'acqua più leggera d'Europa**

*consigliata a chi si vuole bene*



#benessere

www.lauretana.com

# Sommario

numero 3\_2017

La Rivista è inviata a tutti gli iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino e provincia e a tutti i Consiglieri degli Ordini d'Italia.

Per l'invio di proposte, contributi, segnalazioni e per informazioni è possibile scrivere alla redazione all'indirizzo:  
redazioneomceotorino@gmail.com

**4 tribuna**  
Giuramento professionale  
*Rosa Revellino*

**6 focus\_giovani medici**  
Anamnesi professionale di un giovane medico  
*A. Dabbene-L. Ferrara-  
F. Cuniberti-A. De Finis*

**12** Osservatorio Giovani Professionisti FNOMCeO  
*Michela Chiarlo*

**14** Odontoiatria: quale strada dopo la laurea?  
*G. Carpegna-G. Cravino*

**17** 10 domande all'Osservatorio Giovani Professionisti FNOMCeO sulla laurea con abilitazione  
*Alessandro Bonsignore*

**20** Cambiamento e sviluppo della Medicina Generale: quali prospettive per i giovani medici?  
*Aldo Mozzone,  
Ruggero Fassone*

**24** La Medicina Generale è bella!  
*A. Taraschi-S. Meschieri  
I. Sivoletta-A. De Finis*

**27** La formazione del medico: quale evoluzione?  
*Intervista a Roberto Stella*

**30** La comunicazione nella pratica clinica. Quali prospettive nella formazione universitaria?  
*Intervista a Roberta Siliquini*

**32 punti di vista**  
*a cura di Laura Tonon*  
Storie di giovani medici

**40** Intervista ad  
Andrea Cocci

**46** Intervista a  
Carmine Pariente

**48** Ritardo studentesco nei corsi di medicina e chirurgia: il punto di vista dello studente  
*SISM*

**51** Osservatorio Giovani ENPAM  
*Francesca Manzieri*

**52** Progetto  
La scuola medica torinese

**54 salute**  
Il paziente agitato anziano con demenza  
*Fausto Fantò*

**57** Progetto  
Facciamo-ci del bene  
*Comitato di  
Collaborazione Medica*

**60 pianeta solidarietà**  
Stessa strada per crescere insieme  
*Elisabetta Torchio*

**62 le nostre radici**  
Il pilota  
*Giuliano Maggi*

Direzione, Redazione,  
Corso Francia 8  
10143 Torino  
Tel. 011 58151.11 r.a.  
Fax 011 505323  
torino.medica@omceo.to.it  
www.omceo.to.it

Presidente  
Guido GIUSTETTO

Vice Presidente  
Guido REGIS

Segretaria  
Rosella ZERBI

Tesoriere  
Chiara RIVETTI

Consiglieri  
Domenico BERTERO

Tiziana BORSATTI  
Emilio CHIODO  
Riccardo DELLAVALLE

Ivana GARIONE

Anna Rita LEONCAVALLO

Elsa MARGARIA

Aldo MOZZONE

Roberta SILIQUINI

Renato TURRA

Roberto VENESIA  
Patrizia BIANCUCCI (Od.)  
Gianluigi D'AGOSTINO (Od.)  
Bartolomeo GRIFFA (Od.)

Commissione Odontoiatri  
Gianluigi D'AGOSTINO  
Presidente

Patrizia BIANCUCCI

Claudio BRUCCO

Bartolomeo GRIFFA

Paolo ROSATO

Revisori dei Conti  
Riccardo FALCETTA  
Presidente  
Carlo FRANCO  
Angelica SALVADORI  
Vincenzo MACRÌ Supplente

TORINO MEDICA

Direttore:  
Guido Giustetto

Direttore responsabile:  
Mario Nejrotti

Coordinamento  
redazionale:  
Rosa Revellino

Redazione:  
Sara Boggio, Luca Nejrotti,  
Laura Tonon (Pensiero  
Scientifico Editore)

Aut. del Tribunale di Torino  
n. 793 del 12-01-1953

Per spazi pubblicitari: SGI Srl Via Pomaro 3 - 10136 Torino  
Tel. 011 359908 / 3290702 - Fax 011 3290679 - e-mail: info@sgi.to.it - www.sgi.to.it

Grafica e Design SGI Srl

Stampa La Terra Promessa Onlus NOVARA

Chiuso in redazione il 21 giugno 2017

**SGI**

# Discorso ai medici del futuro: forse non eroi, ma eccellenze del quotidiano

Rosa Revellino

Si è tenuta il 10 giugno, presso la sala conferenze del Santo Volto, la cerimonia del Giuramento professionale dei neoiscritti all'OMCeO di Torino: più di 300 i giovani presenti, insieme a famiglie e amici. Una sala gremita, a testimonianza di quanto sia importante un rituale che ha radici antiche ma che si è progressivamente attualizzato, modificato, senza perdere il fascino e l'efficacia verbale di un atto linguistico che sancisce l'origine dell'atto medico. La lettura del giuramento è un dovere etico, non giuridico, ma in questo valore tutto deontologico rappresenta il senso originario dell'ideale della professione medica e odontoiatrica.

Un ideale che è profondamente legato alla solidarietà, parola a cui l'Ordine di Torino tiene molto, e su cui negli anni ha costruito progetti e occasioni di confronto: per tale ragione sono stati invitati alla cerimonia alcuni medici e odontoiatri che si occupano di solidarietà sul territorio nazionale e internazionale e che rappresentano le eccellenze quotidiane della medicina: cioè di quella medicina che crea intenzione e slancio progettuale perché un atto medico non sia solo quello di tutti i giorni, ma possa essere anche 'qualcosa di più'. A colloquio con i giovani con le loro preziose testimonianze, Marilena Bertini e Franco Locatelli del CCM, Daniele Bollero di Cute Project Onlus, e Giancarlo Vecchiato del COI. *"Una professione bella, forse la più bella. Con questo aggettivo di un semplicità potente, Guido Giustetto – Presidente dell'Ordine – ha aperto il suo discorso ai giovani. Una professione che si fonda sull'aiuto, sulla cura. In questo senso far parte dell'Ordine significa innanzitutto impegnarsi a rispettare i principi etici sui quali da migliaia di anni si basa la professione. La medicina fa parte della società, la influenza e ne è influenzata. È permeata dalle attese e dalle aspettative dei cittadini che a volte sono molto al di fuori di un realismo pratico e concreto. Le domande dei pazienti risentono dell'eco mediatica, delle notizie a brandelli trovate nella rete; ma sono anche il portato di una richiesta di speranza e di presa in carico a cui non possiamo e non vogliamo sottrarci. È allora – sottolinea Giustetto – è necessario ribadire l'importanza di basare le nostre decisioni sulle evidenze scientifiche. Stiamo attraversando un momento molto difficile nella gestione della salute pubblica e nella relazione con i nostri pazienti. Sono recenti le polemiche sulla medicina hameriana, i dibattiti accessi sulla questione delle vaccinazioni, su casi di scelte mediche opinabili.*

*Sappiamo che non esistono verità assolute e che una verità scientifica è tale se può essere confutata. Vi invito allora ad avere un po' di sano scetticismo per essere sicuri delle vostre scelte. Vi invito a sviluppare un senso critico che è il dispositivo dell'evoluzione del pensiero. Ma non illudetevi di risolvere e di spiegare tutto con la scienza. I nostri pazienti non sono solo aggregati di cellule e tessuti. Il riduzionismo scientifico, che dal positivismo in poi ci ha dato strumenti e regole, è stato il punto di partenza.*



*Ma è necessario andare oltre perché di fronte a voi avrete persone, uomini e donne, con bisogni, idee e opinioni. Non semplici organi.*

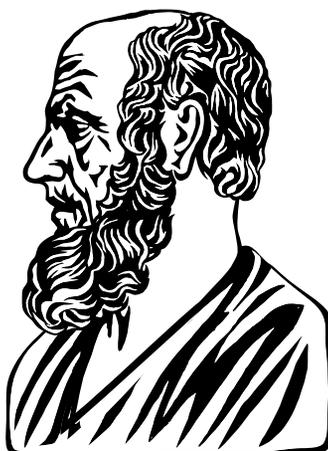
*Dobbiamo quindi lavorare molto sul tessuto della relazione. Sappiamo che numerosi casi di contenziosi legali – quasi il 90% – sono legati a disfunzioni della comunicazione e della relazione con i nostri pazienti: ricordate che loro ci perdonano se sbagliamo, ma non ci perdonano se non riusciamo ad entrare in sintonia, se veniamo meno al patto di cura che fonda l'atto medico. Cioè se contravveniamo alla fiducia della relazione.*

*Il vostro traguardo raggiunto è un risultato comune – ha affermato Gianluigi D'Agostino, Presidente Cao Torino. Ma non rinunciate mai alla vostra dignità e autonomia professionale. L'Ordine è a vostra disposizione per orientarvi nel dubbio, per sostenervi in situazioni difficili e per garantirvi di esercitare in libertà. I principi di etica e deontologia sono il nostro patrimonio e la nostra testimonianza: per questo fate attenzione ai cattivi maestri, ai ciarlatani che possono stare anche dentro la professione. Avete le competenze acquisite dal percorso di formazione e quel senso critico che vi sarà necessario per rispettare la deontologia e la vostra identità di medici.*

*Accanto a voi ci sarà sempre il vostro Ordine che è tutela della salute pubblica e quindi anche della vostra dignità professionale.*

*Vi chiedo quindi di partecipare il più possibile alla vita dell'Ordine con proposte, domande e visioni critiche – ha concluso Giustetto. – Sarete voi la finestra sul futuro ed è a voi che consegniamo la nostra testimonianza e la consapevolezza anche del limite della professione del medico. Non Icaro ma certamente Atlante.*

**...Lo giuro. Così hanno detto 383 nuovi medici (342 medici e 41 odontoiatri) che forse non saranno eroi, ma le nostre eccellenze del quotidiano.**





# ANAMNESI PROFESSIONALE DI UN GIOVANE MEDICO

Alessandro Dabbene

*Coordinatore Commissione Giovani Medici e Odontoiatri OMCeO Torino*

Laura Ferrara

*Commissione Pari Opportunità OMCeO Torino*

Andrea De Finis e Francesco Cuniberti

*Commissione Giovani Medici e Odontoiatri OMCeO Torino*

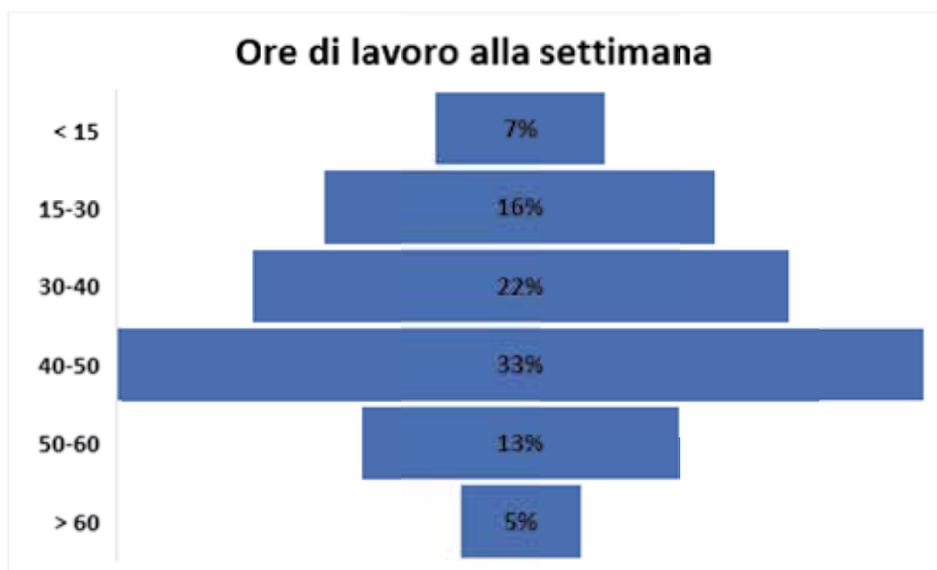
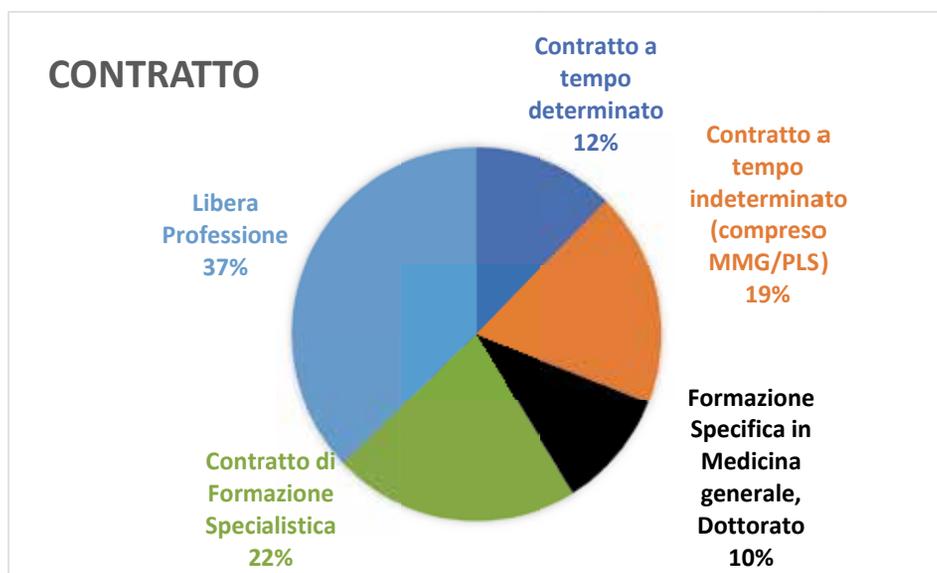
È possibile analizzare la vita professionale di un giovane medico nelle sue diverse sfaccettature? La Commissione Giovani Medici dell'OMCeO di Torino, partendo da un'iniziativa nazionale promossa dall'omologa commissione di Modena, è riuscita a farlo tramite un articolato questionario indirizzato a dicembre 2016 ai medici e odontoiatri di età compresa tra 25 e 40 anni: ha ricevuto ben **497 risposte da 455 medici e 42 odontoiatri**.

Ecco cosa è emerso.



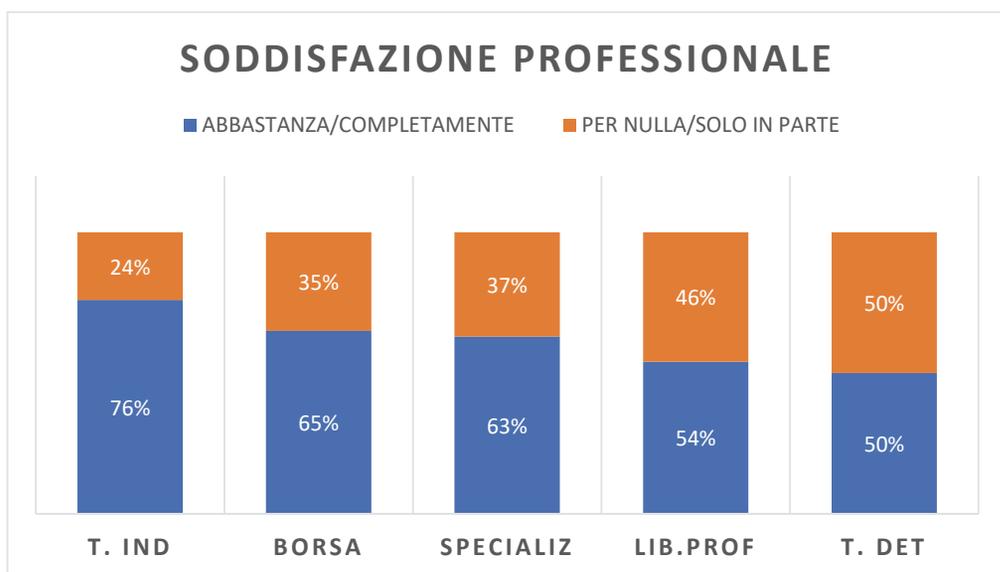
**Analizziamo prima di tutto il campione.** Il giovane medico è prevalentemente donna, come dichiarato nel 59% delle risposte. Nei primi anni di professione, tra gli incarichi con cui si inizia a lavorare, spiccano le sostituzioni di Medicina Generale (33%) seguite da attività varie in libera professione (16%), contratti a termine con il SSN (15%), attività di prelievo sangue (12%) e Continuità Assistenziale (7%). Al tempo del sondaggio il 34% è in possesso di specializzazione e l'8% di diploma di Medicina Generale mentre il 46% è privo di titolo. Il 31% infatti è ancora in formazione post-laurea: il 21% in specialità e il 10% in formazione specifica per la medicina generale o dottorato, mentre ben il 36% si dichiara libero professionista e solo il 18% ha già un contratto a tempo indeterminato. Il 55% dei Medici e Odontoiatri dichiara di lavorare tra le 30 e le 50 ore settimanali.

Il giovane medico è prevalentemente donna, come dichiarato nel 59% delle risposte

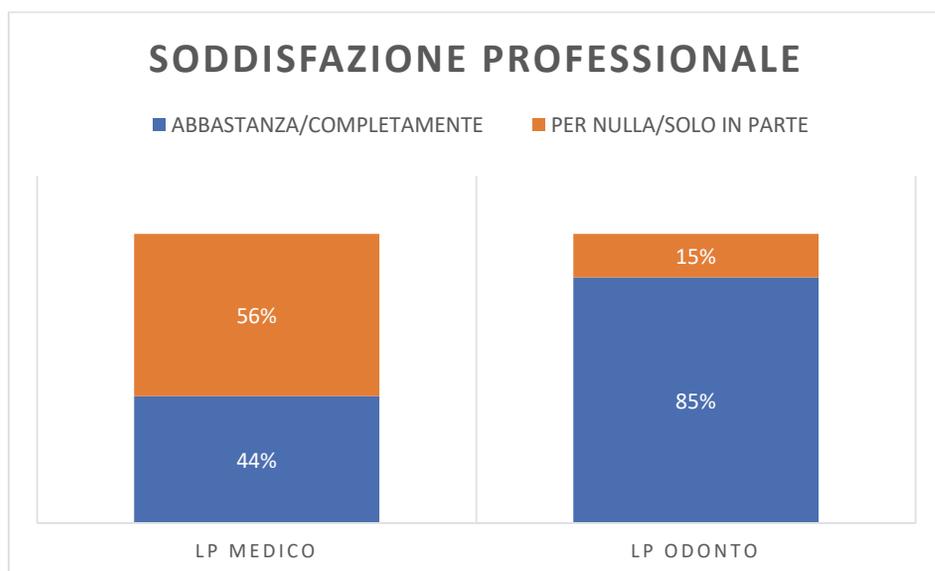


Abbiamo poi analizzato la **soddisfazione professionale** degli intervistati mettendola in relazione alla tipologia di lavoro svolto e dividendo il campione tra *prevalentemente soddisfatti* e *prevalentemente insoddisfatti*. Ne è risultato un quadro variegato da cui emerge più apprezzato l'incarico a tempo indeterminato (76%) e meno appagante sia la libera professione (54% i soddisfatti), sia gli incarichi a tempo determinato (50%).

Tra i liberi professionisti, gli odontoiatri si dichiarano soddisfatti della propria carriera professionale nell'85% dei casi mentre i medici solo nel 44% dei casi. E considerando che nel nostro campione i medici liberi professionisti sono la categoria più rappresentata rispetto a ogni altra, questo risultato è poco incoraggiante.

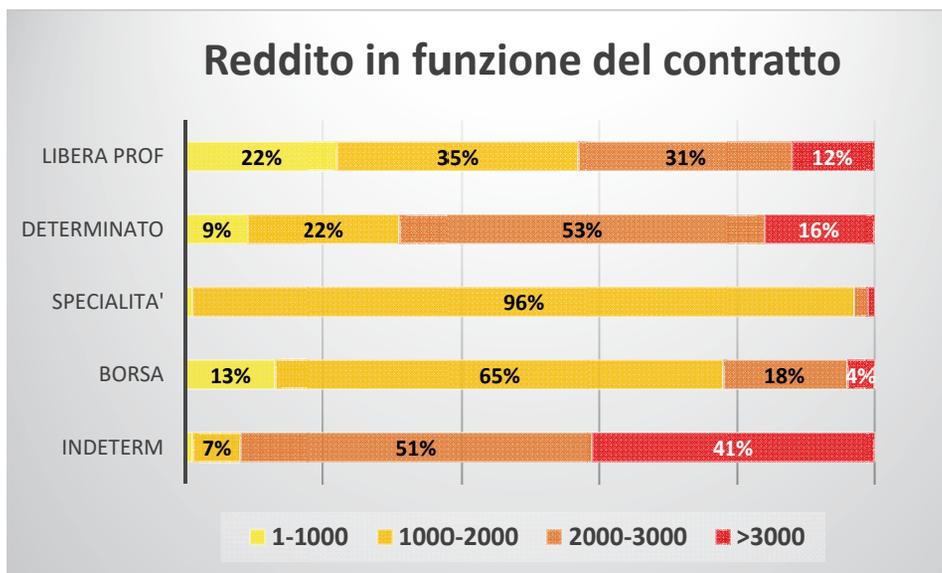


Tra i liberi professionisti, gli odontoiatri si dichiarano soddisfatti della propria carriera professionale nell'85% dei casi mentre i medici solo nel 44% dei casi



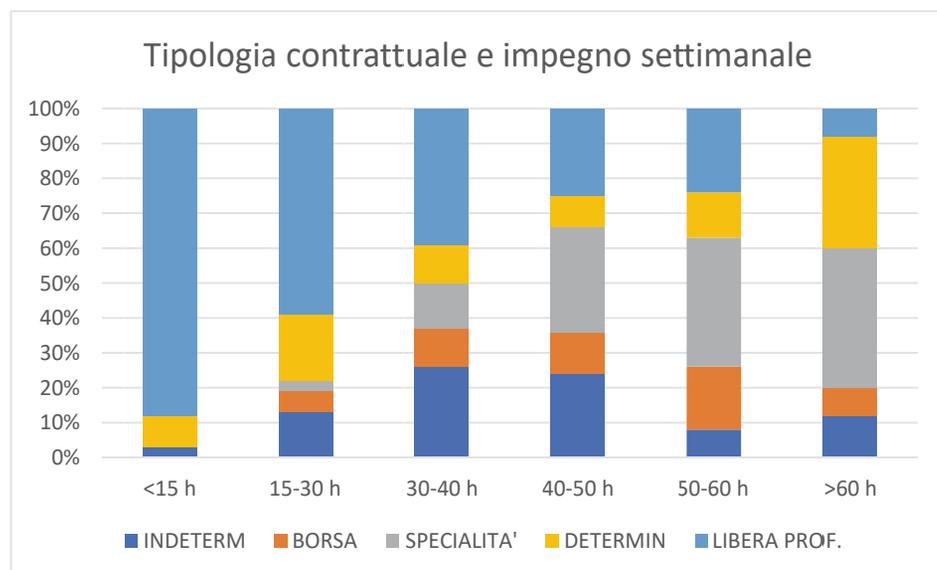
Ci siamo quindi chiesti: **la soddisfazione professionale è legata anche al guadagno che deriva dalla tipologia contrattuale?** Abbiamo messo i due dati a confronto, ottenendo risultati coerenti con quanto ipotizzato: se da un lato i contratti a

tempo indeterminato garantiscono un guadagno mensile superiore ai 2000 € nella quasi totalità dei casi e i contratti con borsa di studio si attestano tra i 1000 e i 2000 €, è nella libera professione che si registra la maggiore variabilità, nonché la maggior parte di redditi inferiori ai 1000 euro al mese.

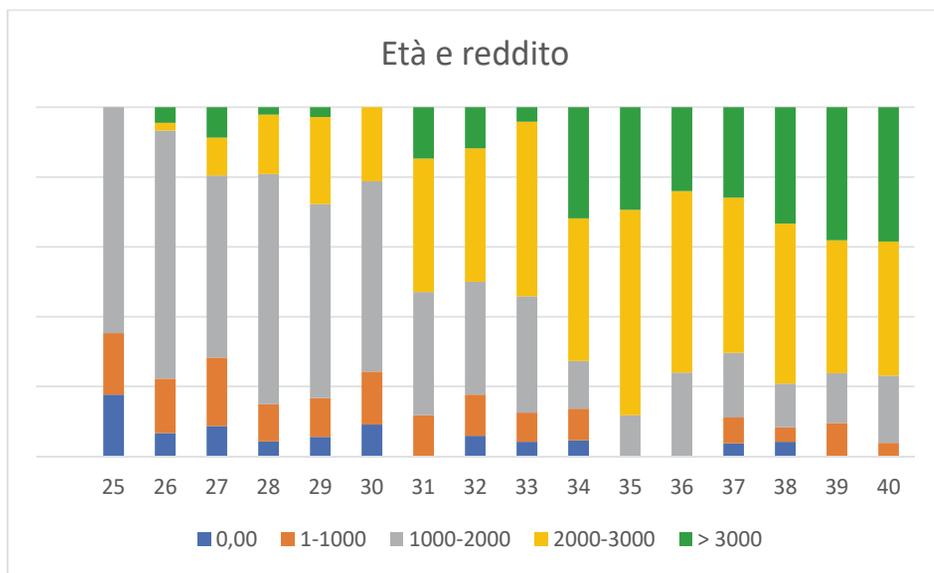


Solo il 20% degli intervistati ritiene che avere un figlio non determini difficoltà aggiuntive all'accesso alla professione

Il dato va ulteriormente correlato al **numero di ore di lavoro alla settimana**: i liberi professionisti sono di gran lunga quelli che lavorano meno ore alla settimana.



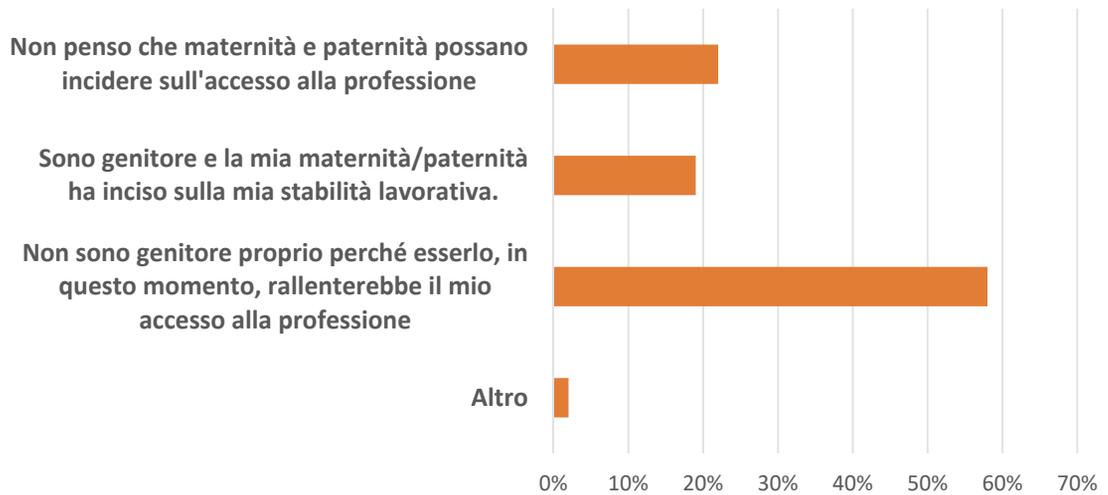
Il livello di soddisfazione professionale sembrerebbe essere legato alle diverse tipologie contrattuali (ovvero alla precarietà o meno del proprio contratto) e al guadagno mensile, che risulta avere un incremento costante a seconda dell'età, con redditi prevalentemente bassi fino ai 30 anni di età e via via sostanzialmente più elevati negli anni successivi.



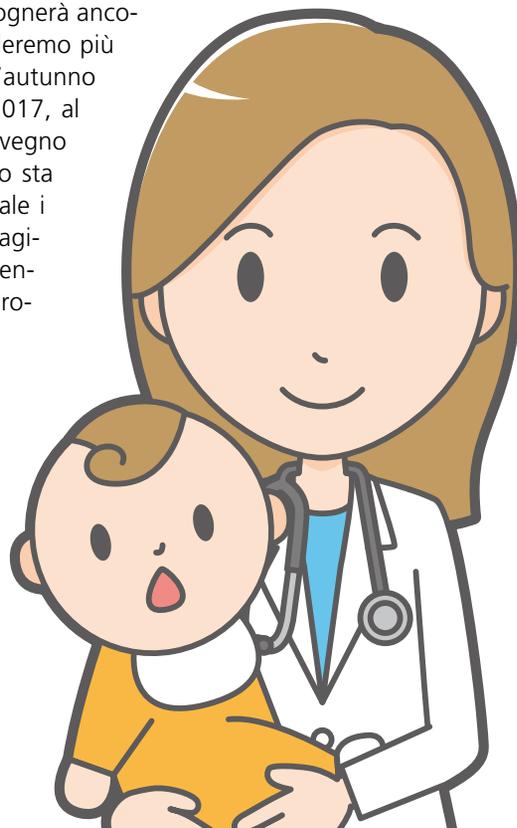
Un'ultima indagine ha riguardato invece il **rapporto tra professione e genitorialità**. Solo il 20% degli intervistati ritiene che avere un figlio non determini difficoltà aggiuntive all'accesso alla professione, ma quasi il 60% dichiara di non essere ancora genitore proprio per non rallentare la propria carriera professionale e quasi il 20% ne ha avuta esperienza diretta. Le risposte tra maschi e femmine non erano significativamente differenti.



## Genitorialità e lavoro



Libero professionista precario, sotto-occupato, con basso reddito e scarsa soddisfazione, disincentivano a diventare genitore. È questo il profilo del medico che entra nel mondo del lavoro finché non accede a un corso post-laurea e, al termine, finché non ottiene un contratto. Mentre durante la specializzazione e comunque dai 35 anni in poi la situazione cambia e migliora. Anticipare questo traguardo ai primissimi anni è possibile solo con una programmazione che assicuri da subito una carriera sicura, con accesso rapido ai corsi di specialità o di Medicina Generale e subito dopo un contratto sicuro. Forse con la prevista ondata di pensionamenti ci si avvicinerà a questo obiettivo, non certo grazie a politiche di larghe vedute. Ma quanto bisognerà ancora aspettare? Ne parleremo più nel dettaglio quest'autunno (sabato 28 ottobre 2017, al mattino), in un Convegno che l'Ordine di Torino sta preparando e nel quale i dati della nostra indagine saranno ulteriormente analizzati e approfonditi.



# OSSERVATORIO GIOVANI PROFESSIONISTI FNOMCeO

## Che cos'è e di che cosa si occupa

Michela Chiarlo

*Commissione Giovani Medici OMCeO Torino*

*Componente dell'Osservatorio Giovani Professionisti FNOMCeO*

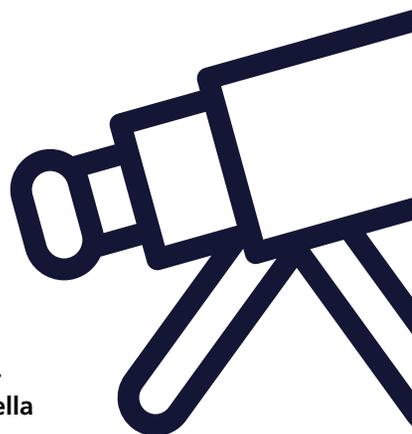
L'Osservatorio Giovani Professionisti è una commissione nominata dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO) di cui fanno parte ventisei tra neo-specialisti, specialisti in formazione, medici di famiglia, corsisti della Scuola di Medicina Generale e odontoiatri provenienti da tutta Italia. **Il mandato dell'Osservatorio, di durata triennale, è finalizzato a sottoporre all'attenzione della FNOMCeO le problematiche di chi ha appena intrapreso la carriera professionale, analizzandone criticità e suggerendo possibili soluzioni.**

I temi affrontati dall'Osservatorio, di cui fa parte la sottoscritta quale delegato dell'OMCeO di Torino e attualmente coordinato dal Dott. Alessandro Bonsignore (Vice Presidente dell'OMCeO di Genova), negli ultimi due anni sono stati molteplici e spaziano per l'intero spettro delle attività dei giovani medici, a partire dalla laurea.

Proprio dal rilievo delle tempistiche eccessivamente lunghe, anche in confronto ad altri paesi europei, tra il momento della laurea e quello dell'abilitazione professionale, è nato il primo percorso di riflessione sulla "laurea con abilitazione". La proposta, che ha trovato adesione pressoché unanime, è stata raccolta e rilanciata dalla FNOMCeO a un tavolo tecnico alla presenza del rappresentante del Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca e dovrebbe presto divenire realtà. Non si tratterebbe, come detto, della originaria idea di una

laurea abilitante, quanto piuttosto di un'ottimizzazione dei tempi che vedrebbe svolgersi il  **tirocinio professionalizzante durante l'ultimo semestre del corso di laurea e l'esame pratico a ridosso della discussione della tesi.**

Un punto critico, purtroppo già noto, è costituito dal **calcolo del fabbisogno di specialisti** necessario per pianificare il numero di accessi alla Scuola/Facoltà di Medicina e la distribuzione dei contratti di specialità e di borse per la Medicina Generale. È indubbio, infatti, che al stato corrente vi sia un esubero di specialisti in alcune branche a fronte di una carenza in altre, ma è difficile reperire i numeri che consentano di fotografare con precisione l'attuale distribuzione. La Federazione, su proposta dell'Osservatorio, istituirà un **modello elettronico standardizzato che i singoli Ordini dovranno utilizzare per aggiornare le anagrafiche degli iscritti non solo con i titoli conseguiti nel post-laurea, ma soprattutto con il tipo di lavoro effettivamente svolto**, in modo da consentire – in un prossimo futuro – un'analisi più agevole dei fabbisogni e una conseguente programmazione che venga incontro agli effettivi bisogni di salute della popolazione.





Per quanto riguarda i percorsi post-laurea, l'Osservatorio ha messo poi in luce l'estrema **discrepanza tra la riforma degli ordinamenti delle Scuole di Specializzazione**, così come descritta nel DM 04/02/2015 n. 68, e la realtà. Sino ad oggi, infatti, è stata **del tutto carente l'estensione delle reti formative al territorio, così come l'insegnamento delle "non technical skills" o doti relazionali e gestionali**, previste dalla riforma e sempre più utili in un contesto ad alta tecnologia e risorse limitate. Inoltre, **manca in molte sedi gli Osservatori Regionali per la Formazione Medica Specialistica**, organi previsti già dal DM 368/99 e preposti al controllo della corretta applicazione della normativa e alla valutazione qualitativa delle Scuole, mediante appositi indicatori. Dove gli Osservatori sono stati attivati, come se non bastasse, paiono attualmente non in grado di verificare la corretta applicazione delle suddette disposizioni di legge. Ciò premesso, il percorso di aggiornamento dei criteri di accreditamento recentemente intrapreso, nell'ambito del quale la Federazione dovrebbe essere uno degli attori coinvolti, potrebbe rappresentare il primo passo verso la concreta applicazione della normativa.

L'Osservatorio ha, inoltre, preso posizione in merito ai costanti **ritardi nell'indizione dei concorsi di specializzazione**, ripetutisi anche quest'anno e non giustificabili nemmeno con la riferita volontà di revisione di alcuni aspetti critici dell'attuale esame di accesso. Al fine di indagare meglio tali criticità, l'Osservatorio ha prodotto un breve questionario conoscitivo, distribuito agli abilitati tra il 2014 e il 2016 al fine di farsi carico, nelle sedi opportune, delle istanze di cambiamento.

Ricordando, infine, le difficoltà iniziali che ciascuno di noi ha avuto nell'orientarsi tra Ordine, accesso alle specializzazioni o al corso di formazione in medicina generale, ECM, libera professione, previdenza e certificati, sono state censite le iniziative rivolte dagli Ordini ai neo-iscritti ed **è in corso di definizione un vademecum digitale completo e aggiornato per i giovani che si affacciano alla professione**. Grazie al contributo di tutto l'Osservatorio sarà disponibile a breve sul portale FNOMCeO.

Tramite il suo lavoro costante, l'Osservatorio si prende cura dei circa 70.000 giovani medici che costituiscono il futuro dell'assistenza sanitaria italiana.

# ODONTOIATRIA: quale strada dopo la laurea?

Giorgia Carpegna e Gaia Cravino

*Odontoiatre*

*Commissione Giovani Medici OMCeO Torino e Osservatorio Professionale FNOMCeO*



L'ingresso nel mondo lavorativo per il giovane odontoiatra è sicuramente più diretto rispetto al collega medico. Un neolaureato in odontoiatria, dopo aver superato l'esame di stato, ha tre possibilità differenti tra le quali scegliere per svolgere la professione: proseguire gli studi entrando in specialità, aprire uno studio dentistico oppure collaborare presso strutture già avviate, privati o statali.

Per quanto riguarda la scuola di specializzazione l'odontoiatra può scegliere tra:

1. **Chirurgia orale**
2. **Ortognatodonzia**
3. **Odontoiatria Pediatrica**
4. **Odontoiatria Clinica Generale**

Tutte le specialità hanno una durata di 3 anni, richiedono un impegno full-time ma, a differenza delle specialità mediche, nel contratto non è prevista la possibilità di avere una borsa di studio.

Il MIUR distingue i profili di apprendimento delle diverse specialità nel seguente modo:



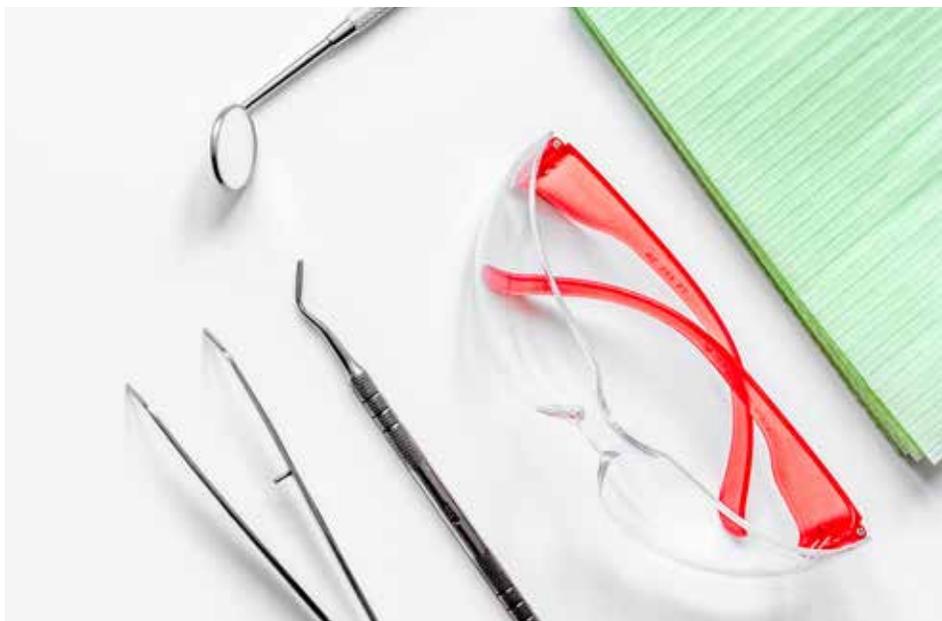
Tutte le specialità hanno una durata di 3 anni, richiedono un impegno full-time ma, a differenza delle specialità mediche, nel contratto non è prevista la possibilità di avere una borsa di studio

Oltre alla scuola di specialità il neolaureato può scegliere di continuare la formazione mediante **Master universitari o corsi di perfezionamento privato**. I master universitari hanno una durata annuale o biennale, possono essere sia full-time che part-time; i corsi di perfezionamento hanno una durata inferiore, gli incontri avvengono generalmente nel week-end e con cadenza mensile. Tuttavia, sebbene richiedano un impegno minore, sia i Master universitari che i corsi di perfezionamento hanno costi non sempre affrontabili da un neolaureato: i Master possono costare dai 4.000 € fino ai 10.000 € annui; i corsi di perfezionamento dai 2000 € fino ad oltre 10.000 € per quelli di durata annuale.

L'ipotesi di **aprire un proprio studio** è sicuramente la meno scelta ad oggi nei primi anni dalla laurea in quanto non sempre è facile creare una nuova clientela ex novo, inoltre i costi da sostenere per acquistare le attrezzature ed installare gli impianti sono alquanto elevati.

La possibilità di **collaborare presso strutture già avviate** risulta essere un'ottima opportunità per i neolaureati in odontoiatria che già hanno acquisito le competenze base per poterlo fare. Le abilità richieste ai giovani laureati sono soprattutto in conservativa, endodonzia, pedodonzia e chirurgia estrattiva semplice. **Le strutture presso le quali è richiesta la collaborazione sono di tipo privato**, ossia studi monoprofessionali o associati, oppure società di capitali, che spesso sono le cliniche low-cost.

Per il giovane laureato che accetta di collaborare con strutture odontoiatriche risulta molto importante **stabilire un equo rapporto remunerativo**: solitamente si tratta di percentuali calcolate sulla tariffa della prestazione erogata. Negli studi medici privati le percentuali riconosciute ai collaboratori variano dal 30 al 50 per cento sulla base anche di chi fornisce i materiali utilizzati, mentre le cliniche dentali sovente riconoscono percentuali nettamente inferiori. Un ulteriore aspetto che il giovane odontoiatra non deve sottovalutare è **la qualità dei materiali messi a disposizione**: attrezzature e strumentario di elevata qualità permettono l'ottenimento di risultati migliori e più predicibili nel lungo periodo, mentre una scarsa qualità di materiali non può portare all'ottenimento di medesime prestazioni mediche.



# 10 DOMANDE all'Osservatorio dei Giovani Professionisti FNOMCeO sulla LAUREA CON ABILITAZIONE

Risponde  
**Alessandro Bonsignore**  
*Coordinatore nazionale  
dell'Osservatorio Giovani  
Professionisti Medici e Odontoiatri  
FNOMCeO*

A cura di Sara Boggio



## 1. Quali sono le norme che regolano l'abilitazione all'esercizio della professione?

L'abilitazione all'esercizio della professione di Medico Chirurgo in Italia è regolamentata dal Decreto Ministeriale del 19 ottobre del 2001, n. 445 (*Regolamento concernente gli esami di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo*). Possono parteciparvi tutti i laureati in medicina dopo aver svolto un esame di abilitazione.

## 2. In che cosa consiste l'esame di abilitazione?

- a) Un tirocinio pratico previsto nei tre mesi successivi alla laurea e suddiviso in:
- Un mese in un reparto di chirurgia
  - Un mese in un reparto di medicina
  - Un mese presso un Medico di Medicina Generale convenzionato con il SSN
- b) Una prova scritta che consiste in:
- 180 quiz a risposta multipla in 120 minuti di tempo

A esame superato, il laureato abilitato dovrà iscriversi all'Ordine di categoria per poter esercitare. ►

### 3. Quali problemi presenta, così concepito, il percorso?

Il problema è l'iter burocratico: provoca, infatti, un ritardo nell'ingresso del mondo del lavoro (ivi compresa la formazione post-laurea) senza apportare sostanziali vantaggi alla formazione, con l'eccezione – forse – del mese di frequenza presso Medico di Medicina Generale convenzionato con il SSN, trattandosi di una esperienza non ancora presente nel bagaglio culturale del giovane neo-laureato. Il ritardo è stimabile, a seconda dei casi, tra i 5 e i 9 mesi, ma può aggravarsi anche oltre l'anno considerando i diversi *timing* dell'abilitazione e dei concorsi di accesso delle Scuole di Specializzazione o al Corso di Medicina Generale.

### 4. Quali sono le vostre proposte?

Facilitare l'ingresso nel mondo del lavoro e, al tempo stesso, riscoprire e garantire una formazione più omogenea, corposa e ben scandita negli anni universitari, concludendo il ciclo di studi con una laurea "con abilitazione", piuttosto che "abilitante".

### 5. Come modifichereste, nel concreto, il percorso di abilitazione?

a) Un tirocinio pratico da sviluppare in **almeno sei mesi durante il percorso di studi**, con rotazioni presso:

- Medicina (7 settimane)
- Chirurgia (7 settimane)
- Studio MMG (7 settimane)
- Struttura di primo soccorso (3 settimane)
- Prova pratica finale: 2 esami obiettivi al letto del paziente (supervisionato dal tutor)

b) Una prova scritta da organizzare in:

- quiz a risposta multipla e 4 casi clinici standardizzati a **risposta aperta** (due medici e due chirurgici)

### 6. Qual è, secondo Voi, lo scopo primario della formazione?

Crediamo che lo scopo primario della formazione sia quello di "costruire e sviluppare" nel tempo un professionista che abbia le necessarie basi scientifiche, capacità di diagnosi e di trattamento, buona pratica clinica di lavoro interdisciplinare, il tutto unito ad una obiettiva capacità di relazione, di analisi critica dei problemi, di consapevolezza e responsabilità sui valori etici, deontologici e civili propri dell'esercizio professionale; un professionista responsabile in prima persona delle proprie

azioni professionali verso i pazienti, in grado di modificare i propri comportamenti di lavoro e di adottare modelli basati sulla reale partecipazione di tutto il gruppo. A questo scopo riteniamo necessario aggiornare i contenuti dei curricula e l'arco temporale dei corsi di laurea.

### 7. In che modo vorreste aggiornare i curricula?

Per quanto riguarda i *curricula* proponiamo quanto segue:

- una **riduzione del numero degli esami e la valorizzazione di prove multidisciplinari in itinere** (es. progress test e valutazione sul campo);
- una **più equa redistribuzione dei CFU** tra insegnamenti del triennio pre-clinico ed il triennio clinico;
- un **ampliamento delle attività professionalizzanti** opportunamente protette da tutor che realizzino precocemente il contatto con i servizi di prevenzione diagnosi e cura, ospedalieri e territoriali, quali sedi aggiuntive di formazione pratica (Ospedali pubblici e privati accreditati, Distretti, Presidi territoriali, Ambulatori di Medicina generale e di Pediatri di Libera Scelta, Laboratori di Sanità Pubblica, Centri di ricerca);
- studiare in **piccoli gruppi** utilizzando il metodo dell'**apprendimento per problemi**, l'integrazione dell'apprendimento **verticale** (in tempi successivi con conoscenza cumulativa) e quello **orizzontale** (in diverse discipline, comunque rilevanti per la propria funzione professionale);
- il **miglioramento progressivo della propria competenza in discipline delle scienze umane**, come le tecniche di comunicazione, di gestione, la deontologia, la bioetica, l'antropologia e la sociologia della salute e della malattia.

### 8. Lo scopo di queste modifiche, in una battuta?

Dobbiamo, in altre parole, sviluppare una nuova linea di pensiero nell'ambito della didattica che sappia contemperare i contenuti del riduzionismo scientifico con le scienze umane; ciò al fine di offrire al futuro medico gli strumenti idonei per affrontare la gestione completa del paziente attraverso l'esercizio unitario dell'atto medico.

### 9. In che modo invece modificare le tempistiche?

Proponiamo una prima sessione di esame con l'adempimento del tirocinio trimestrale di valutazione nei mesi





# Cambiamento e sviluppo della Medicina Generale: quali prospettive per i giovani medici?

Aldo Mozzone

*Medico di Medicina Generale e Consigliere OMCeO Torino*

Ruggero Fassone

*Medico di Medicina Generale*



## IL QUADRO NORMATIVO

Il Decreto Legge n. 158 del 13 settembre 2012, messo a punto dall'allora Ministro della Salute Renato Balduzzi e convertito in Legge 189/2012, contenente "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute", ha di fatto imposto alle Regioni il **potenziamento dell'assistenza territoriale** prevedendo una sostanziale **rivoluzione dell'organizzazione della medicina convenzionata** (Medicina Generale, Pediatria di Libera Scelta, Specialistica Ambulatoriale) con l'istituzione delle AFT (Aggregazioni Funzionali Territoriali, a composizione mono-professionale) e delle UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie, a carattere invece multi-professionale), come peraltro già previsto in precedenza dagli Accordi Collettivi Nazionali della Medicina Generale, della Pediatria di Libera Scelta e della Specialistica Ambulatoriale.

In sostanza **viene demandata alle Regioni il compito di provvedere a istituire dei poliambulatori territoriali aperti al pubblico per l'intero arco della giornata, operanti in coordinamento e collegamento telematico con le strutture ospedaliere.**

Inoltre, per la Medicina Generale, la **"legge Balduzzi" istituisce il cosiddetto ruolo unico che mira a superare la distinzione tra il medico di Assistenza Primaria e quello di Continuità Assistenziale**, con il fine di poter individuare un'unica figura di medico di famiglia che, fin dal suo ingresso nella Convenzione, oltre a prestare attività in quota oraria come avviene attualmente, potrà acquisire scelte fiduciarie di assistiti nell'ambito della AFT. Per dare un'idea delle dimensioni, le persone assistite da una AFT potranno essere in numero complessivamente non superiore alle 30.000 unità.

Le finalità dichiarate con l'istituzione di AFT e UCCP sono:

- Facilitare l'accesso ai servizi territoriali sanitari e sociali e garantire equità rispetto alle varie aree geografiche
- Realizzare la continuità dell'assistenza mediante l'istituzione del ruolo unico per la medicina generale e la costruzione di percorsi integrati con gli specialisti ambulatoriali ed ospedalieri
- Realizzare percorsi di presa in carico proattiva dei malati cronici e complessi miranti alla correzione degli stili di vita, alla diagnosi precoce, al monitoraggio delle fasi della cronicità, per prevenire le complicanze e diminuire i ricoveri ospedalieri connessi
- Garantire l'esecuzione sul territorio degli esami diagnostici di primo livello.

Si può prevedere un futuro in cui **alcune patologie croniche di largo impatto siano gestite in modo integrato tra Medico di Medicina Generale (MMG) e specialista**. Una gestione che nella nostra Regione è già conosciuta e praticata per la malattia diabetica: il medico di famiglia gestisce la patologia cronica al fine di diminuirne le complicanze e si interfaccia nei casi più complessi con lo specialista ambulatoriale o con i medici di Reparto Ospedaliero per fronteggiare il riacutizzarsi della patologia.

La Regione Piemonte ha dato corso all'attuazione di quanto previsto dalla "Legge Balduzzi" in particolare con due atti amministrativi.

Questa intenzione di potenziare le cure territoriali deve però fare i conti con una prospettiva di carenza di medici dovuta, secondo i dati sui pensionamenti previsti forniti dall'ente previdenziale ENPAM, alla cosiddetta "gobba pensionistica"

Nel primo (Deliberazione della Giunta Regionale 29 giugno 2015, n. 26-1653 – Interventi per il riordino della rete territoriale) si legge: *"il processo di deospedalizzazione se non è accompagnato da un contestuale rafforzamento dei servizi sul territorio, determina di fatto l'impossibilità per i cittadini di usufruire dell'assistenza sanitaria. In tutti i paesi a maggior sviluppo sta maturando sempre più l'esigenza di fornire nuove e migliori risposte alle esigenze dei pazienti con patologie croniche e/o affetti da pluripatologie". E queste risposte "dovranno necessariamente essere erogate nel contesto ove vengono massimizzate le risorse familiari e promosse le migliori azioni di compliance per il soggetto fragile: il domicilio".*

La seconda Deliberazione (Deliberazione della Giunta Regionale 29 novembre 2016, n. 3-4287 – Interventi regionali e linee di indirizzo per lo sviluppo del nuovo modello organizzativo dell'Assistenza Primaria, attraverso la sperimentazione delle Case della Salute) prevede l'avvio di una **fase intermedia e sperimentale per istituire gradualmente le Case della Salute** con lo scopo di potenziare l'offerta delle strutture sanitarie territoriali, prevedendo anche la possibilità di integrazione con le strutture sociali. Le Case della Salute potranno essere articolate in una o più sedi fra loro collegate telematicamente. Sono previsti infatti modelli diversi in relazione a orogeografia, demografia, bisogni assistenziali specifici. L'attività del MMG e del Pediatra di Libera Scelta (PLS) dovrebbe continuare con le stesse modalità attuali, ma essere anche supportata da personale infermieristico, amministrativo e coordinata con quella degli specialisti ambulatoriali e del servizio di urgenza/emergenza. Naturalmente, perché tutto ciò possa attuarsi **sarà necessario poter condividere i dati clinici mediante adeguate piattaforme informatiche** e l'uso del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

## I DUBBI

Quanto descritto è il quadro normativo che dovrà concretizzarsi in una realtà in cui le incertezze e le perplessità tra i medici non mancano:

- Non vi è un rischio concreto che le Case della Salute possano favorire una ulteriore crescita della domanda sanitaria conseguente ad un incremento della offerta?
- C'è il pericolo di un utilizzo improprio di una struttura non adeguata a dare risposta all'urgenza?
- Il potenziamento della assistenza territoriale significa anche eliminare i tetti per il personale e dare risorse alla assistenza domiciliare e residenziale e alle cure palliative. Ci sono le risorse necessarie?
- Come realizzare una efficiente rete informatica che connetta tra loro diversi programmi di gestione dei dati clinici e consenta di interfacciarsi con il FSE?
- I MMG trasferiranno le loro sedi in strutture uniche o manterranno i loro studi e l'utilizzo della Casa della Salute sarà riservato all'erogazione della diagnostica di primo livello, all'esercizio della medicina d'iniziativa, alle attività concordate in team assistenziali pluriprofessionali?
- C'è il rischio che venga incrinato il rapporto elettivo e fiduciario con il proprio medico?

È palese che **senza chiare risposte a questi legittimi interrogativi**, senza training sperimentali e, soprattutto, senza una fase di negoziato con le rappresentanze sindacali delle figure sanitarie coinvolte che porti ad accordi siglati dalle parti in causa, **non sarà possibile realizzare modelli migliorativi rispetto al passato.**

## LE PROSPETTIVE

La soluzione potrebbe arrivare dal coinvolgimento nelle attività delle AFT/UCCP dei medici in formazione

**Questa intenzione di potenziare le cure territoriali deve però fare i conti con una prospettiva di carenza di medici** dovuta, secondo i dati sui pensionamenti previsti forniti dall'ente previdenziale ENPAM, alla cosiddetta "gobba pensionistica" che nel prossimo futuro presenterà una sensibile impennata. Ciò comporterà fino al 2023 un esodo in costante crescita numerica (previsti pensionamenti per 1151 MMG e 120 PLS nei prossimi 6 anni nella nostra regione) e che inizierà a decrescere lentamente solo a partire dal 2024.

**Gli ingressi in convenzione di giovani medici già formati** (che hanno cioè terminato il Corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale) **potrebbero essere non sufficienti** in particolar modo per rispondere, oltre che al vuoto creato dai medici pensionandi, anche al previsto crescere delle attività territoriali.

**La soluzione potrebbe arrivare dal coinvolgimento nelle attività delle AFT/UCCP dei medici in formazione.** Ciò consentirebbe di raggiungere altri due obiettivi: il primo di vedere accrescere ulteriormente il valore professionalizzante del loro tirocinio conferendogli un alto **contenuto formativo pratico, il secondo, prevedendo il giusto e conseguente adeguamento della loro borsa di studio**, di colmare l'attuale, immotivato, gap economico con i colleghi in formazione specialistica. I compiti dei medici in formazione sarebbero esercitati all'interno delle aggregazioni della medicina generale: integrazione e supporto in ambulatori dedicati alle patologie croniche, assistenza domiciliare, monitoraggio di casi complessi.

Alla luce di queste considerazioni, **le prospettive di lavoro dei giovani medici nell'ambito delle cure territoriali appaiono ricche di opportunità.**



A photograph of a doctor in a white coat, with a stethoscope around their neck. The doctor's hands are holding a large, smooth, red heart. The heart is the central focus, and the text is overlaid on it.

**LA MEDICINA  
GENERALE È  
BELLA!**

Alessandra Taraschi  
Simona Meschieri  
Irene Sivolella  
Andrea De Finis

*Commissione Giovani Medici OMCeO Torino  
Medici in Formazione Specifica in Medicina Generale*



LA MEDICINA GENERALE È BELLA! È questa l'esclamazione che non avremmo mai pensato di pronunciare, dopo gli anni di studio indirizzati ad attività mediche di natura specialistica.

**La maggior parte dei neo-medici seleziona la Medicina Generale come una seconda scelta.** All'università il suo insegnamento non è contemplato; la sua realtà non è presentata. Cresciamo con una mentalità di esperti in uno specifico settore medico, veniamo formati solo ed esclusivamente nei tirocini ospedalieri.

A questo punto viene logico pensare: **“Come avremmo potuto scegliere qualcosa che non conosciamo?”**

Da neolaureati ce ne facciamo un'idea durante l'esame di stato, un mese di frequenza con un tutor che la sorte ci assegna; la nostra unica esperienza viene quindi fortemente influenzata dal medico che siamo andati ad affiancare.

Una volta che ti sei abilitato, iniziano le sostituzioni dai medici di medicina generale: cuore in gola alla prescrizione dei primi farmaci...

**Il passare dalla pura teoria alla messa in pratica con un paziente in carne ed ossa che, davanti a te attende in breve tempo una tua diagnosi e/o una terapia, è tutta un'altra cosa.** Come tutti coloro che sono alle prime armi, stringi i denti, pensando che comunque le tue decisioni hanno alle spalle anni di studio e di sacrifici.

Dopo le prime sostituzioni, la tensione inizia a diminuire ed in contemporanea cominci ad imparare a gestire meglio le situazioni che ti si pongono davanti. Inizi a conoscere i pazienti ed a farti “accettare” da loro. Alla terza volta che ti vedono ti salutano con un sorriso, riconoscendoti. I più “coraggiosi” cercano di stringere un rapporto umano con il nuovo medico sostituto. Anche tu inizi a ricordarti di loro, delle loro problematiche senza nemmeno dover verificare, sul gestionale, quali siano. Ti occupi di tutto. Quel paziente lo segui dalla A alla Z, sai se ha problemi in famiglia, o sul lavoro; insomma in breve tempo ti appassioni a questa realtà.

Purtroppo poi ti devi anche confrontare con: le note AIFA, le linee guida, l'appropriatezza nella prescrizione di esami e farmaci, la richiesta delle credenziali RUPAR e con la “BUROCRAZIA” che diventerà parte integrante del tuo lavoro, occupando una parte eccessivamente elevata del tuo tempo.

**Il Corso di Formazione per i futuri Medici di Medicina Generale ha il grosso merito di prenderti per mano,** di spiegarti il miglior approccio clinico riguardo le molteplici patologie con le quali potresti avere a che fare, evita di farti concentrare solo sulla fisiologia, la biochimica ecc. ma, soprattutto, ti indirizza sulla parte pratica: con quale esame andare a indagare, qual è il miglior farmaco da utilizzare tenendo conto delle linee guida, ma anche del reale approccio che alcune volte le linee guida non contemplano.

Tali seminari inoltre sono sempre **molto utili per approfondire argomenti quasi mai trattati durante l'intero corso di laurea e ti permettono di avere il doppio confronto con uno specialista ed un medico di medicina generale** e di osservare lo stesso problema sotto più punti di vista.

Ti supportano anche ad affrontare il “mostro” della burocrazia con le armi giuste. Oltre alle lezioni teoriche, durante il corso hai la possibilità ed il dovere di frequentare tutti ►

i reparti ospedalieri e alterni queste attività, di tirocinante ospedaliero, con periodi da medico tirocinante sul territorio.

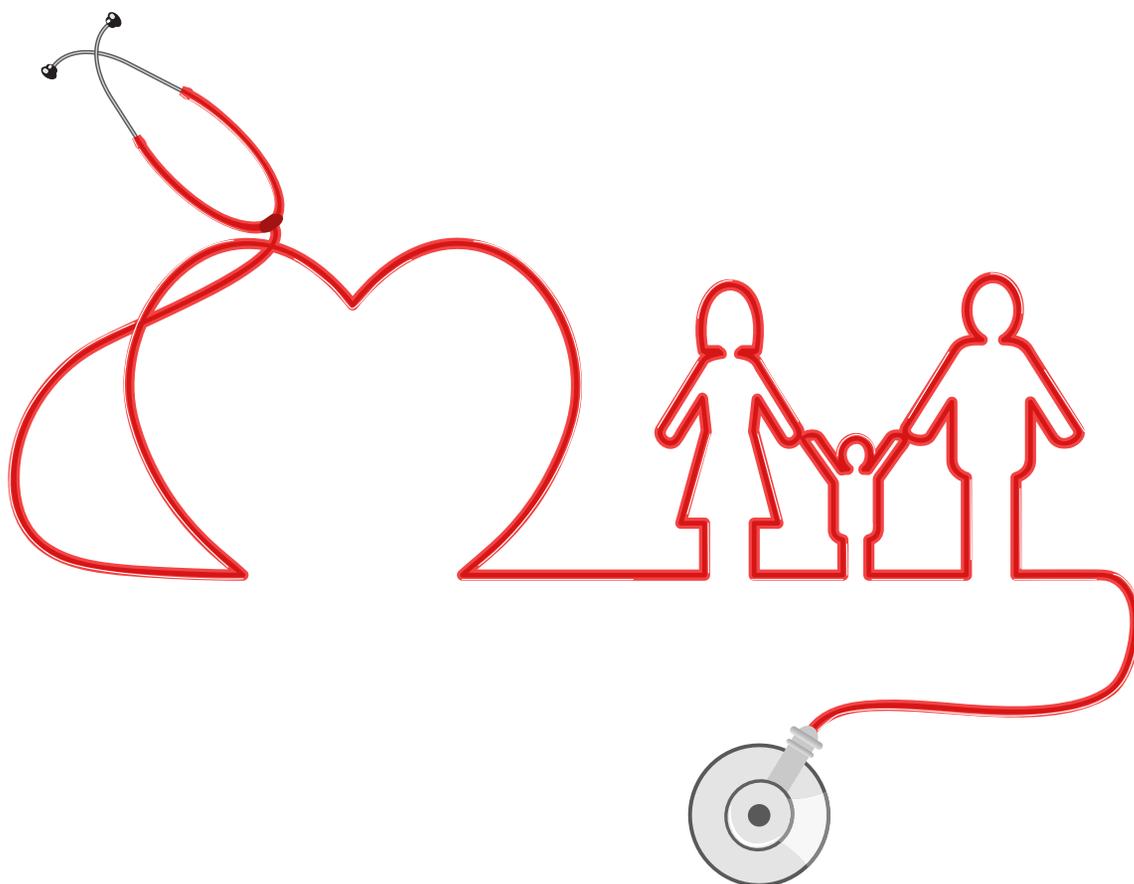
Durante questi periodi sul territorio ti affianchi (in due cicli di sei mesi ciascuno) ad un collega di medicina generale, mentre sta svolgendo le proprie attività professionali quotidiane. Una grande opportunità, che aiuta ad apprendere alcuni accorgimenti che torneranno molto utili.

Chiaramente ci sono anche degli aspetti negativi.

Ancorché la professione sia **avvincente, appassionante, stimolante, appagante dal punto di vista scientifico e soprattutto umano**, purtroppo da un punto di vista economico, **la retribuzione del corso è bassa**, circa la metà rispetto a quella dei colleghi entrati in specialità. **Le incompatibilità sono molteplici e non sono solo dal punto di vista contrattuale** (i borsisti MMG possono esclusivamente lavorare in Continuità Assistenziale o sostituire altri colleghi ma, solo, per periodi inferiori a 30 giorni continuativi), esistono anche le **incompatibilità di orari**, ovvero: se sei in ospedale e ci devi stare otto ore al giorno (fa fede il badge) puoi trovare solo lavori nelle ore che ti rimangono libere. Cioè di notte. Se poi contiamo i weekend, intendendo giorni e notti ovviamente, passati in Continuità Assistenziale per arrotondare lo stipendio... ci troviamo obbligati a dire **addio alla famiglia, agli amici, al tempo libero!**

Ti occupi di tutto. Quel paziente lo segui dalla A alla Z, sai se ha problemi in famiglia, o sul lavoro; insomma in breve tempo ti appassioni a questa realtà

Il corso MMG è quindi impegnativo, anche stressante, soprattutto se per qualche anno hai già lavorato e poi ti ritrovi di nuovo a fare lo studente come all'università; è decisamente perfettibile e qualche passo in avanti ancora deve farlo. Ma sono solo tre anni. **E tre anni di sacrificio varranno bene il poter diventare un ottimo medico di famiglia.** Cosa ne dite?



# La formazione del medico: quale possibile evoluzione?

Intervista a Roberto Stella

*Presidente OMCeO Varese e Coordinatore Area Strategica Formazione FNOMCeO*

A cura di Rosa Revellino



**1. Quali sono i cambiamenti di maggior rilievo nella formazione del medico in questi ultimi anni? E per quanto riguarda la Medicina Generale?**

La formazione del medico ha visto una evoluzione del profilo professionale sia per quanto riguarda le nuove e diverse modalità didattiche introdotte sia per la messa a fuoco delle questioni storiche e sociali di maggior rilievo: per esempio il cambiamento sotto il profilo demografico ha richiesto una maggior attenzione al tema dell'invecchiamento e ha avviato percorsi formativi più legati alle necessità del paziente anziano e al grande tema della cronicità e cronicizzazione delle malattie. Sempre sotto il profilo demografico, oggi contiamo molti residenti extracomunitari che rappresentano circa un decimo della popolazione e sui quali i medici non sono sufficientemente preparati, in termini di bisogni sanitari e assistenziali. Altri due elementi hanno poi inciso profondamente sui percorsi di formazione: da una decina d'anni la tecnologia ha offerto strumenti per la terapia e la diagnostica che però non sono entrati come elementi di innovazione nei percorsi di studio ma subito nella pratica clinica, saltando il passaggio fondamentale del contesto formativo di partenza. Anche la trasformazione degli aspetti organizzativi ha inciso sulla nascita di nuovi modelli di riferimento: per esempio nell'ambito delle cure territoriali, è cambiato profondamente il tipo di assistenza determinando una nuova risposta al cittadino e un cambiamento di ruolo e di intervento del medico: ne sono esempio le forme di associazionismo e di integrazione ospedale territorio. Quest'ultimo aspetto è senza dubbio un portato della cronicità che deve acquisire un patrimonio nuovo di conoscenze, metodi e strumenti e deve entrare a far parte del percorso di studi universitario.

Il profilo formativo si è quindi necessariamente modificato ed oggi guarda ad un approccio più pragmatico, di formazione sul campo, che consenta di mettere in gioco esperienze professionali sperimentate concretamente sia sul territorio che in ospedale. In questo scenario ha inciso – in termini di contenuti e metodologie – il percorso dell'ECM con le nuove opportunità offerte. Se infatti il primo modello di formazione (più residenziale) presentava un problema di rapporto tra investimento-ore di lavoro-risorse economiche, l'introduzione della formazione a distanza è stata una acquisizione forte e più fruibile per i professionisti perché più integrata nella professione e nella pratica clinica.

Oggi si è concordi nel dire che, dopo l'automedicazione, la primary care è il primo punto di riferimento dei cittadini rispetto ai bisogni e ai problemi di salute. E già alla fine degli anni '80 il ruolo del MMG era valorizzato e pensato in prospettiva; ciò ha portato l'Europa a definire in modo specifico i contenuti per i percorsi formativi di questa figura.

L'OMS già anni fa dichiarava che, un sistema sanitario di valore e adeguato ai bisogni della popolazione, è un sistema che ha una Medicina Generale avanzata sia per la distribuzione e la formazione dei medici sul territorio sia per gli assetti organizzativi. ►

L'Italia è un paese in cui la formazione prevede un divario enorme tra teoria e pratica. Nel nostro Paese la didattica è ancora antica: solo il 40% ha una ricaduta pratica e offre competenze spendibili sul campo

**I giovani medici hanno certamente una grande competenza teorica clinica ma poca capacità di autonomia professionale. La figura professionale del medico ha oggi bisogno di capacità tecnico-operative per rispondere a domande di salute sempre più complesse**

In tutti questi anni si è quindi cercato di sviluppare un percorso strutturato (in termini di durata- contenuti- apprendimento) orientato ad una metodologia pratica (es. il tirocinio pratico presso gli studi dei MMG come tutor) e alle competenze di base per rispondere alla domanda di salute dei cittadini. Se la strada è quella tracciata (in termini di skills) le cure primarie diventano sempre di più una risorsa fondamentale perché in grado di assorbire e rideclinare molti problemi gestionali.

E allora come va intesa la crisi della Medicina Generale? Il punto di partenza è l'emergenza del ricambio: oggi tra i dati ENPAM-Ced-FNOMCeO abbiamo un proiezione che ci dice che dal 2016 al 2020 usciranno dalla professione circa 15.000 professionisti. Se questa è la previsione, per pareggiare il bilancio sarebbe necessario un ingresso di altrettanti giovani professionisti. In realtà quello che oggi si verifica è che a fronte di questi 15.000 medici non si riuscirà a inserire più di 5.000 medici. Questo perché la scuola di Medicina Generale diploma circa 900 medici in Italia: cioè una forza lavoro troppo ridimensionata. Il territorio sarà altrettanto sguarnito anche per i pediatri di libera scelta.

La fotografia della realtà del Paese ci dice inoltre che le graduatorie regionali per la medicina generale "parcheggiano" molte migliaia di medici in Italia (quasi trentamila sono i medici inseriti attualmente nelle graduatorie di tutte le Regioni): da un'indagine recente della FNOMCeO su un campione significativo di otto Regioni per valutare quale fosse veramente la forza lavoro da mettere in campo, emerge però che le risorse esistenti sono, per così dire, "risorse sporche" cioè non sono formate adeguatamente. Oltre il 60% dei medici in graduatoria ha più di 50 anni e dunque solo il 40% circa è probabilmente attivabile realmente. In parte perché sono medici già avviati alla professione in modo stabile e in parte perché molti non hanno una formazione specifica e non rappresenterebbero comunque un vero ricambio generazionale.

Credo che il messaggio forte che bisogna dare è che sono necessari alcuni interventi urgenti: aumentare le borse per le scuole di formazione in MMG, potenziare la specializzazione in modo che si possa giocare meglio sul ricambio; prevedere una programmazione più attenta ai bisogni sul territorio; considerare il reale fabbisogno delle regioni e fare in modo che ci sia una fotografia più realistica del Paese. Diversamente, la Medicina Generale nel futuro sarà depotenziata e penalizzata.





## **2. Il difficile equilibrio conoscenza teorica e applicazione pratica: la situazione in Italia?**

L'Italia è un paese in cui la formazione prevede un divario enorme tra teoria e pratica. Negli Usa e in altri paesi la percentuale è di 70/30 cioè l'attività principale è senza dubbio quella pratica. Nel nostro Paese la didattica è ancora antica: solo il 40% ha una ricaduta pratica e offre competenze spendibili sul campo. È necessario introdurre modelli didattici innovativi: la tecnologia ci dà molti strumenti utili per questo scopo e seguire la strada dell'innovazione non significa abbandonare la modalità tradizionale della lectio magistrale ma integrare l'approccio teorico con una formazione sul campo, esperienze di tirocinio, percorsi di apprendimento in simulazione, percorsi interattivi, realtà virtuale. La simulazione è infatti uno strumento potente per affinare la manualità, ridurre il rischio clinico, potenziare la sicurezza delle cure.

Al termine del loro percorso di laurea i giovani medici hanno certamente una grande competenza teorica clinica ma poca capacità di autonomia professionale. La figura professionale del medico ha oggi bisogno di capacità tecnico-operative per rispondere a domande di salute sempre più complesse.



## **3. Comunicazione e relazione tra medico e paziente: una questione molto dibattuta. Ma esistono a livello di formazione universitaria esperienze concrete di didattica?**

Non è azzardato dire che oggi non esiste un vero corso di comunicazione in ambito sanitario sistematico e integrato nel percorso formativo universitario, ma ci sono molte esperienze sentinella in ambito clinico, in corsi paralleli, e in ambiti specialistici. Manca però un percorso strutturato e un apparato metodologico preciso. Si è concordi nel dire, e lo hanno dimostrato bene studi di Paesi esteri, che la comunicazione migliora realmente la salute attraverso il rapporto medico-paziente che diventa veramente terapeutico: per esempio per l'aderenza terapeutica (compliance), l'accettazione di una prognosi. Non si può pensare – soprattutto a fronte di una realtà sanitaria complessa e in continua evoluzione – che questo aspetto possa essere lasciato alla discrezione del professionista, alla sua buona volontà di costruire o noleggiare da altri contesti modelli di relazione soggettivi e disomogenei, comunque poco efficaci. Le urgenze di salute e di programmazione sanitaria, la cronicità, l'oncologia, la terminalità della malattie, le demenze, richiedono interventi nuovi: l'interdisciplinarietà può essere una strada.



## **4. Secondo lei come è cambiata, dal punto di vista delle aspettative formative, la figura del medico negli ultimi 15 anni? E cosa si aspettano, a suo avviso, i medici di domani?**

Credo che la figura del medico del futuro sia giocata principalmente su tre aspetti: la tecnologia, la comunicazione e la managerialità. Cioè il medico del futuro sarà anche un manager che deve saper gestire la salute nel suo complesso e all'interno dell'equipe.

Cosa chiedono i giovani? Credo che innanzitutto chiedano più certezza sul futuro: in primis l'accesso alla formazione specialistica dopo la laurea. Oggi circa 12.000 medici rimangono in stallo perché non sono entrati né in specializzazione né nella scuola di formazione in Medicina Generale e non completano così il percorso post-laurea. Esiste cioè un diritto di formazione di questi giovani e un dovere delle istituzioni di garantirla per un logico inserimento alla professione. I giovani medici si aspettano di essere formati bene, e di avere una formazione allineata con le esigenze dell'Europa. Il medico del domani chiede poi la garanzia di poter fare il medico dopo un lungo percorso di undici anni di formazione che non può risolversi in un precariato ormai considerato fisiologico. Investire sulla formazione significa investire nel futuro di tutti e ai giovani medici va fatta una promessa di prospettiva facendo in modo di garantire un inserimento reale nella professione, facendo in modo che possano fare i medici, oltre che esserlo.

# LA COMUNICAZIONE NELLA PRATICA CLINICA.

## Quali prospettive nella formazione universitaria?

Intervista a Roberta Siliquini  
*Presidente del Corso di Laurea in Medicina e  
Chirurgia dell'Università di Torino  
Presidente del Consiglio Superiore di Sanità  
Consigliere OMCeO Torino*

A cura di Rosa Revellino



**La conoscenza dell'uso del linguaggio nella terapia è riconosciuto come una delle priorità della pratica clinica, soprattutto da parte dei giovani medici. Dal suo punto di vista quale è oggi lo stato dell'arte nel campo formativo?**

Partiamo da un presupposto e cioè che la conoscenza dell'uso nel linguaggio nella terapia ma, ancor di più, nella diagnosi deve essere una priorità della pratica clinica per tutti i medici, non solo i giovani medici. Le capacità di linguaggio e di comunicazione, in ambito formativo, vengono per lo più assorbite dagli studenti durante i tirocini, lavorando fianco a fianco con i colleghi più anziani. Non sempre tuttavia l'esperienza professionale maturata negli anni fa di un ottimo medico anche un buon comunicatore (cito spesso ad esempio il capolavoro del 1991 di Randa Haines *Un medico, un uomo*).



**All'interno del percorso universitario come viene trattato il tema della comunicazione nella terapia e in che momento del percorso formativo?**

Da sempre, come detto, durante i tirocini. Nel corso dei primi anni gli studenti svolgono anche tirocini specifici sulla comunicazione medico-paziente seguiti da psicologi clinici. Inoltre, da due anni, abbiamo inserito all'interno del corso di laurea in Medicina e Chirurgia, sede

di Torino, uno specifico corso obbligatorio che pone attenzione non solo agli aspetti relazionali medico-paziente ma anche alla comunicazione in senso lato, diventata straordinariamente importante nell'era delle "post-verità". Comunicazione sui media, comunicazione con i colleghi, comunicazione formale. Esistono inoltre da anni altre esperienze, offerte agli studenti come ADE (Attività Didattiche Elettive). Tra queste mi piace segnalare il percorso didattico 'Adotta un paziente' svolto nei primi anni in stretta collaborazione con la Scuola Superiore di Umanizzazione della Medicina: un percorso che dura qualche settimana e avvicina ciascuno studente alla storia di un paziente. Abbiamo ritorni molto positivi di apprezzamento da parte degli studenti.



**A suo avviso quali potrebbero essere le prospettive future a livello metodologico e applicativo? L'interdisciplinarietà potrebbe essere un punto di forza di nuovi modelli?**

Stiamo sviluppando in questi mesi, sempre in collaborazione con la Scuola Superiore di Umanizzazione della Medicina, un percorso più strutturato che diventi obbligatorio nel percorso di studi, costituito da momenti di formazione teorica alternati ad applicazioni sul cam-

[...] abbiamo inserito all'interno del corso di laurea in Medicina e Chirurgia, sede di Torino, uno specifico corso obbligatorio che pone attenzione non solo agli aspetti relazionali medico-paziente ma anche alla comunicazione in senso lato [...]

po e a discussione dei casi a piccoli gruppi. Il senso è riuscire a portare gli studenti ad immedesimarsi nella situazione del paziente. L'interdisciplinarietà è per molti aspetti della medicina, compreso quello della comunicazione, strumento fondamentale. Purtroppo però non posso negare le difficoltà oggettive nel riuscire a gestire tali tipi di percorso: così come sono strutturati i nostri corsi di laurea in Italia (con una sovrabbondanza di ore da doversi dedicare alle lezioni frontali e una carenza ormai strutturale di docenti e tutor) le possibilità di organizzare durante tutti gli anni di corso momenti formalizzati e coordinati con le altre professioni sanitarie sono davvero limitate.



# Prof, me ne vado all'estero

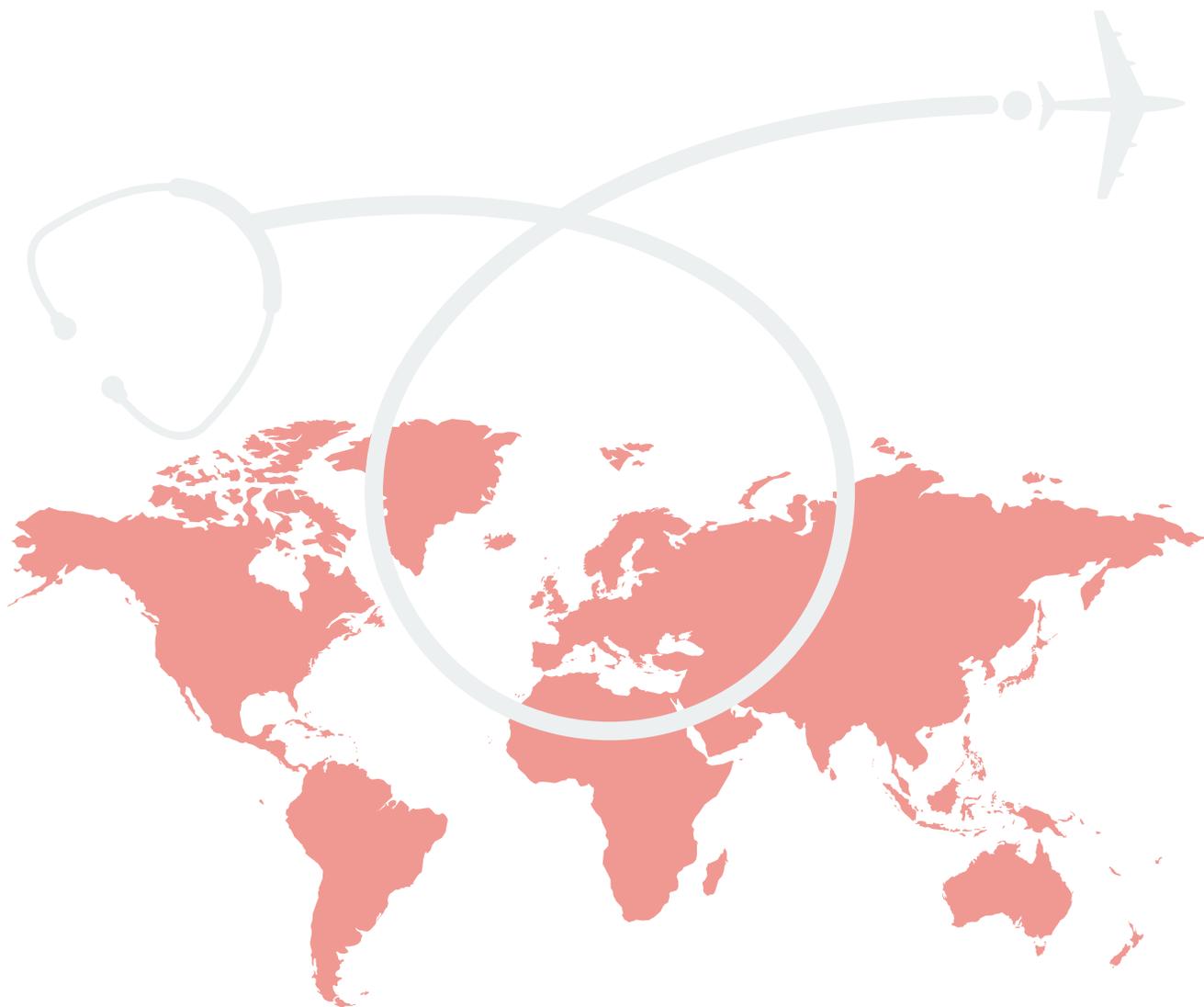
Jacopo si è iscritto a medicina con la ferma e unica aspirazione di diventare un neurologo. Marta è al terzo anno e mantiene ferma la sua convinzione che "fare il medico" è diverso da "essere medico". Emanuele, anche lui studente di medicina, il primo giorno in cui ha visitato un paziente ha smesso di pensare a come erano gli altri medici e ha iniziato a immaginare il medico che sarebbe diventato. Poi ci sono le storie di Gaia, Alberto e Giulia, neolaureati, in quella fase di passaggio tra il diploma di laurea e l'esame per l'abilitazione alla professione medica. Il loro prossimo traguardo? La specializzazione. Il timore è di trovare la strada sbarrata o di dover ripiegare su una disciplina diversa da quella ambita. Tutto dipenderà dal concorso per accedere alle scuole di specializzazione che da quest'anno prevede una graduatoria unica nazionale non suddivisa per specializzazioni come già avviene in Spagna. Su sollecitazione delle associazioni rappresentative dei medici in formazione, il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca ha predisposto un nuovo sistema di accreditamento e delle nuove modalità di svolgimento del concorso per l'accesso ai corsi "secondo criteri di sempre maggiore qualità e trasparenza e affinché la prossima selezione risponda di più alle attese delle nostre laureate e dei nostri laureati".

Ilaria è già al primo anno di specializzazione, in chirurgia generale, a Napoli. Lei stava per abbandonare il corso di laurea in medicina e chirurgia perché stanca, delusa e frenata da un sistema obsoleto e non meritocratico. Ma alla fine non ha mollato: a ridarle la forza di tornare sulla sua scelta è stato un anno di università all'estero. Oltre confine sono andati anche Laura, Giuseppe e Giovanni, dopo la specializzazione. Giovanni e Laura hanno scelto di non rientrare: lui è negli Usa – il paradiso della medicina robotica – con una fellowship research; lei in Germania, dirige un centro di elettrofisiologia. Giuseppe invece dopo un'esperienza all'estero ha scelto di tornare in Italia: "Penso che la cosa importante non sia andare e tornare o andare e rimanere, ma muoversi per contaminare e lasciarsi contaminare e costruire così un sistema migliore".

## CIRCOLAZIONE DI IDEE

Le piccole storie dei studenti e medici italiani raccolte in questo numero di «Torino Medica» costruiscono uno spaccato di quella che è la formazione degli studenti di oggi, dei medici di domani. Dove la scelta di andare all'estero rappresenta innanzitutto una grande opportunità. "Consiglio a tutti i giovani di fare parte del loro training all'estero perché è importante non arrivare al punto di assimilare comportamenti e consuetudini non ottimali (o percepiti come tali) non riuscendo ad immaginare un'alternativa. Vedere che le cose possono essere fatte diversamente diventa essenziale per poter crescere." Il consiglio viene da Barbara Casadei, ricercatrice e docente di medicina cardiovascolare all'Università di Oxford. Originaria di Cervia, laureata in medicina e chirurgia all'Università di Pavia nel 1989, era partita con una borsa di studio post-specializzazione per Oxford con l'idea di fermarsi per sei mesi. Non è più tornata in Italia. Oggi è un grande nome nel campo della ricerca per i suoi studi sull'ipertensione arteriosa, sul substrato molecolare delle cardiopatie e per i suoi trial clinici sullo scompenso cardiaco e sulla fibrillazione atriale. Nel 1994 aveva vinto lo Young Research Workers Prize della British Cardiovascular Society. Lo scorso anno è stata eletta presidente della European Society of Cardiology. È la prima donna a ricoprire questa carica. Come lei stessa confida, la sua carriera in cardiologia è evoluta naturalmente dal collegio Nuovo di Pavia a Oxford<sup>1</sup>.

In fin dei conti per i ricercatori emigrare è del tutto normale: è una mobilità fisiologica inscritta nel loro DNA perché le idee e la carriera non hanno confini. Proprio recentemente «Science» ha ricostruito le rotte migratorie dei ricercatori a partire dai curricula vitae di circa 742mila dottorati del database Orcid, che contiene i profili di 3 milioni scienziati. Ne è emerso che il 32,3% dei dottorati del Regno Unito è emigrato all'estero, a seguire il 19% dei dottorati Usa e il 16,3% di quelli dell'UE. Le mete più gettonate: l'Unione europea e l'Asia per gli inglesi, l'Asia per gli americani e gli africani, gli Usa e la Gran Bretagna per i ricercatori dell'Ue. Ma per alcuni "andare all'estero" diventa una fuga quasi obbligata perché il proprio Paese non garantisce una buona formazione e soprattutto la possibilità di fare ricerca, di fare carriera o anche più semplicemente di la-



vorare. Proprio questa componente sembra incidere in Italia dove, stando ai rapporti della Commissione europea<sup>2</sup>, sempre più i giovani italiani altamente qualificati emigrano all'estero perché trovano migliori opportunità di lavoro e retribuzioni molto più alte. L'emigrazione di lavoratori italiani altamente qualificati non rientra nella definizione di "circolazione dei cervelli" (quando le persone si recano temporaneamente all'estero per studiare o lavorare per poi tornare nel paese d'origine), ma piuttosto nella condizione di "fuga di cervelli", che per il paese si traduce in una perdita di potenzialità economiche. Quello che distingue l'Italia dagli altri paesi è che l'emigrazione all'estero (*brain drain*) non è compensata dall'ingresso di laureati stranieri (*brain gain*) per la scarsa capacità dei centri di ricerca accademici e delle industrie italiane di attrarre ricercatori oltreconfine.

**Nel 2014 circa il 30% di italiani con titolo di studio universitario si è spostato fuori dal Paese. (Istat)**

### L'EMPOWERMENT DEGLI STUDENTI

«Torino Medica» ha già discusso ampiamente sia con i rappresentanti della pedagogia medica che sono indirizzati a una didattica centrata sullo studente e sulle competenze, sia con i rappresentanti delle associazioni di studenti e specializzandi, che reclamano una concreta formazione pratica incentrata anche sulla relazione con i pazienti<sup>3</sup>. Quello che chiedono i giovani studenti e i giovani medici italiani è la pratica, una scuola non più chiusa tra le mura delle aule e nelle pagine dei libri ma una scuola che entri – fin dai primi anni del corso di laurea in medicina e chirurgia – negli ospedali, nelle sale operatorie, negli ambulatori e negli studi del medico di medicina di generale. Viene spesso portata come esempio la scuola di medicina statunitense che all'inizio del Novecento aveva introdotto nel programma di studi laboratori e tirocini in ospedale prendendo spunto da alcuni paesi vicini al nostro: Germania, Francia, Scozia e Inghilterra dove era già stato introdotto l'insegnamento clinico in ospedale<sup>4</sup>. Nelle serie televisive di *Dr. House*, *Gray's Anatomy* e prima ancora *ER, medici in prima linea* i giovani allievi a tutti gli effetti lavorano in corsia e in sala operatoria. Loro sì, sanno fare tutto...

Ma non è detto che il tanto invidiato modello statunitense sia poi così perfetto e non intaccabile. Il sistema didattico fa riferimento al classico triangolo di Flexner con i tre capisaldi dell'insegnamento – la cura del paziente, l'insegnamento e la ricerca – opportunamente integrati fra loro. Nel primo anno la scuola di medicina è incentrata sullo studio e sui quiz, sull'apprendimento di nozioni, numeri, definizioni e acronimi. Poi inizia il tanto ambito percorso in corsia per acquisire le capacità cliniche: a rotazione nei diversi reparti, il contatto diretto con il paziente, le responsabilità sempre maggiori oltre a ore ed ore di lavoro. Non sorprende quindi che un numero crescente di studenti di medicina manifesti i classici segni del burnout.

Con l'evoluzione della struttura didattica inserita in un contesto aziendale da un lato e dall'altro la rivoluzione tecnologica e la crescita insostenibile dei costi sanitari, l'efficienza e l'assistenza basata sul valore stanno facendo della "fast medicine" lo standard. Medici e allievi hanno sempre meno tempo per relazionarsi con il paziente e i familiari, per confrontarsi con i colleghi sulle possibili diagnosi e per considerare le diverse opzioni terapeutiche. Essenzialmente la situazione attuale sta privando gli studenti di medicina del tempo, della community e del lato umano della professione medica, spiega Richard Levin<sup>5</sup>, presidente della Arnold P. Gold Foundation, sostenitrice di una assistenza sanitaria più slow e più umana. Senza questi ingredienti si può im-

parare a fare il medico ma non ad esserlo, come dice Marta. Per imparare ad esserlo la condivisione nella vita reale delle storie degli studenti e dei giovani medici sui pazienti può diventare uno spazio didattico unico nel suo genere, come vuole essere il progetto in-Training lanciato nel 2012 da due studenti di medicina americani<sup>6</sup>. Il loro obiettivo è di "creare un forum virtuale per studenti di medicina per registrare i loro pensieri sulla vita dei medici in formazione", una sorta di comunità globale incentrata sull'empowering degli studenti stessi che, nella condivisione, possono trovare uno strumento efficace di autoformazione e recuperare così l'aspetto umano della medicina.

Non solo le corsie quindi, ma anche le esperienze degli studenti diventano un luogo per la formazione. "Tutti insegnano, tutti imparano", scrive Richard Smith, ex direttore de *The Bmj*, in una riflessione sui sei anni di insegnamento al Royal Tropical Institute di Amsterdam<sup>7</sup>. Smith sintetizza il ruolo dell'insegnare ai giovani medici nella frase semplice e allo stesso profonda di William Yeats: "Educare non è riempire un secchio, ma accendere un fuoco". Frase figlia del pensiero di Plutarco: "La mente non è un vaso da riempire ma un legno da far ardere perché s'infuochi il gusto della ricerca e l'amore della verità". Gli studenti sanno già molto di quello che hanno bisogno di sapere, il ruolo di chi insegna è di tirare fuori questo sapere. Per accendere il fuoco appunto.

### Fonti

- 1\_ *A change of scene: Barbara Casadei, MD, DPhil, FRCP*. FESC. Circulation 2008; 118: f127-f129.
- 2\_ Commissione europea. *Documento di lavoro dei servizi della commissione - Relazione per paese relativa all'Italia 2016 comprensiva dell'esame approfondito sulla prevenzione e la correzione degli squilibri macroeconomici*. Bruxelles, 26 febbraio 2016.
- 3\_ *Focus sulla formazione del medico*. Torino medica, numero 3, ottobre 2015.
- 4\_ Ludmerer KM. *La seconda rivoluzione scientifica: scienze biologiche e medicina. La formazione dei medici*. In: Storia della scienza. Roma: Treccani, 2004.
- 5\_ Levin RI. Foreword. In: in-Training. Stories tomorrow's physicians. Pager Publication, Inc 2016
- 6\_ in-training.org
- 7\_ Smith R. *What have I achieved in six years of teaching?* The BMJ Blog, 24 aprile 2017.



**Jacopo Di Napoli**  
**21 anni, studente di medicina**

Ho maturato la scelta di iscrivermi a medicina nel corso dell'ultimo anno di liceo: fin dal primo anno di ginnasio ero convinto che il naturale proseguimento del mio percorso sarebbe stata la laurea in filosofia, eppure, nei mesi precedenti a quella che doveva essere una scelta scontata, ho scoperto un improvviso interesse per la neurologia, per le potenzialità e i meccanismi del nostro cervello e, naturalmente, per le connessioni e i legami che questa scienza ha con la dottrina filosofica. Ho così iniziato a coltivare questa passione, rimescolando le carte del mio futuro percorso universitario e indirizzandomi verso la facoltà di medicina, con la ferma e unica aspirazione di diventare, alla fine dei miei studi, un neurologo. Ben conscio della specificità dei miei interessi temevo che quella che sembrava una vera e propria cotta si trasformasse in una cocente delusione; invece, fin da subito, mi sono trovato a mio agio fra i nuovi argomenti e i nuovi stimoli, appassionandomi sempre di più alla medicina tutta. Ora che frequento il secondo anno sono decisamente soddisfatto della mia scelta, avendo, per di più, fagocitato le mie riserve sulla difficoltà che i corsi prettamente scientifici avrebbero potuto serbare per studenti di provenienza classica come me. Spero di poter arricchire al più presto la mia esperienza universitaria con progetti differenti, che si tratti di semestri in università e ospedali all'estero o missioni di volontariato, mantenendo sempre un occhio di riguardo verso l'approfondimento dell'aspetto umano della professione: penso, infatti, che, specialmente per i medici, la disposizione delle proprie capacità al servizio di chi ha bisogno sia al contempo un obbligo morale e una fortuna che non tutti possono permettersi.



**Marta Trucillo**  
**22 anni, studentessa di medicina**

Sono al terzo anno di medicina e chirurgia, presso l'Università degli studi della Campania Luigi Vanvitelli. Mi reputo "fortunata" ad aver avuto la possibilità di intraprendere questo corso di studi superando il temutissimo test di ingresso che – ahimè! – miete migliaia di vittime ogni anno. Quando ho deciso per medicina non avevo delle aspettative definite. Sentivo spesso dire che una strada del genere richiede totale abnegazione e completa consapevolezza di se stessi, eppure questo non ha fatto che incuriosirmi di più. Avevo solo voglia di iniziare, di capire, di conoscere. Da brava sognatrice, mi proiettavo in un futuro in cui avrei potuto essere in grado di mettere in pratica le preziosissime "leggi dell'empatia" nelle quali trovavo il mio rifugio quotidiano. E sono tuttora convinta che "essere medico" sia diverso da "fare il medico". Richiede sicuramente un'umanità, un altruismo, uno spirito di sacrificio non da poco. E tanta, tanta forza di volontà. E il tipo di studio che affrontiamo è almeno in parte un campo di allenamento.

La strada per diventare medico è lunga e a tratti impervia: una sorta di maratona, non una "semplice" gara di velocità. Studiamo tanto, forse anche troppo, ci vengono trasmesse molte conoscenze ma non le mettiamo in pratica – e questo è in parte il limite del metodo italiano. Mi piace la mia università anche perché è un vero e proprio polo di ricerca e siamo sempre aggiornatissimi, ma tra tre mesi comincerò il quarto anno senza avere mai messo piede in un ospedale. E questo è controproducente anche perché studiare senza avere riscontri pratici è spesso pesante e poco stimolante.

Sicuramente vorrò fare un'esperienza all'estero, per conoscere un'"altra medicina", un altro modo di formare e di praticare, perché ogni esperienza insegna e, avere un termine di paragone, significa uscire dal proprio bozzolo e acquisire capacità critica e decisionale, soprattutto per se stessi. Per la mia vita futura non ho idee definite. So solo che desidero imparare ad aprire sì gli occhi e soprattutto il cuore, e, nel ricevere, essere dono per gli altri.



### **Emanuele Favaron** 22 anni, studente di medicina

Dopo i primi anni di pura teoria è arrivato il primo giorno di reparto e mi sono ritrovato con il camice addosso, un paziente da visitare e quella rivelazione improvvisa che tutto ciò che stavo studiando da anni mi avrebbe reso medico. La figura del medico che avevo in mente fino ad allora era molto variegata, con sfumature diverse e a volte perfino contraddittorie. Quel giorno ho smesso di pensare a come erano gli altri medici e ho iniziato a immaginare il medico che sarei diventato.

Ho iniziato medicina perché la materia mi affascinava, la quantità di studio mi attraeva come una sfida e il lungo percorso che mi attendeva era solo una prova di convinzione. Tale convinzione era infatti radicata ben oltre l'idea dell'esito lavorativo: i libri di medici e infermieri in paesi di guerra mi infervoravano l'animo, le dibattute questioni etiche e gli studi di ricerca medica sviluppavano il mio interesse su questo mondo di cui volevo far parte.

Il primo grande ostacolo è stato il tanto sofferto test d'ingresso ma, una volta superato, ho capito che le difficoltà che avrei incontrato non mi avrebbero fermato, dal momento che ormai ero un "futuro medico" e con pazienza e determinazione sarei arrivato in fondo. In effetti ora, l'incalzante ritmo di esami, il tempo passato sui libri e la lunga strada davanti sono parte della mia quotidianità.

Credo che il percorso di studio, la futura specializzazione e la stessa professione di medico richiedano come condizione necessaria la passione per il proprio lavoro: è la ragione per cui intraprendi gli studi, è il modo in cui parli al paziente, è il motivo per cui non smetterai mai di studiare nella tua carriera.

Spesso questa passione porta a chiedermi quale sia il luogo migliore per poterla esprimere, quale Paese mi consenta maggior libertà nell'apprendimento e mi offra un futuro lavorativo migliore: sempre più spesso sto valutando l'idea di specializzarmi o lavorare all'estero, anche se per il momento sembra tutto molto lontano e ostacolato da burocrazia e dubbi.



### **Giulia Cocci** 26 anni, neolaureata in medicina e chirurgia

Il corso di laurea di medicina è un percorso lungo che richiede impegno e studio e che impone delle rinunce, ma l'ho fatto volentieri perché era quello che volevo e che avevo scelto di fare. Fin da piccola sognavo e desideravo diventare medico. Come figura di riferimento avevo il mio pediatra di famiglia: il classico medico con la valigetta bombata che veniva in casa a visitarti quando stavi male. Ho avuto la fortuna di incontrare una figura molto simile durante il tirocinio di medicina interna. Tutto sommato l'idea affascinante del medico di una volta che ha contatto con il paziente può esserci ancora, anche in un ambiente frenetico come quello ospedaliero e dove la tecnologia ha fatto il suo ingresso, come ho potuto verificare nell'ospedale di Prato e persino a Carreggi, che ha un'attività ancora più intensa. Sicuramente essermi laureata in medicina all'università di Firenze è stata una grande soddisfazione. Ora sto frequentando il tirocinio post-laurea per accedere all'esame di stato per l'abilitazione all'esercizio della professione medica. Ad ottobre affronterò il concorso per l'accesso alla specializzazione che per la prima volta prevede una graduatoria nazionale unica non divisa per specializzazioni. In base al risultato dell'esame potrò valutare quale strada intraprendere. Probabilmente durante la specializzazione cercherò di andare all'estero perché sarebbe un importante arricchimento da diversi punti di vista, ma con l'idea di tornare in Italia per fare il medico come immaginavo di "fare da grande", quando era bambina.



### **Alberto Galeotti**

**26 anni, neolaureato in medicina e chirurgia**

Dopo il liceo avevo scelto la facoltà di medicina perché mi piaceva l'idea di fare il medico, di poter aiutare le persone con quella che sarebbe diventata la mia professione. Inoltre vedevo la medicina come una materia dinamica che apre diverse strade, non da ultima quella della ricerca. In realtà, non avendo l'esempio di un familiare o conoscente medico, non sapevo esattamente cosa avrei dovuto affrontare ma ho deciso comunque di tentare l'ingresso all'Università di Firenze. Nel dover tirare le fila posso dire che la nostra università sia molto valida dal punto di vista didattico e della preparazione nelle materie mediche. L'unica pecca è la componente pratica, che è un po' deficitaria con la conseguenza che una volta uscito dall'università si ha l'impressione di dover imparare da soli a fare le cose. Ora il prossimo traguardo sarà l'ingresso in specializzazione: spero in ortopedia... Tra noi neolaureati è comune la preoccupazione di trovare la strada sbarrata perché i posti disponibili per la specialistica sono pochi rispetto al numero di laureati in medicina. È una criticità che deve essere risolta ma qualcosa sembra che stia cambiando in questa direzione. Durante la specialistica mi piacerebbe fare un'esperienza all'estero per avere un confronto con altre culture e con altre modalità di fare la clinica e di fare la ricerca. Penso che sarà un arricchimento personale molto importante, come lo è stato del resto il corso di laurea che mi ha formato e mi ha fatto ridimensionare la figura del medico. L'approccio allo studio e le persone che ho incontrato mi hanno insegnato che la medicina non è una scienza esatta, non è la materia della certezza. La figura del medico è non più quella che fantasticavo sei anni fa di una persona sempre e comunque sicura, ma piuttosto di una persona competente che lavora con passione ed entusiasmo e che deve quotidianamente confrontarsi con l'incertezza.



### **Gaia Attardi**

**24 anni, neolaureata in medicina e chirurgia**

“Se non sai dove andare, qualsiasi strada ti porterà alla meta” (Goethe). Così si potrebbe riassumere il mio percorso, iniziato con un test d'ingresso superato con la fortuna del neofita. Quando sono entrata a medicina la scuola era il mio luogo d'elezione, insegnare letteratura il mio sogno. Gli ospedali mi erano sempre sembrati dei posti asettici e freddi e ora era lì che dovevo immaginare il mio futuro. Dopo un anno di tentennamenti, ho iniziato a studiare in compagnia e ho scoperto che a medicina il numero di coloro che amano i libri è sopra la media. D'un tratto non ero più sola. La mano del prof che scrive sul libretto “Anatomia umana” ha segnato il mio destino. Costi quel che costi, mi sarei laureata in Medicina e Chirurgia. È costato parecchio. E non parlo solo dei mal di testa ogni sera e dei tic sviluppati negli anni. Parlo delle umiliazioni dovute all'arroganza di chi abusa del proprio potere solo per accrescerlo. Parlo dell'aver passato giornate intere a memorizzare concetti ultraspecialistici per poi avere il terrore di trovarmi da sola con un paziente e non sapere cosa fare. “L'importante è restare umani”, ci ripetevamo tra studenti, quando la spinta ad abbrutirsi e a chiudersi nel proprio orticello diventava insostenibile. Cosa mi ha salvato? Il laboratorio teatrale d'improvvisazione, indetto, nella mia facoltà, da un professore di statistica visionario e da un suo amico regista. Nel corso del laboratorio, incentrato sul rapporto medico-paziente, non solo ho scoperto anime affini, ma ho imparato ad ascoltare il corpo, a interrogarmi sul punto di vista dei miei interlocutori, ad essere disposta a ripetermi e a tacere pur di comprendere. Così ho incominciato ad apprezzare le giornate in ambulatorio, dove emergeva un dedalo di storie in grado di definire le persone oltre la malattia. E quando, arrivata a Medicina interna, il mio ultimo esame, il professore mi ha chiesto “E tu cosa vuoi fare da grande?”, ho potuto finalmente rispondere: “Il medico”.



### **Ilaria Ferrante** 27 anni, specializzanda in chirurgia generale

Ho cominciato medicina dopo un anno di studi differenti, ancora più convinta del fatto che non avrei potuto fare altro nella vita. Consapevole di quanto avrebbe potuto essere difficile, ho affrontato con una certa tranquillità i primi anni di università, pensando soltanto all'obiettivo finale. Ma paradossalmente, esame dopo esame, l'obiettivo sembrava sempre più lontano, sepolto dalle crescenti ansie accademiche e dalle frustrazioni generate da un sistema obsoleto e poco meritocratico. Finché a un certo punto ho pensato di abbandonare il corso di laurea, credendo alle parole di un emerito professore, il quale - dopo più di un'ora di esame (di una materia non clinica) - mi disse: "Lei non può fare il medico!". Ho impiegato un anno per rendermi conto che invece il medico lo avrei fatto, eccome, ma che sarei dovuta andarmene. Quindi mi sono trasferita a Cordoba, in Spagna, dove ho finalmente ritrovato l'obiettivo e la voglia di studiare per apprendere e migliorarmi e non per superare l'esame. Lì ho capito come dovrebbe essere l'università: un posto che vive grazie agli studenti, in cui i professori mettono a disposizione le loro conoscenze col solo fine ultimo di trasmetterle e di stimolare la curiosità delle persone che hanno davanti. Con questa nuova visione sono tornata in Italia, sempre all'Università della Campania "Luigi Vanvitelli". Ho velocemente terminato gli studi, cercando di non soffermarmi su quello che qui non cambia mai. Dopo quattro mesi dalla laurea ho tentato il concorso per la specializzazione: sono riuscita a entrare a chirurgia generale. Spaventata dal fatto che avrei dovuto accettare un indirizzo che si discostava, in parte, quello che avrei voluto fare e, soprattutto, dall'ambiente ostile che mi aspettavo di trovare, lo scorso novembre ho cominciato questa nuova fase della mia vita. Dopo otto mesi, posso affermare di non essere mai stata più felice: ho trovato un ambiente stimolante, dei veri professori e delle colleghe (sì, tutte donne!) fantastiche. Torno a casa stanca, ma soddisfatta di essermi resa utile e di aver appreso qualcosa in più. E a quel professore vorrei far provare la stessa sensazione che continuamente avverto grazie alle parole e ai visi riconoscenti dei pazienti.



### **Giovanni Enrico Cacciamani** 31 anni, urologo

Mi sono iscritto alla facoltà di medicina e chirurgia senza sapere esattamente quale specialità avrei fatto. Per il mio carattere e inclinazione sapevo che avrei scelto la strada della chirurgia. Al quinto anno di corso venni a contatto con l'urologia, una branca completa, sia chirurgica sia clinica, fortemente orientata all'innovazione tecnologica che consente di spaziare dall'ambito funzionale a quello oncologico. Sicuramente l'applicazione delle nuove tecnologie - in primis la chirurgia robotica mini-invasiva - ha fatto scoccare un vero e proprio colpo di fulmine. Così dopo la laurea scelsi di intraprendere la specializzazione in urologia all'Università di Verona presso la scuola diretta dal professor Walter Artibani, pioniere nel capo della chirurgica uro-oncologica e robotica in Italia ed Europa. Qui ho appreso l'amore per le nuove tecnologie al servizio del paziente e ho avuto anche l'opportunità di muovere i primi passi nell'ambito accademico, una piccola fiamma che ad oggi mi ha portato ad essere autore e co-autore di pubblicazioni scientifiche nazionali e internazionali. Nel 2016 ho vinto un bando nazionale per una "research fellowship" in chirurgia robotica nel trattamento delle patologie uro-oncologiche nata dalla collaborazione tra la Società Italiana di Urologia e l'American Urological Association. Ora vivo a Los Angeles e lavoro presso lo Urology Institute della University of Southern California, un centro d'avanguardia guidato dal professor Inderbir S. Gill, che è una delle massime figure della evidence base medicine in campo uro-oncologico e chirurgo robotico, noto a livello mondiale. Guardando al mio percorso di formazione dalla laurea a oggi considero che un'esperienza all'estero come quella che sto svolgendo apre completamente la mente e conduce aldilà dei propri limiti. Sicuramente i valori etici e la forma mentis appresi durante la formazione in Italia, dal professor Artibani e la sua équipe, sono stati un trampolino di lancio fondamentale.



**Laura Serdoz Vitali**  
**39 anni, elettrofisiologa e aritmologa**

Roma, Trieste, Amburgo, Milano, Fürth. Sono queste le tappe della mia formazione di medico. Il tutto è iniziato a Roma, la mia città natale, dove mi sono laureata in medicina e chirurgia all'Università La Sapienza con una tesi sperimentale di cardiologia. Per la specializzazione mi sono trasferita all'Università di Trieste. All'ultimo anno avevo avuto la possibilità di passare alcuni mesi in Germania, ad Amburgo, in un centro molto noto per la cardiologia interventistica e l'elettrofisiologia. Avevo ricevuto l'offerta di un contratto di lavoro ma per motivi familiari sono tornata in Italia, dove mi sono fermata anche dopo la specializzazione. Il dottor Riccardo Cappato (che si era formato come elettrofisiologo ad Amburgo) mi aveva offerto la chance di iniziare a lavorare nel suo centro, all'Ospedale San Donato di Milano, e di iniziare un percorso di formazione come elettrofisiologa. Da qui sono rientrata a Trieste e con il collega Massimo Zecchin abbiamo organizzato e avviato l'attività di elettrofisiologia interventistica all'Ospedale Cattinara. Dopo alcuni anni insieme a mio marito, che già lavorava all'estero, ho preso la decisione di trasferirmi con lui in Germania. Sicuramente la padronanza della lingua e della cultura mi ha permesso di integrarmi facilmente. Ho trovato un ambiente molto competitivo ma accogliente e meritocratico che mi ha permesso una rapida carriera. Dopo due anni ho avuto la possibilità di dirigere un centro di elettrofisiologia in un grosso ospedale pubblico universitario a Fürth, in Bavaria.



**Giuseppe Naretto**  
**46, anestesista rianimatore**

Se la domanda è: ti aspettavi questo da medicina? La risposta è: no. Non dico che sia colpa della facoltà, ma sicuramente lo studio della medicina è qualcosa di molto lontano dal "fare il medico". Fare diagnosi e prescrivere terapie è solo una parte del lavoro, neanche così fondamentale. Aver a che fare con i pazienti e le loro famiglie, con i colleghi, con la burocrazia, con le linee guida e i protocolli, con l'organizzazione o la disorganizzazione, con i nuovi significati e i valori della cura, con una società che non ha più principi assoluti ed è in continuo cambiamento... Questo è anche fare il medico, direi la parte principale, e l'università non me lo ha insegnato.

Dopo 12 anni di lavoro in Italia come anestesista rianimatore ho deciso di provare l'esperienza all'estero. Ho trascorso due anni a Londra prima come clinical fellow e poi come consultant di terapia intensiva. Gli inglesi hanno sicuramente più metodo di noi. Sono più organizzati e non lasciano niente all'improvvisazione personale. Il che va bene per moltissime cose. Il percorso formativo è molto più strutturato del nostro, più lungo, ma nello stesso tempo con una maggiore esposizione all'esperienza pratica. Grande flessibilità nei contratti con mobilità e possibilità di carriere differenti, attenzione a temi come la comunicazione, la relazione con il paziente, le dinamiche interpersonali. Uniformità nelle politiche ospedaliere e nell'utilizzo di protocolli.

Ma nella pratica talvolta tutto questo ti si ritorce contro. Se le situazioni non rientrano negli schemi il sistema va in tilt. Non esiste la deroga, o l'adeguamento delle regole alla realtà. Tutto si blocca o si complica a dismisura, e molte cose semplici che in Italia sistemeremmo in 5 minuti con un "per favore" e un "grazie", lì diventano affari di stato che neppure la regina può dirimere.

Sono tornato in Italia perché qui io sto meglio: il clima è migliore, ci sono le montagne, i miei amici, e il mio ospedale è meglio di quelli in cui ho lavorato là. Ho cercato di importare ciò che di buono ho imparato, e penso che la cosa importante non sia andare e tornare o andare e rimanere, ma muoversi per contaminare e lasciarsi contaminare e costruire così un sistema migliore.

# Giovani medici in formazione *dentro* *e fuori* i confini **italiani**

A colloquio con Andrea Cocci

*Coordinatore del progetto "Giovani medici del mondo"*

*del Segretariato Italiano Giovani Medici,*

*dottorando di ricerca presso l'Università di Firenze e honorary contract presso la University College London Hospitals.*

A cura di Laura Tonon – Il Pensiero Scientifico

**Cosa spinge un neolaureato in medicina e specializzando ad andare a fare un'esperienza all'estero? Oltrepassare i confini è il più delle volte un'opportunità o una necessità?**

Svolgere parte della propria formazione oltre confine è un arricchimento incommensurabile per diverse ragioni

È una domanda complessa perché ci sono due facce della stessa medaglia. Da un lato vi è l'esigenza di migliorare la propria formazione, il che porta il giovane medico a scegliere volutamente all'estero uno dei centri d'eccellenza nel proprio ambito specialistico. Svolgere parte della propria formazione oltre confine è un arricchimento incommensurabile per diverse ragioni. Innanzitutto perché permette di confrontarsi con modalità lavorative diverse tanto nella pratica clinica che chirurgica, nella risoluzione di quesiti clinico diagnostici-terapeutici avendo a disposizione le più moderne attrezzature, nella ricerca scientifica. Nei centri di eccellenza è possibile apprendere i vantaggi che derivano da un'impostazione metodica e scientifica con mezzi informatici di raccolta dati purtroppo non presenti in tutti gli istituti italiani. E, non da ultimo, perché si apprende il valore del lavoro in team: è prassi comune all'estero gestire il singolo caso clinico discutendone in modo collegiale all'interno del gruppo di lavoro.

**...e l'altra faccia della medaglia?**

L'altro aspetto, meno noto ma molto chiacchierato, riguarda le scuole di specializzazione italiane e in particolare quelle del Sud. Lo specializzando segue un percorso di formazione di quattro e cinque anni durante il quale gli si deve garantire un'offerta formativa compatibile con il proprio piano di studi. Purtroppo, non sempre a causa del singolo direttore di scuola o della struttura in sé, il numero degli specializzandi eccede l'offerta formativa della struttura in termini di pazienti, spazi e strumenti necessari alla formazione del singolo specializzando, costringendo i medici a emigrare in strutture più competitive a livello di formazione oppure a rassegnarsi ad una formazione di scarso livello pratico. Considerato che nel nostro Paese la mobilità interna verso altre Regioni o altri istituti oppure il trasferimento a un'altra scuola sono processi estre-

Andrea Cocci si è laureato in medicina e chirurgia, con una tesi sulla prostatectomia per via laparoscopica con l'impiego del sistema robotico, presso l'Università di Firenze, dove ha continuato gli studi entrando nella Scuola di specializzazione in urologia diretta dal professor Marco Carini e dal professor Giulio Nicita (attualmente sostituito dal professor Sergio Serni). Ha proseguito la propria formazione in uro-ginecologia e andrologia in Inghilterra, presso la Bristol University con il professor Marcus Drake, e presso la University College London Hospitals con il professor David Ralph. Il suo percorso formativo fin dal corso di laurea è stato arricchito da esperienze all'estero: Malaga, Madrid, Santiago del Cile e Londra. Esperienze che gli hanno permesso di entrare in contatto con realtà lavorative e approcci metodologici differenti, e di ampliare e integrare la sua conoscenza in campo clinico e chirurgico per poi tornare a Firenze presso l'AOU Careggi nel Dipartimento di urologia. Ora frequenta il dottorato di ricerca con tema andrologico presso l'Università di Firenze e continua a collaborare con la University College London Hospitals NHS Foundation Trust di Londra.



mamente difficoltosi e ostacolati da una burocrazia contraddittoria, spesso accade che il medico sfrutti l'opportunità data dal contratto nazionale formazione di specializzazione "di svolgere la propria attività al di fuori della rete formativa e anche all'estero" per un periodo massimo di 12+6 mesi (art. 40 comma 6 del D. Lgs. 368/99). Quindi spesso andare all'estero diventa l'unica soluzione e l'unica strada percorribile per completare la propria formazione specialistica.

**Tra le mete più ambite tra gli studenti di medicina ci sono sempre stati gli Usa, l'Unione europea e la Gran Bretagna. Qual è la sostanziale differenza nella formazione del medico – sia nel corso di laurea sia nella specializzazione – in questi paesi rispetto all'Italia?**

Innanzitutto dobbiamo fare un distinguo tra Europa e America e tra l'Inghilterra di dieci anni fa e l'Inghilterra di oggi. Sicuramente uno dei fattori che nei decenni passati ha inciso sull'emigrazione di studenti di medicina e di giovani medici italiani all'estero è stato l'alta richiesta di medici in quasi tutti i paesi europei e in particolare in Inghilterra, che ha avuto la lungimiranza di attirare i giovani medici con offerte di lavoro immediate e ben remunerate. Diversamente dall'Italia, l'Inghilterra era in grado di esaurire la domanda occupazionale post-laurea e post-specialistica perché il numero di medici laureati era inferiore a quello richiesto dal sistema sanitario. Questo ha rappresentato sicuramente un punto di forza, perché lo studente di medicina iniziava la propria carriera consapevole delle alte probabilità di essere assunto alla fine del percorso di studi. Un altro elemento rilevante, e che continua ad essere tale, è la grande attenzione alla formazione pratica dello specializzando. Il corso di laurea in medicina in Italia è altamente competitivo rispetto a tutti gli altri corsi di formazione nel mondo a livello didattico-teorico ma non a livello pratico. Anche per una questione medico-legale, in Italia la parte pratica è secondaria sia nel corso di laurea sia in parte all'interno della scuola di specializzazione. Quindi, riassumendo, un percorso di laurea e di specializzazione improntato sulla pratica, un'offerta immediata di lavoro e una remunerazione più alta degli standard italiani hanno sicuramente incentivato l'emigrazione dei giovani studenti e medici in Inghilterra e in altri paesi europei. Anche gli Usa rappresentano ►

una meta molto ambita per ragioni del tutto analoghe: l'alta formazione pratica dello studente di medicina che fin dal secondo o terzo anno di università inizia a frequentare l'ospedale; e gli stipendi che sono tra i più alti al mondo. Tuttavia la richiesta di accesso alle scuole di specializzazione per i medici non laureati negli Usa è sbarrato dall'ECFMG standard certificate, che si ottiene sostenendo un esame di inglese, uno di cultura medica e uno di pratica medica. Tale esame è estremamente indaginoso, oltre che costoso, quindi solo medici estremamente determinati si imbarcano in questo avventura.

### **E rispetto alla ricerca clinica, può di nuovo l'estero avere maggiore attrattiva rispetto all'Italia?**

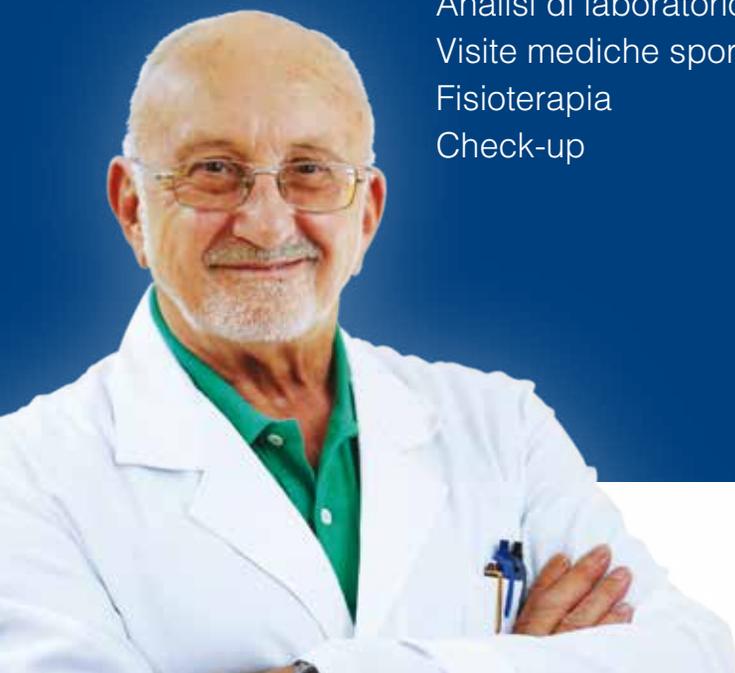
Certamente sì. L'attività di ricerca è prioritaria soprattutto per il medico specializzando orientato alla carriera universitaria, che si basa in parte sulle pubblicazioni di articoli scientifici. Per fare ricerca clinica non è sufficiente avere a disposizione nella propria unità operativa un pool di pazienti, servono anche strutture e figure adeguate: da un sistema di refertazione utilizzabile per un'estrapolazione scientifica, al data manager, ad uno statistico, oltre naturalmente ai fondi necessari per tutto questo. In Italia, purtroppo, la maggior parte delle strutture ospedaliere universitarie non è sufficientemente attrezzata in tal senso; oltre a mancare un coordinamento con i comitati etici che semplifichi il lavoro del ricercatore. Negli Usa come in Inghilterra la situazione è

### **Vieni al CeMeDi per:**

Visite specialistiche  
Esami ecografici e strumentali  
Esami radiodiagnostici  
Analisi di laboratorio  
Visite mediche sportive  
Fisioterapia  
Check-up

### **Info e prenotazioni**

[www.cemedi.it](http://www.cemedi.it)  
Corso Massimo D'Azeglio 25  
10126 Torino  
tel +39 011 0066880  
fax +39 011 0066510  
dalle 08.00 alle 18.45  
dal lunedì al venerdì  
con orario continuato



**CeMeDi**  
Ci prendiamo cura di te.

**Il corso di laurea in medicina in Italia è altamente competitivo rispetto a tutti gli altri corsi di formazione nel mondo a livello didattico-teorico ma non a livello pratico**

completamente diversa: la ricerca viene vista come un elemento di prestigio, quindi salvaguardata. Fonti autorevoli in letteratura dimostrano che dalle scuole di specializzazione nate e cresciute in istituti d'eccellenza per la ricerca escono medici migliori, e questo è un dato intuibile perché la ricerca porta allo studio della materia fin dalle sue radici traducendosi questo, successivamente, in una pratica clinica più puntuale ed efficace. La ricerca ha un costo e questo è facilmente deducibile. Le organizzazioni governative difficilmente erogano fondi pubblici per la ricerca, al contrario delle società private che li forniscono con più facilità e puntualità. Indipendentemente da questo chiunque investa in ricerca vuole dei risultati, per tale motivo paesi che hanno saputo fare della ricerca il loro fiore all'occhiello attireranno di più tali fondi rispetto all'Italia, dove il peso della burocrazia, la lentezza dei comitati etici e la speculazione scientifica rendono la ricerca un lavoro estremamente difficile.

### **Che cosa dovrebbe cambiare nel sistema formativo italiano?**

Non c'è dubbio che l'Italia ha dei punti di forza. Il primo riguarda l'aspetto didattico-teorico che in parte è ancora basato sulla discussione dell'esame con il professore in aula, modalità che va via via sempre più scomparendo nei corsi di laurea in medicina all'estero in cui si ricorre quasi esclusivamente a quiz a risposta multipla. E se da una parte i quiz hanno il vantaggio di standardizzare il risultato, mentre il colloquio tra professore e studente può essere soggetto a oscillazioni e il voto finale influenzato da diverse variabili, dall'altra il metodo del colloquio in aula, a mio avviso, prepara lo studente molto più adeguatamente. Il secondo punto di forza è che il nostro Paese può ancora vantare grandi maestri, clinici e chirurghi, che hanno scelto di restare in Italia e trasmettere la propria conoscenza. Il vero punto debole del nostro sistema, invece, sia per quanto riguarda i corsi di laurea sia quelli di specializzazione, rimane innanzitutto la mancanza di assunzione nell'immediato post-specializzazione, la sovrabbondanza di medici per determinate specializzazioni, la difficoltà della formazione pratica – in particolare chirurgica – all'interno della specializzazione. In Italia, come del resto in altri paesi, quasi nessun chirurgo si sente formato alla fine del proprio percorso di specializzazione con tutte le conseguenze, anche drammatiche, del caso, perché il titolo di specialista impone piena autonomia sul trattamento delle patologie di quella data specializzazione, da ciò il fatto che virtualmente un chirurgo dovrebbe essere in grado di eseguire quantomeno la chirurgia di base. Lo stesso problema si riscontra nei corsi di laurea in cui si continuano a privilegiare le scienze di base, quali chimica, istologia, biochimica, fisiologia lasciando in secondo piano le scienze cliniche. Pertanto nei prossimi anni sarebbe sicuramente doverosa una riformulazione del corso di laurea, quanto meno in termini di crediti assegnati alle materie di base rispetto alle materie pratico-cliniche.

### **Cosa spinge un giovane medico che è andato all'estero a formarsi per la specializzazione, o per parte di essa, a tornare in Italia?**

I medici che scelgono di rimanere all'estero a tempo indeterminato sono una percentuale molto bassa, il 5/10% circa, alla quale si aggiunge il 30/40% circa di coloro che prolungano la loro esperienza fuori per un periodo superiore a quello predeterminato alla loro partenza. Mediamente, soprattutto nei paesi statunitensi e anglosassoni, buona parte dei medici italiani che non rientra in Italia lo fa per offerte di lavoro inaspettate e irrinunciabili, contratti eccellenti a tempo indeterminato, che includono magari la possibilità di ricevere dei finanziamenti finalizzati ad attività di ricerca medico-scientifica e quindi migliorare il proprio curriculum attraverso un buon numero di pubblicazio- ▶

Per fare ricerca clinica non è sufficiente avere a disposizione nella propria unità operativa un pool di pazienti, servono anche strutture e figure adeguate: da un sistema di refertazione utilizzabile per un'extrapolazione scientifica, al data manager, ad uno statistico, oltre naturalmente ai fondi necessari per tutto questo

ni. Altri invece, anche in assenza di un'offerta di lavoro, scelgono di rimanere all'estero per tentare la fortuna, perché sentono di non avere alcuna prospettiva in Italia dove avevano iniziato il proprio percorso formativo. I giovani medici che al contrario decidono di tornare si dividono essenzialmente in due categorie. Una include quelli che non se la sentono di costruire in un Paese diverso dal proprio qualcosa che va al di là del solo lavoro (una scelta lavorativa tra i 28 e i 32 anni implica anche una scelta di vita e familiare). Una buona parte, invece, è composta da chi, come me, ha deciso di acquisire la competenza specifica all'estero e di tentare, con tutte le difficoltà del caso, di portare quell'eccellenza nell'ospedale da cui proviene.

### **Se fosse Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, che cosa metterebbe in agenda?**

Inizierei prima di tutto con l'implementazione di una banca dati necessaria per conoscere lo stato dell'arte delle specializzazioni. Per assurdo in Italia manca un sistema per l'acquisizione automatizzata delle informazioni delle scuole di specializzazione nel real-life. Come manca in poche parole un log-book che in realtà è già stato previsto dai DM 11/5/95 e 3/7/96 che porti uno specializzando a inserire di volta in volta le procedure eseguite durante il suo percorso formativo, al fine di verificare il raggiungimento degli obiettivi didattici in tempo reale ed eventualmente di sanzionare le scuole che non garantiscano l'offerta formativa minima. In Inghilterra – e torniamo sempre ai Paesi nobili in questo senso – la presenza di un log-book implica che uno specializzando inserisca di volta in volta le procedure che ha fatto – giornalmente, settimanalmente o mensilmente – con i riferimenti del paziente o della struttura in cui le ha eseguite, e dà lui stesso un feedback al proprio tutor. In base ai feedback ricevuti, quel professore o quel ricercatore avrà o meno uno scatto in carriera, avrà dei vantaggi oppure delle penalizzazioni. Tutto viene registrato e informatizzato, tutto è valutabile e controllabile. Ad oggi, invece, nel nostro Paese, il log-book non è ancora diventato realtà, così che il titolo di specialista viene conferito sulla base di una autocertificazione da parte dello specializzando delle attività svolte accompagnata dalla certificazione del professore o tutor che gli è stato affidato. Ma in questo modo, evidentemente, non ci sono le condizioni per alcuna verifica. Per tornare alla domanda, se fossi al MIUR inizierei dall'approcciare la formazione in maniera scientifica – dati informatizzati, valutazioni, doppi controlli – e soprattutto dal rendere funzionanti e attivi gli uffici di controllo che sono in realtà già esistenti all'interno dello stesso MIUR.

### **E se fosse Ministro della Salute?**

Attuerei degli interventi per superare i limiti della formazione all'interno di un'azienda ospedaliera universitaria. In un'ottica aziendale l'ospedale è tenuto a raggiungere dei traguardi e a mantenere dei livelli di servizi e costi. La sua efficienza viene valutata anche sulla base dei tempi delle sale operatorie e dei ricoveri. In un tale contesto lo specializzando diventa un potenziale problema perché non potrà mai eseguire una procedura o una visita ambulatoriale con la stessa tempistica di un medico strutturato e navigato. Pertanto la sua formazione ne viene penalizzata. Il Ministero della Salute dovrebbe quindi privilegiare – sotto qualsiasi forma, soprattutto economica – gli ospedali con maggior volume di visite o interventi svolti da medici in formazione, sia essa universitaria o di specializzazione, quindi le strutture che offrono vera formazione e non soltanto formazione su carta.

## La formazione specialistica in Europa: i tempi dei corsi di specializzazione

<p><b>REGNO UNITO</b> Medicina generale: 3 anni</p> <p>Scuole di specializzazione: 6-8 anni</p> <p>Per conseguire il titolo di specialista bisogna superare l'esame <i>Specialist Training Authority of the Medical Royal Colleges for a Certificate of Completion of Specialist Training</i> solo dopo aver completato il training come <i>senior house officer</i> (2 anni) e <i>specialist register</i> (4-6 anni).</p>	<p><b>IRLANDA</b> Medicina generale: 3 anni</p> <p>Scuole di specializzazione: 3-4 anni</p> <p>Diverse istituzioni supervisionano le scuole di specializzazione, a cui è possibile accedere tramite concorso.</p>	<p><b>FINLANDIA</b> Medicina generale: 3-4 anni</p> <p>Scuole di specializzazione: 6-8 anni</p> <p>Per accedere alla specializzazione è necessario trovare un professore che supervisioni il proprio programma di formazione.</p>	<p><b>SVEZIA</b> Medicina generale: 21 mesi</p> <p>Scuole di specializzazione: minimo 5 anni</p> <p>Per poter intraprendere studi specialistici è necessario aver terminato il <i>basic clinical training</i> di 21 mesi.</p>
<p><b>OLANDA</b> Medicina generale: 3 anni</p> <p>Scuole di specializzazione: 4-6 anni</p> <p>Per entrare in una scuola di specializzazione si deve presentare la domanda ai singoli dipartimenti di specializzazione. Per alcune scuole la gestione delle domande è invece centralizzata (<i>Committee for the Registration of Specialists - SRC</i>).</p>	<p><b>DANIMARCA</b> Medicina generale: 3 anni e mezzo</p> <p>Scuole di specializzazione: 4-7 anni e mezzo</p> <p>I diversi ospedali offrono "vacancies" retribuiti in diverse specializzazioni a seconda delle necessità formative.</p>	<p><b>GERMANIA</b> Medicina generale: 3 anni</p> <p>Scuole di specializzazione: 4-6 anni</p> <p>Non vi è un numero definito di posti nelle scuole di specializzazione.</p>	<p><b>AUSTRIA</b> Medicina generale: 3 anni</p> <p>Scuole di specializzazione: 6 anni</p> <p>L'accesso alle scuole di specializzazione è demandato ai singoli ospedali.</p>
<p><b>PORTOGALLO</b> Medicina Generale: 3 anni</p> <p>Scuole di specializzazione: 3-4 anni</p> <p>L'accesso alle scuole di specializzazione è subordinato al superamento di un esame nazionale (<i>internato complementar</i>).</p>	<p><b>SPAGNA</b> Medicina generale: 3 anni</p> <p>Scuole di specializzazione: 3-5 anni</p> <p>Esame con graduatoria unica nazionale. Il numero di posti è determinato ogni anno sulla base della necessità di specialisti e dei posti disponibili negli ospedali.</p>	<p><b>FRANCIA</b> Medicina Generale: 2 e 1/2 anni</p> <p>Scuole di specializzazione: 4-6 anni</p> <p>L'accesso alle scuole di specializzazione è subordinato a un esame organizzato dalle singole università.</p>	<p><b>GRECIA</b> Medicina Generale: 3 anni</p> <p>Scuole di specializzazione: 3-7 anni</p> <p>Si può accedere alle scuole di specializzazione soltanto dopo un periodo di pratica obbligatorio di un anno.</p>
<p><b>SVIZZERA</b> Medicina generale: 3 anni</p> <p>Scuole di specializzazione: 5-6 anni.</p> <p>Per iniziare una specialità non esiste nessun esame o test d'ingresso, è sufficiente mandare il curriculum vitae e sostenere il colloquio con il responsabile del reparto o della struttura.</p>			

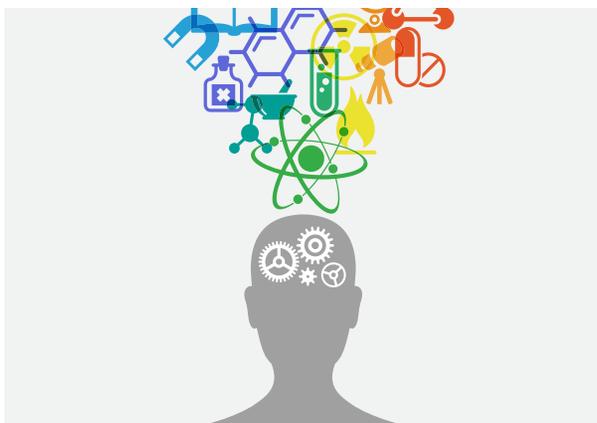
# Gli studenti di oggi, i medici di domani

A colloquio con Carmine Pariante

*Psichiatra, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience del King's College London.*

A cura di Laura Tonon – Il Pensiero Scientifico

Carmine Pariante, medico, primario psichiatra presso la South London and Maudsley NHS Trust e professore di psichiatria biologica al King's College London, vincitore del Psychopharmacology Award della British Association for Psychopharmacology, Carmine Pariante si è laureato in medicina e chirurgia all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e si è specializzato in psichiatria presso l'Università di Cagliari. Dopo la specializzazione ha svolto attività di ricerca presso l'Emory University School of Medicine di Atlanta, prima di spostarsi all'Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience di Londra nel 1997, dove si è fermato e ha fatto carriera universitaria in psichiatria biologica. Il suo campo di ricerca è lo studio dell'interazione tra stress, depressione e sistema immunitario. Tiene un blog sull'Huffington Post.



**Professor Pariante, dopo una formazione all'estero lei ha deciso di fermarsi in Inghilterra, al King's College London, dove svolge un'intesa attività di ricerca e insegna psichiatria biologica. Come valuta la formazione dei nostri giovani medici italiani? Qual è la sostanziale differenza nella formazione del medico nei paesi anglosassoni rispetto all'Italia?**

Negli ultimi anni la mia presenza nel mondo accademico italiano è stata piuttosto ristretta. Tuttavia il confronto con i giovani collaboratori che entrano nel mio gruppo di ricerca mi permette di avere un riscontro indiretto del training italiano e di paragonarlo a quello anglosassone.

Gli italiani che vengono qui da noi sono molto motivati e molto preparati, con una conoscenza teoretica molto avanzata. Per esempio, nel caso della psichiatria hanno ottime conoscenze, dalle basi storiche ai diversi modelli psicologici, psicoanalitici e comportamentali, di contro però hanno una scarsa esperienza clinica diretta. Viceversa, infatti, i colleghi inglesi hanno una conoscenza meno profonda degli aspetti teorici ma sanno fare più cose sul campo perché il percorso accademico anglosassone è più incentrato sulla preparazione pratica e sull'attività clinica, sin dai primi anni. Sicuramente un limite dell'accademia italiana è la mancanza di fondi, strutture e posti che, abbinata a questioni culturali, ostacola la carriera non solo clinica ma anche scientifica del giovane medico. Anche in Inghilterra è difficile fare carriera ma in proporzione ci sono più risorse per creare nuovi posti lavoro, seppure in questi ultimi anni le condizioni stiano cambiando. Si cominciano infatti a sentire gli effetti della carenza dei fondi per l'assistenza ospedaliera: il burn out e l'over-working non sono più problemi solo italiani. Inoltre la mia personale impressione è che ci sia una progressiva erosione del ruolo del medico quale figura professionale e istituzionale di riferimento qui in Inghilterra. Anche nell'opinione pubblica il medico non viene più considerato, come vent'anni fa, la persona a cui affidarsi e con cui confidarsi, con un prestigio non solo culturale

ma anche morale. Dai racconti dei miei amici italiani e da quello che leggo sui giornali italiani mi sembra che anche l'Italia stia andando in questa stessa direzione.

### **Che medico immaginano di diventare il ragazzo e la ragazza che si iscrivono oggi a medicina? Il medico che aziona il robot da Vinci o il medico che vigila sull'eccesso di medicina?**

Molto dipende dalla specializzazione che il giovane studente si raffigura di intraprendere. Per chi si iscrive con l'idea di diventare chirurgo, è plausibile che nel suo immaginario di medico prendano posto anche i mezzi robotici, ormai non più futuristici, che consentono di praticare un intervento chirurgico con un braccio meccanico telecomandato ed a distanza di chilometri. Lo studente che invece si avvicina alla medicina di base o alla psichiatria probabilmente è più interessato all'aspetto della relazione medico-paziente e della visita del paziente, anche con un approccio olistico. In Inghilterra, come in altri paesi, ci si sta discostando da una visione meramente fisica della malattia che, isolata dal contesto, viene ricondotta alla sola identificazione di un dato biochimico o di un sintomo. In questi ultimi anni viene data più enfasi al rapporto tra salute fisica e salute mentale, riconoscendo ormai – in diversi ambiti specialistici e non solo in quelli psichiatrici – che queste due componenti sono interconnesse e impattano una sull'altra. In generale la tendenza culturale è vedere il paziente come un essere umano globale, un sistema mente-corpo. È sottinteso che la tecnica spinga nella direzione opposta mettendo a fuoco come il microscopio una singola piccola parte del corpo e isolandola. Forse fra vent'anni avremo software avanzati in grado di riconoscere le parole e l'espressione facciale, di registrare le sfumature che il medico coglie nell'esperienza personale col paziente e di integrarle alla moltitudine di dati fisici di quel singolo paziente. Per ora non siamo ancora arrivati al punto in cui la tecnologia applicata alla medicina, e soprattutto alla psichiatria, supera il tradizionale intervento medico fondato sulla relazione con il paziente quale persona individuale: nessuna macchina ancora può fornire quelle informazioni che riceviamo solo ascoltando il paziente, guardandolo negli occhi e relazionandoci con lui. I giovani che intraprendono la strada della medicina dovrebbero aver presente che un comune denominatore in tutte le discipline mediche devono essere la compassione e l'empatia, l'attenzione al paziente e alla sua vita emotiva. Sono proprio queste qualità che ci guidano nei momenti di difficoltà, quando siamo in burnout, quando siamo stanchi, quando non ci sentiamo supportati dal sistema: ricordarsi che abbiamo di fronte una persona debole, in una posizione di vulnerabilità, ci sostiene e ci trasmette quel calore che ci permette di continuare a fare il medico.

### **È questa la figura di medico che un corso di laurea dovrebbe formare?**

In Inghilterra viene sempre data maggiore enfasi allo stile di comunicazione del medico, sia nella selezione di ingresso delle scuole di medicina sia nel programma di training all'interno della facoltà di medicina. Ormai la comunicazione compassionevole ed empatica non è una capacità professionale richiesta solo allo psichiatra ma a tutti i medici, per comunicare con i pazienti ed i loro familiari, ma anche con gli altri membri del team e con tutti gli operatori professionali, indipendentemente dal ruolo. I programmi dei corsi di laurea e di specializzazione anglosassoni vengono strutturati per sensibilizzare e formare a una migliore comunicazione medico-paziente, medico-familiari e familiari-pazienti. Forse anche alla luce dell'aumento di denunce di malpractice contro medici e contro strutture ospedaliere che, in diversi casi, nascono da un errore di comunicazione, o dall'incapacità di gestire l'errore in modo professionale e anche umano. Non avendo un'esperienza diretta con il contesto italiano non posso affermare se anche l'Italia si stia ormai muovendo in questa direzione. Tuttavia è importante ricordare ai giovani studenti che il medico come professionista ha il ruolo privilegiato di entrare nell'intimità fisica e/o emotiva del proprio paziente, ha il ruolo privilegiato di stare vicino al proprio paziente e ai familiari in momenti chiave della loro vita: una brutta diagnosi, l'avvicinarsi della morte oppure la guarigione. Questo è un privilegio di cui essere consci, forti della consapevolezza che il "mestiere" di medico è una "missione" guidata dagli ideali e che richiede doti concrete di competenza e disponibilità.

### **Quale consigli darebbe agli studenti di oggi, ai medici di domani?**

A tutti i medici in formazione, qualunque sia la specializzazione che intraprenderanno, vorrei dire che è giunto il momento di superare la divisione tra salute mentale e salute fisica, fra mente e corpo. Ormai tutte le malattie, anche quelle psichiatriche, sono malattie del corpo nel senso complessivo del termine. Il paziente che domani avranno di fronte non sarà solo un rene, uno stomaco, un cuore o un cervello ma una persona completa, integra, in cui tutte le componenti – organi e funzionalità corporee, emozioni e comportamenti – sono legate indissolubilmente le une alle altre. Questo è il messaggio più importante. Aggiungerei la necessità di costruire una cultura dell'accettazione e della cura del diverso anche nella propria formazione di medici: nei prossimi anni continueremo a confrontarci con le guerre e le immigrazioni di massa, un'emergenza alla quale si devono preparare culturalmente i Governi e le strutture ma anche i singoli cittadini e i medici in quanto professionisti della salute.

# Ritardo studentesco nei corsi di medicina e chirurgia.

## Il punto di vista dello studente

SISM

*Segretariato Italiano Studenti in Medicina – sede locale di Torino*



Secondo AlmaLaurea <sup>(1)</sup> in media uno studente italiano impiega 7,3 anni a laurearsi in Medicina e Chirurgia, a fronte dei 6 anni di durata del corso. Vi sono molteplici spiegazioni a questo fenomeno; in questo articolo, sintesi di un intervento sul tema presentato alla 125<sup>a</sup> Riunione della Conferenza Permanente dei Presidenti dei CLM in Medicina e Chirurgia, andremo ad analizzare il **rapporto fra studenti e università** e il modo in cui questo rapporto può influire sulle tempistiche medie di laurea.

Partiamo da tre punti fondamentali del sistema di insegnamento odierno, così come viene vissuto dallo studente:

- La **qualità** (più della quantità) degli insegnamenti
- L'**obiettività** agli esami
- Il **rapporto studente-docente**

Il primo, forse il più critico, riguarda la formazione dei docenti in quanto pedagoghi. Quasi sempre, in particolare durante il triennio clinico, le lezioni sono tenute da medici e/o ricercatori. È però innegabile che conoscere a fondo una materia non significa automaticamente possedere l'abilità di trasmetterla. Innumerevoli volte abbiamo assistito a lezioni tenute da professori annoiati, che si limitano a leggere ad alta voce fittissime slide; questo si traduce in un precocissimo abbandono delle lezioni da parte degli studenti (fino a sfociare – negli ultimi anni e limitatamente alle lezioni di alcuni docenti – in un vero e proprio assenteismo di massa).

Non a caso ormai da anni si è consolidata la pratica delle "sbobine". Gli studenti si organizzano in gruppi di circa 20-30 persone e a turno registrano e riportano a computer la lezione del docente. Parola per parola. Questa prima bozza viene integrata con immagini e precisazioni e alla fine, unendo il tutto, si ottiene appunto la "sbobina", cioè l'insieme di tutto ciò che è stato spiegato e che sarà necessario sapere per l'esame. In questo modo lo

studente può non presentarsi mai a lezione e superare lo stesso l'esame con ottimi voti. Ma il punto è proprio questo: **com'è possibile che, senza mai andare a lezione, si possa prendere il massimo dei voti? E quindi, a cosa servono le lezioni così come sono oggi?**

La soluzione potrebbe essere, oltre ad **investire nella formazione dei docenti come 'erogatori di conoscenza' e non solo come 'detentori di conoscenza'**, lavorare per rendere le lezioni più interattive. Questo perché su carta si può riportare facilmente il contenuto delle slide lette ad alta voce dal professore durante la sua lezione, **molto meno facilmente si può riportare un ragionamento, una lezione interattiva** (in cui lo studente non è il contenitore passivo del sapere ma parte attiva della lezione), **una lezione problem-based** (e non lecture-based) o **una simulazione** con pazienti e/o attori.

**Questa percezione di "inutilità delle lezioni" da parte degli studenti**, i cui segnali non sono solo le "sbobine" ma anche e soprattutto le basse frequenze registrate in classe, concorre a creare nello studente un'idea di "Università" e un'idea di "Esami", **ma i due concetti non sono assolutamente collegati fra loro**. Ed è qui che viene a mancare l'idea di percorso: le lezioni durano 6 anni ma il calendario degli esami viene organizzato sulla base dell'esame più "comodo", quello che si "incastra" meglio con tirocini ed esami, che è della "dimensione giusta" per quel dato periodo. Non si segue più un ordine curricolare ma un ordine "di comodità". Ci si trova così a dare Neurologia e Cardiologia prima di Patologia Generale, Medicina Interna prima delle cliniche principali, Emergenze senza avere idea di cosa sia un esame obiettivo neurologico. Significa, in altre parole, preparare parte degli esami clinici a memoria, non avendo acquisito le basi per capire appieno ciò che si legge (per esempio le terapie, se si è lasciata indietro Farmaco-

logia). Ciò si traduce in un ulteriore squilibrio fra il carico didattico e le possibilità dello studente, con conseguente aumento del ritardo.

Tutto ciò ovviamente concorre, già dai primi anni, ad un ritardo degli esami (la parte difficile, che può andare male) rispetto alle lezioni (la parte facile e automatica, che dura 8 ore al giorno, a cui si può andare o non andare, che dovrebbe dettare il tempo durante i sei anni ma che ha ormai perso questa sua funzione).

In alcuni paesi esteri gli studenti sono divisi in piccoli gruppi (12-15 persone) per tutti e sei gli anni. I vari gruppi sono inseriti in un sistema di rotazione in cui la mattina seguono le lezioni teoriche col tutor e il pomeriggio vanno in reparto ad osservare direttamente ciò che hanno imparato (utilizzando attori/manichini/pazienti che si prestano). **In questo modo le lezioni acquistano un'utilità imperdibile** e lo studente impara gli argomenti secondo l'ordine dettato dal curriculum universitario, non da ciò che gli conviene studiare in quel determinato periodo. Inoltre i corsi che si seguono contemporaneamente sono molto pochi, anche solo due, in modo da concludersi in poche settimane anziché in mesi, permettendo così allo studente di dare l'esame subito dopo la fine delle lezioni, evitando così il "bolo" di sei esami a fine semestre.

Il secondo punto è l'obiettività agli esami. Spesso vi sono più professori contemporaneamente a tenere l'esame (ognuno con le proprie scale di giudizio), oppure vengono invitati i colleghi di reparto non-docenti (e quindi senza una chiara idea del programma) ad aiutare gli insegnanti ad interrogare, in barba ai regolamenti che impongono Commissioni d'esame composte da soli docenti. Questo porta a valutazioni molto "altalenanti", in cui diventa fondamentale passare con il Professore X piuttosto che con il Professore Y per avere la possibilità di prendere un bel voto o per evitare il "professore killer" di turno. Una veloce ed economica soluzione potrebbe essere fornire griglie di valutazione ai professori (ancora meglio se fossero i docenti dei corsi a produrle in base alla propria disciplina: sarebbe un lavoro di poche ore che darebbe frutti per anni) in modo da provare ad uniformare il più possibile i giudizi. Un'alternativa migliore, seppur più impegnativa e non utilizzabile in ogni materia, è utilizzare le griglie di valutazioni OSCE (Objective Structured Clinical Examination) per valutare la capacità dello studente, ad esempio, di raccogliere un'anamnesi, di eseguire un esame obiettivo specialistico, di interpretare dati o di arrivare ad una diagnosi.

E in caso di dubbi sì, i "professori killer" esistono. In ogni facoltà vi sono i 2-3 professori noti per l'impossibilità dei loro esami. Ciò crea, almeno fra noi studenti, un danno di immagine alla serietà della facoltà non indifferente. L'implementazione e il potenziamento dei sistemi di

valutazione e monitoraggio a fine corso, in cui gli studenti sono chiamati a valutare vari aspetti delle lezioni e dell'insegnante, possono aiutare a contenere questo fenomeno. Tengo a sottolineare come questo problema sia emerso durante la Conferenza Permanente e di come i Presidi di Corso di Laurea si stiano attivamente impegnando per arginare questo fenomeno.

La non sempre presente oggettività, unitamente al **rapporto docente-studente ormai deteriorato** a causa dei mille impegni dei primi (purtroppo per molti professori **gli studenti NON sono il cuore del proprio lavoro da docente**, bensì una seccatura in più oltre ai propri doveri di medico/ricercatore) concorre ad una frustrazione dello studente che, a sua volta, si trasforma nel fenomeno del "ritardo studentesco".

Ai tre punti precedenti aggiungiamo un'osservazione relativa all'**abbandono** studentesco: nella nostra esperienza personale abbiamo visto molti abbandoni da parte di amici e colleghi. Non riteniamo vi siano correlazioni significative fra ritardo e abbandono: nella quasi totalità dei casi quest'ultimo non era dovuto a un ritardo negli bensì a problematiche personali (spesso economiche) e, soprattutto, motivazionali.

Confrontandoci coi colleghi studenti di altri paesi europei è chiaro come il modello italiano sia improntato maggiormente sulla teoria, trasmessa per lo più con lezioni frontali. Le criticità delle lezioni, unite al difficile rapporto studente-docente e agli esami visti sempre più spesso come ostacoli insormontabili anziché come momento di valutazione, portano lo studente a sentirsi "esonerato" dal seguire il calendario curriculare di sei anni.

Concludiamo sottolineando come non sia intenzione di questo articolo fare di tutta tua l'erba un fascio: **esistono docenti di livello altissimo, disponibili fuori e dentro l'aula, maestri di medicina e di trasmissione della conoscenza**. Ma purtroppo questa non è la regola.

Lo scopo di questo scritto è portare alla luce alcune criticità presenti nelle nostre Università. Quando si affronta un problema il primo passo è analizzare ciò che non funziona, ed è ciò che qui si è cercato di fare. **L'Università italiana ha dei punti di forza enormi e sa offrire una qualità immensa**. In quanto studenti di Medicina e Chirurgia ci sentiamo allo stesso livello dei nostri colleghi europei, nonostante qualche discrepanza fra le conoscenze teoriche (superiori in Italia) e le skill pratiche (superiori all'estero). Il focus difatti non è sulla qualità dell'insegnamento, bensì sull'età media di laurea, molto più alta nel nostro paese. Formazione dei docenti, un'interattività maggiore durante le lezioni, maggior attenzione agli aspetti pratici della formazione, valutazioni più oggettive e una migliore strutturazione del Curriculum universitario possono essere un buon punto di partenza per ridurre questo gap fra l'Italia e l'Europa.

#### Fonte

1\_ Database AlmaLaurea, anno 2015, media fra tutti i CLMC italiani

# Una nuova forma di rappresentanza per i giovani medici e odontoiatri: l'osservatorio giovani ENPAM

Francesca Manzieri

*Componente dell'Osservatorio Giovani ENPAM, OMCeO Torino*

L'ultima riforma dello Statuto della Fondazione ENPAM ha inserito due nuovi organi consultivi all'interno dell'organigramma dell'Ente: l'Osservatorio dei Pensionati e l'Osservatorio Giovani. L'introduzione di quest'ultimo, del quale io faccio parte, è stata studiata per assicurare una **rappresentanza maggiore alle nuove leve di medici e odontoiatri**.

Il 27 giugno 2015 l'Assemblea Nazionale, nel corso della sua riunione di insediamento per il quinquennio 2015-2020, ha scelto i tre componenti elettivi dell'Osservatorio Giovani: Camilla Russo, specializzanda universitaria, Stefano De Gregoriis, odontoiatra, e me, Francesca Manzieri, al tempo medico in formazione specifica in Medicina Generale. Successivamente, la rosa è stata completata dalla nomina di Enrico Peterle, consigliere dell'Ordine di Belluno, indicato dal Presidente, e di Concetta D'Ambrosio, componente dello Sportello Giovani dell'Ordine di Salerno, indicata dal Consiglio di Amministrazione.

Da quel momento, tutti noi componenti dell'Osservatorio Giovani abbiamo iniziato ad incontrarci due volte all'anno con l'Assemblea Nazionale, senza diritto di voto, nonché in riunioni ad hoc convocate dal Presidente Alberto Oliveti, al fine di svolgere il nostro ruolo consultivo in merito alle tematiche previdenziali e di assistenza che riguardano i colleghi più giovani.

Il fine ultimo di questo Osservatorio, infatti, non è solo quello di veicolare informazioni ed iniziative attraverso i canali social (ed in particolare attraverso la nostra pagina Facebook), ma è soprattutto quello di andare a **recepire dai colleghi più giovani tutti i problemi, le proposte ed i progetti a loro cari**, funzionando dunque come una **cassa di risonanza verso l'Ente**.

Recentemente per il suddetto scopo è stato inoltre avviato, su nostra stessa richiesta, il progetto di una rete giovane per l'ENPAM che, grazie all'immediato contributo di molti Ordini, sta già avendo un importante riscontro. È in progetto l'attuazione di una collaborazione e di un "intreccio delle reti" con l'Osservatorio Giovani Professionisti della FNOMCeO.

Tra i temi da noi affrontati in questi primi due anni di mandato, insieme al Presidente ed ai componenti dell'Assemblea Nazionale, di prioritaria importanza sono stati l'Anticipo di Prestazione Previdenziale, la possibilità di iscrizione all'ENPAM a partire dal V anno di Università, l'accesso agevolato al credito per i giovani iscritti e le altre prestazioni assistenziali inserite all'interno del Progetto Quadrifoglio.

Per dare una forma sempre più concreta all'attenzione che la Fondazione intende dedicare ai colleghi più giovani, elemento fondamentale del cosiddetto "patto generazionale", colgo l'occasione di questo spazio per invitare i colleghi che leggeranno a non avere timore nel far arrivare al nostro Osservatorio, anche tramite i rappresentanti degli Sportelli Giovani degli Ordini Provinciali, le proprie proposte e considerazioni in tema di previdenza ed assistenza ENPAM.

NOME	ETÀ	CITTÀ	PROFESSIONE ATTUALE	CURRICULUM
Concetta D'Ambrosio	30	Salerno	Medico in Formazione in MG	Componente dello Sportello Giovani dell'Ordine di Salerno
Stefano De Gregoriis	31	Ancona	Odontoiatra	Ex Presidente dell'Associazione Italiana Studenti in Odontoiatria
Francesca Manzieri	31	Torino	Medico di Medicina Generale	Ex Vice Segretario Nazionale FIMMG Formazione
Enrico Peterle	32	Belluno	Medico di Medicina Generale	Consigliere dell'Ordine di Belluno
Camilla Russo	29	Napoli	Specializzanda in Radiologia	Membro della Commissione ENPAM dell'Ordine di Napoli e Responsabile dello Sportello Giovani



## Centro Studi Terapie Naturali e Fisiche A.M.I.A.R. - TORINO

[www.agopuntura.to.it](http://www.agopuntura.to.it)

### SCUOLA DI PERFEZIONAMENTO IN AGOPUNTURA

Direttore: Dott. Piero Ettore Quirico

Coordinatore scientifico: Dott. Giovanni Battista Allais

La Scuola di Perfezionamento in Agopuntura C.S.T.N.F. con D.D. n° 288 del 3 maggio 2017 è stata **inserita nell'elenco regionale degli Istituti pubblici e privati accreditati per la formazione delle Medicine non Convenzionali**, come previsto dall'all. A alla DGR n° 19-4764 del 13/03/2017.

La Scuola, attiva dal 1978 e che da dicembre inizierà il suo 40° anno di attività, è **abilitata**, quindi, **a rilasciare ai medici diplomati un attestato per l'iscrizione negli elenchi degli esperti in Agopuntura depositati presso gli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri di tutt'Italia**, avendo l'accreditamento valenza nazionale.

L'attestato è equipollente a quello di un Master Universitario con pari monte-ore.

Il **programma** didattico sviluppa gli aspetti tradizionali e scientifici dell'Agopuntura attraverso un **corso triennale composto da 500 ore di lezioni teorico-pratiche**. Il monte-ore è composto da: 400 ore di lezioni teoriche, 50 ore di esercitazioni pratiche e 50 ore di pratica clinica in regime di tutoraggio presso **8 ambulatori pubblici convenzionati con il CSTNF per la didattica e la ricerca scientifica**.

Il CSTNF è convenzionato con l'**Università di Medicina Tradizionale Cinese di Nanchino** per l'organizzazione di stages di pratica clinica, lo scambio di docenti e la ricerca scientifica.

Tutti i diplomati sono inseriti nel **Registro dei Medici Agopuntori F.I.S.A..**

In qualità di **Provider ECM n° 820** il C.S.T.N.F. ha finora organizzato **197 edizioni** di eventi ECM.

# LA SCUOLA MEDICA TORINESE

Il ruolo di Torino nella storia della ricerca medica attraverso i testi antichi conservati in città: al via il progetto di censimento e catalogazione proposto dal Dipartimento di Studi Umanistici e coordinato da Raffaella Scarpa, docente di Linguistica Medica e Clinica dell'ateneo torinese

Consuetamente, nelle sintesi di storia della medicina, il ruolo di **Torino come bacino di elaborazione e diffusione di nuovi paradigmi scientifici**, si riduce a pochi nomi di spicco, come se l'incidenza della città sulla scienza medica fosse più debitrice a 'personalità' di rilievo che a un tessuto ben strutturato di relazioni tra istituzioni, operatori, luoghi di ricerca e di cura. **La straordinaria ricchezza di testi medici (in alcuni casi anche rarissimi) conservati alla Biblioteca Nazionale Universitaria, all'Accademia di Medicina e all'Accademia delle Scienze di Torino sono invece il segno tangibile di una vocazione strutturata e diffusa alla ricerca in ambito medico e alla applicazione e sperimentazione in ambito clinico.**

Questa incidenza di collezioni mediche, pari e talvolta superiore per straordinarietà a quelle 'capitali mediche' accreditate (Padova, Pavia, Napoli, Salerno), ha spinto la **Regione Piemonte** a finanziare un Progetto di Ricerca proposto dal **Dipartimento di Studi Umanistici dell'Università di Torino** e coordinato dalla Professoressa Raffaella Scarpa che ha come titolo **"La Scuola medica torinese"**. Il Progetto si propone di attestare, a partire proprio dalla presenza di testi medici negli archivi e nelle biblioteche della città, il ruolo

## Supervisione scientifica:

- **Università degli Studi di Torino**
- **Accademia di Medicina di Torino**
- **Politecnico di Torino**
- **Università L'Orientale di Napoli**
- **Istituto di Medicina dell'Università di Ginevra**

di **Torino come centro di elaborazione, applicazione e diffusione della scienza medica in epoca moderna (ruolo che non le è stato ancora pienamente riconosciuto).**

L'impianto del progetto è ambizioso e razionale, e parte dalla necessità di **censimento e catalogazione del materiale medico a partire da un particolarissimo e ancora mai studiato tipo di testo, i *Consulti*.**

Remedia  
lingua  
medicina  
malattia

erreics  
onlus



Il genere **'consulto'** (il parere, inviato da un medico più o meno noto, su diagnosi, prognosi, terapia di un caso specifico a un altro medico o, molto più raramente, a un paziente in genere di alto lignaggio) ebbe infatti in Italia nel 1700 uno dei centri di maggior codificazione e diffusione. Il corpus torinese, raccogliendo quasi la totalità dei consulti settecenteschi di tradizione italiana, offre un'**occasione rara di conoscenza della pratica medica reale, della relazione tra medico e paziente, della effettiva assunzione delle nuove scoperte anatomico-fisiologiche del tempo, se non addirittura la possibilità di ipotesi epidemiologiche**. Tra gli altri elementi salienti che rendono fondamentale la ricerca in quest'ambito, la **"questione della lingua"**: i consulti erano richiesti e redatti in italiano (e non in latino, come ancora i testi medici di dottrina e i trattati medico-anatomici lungo tutto il 1700); proprio per questa straordinaria tipicità linguistica (testi da medico a medico, da 'dotto a dotto' scritti in volgare e non in latino) che **l'insieme dei consulti settecenteschi rappresentano, nell'evo-**

**luzione della lingua scientifica, la fase nascente ma già matura della lingua medica italiana, ancora tutta da sondare.**

Il Progetto "La Scuola medica torinese" si propone quindi di censire, raccogliere, indagare il corpus di consulti medici di tradizione italiana e diffondere gli esiti delle ricerche sempre nell'ottica di condurre a una maggiore comprensione della 'funzione-Torino' nel panorama della scienza medica settecentesca e non solo. La ricerca verrà svolta grazie a uno **staff interdisciplinare** (storici della lingua italiana, storici della modernità, storici della medicina, architetti, linguisti computazionali) e **internazionale** (oltre all'Università di Torino e all'Accademia di Medicina, e del Politecnico di Torino, la supervisione scientifica è affidata all'Università L'Orientale di Napoli e all'Istituto di Medicina dell'Università di Ginevra) e con la collaborazione dell'OMCeO di Torino, della FNOMCeO, dell'Associazione "Erreics Onlus" e dell'Associazione "Remedia – lingua medicina malattia".

Assistenza e cura  
tra ospedale e territorio

# Il paziente agitato anziano con demenza

Fausto Fantò

*Direttore f.f. SCDO Geriatria - AOU San Luigi Gonzaga*



## L'INVECCHIAMENTO, NEL MONDO E IN ITALIA

L'invecchiamento della popolazione che sta caratterizzando tutti i paesi del mondo, in modo particolare i paesi "sviluppati", Italia compresa, ha determinato un aumento della popolazione anziana con un conseguente aumento delle patologie cronic-degenerative.

Tra le patologie cronic-degenerative che colpiscono le persone anziane, la demenza rappresenta quella a maggiore impatto sulla salute del paziente e di chi si prende cura.

Si stima che nel mondo sono circa 50 milioni i pazienti affetti da demenza con un'incidenza di 9,9 casi all'anno (1 nuovo caso ogni 3,2 secondi) secondo i dati della World Alzheimer Report. Nei prossimi anni il numero continuerà a salire e si stima che nel 2050 saranno oltre 130 milioni i pazienti nel mondo con demenza, con costi sempre crescenti per le cure e l'assistenza.

Attualmente, si calcola che i costi per i pazienti con demenza si aggirano intorno ai 600 milioni di dollari, pari all'1% del PIL mondiale.

In Italia, uno dei paesi più vecchi del mondo, circa un milione di persone è affetto da demenza con un'incidenza di 11,9 nuovi casi all'anno per ogni 1.000 abitanti per le età superiori ai 65 anni; si stima che nei prossimi 20-30 anni, il numero di pazienti che sperimenterà questa malattia raddoppierà.

In Piemonte, al momento, sono più di 70.000 i pazienti affetti da demenza, con una tendenza a un aumento esponenziale nei prossimi anni, visto il trend di invecchiamento della nostra regione.

Tra le demenze, la malattia di Alzheimer rappresenta la forma più frequente (60% di tutte le demenze) e la sua prevalenza aumenta in modo esponenziale con l'aumentare dell'età, interessando circa il 40% della popolazione con età superiore a 80 anni.

## LE DEMENZE: DISTURBI COGNITIVI E COMPORTAMENTALI

Le demenze, in particolare la malattia di Alzheimer, sono caratterizzate da un deterioramento delle funzioni cognitive che si sviluppano lentamente ma inesorabilmente lungo tutto il corso della malattia, con l'impossibilità di mantenere rapporti congrui con l'ambiente circostante, fino alla perdita totale dell'autonomia.

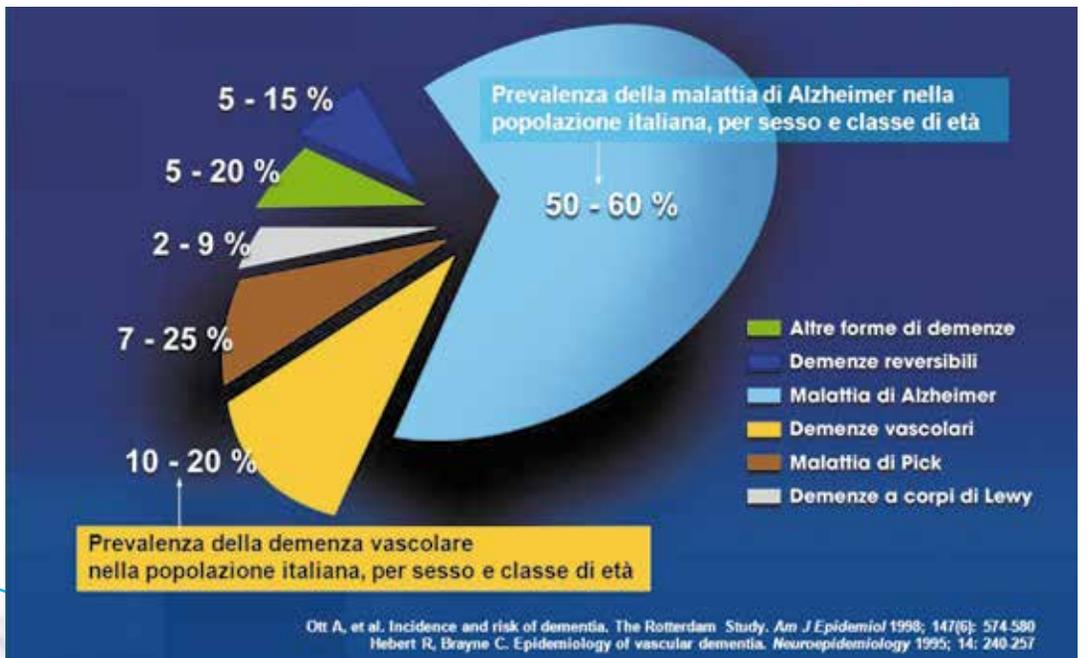
Nelle demenze, oltre ai disturbi cognitivi, ivi compresa la memoria, sono presenti alterazioni dello stato affettivo e del comportamento (BPSD: Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia) che rappresentano una costante nell'espressività clinica della malattia.

La tipologia, frequenza e gravità dei BPSD dipendono non solo dalla gravità della malattia, ma anche dalla personalità pre-morbosa del soggetto e dall'ambiente di vita del malato.

I disturbi comportamentali rappresentano il principale fattore di stress dei famigliari-care-



## EPIDEMIOLOGIA DELLE PRINCIPALI FORME DI DEMENZA



**Negli ultimi anni, abbiamo assistito a un cambiamento nell'approccio del MMG alla malattia dementigena, passando da un atteggiamento pregiudizialmente rinunciatario di fronte a un malato "storicamente" considerato senza alcuna speranza terapeutica, a un atteggiamento propositivo e di collaborazione.**

giver nella gestione del paziente demente, nonché il fattore di maggior rischio di istituzionalizzazione.

Tra i disturbi comportamentali, l'agitazione rappresenta quello con un maggior impatto sulla capacità di "resilienza" del caregiver e di supporto dei servizi sanitari.

L'agitazione si manifesta con la difficoltà a mantenere un atteggiamento tranquillo; il paziente presenta attività motoria continua e spesso afinalistica (apre armadi e cassetti, indossa e toglie gli indumenti, si alza e si siede continuamente dalla sedia), cammina avanti e indietro, tenta di uscire di casa; spesso l'agitazione, quando l'ambiente non è capace di dare risposte adeguate, scatena atteggiamenti aggressivi in genere di tipo verbale ma qualche volta di tipo fisico, il più delle volte diretti contro chi assiste.

Il riconoscimento e il trattamento dell'agitazione rappresenta un aspetto fondamentale nella terapia della demenza.

In Italia si stima che l'80% dei pazienti con demenza vive al proprio domicilio, per cui, il primo "attore" sanitario che viene "investito" dalle problematiche legate all'agitazione è il medico di medicina generale (MMG), che spesso si trova ad affrontare, a casa del paziente, situazioni di criticità clinica.

Nel 2000 è stato varato il Protocollo di monitoraggio del piano di trattamento farmacologico per la malattia di Alzheimer noto come Progetto Cronos. Il progetto prevedeva la creazione di strutture di riferimento appropriate alla diagnosi e cura della demenza. In questa logica nacquero le UVA (Unità di Valutazione Alzheimer), modello innovativo, che ha permesso di istituire su tutto il territorio nazionale centri che, oltre al compito di diagnosticare e monitorare la terapia, hanno garantito una continuità clinico-assistenziali ai pazienti con demenza.

Inoltre le UVA si sono caratterizzati come centri di riferimento per i pazienti con demenza, e non solo per i pazienti affetti dalla malattia di Alzheimer, ed anche per una funzione di formazione del personale sanitario coinvolto nella cura e nell'assistenza al paziente con demenza.

Il coinvolgimento e la sensibilizzazione del MMG per una patologia che ha un forte impatto sulla salute del paziente e della famiglia e sullo stesso SSN (Sistema Sanitario Nazionale) per gli alti costi dovuti all'assistenza, sono importantissimi, come la stretta collaborazione con i centri specialistici di riferimento.

### DALLA RINUNCIA ALLA COLLABORAZIONE

Negli ultimi anni, abbiamo assistito a un cambiamento nell'approccio del MMG alla malattia dementigena, passando da un atteggiamento pregiudizialmente rinunciatario di fronte

Scopo del corso è dare agli operatori sanitari gli strumenti e le conoscenze per affrontare questa situazione di estrema criticità clinica, con l'obiettivo, per quanto possibile, di ridurre i ricoveri ospedalieri favorendo la permanenza nel luogo di vita.

a un malato "storicamente" considerato senza alcuna speranza terapeutica, a un atteggiamento propositivo e di collaborazione che permette di garantire la continuità assistenziale indispensabile a un paziente particolarmente complesso.

Dall'esigenza di collaborazione, tra sanitari specialisti nella cura della malattia e sanitari che operano in contatto con i bisogni e le esigenze dei pazienti, nasce l'idea di organizzare incontri che vedono coinvolti i MMG e gli infermieri che operano sul territorio o in strutture residenziali e i medici specialisti delle UVA, per affrontare le criticità che la demenza, ed in particolare i disturbi del comportamento, determinano.

Come è ampiamente noto, il ricovero in ospedale per il paziente con demenza determina un peggioramento delle condizioni cliniche che spesso richiedono interventi farmacologici, non sempre risolutivi, e in casi estremi anche il ricorso a contenzione fisica.

La UVA dell'AOU San Luigi Gonzaga e la ASL TO3, hanno organizzato un **Corso rivolto ai medici ed infermieri per discutere delle problematiche legate al paziente demente ed in particolare del paziente demente con agitazione.**

Lo scopo del corso è dare agli operatori sanitari gli strumenti e le conoscenze per affrontare questa situazione di estrema criticità clinica, con l'obiettivo, per quanto possibile, di ridurre i ricoveri ospedalieri favorendo la permanenza nel luogo di vita.

**La seconda edizione del Corso (due edizioni) è prevista per il 18 novembre 2017 e si svolgerà presso la Sala Convegni dell'AOU San Luigi Gonzaga.**

Nel corso vengono presi in considerazione gli aspetti clinici delle demenze, ed in particolare della malattia di Alzheimer, la terapia farmacologica e gli interventi non farmacologici per il controllo dell'agitazione. Vengono affrontati le difficoltà della gestione e gli interventi a livello territoriale e a livello ospedaliero. Infine vengono affrontati e discussi gli aspetti medico-legali di particolare importanza nel paziente agitato demente.

## CORTEN & GREY

CONSULENTI IMMOBILIARI



### VILLE X - DE

Strada Val San Martino Superiore Torino  
Ville in bio- edilizia in X -LAM.  
Classe A4. Posizione comoda ai servizi.  
Consegna 18 mesi, possibilità di permuta.



### VILLA SABAUDIA

Strada Sabaudia Torino  
Villa bifamiliare d'epoca di oltre 500 mq.  
immersa nel verde con chiesetta privata.  
Servizi raggiungibili a piedi. Classe D.

Corten&Grey S.A.S.

Via Torino 269 - 10090 - Castiglione T.se (TO) | P.zza Crimea 2 - 10133 - Torino  
T. 011 960 26 44 | E. info@cortengrey.com | www.cortengrey.com



# DIRITTO ALLA SALUTE E VACCINAZIONI

## Un progetto per estendere le coperture vaccinali

Comitato Collaborazione Medica

*“La copertura vaccinale come politica di sanità pubblica è un aspetto fondamentale sia per quanto riguarda la protezione individuale che per quella della popolazione in generale”, ha affermato Valerio Fabio Alberti, direttore generale **ASL Città di Torino** in occasione della Conferenza Stampa che si è tenuta a Torino nel mese di aprile a cura del **Comitato Collaborazione Medica (CCM)**.*

*“La corretta informazione si scontra spesso con il bombardamento di informazioni sbagliate e fuorvianti, per questo sia gli operatori sanitari che i media devono stabilire giuste sinergie per informare correttamente e sensibilizzare l’opinione pubblica. Come Azienda promuoviamo iniziative rivolte alla popolazione, anche attraverso il Dipartimento di Prevenzione, i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, le ostetriche dei dipartimenti materno infantili e gli operatori sanitari tutti, per dare tutte le informazioni necessarie. L’obiettivo dell’Azienda è quello di mantenere e possibilmente aumentare i livelli di copertura attuali e contrastare tendenze sempre più diffuse nella popolazione all’obiezione vaccinale”.*

*“La questione vaccinazioni è prioritaria. È uno strumento in grado di salvare molte vite, sia nei Paesi ricchi che in quelli a Basso reddito” ha ricordato Marilena Bertini, medico e ►*

Il Comitato Collaborazione Medica – CCM è una Ong e Onlus torinese impegnata in Africa e in Italia nella promozione del diritto alla salute, operando prevalentemente sulla conoscenza e sulle competenze del personale sanitario e sulla sensibilizzazione dei cittadini. Con il progetto “Facciamo-ci del bene!”, in partenariato con Asl Città di Torino, si impegna a **favorire l'aumento della copertura vaccinale nel territorio torinese in particolare e nella regione Piemonte in generale attraverso azioni che portino ad una comunicazione più completa ed efficace.**

Presidente del **CCM** che opera da 50 anni per il diritto alla salute. *“Se nel Sud del mondo le barriere da abbattere per garantire una adeguata diffusione dei vaccini sono spesso economiche e geografiche, in Italia il nemico da sconfiggere è la disinformazione e i timori infondati che portano spesso le persone a evitare o ritardare la vaccinazione. Stante il diritto di ognuno all'accesso a un completo piano vaccinale, ribadiamo oggi l'importanza del diritto parallelo ad una corretta e trasparente informazione in materia di vaccinazione. Ciò ci chiama in causa in numerosi: dagli operatori sanitari a quelli dell'informazione”.*

## IL POTERE DEI MEDIA NELLE SCELTE VACCINALI

Riconosciuta quale strumento dal valore strategico ed essenziale nel contrasto alle malattie infettive, la buona prassi della vaccinazione si scontra nel mondo con ostacoli di natura molto diversa a seconda che ci si riferisca a paesi a basso e medio reddito o a paesi ricchi. Nel mondo occidentale e in Italia in particolare, una **diversa percezione della pericolosità di alcune malattie** unita a **crescenti timori verso i vaccini** stanno progressivamente portando sempre più persone a scegliere di non vaccinare o ritardare le vaccinazioni raccomandate. Le potenzialità dei media nell'agire su questi due aspetti sono indiscutibili.

L'indagine **“Vaccini. Il Potere dei media sulle scelte di ognuno”** condotta dal **Comitato Collaborazione Medica – CCM** è nata quindi da una domanda che rimbalza da un dibattito all'altro quando si parla di vaccini: quanto sono corrispondenti alla realtà dei fatti gli articoli giornalistici che quotidianamente ne parlano? E inoltre, quali aspetti di tali articoli possono influenzare maggiormente le scelte degli individui?

La carta stampata rappresenta in Italia la seconda fonte di informazione sui vaccini dopo gli operatori sanitari e prima del web (*Information sources and knowledge on vaccination in a population from southern Italy. the ESCULAPIO project. Hum Vaccin Immunother. 2017*). Data l'importanza socio-sanitaria dell'argomento vaccinazione, i giornali come recepiscono questa importante responsabilità? Dall'analisi di **178 articoli** pubblicati dal 18 novembre 2016 al 24 gennaio 2017 su testate nazionali e locali, confrontata **con i trend vaccinali** del Piemonte di tale periodo, gli esperti del CCM sottolineano la necessità di ricercare tempestivamente una **maggiore collaborazione fra il mondo sanitario, operatori sanitari, enti e associazioni, e la classe giornalistica, con l'obiettivo di offrire alla comunità un'informazione che contribuisca a scelte consapevoli e realistiche.**

Alcuni dati particolarmente significativi possono indicare una possibile strada da percorrere in termini di maggior collaborazione fra media e mondo sanitario: dei 178 articoli analizzati, il **59% non contiene alcuna informazione epidemiologica sulle malattie trattate**, e solo il 19% riporta invece informazioni qualitativamente rilevanti sulla reale distribuzione e frequenza delle malattie. I dati su informazioni di tipo eziologico e patologico non sono troppo dissimili. Il 73% degli articoli non riporta nessuna indicazione sull'eziologia delle malattie o lo fa in modo insufficiente, il 74% trascura di parlare degli aspetti patologici.

Mantenendo un **tono prevalentemente neutro** (61%), o assumendo una posizione favorevole alla vaccinazione (34%), gli articoli analizzati mostrano però una evidente discrepanza fra lo spazio assegnato a determinate malattie e la effettiva gravità della situazione legata alla loro diffusione. Mentre **solo il 14% delle pubblicazioni ha una call to action pratica**, cioè un invito esplicito alla vaccinazione.

**La discrepanza fra copertura mediatica e diffusione della malattia, i toni sensazionalistici dei titoli** e il collegamento spesso inappropriato fra eventi di cronaca isolati e reale situazione sanitaria, sono le **caratteristiche comuni degli articoli che più influenzano** il comportamento della popolazione in termini di vaccinazione.

La maggior collaborazione bilaterale fra operatori sanitari e organi di informazione che il Comitato Collaborazione Medica – CCM e Asl Città di Torino auspicano e sulla quale richiamano l'attenzione può avere un grande valore in termini di **contenuti più completi** ed esatti e contribuirebbe certamente a dotarli di fonti più autorevoli e correttamente informate sullo stato della sanità pubblica.



## LABORATORIO ANALISI

**CHECK UP**  
**esami di controllo**  
**a tariffa privata**  
**agevolata**

  
**Ospedale Koelliker**  
 Prima la persona

**TORINO**  
 Corso Galileo Ferraris, 247/255  
 PIANO TERRA, LINEA BLU, STANZA 8

**ACCESSO LIBERO** (senza necessità di richiesta medica e di prenotazione)  
 dal LUNEDÌ al VENERDÌ dalle ore 7.30 alle 10.30

**SABATO** dalle ore 8.00 alle 10.00,  
**solo previa prenotazione**  
 via e-mail [uff-laboratorio@osp-koelliker.it](mailto:uff-laboratorio@osp-koelliker.it)  
 o fax (011.6184.988)

SCREENING FUNZ. EPATICA (€ 18.00)  
 \*SCREENING CELIACHIA (€ 35.00)   
 \*BREATH TEST LATTOSIO (€ 50.00)   
 \*BREATH TEST UREA (€ 45.00)   
 SCREENING DISLIPIDEMIA (€ 12.00)  
 SCREENING DIABETE (€ 18.00)

\*SCREENING INFEZIONI VIE URINARIE (€ 18.00)  
 SCREENING TIROIDE (€ 25.00)  
 SCREENING PROSTATA (€ 35.00)  
 \*OSTEOPOROSI (€ 40.00)   
 SCREENING ROUTINE ESTROPROGESTINICI (€ 25.00)  
 SCREENING ANEMIA (€ 25.00)  
 \*HIV (€ 20.00) 

BAMBINO: INFEZIONE NDD (€ 30.00)   
 BAMBINO: INFEZIONI RESPIRATORIE RICORRENTI (€ 33.00)   
 CHECK UP UOMO (€ 40.00)  
 CHECK UP DONNA (€ 40.00)  
 ROUTINE PRE-OPERATORIA (€ 40.00)  
 \*AGENDA DI GRAVIDANZA (a partire da € 5.00 fino a un max di € 42.00) 

  
**OKT**  
 Prima la persona

[www.osp-koelliker.it](http://www.osp-koelliker.it)



I referti verranno consegnati in giornata.  
 (fatta eccezione per gli esami contrassegnati da asterisco\*)

# L'ORDINE RACCONTA. Una stessa strada per crescere insieme

Elisabetta Torchio

Coordinatrice del progetto *"Stessa strada per crescere insieme"*  
per la regione Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta

*"Stessa strada  
per crescere insieme"*



**irifor**



*"Stessa strada per crescere insieme"*. Questo è il titolo del progetto che è nato dalla collaborazione tra il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (C.N.O.P.) e l'Unione italiana Ciechi ed Ipo-vedenti Onlus (U.I.C.I.) per rispondere alle esigenze di quelle famiglie che vivono un momento traumatico che accade in pochi minuti, ma che ha conseguenze significative per tutta la vita: la nascita di un bambino non vedente o ipovedente; di un bambino "diverso" dagli altri e soprattutto di-verso da quel bambino ideale che la mamma si è immaginata più e più volte durante la gravidanza.

È proprio quando avviene l'incontro tra questi due bambini, (quello reale e quello immaginato) che, per i genitori comincia il lungo e doloroso processo di accettazione della realtà. Una realtà cruda che non risparmia nessuno e che, in questa situazione impedisce ai genitori e al resto della famiglia, di gioire per la nuova vita che si è affacciata al mondo.

Per supportare i familiari in questo momento molto delicato di accettazione della diagnosi di disabilità visiva, è nato questo progetto nazionale con il coinvolgimento dell'I.R.I.F.O.R. Onlus, l'Istituto per la Ricerca, la Formazione e la Riabilitazione Onlus: 150 psicologi e psicoterapeuti sono stati formati in modo specifico sulle tematiche inerenti la genitorialità e la disabilità visiva (le dinamiche familiari ed il rapporto tra fratelli/sorelle, l'ipovisione, la pluridisabilità, la promozione dell'autonomia ecc.).

I professionisti, coadiuvati dai Consigli Regionali dell'Unione Italiana dei Ciechi ed Ipovedenti e dagli Ordini Psicologi hanno come obiettivo generale quello di fornire sostegno psicologico alla genitorialità e al sistema famiglia, e come obiettivi specifici quelli di

È necessario creare una rete che sostenga i genitori, che li renda forti e fiduciosi nelle capacità proprie e del loro bambino. La forza di questo progetto è nell'unione di figure professionali diverse e nella condivisione delle competenze.

creare una rete con i potenziali inviati (ospedali, neonatologie, neuropsichiatrie infantili, centri di riabilitazione, medici di base e pediatri) per poter sensibilizzare sul tema e trasmettere l'importanza di effettuare una diagnosi pre-coce che porta, con maggiori probabilità ad una prognosi favorevole e ad una vita indipendente e appagante il disabile visivo.

È necessario creare una rete che sostenga i genitori, che li renda forti e fiduciosi nelle capacità proprie e del loro bambino. La forza di questo progetto sta proprio nell'unione di figure professionali diverse e nella condivisione dei saperi per cercare di aiutare quelle mamme e quei papà a riscoprire la fiducia e la bellezza di essere genitori di un figlio che, nonostante la sua condizione presente, potrà imparare a vivere una vita il più possibile autonoma, ricca di traguardi raggiunti e di soddisfazioni personali.

Si sta lavorando per creare un network di lavoro e di sostegno alle famiglie.

## “VILLE AUGUSTA”

CASA DI CURA PRIVATA MALATTIE NERVOSE

---

Direttore Sanitario: *Dott. Enzo Soldano*  
*Specialista in Neurologia*

---

CONVENZIONATA CON IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
ACCREDITATA DALLA REGIONE PIEMONTE  
(D.G.R. 91-6718 del 3/8/2007)

---

“VILLE AUGUSTA” s.r.l.

10090 BRUINO (TO), Via Pinerolo-Susa 15  
Tel.: 011 90.87.141/42/43 - Fax 011 90.86.264  
e-mail: villeaugusta1@libero.it

# IL PILOTA



## Giuliano Maggi

Nel 1944 mio padre era primario chirurgo dell'Ospedale Civile di Cuorgnè, nel Canavese. In città vi era una caserma, occupata dai tedeschi e sulle colline circostanti vi erano i partigiani che cercavano di sfuggire ai rastrellamenti.

Ogni tanto un aereo inglese o americano veniva di notte a rifornire di armi e munizioni i partigiani e la contraerea tedesca cercava di abbatterli. Fu così che una notte un aereo inglese fu colpito e precipitò; il pilota si gettò con il paracadute e atterrò in un orto di un paesino del circondario. Nella caduta una delle bacchette di sostegno dei pomodori gli lacerò la cute di una gamba, procurandogli una lunga ferita lacerata molto sanguinante. I proprietari dell'orticello lo soccorsero, si resero conto che il ferito era un pilota straniero e avvisarono i partigiani, che di notte riuscirono a portarlo nell'ospedale da mio padre, che gli suturò la ferita e lo rimise in sesto.

Il giorno dopo i tedeschi, che avevano trovato i resti dell'aereo abbattuto, ma senza il pilota, affissero un manifesto con su scritto: "Chiunque abbia trovato un pilota nemico, vivo o morto, deve consegnarlo alle autorità militari". Mio padre non si sognò minimamente di consegnare il suo pilota appena operato; lo nascose nella lavanderia dell'ospedale, in uno stanzino dietro ad un cumolo di lenzuola da lavare, con la complicità delle suore e delle infermiere addette al guardaroba; io avevo dodici anni e ricordo che mentre mio padre raccontava il fatto, mia madre era molto preoccupata, perché temeva che se i tedeschi avessero scoperto il pilota nascosto in ospedale, avrebbero arrestato mio padre. Il pilota parlava soltanto l'inglese e mio padre a scuola aveva studiato solo il francese: per fortuna c'era una nostra amica, professoressa di lingue, che si prestò a fare da interprete. Papà la portò in ospedale, nel nascondiglio della lavanderia e poté far spiegare al pilota di star buono e zitto, perché era tra amici, mentre i tedeschi lo stavano cercando.

Tutto andò bene, la ferita guarì e appena il paziente riuscì a camminare, i partigiani vennero a prenderlo e comunicarono a Londra che era vivo e libero.

Un paio d'anni più tardi, a guerra finita, arrivò all'ospedale una lettera della Royal Air Force che ringraziava mio padre e tutto il personale per aver curato ed evitato la cattura del pilota. Io vidi quella lettera.

Purtroppo non sono riuscito a trovarla tra i ricordi di mio padre, che mi insegnò che un medico deve curare i suoi malati e... evitare di consegnarli al nemico!

Fu così che una notte un aereo inglese fu colpito e precipitò; il pilota si gettò con il paracadute e atterrò in un orto di un paesino del circondario...

# 011-8181

la Cerimonia Funebre a Torino



**GIUBILEO**

[www.giubileo.com](http://www.giubileo.com)

# NUOVA JEEP® COMPASS.

IL SUV PIU' ATTESO DELL'ANNO.



SCOPRILA IN ANTEPRIMA DA SPAZIO  
con un'esperienza interattiva  
di realtà aumentata basata  
sulla piattaforma Tango di Google.



# Jeep®

TI ASPETTIAMO NELLE NOSTRE NUOVE SEDI

# SPAZIO

CONCESSIONARIA UFFICIALE JEEP

**TORINO**

Via Ala di Stura, 84 - Tel. 011 22 51 711  
Corso Valdocco, 19 - Tel. 011 52 11 453

**MONCALIERI**

C.so Savona, 10 - Tel. 011 64 04 840  
Seguici su:   [www.jeep.spaziogroup.com](http://www.jeep.spaziogroup.com)