



STORINO MEDICA

comunicazione
informazione
formazione

anno XXVIII
numero 4
2017

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

OBAMACARE: LA STORIA INFINITA

Le lingue
della malattia

FOCUS
ASPETTATIVE
TRADITE

Interviste
all'esecutivo:
dalle attese dei
giovani medici
al *burnout*,
tutti i nodi della
professione

A PROPOSITO DI ELEZIONI: E SE
ANDASSIMO TUTTI A VOTARE?

Progetto
genitorialità

FUTURO DEI PRECARI IN SANITÀ:
SGUARDO GLOBALE



due volte buona

FA BENE A TE QUANDO **LA BEVI**

FA BENE ALLA RICERCA QUANDO **LA SCEGLI**

Scegliere acqua Lauretana da oggi non è più solo un gesto consapevole di amore per il proprio organismo ma anche l'atto di solidarietà concreto diretto al benessere altrui. Fino alla fine di ottobre cerca la confezione rosa e la bottiglia con il bollino Pink is Good e sostieni il progetto contro il tumore al seno di Fondazione Umberto Veronesi. Scopri tutti i modi in cui Lauretana è "good", per te e per tutte le donne su www.lauretana.com/iobeavorosa

#iobeavorosa



LAURETANA

L'acqua più leggera d'Europa



Sommario

numero 4_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 editoriale

A proposito di elezioni: e se andassimo tutti a votare?
Mario Nejrotti

8 tribuna

Elezioni 2018-20 dell'Ordine: istruzioni per l'uso
RTM

10 focus_aspettative tradite

Le aspettative tradite della professione
Guido Giustetto

13 Odontoiatria: tra diritto al lavoro e commercializzazione
Gianluigi D'Agostino

16 Anche i troppi click del mouse possono fare male alla medicina
Guido Regis

22 Orizzonti della professione: alcuni nodi critici
Rosella Zerbi

27 Burnout: quando a stare male sono i medici
Chiara Rivetti

31 Il futuro dei precari della sanità: uno sguardo globale
Rebecca De Fiore

38 Sanità precaria
Domenico Montemurro

40 discussione dal focus giovani medici

Osservatori Regionali per la formazione medico-specialistica: che cosa non funziona?
Alessandro Bonsignore

42 Come calcolare il Fabbisogno Stratificato per Specialità?
Alessandro Bonsignore

44 salute

Obamacare: la storia infinita
Emanuele Davide Ruffino
Germana Zolles

49 Progetto genitorialità. Intervista ad Anna Maria Calcagni
a cura di R. Revellino

51 cultura

Le lingue della malattia
Sara Boggio

54 Doctor G: la statistica medica a fumetti
Marco Bobbio

55 Medicina difensiva in pronto soccorso
Giuseppe Scarso

60 le nostre radici

La "cura" involontaria del nonno
Giuliano Maggi

62 Prestito d'onore: un'occasione di crescita professionale

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 7 settembre 2017

SGI

A proposito di elezioni: e se andassimo tutti a votare?

di Mario Nejrotti

POLITICA E POLITICI: DI OGNI ERBA UN FASCIO?

I "politici" non sono la "Politica".

I primi sono esseri umani che svolgono un lavoro e fra loro, come in ogni categoria professionale, possono esserci incapaci, ignoranti, disonesti. La seconda è una funzione sociale indispensabile alla convivenza civile, che concilia interessi diversi e contrastanti.

I media tendono ad amplificare i fatti negativi e gli interventi della magistratura che, ad osservare lo scenario presentato ogni sera dai TG, sembra l'unico baluardo, spesso insufficiente, e anch'esso fallace, contro una dilagante disonestà, talvolta collusa con la malavita organizzata.

La Politica e la Democrazia, però, restano il più grande patrimonio comune dei cittadini. Il rischio è che il disinteresse e la delusione generata da comportamenti disdicevoli dei "politici", in Parlamento e fuori, svuotino del loro profondo significato quelle istituzioni democratiche che i nostri padri hanno conquistato con sangue e dolore e che il suffragio universale ha reso nel corso dei decenni successivi vitali e indispensabili.

IL POPOLO ASTENSIONISTA IN MARCIA

Non è un fenomeno recente purtroppo questa reazione del popolo, non solo italiano, ma di una grande percentuale di cittadini occidentali dall'Europa, agli Stati Uniti.

Per fare un esempio prendiamo le elezioni Europee. Vediamo che la percentuale va dall'89,64% in Belgio e Lussemburgo, dove risiedono i principali organi di governo, al 18,2% della Repubblica Ceca, passando per tutti i maggiori Stati con percentuali sotto



il 60%. Persino le due grandi, Germania e Francia, guide morali e materiali dell'Unione, riescono a portare al voto rispettivamente un misero 48,1% e un 42,43%.

Gli Stati Uniti, grande faro della democrazia occidentale, ormai poggiano le loro istituzioni su percentuali europee o ancora più basse. Infatti, dei 220 milioni di cittadini USA aventi diritto al voto dai 18 anni in su, sono iscritti nelle rispettive liste elettorali (repubblicani, democratici o indipendenti), atto obbligatorio negli States per esercitare il diritto di voto, solo 142 milioni di cittadini. Nelle penultime elezioni presidenziali del 2012, che registrano storicamente un'affluenza maggiore rispetto alle legislative "mid-term", votarono solo 127 milioni di persone e cioè il 55% della totalità degli aventi diritto ovvero il 61% degli iscritti nelle liste elettorali.

Tornando in Italia, nelle ultime elezioni comunali si è vista una ulteriore decrescita dei votanti. Infatti, rispetto alle precedenti del giugno 2016, che già avevano registrato, con il 62,14%, un importante aumento dell'astensionismo, rispetto ad altre consultazioni simili, che avevano ancora portato alle urne il 66,85% degli aventi diritto, ha votato solo il 60,07% degli elettori, confermando un incremento del disinteresse per "la cosa pubblica". Fenomeno tanto più preoccupante trattandosi di elezioni amministrative, che dovrebbero essere quelle sentite più vicine dai cittadini, perché riguardano la vita di tutti i giorni nel loro ambiente quotidiano. Anche le votazioni per Camera e Senato non godono di migliore salute. Basta guardare i dati delle prime, svoltesi in un'Italia appena liberata dalla dittatura e dall'occupazione straniera, e delle ultime. Nel 1948 partecipò il 92,2% degli elettori, nel 2013 si è scesi al 75,2%.

Affluenza alle urne

Stati Uniti
Presidenziali 2012

votanti

127
milioni

55%
degli aventi diritto

Italia
Comunali 2017

votanti

60%
degli elettori

Italia
Camera

1948

92,2%
degli elettori

2013

75,2%
degli elettori

Negli Ordini sono presenti in qualche modo tutte le anime della professione medica e odontoiatrica. Quindi, le problematiche e le aspirazioni di tutti gli iscritti sono condivise da chi è stato eletto.

UNA SFIDUCIA CONTAGIOSA: DAL SENATO ALL'OMCEO

La sfiducia nelle istituzioni e nei loro rappresentanti, quindi, le riguarda tutte, da quelle nazionali a quelle regionali e locali, e non risparmia certo le istituzioni professionali, sia sindacali sia politiche come la nostra: l'OMCeO.

L'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri fonda sulla scelta democratica dei rappresentanti la propria forza e capacità di contare nel panorama locale e nazionale, al servizio della salute dei cittadini e a salvaguardia della professione.

La preoccupazione per la scarsa partecipazione è presente in tutti gli Ordini maggiori, in quanto l'alto numero degli iscritti, con l'attuale regolamento, che sente il peso degli anni, rende difficoltoso ottenere il quorum di un terzo degli iscritti in prima convocazione.

Alla vigilia delle scorse elezioni il problema dell'assenteismo faceva scrivere dal Presidente in carica dell'Ordine di Milano, Roberto Carlo Rossi, agli oltre 26 mila medici chirurghi e odontoiatri della provincia: "È necessario superare il quorum di votanti previsto dalla legge, altrimenti si aprirebbe la strada al commissariamento dell'Ordine". Il quorum da raggiungere in seconda convocazione era di 2.300 medici.

Nell'OMCeO di Torino, considerando in buona approssimazione la presenza complessiva di circa 16.000 iscritti, il numero dei votanti in prima convocazione dovrebbe essere circa 5.000.

Questo numero non è mai stato raggiunto, a memoria di chi scrive, dagli anni '80 dell'altro secolo.

Due dati recenti debbono far riflettere sul crescente disinteresse per questa istituzione: nelle elezioni del 2012-2014 la percentuale dei votanti, in seconda convocazione, fu di circa il 16%. Nelle ultime del 2015-2017 si raggiunse l'11,4%.

LA VERA LEGITTIMAZIONE STA NEI NUMERI

A prescindere dalle persone che svolgono le funzioni direttive, la nostra istituzione acquisisce peso politico mano a mano che la rappresentatività effettiva aumenta.

Negli Ordini sono presenti in qualche modo tutte le anime della professione medica e

I servizi che un Ordine può offrire dipendono dalla sensibilità e dalla capacità “organizzativa” dei singoli Consigli Direttivi eletti, ma il “potere” della istituzione passa sempre attraverso al numero dei Colleghi che la riconoscono: l’unico strumento tangibile e concreto per misurarlo è il numero di persone che partecipano alle votazioni.

odontoiatrica. Quindi, le problematiche e le aspirazioni di tutti gli iscritti sono condivise da chi è stato eletto.

Il rapporto con la Politica e con i politici negli ultimi anni si è intensificato e la voce dell’OMCeO, molto spesso amplificata dai media generalisti, si è levata a stigmatizzare situazioni problematiche e a orientare decisioni e pareri.

L’Ordine della nostra provincia ha sempre avuto anche a livello nazionale un notevole “peso” e credito per la serietà con cui vengono svolte le funzioni istituzionali.

Il suo parere è sempre più richiesto nei rapporti tra diverse categorie professionali e tra i medici e il sistema sanitario regionale.

I servizi che un Ordine può offrire dipendono dalla sensibilità e dalla capacità “organizzativa” dei singoli Consigli Direttivi eletti, ma il “potere” della istituzione passa sempre attraverso al numero dei Colleghi che la riconoscono: l’unico strumento tangibile e concreto per misurarlo è il numero di persone che partecipano alle votazioni.

Non è vera democrazia quella in cui pochi votanti amici surrogano questo concetto e mantengono una situazione di fatto, legata esclusivamente agli individui o a questa o quella cordata di alleanze.

L’Ente garantisce la propria esistenza e la propria forza grazie a tutti i medici e gli odontoiatri che rappresenta, a prescindere dall’orientamento del voto espresso in base alle singole convinzioni.

Inutile lamentarsi della decadenza dell’immagine e dell’autorevolezza della nostra professione, se non concediamo alla sua rappresentanza politica una reale forza, che in democrazia non può venire che dai numeri.

L’interpretazione dei principi che regolano la professione medica e odontoiatrica e le sfaccettature di programma, che caratterizzano i diversi candidati, sono importanti per un franco e leale confronto tra opinioni, ma l’espressione di voto da parte di un elevato numero di Colleghi è la vera forza dell’Istituzione e la legittimazione dei suoi rappresentanti.

Molti, forse, pensano che l’OMCeO sia un Ente inutile e da sopprimere.

Tutti concordiamo che per certi aspetti meriterebbe una radicale riforma, di cui da troppo tempo si discute, senza raggiungere una conclusione legislativa.

Come fanno, però, i molti Colleghi che dell’Ordine hanno quotidianamente bisogno, l’istituzione serve ed è utile a risolvere moltissimi problemi, non solo di ordine pratico.

Come hanno imparato quelli tra noi che hanno partecipato per età agli anni caldi del ‘68 italiano: “Tutto è Politica”. Può essere pericoloso restare sempre a lato del dibattito e non schierarsi mai, perché potrebbe prima o poi succedere, come dice l’adagio, che “chi dorme in democrazia, rischia di svegliarsi in dittatura”.

Fonti

<https://www.ilfattoquotidiano.it/2017/06/25/elezioni-amministrative-2017-calo-laf-fluenza-ai-ballottaggi-ha-votato-il-4603-calo-superiore-ai-12-punti/3684199/>

http://www.corriere.it/amministrative-2016/cards/astensionismo-italia-mondo-dove-perche-domina-partito-non-voto/astensionismo-italia_principale.shtml?refresh_ce-cp

<http://blog.openpolis.it/2016/06/22/affluenza-paesi-unione-europa-quanto-vota/8864>

http://www.repubblica.it/speciali/esteri/presidenziali-usa2016/2016/11/05/news/scheda_in_quanti_votano_per_il_presidente_usa_-151400036/

Elezioni 2018-20 dell'Ordine: istruzioni per l'uso

Redazione Torino Medica

Il 31 dicembre prossimo scadrà il mandato degli Organi Istituzionali che gli iscritti ai due Albi professionali dell'Ordine di Torino hanno eletto per il triennio 2015-2017.

Tre anni sono trascorsi velocemente e i Medici e gli Odontoiatri sono nuovamente chiamati alle urne per rinnovare il Consiglio dell'Ordine, la Commissione Odontoiatri ed il Collegio dei Revisori dei Conti per consentire il regolare funzionamento dell'Ordine, che conta ormai più di 16.000 iscritti.

Le lettere di convocazione sono state inviate secondo le procedure con l'indicazione delle date dei giorni di votazione: "prima convocazione e, qualora non si raggiunga il quorum stabilito, seconda convocazione."

Hanno diritto di **elettorato attivo** tutti gli iscritti all'Albo, ciascuno per il proprio organo rappresentativo, con la sola eccezione dei sanitari che risultano sospesi. L'**elettorato passivo**, ovvero i soggetti eleggibili, è costituito per il Consiglio dell'Ordine dei Medici da tutti gli iscritti al relativo Albo ivi compresi i consiglieri uscenti; per la Commissione Odontoiatri è costituito dagli iscritti al medesimo Albo, ivi compresi i componenti uscenti, mentre per il Collegio dei Revisori è costituito dagli iscritti all'Albo dei medici e all'Albo degli Odontoiatri.

COME SI VOTA

Ciascun avente diritto che si presenterà al seggio elettorale riceverà le schede di competenza.

Agli iscritti all'Albo Medici verranno consegnate due schede, una di color bianco per l'elezione dei 15 Consiglieri, una di colore giallo per l'elezione dei tre Revisori dei Conti e del Revisore supplente.

È importante ricordare che la sentenza della Corte Suprema di cassazione – Sez. Unite Civili n. 18047 del 4 agosto 2010 ha stabilito che le schede contenenti un numero di nomi inferiori a quello dei componenti da eleggere conservano la loro validità.

All'iscritto all'Albo Odontoiatri verranno consegnate due schede: una di colore verde (sulla quale potrà indicare i 5 nomi dei componenti la Commissione Odontoiatri) e una di color giallo (sulla quale potrà indicare i nomi dei Revisori dei Conti e del Revisore supplente). Tanto ai Medici che agli Odontoiatri che siano iscritti ai due Albi verranno consegnate due schede gialle, poiché ciascuno di essi dispone di un doppio voto in forza della doppia iscrizione.

Qualora la scheda votata contenga un numero di preferenze superiore al numero dei componenti da eleggere la stessa sarà considerata valida, mentre le preferenze eccedenti saranno dichiarate nulle.

In sala sarà disponibile l'Albo dei Medici e l'Albo degli Odontoiatri che potranno essere consultati liberamente, poiché tutti gli iscritti sono eleggibili alle cariche.

Nel caso in cui venga convocata, l'Assemblea in seconda convocazione sarà valida qualunque sia il numero dei votanti, purché non inferiore al decimo degli iscritti.

Qualora non siano raggiunti i quorum indicati le elezioni non saranno valide e le schede non saranno scrutinate, con obbligo di una nuova convocazione.

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Torino fin dalla data di sua ricostituzione non ha mai mancato l'elezione dei suoi organi rappresentativi, che da sempre sono garanzia del funzionamento dell'Istituzione.

® **PORTE e SERRAMENTI**
PUNGENTE
L'Atelier della Casa



LA VENTILAZIONE DEL FUTURO

Personalizzata. Automatica. Sana.

Internorm

NOI...
sicuri di aver scelto bene.
E VOI?



PUNGENTE PORTE E SERRAMENTI

90/E, Corso Orbassano - 10136 Torino (TO) - Italia

Tel. +39 011 3291957 | Fax. +39 011 3291980

pungenteporte@libero.it | www.pungenteporteserramenti.com

Interviste a cura della Redazione di Torino Medica
(Direzione Mario Nejrotti – Sara Boggio e Rosa Revellino)

Le aspettative tradite della professione

Intervista a Guido Giustetto
Presidente OMCeO Torino



Dott. Giustetto, quali sono le 'aspettative tradite' dei medici?

Parlando di 'aspettative tradite' facciamo riferimento a un ampio ventaglio di attese e aspirazioni.

Innanzitutto, le aspettative di un medico hanno livelli e intensità diverse, anche a seconda dell'età. Quelle per cui si decide di intraprendere questa professione sono in genere molto alte. Tutti noi, all'inizio del nostro percorso formativo, siamo stati ispirati da alcuni miti, li abbiamo presi a riferimento ritenendo in qualche misura di poterli emulare. Quando andavo io al liceo, per esempio, si parlava molto del professor Albert Schweitzer, medico che lavorava con i malati di lebbra, oltre che noto pianista, insignito del premio Nobel per la Pace nel 1952. Un'altra figura esemplare, molto celebre negli anni Sessanta e nei primi anni Settanta, era il professor Christiaan Barnard, il chirurgo a cui si devono i primi trapianti di cuore. Ovviamente, passando dalle aspirazioni

ideali all'attività pratica, il piano delle aspettative cambia: si acquisisce una visione più realistica della professione, misurata sulla base delle concrete possibilità di ciò che si può o non si può fare.



Qual è il momento in cui la visione ideale lascia il posto alla realtà?

La prima cesura subentra con la fine del percorso di studi: la visione di uno studente che si è appena iscritto è molto diversa da quella di un neolaureato, la cui priorità è trovare lavoro. Anche al netto di grandi ambizioni – anche soltanto aspirando a fare bene il medico – i primi lavori non corrispondono a quanto ci si aspetta, sia in termini di tipologia che di retribuzione. Ma non si tratta solo di scarsa soddisfazione, quanto di incongruenza tra il modo in cui il lavoro è organizzato e la responsabilità che comunque implica: fare una sostituzione in guardia medica, per esempio, e quindi essere in grado di effettuare una buona diagnostica, magari da soli, e appunto alle prime armi, è una condizione che coglie impreparati. Ed è paradossale che i compiti più difficili spettino, a volte, ai colleghi con meno esperienza.



Ritiene che la distanza tra conoscenze teoriche e pratiche si sia negli anni ulteriormente ampliata?

Oggi, in realtà, grazie ai percorsi di formazione specifica, la preparazione tende a essere migliore. Nel corso di Formazione Specifica per la Medicina Generale, per esempio, vengono predisposte lezioni e seminari specificatamente dedicate all'urgenza, per cui la gestione delle condizioni rischio – a partire dalla distinzione tra red flags e sintomi non preoccupanti – risulta di partenza più chiara.

Lo scarto tra il bagaglio di conoscenze teoriche e la pratica, tuttavia, rimane in generale ampio, e non è un problema nuovo.



Quali altre criticità generano questo circolo vizioso di aspettativa-delusione?

Un altro ambito, di grande rilevanza, in cui regolarmente le aspettative vengono deluse, è quello della modificazione delle leggi. Si tratta di un ambito complesso e con molte sfaccettature diverse, ne faccio solo qualche cenno. Il primo elemento da porre in rilievo è che alcune leggi vengono propagandate per anni, e questa è, di per sé, una condizione che alimenta le attese. Si pensi, per fare un esempio particolarmente calzante, alla legge sulla responsabilità professionale (la Legge n. 24 dell'8 marzo 2017, «Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie» - N.d.R.). È una buona legge. Ma il punto è il lungo periodo di 'gestazione' che l'ha preceduta, a partire dal decreto Balduzzi, che a sua volta faceva riferimento ad altre leggi di precedenti legislature. Discorso analogo vale per i Lea, oppure per il decreto sull'appropriatezza. Un altro esempio, più legato alla nostra realtà locale, è l'uscita della Regione Piemonte dal Piano di Rientro (si veda «Torino Medica» 2017 n. 1 – N.d.R.): una circostanza che richiama aspettativa perché fa pensare a possibilità di spesa maggiori, quindi a nuove possibilità di assunzione per il personale sanitario...

In realtà ogni legge, dopo l'approvazione, richiede a sua volta una serie di regolamenti attuativi. Anche questa fase genera aspettative, sempre a rischio di delusione perché occorre monitorare il modo in cui i regolamenti attuativi vengono scritti, e come nel concreto consentiranno la traduzione in pratica della legge.



Quanto incide tutto questo sulla pratica professionale?

Si tratta di aspetti per certi versi subdoli, perché non riguardano la quotidianità del singolo medico, eppure sono importanti perché costituiscono il terreno normativo da cui poi dipende il percorso professionale, nei suoi aspetti pratici, concreti. Perché è ovvio ►

che se ci sono possibilità di spesa, se le Asl possono assumere, allora i contratti precari possono diventare rapporti a tempo indeterminato, si può pensare di investire in progetti nuovi, nella medicina di famiglia o nella medicina territoriale, si può in sostanza alimentare, in un circolo virtuoso, la voglia di fare, il cambiamento.

Parlando, nello specifico, della medicina di famiglia in Piemonte, una decina di anni fa era stata posta grande enfasi sulle nuove forme di aggregazione, che nel passaggio da una giunta regionale all'altra erano state cassate. Oggi si parla di un possibile ripristino. Ma nel frattempo sono trascorsi dieci anni: un periodo di tempo lungo, in cui sono stati avviati progetti, poi cancellati, e ora, forse, nuovamente in partenza. Tutto stenta, però, perché i finanziamenti sono pochi e perché i colleghi che avevano fatto esperienza allora, nel frattempo sono andati in pensione, senza lasciare eredità in questo ambito. Una situazione come quella descritta aveva creato nei medici di famiglia delle grandi aspettative di cambiamento, che poi si sono molto ridimensionate. Quindi adesso la fiducia nelle proposte è molto minore.

Analogo discorso per ciò che riguarda le convenzioni, ferme da sette anni, di cui pure si è continuato a discutere in questo arco di tempo (e se il Parlamento, in autunno, dovesse sciogliersi, tutto salterà nuovamente per chissà quanto).

È chiaro che questo tipo di dinamiche, nonostante non siano direttamente legate alla medicina, sono poi quelle che incidono sul modo in cui si lavora. Sono questi fattori che inducono il medico a investire nella propria professione o meno, a impegnarsi con entusiasmo e passione, oppure semplicemente ad andare avanti, senza slanci.



In che misura, secondo lei, i medici che non partecipano alla vita ordinistica sono al corrente di queste dinamiche?

Per i medici che non partecipano alla vita ordinistica in senso stretto il quadro, così come descritto, potrebbe non essere così chiaro. Però molti medici partecipano a un'attività sindacale, in cui alcuni di questi temi, seppure con un'ottica diversa dalla nostra, più attenta all'organizzazione lavorativa, vengono affrontati, peraltro senza differenziarsi così tanto rispetto a ciò che si è detto sulle aspettative, sulle modalità di lavoro e sulle normative. I medici che sono al di fuori sia dell'attività ordinistica che di quella sindacale (stimerei un 50-60% degli iscritti) conduce sostanzialmente una propria dignitosa 'politica di difesa': per cercare di andare avanti con i minori danni possibili, ma con una certa disaffezione per la professione.



E per quanto riguarda i pazienti? Come coinvolgerli e come cambiare la prospettiva?

Questo tipo di situazione ovviamente ha delle ripercussioni anche sul rapporto tra medico e paziente: ne risentono il modo in cui si effettua la presa in carico, la relazione di empatia, l'impegno e anche l'entusiasmo che il rapporto di cura richiede.

Per concludere, quindi, credo sia possibile pensare di uscire dallo scenario delle 'aspettative tradite' soprattutto rendendo partecipi della situazione anche i cittadini, rendendoli consapevoli del contesto di disagi, di difficoltà, di 'lacci' che soffocano l'attività professionale. Così da ristabilire quell'alleanza che è il solo modo per pensare di procedere: sia perché consente di capirsi, sia perché dà la possibilità di formare gruppi di pressione, quindi di agire su un terreno comune a beneficio di entrambe le parti. E a supporto di un bene che è di tutti: la salute.



Odontoiatria: tra diritto al lavoro e commercializzazione

Intervista a Gianluigi D'Agostino

Presidente Commissione Albo Odontoiatri, OMCeO Torino



Partiamo dal progetto scuola lavoro: una prima occasione per far capire la professione ai giovani?

Il progetto scuola-lavoro è senza dubbio un progetto interessante perché permette ai giovani di capire a che cosa vanno incontro nel momento in cui scelgono una professione come quella odontoiatrica, con tutte le sue sfaccettature e le criticità. È chiaro che in questo ambito sono ancora troppo poche le ore messe a disposizione dello studente. Esiste però un progetto sperimentale a livello nazionale che riguarderà undici province tra cui Torino: gli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri avranno accesso alle scuole per gli ultimi tre anni dei Licei scientifici, potranno dare un quadro completo di quali sono le possibilità professionali e soprattutto daranno informazioni per comprendere quali sono le reali prospettive lavorative a fronte di un contesto storico ed economico che va conosciuto e analizzato senza note edulcorate.



A questo proposito, è corretto oggi parlare di aspettative tradite dell'odontoiatria?

Sì, e lo dico con rammarico. La nostra è una professione che oggi sembra dipendere sempre di più da leggi di mercato. Questa logica non è propria delle professioni intellettuali e questo scarto evidente tra piano intellettuale e piano commerciale rappresenta una forte aspettativa tradita per chi si è laureato magari trent'anni fa e sperava di fare una vita all'interno della libera professione in un mercato in cui c'era una concorrenza basata sulla preparazione e sulla qualità; invece si è trovato a dover combattere con l'ingresso dei capitali e di conseguenza con una commercializzazione che fa assomigliare i professionisti a dei venditori di prodotti qualunque, di profilo commerciale.

Questa è certamente un'aspettativa tradita per la mia generazione ma rappresenta anche un'aspettativa tradita per chi si laurea adesso. Questi giovani partono senza dubbio dall'idea di poter esercitare una professione con qualità e in un contesto economico regolato. E invece si troveranno a combattere in un ambito commerciale che non è salvaguardato dallo Stato in nessuna misura, neanche attraverso i suoi organi di controllo quali potrebbero essere l'Antitrust e l'Agenzia di controllo, di sorveglianza sul messaggio pubblicitario. La situazione è quindi più preoccupante per questi giovani perché mentre noi che abbiamo esercitato la carriera nell'ambito degli ultimi trent'anni, in ogni caso abbiamo goduto di un periodo in cui la nostra professionalità veniva riconosciuta ed era accreditata, i giovani di oggi, per quanto possano essere preparati, hanno prospettive meno nitide. E non solo sul piano economico ma anche sul piano dell'identità professionale perché se rientrano nelle catene commerciali che esercitano l'odontoiatria saranno condannati a scendere a compromessi tra la loro professionalità e l'interesse economico del loro datore di lavoro. Saranno costretti a scegliere tra bisogno di lavorare e commercializzazione del valore intellettuale della loro professione.



Professione e mercato: se il conflitto rimane aperto cosa è possibile fare per quei professionisti che si trovano in difficoltà? Non solo i giovani medici, ma anche chi rischia in piena carriera di cadere nella logica della "catena di montaggio"?

Si tratta di trovare delle soluzioni per cui il potere politico e le istituzioni di controllo si rendano conto che esistono dei costi incompressibili, che sono quelli a garanzia della salute del cittadino e che riguardano per esempio la sterilizzazione, il monouso e ovviamente la formazione del professionista: cioè standard al di sotto dei quali non si può andare. Sembra un discorso antistorico quello delle tariffe minime, però in un ambito come quello della salute non possiamo lasciarci condizionare dalla commercializzazione al prezzo più basso. L'obiettivo è sempre la salute del cittadino, che sia la salute generale o la salute orale, e la prevenzione del danno sociale conseguente a una salute curata male perché genera una ricaduta di costo sociale di cui non viene tenuto conto.



Cosa può fare l'Ordine di fronte a questo "doppio legame": bisogno di lavorare ma condizioni inaccettabili. Quale possibile prospettiva?

Il progetto di prospettiva non può che passare attraverso gli emendamenti al decreto sulla concorrenza che in questo momento sta rimbalzando tra Camera e Senato. È comprensibile che il giovane laureato accetti determinate condizioni di lavoro pur di lavorare, ma l'Ordine si offre di fare da punto di riferimento per cercare di sanare certe situazioni, non mettendo in difficoltà il giovane professionista e quindi facendosi carico dei problemi prospettati e affrontando direttamente i termini della regolamentazione del lavoro.

Proprio l'OMCeO di Torino ha presentato un emendamento alla legge che speriamo venga recepito, e che ha l'obiettivo di dare a chi è assunto in queste strutture le stesse tutele del dipendente. Il vantaggio di queste strutture è infatti quello di assumere il giovane professionista come collaboratore, a partita IVA, senza minima garanzia. Noi da una parte abbiamo proposto un emendamento che dia le garanzie classiche di un lavoratore qualsiasi anche al libero professionista, e dall'altra abbiamo offerto la disponibilità nel farci carico diretto delle problematiche presentate per affrontarle in prima persona senza esporre nessuno ad azioni di ritorsione. Il problema diventa quindi di ordine istituzionale. L'Ordine è qui per accogliere istanze e per condurre poi le opportune verifiche e le eventuali azioni di sanzione.

I colleghi dovrebbero introiettare l'Ordine come un dispositivo di ascolto che poi agisce in autonomia garantendo l'anonimato delle fonti e quindi tutelando a pieno i professionisti. L'Ordine farà di tutto per tutelare i giovani colleghi e anche i meno giovani che sono in situazioni critiche. Si tratta di riconoscere e farsi carico anche della fragilità della professione.



La parola fragilità ci pone di fronte all'altra faccia della medaglia: l'accessibilità alle cure. Esistono oggi molti progetti sentinella sul territorio, ma quale è realmente la loro ricaduta?

Per quanto riguarda i progetti sentinella rispetto alle cure accessibili, sono senz'altro dei progetti molto importanti che hanno avuto una valutazione a livello nazionale, ma sul territorio non hanno praticamente riscontro. Hanno forse più impatto per esempio gli interventi relativi al controllo dei pazienti che hanno osteonecrosi da bifosfonati, dei pazienti che hanno tumori del cavo orale, ma per quanto riguarda la vera odontoiatria sociale rivolta ai fragili sociali, ai fragili economici, è tutto in divenire, nel senso che non esiste nulla e siamo in balia delle Regioni che devono ancora definire quali siano letteralmente le categorie di fragili sociali.

Nell'ambito pubblico nessuno si fa carico di questa categoria e così anche di fronte alle richieste specifiche di un coinvolgimento della libera professione, come Ordine, non sappiamo definire quali siano i pazienti destinatari. Per scattare una fotografia il più fedele possibile di una condizione socio-economica che interessa una fetta molto ampia di popolazione, possiamo dire che il potenziale economico si è ridotto moltissimo e gran parte di una fascia media è slittata in condizioni di grave disagio sociale. È bene ricordare che oggi la nostra categoria però non trascura il problema anche se – come abbiamo detto – non c'è ancora una logica di sistema. Oggi cerchiamo a più livelli di trovare delle soluzioni che permettano al paziente di affrontare le cure. Ma chi è veramente in grave difficoltà sociale non è lasciato solo. Io non conosco nessun collega che non abbia in carico qualcuno che si trova in gravi condizioni di disagio sociale. Sarebbe importante che noi odontoiatri riuscissimo realmente a creare una serie di concatenazioni per fornire un servizio allargato, ma questo deve partire dal potere politico, non dalla libera professione. Però è importante ribadire che da parte dell'odontoiatria c'è già, non in maniera sistematizzata in un progetto nazionale, ma a livello individuale di professionista, l'attenzione a questo tipo di fragilità; è bene ribadirlo perché nell'immaginario collettivo forse continua a perdurare ancora il mito dell'odontoiatria inaccessibile. Ma l'odontoiatria si fa carico da molto tempo delle fragilità fuori e dentro la professione. È un atto etico e di responsabilità sociale.

Anche i troppi click del mouse possono fare male alla medicina

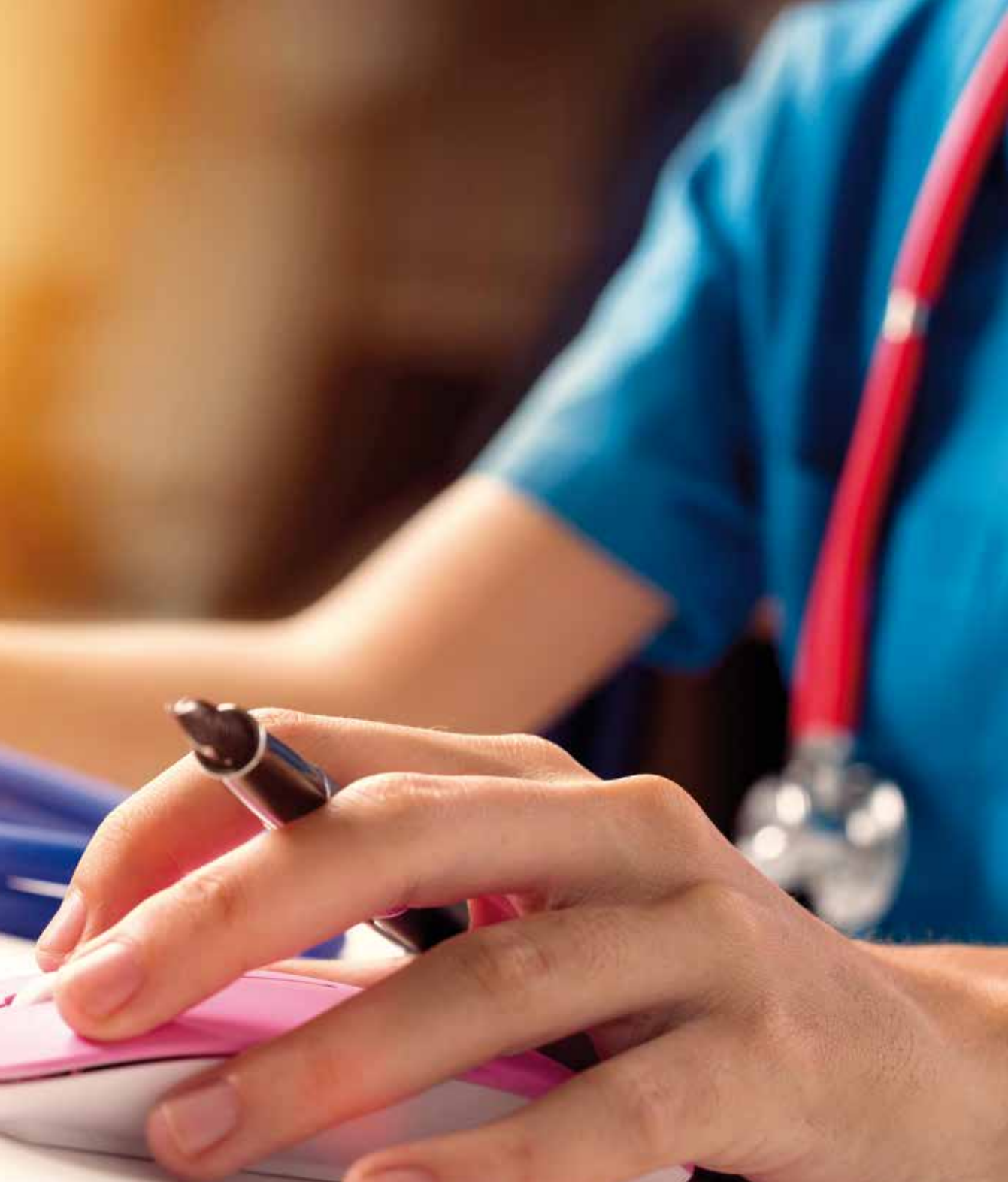
Intervista a Guido Regis
Vice Presidente OMCeO Torino

Il rapporto tra digitalizzazione di dati, informazione e cittadini assume proporzioni molto significative quando parliamo di professione medica. Gli ultimi report nazionali sullo sviluppo del Web in Italia attestano un forte incremento della diffusione di sistemi digitali a fronte però di una scarsa alfabetizzazione dei professionisti. E sull'ICT (Tecnologie dell'Informazione e Comunicazione) inoltre è stato ripensato un intero articolo del Codice Deontologico, nell'ultima revisione del 2014. Come si legge nel rapporto Censis, la Commissione Europea ha definito l'eHealth – traducibile con “sanità elettronica o digitale” – come l'uso delle ICT nei prodotti, servizi e processi sanitari accompagnato da cambiamenti di ordine organizzativo e sviluppo di nuove competenze, il tutto finalizzato ad un miglioramento della salute dei cittadini, dell'efficienza e della produttività in ambito sanitario, nonché a un maggiore valore economico e sociale della salute. L'eHealth riguarda l'interazione tra i pazienti e chi offre i servizi sanitari, la trasmissione di dati tra le varie istituzioni o la comunicazione peer-to-peer tra pazienti e/o professionisti in ambito sanitario.

La maggior parte degli sforzi nello sviluppo della sanità digitale si sono finora concentrati sull'innovazione tecnologica, ma quasi sempre le problematiche legate al contesto di applicazione hanno fatto emergere il peso e l'importanza della componente umana, determinante tanto nel favorire la diffusione e l'uso dei nuovi strumenti quanto nello sfruttamento delle loro potenzialità.

Anche a Torino in ambito ospedaliero e principalmente al CTO i sistemi informativi adottati dalla “governance” hanno creato e stanno creando non pochi problemi tra gli operatori, che, almeno da quanto si evince dal documento a firma di molti sanitari in esso operanti, giunto all'Ordine nel mese di Agosto, lamentano uno scollamento tra la pratica medica, il rapporto medico paziente, e la gestione dei sistemi informativi a loro dire troppo “pesanti e lenti” per favorire la qualità dell'assistenza.

Il rapporto tra sanità e web continua quindi ad essere controverso e spesso frainteso.



Lei cosa ne pensa?

Risponderei innanzitutto con una citazione forse un po' provocatoria. Il suono della medicina non è il click del mouse. È la voce umana. Riprendiamocela. Questo è il titolo di un intervento pronunciato a Boston al VII convegno della Right Care Alliance il 7 maggio 2017 da John Levinson, MD, PhD, un cardiologo e internista del Massachusetts General Hospital, dov'è stato vice presidente del sistema informativo dei medici negli anni 1994-2004. Quindi un medico che ha creduto fin dalle origini alla positività dell'avvento dei sistemi informativi in sanità. Il testo mi è stato fornito dal Dr. Andrea ►

Gardini, Direttore Sanitario dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Ferrara, come membro del Centro Studi FNOMCeO.

È interessante questo riferimento perché spiega che oggi il medico è costretto a dedicare più tempo al PC sul quale compila la cartella clinica o altro, rispetto a quello che dedica al paziente. Ecco alcuni passaggi salienti del suo intervento: *"Si pensava che le cartelle cliniche elettroniche potessero aumentare la qualità, la sicurezza e l'efficienza dell'assistenza sanitaria e fornire immediato accesso alle informazioni vitali per il paziente. Al contrario le cartelle cliniche elettroniche sono diventate ovunque un tormento per i medici e gli infermieri"; "Succhiano l'anima fuori dalla pratica della medicina mentre non migliorano l'assistenza".*



Ma perché quindi, secondo lei, proprio la tecnologia che ha aumentato l'efficienza in ogni altra attività umana è spesso sentita come seccatura per l'assistenza sanitaria?

Ora le cartelle cliniche informatizzate affidano il peso della loro compilazione direttamente ai medici, dobbiamo farlo durante le nostre visite ambulatoriali, 'gli incontri', come gli informatici le chiamano. Ma i medici non hanno progettato né scelto questi sistemi, sono stati loro imposti...

Intanto non è vero che è sentita come una seccatura. Se un sistema informativo viene strutturato secondo i principi fondamentali previsti nelle linee guida della "Analisi di Fattibilità per l'acquisizione delle forniture ICT", vale a dire fruibilità ed agilità del sistema, la popolazione medica è ampiamente disponibile a recepirne e sfruttarne i vantaggi. Ma per prima cosa il medico vuole e deve occuparsi dei pazienti e farlo richiede tempo ed estrema attenzione. Con molti sistemi informativi sei costretto a disattendere questo principio. Levinson spiega molto bene il fenomeno e dice: *"Invece di semplificare questo nostro lavoro le cartelle cliniche elettroniche lo complicano. Esse richiedono troppo lavoro extra, a causa degli innumerevoli moduli con risposte a scelta multipla che difficilmente si adattano ai fatti e che richiedono click dopo click per riuscire a compilare tutto; hai bisogno di scrivere una prescrizione (un esercizio per il quale ci volevano non più di 15 secondi): un'altra serie di click; scrivere, riempire moduli, spedire i risultati e riordinare referti, tutto veniva fatto dagli assistenti amministrativi. Ora le cartelle cliniche informatizzate affidano il peso della loro compilazione direttamente ai medici, dobbiamo farlo durante le nostre visite ambulatoriali, 'gli incontri', come gli informatici le chiamano. Ma i medici non hanno progettato né scelto questi sistemi, sono stati loro imposti... i medici e gli infermieri sanno bene che una buona diagnosi ed un buon trattamento richiedono grande attenzione nell'ascoltare il paziente. Ma quando si spinge il bottone sbagliato si prescrive l'esame sbagliato o la medicina sbagliata, a volte indipendentemente dall'errore spesso non funziona proprio niente, e questo ritarda le cure vere e proprie. Queste migliaia di click sono insostenibili ed accade tutti i giorni. Siamo frustrati dalle cartelle cliniche informatizzate perché ci allontanano dai nostri pazienti. E per di più se compilate in ospedali diversi non comunicano fra loro. Ci siamo ormai resi conto che gran parte del lavoro delle cartelle cliniche informatizzate sia sostanzialmente finalizzato ad ottimizzare la riscossione dei pagamenti dell'ospedale".*

Quest'ultimo aspetto per fortuna in Italia non è attuale ma comunque anche questa ottimizzazione paradossalmente alla fine non si realizza.



Con chi ce la possiamo prendere allora?

Anche qui il Prof. Levinson corre in mio aiuto e dice: *"...con le case di produzione di software che hanno lobbizzato il Congresso per chiedere ad ogni ospedale ed ad ogni medico di installare un sistema informativo; con quegli amministratori degli ospedali i quali hanno acquistato una tecnologia che attribuisce i doveri di fatturazione a medici ed infermieri, con i programmatori federali che hanno imposto ai sistemi delle cartelle cliniche informatizzate numerosi requisiti di qualità che nulla hanno a che fare con il miglioramento dell'assistenza. Non vogliamo tornare indietro. Crediamo che l'infor-*

matica sia essenziale per il futuro della medicina. Semplicemente vogliamo tutti che l'informatica mantenga la promessa di migliorare l'assistenza e di rendere veramente disponibili le informazioni sui pazienti".

Queste considerazioni ci restituiscono uno scenario difficile per i professionisti che quotidianamente devono fare i conti con procedure complesse all'interno di una complessità ancora più radicata: quella della relazione con il cittadino e con il paziente che richiede velocità, precisione e trasparenza. È necessario forse ricostruire un po' la storia di questa presunta 'vocazione digitale'.

Inizio col dire che immagino la maggior parte dei colleghi condivida gli stralci dell'intervento del Prof. Levinson.

Ebbene io, fino ad un paio d'anni fa, mi sarei assolutamente dissociato.

Da quando alla fine del secolo scorso ho iniziato ad occuparmi di sistemi informativi in sanità ho sempre creduto che la tecnologia avrebbe trovato una iniziale resistenza, soprattutto fra i medici più anziani. Ma ero nel contempo certo che anche i più renitenti, se gli HIS i RIS ed i PACS (rispettivamente Hospital Information System, Radiology Information System, Picture Archiving and Communication System) che si affacciavano nel mondo sanitario fossero stati studiati, realizzati ed implementati con la finalità di rendere progressivamente più agile, veloce, "film and paper less", trasmissibile in tempo reale a distanza, condivisibile, ogni atto medico, si sarebbero resi conto che dopo un breve periodo formativo, la tecnologia li avrebbe messi nelle condizioni di dedicare più tempo a più pazienti, con maggiore efficacia e minor rischio clinico.



È stato effettivamente così? Quali ripercussioni ha riscontrato nella sua realtà professionale di riferimento?

Ecco proprio rispondendo a questa domanda specifico meglio quanto enunciato prima, rispetto al fatto che il popolo medico non vive come una seccatura i buoni sistemi informativi. Sono stati necessari non più di cinque anni per comprendere che quanto avevo previsto, nella mia realtà lavorativa presso il CTO di Torino, si era realizzato ed aveva grandi possibilità di implementazione. In radiologia potevamo refertare agilmente e velocemente sia con modelli standard modificabili, sia tramite refertazione vocale, su grandi monitor ad alta definizione immagini radiologiche di ogni tipo, che potevano essere ingrandite, particolareggiate, modificate senza ripetere l'esposizione a radiazioni per il paziente. Era praticamente impossibile, anche in caso di gravi distrazioni da parte del personale tecnico infermieristico e medico, attribuire un'immagine sbagliata ad un paziente. Non si inquinava più l'ambiente con pellicole radiografiche, ma si consegnavano CD. Il tempo di refertazione si era ridotto notevolmente rispetto agli anni in cui si dettava il referto su nastro o direttamente su PC e si osservavano le pellicole sul diafanoscopio. Il tempo da dedicare ai pazienti per l'anamnesi era effettivamente aumentato. Ma soprattutto i nostri referti erano immediatamente disponibili nei reparti e su tutti i tre presidi della nostra azienda, per quanto distanti tra loro, con ottime ricadute positive sui colleghi che potevano agilmente vedere a loro volta direttamente persino in sala operatoria immagini e referti su monitor. Potevano implementare le ricostruzioni, fare misurazioni ed utilizzarle al fine di rendere più sicuro l'atto medico e chirurgico. I pazienti che accedevano al nostro ospedale più volte, avevano il loro "dossier" radiologico archiviato e rapidamente consultabile per i confronti. Ho elencato solo alcuni dei tantissimi risvolti positivi di quel sistema informativo, ottimamente integrato con le esigenze mediche e di tutto il personale ospedaliero.

Tutto si era svolto molto correttamente, certo con fisiologici temporanei disagi, ma assorbiti perfettamente da tutti gli "stakeholder", perché consapevoli del risultato finale positivo.

Già nel 2005 una relazione: "SISTEMI INFORMATIVI MEDICI: passato, presente e futu- ►

Era praticamente impossibile, [...] attribuire un'immagine sbagliata ad un paziente. Non si inquinava più l'ambiente con pellicole radiografiche, ma si consegnavano CD. Il tempo di refertazione si era ridotto notevolmente [...] Il tempo da dedicare ai pazienti per l'anamnesi era effettivamente aumentato.

Non ci eravamo resi conto, però, che quella realtà così avanzata del nostro RIS (Radiology Information System) e PACS (Picture Archiving and Communication System), si scontrava con l'HIS (Hospital Information System) adottato in azienda.

ro" di Reinhold Haux della Technical University of Braunschweig, Institute for Medical Informatics, di Braunschweig, in Germania, tratta da una lettura, tenuta all'Assemblea Plenaria della Conferenza Euro MISE 2004, il 14 Aprile 2004, nell'Aula Magna della Charles University a Praga, affrontava il tema in modo estremamente virtuoso.

La conferenza era organizzata dal Centro Europeo d'Informatica Medica, Statistica ed Epidemiologia (EuroMISE Centre), presieduta dal Professor Jana Zvarova, allora Presidente dell'UMIT (University for Health Sciences, Medical Informatics and Technology) a Innsbruck, Austria.

L'autore spiegava come il loro sistema informativo quindi l'HIS, avrebbe consentito una rapida ed immediata compilazione delle registrazioni dei pazienti, delle cartelle cliniche, delle visite, delle dimissioni, ma si integrava perfettamente con il RIS ed il PACS delle diagnostiche, e dava già allora una prima opportunità nel corso della visita stessa di condividere con il paziente, semplicemente inserendo i dati clinici ed anamnestici, alcuni report bibliografici su Medline delle situazioni cliniche analoghe a quella che stavano affrontando con lui, in modo da decidere insieme come procedere nel percorso clinico.

Mi rendevo conto che il nostro ospedale era allineato con questo sistema avanzato di tecnologia; noi eravamo già in grado, per esempio, di archiviare per patologie e di estrapolare rapidamente i dati per le pubblicazioni scientifiche, le relazioni congressuali, le valutazioni comparative dei casi clinici simili.

Leggere le criticità declinate in quella relazione, le loro possibili soluzioni in termini di velocità di utilizzo dei dati per ricerca non solo epidemiologica, faceva presagire un ulteriore sviluppo positivo in tempi brevi.





E allora dov'è che le vostre aspettative sono state disattese?

Non ci eravamo resi conto che quella realtà così avanzata del nostro RIS e PACS, si scontrava con l'HIS adottato in azienda. Proprio in quel periodo è iniziata anche una frequentazione degli ospedali adiacenti al CTO, oggi divenuti un'unica azienda sotto il nome di "Città della Salute e della Scienza", a seguito della richiesta di nostre prestazioni cliniche interventistiche, soprattutto sui pazienti pediatrici.

Abbiamo scoperto che i RIS e PACS erano diversi dal nostro, anch'essi con caratteristiche e performance analoghe o di poco inferiori al nostro, ma non utilizzati appieno in quanto ai colleghi radiologi era stata sostanzialmente imposta la refertazione su un RIS integrato nel sistema HIS analogo a quello presente presso il CTO.

Un HIS, macchinoso, con termini e passaggi poco pertinenti con la sanità: tanto per indicarne uno apparentemente non sostanziale ma di fatto emblematico, la prescrizione corrispondeva al termine "ordine": in sostanza un HIS con caratteristiche lontane rispetto al nostro RIS e soprattutto a quelle descritte da Haux.

Con la giustificazione, formalmente ineccepibile, che l'accorpamento delle aziende richiedeva un unico sistema informativo in grado prima di dialogare, trasmettere informazioni ed immagini dei pazienti fra i vari presidi, con la prospettiva di allargare poi giustamente la rete a tutti gli ospedali della regione, il fulcro di questo progetto risiedeva nell'adozione dell'HIS elefantiaco e farraginoso già in essere, per il quale tra l'altro erano già state impiegate, con scarsi risultati, ingenti risorse nel tentativo di renderlo più agile e fruibile.

I medici, gli infermieri, tutto il personale sanitario ed amministrativo, sono stati costretti in tempi diversi ad adattare le loro performance sostanzialmente al ribasso, modello Prof. Levinson direi ironicamente, allungando progressivamente anche quando ben formati, quasi tutti i passaggi necessari all'accoglienza, cura e dimissione di ciascun paziente. I tempi di attesa sono aumentati, il numero di prestazioni si è ridotto, i clinici non hanno più avuto agilmente a disposizione la tecnologia e le immagini che li rendeva più sicuri e pronti nei loro atti medici e chirurgici, ci sono e saranno innumerevoli piccole e grandi criticità parzialmente o per nulla risolvibili. Il malcontento tra gli operatori è cresciuto.



Possiamo trarre delle conclusioni di ordine generale da questa esperienza in un settore che si può comunque definire 'strategico' per la medicina?

Tornando da dove sono partito, dico che oggi mi trovo purtroppo d'accordo con lo sconforto di Levinson, ma come lui sono convinto che non è la tecnologia responsabile dell'allontanamento di tanti medici dai loro pazienti e delle gravi criticità che evidentemente non solo in Italia, e non solo alla Città della Salute e della Scienza di Torino si stanno verificando, ma la scarsa capacità di analisi ed ammissione degli errori e degli obiettivi mancati che dovrebbero portare ad un cambio di rotta.

La guida per percorrere questa strada sta nella passione di essere medici che tantissimi di noi condividono e che non deve essere ostacolata da strumenti tecnologici, immaginati per favorire la cura del paziente, ma che troppo spesso, se mal gestiti, divengono idoli immodificabili per i quali si rischia di perdere di vista l'umanità del paziente e conseguentemente uno dei significati primari della nostra professione.

Orizzonti della professione: alcuni nodi critici

Intervista a Rosella Zerbi
Segretaria OMCeO Torino



Giusto orario di lavoro: a che punto siamo?

Per "giusto orario" si intende il rispetto degli orari di lavoro e dei riposi vigenti in tutti gli Stati dell'Unione Europea come definito dalla Direttiva europea 2003/88/Ce che stabilisce le condizioni minime che ogni Stato aderente è tenuto a rispettare per garantire la sicurezza e la salute dei lavoratori.

La direttiva si applica a tutti i settori pubblici e privati e include la dirigenza medica e sanitaria.

È un argomento che viene spesso affrontato focalizzandosi sull'orario di lavoro mentre sarebbe invece opportuno puntare l'attenzione sui riposi e su quello che la norma nell'Articolo 2 punto 9 e nell'articolo 3 (direttiva 2003/88/Ce) definisce l'adeguato riposo.

È evidente come nel caso del medico e dell'odontoiatra il riposo adeguato necessario per poter riacquistare la condizione psicofisica indispensabile per operare nelle migliori condizioni sia strettamente connessa con la sicurezza delle cure per il cittadino.

Non si può inoltre ignorare che l'età media dei medici sempre più alta e l'età pensionabile sempre più lontana, con medici che fino a 67 anni fanno anche turni notturni rende l'argomento dell'adeguato riposo non trascurabile.

Questa direttiva è stata a lungo disattesa dall'Italia che l'ha recepita solo nel 2014 con la legge 161/2014 art. 14 "Disposizioni in materia di orario di lavoro del personale delle aree dirigenziali e del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale" annullando così la procedura di infrazione n. 2011/4185 e le relative sanzioni pecuniarie.

L'applicazione della direttiva 2003/88/Ce. in un'organizzazione con adeguate risorse soprattutto professionali, ma anche strutturali e tecnologiche, diventa di per sé una garanzia di prestazione standardizzata e sicura. Sicura per il professionista e per il cittadino.

Tuttavia la sua l'applicazione in sanità è stata, ed è, spesso difficile soprattutto in regioni, come il Piemonte, per anni soggette a blocco del turn-over del personale che ha indotto carenza di personale rispetto ai carichi di lavoro. Se le dotazioni organiche fossero adeguate, non ci sarebbero disfunzioni né difficoltà nell'applicazione dei riposi.

La criticità di sistema nasce anche dal fatto che nel tempo proprio per vicariare a carenze di personale alcuni istituti contrattuali si sono applicati in modo non precisamente rispettosi del dettato contrattuale. Tra tutte l'istituto della reperibilità esteso oltre i limiti contrattuali per vicariare la carenza di personale. Un altro aspetto di criticità è legato alle prestazioni di radiologia, di laboratorio, e a tutta una serie di interventi strumentali che, se fossero eseguiti con maggiori risorse professionali, favorirebbero anche l'abbattimento delle liste d'attesa.

Però – per arrivare a questo assetto- bisognerebbe fare un investimento sistematico, e la sanità pubblica – a ben vedere – non è purtroppo considerata un settore produttivo di investimento.



Pubblico e privato: esiste uno sbilanciamento? E quanto pesa sui professionisti?

La sanità privata si sta diffondendo molto anche se è necessario tenere conto delle differenze all'interno del settore. Ma oggi c'è senza dubbio una grande difformità sulla presenza di privato, in varie regioni d'Italia. Il Piemonte è stata storicamente una delle regioni meno sviluppate in questa direzione, ma ultimamente la sanità privata è aumentata anche qui sul nostro territorio. Che riflessione possiamo fare?

Sicuramente per il settore privato il Servizio Sanitario Nazionale è una garanzia perché in parte lo finanzia: dal bilancio regionale escono per esempio risorse che vanno a retribuire alcune prestazioni che il privato convenzionato eroga al posto del pubblico.

Quindi c'è una parte di privato, accreditato, convenzionato che beneficia di risorse pubbliche per le sue prestazioni. Però l'aspetto fondamentale e peculiare del Sistema Sanitario Nazionale, cioè del pubblico, è che si fa carico dell'emergenza-urgenza o di prestazioni e interventi molto complessi. E allora per provare a fare una valutazione al netto di giudizi di competenza forse bisogna partire dagli obiettivi della nostra sanità: il Sistema Sanitario Nazionale ha come suo obiettivo la salute dei cittadini; la sanità privata ha necessariamente fra i suoi obiettivi quello di fare profitto. In Italia la sanità è uno dei maggiori settori produttivi del Paese, con il suo indotto, e quindi vuol dire che non solo crea salute ma anche lavoro, crea benessere ed è un sistema poco caro per la comunità, sempre meno caro di altri Sistemi Sanitari Nazionali europei. A fronte di queste valutazioni oggettive, sembra strano che un paese come il nostro non investa nel SSN. Ed anche in Piemonte si ha l'impressione che si stia disinvestendo molto su questo settore.

Bisogna poi chiedersi quanto incide il settore privato sulla remunerazione dei professionisti perché se la prestazione diventa meno onerosa per il cittadino perché il professionista viene sottopagato o lavora a cottimo, cioè viene retribuito a prestazione, ci sono delle considerazioni un po' più articolate. E in queste valutazioni incide molto la mentalità collettiva perché si tratta di una questione anche politica: consideriamo la salute come un bene del singolo ma anche della comunità, oppure come un prodotto che acquistiamo?

Per guardare il problema dalla parte dei professionisti, diciamo che un neolaureato ovviamente va dove riesce a lavorare, quindi nel pubblico o nel privato. Credo però che ancora adesso il pubblico sia visto dai nostri giovani colleghi come l'obiettivo a ►

In Italia la sanità è uno dei maggiori settori produttivi del Paese, con il suo indotto, e quindi vuol dire che non solo crea salute ma anche lavoro, crea benessere ed è un sistema poco caro per la comunità, sempre meno caro di altri Sistemi Sanitari Nazionali europei.



Esiste secondo lei una precarietà professionale legata al genere?

Il concetto di precarietà ha in sé il concetto di instabilità, insicurezza, incertezza, di temporaneità e colpisce prevalentemente le giovani generazioni. Sicuramente in Italia ciò vale più per le donne che per gli uomini. Le differenze di genere ci sono e non sono solo un problema di retribuzione, come spesso si pensa, ma un fatto culturale e sociale molto radicato. La "discriminazione" di genere si accentua laddove l'organizzazione del lavoro va a scontrarsi pesantemente con la vita quotidiana, con la carente offerta di servizi. La professione medica richiede spesso flessibilità di orari di lavoro nelle 24 ore, nei giorni festivi.

Inoltre la nostra società non è predisposta a valorizzare e supportare le fasi cruciali della vita, a offrire possibilità di armonizzazione, conciliazione tra vita e lavoro. Non mi riferisco solo alla maternità, anche se i dati Istat sull'indice di fertilità in Italia che indicano quanto questo sia molto più basso rispetto ai paesi europei (1,27 nel 2015) e come anche le straniere in Italia "adeguino" nel tempo il loro indice di fertilità a quello delle Italiane pone in evidenza come il contesto sociale in cui viviamo condizioni e limiti le scelte personali.

Tasso di fecondità totale ed età media al parto delle donne italiane e straniere Anni 2008-2015

ANNO	Tasso di fecondità totale		Età media al parto	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
2008	1,34	2,65	31,7	27,5
2009	1,33	2,55	31,8	27,8
2010	1,34	2,43	31,9	28,1
2011	1,32	2,36	32,0	28,4
2012	1,29	2,37	32,0	28,4
2013	1,29	2,10	32,1	28,6
2014	1,29	1,97	32,1	28,6
2015	1,27	1,94	32,3	28,7

Possiamo dire che il nostro paese non considera le tappe biografiche come momenti di crescita personale e professionale. Come atti di alto valore sociale.

La donna in Italia è più coinvolta degli uomini con la disposizione alla cura, e non solo di figli, di coniugi o genitori, di persone a cui è legata affettivamente. Lo è, come

dimostrano i dati del conto annuale dello stato (tabella), anche quando ha un lavoro. Non sempre è una scelta. In particolare nel comparto SSN la distribuzione tra maschi e femmine dei congedi per la legge 104 e per assistenza a congiunti con grave handicap (legge 151/ art. 42 c5) presentano un divario più ampio rispetto al comparto del pubblico impiego, essendo rispettivamente 27% e 73% per la legge 104 e 20% e 80% per l'art. 42 c5.

Questo conferma come la carenza di servizi sociali concorra in modo significativo sulle scelte personali e professionali delle giovani. Per le donne è stretto e spesso difficile armonizzare il rapporto tra fasi della vita e tappe professionali: frequentemente le prime condizionano pesantemente le seconde o viceversa.



Chi sono i giovani medici? A che età possiamo ancora considerarli tali?

Non possiamo guardare a medici di 35-40 anni come a giovani inesperti, ancora da formare. Oggi questi giovani sono specializzati, spesso plurispecializzati e molto competenti dovrebbero essere posti nelle condizioni di avere le *chances* per realizzare progetti da un punto di vista professionale, personale, di autonomia e di crescita. Negli ultimi vent'anni sono certamente cambiati alcuni scenari. Vent'anni fa era possibile accedere alla professione solo con la laurea e l'esame di abilitazione era molto più breve. Ciò comportava per i più la possibilità di accedere al lavoro con un anticipo di 5-6 anni rispetto ad oggi. È una grande contraddizione abilitare i giovani laureati in medicina all'esercizio della professione medica e poi di fatto offrire loro limitatissime possibilità di lavoro senza una ulteriore specializzazione o un corso professionalizzante post laurea. Non si capisce perché oggi un laureato abilitato non possa fare il medico ed anzi chi intraprende la strada della specializzazione sia addirittura quasi distanziato dalla possibilità di fare il medico e incanalato in un percorso di medicina parcellizzata. Quello che dovrebbe essere un "di più" rischia di diventare un limite. Il "problema" del genere è anche strettamente legato al percorso formativo che condiziona l'ingresso nella professione: una logica che incide senza dubbio di più sulle donne.

Totale Tabella

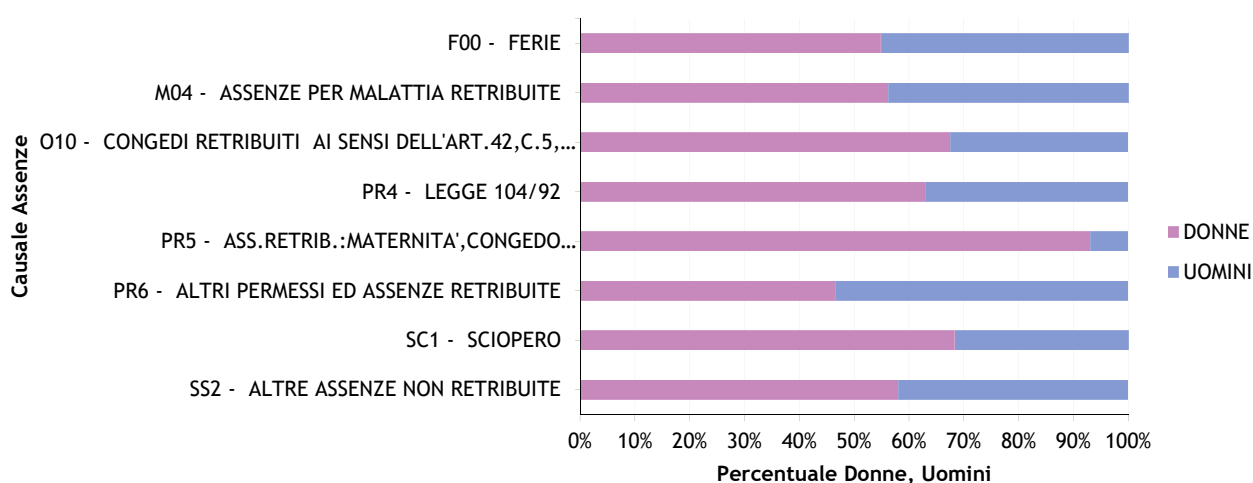


TABELLA DI RIPARTIZIONE DELLE ASSENZE DAL LAVORO NEL PUBBLICO IMPIEGO.

ADEGUATO RIPOSO (art. 2 p. 9 direttiva CE 88/2003)

“[...] i lavoratori dispongano di periodi di riposo regolari [...] e sufficientemente lunghi e continui per evitare che essi, a causa della stanchezza, della fatica o di altri fattori che perturbano la organizzazione del lavoro, causino lesioni a se stessi [...] o a terzi o danneggino la loro salute a breve o a lungo termine”

Art. 3 direttiva CE 88/2003

“Gli Stati membri prendono le misure necessarie affinché ogni lavoratore benefici, nel corso di ogni periodo di 24 ore, di un periodo minimo di riposo di 11 ore consecutive”



In che modo l'ordine si può far carico delle necessità e dei bisogni dei professionisti?

Io parlerei più che di bisogni, di “buone condizioni di lavoro”. L'Ordine, avendo tra suoi compiti quello di garantire la professionalità dei suoi iscritti proprio a tutela del cittadino, ha un ruolo strategico in questo discorso. Tutti noi dovremmo pensare all'Ordine come a qualcosa che esiste perché noi esistiamo: noi siamo l'Ordine. Noi professionisti dovremmo poter lavorare in un contesto organizzativo che ci supporta, e invece molto spesso il professionista e il cittadino non sono al centro del sistema perché è altro ad essere centrale: burocrazia, tecnologia, logiche politiche.

L'Ordine in questo senso è l'istituzione che più si fa carico del compito di accogliere e di agevolare la professione e di garantire le migliori condizioni possibili in cui esercitarla.

La *mission* dell'Ordine è allora veramente focalizzata sul professionista, sul suo modo di lavorare, e questa è una importante specificità dell'istituzione ordinistica: essere la casa comune dei colleghi, essere un luogo di libera aggregazione e di libero scambio e confronto sul territorio.

Fonti

MEF Ragioneria Generale dello Stato Conto annuale dello Stato: <http://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/e-GOVERNME1/SICO/Conto-annu/2015/Inevidenza/index.html>

Istat, rapporto annuale 2017 <https://www.istat.it/it/archivio/199318>

Direttiva 2003/88/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 4 novembre 2003

Legge 30 ottobre 2014, n. 161

BURNOUT: quando a stare male sono i medici

Intervista a Chiara Rivetti

Tesoriere OMCeO Torino



Che cosa si intende per burnout?

Per burnout si intende una condizione di esaurimento emotivo e di depersonalizzazione correlata allo stress e al disinteresse per il proprio lavoro. È un problema che coinvolge medici e operatori sanitari, soprattutto le figure il cui lavoro è sottoposto a turni più intensi e i professionisti in età avanzata. Negli ultimi anni, il burnout è diventato oggetto di attenzione crescente. Attenendoci alla letteratura scientifica sul tema, e prendendo in considerazione l'arco degli ultimi trent'anni, le pubblicazioni sono aumentate del 500%.



Dove si possono rintracciare le radici del fenomeno?

Sono molteplici. Il definanziamento del sistema sanitario è senza dubbio un fattore: è la causa del blocco delle assunzioni nonché, di conseguenza, dell'aumento dell'età anagrafica del personale medico. Ciò comporta che ad affrontare turni disagiati, come i week-end e le notti, siano medici sempre più anziani. Una condizione che pesa non solo dal punto di vista lavorativo del singolo, ma anche dal punto di vista familiare, perché rischia di alterare in modo irreversibile gli equilibri della vita extra-lavorativa. Altra inevitabile conseguenza del blocco di assunzioni è un carico di lavoro sempre più pesante. A fronte del quale il medico ha sempre più difficoltà ad aggiornarsi e, in parallelo, sempre meno prospettive di avanzamento. I tagli, infatti, hanno ridotto anche il numero di strutture semplici e complesse: riducendo i primariati, diminuiscono le probabilità di accedere a incarichi di responsabilità maggiore, dunque le possibilità di avanzamento di carriera.

Altro elemento di grande disagio è la burocratizzazione del lavoro: negli ultimi anni la maggior parte del nostro tempo – che dovrebbe essere dedicato al paziente, alla visita e all'ascolto – è impiegato per lo svolgimento di mansioni prettamente burocratiche, di segretariato. L'informatizza- ►



zione da una parte ha consentito di accedere con più facilità ai dati, di sistematizzarli in modo più razionale e di ricavarne più agevolmente statistiche, ma richiede tempo. Invece di alleggerire il lavoro, ha paradossalmente contribuito ad appesantirlo.

In tutto ciò, come si è già detto, anche il rapporto con il malato si è svilito.

Il senso della medicina "sobria, rispettosa e giusta", con tutta la filosofia che la supporta (quella portata avanti da Slow Medicine, per fare un esempio), si perde nel magma della burocrazia.



Tornando all'incidenza del burnout e ai suoi numeri crescenti, che in passato il fenomeno fosse meno evidente può dipendere – oltre che da condizioni di lavoro oggettivamente diverse – dalla mancanza di studi sul tema, associata magari a una certa 'ritrosia' della stessa professione medica a parlarne?

Certamente, nel quadro generale, dobbiamo considerare anche il pudore della professione nell'affrontare l'argomento. Un pudore comprensibile perché si tratta di una forma di tutela, anche nei confronti del paziente: non vogliamo che, a causa di alcune oggettive difficoltà, venga meno il rapporto di fiducia, o se ne generalizzi l'entità. Che le condizioni lavorative siano peggiorate, però, è un dato di fatto: da una parte, come si diceva, i tagli al personale, con conseguente sovraccarico di oneri, clinici e anche burocratici, dall'altra, e questo è un ulteriore elemento di difficoltà, malati sempre più complessi, e quindi condizioni patologiche che richiedono una gestione a sua volta sempre più articolata.

Del resto, se pensiamo alla gestione sanitaria in termini aziendali, e se facciamo un confronto con i tanti settori in crisi nel nostro paese, il settore sanitario non lo è affatto. Che si registri una maggiore incidenza di burnout attesta proprio il sovraccarico di lavoro: un lavoro che non viene supportato, sul quale non si investe a sufficienza.

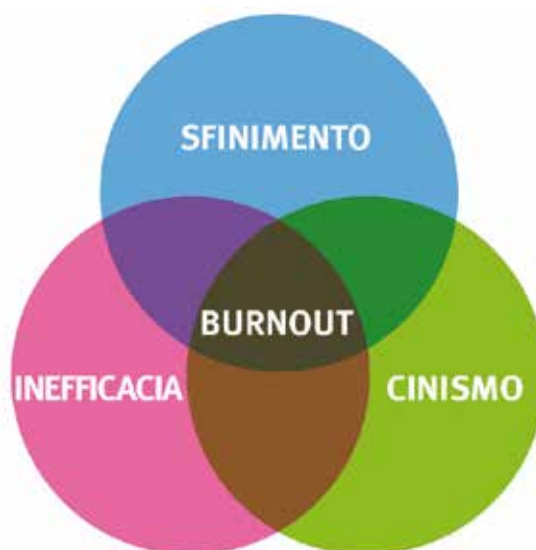


Gli studenti di medicina hanno idea secondo lei di queste difficoltà?

Uno studio di qualche anno fa, pubblicato sull'«Annual of Internal Medicine» nel 2008, indagava la presenza di idee suicidarie tra gli studenti di medicina statunitensi, rilevando problemi di burnout nel 49% dei casi. Di questo 49% circa un quinto (l'11%) dichiarava di aver avuto almeno un'idea suicidiaria nel corso degli anni di studio. In generale, credo si possa dire che gli studenti abbiano un'idea piuttosto precisa del carico di stress che comporta la professione: in parte ne sperimentano l'entità già nell'arco del percorso formativo. Tornando a chi già esercita la professione, un'altra ricerca statunitense, del 2012, riportava un'incidenza di burnout del 30%: circa un terzo degli intervistati ammetteva di sentirsi in una situazione di delusione e apatia nei confronti del proprio lavoro.

Per quanto riguarda la situazione italiana, si può citare l'indagine svolta dall'Anaao su un campione di circa 2000 medici in tutte regioni.

Questi dati non sono 'solo' un generico allarme: sono, o dovrebbero essere, l'occasione per affrontare il problema. Quando si parla di burnout, non bisogna dimenticare che le conseguenze sono sul lavoratore e sulla qualità del suo lavoro, ma anche sulla sua famiglia, e prima ancora sul paziente.



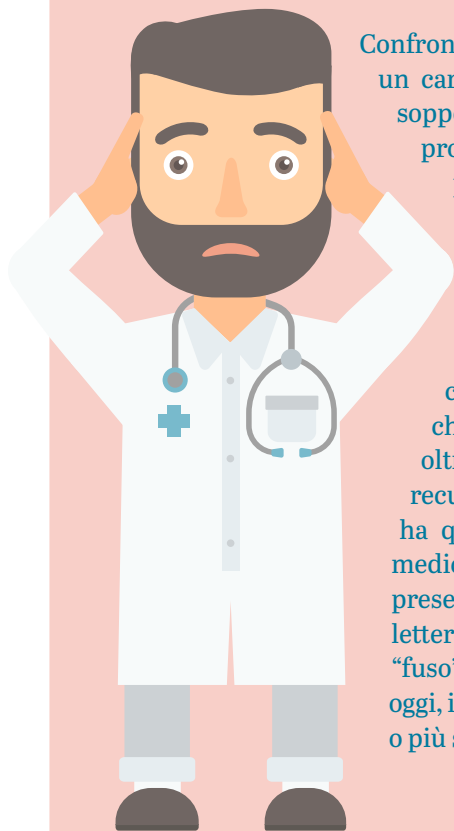
Alle criticità che derivano dall'aumento dei carichi di lavoro tra i medici operanti nella sanità pubblica, Anaao Giovani aveva dedicato un'apposita indagine: condotta su tutto il territorio nazionale, la survey prevedeva l'invio di un questionario online, a cui hanno complessivamente risposto 1925 medici. I dati sono stati raccolti tra l'ottobre del 2014 e il febbraio del 2015. Di seguito riportiamo alcuni stralci (mentre il lavoro completo si può reperire a questo indirizzo: <http://www.panoramasanita.it/wp-content/uploads/2015/04/indagine-realizzata-da-Anaao-Giovani.pdf>).

A parità di costi, la maggiore utilizzazione della forza lavoro ha determinato un aumento del numero delle prestazioni pro-capite a scapito di un evidente peggioramento delle condizioni lavorative divenute più gravose e rischiose.

Come già precedentemente segnalato da un report Anaao [1], un incremento importante e prolungato dell'orario di lavoro è associato non solo ad un peggioramento oggettivo delle performance cognitive e ad un incremento del rischio clinico, ma anche ad un incremento del rischio di malattie per gli operatori e della sindrome da burnout [2]. Il burnout, tradotto letteralmente dall'inglese in "bruciato", "fuso", indica una condizione di esaurimento emotivo che colpisce prevalentemente gli operatori di professioni ad elevato investimento relazionale come quelli del settore sanitario. Il medico o infermiere sottoposto a carichi di lavoro e stress eccessivi inizia a perdere progressivamente l'empatia fino al raggiungimento della "morte professionale", ossia la completa indifferenza verso la propria professione. E tutto ciò, oltre ad avere degli evidenti effetti drammatici sul piano individuale, ha degli indubbi effetti negativi particolarmente sul piano organizzativo e lavorativo con il calo della qualità del servizio, il calo della performance e l'aumento dell'assenteismo [3].

QUAL È L'IDENTIKIT DEL NOSTRO MEDICO DI OGGI?

Confrontando le risposte di chi ha lamentato di essere sottoposto ad un carico lavorativo eccessivo con quelle di chi ritiene sia adeguato e sopportabile, traspare una situazione critica di forte disagio umano e professionale. Il medico sotto stress è un professionista che vive la propria attività lavorativa come causa importante di ripercussioni negative sulla sua vita privata, che gestisce da solo dai 12 fino ai 22 e più pazienti al giorno, che svolge dalle 7 alle 16 guardie al mese, con un numero di guardie notturne che va dai 4 agli 8 turni, che spesso, per problematiche organizzative connesse alle carenze d'organico, è costretto a lavorare anche dopo il turno notturno, che non riesce ad usufruire della pausa pranzo in orario di lavoro, che non ha tempo per coltivare un hobby o uno sport, accumulando oltre 150 ore annue di straordinario, che difficilmente potranno essere recuperate o monetizzate. Questa de-regulation dell'orario lavorativo ha quindi importanti ripercussioni sulla salute fisica e mentale del medico che, oltre a soffrire di malattie cardiovascolari e metaboliche, presenta rilevanti disturbi del sonno e psicologici. Infatti, se la traduzione letteraria dall'inglese del termine burnout corrisponde a "bruciato" e "fuso", la nostra Survey dimostra inequivocabilmente che il medico di oggi, indipendentemente dall'età, è un professionista emotivamente labile o più semplicemente stressato.



[1] Paola Gnerre, Domenico Montemurro, Carlo Palermo, Sergio Costantino. Il lavoro ai tempi del Burn out. Sole 24 Ore Sanità 18-24 Novembre 2014.

[2] Kissling W, Mendel R, Förstl H. The burn-out syndrome: prevalence, symptoms, differential diagnosis and treatment. Dtsch Med Wochenschr. 2014 Dec;139(50):2587-96

[3] Pranjic N, Males-Bilic L. Work ability index, absenteeism and depression among patients with burnout syndrome. Mater Sociomed. 2014 Aug;26(4):249-52.

Occorre sottolineare che questi dati non sono 'solo' un generico allarme: sono, o dovrebbero essere, l'occasione per affrontare il problema. Quando si parla di burnout, non bisogna dimenticare che le conseguenze sono sul lavoratore e sulla qualità del suo lavoro, ma anche sulla sua famiglia, e prima ancora sul paziente.



A chi spetta la presa in carico del problema?

Tra gli strumenti per la presa in carico del problema possiamo citare i C.U.G. (Comitati Unici di Garanzia), che riuniscono le competenze dei precedenti comitati per le pari opportunità e dei comitati anti-mobbing. Presenti in tutte le Asl, il fine dell'attività dei C.U.G. è il benessere lavorativo, che come abbiamo visto risulta compromesso in un numero crescente di circostanze di cui occorre tener conto, dai casi di maternità non sostituita al sistema di turni dell'emergenza/urgenza. Il problema va poi affrontato a livello sindacale e ordinistico.



In che modo può intervenire l'Ordine?

L'Ordine può certamente farsi portavoce di questo malessere.

Le criticità da cui deriva il burnout dovranno, innanzitutto, essere affrontate con le parti politiche. Un intervento di grande utilità sarebbe poi l'elaborazione di un metodo per calcolare con precisione l'entità del carico lavorativo. Attualmente l'unico parametro sono le ore di straordinario, ma occorrerebbe misurarne anche l'"intensità", perché è chiaro che la quantità di tempo non è sufficiente a descrivere il carico di stress effettivo: se nelle ore di turno, in pronto soccorso, rianimazione o medicina interna, è possibile svolgere serenamente il proprio lavoro, dedicare a ogni visita il tempo necessario e a ogni malato l'adeguata attenzione, è un conto. Se nello stesso arco di tempo il numero dei pazienti è eccessivo e le tipologie patologiche complesse, allora siamo a rischio di burnout. A parità di ore. Elaborare un modello di misurazione che ne tenesse conto sarebbe quindi importante. Ferma restando, a monte, la necessità di farsi portavoce dello sblocco delle assunzioni.

Ultimo importante snodo del discorso è la sensibilizzazione del professionista. La categoria dei medici tende ad affrontare il proprio lavoro come una sorta di 'missione': tendiamo a sentirci indispensabili, e il rischio di burnout è maggiore, nel momento in cui si cerca di soddisfare tutte le richieste. Dovremmo per primi renderci conto che in condizioni di stanchezza si lavora peggio, e che richiedendo troppo a se stessi non si fa del bene né a sé né al paziente. Prendendone atto, potremmo esprimere le nostre esigenze in modo più chiaro, quindi tutelarci meglio. Basti pensare che l'entrata in vigore della normativa europea sull'orario di lavoro – che impone un giorno di riposo ogni 15 lavorativi e pone il limite di 13 ore di servizio consecutive – non è stata accolta bene da tutti. Forse anche i medici devono rendersi conto dei propri limiti. Del resto, se è a rischio la nostra salute, è a rischio anche la qualità dell'assistenza al malato.

Riferimenti bibliografici

Annals of Internal Medicine, *Burnout and suicidal ideation among U.S. medical students*, 2008 Sep 2;149(5):334-41.

Jama Internal Medicine, *Burnout and Satisfaction With Work-Life Balance Among US Physicians Relative to the General US Population*, 2012 – <http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/1351351?version=meter%20at%20null&module=meter-Links&pgtype=Blogs&contentId=&mediald=%ADID%&referrer=&priority=true&action=click&contentCollection=meter-links-click>

Il futuro dei precari della sanità: uno sguardo globale

A cura di Rebecca De Fiore

Il Pensiero Scientifico Editore

"Lavoro da più di dieci anni, ma quando ho preso in affitto una casa mi sono dovuto portare dietro mio padre per le garanzie", racconta Gianluigi Ferrante, ricercatore dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Questo è solo uno dei tanti esempi che si potrebbero fare per mettere in luce le difficoltà che si trova ad affrontare un lavoratore precario: instabilità economica, negazione di diritti fondamentali sul lavoro come maternità o congedi parentali, difficoltà nel progettare un futuro, comprare una casa e mettere su famiglia. Il problema del precariato in sanità coinvolge oggi più di 14.000 medici precari. Sono ginecologi, internisti, anestesisti, ma anche medici del pronto soccorso e chirurghi. Sfiorano i 40 anni e il 60% è donna. E le cose non cambiano se si guarda agli infermieri, che contano circa 10.000 precari soprattutto nelle regioni del centro sud. È una situazione

insostenibile che incide sulla qualità del lavoro e della crescita professionale danneggiando l'intero Sistema Sanitario Nazionale. Occorre, quindi, parlare e far parlare della situazione, con iniziative valide, comunicati stampa e convegni.

Quest'anno l'Associazione Italiana di Epidemiologia ha deciso di affidare l'organizzazione di un evento congressuale nazionale ai propri iscritti di età inferiore ai 35 anni: è nato così, nel 2017, AIE Giovani, un convegno molto partecipato svolto a Roma la scorsa primavera. Il meeting è stato così un'ottima opportunità per parlare della precarietà del lavoro del ricercatore in Epidemiologia e per presentare l'iniziativa "Epidemiologia & Precariato", nata nell'ottobre 2016 con l'intento di mettere in rete i ricercatori precari con contratto di lavoro atipico e temporaneo per raccontare una realtà di cui si parla troppo poco, per elaborare proposte e strumenti per una maggior tutela dei diritti dei lavoratori e per avviare un proficuo dialogo con l'Associazione italiana di epidemiologia sul tema del precariato.

L'occasione del convegno, inoltre, è stata utile

per ripercorrere la vicenda che ha riguardato l'Istituto Superiore di Sanità. L'ISS è la principale istituzione in Italia che si occupa di sanità pubblica e tutte le funzioni che svolge, dall'attività di ricerca al controllo su farmaci, vaccini o alimenti, sono garantite anche dai circa 530 lavoratori che erano precari a inizio anno – circa un quarto del personale dell'ente – che quotidianamente, in media da più di 10 anni, portano avanti le attività ►

Il problema del precariato in sanità coinvolge oggi più di 14.000 medici precari. Sono ginecologi, internisti, anestesisti, ma anche medici del pronto soccorso e chirurghi. Sfiorano i 40 anni e il 60% è donna. E le cose non cambiano se si guarda agli infermieri, che contano circa 10.000 precari soprattutto nelle regioni del centro sud.

[...] serve
fondamental-
mente una
volontà politica
perché, se
questa non c'è
e nonostante i
numerosi sforzi
che si possono
fare, si rimane
bloccati

con varie tipologie di contratti a termine. Per trovare una soluzione al problema, lo scorso novembre in accordo con il sindacato che ha coordinato la mobilitazione, hanno deciso di occupare l'aula magna dell'ISS per creare risonanza su un problema costantemente rimandato dalla politica. "Non è stata semplicemente un'occupazione – spiega Gianluigi Ferrante – perché c'è stato fermento di idee. Abbiamo lavorato molto su un piano di divulgazione di quello che stavamo facendo e di quello che facciamo all'interno dell'Istituto perché pensiamo sia essenziale mostrare quanto è importante l'ISS per la salute pubblica e che ci siano dei ricercatori in pianta stabile".

Dopo 81 giorni di occupazione, il 9 febbraio 2017 i ricercatori hanno finalmente potuto esultare alla notizia dell'approvazione al Senato dell'emendamento 1.22 al decreto legge "Milleproroghe", che consentiva all'ISS l'avvio di procedure concorsuali per l'assunzione di 230 unità di personale non dirigenziale e l'approvazione del corrispettivo finanziamento. Entro il 2017 sono riusciti a garantire la stabilizzazione di 470 precari di cui circa 130 per chiamata diretta riprendendo le vecchie graduatorie. Nel 2018, infine, verranno assunti i rimanenti precari sfruttando anche il turnover.

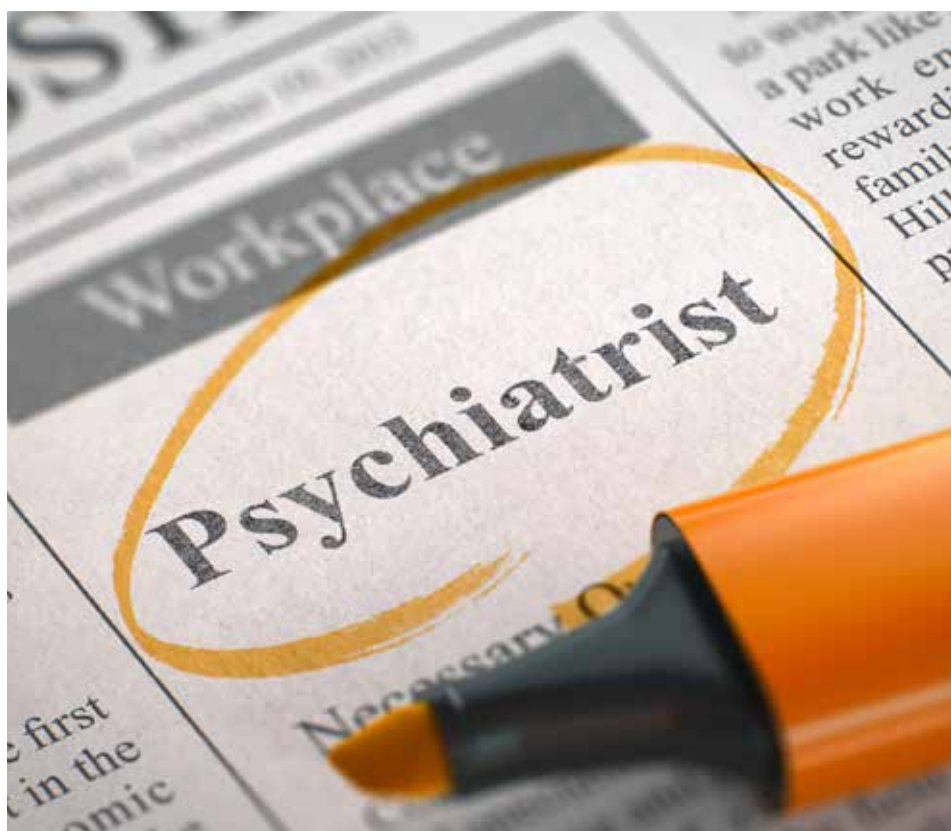
Stabilizzazione che migliorerà la condizione lavorativa di centinaia di persone, ma gioverà anche all'ente di ricerca. Prima, i finanziamenti venivano usati in grande percentuale per pagare i contratti a tempo determinato dei ricercatori, togliendo quindi fondi alla ricerca vera e propria. Adesso, invece, grazie al supporto del governo, i fondi di ricerca potranno essere investiti per comprare macchinari rendendo l'Istituto più competitivo rispetto alla realtà internazionale. Inoltre, dovendo ricorrere quanto più possibile a finanziamenti da aziende private si rischiava di orientare l'attività di ricerca su priorità definite dalle strategie degli enti finanziatori, invece che del Servizio Sanitario Nazionale. "Molto spesso ci siamo dovuti adattare a quei progetti di ricerca che portavano soldi all'interno dell'Istituto per fare cassa, quindi senza poter lavorare per le esigenze della sanità pubblica. Oggi, invece, siamo liberi di rifiutare dei progetti che non sono utili", conferma Ferrante.

Tutto questo è stato possibile all'ISS perché si sono trovate una serie di condizioni particolarmente favorevoli. "È importante non restare confinati nell'ente, ma trovare contatti con la politica", continua Ferrante. "Occorre poter contare su un sindacato che sia presente nei tavoli politici giusti e che coinvolga le persone in maniera strategica. Però serve fondamentalmente una volontà politica perché, se questa non c'è e nonostante i numerosi sforzi che si possono fare, si rimane bloccati". In altre realtà, probabilmente, non c'è ancora un coinvolgimento politico abbastanza forte. È evidente, dunque, come il precariato al di fuori dell'ISS resti un grande problema.

La situazione negli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, ad esempio, è critica e riguarda anche grandi istituti dove si svolge un'attività di alta ricerca. La riforma Madia, infatti, prevede un piano di stabilizzazione sui pubblici impieghi, ma esclude una buona parte di questi ricercatori ai quali non potranno più essere applicati i contratti atipici. Dal 1 gennaio 2018 oltre 3.500 professionisti in tutta Italia rischiano di rimanere senza lavoro con ricadute sulla sostenibilità e sul futuro della ricerca sanitaria pubblica. Ancora, Giuseppe Lavra, presidente dell'OMCeO di Roma, e Domenico Alesio, direttore generale dell'ospedale Umberto I di Roma, hanno segnalato che in questa struttura lavorano da anni circa 250 medici precari, la metà dei quali senza essere contrattualizzati. Negli ultimi anni, infatti, il blocco delle assunzioni ha causato il proliferare di contratti a termine, sia a tempo determinato che atipici. Particolarmente critica è la situazione nei pronto soccorso dove i medici, a causa dei ritmi logoranti e delle condizioni di lavoro, cercano continuamente altre strade provocando un grande turnover. La ricerca da parte delle direzioni ospedaliere di nuovo personale per coprire i turni vuoti trova quindi facile soluzione nell'assunzione di personale precario.

L'alto tasso di precarietà non riguarda solo la capitale italiana. Se ci spostiamo in Piemonte possiamo notare come le carenze di organico nel servizio sanitario regionale piemontese, favorite da una prolungata politica di blocco delle assunzioni, hanno deter-

[...] viene spontaneo chiedersi se quella di avere un posto fisso sia un'esigenza tutta italiana. Sicuramente in paesi come Francia, Inghilterra o Stati Uniti c'è una mobilità lavorativa di altro tipo.



minato un uso sistematico delle forme di lavoro flessibile in sostituzione del personale necessario per l'attività ordinaria. In alcune aziende sanitarie regionali questa politica ha portato all'esternalizzazione di interi reparti provocando evidenti ripercussioni sulla qualità dei servizi erogati e penalizzando i lavoratori, privati delle loro tutele fondamentali. Il 10 marzo scorso, nell'ambito delle strategie per lo sblocco totale del turnover del personale sanitario e del blocco per quello amministrativo, l'assessore regionale alla Sanità, Antonio Saitta, e le organizzazioni sindacali hanno trovato un accordo: una progressiva stabilizzazione di tutti i precari della sanità in seguito a un censimento del personale precario, la limitazione a casi eccezionali dei contratti a tempo determinato e l'avvio di un percorso di nuove assunzioni per il personale sanitario piemontese, le cui procedure, dopo un periodo di verifica delle necessità organiche, partiranno entro il 31 dicembre 2017.

A questo punto viene spontaneo chiedersi se quella di avere un posto fisso sia un'esigenza tutta italiana. Sicuramente in paesi come Francia, Inghilterra o Stati Uniti c'è una mobilità lavorativa di altro tipo. "A causa dell'accesso programmato ai corsi di laurea – spiega Vinay Prasad, oncologo della Oregon Health and Science University di Portland, negli Stati Uniti – non c'è incertezza sull'eventualità di trovare lavoro. La maggiore preoccupazione riguarda il trovare un lavoro che preveda il compenso che desideri avere, che sia nella città dove desideri vivere e che preveda l'orario di lavoro che desideri osservare. Certamente, i ricercatori spesso devono trasferirsi per trovare opportunità di lavoro. Il problema principale, però è nell'allocazione dei finanziamenti dei National Institutes of Health che assegna denaro a pioggia a pochi scienziati talvolta di mediocre livello e non distribuisce i fondi in maniera più ampia: questo porta a grandi inefficienze nella conduzione della ricerca". Esiste poi un altro grande problema, molto discusso anche sui canali di comunicazione non specialistici, quello del rientro del debito che i giovani medici contraggono negli anni di studio nei confronti delle università alle quali sono iscritti. "Restitu-

[...] in Giappone, a causa delle rigorose gerarchie del sistema sanitario del paese, la carriera di un giovane medico dipende interamente dal suo professore e mentore. So di molti medici che vorrebbero cambiare ospedale o specialità di lavoro ma non possono per la resistenza del loro direttore. È un gran problema per i giovani clinici giapponesi.

ire prestati a sei cifre a tassi di interesse molto elevati si traduce in un importante trauma psicologico per il sistema statunitense. Non c'è spiegazione razionale perché l'iscrizione ad una facoltà di medicina debba costare così tanto, né che a questi debiti siano applicati interessi sproporzionati. I debiti universitari fanno sì che i medici più intelligenti siano attratti da specialità più redditizie a detrimento dei pazienti americani".

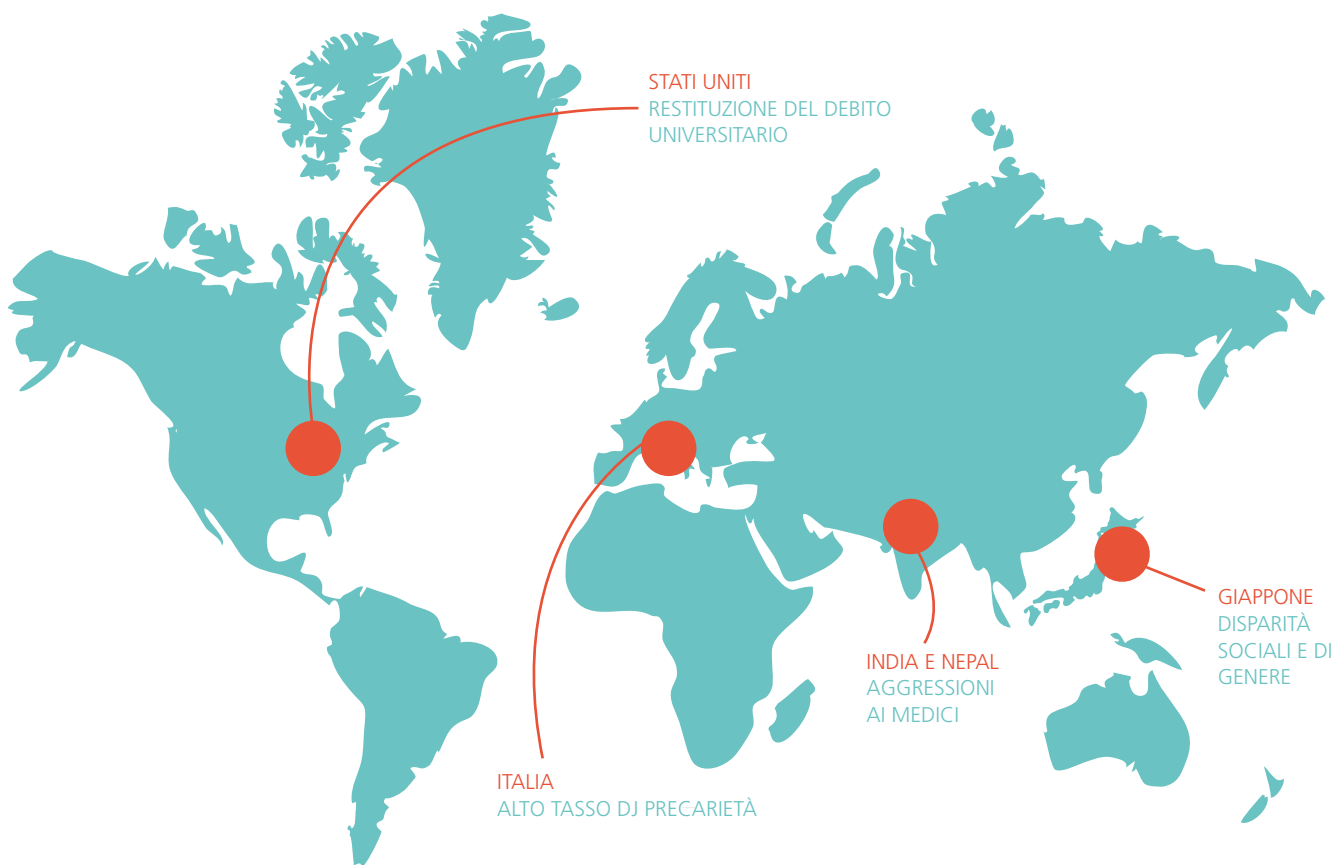
Le vicende raccontate da Ferrante si trasformano, nelle parole di Prasad, in un quadro ancora peggiore. "Gli Stati Uniti hanno un atteggiamento deviato, barbaro rispetto ad alcune cose e il trattamento riservato alle donne in gravidanza è tra queste. Spesso sono obbligate a prendere dei congedi non remunerati – sempre possano prendere dei congedi – e dopo pochi mesi la protezione svanisce. Gli ultimi anni hanno mostrato una discriminazione considerevole nei confronti delle donne, in termini di retribuzione, di categoria di inquadramento, di possibilità di svolgere dei grand rounds [una sorta di presentazione pubblica di casi clinici a scopi didattici, NdR], e così via. In definitiva, gli USA sono parecchio indietro all'Europa, da questo punto di vista".

Situazione difficile, dunque, anche in un paese come gli Stati Uniti. Cosa accade invece in una realtà profondamente diversa, quale quella di una nazione economicamente meno avanzata? "La nostra maggiore preoccupazione come medici? Quella per la sicurezza". A rispondere è Bishal Gyawali, anche lui oncologo ma nepalese e attualmente alla Nagoya University in Giappone. "Di recente, in Nepal e in India diversi medici hanno subito aggressioni da parte di familiari di pazienti che devastano l'ospedale sperando in un risarcimento per la morte del proprio congiunto. Diversa, invece la situazione in Giappone, dove ci si preoccupa di riuscire a lavorare nella specialità e nell'ospedale preferiti. A causa delle rigorose gerarchie del sistema sanitario del paese, la carriera di un giovane medico dipende interamente dal suo professore e mentore. So di molti medici che vorrebbero cambiare ospedale o specialità di lavoro ma non possono per la resistenza del loro direttore. È un gran problema per i giovani clinici giapponesi".

"Per quanto riguarda la retribuzione, prosegue Gyawali, sia in Nepal sia in Giappone sono previsti tre tipi di contratto: quello proposto da ospedali pubblici, da ospedali privati e la libera professione. I salari cambiano a seconda delle opzioni. Dal momento che lo stipendio negli ospedali pubblici è molto basso, gran parte dei medici lavora nel pubblico ma svolge un part-time nel privato. Solo negli ospedali pubblici i contratti sono a tempo indeterminato, mentre nella realtà privata sono previsti contratti anche temporanei o annuali. Sebbene la sanità pubblica garantisca una retribuzione modesta, gode di maggiore prestigio e, nel caso del Giappone, è destinataria di maggiori fondi per la ricerca e la didattica. Il salario medio dipende dall'esperienza e dalla posizione nel dipartimento. In Nepal, varia anche in funzione del disporre solo della laurea o anche di una specializzazione. Inoltre, il chirurgo guadagna più del medico. Un giovane specializzando, per esempio guadagna in Giappone tra i 300 e i 350mila yen. In Nepal, la retribuzione è inferiore a Kathmandu ma più alta nel resto del paese. Nei villaggi, dove molti medici non vogliono lavorare, perfino un giovane medico può arrivare a guadagnare 100mila rupie nepalesi, mentre nella capitale lo stipendio non arriverebbe a 50mila rupie. Considerando che una rupia nepalese equivale a uno yen giapponese, ma per il costo della vita guadagnando 100mila rupie in Nepal si è più benestanti di chi ne percepisce 300mila in Giappone".

Molte differenze anche dovute al genere. "Purtroppo, in Giappone il genere condiziona la stabilità del lavoro. Ci sono meno donne nelle specialità chirurgiche e molte poche donne, in generale, hanno potuto diventare professore ordinario nelle facoltà mediche, forse con la sola eccezione della ginecologia. In Nepal, molto dipende dalla capacità professionale e da quanto un medico riesce a essere popolare tra i propri assistiti, a prescindere dal genere. Purtroppo, la sanità nepalese è condizionata dall'influenza politica, così il tuo avanzamento di carriera dipende dal partito al quale sei iscritto e dall'essere o meno, il tuo partito, in una posizione di governo. Molto triste, davvero. Poco da stupirsi, allora, se molti dei miei colleghi lavorano adesso negli Stati Uniti. I disor-

CRITICITÀ NEL MONDO



dini politici e i problemi economici hanno allontanato molti medici. In più, fare ricerca in Nepal è molto difficile. Ma anche in Giappone la situazione non è facile e molti colleghi vanno all'estero per condurre i propri studi. Intendo dire: per condurre una ricerca 'migliore', fare esperienza e imparare l'inglese. E molti di loro successivamente ritornano".

Instabilità, mobilità, preoccupazione. Sembrano gli ingredienti comuni alla sanità di molti, troppi paesi. Forse la grave situazione di precarietà nella sanità è anche dovuta a una progressiva perdita della percezione del valore del medico. Ci si dimentica spesso che i medici, essendo esposti a una grande quantità di emozioni tra cui la necessità di salvare il paziente, un senso di fallimento e di frustrazione quando la malattia del paziente progredisce, i sentimenti di impotenza contro la malattia e la paura di diventare loro stessi malati, si trovano ad affrontare un elevato livello di stress nella loro professione.

Una conseguenza dell'esposizione cronica agli stress è il burnout. Il termine fu coniato per la prima volta da Herbert J. Freudenberger nel 1974 per descrivere l'esaurimento fisico ed emotivo sperimentato dai lavoratori di un centro psichiatrico. Negli anni successivi, anche grazie agli studi condotti da Christina Maslach, si è iniziato a definire il burnout come una risposta a uno stress concentrata su tre principali fattori: esaurimento emotivo, cioè una sensazione perenne di tensione nel rapporto con gli altri; depersonalizzazione, ovvero una risposta negativa verso chi stiamo assistendo; e, come conseguenza, ridotta percezione di realizzazione lavorativa che provoca caduta dell'autostima e un minore interesse nel perseguire il proprio obiettivo terapeutico.

Gli studi complessivi mostrano che numerosi medici in tutto il mondo sperimentano l'esaurimento psicologico nel corso della loro carriera, che i tassi di burnout stanno aumentando e che il burnout può avere conseguenze devastanti per i medici che ne soffrono, per i loro colleghi, per i loro pazienti e per l'intero sistema sanitario. I tassi esatti ►

Al burnout degli studenti sono anche associati gli ambienti e metodologie di apprendimento scadenti, come le rotazioni dei turni disorganizzate e la supervisione inadeguata.

variano in base al paese, alla specialità medica, al genere e alla fase di carriera. Secondo un sondaggio sugli stili di vita condotto da Medscape negli Stati Uniti, sarebbero le donne a soffrire di più di questa patologia: il 55% dei medici donna contro il 46% dei colleghi uomini. Inoltre, a quanto pare si tratta di un trend in crescita: nel precedente sondaggio di Medscape riferito al 2013, il 45% delle donne riportava sintomi e segni di burnout contro il 37% degli uomini. Uno studio condotto nella regione rurale della British Columbia e uscito sulla rivista *Canadian Family Physicians* ha riferito che l'80% dei medici soffre di esaurimento emotivo, il 61% di depersonalizzazione e il 44% ha avuto un crollo dell'autostima relativo alla realizzazione lavorativa. Le ricerche europee sul burnout, invece, hanno rilevato che, mentre il 12% dei partecipanti agli studi ha sofferto un esaurimento in tutte e tre le dimensioni, il 43% ha ottenuto un punteggio molto alto per l'esaurimento emotivo, il 35% per la depersonalizzazione e il 32% per la scarsa autostima. Nel Regno Unito, inoltre, circa un terzo dei medici ha presentato segni tipici del burnout, risultati paragonabili a quelli derivanti da studi provenienti da paesi arabi come lo Yemen, il Qatar e l'Arabia Saudita.

Il burnout è ora considerato da alcuni come una conseguenza inevitabile del cosiddetto "curriculum nascosto" dell'educazione medica, per cui gli studenti testimoniano e adottano dai loro insegnanti comportamenti e stili di lavoro dannosi, spesso poi rafforzati nella prosecuzione delle loro carriere. Al burnout degli studenti sono anche associati gli ambienti e metodologie di apprendimento scadenti, come le rotazioni dei turni disorganizzate e la supervisione inadeguata.

Molti dei fattori di rischio per il burnout tra i medici sono difficili da affrontare, ma è sempre più chiaro che gli interventi efficaci devono essere rivolti alla professione e alle organizzazioni sanitarie, più che ai singoli individui. Una recente meta-analisi, infatti, ha dimostrato che, sebbene interventi mirati alla persona abbiano causato modesti miglioramenti dello stato emotivo, i risultati migliori sono stati ottenuti con interventi organizzativi che hanno ridotto il carico di lavoro e reso più proficuo il lavoro di squadra.

Cosa si può fare, dunque? Secondo Jane Lemaire e Jean Wallace, autori di un articolo pubblicato recentemente sul *BMJ*, il medico sotto pressione per stress o mancanza di denaro o di un posto di lavoro può essere capace di reagire, per resilienza o capacità personali, ma la risposta definitiva può venire solo dal sistema e da un'azione politica. In primo luogo, la medicina deve cambiare la propria cultura per poter risolvere tutti quegli aspetti che causano e sostengono il burnout. Bisogna promuovere una leadership clinica e una cultura organizzativa di sostegno che incoraggi i medici a promuovere importanti riforme per gestire le aspettative dei pazienti, talvolta esagerate, e minimizzare

eccessive esigenze di lavoro. In secondo luogo, le organizzazioni sanitarie devono considerare la serenità emotiva dei medici come un elemento fondamentale della professionalità e come centrale per la cura del paziente. Infine, il benessere dei medici dovrebbe essere riconosciuto come un indicatore di qualità per tutti i sistemi sanitari. Migliorare la vita lavorativa dei medici dovrebbe essere considerata una delle leve per ottimizzare le prestazioni del sistema sanitario insieme ovviamente ad altri obiettivi di riconosciuta importanza, come migliorare l'esperienza del paziente, la salute delle popolazioni e ridurre i costi dell'assistenza.

LE SOLUZIONI

- . Nuova cultura della medicina
- . Incoraggiamento ai medici nell'affrontare il lavoro
- . Attenzione alla serenità emotiva del professionista
- . Centralità del benessere del medico

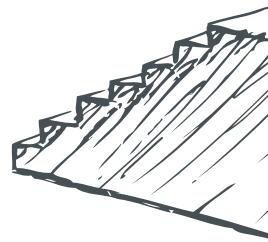
Fonti

- 1_ Anaao giovani. *Precariato in sanità, Anaao: lavoro in bilico per 14mila camici bianchi*. Sole 24 Ore Sanità, 21 settembre 2015.
- 2_ Ricercatori precari contro la Riforma Madia: "Siamo 3.500 e rischiamo di trovarci senza lavoro". *Manifestazioni in tutta Italia*. Quotidiano Sanità, 19 giugno 2017.
- 3_ Falcone U, Piccinelli C, Ricceri F, per il Gruppo Precari della Rete Epidemiologica Piemontese. *Il precariato nell'Epidemiologia piemontese ieri e oggi. E domani?* Epiprev.it, ultimo accesso 3 agosto 2017
- 4_ Anderson T. *3 Tips To Wipe Out Medical School Debt*. Forbes.com 8 aprile 2016
- 5_ Elterman Kg. The far-reaching consequences of medical school debt. Kevinmd.com 21 aprile 2016
- 6_ Magar A. Violence against doctors in Nepal. J Nepal Med Assoc 2013;52:I-II
- 7_ Dahal K. *Angry relatives attack doctors and hospitals in Nepal*. BMJ 2008;337:a1946
- 8_ Lamichhane S. *Doctors under threat*. kathmandupost.ekantipur.com 1 luglio 2016
- 9_ West CP, Dyrbye LN, Erwin PJ, Shanafelt TD. *Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis*. The Lancet 2016; 388:2272-81.
- 10_ Freudenberger HJ. *Staff burnout*. Journal of Social Issues 1974; 30: 159-65.
- 11_ Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory manual* (2 edition). Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press, 1986.
- 12_ Stain SC, Farquhar M. *Should doctors work 24 hour shifts?* BMJ 2017; 358: j3522. Pubblicato il 26 giugno 2017
Cite this as: BMJ 2017; 358: j3522
- 13_ Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, et al. *Controlled Interventions to Reduce Burnout in Physicians. A Systematic Review and Meta-analysis*. JAMA Intern Med 2016; pubblicato online il 5 dicembre.
- 14_ Lisa S, Rotenstein BA, Ramos MA, et al. *Prevalence of depression, depressive symptoms, and suicidal ideation among medical students. a systematic review and meta-analysis*. JAMA 2016; 316: 2214-36.
- 15_ Kumar S. *Burnout and doctors: prevalence, prevention and intervention*. Healthcare 2016; 37; doi:10.3390/healthcare4030037
- 16_ Thommasen H.V, Lavanchy M, Connelly I, Berkowitz J, Grzybowski S. *Mental health, job satisfaction, and intention to relocate. Opinions of physicians in rural British Columbia*. Can Fam Physician 2001; 47: 737-44.
- 17_ Ladher N. *Shining a light on burnout*. BMJ 2017; 358: j3609
- 18_ Lemaire JB, Wallace JE. *HeaBurnout among doctors*. BMJ 2017; 358: j3360



Sanità precaria

A colloquio con Domenico Montemurro,
Responsabile nazionale Anaao Giovani



Qual è la situazione di precarietà in Italia per medici, giovani medici e ricercatori?

Da uno studio condotto dall'Anaao nel 2013 è emerso che i medici precari sono circa 14.000, l'11,5% sul totale dei medici ospedalieri. Circa la metà di questi ha un contratto a tempo determinato, mentre l'altra metà ha un contratto atipico che non prevede il riconoscimento delle tutele più essenziali, come maternità, allattamento, malattia, congedi parentali e ferie. Altri dati che meritano considerazione sono che il 60% sul totale dei medici precari è costituito da donne e che l'età media sfiora i quarant'anni. Questo significa che, considerando che la maggioranza degli specialisti termina il proprio percorso formativo mediamente a trent'anni, per riuscire a ottenere una stabilità occorrono circa dieci anni. I dati mostrano che le regioni con maggior numero di contratti precari sono, oltre a quelle del sud Italia, l'Emilia-Romagna e la Lombardia che spiccano rispettivamente con il 12% e il 14% di precari sul campione totale della popolazione medica. Esistono poi delle specialità che sono a più rischio precariato, ma è una situazione difforme a seconda delle regioni. Gli anestesisti, i ginecologi, i chirurghi, gli internisti e i medici di pronto soccorso fanno parte delle categorie più colpite, ma sono anche le professioni essenziali per garantire i servizi. A macchia di leopardo ma soprattutto in Veneto, Toscana e Puglia, al contrario, i concorsi per queste specialità vanno deserti perché la curva dei pensionamenti è molto ripida e veloce tanto da non poter garantire il normale turnover.



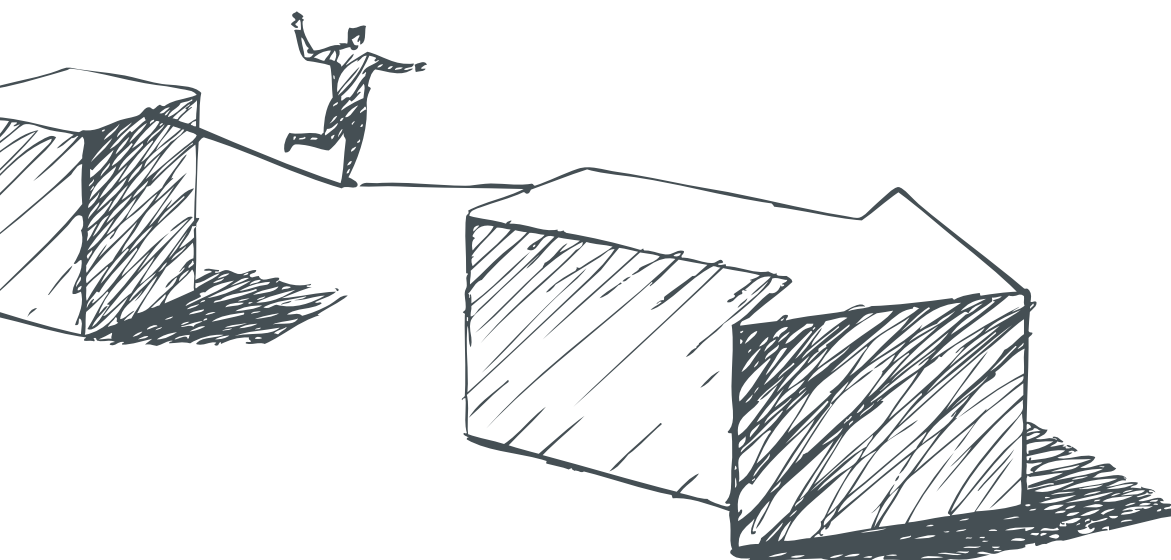
Come si è arrivati a questa situazione di precarietà?

Nasce tutto da una cattiva programmazione dei fabbisogni di medici specialisti e prima ancora dai troppi accessi a medicina. Se mettiamo a confronto il numero dei futuri laureati in medicina per anno con i posti disponibili, intorno ai 6000 per i contratti specialistici e circa 1000 per i medici di medicina generale, si stima che negli anni ci sarà un accumulo di medici che non riusciranno a entrare nel corso di formazione o nelle scuole di specialità mediche. Il grande numero di studenti laureati aumenterà fino ad arrivare nel 2023 a una stima di oltre 30.000 medici inoccupati. Se in futuro avremo problemi di disoccupazione cronica, oggi i problemi riguardano la tipologia di contratto. Attualmente, infatti, abbiamo una grave carenza di medici specialisti e anche i pensionamenti non riescono ad essere rimpiazzati.



Cosa è stato fatto in questi anni per cercare di migliorare la situazione?

Le leggi si sono susseguite nel tempo per cercare di porre fine a questo precariato: il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (Dpcm) del marzo 2015 che cercava di stabilizzare le persone con contratto a tempo determinato, ma è clamorosamente fallito per l'impossibilità di applicarlo in tutta Italia; la legge di stabilità del 2016; e poi il Milleproroghe con cui hanno spostato in avanti i nuovi contratti flessibili fino al 2018 e che ha posto nel 2019 il termine ultimo per le procedure concorsuali straordinarie. Attualmente, però, la legge Madia blocca i contratti Co.Co.Pro, cioè non si può più stipulare questa tipologia di contratto. Ci troviamo, quindi, di fronte a dei paradossi per cui alcune leggi prolungano questi contratti e altre li bloccano. Di fatto i contratti precari non devono esistere. Attualmente in Italia abbiamo numerosi contratti atipici di lunga durata, contratti che



dovrebbero essere trasformati almeno in altri a tempo determinato con delle procedure selettive interne come accadrà in Emilia-Romagna attraverso la stipula di un accordo con la Regione e le organizzazioni sindacali. Le situazioni sono difformi, infatti il contratto libero professionale viene stipulato senza nessuna graduatoria, può essere rescisso quando si vuole ed è privo di qualunque tutela per il lavoratore, ma il paradosso è che viene fatto anche a chi ha vinto concorsi per contratti a tempo determinato o indeterminato ed è qui che si deve intervenire con procedure per stabilizzare o semplicemente per chiamata da graduatoria in caso di tempo indeterminato. Ormai molte persone lavorano da anni nelle strutture con contratti atipici e avrebbero tutti i diritti di essere stabilizzate e lo dimostra la continua giurisprudenza che riconosce indennizzi a questi colleghi.



La situazione di instabilità potrebbe in certi casi rivelarsi anche una condizione favorente una migliore performance sul luogo di lavoro, in termini di progettualità, creatività e capacità competitiva?

No, o comunque solo in alcune situazioni. La grande quantità di assistenza sanitaria privata permette ai medici di lavorare in diversi posti e ottenere così stipendi elevati. Questa tipologia di lavoro, però, non permette una stabilità da un punto di vista sociale e soprattutto non dà una stabilità assistenziale al malato. Così si rischia di vedere il paziente solo al momento dell'intervento. Nella maggior parte d'Italia, inoltre, i medici precari preferiscono lavorare nel pubblico perché garantisce una certificazione di qualità della prestazione.



Quanto guadagna un medico italiano nel contesto europeo tenendo conto anche del costo della vita?

In Italia lo stipendio di un medico precario più o meno è intorno ai 25.000 euro l'anno lordi, circa un 30-40% in meno rispetto agli altri paesi europei dove c'è anche una maggiore elasticità lavorativa e le aziende sono più permissive. A livello di stipendio non ci sono differenze di genere per quanto riguarda i precari, ma in particolare per le donne non ci sono tutele per maternità e allattamento.



La situazione di precarietà può incidere anche sulla qualità del lavoro di una persona?

Certo, perché un medico precario con un contratto libero professionale non ha un tetto orario e spesso è costretto a fare più turni di lavoro. Questa situazione incide notevolmente sulla qualità di vita e sulla salute, fisica ed emotiva, di un medico.

Fonte

1_ANAAO Giovani: analisi della survey su formazione-lavoro (giugno 2014). A cura di Domenico Montemurro, Matteo d'Arienzo e Fabio Ragazzo (Anaa Giovani).

L'Osservatorio Giovani Professionisti della FNOMCeO considera gli Osservatori Regionali per la formazione specialistica (OR), se ben utilizzati, un imprescindibile strumento di verifica e validazione della reale capacità di formare gli specialisti del domani, oltre che di tutela dei diritti di giovani colleghi, le cui voci – trovandosi in una posizione delicata e vulnerabile – rimangono troppo spesso inascoltate

Ad oggi sussistono gravi carenze applicative di quanto previsto all'articolo 44 del D.lgs. 368/99, che, in vigore dal 2006, regola molteplici aspetti della formazione specialistica *post-lauream*; più specificamente, l'articolo in questione tratta dell'istituzione e funzionamento degli **Osservatori Regionali** per la formazione medico-specialistica.

A partire dall'inizio del 2017 l'Osservatorio Giovani Professionisti Medici e Odontoiatri della FNOMCeO ha voluto, tramite i suoi membri, raccogliere informazioni sullo stato di reale applicazione di quanto sopra descritto ed il quadro emerso da questa indagine è preoccupante.

Oltre a mostrare, infatti, un lentissimo adeguamento a quanto prescritto dalla legge (il caso del Friuli Venezia Giulia, dove la delibera attuativa per l'istituzione dell'Osservatorio risale soltanto all'aprile 2016 e tutto, a oggi, risulta fermo per evidenti vizi di forma nelle nomine), mostra senza dubbio come l'importanza di questo strumento sia pesantemente inficiata da **un suo utilizzo parziale, se non addirittura inesistente**.

Si pensi al caso della Sicilia, dove l'Osservatorio è stato rinnovato circa un anno fa, ma da quella data non è mai stato convocato, oppure a quello della Liguria ove, da oltre due anni, l'Osservatorio non viene più convocato nonostante regolari elezioni e una storia, agli albori, di grande efficienza e avanguardia.

I PROBLEMI DELLA FORMAZIONE POST-LAUREAM

Le problematiche della formazione medica *post-lauream* non sono certo una novità: **disomogeneità dei percorsi formativi** tra sede e sede (e a volte tra colleghi all'interno della stessa sede), reti formative, spesso solo teoriche, cui si ricorre esclusivamente per ottemperare a requisiti di casistica, ma che non concorrono certo alla qualità dell'offerta, senza dimenticare la sostitutività del personale strutturato, perfino negli ambulatori della libera professione.

Più di recente, a queste tematiche si è aggiunta quella del mancato rispetto della nor-

Osservatori Regionali per la formazione medico-specialistica: che cosa non funziona?

Alessandro Bonsignore,

*Coordinatore nazionale dell'Osservatorio dei Giovani
Professionisti Medici e Odontoiatri FNOMCeO*



mativa inerente gli **orari di lavoro e di riposo**, con tutto ciò che consegue in termini di aumentato rischio per pazienti ed operatori, come ampiamente dimostrato in letteratura (su quest'ultimo aspetto abbiamo registrato il meritevole parere del Ministero della Salute, ma pesa ancora il silenzio del Ministero dell'Università e Ricerca).

IL VALORE DEGLI OSSERVATORI REGIONALI

L'Osservatorio Giovani Professionisti della FNOMCeO considera gli **Osservatori Regionali** per la formazione specialistica (OR), se ben utilizzati, un imprescindibile **strumento di verifica e validazione** della reale capacità di formare gli specialisti del domani, oltre che di **tutela dei diritti di giovani colleghi**, le cui voci – trovandosi in una posizione delicata e vulnerabile – rimangono troppo spesso inascoltate.

Riteniamo, altresì, che gli OR debbano attentamente monitorare gli effetti del D.M. 68/2015, ultima – in ordine temporale – riforma del sistema formativo universitario in tema di specializzazioni di area medica; questo poiché serve un segnale concreto nel senso di una **credibile riformulazione** della formazione specialistica, con il definitivo abbandono di un sistema in cui chi dev'essere valutato per il suo operato possa essere controllore di se stesso. Ritenendo l'applicazione di quanto previsto per legge in primis un principio ed un messaggio per tutte le future generazioni di medici e non solo, quindi un passaggio fondamentale a tutela dell'interesse collettivo, sia per quanto riguarda la dignità della professione, che la salute e la sicurezza della popolazione tutta, ci siamo interessati della questione e, grazie all'intervento della Presidente della FNOMCeO Roberta Chersevani, a novembre 2016, è stata inviata una richiesta di chiarimenti all'**Osservatorio Nazionale** per la formazione medico specialistica, coordinata dal Prof. Vettor.

Ad oggi, purtroppo, non si è avuta alcuna rassicurazione in merito.

Come calcolare il Fabbisogno Stratificato per Specialità?

L'ANALISI DELL'OSSERVATORIO DEI GIOVANI PROFESSIONISTI FNOMCeO

Alessandro Bonsignore,

*Coordinatore nazionale dell'Osservatorio dei Giovani
Professionisti Medici e Odontoiatri FNOMCeO*

Da ormai molti anni il requisito sine qua non per accedere ai ruoli di dirigenza medica nell'ambito del SSN pubblico è quello di possedere il titolo di specializzazione; parimenti, il Corso di Formazione Specifica è indispensabile per l'accesso all'area convenzionata della Medicina Generale (CFSMG).

Da diversi anni la FNOMCeO, così come Ministeri, Regioni, Sindacati ed Associazioni, lavorano per individuare il fabbisogno di medici utile sia per programmare il contingente di studenti ai Corsi di Laurea che per stanziare i contratti di formazione specialistica e le borse destinate al CFSMG.

IL FABBISOGNO DI STUDENTI

Seppur con non pochi bias e difficoltà, negli anni si è spesso provato a calcolare il fabbisogno di studenti da far iscrivere ai Corsi di Laurea di Medicina e Chirurgia. Presso il Ministero, è stato attivato un Gruppo di Lavoro (al quale hanno partecipato anche i Dott.ri Casale e Zuccarelli, componenti del Comitato Centrale FNOMCeO) che ha calcolato tale fabbisogno di medici adottando un metodo scientifico, già in uso presso altre nazioni della UE. Il progetto europeo, nato nel 2012 e denominato «Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting», una volta adattato alle variabili italiane ha stimato, nel 2016, un fabbisogno di studenti di medicina per i prossimi anni di 8005 unità per anno accademico.

IL FABBISOGNO DI MEDICI SPECIALISTI

Molto più complesso è, invece, il calcolo del fabbisogno di medici stratificato per specialità, ovvero come distribuire i laureati nei tanti percorsi formativi post-laurea, incluso il CFSMG. Questo calcolo risulta, infatti, enormemente complicato per lo più a causa di due criticità: la prima è la continua evoluzione del SSN da "ospedalocentrico" a "territoriocentrico", condizione cui consegue una ridistribuzione delle risorse, anche in termini di personale; la seconda è la difficoltà a reperire i numeri che consentirebbero di fotografare l'attuale distribuzione di specialisti in Italia per singola branca.

Se la risoluzione della prima criticità spetta alle Regioni e al Ministero,

... è compito degli Ordini, nonché dovere deontologico dei medici, mantenere aggiornati gli Albi Professionali, anche per quanto riguarda i titoli conseguiti nel post-laurea

la seconda sicuramente vede interessati gli Ordini e la FNOMCeO. Infatti, è compito degli Ordini, nonché dovere deontologico dei medici, mantenere aggiornati gli Albi Professionali, anche per quanto riguarda i titoli conseguiti nel post-laurea.

STATO DELL'ARTE E PROSPETTIVE: LA COLLABORAZIONE CON L'ENPAM

Sarebbe ormai da scellerati rimandare ulteriormente la programmazione di medici stratificandola per specialità. Senza guardare troppo in avanti nel tempo possiamo, già oggi, percepire la carenza di alcune figure professionali (pediatri, anestesisti, medici d'urgenza, MMG, ecc.) a fronte di un esubero di altre. Tra l'altro, siffatto esubero comporta il fenomeno del riadattamento di medici in ruoli per i quali non sono propriamente specializzati. Un Gruppo di Lavoro dell'Osservatorio Giovani Professionisti Medici e Odontoiatri della FNOMCeO – di concerto con l'Area Strategica Formazione – ha analizzato il problema e sta producendo un breve questionario.

Si tratta di un sistema di rilevazione capillare che consentirà di censire i titoli post-laurea dei medici esercitanti la professione; quest'ultimi verranno, poi, messi in relazione con altri dati, relativi alla reale attività lavorativa che i medici svolgono.

Il questionario sarà inviato [VERIFICARE] attraverso i "canali ENPAM" a tutti i medici in attività, vale a dire a coloro che, per obbligo di legge, versano la cosiddetta "Quota A".

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
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.

Direttore sanitario dott. **Sergio Caramalli**

Medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva

La legge sulla sanità a buon mercato (l'ACA, appunto) ha rappresentato il tentativo della presidenza Obama di sottrarre la popolazione americana da una specie di ricatto medico, che tende a utilizzare il bisogno di salute come veicolo per trovare spazio alle potenzialità dell'offerta, cercando in alternativa di garantire una copertura se non ancora universale, il più allargata possibile. Un problema tutt'altro che risolto, che esce dai confini della sanità se, come afferma il consigliere per la sanità di Obama, Ezekiel Emanuel: "Gli Stati Uniti devono imparare a fornire assistenza di qualità ai nostri cittadini a costi ridotti o affrontare la perdita della nostra leadership economica nel mondo".



particolari cure mediche. A ciò si aggiunga che gli ospedali, con il consolidamento dell'Obamacare, vedrebbero significativamente ridurre i contenziosi per cure non rimborsate: il pagamento a prestazione da parte del singolo fa sì che siano in molti a richiedere cure che poi non sono in grado di pagare, generando difficoltà notevoli e dispendio di energie per il recupero crediti.

Il livello di "sofferenze" degli ospedali americani verso soggetti insolventi con l'Obamacare è, in effetti, decisamente diminuita: il contenzioso causato da cure non pagate aveva infatti raggiunto i 5 miliardi di dollari annui. Sofferenze non sopportabili per un **sistema ospedaliero direttamente o indirettamente quotato in borsa e sottoposto alle turbolenze dei mercati finanziari**.

Lo stesso Presidente Obama promise in numerose occasioni nel 2007 e 2008 che il suo piano avrebbe ridotto i costi addizionali per la media familiare fino a 2.500 dollari all'anno. Gli americani hanno invece dovuto affrontare un incremento dei costi contribuendo così alla sconfitta del partito democratico, accusato di aver creato un sistema non sostenibile finanziariamente. Con il senno del poi, anziché focalizzarsi sulla massiva espansione e ristrutturazione del Sistema sanitario, si sarebbe dovuto concentrare sulla riduzione dei costi sanitari, ponendo maggiormente l'enfasi sulla prevenzione e benessere.

Oltre alla preoccupazione che, nel lungo termine, l'ACA non sia in grado di rallentare l'inflazione sanitaria, **ha fatto breccia la tradizionale irritazione degli americani quando costretti ad adeguarsi ad un eccessivo intervento dello stato nella loro vita**.

Il principio che le persone più ricche debbano fondamentalmente contribuire alle spese sanitarie dei meno fortunati, negli USA contrasta spesso con la ritrosia nell'attribuire allo Stato la possibilità di sostituirsi alla persona nel determinare le proprie scelte. Tale sospetto è inoltre rafforzato dal fatto che **con l'introduzione dell'ACA, il numero dei piccoli uffici medici andati fuori mercato sono decisamente cresciuti: tali attività sono state in gran parte assorbite dalle grandi organizzazioni, riducendo la concorrenza**. La concentrazione delle attività sanitarie, chiamato consolidamento, tende infatti a compromettere le possibilità di



scelta del paziente costringendolo a rivolgersi ad un **mercato sempre più oligopolista**.

Sotto un profilo meramente contabile, a preferire l'Obamacare sono i pazienti ad alto rischio (comprese le persone che fumano, che non si sono presi cura di se stessi e non controllano il loro peso), che pagando un premio fisso si garantiscono una gamma elevata di prestazioni, mentre i giovani e le persone in buona salute rischieranno di doversi far carico, in un futuro più o meno prossimo, del peso fiscale per sostenere le cure di chi, con premio contenuto, ha esercitato una domanda consistente di servizi sanitari.

Non si tratta solo di un problema economico legato ai possibili aumenti delle imposte, ma di una fattispecie di *moral hazard* (letteralmente "rischio morale"), in quanto i fruitori di un servizio offerto a tariffa prestabilita oppure ad un prezzo politico sono portati a ritenere che questo non abbia alcun costo reale; ciò provoca, di conseguenza, un consumo spesso indiscriminato del servizio, anche oltre la soglia di un'utilità marginale pari a zero (cioè che si continui a richiedere servizi anche quando questi non comportino più alcuna utilità). Il cosiddetto *out-of-pocket* (tirar fuori i soldi di tasca propria) rimane infatti uno dei deterrenti più incisivi a limitare l'eccesso di consumi. Anche se questo discorso stride un po' con il fatto che da decenni gli americani siano la popolazione che più spende per acquisire servizi sanitari.

Occorre ricordare come la storia americana sia nata da un insieme di comunità che si eleggevano direttamente lo sceriffo e il giudice e che provvedevano direttamente a costruirsi l'ospedale: che lo stato federale voglia ora sostituirsi a loro (con un aumento del peso fiscale) sono in tanti a non accettarlo culturalmente, prima ancora che economicamente. Per una parte significativa dell'elettorato appare sempre più evidente che un indebitamento contratto nel presente corrisponde ad una minore possibilità di azione nel futuro, su cui graveranno detti debiti. Vengono di fatto invertiti i principi delle politiche Keynesiane che vedevano proprio nella spesa pubblica un volano per la crescita economica. **Chi ha ragione lo deciderà la storia, ma i malati di oggi, da anni spettatori del dibattito sulla salute, vorrebbero soluzioni più immediate e concrete**. Le elezioni hanno dato ragione agli scettici, ma poi alla prova dei fatti il sistema è sopravvissuto grazie ad una spaccatura all'interno dello stesso partito del neo Presidente Trump, scatenando ancor più il dibattito ed obbligando a riflettere anche gli altri paesi occidentali.

LA SANITÀ AMERICANA: LUCI ED OMBRE

I costi sanitari negli Stati Uniti sono i più alti al mondo in termini di percentuale sul PIL, ma nonostante ciò gli "esclusi" dal sistema sono decine di milioni. **A muovere verso l'Obamacare è stata sicuramente la consapevolezza che il paese più ricco del pianeta non garantisce la sanità a tutto il suo popolo**, mentre permette forme di malversazione (*profiteering*) dell'industria farmaceutica e delle compagnie private di assicurazioni, in alcuni casi accusate di sciacallaggio. Gli Stati Uniti spendono, pro capite, quasi il doppio nella sanità di altre nazioni (tra cui Gran Bretagna, Italia, Francia), ma continuano a registrare mortalità (compresa quella infantile) poco confortanti.

A difesa degli alti costi sostenuti, va riconosciuta la capacità del sistema americano nel settore della ricerca e la conseguente posizione di leadership a livello internazionale nel mercato farmaceutico e della strumentazione medica, con un significativo impatto sull'export americano.

Se da un lato è innegabile che gli Stati Uniti hanno of-

ferto il maggior contributo all'evoluzione delle scienze mediche con un'infinità di studi e scoperte, dall'altro cresce la preoccupazione di un **eccesso di utilizzo di beni e servizi sanitari oltre i limiti dell'appropriatezza**, riducendo l'efficacia complessiva degli interventi.

In effetti l'ACA non è stato sufficientemente incisivo nell'affrontare le cause di aumento dei costi sanitari, né di reinventare il sistema ospedaliero, anzi: si sono andate a consolidare forme di oligopolio che in alcune realtà si sono trasformate in monopoli locali e regionali incontrollati, con conseguente aumento delle spese sanitarie e farmaceutiche. Queste tendenze di fondo stanno spingendo gli assicuratori a proteggere le proprie posizioni con nuove tattiche, compreso il tentativo di guidare i pazienti ad alto costo, i cosiddetti *non-preferreds*, fuori dai piani medici: cioè non più assicurarli.

L'ACA ha tentato di introdurre una specie di **trasparenza forzata per contrastare le preoccupazioni che le prescrizioni dei medici e le scelte dei trattamenti siano influenzate da ragioni di convenienza finanziaria** ►



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

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.

ria, cercando di far uscire il problema dalle sacche della burocrazia e dei cavilli legali ed accrescere gli studi basati sull'appropriatezza. Argomento difficilissimo per le possibili complicità su cui poco è stato fatto e comunque non in forme esaustive, ma che sarà il banco di prova per qualsivoglia sistema sanitario si voglia approntare: **l'Obama-care ha avuto il merito di evidenziare il problema e di tentare un primo approccio basato su una maggiore conoscenza dei dati disponibili.**

IL RUOLO DEI DATORI DI LAVORO

Attualmente gran parte delle polizze assicurative sono a carico dei datori di lavoro (169 milioni di americani ricevono la loro copertura attraverso i loro datori di lavoro) ma nelle previsioni di Ezekiel Emanuel, il primo assistente di Obama e architetto della legge, tale condizione si sarebbe ribaltata nel 2025 allorché i costi delle polizze a carico del datore sarebbero risultati residui nel contesto generale.

Dagli ultimi dati disponibili, senza correttivi, i costi in capo ai datori di lavoro passeranno da 4,800 \$ a 5900 \$ dal 2015 al 2023.

Gli impiegati percepiscono con immediatezza quando i loro premi crescono, ma lamentano scarsa informazione circa il perché di detta crescita, avvalorando il sospetto che qualcuno speculi sulle loro necessità. I datori di lavoro dovrebbero fornire informazioni adeguate ogni anno durante il periodo di apertura di iscrizione, ma siamo ancora lontani da una effettiva trasparenza sui benefici dei piani assicurativi e dei loro costi.

Milioni di lavoratori hanno l'impressione di pagare di più per la loro sanità, perché i loro datori di lavoro hanno lentamente riorganizzato i parametri in modo che gli impiegati abbiano minori coperture, con conseguente rischio di sopportare direttamente alcune spese sanitarie.

LE PROSPETTIVE

L'ACA non ha risolto uno dei più grandi problemi nella sanità USA: **come finanziare la cura a lungo termine per pazienti che soffrono di disabilità o di malattie croniche come l'Alzheimer.** Con l'ACA si è pensato di estendere la copertura anche a questo tipo di patologie, ma ogni tentativo è stato smorzato dagli eccessivi costi, lasciando però spazio a parecchi programmi pilota mirati a trovare modi per permettere a persone molto fragili e malate di ricevere direttamente a casa propria cure e servizi sociali.

Il successo dell'operazione passerà inevitabilmente attraverso un maggiore coordinamento delle cure tra medici, infermieri, specialisti, ospedali e altri operatori cui i pazienti possono rivolgersi per l'assistenza sanitaria.

Diversamente dal sistema italiano o inglese, predisposti a gestire il coordinamento tra più livelli assistenziali, la sanità americana è meno abituata ad assicurare che medici di famiglia e infermieri siano partner degli ospedali nel gestire i percorsi delle cure.

La legge sanitaria di Obama prevedeva anche la creazione di hospice per permettere a persone con malattie terminali di ricevere assistenza senza dover rinunciare ai trattamenti ancora utili.

Per dare effettività a questi progetti occorreva però superare un altro punto critico: **la cronica difficoltà (o forse sarebbe più corretto parlare di riluttanza) degli attori del sistema a scambiarsi documenti sanitari** al fine di garantire che i pazienti possano disporre, al bisogno, di una copia completa di tutti i loro documenti elettronici sanitari, semplicemente tramite un codice di accesso.

Oltre alle scelte di impostazione, il dibattito sugli assetti della sanità americana ha permesso di approfondire le conoscenze sulle variabili che caratterizzano il sistema.

Oggi uno dei principali costi che le strutture e i singoli professionisti devono sostenere sono collegati alle cause giudiziarie connesse alla cosiddetta negligenza medica. Per integrare l'efficacia della riforma si è infatti proposto di inibire le cause contro strutture e personale sanitario che abbiano seguito linee guida e protocolli di buona pratica clinica, riconosciute dalle organizzazioni mediche accreditate.

In effetti uno stato deve garantire *ex ante* la qualità e la professionalità di chi opera in ambito sanitario, limitando i contenziosi solo laddove questi parametri non sono rispettati: dal trend in crescita quasi esponenziale dei contenziosi in ambito sanitario, in America come in Europa, e dalla scarsa attenzione a prevenire questo problema sembra quasi che il sistema sia più interessato a garantire lavoro agli studi legali che non a prevenire gli incidenti sanitari. Se un professionista viene lasciato operare in una struttura pubblica o privata è perché questo risponde a definiti, controllabili e controllati requisiti.

Repubblicani e Democratici continuano ad ispirarsi a impianti ideologici profondamente diversi su alcuni degli elementi chiave. Sono in disaccordo sul ruolo del governo, sulle libertà del singolo individuo e soprattutto sul dilemma della spesa complessiva. **Anche fuori dagli Stati Uniti le forze politiche di tutto il mondo occidentale stanno dibattendo sugli stessi problemi,** ed in particolare su come impostare gli asset del sistema stesso. Per superare questa fase occorre definire senza partigianeria di parte tutte le possibili soluzioni.



Progetto genitorialità

Intervista ad Anna Maria Calcagni,
Presidente OMCeO di Fermo, Consigliere di Amministrazione ENPAM

A cura di Rosa Revellino



All'aumento della componente femminile negli ospedali di tutta Italia, non è seguito un adeguamento delle politiche sociali e per il lavoro. Da recenti ricerche le donne continuano ad essere molto penalizzate nella gestione del rapporto famiglia-lavoro. Secondo lei questa fotografia è fedele alla realtà dei fatti della Professione? Ci sono stati, negli ultimi anni, sensibili cambiamenti di prospettiva?

Premetto che l'aumento della componente femminile riguarda tutte le professioniste medico, non solo quindi le ospedaliere, che, quando sono inquadrate, sono tutelate in caso di gravidanza. Diversa invece è la situazione per le libere professioniste e per le colleghe con contratti di convenzione a termine con il Servizio Sanitario Nazionale, che prima del nuovo regolamento ENPAM per la genitorialità avevano garanzie solo parziali e inadeguate.

Le novità introdotte per le dottoresse mamme sono il frutto del lavoro di una commissione ENPAM per la genitorialità di cui sono stata coordinatrice e di cui hanno fatto parte, tra gli altri, anche Roberta Chersevani, prima che diventasse presidente della Federazione nazionale degli Ordini, e Giampiero Malagnino, vice presidente vicario dell'ENPAM. Ai componenti della commissione ho subito riportato i risultati che venivano fuori dalle indagini sul territorio fatte dal comitato di genere, anche questo sotto il mio coordinamento, nato nel 2013 in seno al Sumai (Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana e Professionalità dell'Area Sanitaria). Il problema prevalente che emergeva dalle rappresentanti regionali era sempre quello: conciliare la professione con gli impegni familiari, quindi la gravidanza e la maternità ma anche la cura delle persone anziane. Le richieste più pressanti che ricevevamo erano sulla copertura economica della genitorialità, la flessibilità del lavoro e l'applicazione della Legge 104. La necessità di trovare una risposta normativa diventava sempre più urgente se confrontata con i dati sulla progressiva femminilizzazione della professione elaborati dalla FNOMCeO.

La crisi della famiglia, in passato punto di coesione fra le varie generazioni, la carenza di strutture di supporto sia nell'accudimento dei bambini sia nell'assistenza negli anziani rende, infatti, difficile per le donne conciliare i mondi famiglia e lavoro.

La conseguenza di tutto ciò è che in Italia il fenomeno della denatalità è al minimo storico con devastanti conseguenze sociali; questo vale anche per i medici, infatti nonostante negli ultimi dieci anni le donne siano aumentate di 34mila unità, il numero dei figli è rimasto immutato.

Le professioniste medico sono sicuramente penalizzate nella carriera, nelle opportunità di formazione, a livello del reddito e, di conseguenza, della pensione futura. Spesso per lavoro ►

Le professioniste medico sono sicuramente penalizzate nella carriera, nelle opportunità di formazione, a livello del reddito e, di conseguenza, della pensione futura. Spesso per lavorare sono costrette a rinunciare anche alla maternità

rare sono costrette a rinunciare anche alla maternità, e questo è un fenomeno gravissimo per una società che vuole definirsi civile.

Purtroppo la crisi economica non ha consentito di aumentare le tutele per la gravidanza, nell'Accordo collettivo Nazionale per la Specialistica ambulatoriale, nonostante la richiesta da parte sindacale.

È consolante constatare che ci siamo comunque riusciti in ENPAM.



Per riconoscere i bisogni peculiari della gravidanza, gli impegni legati alla maternità e la crescente necessità di conciliazione dei tempi casa-lavoro sono necessari interventi istituzionali concreti. L'ENPAM lo ha fatto con il bando per i sussidi alla maternità. Al di là dei contenuti, come è nato questo progetto? E che riscontro ha avuto fino ad oggi?

L'ENPAM ha risposto alle richieste delle professioniste ma anche dei colleghi uomini, ampliando le garanzie e le tutele alla genitorialità. L'iter è stato lungo e complesso, una prima bozza del regolamento è stata respinta dagli organi ministeriali vigilanti e finalmente dopo le opportune correzioni è stato approvato il 14 febbraio scorso. Il Consiglio di amministrazione dell'ENPAM ha approvato le delibere attuative il mese successivo.

Nel frattempo sul bando tantissime colleghe hanno chiesto informazioni. Il bando è rimasto aperto fino al 7 luglio: in una settimana le richieste d'indennità per maternità sono state 280.



Secondo lei le difficoltà di gestione famiglia-lavoro che oggi può avere una donna medico possono configurarsi come disagio professionale?

Le professioniste medico hanno un notevole "disagio professionale" che è dovuto alla grande difficoltà nel conciliare famiglia-lavoro. Anche se l'atteggiamento degli uomini nella gestione della famiglia è notevolmente cambiato, è sempre sulla donna che in genere ricadono maggiormente gli impegni, con ripercussioni sul tempo che poi viene dedicato alla formazione specialistica e all'esercizio della professione. Tutto questo incide inevitabilmente sul reddito, sulle prospettive di carriera e sulla pensione, in termini di requisiti di accesso e di importo. Il risultato è che spesso la donna è costretta a rinunciare alla famiglia e ai figli.

Anche se l'atteggiamento degli uomini nella gestione della famiglia è notevolmente cambiato, è sempre sulla donna che in genere ricadono maggiormente gli impegni, con ripercussioni sul tempo che poi viene dedicato alla formazione specialistica e all'esercizio della professione



Che cosa manca nella politica sanitaria per rendere queste iniziative tasselli sistematici di un progetto complessivo di tutela del lavoro e dell'identità della donna medico?

Manca la sensibilità della politica. C'è una "miopia" diffusa nei confronti di questi problemi, non si riesce a ragionare in prospettive di medio-lungo termine.

Le leggi si fanno per tamponare gli effetti a breve termine. E questo solo in nome del risparmio.

L'ENPAM, in questo senso, ha dimostrato lungimiranza cercando soluzioni concrete nell'affrontare le difficoltà di diventare genitori, prevedendo un assegno più ricco per la maternità, la copertura in caso di gravidanza a rischio per tutte le professioniste, un sostegno economico per le spese di nido e baby sitter nel primo anno di vita del bambino o, in caso di adozione, di ingresso del minore in famiglia, e la possibilità di colmare gli eventuali buchi contributivi. I tempi dell'approvazione si sono mostrati più lunghi del previsto ma alla fine ci siamo riuscite. Le nuove regole dell'ENPAM includono inoltre la possibilità di un sostegno alla maternità anche per le studentesse universitarie del V e del VI anno di Medicina e Odontoiatria che decidessero di anticipare l'iscrizione alla Fondazione. Su questo stiamo ancora aspettando che i ministeri ci diano indicazioni per la fase attuativa. Ma anche qui non demordiamo.

Le lingue della malattia

IL RUOLO DELLA RICERCA LINGUISTICA NELL'ESPERIENZA DELLA MALATTIA E NELLA PRATICA DI CURA

Sara Boggio



Quanta parte ha la parola nell'esperienza della malattia e nella pratica di cura? In che modo, da chi e perché occorre tenerne conto? La presentazione del libro *Le lingue della malattia* (Mimesis 2016), che si è svolta il 4 maggio scorso presso la Residenza Richelmy di Torino (organizzata dal Gruppo di Ricerca «Remedia – Lingua Medicina Malattia» dell'Università degli Studi di Torino, in collaborazione con Orpea Italia – Residenza Richelmy), ha sollecitato queste e molte altre domande. L'incontro si è svolto sotto forma di *excursus* interdisciplinare che ha visto, come filo conduttore, proprio la parola nelle molteplici sfaccettature, accezioni, significati e valore che riveste in ambito linguistico, clinico, sanitario e nelle tante zone limitrofe, condivise a vario titolo da medici, operatori, pazienti.

DALLA LINGUISTICA ALLA MEDICINA: L'INDISPENSABILE DIALOGO TRA DISCIPLINE

Il libro è a cura di Raffaella **Scarpa**, presidente del gruppo di ricerca **Remedia**, docente di **Linguistica italiana** e del corso, attivato quest'anno, di **Linguistica medica e clinica**, presso il Dipartimento di Studi Umanistici dell'Università di Torino. Il volume indaga la relazione tra espressione linguistica e patologia a partire da un ambito particolarmente delicato e problematico – la psicopatologia del linguaggio – e raccoglie i primi contributi sul tema dedicati a psicosi, demenza di Alzheimer e autismo. Il volume è anche il primo della collana "Lingua Medicina Malattia", sempre a cura di Raffaella Scarpa, che la casa editrice Mimesis ha dedicato a questo ambito di studi.

Definiti cornice e intenti entro cui si è sviluppato il volume, ed entro cui opera il gruppo di ricerca, la presentazione è stata in realtà uno spunto per attivare un dialogo tra discipline: "una riflessione di impronta umanistica che richiama e interessa da vicino, e per prima, proprio la scienza medica", nelle parole di benvenuto di Enrico **Larghero**, Direttore Sanitario della Residenza Richelmy e moderatore dell'evento.

«Un libro interessante e innovativo», ha detto Giorgio **Palestro**, Presidente Emerito della Scuola di Medicina di Torino, sottolineando come la lingua sia cartina tor-

nasole dello stato di salute sia in quanto organo del corpo, sia quale mezzo espressivo, in quest'ultimo caso "traduttore molto importante degli aspetti psichici ed emozionali della persona". Citando alcuni estratti dai contributi sul linguaggio schizofrenico, chiude con la quarta di copertina, auspicando che l'identificazione di una 'grammatica della malattia' possa essere il "primo passo per un nuovo sapere sulla vita".

Mario **Squartini**, Vice Direttore alla Ricerca del Dipartimento di Studi Umanistici dell'ateneo torinese, ha ribadito come l'occasione debba essere iscritta nello scenario di fondo, e più esteso, di cui è parte: il **connubio tra linguistica e medicina su cui il dipartimento ha investito molto, come attesta l'attivazione del primo insegnamento di Linguistica medica e clinica per la laurea magistrale in Scienze Linguistiche**.

«Bisogna tener conto delle due voci, medica e clinica, e della condizione rara e felice che le vede insieme, in dialogo con la sfera umanistica», afferma Raffaella **Scarpa**, chiedendosi se al di là delle mode interdisciplinari esista un fondamento reale per questo incontro: «Un sapere parcellizzato come il nostro può davvero pensare di far dialogare le parti? Viviamo infatti il paradosso per cui da un lato siamo formati per l'iperspecializzazione, dall'altra dobbiamo avere uno sguardo trasversale, onnicapiente. Ma la domanda, dal punto di ▶

vista storico, non ha alcun senso. Per quanto riguarda la medicina, Ippocrate non aveva bisogno di legittimarsi come esperto nell'arte del discorso. Nel Medioevo, la trascrizione dei testi medici in volgare attesta la consapevolezza del problema della lingua: la volontà di farsi capire. E così la tradizione dei prontuari secenteschi per le autoterapie. Mentre il Settecento segna una rivoluzione dei paradigmi, accompagnata, come ogni rivoluzione, dalla ricerca di una lingua nuova: una lingua comprensibile». Perché il punto, che vale a sintetizzare tanta speculazione teorica sulle criticità della comunicazione medico-paziente (ma anche nel rapporto tra scienze, medicina e media), «è che non ci fidiamo delle parole che non comprendiamo».

LO STUDIO DELLA LINGUA IN AMBITO CLINICO

Chiusa l'introduzione, il pomeriggio si snoda in due sessioni, dedicate rispettivamente a "ricerca e studio linguistico in ambito clinico" (con riferimento, in particolare, a demenza di Alzheimer e psicosi), e al "valore delle parole in oncologia".

Pietro **Vigorelli**, presidente del Gruppo Anchise di Milano, pone **una delle domande più difficili e importanti, nella triade lingua-medicina-malattia: come fare con chi non parla?**

«C'è un'enorme differenza tra la lingua degli operatori, che possono scegliere le parole, e le parole dei malati, che sono immutabili. Diamo per scontato che l'interlocutore ci capisca, ma è un assunto sbagliato. Eppure dalla scelta delle parole degli operatori dipende il benessere o meno della persona malata». Questa è la premessa su cui si basa l'"approccio capacitante", messo a punto dal Gruppo Anchise per interagire con i malati di Alzheimer, e pensato affinché il paziente possa parlare senza sentirsi in errore. Con l'aiuto di due volontari, Vigorelli ne mette in scena quattro capisaldi. La prima regola è tanto semplice quanto ignorata: non fare domande. La seconda è riconoscere le emozioni, quindi accoglierle. La terza è il rispetto della lentezza e delle pause. La quarta la restituzione del motivo narrativo (ulteriori informazioni sul sito del Gruppo Anchise: <http://www.formalzheimer.it>).

A chiudere idealmente il discorso del Dott. Vigorelli, l'esempio di analisi linguistica condotta da Alessia **Macri**, linguista del gruppo Remedia, compendio del relativo saggio contenuto nel volume e basato su 45 trascrizioni di dialoghi di pazienti Alzheimer. **L'analisi conferma la difficoltà dei malati "di andare a riprendere le parole in quel magazzino indistinto che è diventato il vocabolario"** e rileva, al tempo stesso, come la costruzione della frase rimanga intatta più a lungo ri-

spetto all'offuscamento delle singole parti. L'analisi mette infatti al centro il testo, nella sua interezza, e con la prerogativa di un'indagine senza preconcetti: sintattica, poi lessicale quindi semantica, con l'accorgimento di descrivere "fenomeni" e "peculiarità" anziché "deficit".

I sostantivi che rimangono più a lungo, nota la Dott.ssa Macri, sono quelli concreti e che rimandano all'ambito familiare; fenomeno ricorrente è l'iterazione, che "appare come una sorta di sostegno a defatigarsi", nonché la spiccata componente musicale, probabile appiglio mnemonico. Tutti elementi utili a definire una 'grammatica patologica', quindi a informare, e ulteriormente sostanziare, l'approccio capacitante, sia nella disposizione all'ascolto sia per la possibilità di interazione.

Segna il passaggio al versante psichiatrico Rocco **Picci**, che ricorda come ci sia "sempre intenzionalità comunicativa, anche nel più delirante dei discorsi". Assunto su cui appoggia la domanda dell'intervento successivo, della linguista Beatrice **Dema**: che attenzione ha rivolto la psichiatria alla lingua? La risposta è un percorso che si dipana dalla fine dell'Ottocento a oggi, e cioè dal momento in cui la psichiatria inizia a interessarsi al fenomeno linguistico, passando nel secolo successivo attraverso i grandiosi contributi di Sergio Piro e Jacques Lacan, per stanziare infine all'approccio statistico-quantitativo che caratterizza i nostri anni. **A ricalibrare l'attenzione al caso singolo, studiato in profondità, viene esposta l'analisi della lingua scritta di un paziente psicotico**, di cui si rileva, tra gli altri fenomeni, un doppio registro sintattico: incoerente nel parlato "normale", coerente e dettagliatissimo nell'ambito del delirio.

Anche in questo caso, il fine è mettersi in ascolto, tentare di cogliere, specifica lo psichiatra Picci, "il legame di quella persona per quella malattia, che non va mai generalizzato" (come del resto insegna la medicina di precisione, e non solo in questo ambito). Con le parole della Dott.ssa Raffaella **Manna**, psicologa della Residenza Richelmy, lo scopo è "andare a riscoprire l'altro che sta nell'alieno", l'imperativo il "dovere dell'ascolto".

IL VALORE DELLE PAROLE IN AMBITO ONCOLOGICO

Dal versante psicopatologico all'oncologia, il discorso prosegue con l'aiuto della filosofia nelle parole di Luisa **Sesino**, counsellor filosofico che opera nell'ambito delle cure palliative. La "pratica filosofica", spiega, accoglie la domanda di senso che, in circostanze estreme come il fine vita, viene formulata da parte di tutti, operatori compresi. **«La parola, in questo contesto, può essere l'ultima dimensione sana della persona».** E

allora quali scopi attribuirle? Quali aspettative?

Le suggestioni della Dott.ssa Sesino sono estratti di riflessioni condivise con i malati: dire cose vere, dare ordine alle parole, individuare gli stereotipi della consolazione (e metterli via, perché non servono), ripassare le parole importanti ("perdono", "senso", "riconciliazione"), e attraverso le parole riappropriarsi della possibilità di essere ancora in grado di fare, di creare.

La chiusura a Oscar **Bertetto**, oncologo, che **ripercorre la paura suscitata dalla "malattia per eccellenza" e dalla parola che nessuno ha il coraggio di pronunciare**: cancro. Parola di cui in passato non si comunicava la diagnosi, che per anni non si è scritta nemmeno nei necrologi, e intorno alla quale il lessico continua a prediligere l'ambito bellico (per combattere, attuare strategie, per l'arruolamento dei protocolli, per sconfiggere la cellula che invade).

Oggi le difficoltà non sono superate. Ce ne sono di nuove: come comunicare la diagnosi genetica, e cioè l'alta percentuale di rischio di sviluppare quella pato-

logia? Come presentare una diagnosi di cui la persona viene a sapere dall'oggi al domani? Come spiegare il percorso terapeutico e la relativa prognosi? Con quali parole comunicare al paziente che perderà una parte del corpo, o la voce? E l'eventuale ricaduta? Come accompagnare alle cure palliative? Quest'ultimo passaggio, rileva Bertetto, non ha ancora trovato l'adeguata ritualizzazione che ogni rito richiede, e può portare a un 'atteggiamento schizofrenico': o all'abbandono di ogni speranza o all'accanimento terapeutico.

«Da Galileo in poi, la medicina è tanto più scientifica quanto più misura: siamo scienziati perché misuriamo. Eppure Einstein ci ricorda che "non tutto ciò che conta è misurabile e non tutto ciò che è misurabile conta"». Soprattutto nei frangenti più delicati, estremi e profondi della vita dell'uomo, dove ciò che rimane sono l'ascolto, e il ricordo. Nell'esperienza, fin troppo umana, della malattia, il medico ricorda, citando appropriatamente Gorgia, che "la parola divinissime cose sa fare".

dalla scelta delle parole degli operatori dipende il benessere o meno della persona malata





DOCTOR G: la statistica medica a fumetti

La recensione di Marco Bobbio,
Cardiologo, Segretario generale Slow Medicine

*"Nella nostra vita e nel linguaggio comune, parole come percentuali, frequenze, probabilità, rapporto rischio/beneficio ricorrono molto spesso. Si tratta di concetti fondamentali per prendere decisioni autonome e razionali, pari alla conoscenza della lingua o della matematica elementare. Eppure, non esiste una cultura statistica diffusa, nemmeno nella pratica di specialisti quali medici, giornalisti, avvocati e così via": così dice il protagonista di **Doctor G**, graphic novel dedicata alla divulgazione della statistica medica nata dalla collaborazione tra una ricercatrice in neuroscienze, un medico di emergenza-urgenza, un'illustratrice e uno sceneggiatore, rispettivamente: Luana **Caselli**, Luca **Iaboli**, Grazia **Lobaccaro** e Marco **Madoglio**.*

*Il testo, tanto istruttivo quanto scorrevole, è stato presentato venerdì 31 marzo 2017 presso l'**OMCeO di Torino**. Hanno partecipato all'evento l'autore Luca **Iaboli**, Franco **Lupano** (con un intervento sulla storia della statistica medica) e Marco **Bobbio**, di cui pubblichiamo la recensione.*

Il dottor G è un esperto di statistica che ama cimentarsi con il calcolo del rischio di malattia così come con la probabilità che un indagato sia innocente; è trasandato e ubriaccone ma coraggioso e competente, stigmatizza l'ignoranza di medici e avvocati, ma disprezza e mette in ridicolo gli esperti che manipolano la statistica a proprio vantaggio o per condizionare il mercato dei farmaci. Riflettendo su questi mistificatori, il dottor G commenta: "Grazie a loro passeranno anni prima di avere una medicina sobria, rispettosa e giusta".

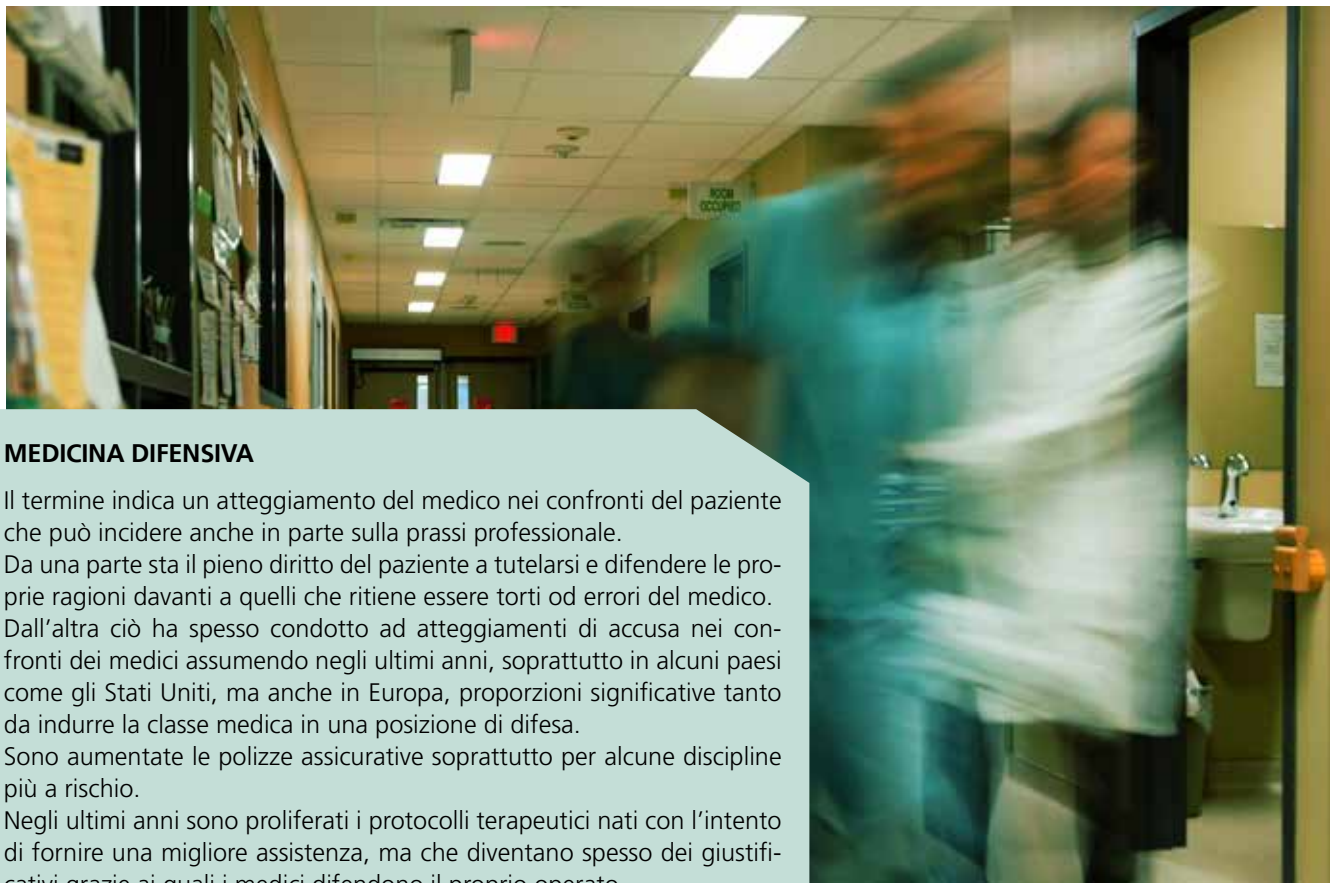
Il dottor G è il protagonista di una graphic novel, curiosa ma rigorosa, che mescolando vicende sentimentali, con la valutazione dell'efficacia degli screening, con lo svolazzare delle farfalle e con la disamina di alcuni famosi casi giudiziari, spiega con esempi tratti da notizie giornalistiche e da articoli scientifici il calcolo di sensibilità e specificità, la differenza tra rischio relativo e assoluto, la nocività degli screening, i pericoli della sovradiagnosi.

Il cuore della vicenda è a Berlino, ma la storia si snoda tra decine di città e luoghi sparsi in tutto il mondo, facendo rivivere il momento in cui la notizia ha colpito la curiosità del protagonista, che rielabora le percentuali declamate alla televisione o pubblicate in articoli scientifici e ribalta le conclusioni a cui sono giunti (talvolta per ignoranza e tal'altra per malafede) medici di medicina generale, primi ministri, avvocati, opinion leader. Come nelle favole, l'onestà del dottor G, scomodo ed emarginato, verrà premiata; a Parigi come a Madrid, a Oslo come a Dublino, i pazienti felici e contenti riceveranno saggi consigli da medici esperti e non manipolativi che forniranno loro in modo comprensibile e corretto i risultati delle ricerche scientifiche.

Il triste elenco di articoli, spesso introvabili, che costituisce la bibliografia dei libri, è sostituito da ampie note che ricostruiscono un episodio, che spiegano un fumetto, che commentano una battuta, ma soprattutto è arricchito dai QR code che consentono con un click di scaricare l'articolo originale con lo smartphone o il tablet. Geniale.

Medicina difensiva in pronto soccorso

Giuseppe Scarso,
Psichiatra e Scrittore



MEDICINA DIFENSIVA

Il termine indica un atteggiamento del medico nei confronti del paziente che può incidere anche in parte sulla prassi professionale.

Da una parte sta il pieno diritto del paziente a tutelarsi e difendere le proprie ragioni davanti a quelli che ritiene essere torti od errori del medico. Dall'altra ciò ha spesso condotto ad atteggiamenti di accusa nei confronti dei medici assumendo negli ultimi anni, soprattutto in alcuni paesi come gli Stati Uniti, ma anche in Europa, proporzioni significative tanto da indurre la classe medica in una posizione di difesa.

Sono aumentate le polizze assicurative soprattutto per alcune discipline più a rischio.

Negli ultimi anni sono proliferati i protocolli terapeutici nati con l'intento di fornire una migliore assistenza, ma che diventano spesso dei giustificativi grazie ai quali i medici difendono il proprio operato.

Molto sovente non è il paziente a protestare a livello giuridico, ma sono piuttosto le famiglie.

Il lavoro in équipe ed una buona alleanza terapeutica fra colleghi possono rassicurare il medico e rendere il suo operato più sicuro ed aderente alle necessità del paziente.

Le luci nel cortile dell'ospedale si accendevano all'imbrunire nella gelida sera d'un giorno d'inverno.

Lui aveva appena finito di scrivere al computer la relazione clinica sull'ultimo paziente visitato.

Era alla fine di un turno di guardia senza sosta, un rosario di sofferenze umane davanti alle quali aveva spesso una sensazione di inadeguatezza.

Anche la sua carriera volgeva alla fine. Mancavano pochi giorni alla pensione. Si chiedeva se la sua vita lavorativa era stata come quel turno di guardia.

Sorrise impercettibilmente, più che altro fra sé e sé. Si strofinò gli occhi come era solito fare ►

quando si sentiva stanco. Le luci al neon illuminavano in modo freddo e impersonale una stanza dove quasi tutto era bianco, quasi incolore, anonimo, distaccato, ma molto professionale. Quelle fuori nel cortile, con la loro pallida illuminazione, sembravano aumentare ancora di più il freddo della sera.

Gli venne in mente un sogno che aveva fatto la notte prima. Doveva superare un esame: smontare un lettino da neonato e non ci riusciva, si scusava, si scherniva assicurando che prima o poi ci sarebbe riuscito, temendo che non gli sarebbe stato lasciato abbastanza tempo.

Gli capitava proprio come al Dr. Borg che nel film "Il posto delle fragole", ormai vecchio, sognava di essere sottoposto ad un esame: interpretare una frase scritta in una lingua sconosciuta. "Il primo dovere del medico è chiedere perdono".

Si chiedeva se ciò valeva solo per i medici.

Il tempo per porsi tali domande fu bruscamente interrotto dall'irrompere nella stanza di un infermiere che gli annunciò l'arrivo di un paziente accompagnato in Pronto Soccorso dalla polizia e dal personale della medicina d'emergenza. Se ne erano già andati tutti richiamati da un nuovo caso urgente e gli fu consegnato solo un foglio su cui stava scritto in caratteri difficilmente intellegibili: "Etero-aggressività in stato di etilismo acuto".

Fu introdotta nella stanza una barella su cui giaceva seduto un uomo sulla quarantina. Si teneva con le mani al bordo della barella, il capo chino a guardare per terra.

Gli infermieri uscirono lasciandoli soli.

Medico e paziente si fissarono alcuni istanti, studiandosi reciprocamente. Il primo fece per alzarsi, ma il secondo fu più lesto scendendo dalla barella non senza qualche incertezza per

"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

Di punto in bianco, prima che lei avesse avuto il tempo di chiedergli come ogni sera se aveva ancora bevuto, le aveva mollato un ceffone in pieno viso facendola sbandare e sbattere con la spalla contro il frigorifero

andarsi a sedere barcollando lievemente sulla sedia davanti al medico. Una scrivania bianca li divideva con a lato il computer bianco, lo schermo quasi incolore, che aspettava di ricevere notizie di quell'ennesima visita.

Dapprima teneva la testa bassa a guardarsi i piedi, poi l'alzò per fissare il medico. Aveva un viso che ispirava simpatia; un mesto sorriso ne rivelò tutta la sofferenza.

Sentiva che doveva rompere il ghiaccio giustificando il motivo della sua presenza lì.

Iniziò prendendola alla lontana dicendo che lavorava come impiegato in banca, che era sposato e il problema era proprio lì. Da anni lui e sua moglie non andavano più d'accordo, i litigi erano quotidiani. Da qualche tempo lui aveva preso a bere, mai tanto da ubriacarsi. Sul lavoro era sempre stato un impiegato modello.

Quella sera, tornando a casa, aveva bevuto un bicchierino, forse anche due più del solito, e quando si era trovato davanti la moglie, lì in cucina, con stampato in viso il suo solito sguardo indagatore ed accusatore, non aveva capito più niente. Di punto in bianco, prima che lei avesse avuto il tempo di chiedergli come ogni sera se aveva ancora bevuto, le aveva mollato un ceffone in pieno viso facendola sbandare e sbattere con la spalla contro il frigorifero. Non sapeva nemmeno lui perché, forse per tutte le volte in cui aveva sopportato quello sguardo, i rimproveri della moglie, senza reagire, mentendo, sentendosi colpevole. Infatti, era la prima volta che aveva agito così. La moglie era scappata da casa impaurita, si era rifugiata dai vicini e da lì aveva telefonato alla polizia. Erano venuti con l'ambulanza a prenderlo, pronti a usare la forza, ma lui aveva lasciato fare, non si era opposto, si era arreso, stupito lui per primo di quello che aveva fatto.

Per questo ora si trovava lì.

Il medico aveva ascoltato senza dire una parola.

Sul foglio che gli avevano consegnato stava anche scritta una proposta di Trattamento Sanitario Obbligatorio, il famigerato T.S.O., il ricovero coatto, attuato contro la volontà del paziente.

L'impiegato tacque pensando di avere detto tutto.

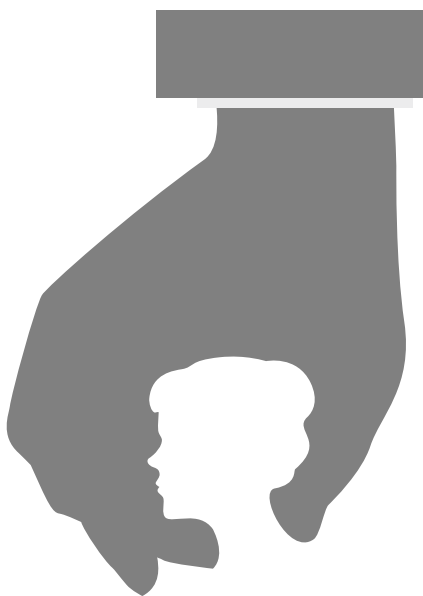
Fu il medico a fare qualche domanda per capire meglio e di più.

Quando giudicò che il quadro clinico fosse sufficientemente chiaro, gli propose un ricovero per qualche giorno, giusto per riposare un po', curarsi dall'abitudine all'alcol, avere il tempo per riflettere alla ricerca di soluzioni più ragionevoli e sane per risolvere i suoi problemi.

L'impiegato gli rispose di no, anzi sì, si sarebbe anche fatto ricoverare, capiva che gli avrebbe fatto bene, ma il giorno dopo doveva tornare al lavoro, non aveva mai perso un giorno. Tornando avrebbe dovuto spiegare che era stato ricoverato in ospedale, sperando che nessuno scoprisse che era stato in un reparto di psichiatria per ubriachezza. No, proprio non se ne parlava.

Il medico, che per la precisione era psichiatra, si trovava in difficoltà davanti a quella proposta di T.S.O.

Chiese all'impiegato di accettare una terapia, lì, in Pronto Soccorso, per farsi passare la sbornia, per calmarsi un po'. ►



Che cosa
sarebbe stato
meglio per
l'impiegato?
Che cosa
sarebbe stato
meglio per la
moglie?
Però, si poneva
anche un'altra
domanda: che
cosa sarebbe
stato meglio per
lui, il medico?

Per prendere tempo gli propose di fare anche qualche esame per valutare lo stato di salute in generale, già che era lì.

L'impiegato accettò di buon grado, ribadendo che, però, di ricovero non se ne parlava, che, finiti tutti gli accertamenti, sarebbe tornato a casa.

Il medico rispose con un evasivo assenso. Chiamò gli infermieri perchè lo conducessero a fare gli esami richiesti. L'impiegato fu condotto fuori dalla stanza nuovamente in barella. Il medico rimase solo a meditare che un T.S.O. sarebbe stato una violenza contro quel povero impiegato che una volta nella vita aveva fatto ciò che non si era mai ritenuto capace di fare.

Iniziò a scrivere qualcosa al computer, quando una infermiera gli annunciò che la moglie dell'impiegato era lì fuori in corridoio e desiderava parlargli.

Disse di farla entrare.

Si trovò davanti una signora apparentemente più giovane del marito, minuta, graziosa, elegante. La guancia sinistra era lievemente arrossata, ma, evidentemente, non c'era nessuna lesione alla spalla a giudicare dai movimenti per nulla impacciati da sensazioni dolorose.

Si sedette davanti al medico per dirgli che, se non avesse ricoverato suo marito, l'avrebbe immediatamente denunciato ai carabinieri per omissione di soccorso, che non avrebbe mai accettato il ritorno del marito a casa.

Il medico provò a cercare delle soluzioni, prospettare delle possibilità come trasferirsi presso qualche amica o parente in attesa che si calmassero le acque, che si potesse chiarire il futuro di quel matrimonio, che suo marito era sinceramente pentito e lui era convinto che non avrebbe mai più fatto una cosa del genere.

La moglie accusò il medico di tentare di imbonirla, lo invitò a comprendere la sua situazione, come si sarebbe sentita insicura e in pericolo con quell'uomo che girava per casa. No, non aveva nessuna intenzione di andare da nessuna parte. Quella era casa sua, semmai era il marito che se ne doveva andare e, comunque, andava ricoverato subito, se no sarebbe andata dai carabinieri.

Il medico cercò di spiegarle che il ricovero era questione di pochi giorni, poi il marito sarebbe tornato a casa, forse ancora più incattivito se ricoverato contro la propria volontà. La moglie non volle sentire ragioni, si alzò ed uscì ribadendo le proprie intenzioni.

Il medico pensò che la moglie era stata assai poco collaborativa, anzi piuttosto aggressiva, ma aveva anche lei le sue buone ragioni.

Che cosa sarebbe stato meglio per l'impiegato? Che cosa sarebbe stato meglio per la moglie?

Però, si poneva anche un'altra domanda: che cosa sarebbe stato meglio per lui, il medico? C'era il problema della medicina difensiva, cautelarsi da una denuncia con conseguenti inchieste giudiziarie. Doveva capitargli una grana come quella proprio pochi giorni prima della pensione, alla sua ultima guardia?

L'impiegato fu riaccompagnato nella stanza camminando sulle proprie gambe anche se sorretto da un infermiere, più per sicurezza che per necessità.

Nuovamente seduto davanti al medico, gli disse che aveva fatto tutto ciò che gli era stato richiesto. Poteva uscire ora?

Il medico ribadì che gli esiti degli esami non erano ancora arrivati.

L'impiegato rispose che sarebbe tornato per ritirarli e se c'era qualche cura da fare, certamente l'avrebbe fatta, anche un ricovero se necessario, ma certamente non in psichiatria.

Il medico tentò ancora di convincerlo a un breve ricovero.

L'impiegato fu fermo nel rifiutare, facendo notare che, tra l'altro, non c'erano le indicazioni per farlo contro la sua volontà, visto che lui aveva accettato le cure, fatto gli esami, si sentiva meglio, compiaciuto di dimostrare che non era affatto uno sprovveduto, un po' di cose le conosceva anche lui.

Il medico gli chiese che cosa intendesse fare una volta dimesso.

L'impiegato capì benissimo dove voleva andare a parare. Rispose che sarebbe tornato a casa. Aveva imparato la lezione, non avrebbe mai più alzato le mani sulla moglie e del loro matrimonio, che cosa ne sarebbe stato in futuro, avrebbero deciso insieme.

Il medico gli suggerì di passare la notte presso qualche amico o parente.

L'impiegato rispose che non aveva nessuno da cui andare e che, comunque, l'intenzione era di tornare a casa e trovare una spiegazione con la moglie, cominciando con il chiederle scusa per l'accaduto.

Il medico non sapeva più che pesci pigliare. Capiva benissimo che la soluzione migliore era quella prospettata dall'impiegato il quale, passata la sbornia, si dimostrava essere ciò che era: una brava persona, del tutto sincera e convinta di quanto affermava.

Per lui, medico, invece, davanti alle minacce della moglie, le cose non erano così semplici.

Rimasero in silenzio alcuni secondi. Poi il medico chiamò l'infermiere. Gli chiese se la moglie era ancora nei paraggi. Gli fu risposto che non sapeva, ma l'avrebbe cercata. Fu trovata e fatta entrare nella stanza insieme ad una sedia portata dall'infermiere.

Marito e moglie rimasero lì seduti, fissando il medico, evitando di guardarsi fra loro.

Inventando una scusa, il medico si assentò per lasciarli da soli. Quando rientrò ebbe la sensazione, come d'altronde supponeva, che nulla fosse successo, niente fosse stato detto. Si sedette al suo posto. Lasciò trascorrere alcuni secondi in un imbarazzato silenzio carico di tensione.

Cercò di rassicurare la moglie sulle buone intenzioni del marito capendo dallo sguardo di lei che le sue parole non avevano sortito effetto alcuno.

Poi continuò: "Se trattengo suo marito contro la sua volontà, lui mi denuncia per abuso di potere. Se lo lascio andare, lei mi denuncia per omissione di soccorso. A questo punto succeda quello che deve succedere, tanto una denuncia ce l'ho assicurata. Quello che deve succedere è che suo marito domani si presenti puntuale sul posto di lavoro così che sembri che nulla sia successo. Quindi, decido per la dimissione immediata. Potete andare. C'è solo da aspettare qualche minuto perchè scriva il foglio di dimissione. Potete attendere in corridoio".

I due si alzarono senza guardarsi. Sulla soglia della porta si voltarono per salutare e ringraziare il medico, entrambi.

Aveva appena finito di scrivere la relazione che entrò il collega del turno successivo per le consegne.

Non gli parlò dell'impiegato e della moglie.

Uscì dalla stanza accompagnato dalle felicitazioni perchè era la sua ultima guardia, lancia-tegli dietro scherzosamente dal collega suo amico.

Uscendo dall'ospedale nella gelida notte, pensò che c'era poco da scherzare.

Forse aveva risolto ancora una volta una difficile situazione nel migliore dei modi, ma quante volte non era riuscito? Non sapeva rispondere.

Ora, però, c'era la pensione a distanza di pochi giorni: una nuova vita da cominciare.

Ogni giorno è buono per chiedere perdono, ma l'ultimo non è di nostra competenza.

La “cura” involontaria del nonno

Giuliano Maggi

Il vecchio purtroppo era molto sordo e il nonno dovette ripetere la richiesta più volte, anche in dialetto, urlando a squarciagola. A un certo punto l'altro fece cenno di aver capito e se ne partì. Ma non ritornò più

Mio nonno materno era stato un medico condotto in un paesino di campagna; andò in pensione l'anno in cui io nacqui e morì nove anni dopo. A me sembrava vecchissimo, anche se aveva solo una settantina d'anni; aveva i baffi bianchi che pungevano quando mi baciava e da lui emanava sempre l'odore terribile della sua pipa. Era buono e divertente: insegnava a me e a mio fratello filastrocche e poesie o ci raccontava episodi buffi della sua vita professionale.

Un giorno ci raccontò che molti anni prima, quando era un giovane medico alle prime armi, era venuto nel suo ambulatorio un vecchietto con una piaga ad un piede. Lui lo medicò, poi sospettando che potesse avere un'ulcera diabetica, disse al malato di portargli un campione di urine.

Il vecchio purtroppo era molto sordo e il nonno dovette ripetere la richiesta più volte, anche in dialetto, urlando a squarciagola. A un certo punto l'altro fece cenno di aver capito e se ne partì. Ma non ritornò più.

Qualche tempo dopo arrivò un altro vecchio, anch'egli con una piaga ad un piede, che gli disse: mi manda un mio amico che lei ha curato per una piaga ad un piede, facendogli mettere il piede a bagno nell'urina. Il mio amico è guarito rapidamente e voglio sapere se quella cura, che l'ha fatto guarire senza spendere soldi dal farmacista, può andare bene anche per il mio piede”.

Il nonno trascolò, rendendosi conto che il paziente sordo aveva frainteso e si era curato in quel modo assurdo. Spiegò l'equivoco al secondo paziente, ma quello non gli credette: il suo amico era guarito e voleva anche lui quella cura.

La cosa non finì lì, perché ogni tanto arrivava qualche malato con ferite o piaghe, tutti indirizzati dal famoso paziente sordo, che continuava a fargli una gran reclame.

Ogni volta il nonno si sgolava a ripetere che il vecchio sordo aveva capito male e che lui non aveva mai consigliato una simile sciocchezza, ma molti rimanevano delusi e poco convinti della spiegazione del nonno.

Noi bambini, ascoltato il racconto, avemmo anche noi il dubbio che forse la pipì disinfettasse le ferite, e quando ci facevamo graffi tra i rovi o cespugli, qualche volta, se non vi era nulla per medicarci, ricorrevamo a quel rimedio... ma senza dirlo al nonno!



DISPORRE OGGI

PER NON IMPEGNARE I PROPRI CARI DOMANI

CON "100 ANNI" DI GIUBILEO
OGGI È POSSIBILE PREDISPORRE E PAGARE
IN ANTICIPO, CON TRANQUILLITÀ,
LA CERIMONIA DESIDERATA
PER IL PROPRIO O ALTRUI COMMiato,
IL TUTTO CON LA GARANZIA TOTALE
DI RISERVATEZZA E AFFIDABILITÀ
OFFERTA DA UN LEADER NEL SETTORE.

(011.8181

24 ore su 24

www.giubileo.com



GIUBILEO

RENDIAMO ONORE ALLA STORIA DI UNA VITA



efi

Eccellenza
Funeraria
Italiana

100 ANNI

*Cerimonie di commiato
predisposte in vita*

Prestito d'onore: un'occasione di crescita professionale

Il "Prestito d'onore" è stato inventato decenni fa negli USA per permettere a studenti e professionisti all'inizio della carriera l'ingresso nel mondo produttivo senza affanni economici. In passato l'Ordine dei Medici e Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Torino ha offerto con successo questo tipo di aiuto economico ai suoi iscritti e quest'anno riapre questa agevolazione con condizioni sempre più vantaggiose.

La sovvenzione, in convenzione con Banca Sella, prevede l'erogazione per gli iscritti fino a 50.000 euro con durata di 60 mesi per finanziare investimenti in ambito professionale e include diversi benefici tra cui:

- erogazione in tempi molto rapidi
- tassi molto convenienti
- nessuna ipoteca

	Finanziamenti a medio termine
Forma tecnica	Mutuo chirografario
Durata massima	60 mesi, rimborsabile in rate con periodicità a scelta (mensile, trimestrale, semestrale)
Importo massimo:	Euro 50.000,00
Commissioni di erogazione	0,30% sull'importo erogato
Destinazione fondi	Investimenti aziendali a qualsiasi titolo e di qualsiasi natura, purché documentati
Tasso applicato	tasso fisso annuo: 3,75% tasso variabile annuo; spread pari al 3% sul tasso di riferimento (euribor 1-3-6 mesi)

Per informazioni
Dr. Giuseppe SALVAGGIO
giuseppe.salvaggio@sella.it

CORTEN & GREY

CONSULENTI IMMOBILIARI



VILLE X – DE

Strada Val San Martino Superiore Torino
Ville in bio-edilizia in X-LAM di 250 mq.
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.



VILLA FOUR SEASON

Castiglione Torinese
In contesto esclusivo di sole ville moderne
in classe A4. La villa di 250 mq si sviluppa
attorno ad un ampio patio a cielo aperto.



VILLA LA CANONICA

Castiglione Torinese
Villa d'epoca di 420 mq
in posizione dominante e panoramica.

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



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