



Racconti di giovani medici

Editoriale

Francesca, il mio vecchio compagno di corso e la pesca con la mosca

Primo Piano

Che genere di giovani medici?

Sondaggio

Medici giovani e... meno giovani.
Opinioni a confronto.

EDITORIALE

Francesca, il mio vecchio compagno di corso e la pesca con la mosca,
Ottavio Di Stefano..... 3

Telemaco e Mentore,
Gianpaolo Balestrieri 5

PRIMO PIANO

Che genere di giovani medici?
Roberta Chersevani 6

SONDAGGIO

Medici giovani e...meno giovani. Opinioni a confronto, Angelo Bianchetti..... 8

TESTIMONIANZE

"Benvenuti al nord",
Camillo Ferrandina, Irene Favatella, Flaminia Coccia 15

Qualità della formazione post-laurea,
Lucrezia Carlassara e Giovanni Lorenzin 20

Vite Parallele,
Erminio Tabaglio e Nicola Bastiani 23

Lettera da Barcellona,
Giovanni Oriolo..... 27

Lettera da Londra,
Mariapaola Narbone 29

Lettera dal Burkina Faso,
Kim Cattivelli 34

PUNTI DI VISTA

Servizio Sanitario Nazionale: a tempo,
Giuseppe Remuzzi 36

Medico: un mestiere da donne?
Annalisa Voltolini 38

PROSPETTIVE

Ars Medica? Natura e significato del nostro lavoro,
Renzo Rozzini 42

CHOOSING WISELY

"Scegliere saggiamente" in medicina interna,
Maurizio Castellano..... 46

ASSEMBLEA ANNUALE

Relazioni dei Presidenti,
Ottavio Di Stefano e Luigi Veronesi..... 49



ODONTOIATRIA PEDIATRICA

Ma quando entra in gioco l'odontoiatria pediatrica e cosa può fare per la crescita del bambino?
Vincenza Birardi 58

LETTERE AL DIRETTORE

Statistica e medicina clinica,
Antonio Cordoni..... 63

A quando il 70° di laurea?
Ernesto Bonera 64

ASSOCIAZIONI

AIP Onlus..... 65

MEDICINA E LETTERATURA

"Dottori, domani. Storie, dialoghi e riflessioni per una nuova educazione alle cure",
Luciano Vettore e Giacomo Delvecchio,
recensione a cura di Giuseppe Belleri 67

Il coraggio è una postura, Uber Sossi e Valeria Zacchi,
recensione a cura di Claudio Cuccia..... 69

RICORDI

Maria Teresa Bolognesi Appollonio,
I figli Ildebrando e Luca Appollonio 70

Luca Loiodice,
Giuseppe Solfrizzi..... 71

Gabriele Nabacino,
La moglie e il figlio 72

Dante Tarantola,
La moglie Etta ed i figli Piero, Ornella e Cristina 73

Cesare Valdameri,
La moglie Alfreda Lena e le figlie 73

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

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

STAMPA: Com&Print srl - Brescia • PROGETTO EDITORIALE: a cura di Luca Vitale e Associati • IMMAGINE DI COPERTINA: realizzata dal Dott. Raffaele Spiazzi
La riproduzione di vignette e testi è libera, purchè vengano citate fonti e autori.

Francesca, il mio vecchio compagno di corso e la pesca con la mosca



Il Presidente
Ottavio Di Stefano

Il mio vecchio compagno di corso, che conosco dal liceo, medico di famiglia appassionato come pochi, mi aspetta al varco una mattina all'Ordine.

"Caro Presidente come stai, sono qui per la pensione, aspetto la videoconsulenza con i funzionari ENPAM in diretta".

Quel "presidente" sa molto di amichevole presa in giro.

"Tu in pensione? te ne vai prima?"

È un fiume in piena.

"Certo, non ne posso più della burocrazia, delle note, del PC su cui devo continuare a scrivere tutto. Litigo con gli ospedalieri. Loro non fanno i certificati di malattia e le ricette rosse. E poi mi pento quando mi accorgo che le mie richieste sono incomplete. Non riesco a scrivere con quel maledetto che occupa la mia scrivania. Li cerco. Mi cercano e non ci troviamo. Sembra che parlare fra noi sia diventato impossibile. Ti ricordi quando per telefono risolvevamo il caso e ci lasciavamo soddisfatti. Non ho più tempo. Ho sempre aperto l'ambulatorio affascinato del mio lavoro. Di lì a poco avrei sentito storie diverse, banali, gravi, intime. Avrei dato risposte di sollievo per un problema superato o mi sarei sentito coinvolto in una condizione dolorosa... grave che spezza le vite. I due lì davanti che aspettano che io legga il referto tac. Si guardano, mi guardano tremanti: allora dottore? E da anni cercare parole non scontate per evitare uno sguardo disperato. Te lo dico con orgoglio spesso ci sono riuscito. Quale

altro lavoro ti prende così? Non ci riesco più. Non ho più tempo.

Un buon aiuto l'ho avuto dalla tirocinante. Rapidissima al computer, tutti gli esami anche quelli per me più ostici erano per lei famigliari. E quando visitavo, Lei accanto a me attenta, concentrata e poi sempre - qui dovremmo fare un eco...o forse una tac- era, però, molto attenta gli orari.

Si infervora, il colorito è rosso acceso
"Ah i giovani medici! Noi sì che alla loro età (quale età 28, 30, 35, 40 anni? ndr) avevamo la passione. E non guardavamo l'orologio in ambulatorio, in ospedale, dediti solo ai nostri malati. Loro hanno tutto. Imaging avanzata, esami di laboratorio, terapie farmacologiche, tecniche chirurgiche mini-invasive, radiologia interventistica e tanto altro che consentono diagnosi e cure per noi impensabili.

La nostra era una medicina sensoriale basata su sensazioni uditive, visive, olfattive, gustative (queste poco usate anche da noi!) e tattili. Loro hanno lo schermo con i menu a tendina che indicano i migliori approcci. Che fortuna! Però noi. Noi..noi avevamo la pienezza della relazione con il malato. Loro hanno davanti solo dati "disincarnati" (Time at the Bedside [Computing] JAMA 2016). Ciao Presidente, mi dedicherò alla pesca con la mosca sull'alto Mella. Vedi una passione mi è rimasta."

La vista su parcheggio, dove c'è sempre

qualcuno che occupa i posti handicap, è ancora più triste del solito. Bussano.

“Presidente la disturbo? Ma avrei un problema con il corso di giovedì sera. Nicola e Lorenzo mi hanno già preparato le domande per il televoter, ma il professore non mi ancora mandato le sue diapositive e oggi è martedì. È una giovane dottoressa che con altre decine di suoi coetanei ha partecipato alle nostre iniziative di formazione. A questi giovani abbiamo affidato il compito di coordinare i vari interventi. Un ruolo da “galoppino”, ma tutti si sono impegnati seriamente scoprendo che nelle riunioni di preparazione anche i vecchi medici, primari e professori, li ascoltano e considerano le loro proposte, le loro critiche. Non resisto, quello della mosca ha lasciato il segno.

“Non ti preoccupare per il professore, dopo gli telefono”. La prendo alla larga.

“Francesca lo so che questo lavoro è gravoso. Noi medici, tutti, siamo dei tiratardi e..”

“Presidente a me è piaciuto molto, ho ascoltato, discusso, imparato. Certo devi stargli col fiato sul collo”

“Be! Sono contento. Ma tu cosa fai?”

“Ho finito il corso di Medicina Generale, aspetto la convenzione. Intanto lavoro in una casa di riposo e faccio le guardie mediche. Riesco ad avere anche un po’ di tempo per stare con la mia bambina.”

È sorridente, serena ed io sono stupito.

“Ti piace quello che fai?”

“Molto. Volevo fare il chirurgo, sono stata tre anni in chirurgia. Poi ha fatto il tirocinio per l’esame di stato dal dottor.....medico di famiglia”

“E allora?”

“Presidente non è un mondo fatto solo di ricette, di trascrizioni di esami, di burocrazia. Il mio tutor ascoltava, chiedeva, parlava, aggiornava la cartella e, sì... visitava anche. Telefonava in ospedale, allo specialista, al radiologo e poi pensi...chiedeva il mio parere. Peccato solo un mese, ma splendido con un problema”.

“Un problema?”

“Non finivamo mai, però la sera ero proprio contenta. Purtroppo...”

“Purtroppo?”

“Non avuto lo stesso tutor per il tirocinio del

corso. Ho passato mesi seduta al suo fianco. Misuravo le pressioni. Copiavo diligentemente le ricette dei malati cronici. Discussioni sugli esami chiesti dagli specialisti: il decreto Lorenzin... la Corte dei Conti....La gente quasi rassegnata. Eppure mi sembrava che lui fosse preparato anche se non parlava quasi mai con me. Lui non era contento e nemmeno io”.

“E allora?”

“Presidente questo è il mio lavoro, mi piace sempre di più. All’università ci hanno insegnato una montagna di cose e mi spaventa come metterle in pratica. Certo il mio primo tutor lo sapeva e mi insegnava. Ecco quello che ci occorre.”

Un sorriso franco ed aperto per saluto. Guardo fuori. La questione giovanile si diceva una volta.

No, non si tratta solo di giovani, ma di come noi Ordine riusciamo ad essere comunità. Abbiamo dedicato spazio ai Giovani (Sportello Giovani, le iniziative specifiche, la loro sostanziale partecipazione a tutte le attività formative) ed ora sono indubbiamente più presenti che in passato.

Quindi la questione vera è “la questione medica”. Fare il medico oggi è diverso da 50, 40, 30 anni fa. Dobbiamo conciliare il versante professionale ed umano della relazione medica, che ha radici antiche, ma del tutto attuali, con il versante dell’evoluzione prorompente. Sono entrambe elementi portanti e la loro sinergia è indispensabile.

Mi capita spesso di pensare che i giovani siano troppo scolastici, pronti ad imparare, diligentemente, regole e paradigmi, ma poco appassionati.

Le storie di questo numero mi danno torto e danno ragione a Francesca. Siamo noi vecchi che dobbiamo adattarci alla nuova realtà informatico-tecnologica-genomica-nanometrica..... ed intelligente.

Abbiamo da imparare dai giovani la loro confidenza con il versante tecnologico, continuando testardamente a trasmettere il valore inestimabile del versante relazionale. Sono un po’ meno depresso e guardo fuori. Il vigile sta dando la multa al SUV parcheggiato nel posto invalidi e la cosa, non lo nascondo, mi gusta molto. ●

Telemaco e Mentore

Nel giuramento di Ippocrate (IV secolo A.C.) il primo paragrafo riguarda il rapporto tra il medico, il suo maestro e l'insegnamento dell'arte medica agli allievi.

Il maestro va considerato come un padre, con cui condividere la vita e le necessità, l'insegnamento deve essere gratuito.

La professione medica ha nel rapporto maestro-allievo un suo fondamento, il maestro non trasferisce all'allievo solo conoscenze e abilità tecnica ma rappresenta un modello di ruolo.

Mentore era l'amico di Ulisse rimasto ad Itaca cui viene affidato il giovane Telemaco.

Nel racconto di Omero Atena, dea della sapienza, assume le sembianze di Mentore per guidarlo nei momenti cruciali.

Mentoring è il termine anglosassone, intraducibile in italiano, che denomina la relazione di insegnamento, confronto, indirizzo tra un medico esperto ed uno studente o un collega in formazione, nell'ospedale o nell'ambulatorio.

Spesso il *mentoring* è anche un rapporto tra generazioni diverse.

Molti di noi, nelle loro vite professionali, hanno avuto il privilegio di incontrare dei maestri significativi. Un *mentoring* efficace è un'esperienza destinata a lasciare una traccia profonda, arricchente ambo le parti.

Crescita di autostima, sicurezza, acquisizione di elementi utili a chiarire le proprie inclinazioni professionali per l'allievo, stimolo intellettuale, legame personale, soddisfazione per il risultato ottenuto, per il mentore. Ognuno, peraltro, ha il ricordo di esempi negativi, modelli di ruolo da evitare.

La *mentorship* oggi

Nella medicina clinica, da William Osler in poi, la *mentorship* si realizza nell'insegnamento al letto del paziente più che nelle lezioni frontali. Non è probabilmente molto valorizzata nel curriculum formativo, tanto meno in quello accademico.

Poche facoltà mediche, prevalentemente negli USA, hanno programmi strutturati di *mentoring*. Un mentore efficace dovrebbe essere disponibile ad una collaborazione regolare e prolungata, incoraggiare, non giudicare, essere un modello di

Il Direttore
Gianpaolo Balestrieri



ruolo, assistere l'allievo nel suo sviluppo personale. All'allievo è richiesta costanza, accettazione delle critiche, autovalutazione¹.

La *mentorship* costituisce ancor oggi, forse più di ieri, data la burocratizzazione del lavoro e la frammentazione dei ruoli, un ponte tra le generazioni di medici senza il quale un patrimonio di metodologia clinica e di stile di comportamento può andare smarrito.

Il mentore non è solo un docente od un *tutor*, non può essere assegnato d'ufficio, deve essere scelto dall'allievo. "Trova un maestro" ammoniva Rabbi Gamaliel, insegnante di San Paolo nella Gerusalemme del I secolo D.C. Anche oggi per la propria crescita professionale ed umana occorre trovare un maestro. ●

¹ *Mentoring programs for medical students. A review of the PubMed literature 2000-2008*
Frei E, Stamm M, Buddeberg-Fischer B.
BMC Med Educ. 2010; 10: 32A

Che genere di giovani medici?

Roberta Chersevani
Presidente FNOMCeO



Sorridenti, entusiasti, soddisfatti per la meta raggiunta, belli, semplicemente giovani.

Sereni, senza manifeste ansie per il futuro, con programmi che prevedono sempre un'alternativa, una seconda scelta.

Non sanno che rischiano di trovarsi in un limbo perché gli accessi alle scuole di specialità e ai corsi di laurea in Medicina Generale non corrispondono al numero dei laureati; si forma una pleora di disoccupati, sottoccupati, senza futuro - il SSN richiede la specializzazione.

Hanno raggiunto questa tappa faticosamente.

Un test di accesso difficile, spesso improbo, talora con la perdita di un anno, eventualmente trascorso presso qualche corso di studio affine.

Un ulteriore ostacolo poi in attesa dell'esame di stato.

Nessuna ansia previdenziale, né sulle possibilità lavorative. Riccamente giovani.

Scarsa l'informazione sul contenzioso medico, sulla necessità di procurarsi un'assicurazione professionale.

Questi i volti che incontro quando mi capita di partecipare alla giornata del medico.

Questi i giovani che incontro al mio Ordine nel momento dell'iscrizione.

E la stessa espressione è presente anche quando il programma di vita prevede un soggiorno all'estero, che diventerà definitivo, perché l'organizzazione altrove è più favorevole alla carriera dei giovani.

Non sanno che la relazione di cura è difficile, che le persone/pazienti che assistiamo possono diventare aggressive, che dovranno acquisire nel tempo anche tanta esperienza, accanto alle informazioni e conoscenze, che già hanno.

Tra questi giovani appaiono sempre più numerosi i volti di donna. Il fenomeno è iniziato alcuni anni fa. Valutando i numeri di medici iscritti per fascia di età ci si rende conto del progressivo incremento e si realizza che il sorpasso delle colleghe inizia nella fascia che va da 45 a 49 anni, per poi progressivamente segnare una netta prevalenza nei giovani laureati (vedi tabella). **Si stima che nell'ambito degli studi universitari in medicina le studentesse rappresentino il 70%. Il fenomeno non compare in ambito odontoiatrico.**

All'estero la situazione è analoga. Non esiste una spiegazione chiara. Ad un convegno che l'Osservatorio per la Professione Medica al femminile della FNOMCeO aveva organizzato a Caserta nel 2007 si era ipotizzato che una professione che progressivamente perde di appeal economico diventi meno interessante per i giovani maschi, che le ragazze sono in genere più preparate e fanno meno fatica a passare i test di ingresso...Non vi è una vera motivazione.

Ad una recente festa del medico a Latina ho avuto la sorpresa di vedere tra i neoiscritti all'Ordine un 50% perfetto, una parità tra ragazze e ragazzi. Che sia un inizio di inversione di tendenza? Sarebbe auspicabile. **Nel frattempo preoccupa questa prevalenza di giovani donne. Si sa che la natalità nel nostro paese è molto bassa.** L'età del primo figlio si proietta molto in avanti per le donne che hanno una laurea con il rischio che venga a coincidere con una fase della vita in cui la fertilità diventa

fisiologicamente scarsa. Il blocco dei turnover ed un evidente disagio lavorativo, con turni talora massacranti, tuttora presenti nel nostro paese, rischiano di far diventare una gravidanza un serio problema gestionale, anziché un motivo di festa quale dovrebbe in realtà essere. Altrettanto complessa la situazione in caso di lavoro autonomo. Non siamo sufficientemente organizzati per garantire un supporto alle giovani colleghe che decidono di essere anche madri.

Un recente progetto a sostegno della genitorialità offerto dall'ENPAM sembra offrire qualche spiraglio di serenità, una iniezione di *welfare* per la maternità delle professioniste. Consiste in un assegno per cinque mesi di gravidanza, protezione di gravidanze a rischio, coperture di buchi previdenziali, aiuti per asili nido e *baby sitter*, con estensione delle tutele anche alle studentesse di medicina e chirurgia non ancora laureate. Alberto Oliveti ha dichiarato: "Per noi le dottoresse mamme sono colleghe che hanno figli, non delle donne che devono essere aiutate paternalisticamente". La penalizzazione comunque sussiste perché il maggior impegno familiare delle donne, riferito non solo ai figli ma anche ad una maggior vicinanza ai famigliari anziani, finisce con una rinuncia ove possibile agli straordinari, alla produttività aggiuntiva, alla libera professione intramoenia, ma anche alla ricerca di progressione di carriera. Qualche volta la rinuncia diventa obbligatoria. Questo spiega anche la minor presenza di

donne nei Consigli dell'Ordine, che finisce con il diventare un impegno in più, con riunioni che si svolgono in un orario poco consono, e che comunque allontanano ulteriormente dalla vita famigliare.

Cambia qualcosa nella relazione di cura con i pazienti e le persone assistite? Si dice che le colleghe donne offrono maggior empatia, dialogo più protratto e maggiore ascolto; una vocazione femminile per la cura?

Una recente pubblicazione su JAMA relativa a un milione e mezzo di ultrasessantacinquenni esaminati da ricercatori dell'Università di Harvard indica che quelli curati da medici donna guariscono di più e hanno meno ricadute o nuovi ricoveri. I ricercatori di Harvard hanno scoperto una diminuzione della mortalità del 4% e delle ricadute del 5%, su uno spettro amplissimo di patologie: infezioni, aritmie, collassi, polmoniti, insufficienza renale.

"Le donne sono in *pole position*, ma è la medicina che deve cambiare", conclude la giornalista Daniela Minerva nel commentare la pubblicazione sulle pagine di Repubblica.

Il mio consiglio alle giovani che leggono è di non fare rinunce, di mettercela tutta, e usufruire al massimo di ciò che la vita può offrire in ogni ambito, senza sacrificare i percorsi di carriera, magari anche con una maggior partecipazione alla vita dell'Ordine: un contesto che potrebbe utilmente ringiovanire.

Ovviamente con il necessario supporto del compagno giusto.

Ad maiora. ●

SITUAZIONE NAZIONALE PROFESSIONISTI SUDDIVISI PER SESSO ALBO E FASCE D'ETÀ

FASCIA ETÀ	MEDICI UOMINI	MEDICI DONNE	ODONTOIATRI UOMINI	ODONTOIATRI DONNE	TOTALE NAZIONALE
MINORE UGUALE di 24	3	1	43	35	
TRA i 25 e i 29	8.198	11.537	1.801	1.303	
TRA i 30 e i 34	11.265	19.124	2.312	1.895	
TRA i 35 e i 39	10.547	18.641	2.877	2.252	
TRA i 40 e i 44	11.695	17.771	2.914	1.815	
TRA i 45 e i 49	11.482	13.042	3.176	1.510	
TRA i 50 e i 54	19.896	17.704	3.521	1.322	
TRA i 55 e i 59	32.114	22.349	1.889	487	
TRA i 60 e i 64	43.955	22.155	1.243	263	
TRA i 65 e i 69	30.785	7.945	585	80	
TRA i 70 e i 74	11.566	2.219	213	26	
MAGGIORE UGUALE di 75	17.108	2.509	271	25	
TOTALE	208.614	154.997	20.845	11.013	424.034

Elaborazione CED-FNOMCEO dicembre 2016

Medici giovani e... meno giovani Opinioni a confronto

Angelo Bianchetti

L'età condiziona l'essere medici? Certamente sì! Le modalità di vivere la professione, di rapportarsi con i pazienti e con i colleghi, con le istituzioni, la visione della medicina, il modo di aggiornarsi e le aspettative sono certamente influenzate anche dall'età del medico! Sebbene si tratti di un tema difficile da affrontare con un questionario (condotto con metodiche "artigianali"...) abbiamo cercato comunque di esplorare come i medici bresciani vivono i temi centrali della professione in relazione alla loro età.

Attraverso il sito dell'Ordine abbiamo perciò rivolto ai medici e agli odontoiatri iscritti all'Ordine di Brescia una serie di domande confrontando le opinioni dei giovani (arbitrariamente definiti con 35 anni o meno) con quelle dei "meno giovani" (con 36 o più anni). Pur consapevoli dei limiti metodologici le risposte ci offrono l'opportunità di proporre a tutti qualche riflessione che speriamo possa risultare interessante.

Al questionario proposto on line hanno risposto 480 iscritti all'OMCEO di Brescia; di questi 119 (25%) con 35 anni



© 2017 - Angelo Bianchetti

o meno e i restanti con 36 o più anni (il 21% con età fra 36 e 50 anni, il 42% fra 51 e 64 anni e il 12% con 65 o più anni). Fra i medici con 35 anni o meno il 61% è donna, mentre fra i "meno giovani" le donne rappresentano il 44% del campione. La prevalenza del sesso femminile fra i medici giovani è un fenomeno noto che trova conferma nei nostri dati. Gran parte dei giovani che ha risposto al nostro questionario sta frequentando un corso di specializzazione (34%) o di formazione in medicina in medicina generale (12%), mentre il 29% è già specializzato e il 26% ha cercato di iscriversi ma non è entrato in graduatoria. Un quarto circa dei giovani medici (tra quelli che hanno risposto alla nostra indagine) non è riuscito ad entrare in

un corso di formazione post laurea; si tratta di una proporzione enorme che deve far riflettere; un modello di medicina che vede la laurea come una tappa del percorso di formazione e la specializzazione (o il diploma post laurea) la sua conclusione non può permettersi di “espellere” 1 medico su 4!! Qualcosa non funziona nel sistema e i nostri dati confermano quanto osserviamo tutti i giorni nei luoghi di lavoro. Paradossalmente tutti i colleghi giovani dichiarano di avere comunque un lavoro; nella maggior parte dei casi (32%) saltuari come sostituzioni o guardie, mentre il 30% ha già un lavoro stabile. I colleghi con più di 36 anni che hanno risposto al questionario lavorano per lo più in ospedale pubblico o privato (45%) o come medici di medicina generale (29%), il 18% nei servizi o in altre strutture (come RSA) e il 7% come odontoiatra. Sono state quindi poste domande relative al percorso formativo; è interessante confrontare i risultati nei due gruppi di medici (con meno o più di 35 anni). Alla domanda se *“il percorso formativo universitario sia adeguato ai tuoi bisogni e ti abbia fornito strumenti adeguati per affrontare le sfide che la realtà professionale ti pone ogni giorno?”*. Non vi sono significative differenze in relazione all’età poichè gran parte dei colleghi (70% fra i giovani e 71% fra i meno giovani) si è dichiarata d’accordo, anche se il giudizio positivo

è più accentuato fra i meno giovani (21% completamente d’accordo con l’affermazione proposta versus 16%). La tabella 1 riassume i giudizi (vengono presentate le percentuali di “accordo” alla affermazione proposta) rispetto alla preparazione fornita dal percorso di laurea e di specializzazione. Una bassa percentuale di medici dichiara che la laurea fornisce una adeguata preparazione tecnica, soprattutto fra i più giovani (solo per il 14%), mentre fornisce

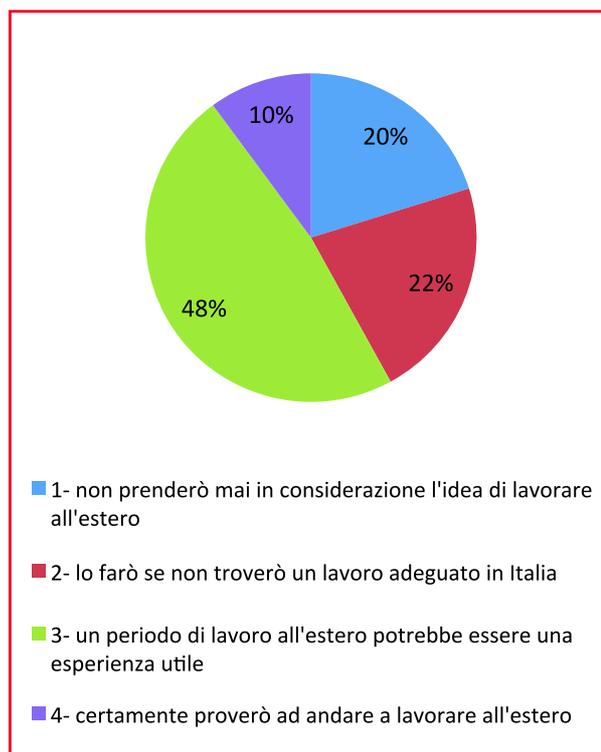


GRAFICO 1

	< 35	> 35
Il percorso della laurea ti ha fornito		
Una adeguata preparazione tecnica	14%	24%
Un buon metodo clinico	72%	66%
Il percorso della specializzazione ti ha fornito		
Adeguati strumenti teorici	78%	79%
Adeguata preparazione pratica	82%	58%
Un buon metodo clinico	83%	75%

TABELLA 1

Accordo (in percentuale) rispetto alla preparazione fornita dal percorso di laurea e di specializzazione in relazione all’età

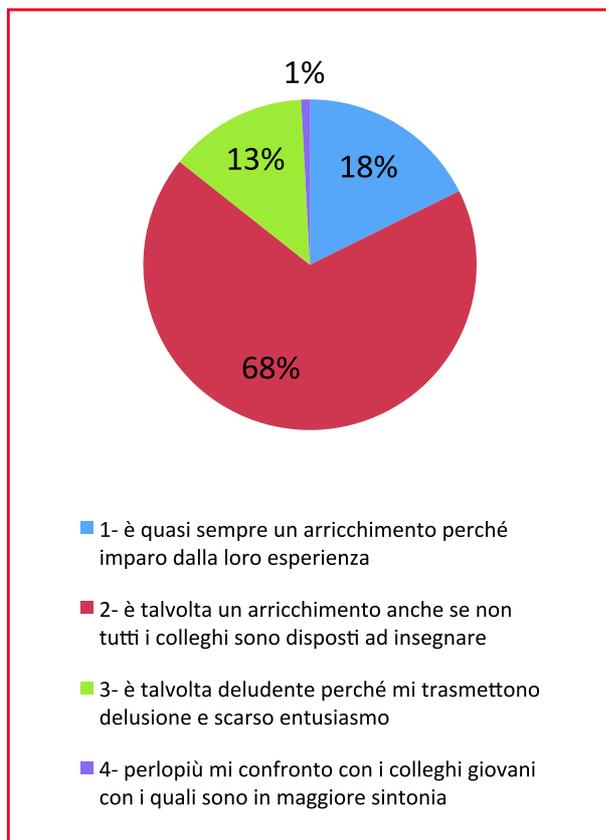


GRAFICO 2

Risposte dei medici con meno di 35 anni sulla qualità del rapporto con i colleghi più anziani

un buon metodo clinico per il 72% dei giovani e per il 66% dei meno giovani. Si tratta di un giudizio che deve fare riflettere e che pone forte la domanda se il percorso di laurea attuale (ancor più di quello degli anni scorsi) sia davvero il momento formativo della professione oppure se questo non sia delegato alle fasi successive (specializzazione e simili). A conferma di ciò il giudizio sulla capacità di fornire una adeguata preparazione pratica alla specializzazione è molto positivo da parte dei giovani (82%) più che da parte dei meno giovani (58%); lo stesso vale per la capacità di fornire un buon metodo clinico (83% vs 75%), mentre sovrapponibile è il giudizio sulla preparazione teorica (buona nel 78 e 79% dei responders). La prospettiva di lavorare all'estero rientra nelle possibilità per l'80% dei

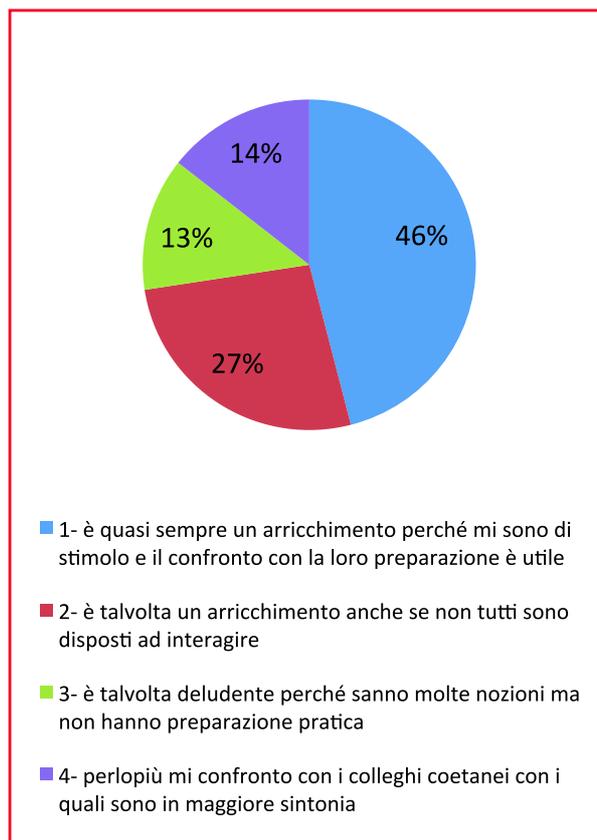


GRAFICO 3

Risposte dei medici con 36 anni o più sulla qualità del rapporto con i colleghi più giovani

colleghi giovani (grafico 1); per il 22% è una prospettiva possibile in caso di impossibilità di un lavoro adeguato in Italia e per il 48% è una esperienza utile. Il 19% dei colleghi con 36 anni o più ha comunque avuto un periodo di esperienza all'estero e il 18% non ne ha avuto la possibilità di farlo anche se la ritiene una esperienza utile. Nei grafici 2 e 3 sono presentate le risposte alle domande che esplorano il rapporto fra medici giovani e meno giovani. Per il 18% dei colleghi con meno di 35 anni il rapporto con i colleghi più anziani è "quasi sempre un arricchimento perché imparo dalla loro esperienza", mentre per il 68% "...non tutti i colleghi sono disposti ad insegnare"; solo il 13% dichiara che "... trasmettono delusione e scarso entusiasmo".

	< 35	> 35
1- un alleato, a cui offro disponibilità e competenza per il comune obiettivo della difesa della sua salute	61%	73%
2- un cliente al quale offro una prestazione professionale	13%	8%
3- un avversario da cui devo tutelarmi per evitare denunce	3%	4%
4- un collaboratore, a cui offro professionalità e da cui pretendo rispetto	22%	15%

TABELLA 2

Nel rapporto con il paziente mi sento più spesso

Per i colleghi più anziani il rapporto con i più giovani è *“quasi sempre un arricchimento perché mi sono di stimolo e il confronto con la loro preparazione è utile”* nel 46% dei casi, mentre per il 27% *“...non tutti sono disposti ad interagire”*; per il 13% *“...sanno molte nozioni ma non hanno preparazione pratica”* e per il 14% il confronto avviene solo con i coetanei.

È interessante osservare come alla domanda che esplora il rapporto con i coetanei i più giovani mostrano una maggiore facilità (per il 70% *“è facile ed immediato per la comunanza di interessi e sensibilità”* contro il 50% dei meno giovani), mentre più frequentemente tra i meno giovani questo appare *“deludente per lo scarso entusiasmo”* (23% vs 14% fra gli under 35) o *“difficile per scarsa abitudine al confronto”* (25% vs 13%).

Si tratta di risposte che riflettono la complessità del rapporto intergenerazionale; anche se nella maggior parte dei casi prevalgono elementi positivi vi è una evidente differenza fra i due gruppi considerati: i più giovani mostrano maggiore facilità ad interagire con i coetanei mentre i meno giovani mostrano una maggiore propensione positiva ad interagire con i loro colleghi più giovani.

L'uso dei social come modalità di comunicazione è ugualmente diffusa (il 55% degli under 35 e il 50% degli over 36 ne fa un uso regolare). Il rapporto con le altre professioni sanitarie è giudicato molto positivo (*“mi*

trovo facilmente in sintonia ...e collaboro volentieri e con facilità”) per il 22% degli under 35 e per il 38% degli over 35; rispettivamente il 68% e il 48% dei colleghi dichiara una *“collaborazione non sempre facile ed immediata”*. In modo forse inaspettato quindi sono i colleghi più anziani che mostrano una più facile interazione con le professioni sanitarie. Nella tabella 2 sono presentate le risposte alle domande che esplorano il modello di relazione con il paziente. Il modello dell'alleanza terapeutica prevale in tutti e due i gruppi, anche se con una certa differenza (a favore dei colleghi più anziani); i modelli di tipo contrattuale sono invece prevalenti fra i colleghi più giovani.

Sono stati esplorati aspetti relativi alla vita professionale.

Gli aspetti burocratici sono considerati per lo più *“necessari ma eccessivi”* sia dagli under 35 (80%) che dagli ultra 36enni (80%).

La remunerazione attuale è considerata *“adeguata alle mie aspettative ed esigenze”* solo nel 30% dei responder, senza differenze rispetto all'età; il 43% degli under 35 e il 40% degli ultra 36enni la giudica *“appena sufficiente alle mie esigenze”*, mentre è definita *“inadeguata e lontana dalle mie aspettative”* rispettivamente nel 28% e 30%.

Interessante è la distribuzione delle risposte alla domanda relativa alle diverse opportunità di lavoro e di carriera fra uomini e donne: fra i più giovani il 54%

		Per nulla d'accordo	Poco d'accordo	Abbastanza d'accordo	Completamente d'accordo
I carichi di lavoro attuali sono troppo elevati	< 35 anni	2%	20%	53%	25%
	> 35 anni	4%	16%	43%	36%
L'attuale organizzazione del lavoro ospedaliero e della medicina generale è adeguato	< 35 anni	25%	57%	18%	0%
	> 35 anni	25%	57%	16%	2%
Vi è una eccessiva centralità dell'ospedale, mentre la medicina generale e il territorio sono poco valorizzati	< 35 anni	3%	19%	52%	26%
	> 35 anni	7%	22%	45%	26%
Il rischio di contenzioso medico legale con il paziente mi spinge ad atteggiamenti "difensivi"	< 35 anni	2%	23%	58%	17%
	> 35 anni	10%	30%	48%	11%

TABELLA 3
Giudizio sulla dimensione lavorativa

ritiene che vi siano reali differenze, mentre fra i meno giovani questa proporzione scende al 45%; la diversa distribuzione di uomini e donne nei due campioni potrebbe aver influenzato il risultato che comunque dimostra come fra i più giovani il tema dell'influenza del genere nella carriera sia maggiormente sentito.

Sono stati poi esplorati alcuni aspetti caratteristici dell'ambito lavorativo.

I risultati, suddivisi per gruppi di età sono descritti nella tabella 3.

La stragrande maggioranza di chi ha risposto giudica i carichi di lavoro attuali troppo elevati e questo giudizio è particolarmente elevato tra i medici meno giovani.

Anche il giudizio sulla organizzazione del lavoro ospedaliero e della medicina generale trova giovani e meno giovani schierati verso un parere negativo, senza significative differenze di età: per oltre l'80% è inadeguato.

Per il 78% di chi ha meno di 35 anni e

per il 71% di chi ha 36 o più anni vi è una eccessiva centralità dell'ospedale, con poca valorizzazione della medicina generale e del territorio. Il giudizio anche qui appare abbastanza omogeneo anche se i più giovani sentono maggiormente questo fenomeno.

Una differenza significativa viene osservata nella distribuzione dei giudizi di accordo alla affermazione circa l'uso di atteggiamenti di "medicina difensiva" che trovano un maggiore accordo fra i più giovani (75%) rispetto ai meno giovani (59%).

Nel grafico 4 vengono presentate le modalità di formazione che sono giudicate più importanti per la formazione da parte dei medici più giovani. Per il 30% sono i corsi organizzati specificamente per i giovani medici, seguite dalla possibilità di confrontarsi con tutor esperti (21%) o periodi di stage in centri di eccellenza (19%) o presso medici di medicina generale (12%); soltanto per il 9%

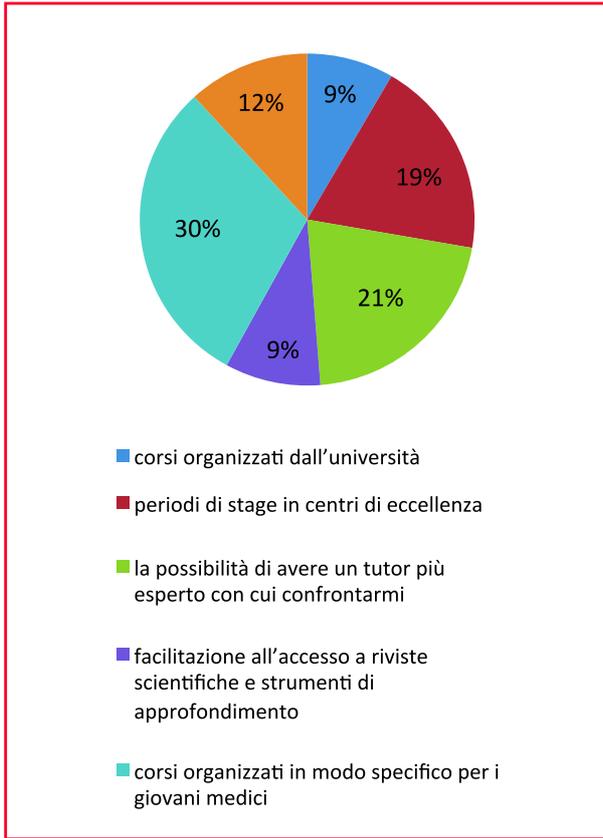


GRAFICO 4

Le modalità di formazione più importante per i medici under 35 (percentuale)

la facilitazione all'accesso a riviste scientifiche è l'elemento più importante per la formazione e per l'8% i corsi organizzati dall'università.

Nel grafico successivo (5) vengono presentate le risposte dei medici con 36 o più anni.

In questo caso sono i periodi di stage in centri di eccellenza la modalità di formazione considerata con più frequenza la più importante (32%), seguita dalla possibilità di confrontarsi con i colleghi (23%); i corsi e congressi e in particolare quelli organizzati dall'università sono la forma più importante di formazione per il 14 e 12%; per il 12% la formazione a distanza e solo per il 7% l'accesso a riviste scientifiche.

I medici più giovani sentono la necessità di momenti specifici di formazione e di occasioni di confronto con esperti; la loro fiducia sui corsi organizzati dall'università

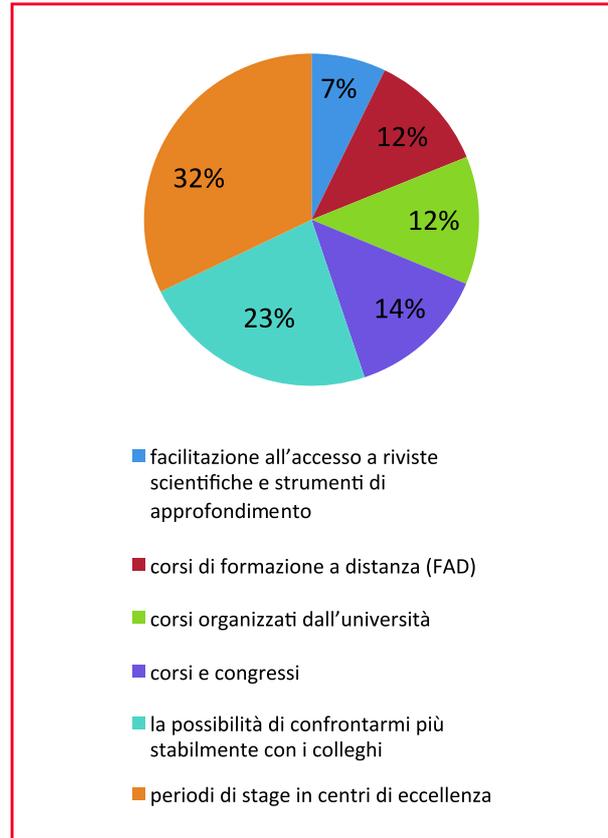


GRAFICO 5

Le modalità di formazione più importante per i medici over 36 (percentuale)

è bassa. Anche per i medici meno giovani il confronto con gli esperti e con i colleghi è ritenuto il momento formativo più importante, anche se il giudizio sulle forme tradizionali di formazione (corsi, congressi, anche organizzati dall'università) mantiene una importanza significativa.

È stato quindi chiesto ai colleghi di esprimersi sul ruolo dell'Ordine dei Medici rispetto ai problemi presentati dalla professione. Per l'8% degli under 35 e per il 10% degli over 36 il ruolo dell'Ordine in questo ambito è praticamente nullo e rispettivamente per il 6 e 7% ha un ruolo prevalentemente per gli aspetti formativi. Una quota significativa dei più giovani (29%) ritiene che l'Ordine potrebbe aiutare il giovane medico ad iniziare la professione e sostenerne i bisogni; lo stesso giudizio viene espresso dal 14% dei medici meno giovani. La maggior

parte dei medici sia tra gli under 35 che fra gli over 36 (rispettivamente il 57% e il 69%) ritiene che l'Ordine *"dovrebbe avere un ruolo più incisivo nel sostegno ai medici che iniziano la professione e fare più attività di informazione e di aggiornamento sulle problematiche della professione"*. Si tratta di un richiamo forte ad un ruolo propositivo.

È evidente che il questionario non ha potuto che esplorare alcuni degli elementi che caratterizzano la professione in relazione all'età del medico, tuttavia i dati forniscono utili elementi di riflessione che offriamo a tutti i colleghi.

La quasi totalità dei giovani medici (che sono in gran parte rappresentati da donne) cercano di frequentare corsi di specializzazione o formazione post laurea, ma una quota significativa non riesca ad accedervi e questo rappresenta un elemento di crisi del sistema formativo.

Nonostante ciò molti riescono ad entrare nel sistema lavorativo anche se con impieghi saltuari.

Il percorso formativo della laurea è visto, soprattutto dai giovani, come adeguato a fornire una preparazione teorica, mentre è la specializzazione il luogo della formazione pratica.

Il rapporto fra medici giovani e meno giovani è complesso e, se è comunque visto come momento utile di formazione e confronto, in molti casi viene sottolineata una scarsa disponibilità alla trasmissione della conoscenza.

In generale, comunque, vi è una buona disponibilità al confronto con i colleghi e con le altre professioni sanitarie.

Un terzo dei medici, indipendentemente dall'età, giudica inadeguata la remunerazione e oltre il 50% ritiene che permangano differenze di opportunità di carriera fra uomini e donne.

Il giudizio sul sistema organizzativo ospedaliero e della medicina generale non è influenzato dall'età ed è più frequentemente negativo, con un

richiamo alla necessità di potenziare la medicina di famiglia e in generale il territorio.

Gli atteggiamenti di medicina "difensiva" sembrano più frequenti fra i meno giovani.

I medici più giovani sentono la necessità di momenti specifici di formazione e di occasioni di confronto con esperti; la loro fiducia sui corsi organizzati dall'università è bassa. Anche per i medici meno giovani il confronto con gli esperti e con i colleghi è ritenuto il momento formativo più importante, anche se il giudizio sulle forme tradizionali di formazione mantiene una importanza significativa.

L'Ordine dei Medici è visto come un soggetto attivo che potrebbe avere un ruolo più incisivo nel sostegno ai medici che iniziano la professione. ●

“Benvenuti al nord”

Siamo tre studenti specializzandi che tra un ricovero, una dimissione ed un giro visite, hanno deciso di mettersi insieme e raccontarsi.

Inizialmente volevamo scrivere tre storie diverse, poi abbiamo deciso di farne una che rispecchiasse tutti e che racchiudesse i nostri punti di vista. Parleremo di noi in terza persona, anche se apparentemente non affetti da alcun tipo di disturbo.



- 1 **Prima cosa** che ci accomuna si chiama: concorso nazionale.
- 2 **Seconda cosa**: Università Cattolica del Sacro Cuore.
- 3 **Terza**: Brescia.

Il concorso nazionale, già in vigore da tre anni, è l'arma a doppio taglio che tutti desideravamo.

Si fa una scelta di sede, che per noi è stata Roma, seguita da tutte le altre in ordine decrescente dalla più gradita alla meno gradita e si possono scegliere tre diverse scuole di specialità, di cui massimo due per area (le aree sono Medica, Chirurgica e Servizi). Il test si articola poi in tre prove scritte, la prima prova generale, uguale per tutte le scuole, una seconda diversa per ogni area e una terza prova relativa alla specializzazione.

Al termine delle prove viene stilata una graduatoria nazionale per cui vengono assegnati i posti disponibili in base alle singole preferenze dimostrate durante la fase di iscrizione, fino ad esaurimento dei posti disponibili o al raggiungimento del termine ultimo di inizio dei corsi, secondo un sistema a scorrimenti settimanali delle graduatorie. Il concorso però prevede la possibilità di scegliere un massimo di due scuole per area, il che vuol dire, che un concorrente interessato a una specialità dell'area medica, per avere più possibilità di ottenere una borsa di studio, dovrà concorrere anche per una branca chirurgica e dell'area servizi, per cui avrà competenze di gran lunga inferiori, ma per cui sarà chiamato a lavorare sul campo ugualmente.



CAMILLO FERRANDINA,

specializzando in Geriatria al 2° anno di corso dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, presso la Fondazione Poliambulanza è un ragazzo del sud che ha sempre mostrato una passione per i misteri nascosti dietro il funzionamento del mondo in tutti i suoi aspetti. Questa passione si è andata con il tempo ad affiancare ad un desiderio più semplice, diverso, ma sostanziale, che è il desiderio di creare una propria famiglia, con tanti bambini. Questa aspirazione è stata il *primum movens* per tante decisioni prese in seguito come la consapevolezza di dover diventare un capofamiglia in grado di prendersi cura e occuparsi di tutte le necessità che quella famiglia desiderata, avrebbe mostrato. Per questo quella voglia di sapere, venne imbrigliata nell'infinito limitato universo che è il corpo umano e nella decisione di diventare un medico, per essere precisi e per rimanere fedele a se stessi fino in fondo, un pediatra. Con questa idea iniziò il viaggio che ebbe come prima tappa Roma ed in particolare il Policlinico Gemelli e l'università Cattolica del Sacro Cuore. Nuova città, nuove persone provenienti da tutta Italia hanno mostrato un'eterogeneità inaspettata e con loro momenti lieti e momenti più duri. Questi ultimi hanno rallentato il naturale percorso universitario, ma hanno contribuito alla crescita personale, così come gli eventi più sereni, tra i quali l'incontro con la persona che ha formato l'altra metà di quel sogno familiare principio di tutto. Durante questo periodo, alcune aspettative sono state ridimensionate, come la consapevolezza di non essere in grado di occuparsi della salute dei bambini, non riuscendo a raggiungere quel minimo distacco emotivo necessario per operare in maniera lucida ed obbiettiva. Dopo un lungo periodo in cui l'interesse si è spostato dalla medicina alla chirurgia, nuovamente il desiderio di poter dedicare una quantità di tempo alla famiglia maggiore rispetto a quello che un chirurgo può normalmente fare, hanno riportato i passi sulla strada della

medicina interna, in particolar modo verso gli anziani, fragili e bisognosi di cure spesso più di un bambino. Così è iniziato un percorso coinvolgente presso l'unità di Geriatria dell'ospedale Gemelli, percorso che, iniziato durante la laurea, avrebbe dovuto proseguire durante la specializzazione. Per questo la prima scelta tra le varie sedi è stata appunto il Gemelli. Alternative, erano i vari atenei romani così da poter rimanere vicino alla ragazza con cui da alcuni anni condivideva sia il percorso professionale che il percorso di vita. Purtroppo il destino ha uno strano senso dell'umorismo e tra tutte le possibili soluzioni, si è realizzata l'unica che lo potesse allontanare da Roma. Destinazione Brescia, nuovo ospedale, diverso sistema di lavoro, diverso sistema di insegnamento, ma soprattutto allontanamento da quel sogno, da quella ragione così determinante per tutte le decisioni prese fino a quel momento. Incertezza, tristezza e rabbia sono stati implacabili compagni di quei momenti. Eppure si trattava di un'opportunità che non poteva essere sprecata, raggiungere ciò che migliaia di medici in tutta Italia agognavano era un risultato imprescindibile. Così è iniziato il secondo grande viaggio: seconda tappa, Brescia. Il modo migliore per esorcizzare le paure è stato cercare una casa che potesse accogliere amici e parenti. Il nuovo ambiente aveva aspetti positivi, tranquillità, bella città, tecnologie all'avanguardia. Se



non fosse stato per gli affetti lasciati alle spalle, non sarebbe stato male. Ma perché rinunciare, perché permettere che un quiz, delle domande, uno 0,5 in più o in meno possano decidere dei sogni e di quel futuro desiderato?

- “Dopo 18 mesi trascorsi a Brescia
- come fuori sede penso di poter
- abbozzare un primo bilancio di questa
- avventura. In fin dei conti,
- mi considero fortunato.
- Ho una possibilità che a molti,
- forse troppi, è negata, e ormai sono
- prossimo al giro di boa del 2° anno
- della specialità cui aspiravo, svolgo
- un lavoro che mi piace e mi dà
- soddisfazione, ma soprattutto non ho
- abbandonato il mio sogno, ho sposato
- la ragazza con cui condividevo da
- 10 anni la mia vita ed il tutto si è
- coronato due mesi fa con la nascita
- di una bellissima bambina la cui sola
- esistenza dà ragione a tutto e sprona
- ad affrontare tutti i problemi che la
- lontananza e gli imprevisti ad essa
- legati possono sorgere.
- Le difficoltà sono tante, lasciare
- le certezze che ci accompagnano
- e danno la forza per superare
- gli scogli sul nostro cammino,
- non è facile, ritrovarsi spesso soli
- in ambienti nuovi e a volte ostili,
- spaventa. Ma purtroppo
- se c'è una cosa che ho capito
- è che la vita non è lineare e
- che bisogna adattarsi a questi
- imprevisti e non combatterli
- in maniera insensata,
- ma cercando di trarre
- quello che c'è di
- buono da ogni
- situazione
- cercando
- di crearsi le
- occasioni in
- cui si potrà
- nuovamente
- prendere in
- mano le redini
- decisionali”.

➔ IRENE FAVATELLA,

specializzando di primo anno in geriatria, aspirante psichiatra, è una ragazza che ha studiato e vissuto a Palermo, la sua città. Quest'anno per la prima volta ha partecipato al concorso nazionale, non pienamente consapevole di quello che sarebbe stato il suo destino da lì a poco.

Fin dal primo anno di medicina ha sempre voluto fare psichiatria, la mente umana e le sue evoluzioni ed involuzioni l'hanno sempre affascinata, ipnotizzata. Poi però il caso di un concorso nazionale “ha scelto per lei”. Lei era entrata in un'altra sede, ma attendeva per un destino migliore prima di iscriversi. Mancava una settimana e c'era l'ultimo scorrimento. Le sedi per cui poteva sperare erano sicuramente da Roma in giù, a circa 500 km o più lontani dal Po', decide quindi di cominciare a fare il classico viaggio della speranza per avvicinarsi alla sede prestabilita. Era il 26 ottobre ed erano le 20.30 e non c'era alcuna traccia dell'ultimo scorrimento, poi all'improvviso facebook viene intasato dalle notifiche dei colleghi con colpi di scena e delusioni. Nel giro di qualche minuto il suo destino cambia radicalmente, sa di essere entrata alla Cattolica di Roma, confusa,



© by Roberto Perini - 2016

ma felice, pensa a come raggiungere Roma nel minor tempo possibile. La confusione permaneva, così chiede in un gruppo Fb nato apposta per ogni specialità, se qualcuno potesse darle delle informazioni riguardo la burocrazia. Fu così che ci fu il primo contatto con la Dottoressa Coccia.

Un messaggio breve, che presto si sarebbe rivelato carico di un significato oscuro. "Forse non lo sai, forse è meglio se mi mandi il tuo numero che ti spiego un po' di cose".

"Irene, le ultime due persone che entrano in Cattolica devono andare a Brescia e noi siamo le ultime due".

Il silenzio, la confusione. Ma il punto fondamentale era: ma dov'è esattamente Brescia? Oddio il freddo, ma non saremo un po' troppo a nord? non c'è molto sole! E dov'è il mare? Già era con google maps a cercare il posto più vicino in cui trovare una spiaggia...niente, solo laghi.. con l'animo estremamente confuso, felice per avercela fatta, ma terribilmente impaurito. Pensava a quanti sacrifici, quanto si dovesse sopportare per perseguire un sogno, una carriera, quello che alla fine è semplicemente un lavoro. La tristezza del doversi tenere pronti a partire perché non puoi rifiutare un'occasione del genere... saresti un pazzo! Poi che andresti a fare? Con tanto scetticismo, ma carica, voleva imparare, voleva cominciare a sentirsi realmente un medico.

Arrivata a Brescia, comincia a frequentare il reparto...giorni che volano, entusiasmo che diventa la sua ombra e tanta solitudine...due sentimenti con cui ha cominciato a convivere, due facce della stessa medaglia...felice, ma triste. Aveva lasciato la sua vita, i suoi affetti, il suo cuore. Era rimasto tutto in quel triangolo di terra, tanto maledetta, ma che ti rapisce il cuore.

I primi mesi a Brescia non sono stati facili, per la prima volta lontani da casa e con le prime responsabilità da affrontare, abitudini di vita cambiate radicalmente, il supporto di una collega diventata amica è stato fondamentale per superare i giorni di nebbia.

- *"Un ringraziamento in prima persona*
- *va ai veri protagonisti di questa*
- *storia che sono la motivazione di*
- *tutto, i nonnini e le nonnine che*
- *riempiono il reparto...Loro, che hanno*
- *cominciato con le loro storie ed i loro*
- *racconti a regalarmi parte della loro*
- *vita semplicemente raccontandosi.*
- *Ci siamo scelti e mi hanno*
- *arricchita. Questo è per me questa*
- *specializzazione, un arricchimento*
- *su tutti fronti".*



FLAMINIA COCCIA,

specializzanda al primo anno di geriatria, è una ragazza di Roma che ha studiato e vissuto nella sua città. Quest'anno ha partecipato per la prima volta al concorso nazionale. La branca internistica è sempre stata la sua passione, ma solo all'ultimo anno di medicina si è avvicinata alla geriatria ed allo studio di quel fragile e delicato equilibrio che caratterizza i pazienti anziani. Una volta laureata la scelta della specializzazione era certa, geriatria. L'11 agosto, con immensa felicità, scopre che è riuscita a vincere un posto in Geriatria a Roma. Passa in modo spensierato la sua estate fino a quando, in una assolata giornata di settembre, l'università Cattolica la chiama e l'informa che lei ed un'altra collega dovranno trasferirsi a lavorare a Brescia.

In un momento tutta la sua vita cambia, tutte le certezze che fino a quel momento aveva crollano, dovrà lasciare i suoi amici, la sua famiglia, il suo ragazzo e soprattutto la sua città tanto amata in cui è cresciuta ed ha vissuto fino a quel giorno. In un momento sente che l'unica certezza che ha è che è uno specializzando di Roma e che lavorerà a Brescia. Il resto è ignoto. Dopo un primo momento di sconforto pensa che non ogni male viene per nuocere e forse questa esperienza potrebbe avere i suoi risvolti positivi.

Il Primo Novembre inizia questo nuovo viaggio, una nuova città, nuovi amici e

soprattutto, dopo anni di studio, si inizia a lavorare. Il primo passo è conoscere la sua nuova collega e coinquilina, la dottoressa Favatella, una ragazza che rispecchia pienamente la Sicilia: spumeggiante, simpatica ed intraprendente. È subito sintonia, lei è importantissima, e rappresenta una persona cui fare affidamento in ogni momento.

Novembre è il mese in cui inizia a lavorare presso il reparto di Geriatria della Poliambulanza, luogo dove passa la maggior parte del tempo e inizia veramente a capire cosa sia la Medicina...dopo anni passati sui libri, finalmente inizia a conoscere e relazionarsi con questi anziani pazienti che hanno tante storie da raccontare e molti insegnamenti da dare.

- “Sono passati 5 mesi, non è molto tempo,
- ma sento che questa esperienza mi sta
- facendo crescere molto, mi ha reso
- più indipendente e a saper affrontare
- momenti difficili da sola, e facendo
- uscire una forza ed una stabilità che
- non pensavo di avere. Durante questi 4
- anni di formazione mi piacerebbe molto
- poter fare delle esperienze all'estero.
- Mi piacerebbe poter tornare, anche
- per pochi mesi, nella mia amata città e
- fare un'esperienza presso il reparto di
- Geriatria del Policlinico Gemelli. Questo
- cambiamento mi ha fatto capire che
- la voglia di mettersi costantemente in
- discussione è il motore trainante della
- vita, che nel mio caso mi consente di
- crescere non solo come medico, ma
- anche come persona”.

Ed in fine questo concorso da una parte ha risolto quel problema di lunga data che era la trasparenza dei precedenti concorsi locali, in cui le valutazioni dei test erano affidati a commissioni costituite dai docenti della stessa scuola. In passato si è spesso parlato delle “Baronie” che esistevano in alcuni atenei, per cui i professori avevano il controllo completo di chi entrava e di chi era escluso. Col nuovo concorso questo pericolo sembra essere scongiurato. Le valutazioni

sono uniche e facilmente calcolabili, senza la percentuale di soggettività che col vecchio concorso era determinante, ma siamo sicuri che il risultato sia migliore?

Ad una prima analisi, il concorso è molto simile a tanti altri concorsi pubblici.

Tuttavia ci sono alcuni elementi da sottolineare. Innanzitutto, la maggior parte dei concorsi sono finalizzati all'assegnazione di impieghi molto simili, se non identici, indipendentemente dalle sedi di assegnazione, secondo prevedono comunque un lavoro per cui è necessaria una competenza già acquisita e non un ulteriore periodo di formazione. Nel nostro caso, vengono assegnati posti di lavoro-studio, che prevedono quindi una componente lavorativa estremamente eterogenea, passando dalla medicina interna alla chirurgia generale dall'anestesia e rianimazione alla medicina del lavoro. L'altro problema che, a nostro parere, è sottostimato, è l'equiparazione delle diverse sedi di specializzazione. Ogni sede ha medici diversi e sviluppa “competenze” sub-specialistiche diverse, eppure al termine degli anni di formazione saremo tutti specialisti con lo stesso titolo, senza valutare le effettive competenze raggiunte. Ora, seppur vero che durante il periodo di formazione della laurea, vengono studiate tutte le varie discipline della medicina, è anche vero che si manifestano le singole preferenze per i vari ambiti e si intraprende una preliminare formazione in questi ultimi. Figli del nuovo concorso sono diversi nuovi problemi, primo fra tutti e ritengo il più importante è la continuità formativa che con il vecchio concorso era in parte garantita. Il percorso di formazione iniziato durante la laurea, vedeva il naturale prosieguo durante la specializzazione nello stesso ateneo. Vi era un rapporto diretto con i docenti e si aveva l'opportunità di conoscere la scuola che si intendeva frequentare. Adesso tra i docenti e gli studenti in medicina c'è uno schermo per cui si è reciproci sconosciuti, uno schermo dato da una serie di domande a carattere puramente accademico che annulla quel fondamentale passaggio alla vita di reparto che trasformava degli studenti in medicina in veri medici. ●

Qualità della formazione post-laurea

Lucrezia Carlassara e Giovanni Lorenzin
ASST Spedali Civili e Università degli Studi di Brescia

È appena passata l'ora di pranzo: le stridule rotelline dei carrelli stipati di cartelle non si sentono più, gli infermieri si muovono meno speditamente ed i pazienti, sempre in trepidante attesa delle rassicuranti parole di un camice bianco, si lasciano trasportare da quello che noi chiamiamo "l'abbocco post prandiale". Io ed i miei colleghi specializzandi, approfittando dell'apparente "tregua", ci asserragliamo nel nostro stanzino: "Ma com'è che devono ancora refertarmi questo! Devo chiudere questa cartella, avevo promesso al signor Quaranta che sarebbe potuto andare a casa questo pomeriggio!". "Ed io? Ho due ingressi quasi in contemporanea e la signora Spinelli non dovrebbe nemmeno essere qui!".

Stampe di referti, anamnesi da integrare, telefonate da fare: siamo più shakerati che agitati, ben lontani dall'orchestra ordinata ed intonata che alberga nella fantasia del nostro direttore ed è proprio lui che, con discrezione, apre la porta ed entra con un foglio in mano. La fanfara ammutolisce e diventa piccina piccina: "Visto che ci siete

tutti, a chi piacerebbe scrivere un articolo _ le orecchie si tendono_ sulla qualità della vostra formazione post-laurea?".

Le scienze nutrono i giovani e sono la consolazione dei vecchi. La scienza ci abbrevia la vita, che è già breve di suo

diceva Bulgakov ed io, con oramai la certezza che queste parole calzino meglio ai dottori specializzandi che agli ammalati, mi faccio carico di questo compito.

Con un pizzico di malinconia ripenso al mio percorso universitario, che tanti prima di me hanno ultimato e altrettanti in futuro affronteranno. Dopo almeno sei anni di studi, l'agognato giorno della laurea è giunto _e a dire il vero non ho ancora ben chiaro come ci sono arrivato_ ma con il cuore in gola, nell'aula magna gremita di persone, espongo la mia sudata tesi, che ho limato così minuziosamente da dare una smerigliata pure al computer. Un attimo dopo è festa, i genitori orgogliosi,



gli amici che intonano spudoratamente canzoni goliardiche, i professori che danno pacche sulle spalle e, tra i molteplici regali, una borsa, anzi, La borsa che rovinosamente ti fa ricordare che il treno si è solo fermato in stazione e starà a me, di lì a poco, scegliere il binario.

Nei tre mesi di tirocinio post laurea comincia a delinearsi sempre più quella già anticipata sensazione di “poche idee e ben confuse”, descritta dagli amici colleghi che, per questione di età, ci sono passati prima. Poi, per l’accesso al mondo del lavoro, se non composto da brevi e spesso precari periodi lavorativi, è necessario il proseguimento degli studi e così ci si ritrova a scegliere tre possibili strade: un corso di specializzazione post-laurea, il corso di medicina generale oppure un master/dottorato post-laurea. Le prime due opzioni sono tra le più gettonate ma per entrambe è previsto il superamento di un concorso pubblico, nazionale per la specializzazione, regionale per il corso di medicina generale. La scuola di specializzazione forma specialisti in tre, quattro o cinque anni. Le regole sono cambiate da due anni per questione di adeguamento legislativo a livello europeo e tuttora tra di noi si discute se sia stato o meno un “buon

affare”. Il corso di medicina generale, invece, dà la possibilità in tre anni di formarsi nelle basi di quasi tutte le branche di specialità passando diversi mesi in ospedale, di affinare le nostre pressoché inesistenti conoscenze in ambito gestionale e legale presso le strutture territoriali (le nuove ATS, ex ASL) ed infine di seguire un medico di medicina generale dal quale toccare con mano la medicina sul territorio, area sostanzialmente misconosciuta e ampiamente sorvolata durante l’università, fatta eccezione per “l’assaggio” con il tirocinio di Stato.

Come vi ho anticipato allusivamente nelle prime righe, ho scelto la formazione specialistica ed ho avuto la fortuna di essere assegnato ad un reparto ospedaliero universitario. Questo non solo mi permette di acquisire tutte le competenze che un giorno, non troppo lontano, mi consentiranno di essere un buon dottore, mi offre anche la possibilità di confrontarmi con colleghi più esperti che hanno fatto dell’amore per il prossimo e per la ricerca scientifica la loro passione e la loro professione. Per poter affermare di saper esercitare “il più umano tra i compiti dell’uomo nella società” non basta quindi quel nozionistico sapere che, corredato da una buona conoscenza dell’epidemiologia, alle volte suscita un certa forma di ammirazione da parte di pazienti e parenti negli ambulatori, ma è necessaria anche una componente di empatia e una sensibilità clinica che, a mio parere, sono doni che non si possono apprendere da nessun libro.

È merito delle persone che ci accompagnano nel nostro viaggio se maturiamo e ci formiamo: da loro impariamo tutto, dalla clinica delle patologie più disparate alla relazione con il paziente; da loro prendiamo esempio per la dedizione nella ricerca al fine di migliorare la salute altrui e il desiderio di condividere il proprio (piccolo) bagaglio culturale.

Non mi sto riferendo esclusivamente agli strutturati presenti in reparto ma a tutte le persone che, senza invito, mi accettano nella loro realtà e mi aiutano a migliorarmi giorno dopo giorno. “Non sapresti prendere la vena nemmeno ad un cavallo!” capitolava la caposala; i miei primi tempi in reparto, pur non lavorando a pieno regime, sono stati durissimi e quando mi sono reso conto che un esame universitario non fa una specialità, i reconditi piani di allegre serate si sono tramutati nuovamente nella routine di studio universitaria. Proprio questa ci viene però in aiuto: l’apprendimento e l’approfondimento sono una costante nella nostra professione e la curiosità è quasi un dovere etico. Avete mai visto la faccia di un paziente quando gli si avvicina uno specializzando con una siringa in mano? Adesso dopo un emogas arterioso il paziente mi ringrazia e la caposala mi sorride.

Ho tenuto volontariamente il paziente per ultimo. Questi dovrebbe essere la nostra prima preoccupazione, ma troppo spesso non è così; da specializzandi si ha la testa sulle consegne, le cartelle, gli esami, le ultime pubblicazioni, i congressi, quel poco di vita privata che ci concediamo e finiamo per trascurare la fonte di tutta la nostra forza e motivazione, nonché la nostra vera sorgente di sapere: il paziente.

*È facile lasciarsi sfuggire
le vere priorità, nel travolgente
e vorticoso ritmo di lavoro ospedaliero,
ma spesso sono proprio i nostri
strutturati che ci riportano
con i piedi ben saldi a terra
e ci reindirizzano sulla giusta via.*

Quindi, per tornare al breve titolo consegnatomi, la qualità della formazione post-laurea possiamo soltanto dire: “Quot capita, tot sententiae”. Se infatti avrete tempo e voglia di chiedere a cento specializzandi, o corsisti di medicina generale, della loro esperienza sulla formazione post laurea, otterrete cento risposte diverse. In Italia è opinione

comune che alcune scuole di specialità siano inferiori rispetto alla media europea e che la didattica non sia sempre all’altezza delle aspettative. Non tutti i direttori strutturano adeguati corsi di formazione e spesso gli specializzandi sono usati come tappabuchi per le “falle” del reparto. Tuttavia la variabilità da scuola a scuola è notevole e fortunatamente alcuni professori rendono più partecipi i propri specializzandi inoltrandogli articoli tramite posta elettronica, invitandoli ai congressi che reputano più formativi, organizzando lezioni e *journal club*, mentre altri concedono maggior libertà allo specializzando, coscienti del fatto che non potrà mai fare tutto da solo e che prima o poi sarà lui stesso a chiedere la direzione da seguire. Allo stesso modo i medici strutturati ai quali siamo affidati hanno la medesima variabilità insita in ogni essere umano, ma una costante li accumuna tutti: essere medici. E il termine “medico” non indica solo un lavoro: la nostra professione si costruisce giorno per giorno, studiando, chiedendo, imparando, sbagliando, senza paura del nuovo o del diverso e seguendo anche il nostro cuore e la nostra umanità per il meglio dei pazienti.

*Mi rivolgo infine direttamente
a Voi cari lettori, che magari
state ripensando ai vostri anni
di formazione: tre, quattro o cinque anni
non sono molti per imparare
ad essere un buon medico,
trasmetteteci la vostra esperienza,
il vostro sapere, il vostro migliore esempio,
così che un domani possiate dire
di essere fieri di noi e possiate
vedere i vostri pazienti sicuri
nelle nostre mani. ●*

Vite parallele

Erminio Tabaglio e Nicola Bastiani

Erminio, laureato nel 1979

La scelta

Correva l'anno 1973 quando conclusi il mio brillante percorso di studi al liceo classico con un non altrettanto brillante esame di stato. Si poneva allora il problema della scelta della facoltà, scelta che, nel 1973, non prevedeva certo molte opzioni: se non era lettere era medicina, se non era medicina era giurisprudenza o ingegneria. Come molti di voi avranno già intuito, optai per medicina.

Può sembrare paradossale, ma le ragioni e le motivazioni di quella scelta mi sono molto più chiare oggi che non allora. Sicuramente non s'è trattato di una forte vocazione, né tantomeno hanno avuto un peso determinante gli aspetti "umanitari" di questa professione, aspetti che hanno piuttosto preso corpo più avanti, nell'esercizio del mestiere, quando di fronte a certe situazioni non puoi umanamente permetterti di non dare qualcosa in più rispetto a quello per cui sei pagato. In definitiva non un'unica, forte motivazione, ma diverse circostanze, che posso elencare in ordine casuale, senza precisare le priorità, che, visti gli anni trascorsi, mi sfuggono:

- ✘ una buona parte dei miei compagni di liceo, tra cui quelli cui ero più legato, aveva scelto medicina;

Nicola, laureato nel 2011

La scelta

Il 4 luglio del 2002 concludo il mio tutt'altro che brillante percorso di studi al "liceo" (l'assenza del latino allo scientifico-tecnologico ha sempre suscitato dubbi sulla sua natura di liceo). Raggiunto a fatica il diploma, scarto le istantanee proposte di lavoro (tutte curiosamente da manutentore di macchine utensili). Avendo la possibilità di studiare sarebbe assurdo andare a lavorare! A questo punto si configura l'ardua scelta di una facoltà che possa offrirmi un lavoro certo, soddisfacente, remunerativo e, non ultimo, di mio gradimento.

Nei primi anni 2000 il tasso di natalità delle facoltà universitarie è alle stelle: la riforma Berlinguer apre alle facoltà "3+2" ed i corsi di laurea si moltiplicano a dismisura.

La grande maggioranza dei miei compagni di liceo sceglie il seguito naturale della nostra scuola: la facoltà di ingegneria, che in quell'anno viene trasformata in "3+2".

La mia scelta, al contrario, si rivela molto più intricata e sofferta a causa della mia costituzionale indecisione.

Nonostante il mio interesse per le diverse applicazioni della fisica scarto subito la gettonatissima ingegneria: la profonda repulsione per la matematica supera di gran lunga le mie aspirazioni da figlio di un "quasi" ingegnere.

- ✘ la facoltà di medicina era a Brescia, non avrei dovuto trasferirmi in altra città, in una situazione probabilmente non sostenibile dalle finanze della mia famiglia;
- ✘ scartate giurisprudenza (io troppo poco loquace) e ingegneria (troppa matematica), rimanevano lettere e medicina: pochi e non di mio gradimento gli sbocchi lavorativi di lettere, materia per la quale ero comunque "portato", restava medicina;
- ✘ i medici della mutua, che fino a quel momento erano l'unica figura della professione con la quale avevo interagito direttamente, in paese, a quel tempo, avevano le case più belle ed erano molto riveriti e rispettati.

Quell'anno non fui il solo a fare questa scelta: mi ritrovai in compagnia di 620 matricole. Numero chiuso e test di ammissione non erano ancora stati inventati.

Il corso di studi

I primi tre anni: un incubo. Materie che al liceo avevo snobbato (chimica, fisica), materie che richiedevano uno studio mnemonico (anatomia) su tomi che solo a guardarli incutevano timore (fortuna c'erano le illustrazioni...) misero da subito a dura prova la mia tenue vocazione. *Sorretto da quel briciolo d'orgoglio che m'impediva di dichiararmi sconfitto, con il coraggio e la forza dettata dalla disperazione, al terz'anno, mentre preparavo fisiologia, mi sono presentato in un reparto ospedaliero di medicina generale, chiedendo di frequentare.* Non avevo ancora dato semeiotica medica ed ero completamente digiuno di qualsiasi nozione clinica. Il primario, professor Almici, manifestò qualche perplessità, ma alla fine mi accolse, forse anche perché gli studenti che frequentavano il reparto, in quel periodo, si contavano sulle dita di una mano.

È stata per me una svolta motivazionale, che mi ha proiettato in un'altra dimensione: da quel momento il mio curriculum universitario è stato caratterizzato dalla presenza in ospedale, in quel reparto, e gli

ERMINIO
NICOLA
VIOGIN

A questo punto la facoltà giusta è da scegliere tra due grandi gruppi:

- ✘ Le facoltà tradizionali: Giurisprudenza (nemmeno presa in considerazione), Economia (qui i problemi con la matematica si moltiplicano), Lettere (".....a parte Stefania, penso che nessuno di voi sia portato per le lettere" sentenziò la professoressa), Medicina (in un primo tempo scartata: "...ma scherzi? medicina? sono 6 anni! E poi non hai mai avuto una gran voglia di studiare...") ed Architettura (il mio sogno! Ma per poco: dovrei trasferirmi a Milano, ma la mia scarsa affidabilità come studente pone troppi dubbi ai miei genitori sulla bontà di tale investimento).
- ✘ Le facoltà moderne (quelle 3+2), inevitabilmente fondate sui lavori del nuovo millennio: marketing, comunicazione, formazione, lingue, design: tutte molto lontane dai miei interessi.
- ✘ Dopo un lungo tiro alla fune, le trattative con chi avrebbe dovuto mantenermi per gli anni a seguire si concludono con un accordo su tre facoltà: ingegneria edile-architettura (uno strano ibrido tra quanto più mi attira e quanto più mi repelle), fisioterapia (facoltà breve e spacciata come "facile") e la rediviva medicina ("provarla non costa nulla... tanto il test d'ingresso è impossibile!").

Con sommo stupore mi trovo ad aver passato più o meno brillantemente tutti i test di ingresso, e precipito nell'indecisione più totale.

Dopo una notte insonne, forse a causa della mente annebbiata, vedo finalmente l'ingresso a Medicina come un'occasione imperdibile.

Il corso di studi

Il primo anno non mi sembrava vero: fisica, chimica, statistica, inglese... tutti argomenti ampiamente affrontati al liceo. Molti miei compagni avevano studiato al classico e si trovano in grande difficoltà; a me non serviva nemmeno aprire i libri. Purtroppo questa luna di miele con la facoltà di medicina termina prematuramente e, da istologia in poi, quello che immaginavo fosse

esami sono diventati un corollario, affrontati con un altro spirito, un'altra grinta e con risultati decisamente migliori, nonostante la frequenza alle lezioni non fosse assidua.

Al punto che oggi, se qualcuno mi chiedesse una valutazione sul livello e sulla qualità delle lezioni alla facoltà di medicina in quegli anni, sarei in difficoltà ad esprimere un giudizio, anche perché, a quell'epoca, la facoltà faceva parte dell'EULO, e di fatto era una succursale di Milano e Parma.

Alla fine, comunque, la laurea e l'abilitazione alla professione.

La scelta 2 e il lavoro

Viste le premesse, non è difficile intuire come la mia aspirazione ed ambizione fosse quella di lavorare in ospedale, in un reparto di medicina generale. Del resto, se ben ricordo, nessuno dei miei amici e compagni di corso aveva manifestato, come prima opzione, la volontà di lavorare come medico del territorio: l'ospedale era l'obiettivo primario. Purtroppo, o per fortuna, non sempre le cose vanno come si vorrebbe e proprio allora, che avevo le idee chiare ed ero deciso, scattò il blocco delle assunzioni. Urgeva un piano B. Incominciai a fare le guardie mediche: allora erano gestite dai CSZ, Comitati Sanitari di Zona, e per cominciare a lavorare era bastato presentarmi alla sede chiedendo se c'era possibilità. La sera stessa montai per la prima guardia. Inoltrai anche domanda per la convenzione e, per mantenere un piede in ospedale, mi iscrissi alla specialità in Medicina Interna, nel reparto che avevo sempre frequentato. Nel frattempo, infatti, il primario era diventato il direttore (professor Muiesan) ed era stata aperta la scuola di specialità. Per entrare allora non c'erano test di ammissione né graduatorie nazionali: valevano il voto di laurea, le raccomandazioni e l'aver frequentato diligentemente e con profitto il reparto. Dovevo ancora assolvere il mio dovere verso la patria. Partii per l'Alto Adige come alpino. Ero a Trento quando mi raggiunse la comunicazione che avevo ottenuto la convenzione per la medicina generale nel

ERMINIO
NICOLA
A
L
O
C
I
N

un percorso in discesa si trasformò in una ripida ed infinita salita. Servivano ore ed ore di studio e la mia capacità di concentrazione sembrava sempre insufficiente. Senza contare che alcuni professori, generalmente di materie molto vaste, sembravano divertirsi a bocciare a raffica. Ripensando a quel periodo devo però ammettere che la motivazione e l'impegno nello studio non erano quelli necessari ad una carriera universitaria brillante. Le tempistiche per la laurea iniziano a dilatarsi e, per rientrare nelle spese, inizio a trovarmi diversi lavoretti, che, però mi rallentano ulteriormente. Giunto con un ritardo di diversi esami al quarto anno, decisi che era tempo di capire cosa fare "da grande". I miei compagni di corso avevano iniziato a frequentare molto presto tanto che alcuni sembravano già dei piccoli specialisti. Avendo una chiara preferenza per le materie chirurgiche, memore delle splendide lezioni del professor Cosciani, decisi di frequentare il reparto di Urologia. L'ambiente ospedaliero mi mostrò finalmente l'applicazione pratica della teoria che ero stato costretto a studiare negli anni. Finalmente avevo un obiettivo chiaro, una motivazione che mi portava in reparto tutte le mattine e che mi permetteva di studiare anche quando la stanchezza si faceva sentire, sabati e domeniche (non molte) compresi. Venne poi l'impegno per la tesi: ore in reparto a recuperare cartelle, giorni nell'archivio, settimane per scrivere un capitolo, date di laurea che slittano di mesi... Ma dopo tanta fatica arrivò il giorno della laurea e, dopo un'estate di svago completo, del tirocinio di abilitazione. Durante questi mesi scoprii in cosa consisteva esattamente la professione medica e conobbi una realtà che non avevo mai considerato: la medicina generale.

La scelta 2 e il lavoro

Una volta ottenuta l'abilitazione iniziai con i classici lavori da medico neo-abilitato mantenendo una minima frequentazione del reparto: ero pienamente convinto di voler entrare in specialità. Però, giorno dopo giorno, lavoro dopo lavoro, mi resi conto che la medicina era molto più ampia di quanto immaginassi e che, soprattutto, spaziare da una materia all'altra (anche

mio paese, a Concesio. Non ricordo bene quali fossero i criteri su cui veniva costruita la graduatoria, ma mi sembra che un notevole vantaggio lo desse il fatto di aver fatto la domanda per l'ambito nel comune di residenza: nessun titolo, a parte la laurea e l'abilitazione, era richiesto.

E qui, la seconda folgorazione. Credo sia stato l'orgoglio e la soddisfazione di aver messo su da solo il mio ambulatorio, i primi contatti con gli assistiti e l'intuizione che quel rapporto, appena iniziato, sarebbe andato avanti per anni, il senso di responsabilità che mi derivava dalla consapevolezza di essere io, in prima persona, a decidere come lavorare ed a prendere decisioni diagnostiche e terapeutiche che fino ad allora erano state mediate da altre figure, il confronto con i colleghi che nel frattempo erano riusciti ad essere assunti in ospedale come assistenti e che di fatto, almeno all'inizio, non facevano cose molto diverse da quelle che facevamo quando frequentavamo come tirocinanti: insomma, la sensazione di esercitare una professione, una bella professione, mi portò in breve tempo a prendere una decisione definitiva: quella era la mia vita, quello era il mio lavoro. Lavoro che poi sarebbe evoluto, e molto, negli anni, fino ai giorni nostri, con tutte le incertezze, i dubbi, le incognite che la situazione attuale ci pone e che investono anche quella che dovrebbe essere invece una certezza: la pensione. Ma questa è un'altra storia. ●



ERMINIO
NICOLA

quelle internistiche da me sempre snobbate) era piacevole e regalava molte soddisfazioni. Iniziai a maturare l'idea che forse una medicina troppo settoriale non facesse al caso mio: ogni giorno, anche a causa della mia non perfetta preparazione universitaria, imparavo nozioni nuove, imparavo ad utilizzare farmaci ed esami nel modo corretto, miglioravo il rapporto con i pazienti. Il culmine lo ebbi con la prima sostituzione estiva di medicina generale, durante la quale mi trovai a fronteggiare difficoltà in diverse materie mediche e mi resi conto di riuscire a superarle meglio di quanto pensassi. Complice l'esame di specialità che mi lasciò l'amaro in bocca, mi concentrai sulla medicina generale. Il test a Milano, l'attesa per le graduatorie, la soddisfazione per l'ottimo risultato; tutti momenti che ricordo con particolare piacere perché ricchi delle soddisfazioni e dell'entusiasmo che mai avevo avuto in precedenza.

A dicembre 2012 iniziai la scuola di formazione specifica in Medicina Generale, polo di Brescia, magistralmente diretta dal dottor Pelizzari. Sono stati tre anni molto intensi ed impegnativi: la frequenza nei reparti e negli studi di medicina generale, i seminari (molti interessanti, ma alcuni soporiferi), la guardia medica, la partecipazione ai corsi dell'Ordine dei Medici. *Ma al termine del corso mi sono reso conto di aver cambiato totalmente la mia idea di medicina.*

Ora mi trovo, a più di un anno dal termine del corso, ad aver affrontato il mio primo incarico continuativo, la sostituzione di una collega per la maternità. Per la prima volta ho seguito dei pazienti per un lungo periodo, ho commesso errori ed ho avuto soddisfazioni, ho avuto giornate splendide e momenti nei quali mi sono chiesto chi me l'avesse fatto fare. Tra alcuni mesi mi troverò a dover scegliere la zona dove prenderò la convenzione. Per la prima volta sarà il "mio" ambulatorio e saranno i "miei" pazienti, con tutti i dubbi, le incognite e le incertezze che, anche dopo tanti anni, la nostra professione ci mette davanti ogni giorno.

Certezze? Per il momento nessuna: nemmeno la pensione è certa per noi "giovani"... ●

Lettera da Barcellona

Giovanni Oriolo

Ricordo come se fosse ieri il ritmo serrato di lezioni, esami e tirocini degli anni dell'università, vissuti come una corsa verso la laurea, e poi l'esame di stato e poi la specialità. Psichiatria, motivo per il quale mi iscrissi a medicina. Ma ricordo come se fosse ieri anche la prima crisi esistenziale, vissuta tra il terzo e quarto anno, che ha bussato alla mia spensieratezza attraverso l'ansia e il panico. Ma ansia di cosa? E perché? A distanza di oltre 10 anni, in un altro paese e a pochi mesi da diventare a tutti gli effetti specialista in psichiatria, qualche spiegazione l'ho trovata. Sono nato e cresciuto a Brescia, e l'università per me è stata una conseguenza naturale al liceo. In altre parole, ho vissuto gli studi di medicina come fossero una successione di materie propedeutiche ad esami, e gli esami propedeutici ad una laurea, il tutto nella comodità familiare della mia città. In una cornice di questo tipo, dove tutto scorreva su binari prestabiliti e conosciuti, i contenuti (in senso lato) si sono mantenuti sempre in un secondo piano, pronti all'uso se suscitavano particolari interessi, ma mai veramente essenziali. Con l'affacciarsi della prima vera responsabilità, ovvero, di una specialità che sarebbe diventata il mio lavoro, la crisi fu inevitabile. Decisi allora di rallentare i ritmi, frequentando diversi



reparti dell'ospedale per toccare con mano e sotto una diversa prospettiva l'*ars medica*.

Ma il tempo non fu sufficiente, e discussi la tesi (in immunologia pediatrica!) nella certezza di non avere certezze.

Col senno di poi, benedico quell'intuizione che mi fece comprare un biglietto aereo per il Sud America dove rimasi per 9 mesi, tra viaggio e volontariato.

Fu durante quell'esperienza che capii quanto i contenuti siano necessari, soprattutto per decisioni così importanti come dedicare la vita alla cura degli altri. Per questo motivo, decisi di intraprendere un percorso diverso dalla specialità, senza tuttavia precludermi la possibilità di accedervi, e di dedicare un tempo della mia vita alla ricerca. Ma come poter conciliare le due cose in Italia? All'epoca dei fatti, l'accesso alla specialità era vincolato al reparto scelto, e la corsa per un posto da specializzando iniziava normalmente durante il quarto o quinto

anno di università. In altre parole, poco spazio per gli indecisi. Mi sentivo tagliato fuori, aspettare oltre mi avrebbe precluso (quasi) ogni possibilità nella mia città. In altre università italiane sarebbe stato ancora peggio, per lo stesso motivo. È per questo che decisi di trasferirmi all'estero. Avendo imparato spagnolo in Sud America, guardai alla Spagna come prima meta papabile.

La Spagna offre un sistema di accesso alla specialità assolutamente meritocratico (peraltro simile al nuovo sistema italiano).

Ogni anno esce un bando di concorso per i posti di specialità, e si realizza un test nazionale (il famigerato MIR) dove tutti competono con tutti.

Il primo in graduatoria può scegliere specialità e ospedale che vuole, e così via fino a esaurimento dei posti disponibili. Questo mi avrebbe permesso di accedere alla specialità qualora lo avessi voluto (a cambio ovviamente di uno studio "matto e disperato").

Viaggiai a Barcellona per informarmi su due Master in neuroscienze che mi interessavano. I contenuti, la disponibilità dei professori e le facilitazioni burocratiche che mi offrono furono decisivi per la mia scelta. A 27 anni mi trasferii in Catalonia. In 3 mesi riconobbero il titolo di medico italiano, trovai casa e un lavoro part-time (visite mediche a domicilio per assicurazioni private) e iniziai un Master in Neuroscienze nell'Universitat Autònoma de Barcelona.

Mi ritrovai in un sistema funzionante, con regole scritte e meccanismi spesso protocollari, forse a volte macchinosi, ma sempre finalizzati a obiettivi concreti. Ebbi la possibilità di realizzare il lavoro pratico del master in un laboratorio di un'altra università (*Pompeu Fabra*), orientato alle neuroscienze cognitive. Fu sufficiente un colloquio entusiasta con il responsabile del laboratorio (un ragazzo di 41 anni) per poter essere incluso nel gruppo di ricerca, anche se solo per qualche mese. Mi sentii coinvolto personalmente, mentre il mio lavoro veniva valorizzato.

Lavorare con persone giovani che ricoprono ruoli di responsabilità è un incentivo all'impegno e alla dedizione, e il riconoscimento del lavoro svolto una qualità necessaria.

Passati due anni, mi trovai nella situazione di decidere tra l'inizio di un dottorato e la specialità.

Non è ovviamente mia intenzione fare confronti con l'Italia, non ne avrei la competenza. Ma dubito che avrei potuto godere di una tale libertà di scelta a 29 anni.

Fu a quel punto che decisi, finalmente, di affrontare il MIR, che mi permise di accedere alla specialità di psichiatria nell'*Hospital Clinic* di Barcellona.

Difficoltà ovviamente ce ne sono state. Lavorare in una lingua straniera (anzi due, considerando il catalano) e vivere in una cultura differente non sempre è facile, per quanto simili possano sembrare. Inoltre, l'essere soli ad affrontare gli aspetti burocratici (e fiscali!) di uno stato straniero, senza poter ricorrere a "conoscenti" o familiari, spesso può essere fonte di preoccupazione o insicurezza. Ma nonostante ciò, dopo 6 anni e mezzo di vita all'estero, vicino al titolo di specialista (la cui durata è di 4 anni) e agli inizi di un dottorato, posso solo essere grato per aver trovato un sistema funzionante e in generale aperto e meritocratico come quello delle università catalane.

Un sistema che mi ha permesso di coltivare contenuti, crescere personalmente e professionalmente, e soprattutto essere libero di poter decidere sul mio futuro. ●

Lettera da Londra

Mariapaola Narbone

Mi chiamo Mariapaola Narbone, sono una dei tanti medici italiani che vivono e lavorano in UK. Sono recentemente tornata in Italia per alcuni mesi e ho con piacere accettato l'invito a condividere la mia esperienza di vita e lavoro in UK. Un accenno alla mia precedente esperienza italiana credo sia utile. Sono nata a Brescia, dove ho fatto tutto il mio percorso scolastico ed universitario sino alla Specializzazione in Radiologia che ho conseguito nel 2010. Ho successivamente lavorato per due anni con un contratto a tempo indeterminato presso la Radiologia della Fondazione Poliambulanza allora diretta dal Dr Orlandini coadiuvato dalla Dott.ssa Menni e successivamente ho lavorato per tre anni a Manerbio con il Dott Matricardi prima e la Dott.ssa Guarneri poi. In entrambe le strutture ho avuto modo di migliorare la mia formazione e trovare nuovi campi di interesse lavorativo; ero ben inserita lavorativamente ed avevo costruito buone relazioni con i colleghi. Genitori entrambi dipendenti degli Spedali Civili di Brescia con casa di proprietà a Mompiano e amici decennali residenti a Brescia. Apprezzo Brescia come città, location e stile di vita.

Tutto questo per dire che seppur aspetti negativi ve ne fossero probabilmente non avrei "personalmente" preso in considerazione un trasferimento all'estero essendo io una persona abitudinaria ed essendo il bilancio di vita lavorativa e personale abbastanza positivo e soprattutto comodo. Il 2012 ha visto tuttavia

un aprirsi del mio interesse per Londra dal momento che in quell'anno mio marito si è trasferito in UK a lavorare con un contratto a tempo indeterminato costellato di soddisfazioni lavorative. Il mio trasferimento in UK è stato tuttavia successivo, spinto a restare a Brescia dal desiderio di diventare un radiologo interventista, motivo che mi aveva poco prima portato a lasciare la Poliambulanza per entrare a far parte del team del Dott. Matricardi. Con la sua prematura scomparsa le ragioni lavorative per rimanere si sono ridotte soprattutto se paragonate alle difficoltà di una famiglia divisa in due Stati. Da qui la mia scelta di trasferirmi e tentare il percorso Inglese.

La maggior parte delle esperienze che si leggono sul trasferimento di medici ed infermieri all'estero, in particolare in UK, riporta entusiasti racconti di grandi soddisfazioni lavorative condite tendenzialmente da una feroce critica all'Italia. Parzialmente io mi discosto da questa descrizione dell'estero come del Bengodi. La mia visione è probabilmente parziale e condizionata dal fatto che in UK ho lavorato in due ospedali Universitari che fanno parte dei quattro trauma centre di Londra mentre in Italia la mia esperienza lavorativa in un ospedale universitario è limitata al solo periodo della Specialità. Scusandomi per la lunga premessa, che tuttavia ritengo necessaria per far capire che non sono "fuggita" dall'Italia, iniziamo ad analizzare le differenze fra i due sistemi.

Formazione

Io ho avuto la fortuna di lavorare durante la mia Specializzazione in un ospedale che mi ha formata come medico permettendomi di finire la Specialità con un livello di competenze e conoscenze sufficiente per iniziare a lavorare in modo indipendente come strutturato. La professionalità dei medici presenti ai tempi della mia Specialità ha permesso a me ed a persone come me di formarsi ad un buon livello. Gli strutturati erano per la maggior parte disponibili ad insegnare, preferibilmente alle persone che vedevano motivate. Un punto negativo che posso individuare è che ai tempi, accanto alla formazione eccellente rivolta "al singolo", veniva a mancare la didattica strutturata al gruppo degli specializzandi, nel senso che mancava a quanto io ne sappia un programma didattico approvato che fosse comune alle diverse Scuole di Specialità. Il percorso di formazione in UK è più strutturato e lasciato meno agli eventi ed alla volontà del singolo specializzando/scuola di specializzazione, con lezioni comuni che si svolgono, almeno a Londra, alternativamente presso i diversi ospedali. Vi sono esami durante il percorso della specialità all'interno del proprio ospedale ma anche esami da espletare presso strutture esterne come il Royal College of Radiology con esaminatori per lo più sconosciuti all'esaminato. Le bocciature non sono infrequenti e bloccano la progressione nel percorso di specializzazione che di conseguenza si allunga. La formazione in UK tuttavia è, a mio avviso, troppo precocemente settorializzata: già durante la specialità o il percorso di studi in genere ci si specializza a tal punto in un settore che si diviene perfettamente competente in quello ma difficilmente si può fornire un pari o adeguato livello di competenze in altri ambiti. Viene a mancare la capacità di affrontare un problema se non riguarda strettamente il proprio ambito, cosa che ho potuto notare parlando anche con colleghi non medici: il professionista italiano sembra avere una cultura generale più valida e soprattutto una maggiore capacità di adattamento.

Altra differenza è che il medico strutturato in UK ha il dovere di insegnare, fa parte del normale lavoro di un medico inglese e può



essere penalizzato se non lo svolge. In Italia chi si presta ad insegnare, se non ha ruoli Universitari ufficiali, spesso è l'eccezione e la stessa persona non ha la stessa disponibilità verso tutti gli specializzandi.

In UK l'ordine dei medici fa parte dei responsabili del livello di insegnamento nelle diverse Scuole e per questo gli specializzandi sono chiamati a cadenze stabilite (almeno annuali) a fornire un feedback sulla qualità di insegnamento ricevuto, sull'ambiente di lavoro, sulla possibilità di essere esposti a casi adeguati per numero e complessità. Ho visto personalmente specializzandi trasferiti da un ospedale ad un altro in casi nei quali il livello di insegnamento o l'ambiente non fosse idoneo alla loro formazione. Dai racconti di tanti colleghi di specialità chirurgiche italiane l'impressione che mi sono fatta è che la formazione vera la si riceva più da giovane strutturato rispetto che da specializzando e questo è in parte vero anche in ambito radiologico, soprattutto in radiologia interventistica. La mancanza di volontà di "lasciare spazio" è una delle pecche forse più riconosciute del nostro sistema. D'altro canto è doveroso riconoscere

che il livello di responsabilità che hanno gli specializzandi in UK non è paragonabile a quello che hanno i colleghi italiani. Restando nel mio ambito io non ho mai firmato un referto indipendentemente durante la Specialità, la responsabilità ultima era sempre dello strutturato. In UK lo specializzando gradualmente acquisisce delle competenze certificate dal superamento di esami e si assume delle responsabilità delle quali risponde in prima persona legalmente. Questo lo responsabilizza e forse lo porta al volersi formare al meglio visto che non ha “le spalle coperte”.

Compiti dello Strutturato in UK

Parte del lavoro dello Strutturato è svolgere attività didattica. Nelle *job description* per gli ospedali londinesi è sempre richiesta la disponibilità all'insegnamento rivolta agli Specializzandi, studenti di medicina e, nel mio caso, tecnici di radiologia medica. Come già detto la volontà e disponibilità ad insegnare non è appannaggio di pochi ma un dovere di ognuno a seconda delle specifiche competenze. I medici strutturati vengono spronati a frequentare dei corsi per imparare a supportare i giovani colleghi in difficoltà e per apprendere i differenti sistemi di insegnamento. Avere corsi di formazione nel proprio cv ed esperienze di insegnamento aiuta ad essere selezionato per una posizione lavorativa da Consultant. Viceversa la non disponibilità ad insegnare può precludere tale possibilità, in particolare negli ospedali universitari. La maggior parte dei medici strutturati svolge lezioni e corsi, a seconda del settore di maggiore interesse e competenza. Altro aspetto è la ricerca. Come in Italia, non tutti i medici strutturati fanno ricerca, ma fa parte della mentalità e del percorso formativo dello specializzando sviluppare annualmente ricerche e scrivere delle pubblicazioni, cosa che non mi sembra accada in Italia, dove di solito pochi specializzandi svolgono tale attività e gli altri vengono coinvolti solo marginalmente o per nulla. Infine attività di management. In Italia è appannaggio spesso quasi esclusivo del Primario che parzialmente può delegare rimanendo però responsabile ultimo. **In UK tale compito viene suddiviso tra più medici**

che si trovano a dover affrontare per lo più autonomamente problemi di costi, budget, ecc. inerenti alla propria area di gestione.

Avere corsi manageriali nel proprio cv è un altro aspetto rilevante per il medico inglese. La differenza tra un medico Locum (a tempo determinato) e un Consultant (tempo indeterminato) è relativa spesso al diverso grado di coinvolgimento in attività manageriale.

I furbetti del cartellino

Quando ho letto di questi scandali scoppiati in ospedali e pubbliche amministrazioni mi è venuto da sorridere ripensando al mio primo giorno al St. George's: disperatamente cercavo di capire dove dovevo passare il badge che mi era stato dato ed i colleghi ai quali chiedevo aiuto non riuscivano a capire il mio problema. Ho poi realizzato che non era un problema di pronuncia o di lingua in genere: in Inghilterra nessun medico o tecnico di radiologia timbra il cartellino, per questo non mi capivano! Nessuno che io conosca timbra il cartellino a dire il vero, nemmeno in ambiti non sanitari, come per esempio mio marito che è ingegnere. È normale essere al proprio posto di lavoro per le ore dovute. Tutti sanno se arrivi cronicamente in ritardo o se vai via prima e questo inficia la tua professionalità ed i *feedback* che ricevi. **Quanto lavori è giudicato dalla tua produttività.** Va in questo ambito aperta una parentesi: parlando del lavoro del medico Radiologo per esempio, per produttività non si valuta ed intende solo il numero di esami refertati ma vengono considerate anche le attività “collaterali” che si è tenuti a svolgere come le riunioni, gli incontri multidisciplinari, le lezioni da tenere... Una cosa che il medico italiano nota del “tipico medico inglese” è che gli “cade la penna” alle ore 17. In parte l'osservazione è fondata ma forse prima di giudicare bisogna andare un po' più a fondo: spesso quella persona alla quale cade la penna è la stessa che arriva a 7.30 quando il suo orario di lavoro inizia alle 9 o è la persona che la sera collega il pc di casa da remoto all'ospedale per completare alcune attività che non implicano la sua presenza fisica in ospedale o la persona che dedica il weekend a rivedere i lavori degli Specializzandi da inviare a corsi o riviste.

Quale sia il sistema migliore non saprei, probabilmente come sempre il meglio sta nel mezzo.

Curriculum vs calcetto

Di recente con grande scandalo il ministro Poletti ha affermato come si creino “più opportunità di lavoro con il calcetto che con i curricula”. Ovviamente questa frase detta dal ministro del Lavoro ha generato indignazioni e polemiche. Ma non è forse per certi versi così? Da giovane specializzanda ero convinta che contasse solo l’impegnarsi, il mostrarsi preparati, lavorare sodo. Tuttavia ho poi visto che parzialmente può servire ma che a volte dà maggiori risultati il caffè preso con la persona giusta rispetto ad una maggiore professionalità. Non credo tuttavia le sole pubbliche relazioni siano sufficienti ad avere progressioni professionali se la competenza tecnica è carente.

Una volta mi è stato detto in Italia che è giusto che un primario possa scegliere il suo staff visto che poi del suo staff deve rispondere. La cosa contrasta un po’ con il sistema di selezione italiano che si basa sull’espletare dei concorsi pubblici con prove volte a valutare per lo più le sole competenze e conoscenze tecniche. In teoria la persona meglio preparata ed esperta è quella che dovrebbe ottenere il posto di lavoro. Le pubbliche relazioni, il potere decisionale di pochi sono cose che possono dar fastidio ma che sono purtroppo parte della realtà lavorativa italiana.

E qui si apre il discorso della mitica meritocrazia estera. È assolutamente vero, se ti impegni, capisci il sistema e ti costruisci un solido cv, hai maggiori possibilità in UK che in Italia, ma questo credo sia in parte dovuto a due fattori dei quali bisogna tenere conto. Il primo è che c’è una maggiore carenza di medici e quindi una maggiore propensione ad assegnare il posto ad un estraneo capace piuttosto che lasciare il posto vacante. In Italia spesso per lo stesso posto si presentano invece decine di candidati con qualifiche simili. La seconda è che esistono delle “raccomandazioni” ufficiali e pulite in UK. All’atto di presentazione di domanda per un posto di lavoro vengono ufficialmente richieste delle referenze, persone che danno il

loro giudizio e “raccomandano” il candidato per quel lavoro. **Le referenze sono volte a sincerarsi della capacità professionale ma soprattutto della capacità di lavorare in team: per gli inglesi le competenze professionali sono in parte già garantite dal completamento del percorso di formazione e non vanno verificate necessariamente in sede di selezione per un posto di lavoro.** Le referenze sono chieste per capire anche che persona sei. Il vantaggio rispetto al sistema-Italia secondo me è che non è sufficiente ingraziarsi il capo per ottenere dei buoni feedback ma devi essere una persona con la quale i colleghi han lavorato bene. È più “equo” essere giudicato da chi lavora con te tutti i giorni ed in genere da più persone rispetto che da una sola persona. La prima volta che lessi un manuale di preparazione alle *job interview* rimasi sorpresa nel leggere che in caso di insuccesso ti consigliano di richiedere un feedback ai selezionatori, utile a prepararsi per le successive *interview* e tra le ragioni per non aver ottenuto il posto annoveravano la preferenza data ad un candidato interno. Lo scrivevano nero su bianco che il candidato interno era avvantaggiato, incredibile secondo me che potessero permettersi di scriverlo. Un’ulteriore parentesi sulla selezione del personale medico nell’NHS può essere utile. Come in Italia, è la selezione è pubblica, con bando ufficiale pubblicato. Come in Italia, c’è una commissione esaminatrice. A differenza dell’Italia, per un posto *permanent* la commissione è formata da almeno 6-7 persone tra cui possibili futuri colleghi, il Chief Executive dell’Ospedale o un suo delegato, un rappresentante del *Royal College* di appartenenza, ecc. I candidati non vengono tutti ammessi all’*interview* anche se hanno le caratteristiche richieste dalla *job description*, ma viene fatta una selezione in base al cv e solo quelli con le caratteristiche migliori a ricoprire il posto bandito accedono allo step successivo. Differenza fondamentale è che non esiste una graduatoria che dura diversi anni: se non sei la persona che ottiene il lavoro devi aspettare una nuova opportunità lavorativa consona alle tue caratteristiche e ricominciare il processo. Questo determina una maggiore dinamicità della selezione e, cosa secondo me fondamentale, consente di selezionare il

candidato idoneo alle esigenze correnti del reparto: se, per esempio, nell'organico si viene a creare un posto a seguito del pensionamento di un radiologo che si occupa di capo-collo che senso ha assegnare quel posto ad un radiologo esperto di muscolo-scheletrico solo perché nella graduatoria di un concorso svoltosi anni addietro quando le esigenze erano altre?

Vita e bilancio familiare

Sicuramente non è stata la volontà di arricchirci economicamente l'elemento che ci ha spinto a trasferirci. Il medico che si vuole trasferire non punta generalmente a lavorare in un posto remoto nelle campagne inglesi, dove il costo della vita è accessibile, ma mira a città come Londra, Oxford, Cambridge... bellissime realtà ma con costi della vita difficili da sostenere soprattutto se hai progetti di avere figli. Sia io che mio marito lavoriamo a tempo pieno. Non avendo parenti vicini abbiamo avuto la necessità di delegare a terze persone la gestione di nostra figlia e questo ha dei costi non indifferenti. Giusto per dare un'idea, una tata a Londra richiede un compenso netto medio di minimo 10 pound all'ora al quale si aggiungono le tasse. Le *nursery* sono leggermente più economiche ma quando il bambino sta male la gestione diventa complicata. Ci sono molte agenzie di tate di emergenza che sono ben organizzate ma lasciare la prole ad un estraneo che vede una volta e poi basta posso assicurare che non è facile oltre che tutt'altro che economico. Dai 3 anni i bambini iniziano ad avere delle ore di scuola pagate dallo stato tuttavia il livello qualitativo delle scuole è molto disomogeneo e la possibilità di accedere a buone scuole statali è limitata. Questo determina **il ricorrere alle scuole private che sono tuttavia costose e spesso richiedono esami di ammissione per accedervi (già dalle elementari!). In questo l'Italia a mio avviso "vince nettamente"** con scuole pubbliche di livello soddisfacente e scuole private che non mandano sul lastrico i genitori. Quasi tutti i colleghi inglesi che conosco lavorano anche nel privato prettamente per garantire un'adeguata istruzione ai figli. Altro tasto dolente sono i prezzi delle case a Londra, che si parli di affitto o acquisto. A tutto questo si aggiungono i costi della

normale vita, trasporti, cibo, ecc., tutto non economico.

Questa realtà porta le persone, una volta che decidono di "metter su famiglia", a considerare soluzioni alternative come il trasferirsi al di fuori di Londra facendo i pendolari: mezz'ora - un'ora di treno è nulla se hai il vantaggio di avere una casa più vivibile con scuole e qualità della vita migliori.

Brexit

Un accenno alla Brexit, vista l'attualità del tema va fatto. Posso fare solo un incompleto accenno, dal momento che ancora non sembra essere chiaro a nessuno, nemmeno ai promotori della Brexit stessa, quello che accadrà.

Sembrerebbe che con la Brexit non si voglia limitare l'ingresso di personale qualificato come viene considerato il medico. Inoltre in UK vi è una carenza di personale medico ed infermieristico che determina che il 30% dei Radiologi che lavora, per esempio, a Londra, abbia conseguito la Laurea in Medicina non in UK. Con queste premesse penso che il Regno Unito importerà ancora personale sanitario dall'Europa ma magari renderà il processo un po' più selettivo, almeno agli inizi. Io sono emigrata in UK quando ancora di Brexit nemmeno si parlava. Mettendomi ora nei panni di un medico che vuole provare un'esperienza all'estero, forse non sceglierei una nazione che si è così di recente dichiarata contraria agli immigrati.

Il governo inglese ha più volte affermato che nulla dovrebbe cambiare per le persone che già risiedono e lavorano in UK. **Personalmente ho deciso di continuare il percorso che ho intrapreso dal momento che lo stesso mi sta consentendo di crescere professionalmente e di avere una certa serenità familiare.** Non nego tuttavia una certa preoccupazione per il futuro perché non mi piacerebbe far crescere le mie figlie in un ambiente ostile agli immigrati italiani. Sino ad ora, forse complice il fatto che viviamo a Londra, città cosmopolita, non ho mai avuto la percezione che si stia creando un clima ostile, tutt'altro. Tuttavia ci manteniamo aperti a diverse prospettive future, anche ad un eventuale ritorno in Italia qualora le condizioni cambiassero.

Credo possa essere infine utile sottolineare

come l'ingresso dei medici Europei in UK sia divenuto meno immediato sin dal 2014, anno nel quale è divenuto obbligatorio superare un esame di Inglese, lo IELTS, per potersi registrare al GMC, l'Ordine dei Medici inglese. Non è sufficiente "passare" l'esame ma bisogna ottenere un punteggio abbastanza elevato, cosa che implica una preparazione significativa. Qual è alla fine il mio bilancio ed il mio consiglio per i giovani medici? Fuggire dall'Italia? No. Innanzi tutto non è tutto oro quello che luccica, nessuno ti regala nulla e di sacrifici da fare ce ne sono tanti. Se capisci il sistema e lavori per integrare le tue competenze con altre non ritenute essenziali in Italia (manageriali, didattiche, ecc.), in UK hai più possibilità, ma devi modificare il modo di lavorare ed in parte di pensare. Per fare questo è necessaria una buona capacità di adattamento che innanzitutto secondo me parte dal non paragonare continuamente il bel clima italiano con il piovoso clima inglese ma apprezzare quanto il nuovo Stato può offrire. Inoltre, eccezion fatta per i riconosciuti luminari, si deve mettere in conto di dover fare una gavetta durante la quale acquisire e dimostrare le competenze professionali ed umane che si hanno, cosa che può contemplare svolgere anni addizionali da simil-specializzando (*fellowship*) o lavorare come Locum in differenti ospedali. Ho potuto notare che "hanno vita più facile" gli Specializzandi che completano o svolgono parte della loro specializzazione in UK perché vivono e conoscono il sistema e hanno un percorso di inserimento più graduale. Se la professione è l'obiettivo primario, un'esperienza più o meno lunga all'estero di certo aiuta, a prescindere da dove poi alla fine si decida di restare, comunque "apre la mente". Il mio consiglio è di fare un'esperienza all'estero di almeno un anno durante la Specialità per toccare con mano la realtà estera senza basarsi sui soli racconti di altri. Può servire per capire che l'estero è il proprio futuro o per apprezzare maggiormente l'Italia e lavorare nel modo giusto per rimanerci. ●

Lettera dal Burkina

Kim Cattivelli

Medico specializzando in Pediatria

A Dicembre 2016 sono partita per il Burkina Faso, un Paese dell'Africa occidentale tra i più poveri al mondo (*Human Development Index* 183° su 188). Qui, grazie ad una convenzione tra l'Università di Brescia e la Provincia dei Padri Camilliani in Burkina Faso e al supporto logistico di Medicus Mundi Italia, specializzandi di pediatria in rotazione continua combattono l'HIV/AIDS all'ospedale *Saint Camille*, dalla prevenzione della trasmissione verticale fino all'età adulta. Il progetto è attivo da 13 anni e vi hanno preso parte ormai più di 40 specializzandi che ancora sorridono nelle foto appese nella casa di Ouagadougou, dove mi trovo attualmente. Lavoro con Doriane, una dottoressa generalista burkinabé che ha più o meno la mia stessa età. Insieme gestiamo l'ambulatorio HIV pediatrico e il reparto "*Nouvelle Pediatrie*", dove vengono ricoverati pazienti che devono iniziare la terapia antiretrovirale o che presentano complicanze, ma anche casi di malnutrizione severa, malaria, tubercolosi, infezioni respiratorie e gastrointestinali. I primi giorni sono stata catapultata in un mondo totalmente diverso da quello che conoscevo: la luce e i colori sono abbaglianti, le strade (non sempre asfaltate) sono dominate da motorini e biciclette che sfrecciano senza alcuna regola tra caprette ed asini trasportando oggetti di ogni forma e dimensione, è difficile orientarsi perché non esistono indirizzi e numeri civici e dove abiti esattamente non lo

sai, il caldo e la polvere diventano parte della tua quotidianità così come l'incertezza di avere l'acqua a casa per fare una doccia, il francese che pensavi di aver studiato abbastanza qui lo mescolano al mooré e perdi il filo dei discorsi.

Ouagadougou è piena di contrasti: quasi tutti hanno uno smartphone ma mancano beni essenziali come l'istruzione che non è gratuita, si vedono passeggiare uomini e donne corpulenti ma gli ospedali sono pieni di pazienti malnutriti, ci si rivolge ai medici ma sulla pancia dei bambini vengono ancora disegnate cicatrici ornamentali per favorire la chiusura delle ernie ombelicali (qui diffusissime) e in molti si rivolgono anche allo sciamano.

Nell'ospedale pediatrico dove lavoro i genitori devono pagare gli esami così come il cibo e i medicinali da fornire ai figli durante la degenza. Le cure che possiamo fornire ai nostri pazienti dipendono quindi dalla disponibilità economica della famiglia (e in parte anche dal nostro aiuto) e solo pochi possono permettersi un'assicurazione privata. L'HIV è molto diffuso perché da un lato manca l'educazione sessuale e dall'altro è ancora uno stigma difficile da accettare e quindi curare. Anche la malnutrizione continua ad essere un grave problema, soprattutto nei primi anni di vita quando il latte della madre non basta più, ma non viene integrato con altri alimenti più nutrienti per povertà, inesperienza o ignoranza. Qualche segnale positivo però c'è: a tutte le donne è offerta la possibilità di essere seguite durante la gravidanza per escludere sifilide, epatite B, HIV, toxoplasmosi, drepanocitosi e le vaccinazioni sono gratuite per tutti i bambini. Da qualche mese inoltre in alcuni ospedali pubblici si sperimenta la gratuità delle cure urgenti per pazienti al di sotto dei 5 anni. Al Saint Camille ho la possibilità di curare malattie poco frequenti da noi ma che è utile conoscere perché stanno aumentando i casi in Italia, più per turismo che per causa dell'immigrazione. Mi sono ritrovata inoltre a curare bambini in condizioni che mai avrei pensato di vedere perché in Italia si troverebbero nel reparto di rianimazione e, senza avere a disposizione tutti i mezzi a cui sono abituata, sono obbligata ad affidarmi soprattutto all'esame obiettivo e al ragionamento clinico. Avere una collega con cui confrontarmi e sentirmi alla pari mi aiuta



ma sento forte la responsabilità di prendere delle decisioni che in Italia non sarei mai tenuta a prendere, in quanto specializzanda. Nonostante gli anni di studi e l'esperienza accumulata in molti momenti non mi sono sentita all'altezza di gestire un ambulatorio specialistico e delle situazioni di urgenza che da noi capitano raramente. Avevo fatto un corso di PBLs, ma non mi era mai successo prima di dover rianimare un bambino e dover constatare il mio fallimento, senza neanche poter sapere cosa esattamente è andato storto. Ho dovuto fare i conti con il senso di impotenza e la frustrazione che purtroppo fanno parte della nostra professione. Qui più che in Italia le domande rimangono senza risposta e se da un lato si impara ad accettare il naturale corso degli eventi, dall'altro non voglio che questo mi fermi dal cercare di migliorare con gli strumenti che ho a disposizione. Ho ritrovato la pace anche grazie alla fiducia che qui viene data al medico, visto ancora come un punto di riferimento che combatte al fianco delle famiglie per sconfiggere la malattia e di cui vengono riconosciute le buone intenzioni e l'impegno. Qui il tempo torna a scorrere secondo i ritmi naturali dell'uomo e si ritrovano valori da noi ormai sbiaditi per colpa della frenesia con cui viviamo. *Nonostante la povertà, in Burkina Faso la gente sorride sempre e si aiuta, ha poco ma è abituata a dividerlo, ha fiducia nel prossimo e nel futuro perchè... ça va aller (andrà tutto bene)!* Noi invece non dovremmo mai dimenticarci di quanto siamo fortunati ad avere una sanità pubblica tra le migliori al mondo. ●

Servizio Sanitario Nazionale: a tempo pieno

Giuseppe Remuzzi

Professore di Nefrologia - Università Statale di Milano
Direttore USC Nefrologia e Dialisi Ospedale di Bergamo
Coordinatore delle Ricerche Istituto Mario Negri, Bergamo

Una volta gli studenti di medicina andavano a lezione, studiavano, frequentavano qualche laboratorio, pochi stavano in corsia. A fare cosa? A provare la pressione soprattutto, qualcuno si avventurava in qualche prelievo. E poi c'era il «giro». Tanti camici bianchi in fila dietro a un capo, i medici parlavano tra loro, gli studenti ascoltavano e i malati erano lì attenti e spaventati, nessuno di loro aveva il coraggio di fare domande. E si capisce: come fai a parlare di te e dei tuoi problemi con tanta gente attorno? Non è più così. **L'università è cambiata (in meglio) ma ancora oggi gli studenti fanno fatica a mettere in pratica quello che sanno.** Per questo la decisione di voler rafforzare ed estendere gli accordi con gli ospedali per **“aumentare l'attività pratica degli studenti”** è una **gran bella notizia.** Sarà un impegno a tempo pieno - ed è giusto: andare in ospedale ogni tanto non serve a niente - riservato agli studenti dell'ultimo anno. E chissà che tra un po' non si possa incoraggiare i ragazzi a frequentare gli ospedali anche molto prima (e non ditemi che non c'è tempo per studiare, non è così, basta volerlo e organizzarsi).

Fra l'altro se uno non sta vicino agli ammalati come lo impara il mestiere? Inoltre **i primi anni sono i più belli, c'è entusiasmo, curiosità, abbastanza tempo e tanto desiderio di imparare. E allora farli stare in ospedale da subito è anche un modo per far partecipi gli ammalati della passione di questi ragazzi.** Tutto bene allora? Sì, però a una condizione: che negli ospedali che si convenzioneranno con l'università i ragazzi trovino medici che possano dedicare loro del tempo e che sappiano insegnare. Questo lo dobbiamo pretendere: si tratta di formare sul campo nuove generazioni di medici, è una bella responsabilità e non si può sbagliare.

I nostri Ospedali hanno ormai medici ultra cinquantenni (l'età media è intorno ai 55 anni, la più alta d'Europa), **80.000 di loro nel giro di dieci anni dovranno lasciare, non c'è un minuto da perdere, se no tante competenze che fanno grandi certi nostri Ospedali scompariranno.** Non solo, ma se non trovano lavoro da noi i nostri giovani più bravi vanno all'estero, in questo momento ce ne sono 3000 solo nel Regno Unito (il problema di sostituire

i medici che vanno in pensione ce l'hanno anche loro). Abbiamo già avuto occasione di scrivere che questi ragazzi - merito forse del test di ingresso a medicina che è riuscito a selezionare i più preparati e anche quelli più motivati - sono bravissimi. E non basta, per chi frequenta le scuole di specialità, le Università e le Regioni stipulano un contratto di formazione con un salario piuttosto buono, questo rispetto al passato è un grande passo avanti. E dopo? Dopo più niente. Il contratto di formazione "non dà in alcun modo diritto all'accesso ai ruoli del Servizio Sanitario Nazionale e dell'Università e non determina l'instaurazione di alcun rapporto di lavoro". E allora? I più fortunati trovano un contratto libero-professionale in qualche Ospedale che riesce a racimolare qualche soldo per loro, o qualche guardia in case di cura private, gli altri sono senza lavoro. Non ce lo possiamo più permettere. **Bisogna trovare il modo che questi ragazzi entrino gradualmente a far parte dell'organizzazione (all'inizio avranno contratti a termine, poi i più bravi li dovremmo assumere). A una condizione però: che siano disponibili a dedicarsi a tempo pieno al Servizio Sanitario Nazionale**, quelli che conosco io ne sarebbero felici.

Così si potrebbero fare interventi chirurgici anche al pomeriggio e TAC e risonanze magnetiche alla dieci di sera e il sabato e la domenica. Non ci sarebbero più liste d'attesa, si verrebbe incontro alle esigenze di lavoro di chi si rivolge a noi e si risparmierebbe perché i medici davvero bravi non sprecano. Chi dopo il periodo di formazione dimostrerà di non avere interesse per l'Ospedale sarà medico di famiglia ma avrà imparato a lavorare con gli specialisti e in questo modo si risolve anche la famosa "continuità assistenziale fra Ospedale e territorio" di cui tutti parlano e che pochissimi sono riusciti a mettere in pratica. Nessuno in un Ospedale pubblico si sentirebbe più dire "mi dispiace, non c'è posto". "Ci

sarà domani?" "Non lo so, richiami", oppure "Per la mammografia c'è da aspettare sei mesi salvo che lei non paghi, in quel caso si fa subito". Molti, pur di non aspettare pagano, e così i cittadini spendono di tasca loro in tutto 30 miliardi di euro all'anno dopo aver già pagato per la tassa della salute. Non è giusto, e non dovrebbe succedere più. Vuol dire abolire l'"intramoenia" e scoraggiare i medici dell'Ospedale a esercitare la professione privata? Io direi di sì ma se proprio non lo si vuole fare basta introdurre una regola sola: "la professione privata la possiamo fare solo se nel nostro stesso reparto ci organizziamo in modo che chi paga aspetta di più (non di meno) di chi si affida al Servizio Sanitario Nazionale". E la migliore garanzia perché tutto questo possa succedere davvero sono i giovani medici che hanno entusiasmo, motivazioni, competenze e che dedicheranno tutte le loro energie al Servizio Sanitario Nazionale. Insomma, **la quarta riforma non la si fa con la "riduzione dei costi strutturali del sistema" o "incrementando le utilità" ma con i ragazzi delle scuole di specialità. Con loro la sanità si riforma da sola.** ●

Medico: un mestiere da donne?

Nei numeri raggiungono e superano i colleghi, ma il percorso professionale delle donne medico in Italia è ancora in salita

Annalisa Voltolini

Dirigente Medico I[^] Ortopedia ASST Spedali Civili
Presidente C.U.G. e referente aziendale Medicina di Genere ASST Spedali Civili

In Italia le donne medico o mediche, come vuole un linguaggio di genere, hanno compiuto un sorpasso storico: tra i medici under 50 sei su dieci sono donne, con differenze significative soprattutto tra i 30 ed i 44 anni e con percentuali totali di iscritti alla FNOMCeO nel 2016 del 60% maschi e 40% femmine, dovute ad una prevalenza maschile dopo i 45 anni e per una recente ripresa di interesse alla medicina dei giovani maschi. Nei prossimi 5 anni andranno in pensione soprattutto maschi e la percentuale globale di donne arriverà al 68%, con prevalenza di mediche giovani. La maggior presenza di donne medico si rileva in Lombardia, Lazio e Sicilia.

L'Italia, tra i paesi europei, si posiziona come Paese con il maggior tasso di femminilizzazione della professione medica, seconda solo ai paesi scandinavi con implicazioni sociali e di organizzazione sanitaria, come vedremo più avanti.

Pillole di storia

Medica, il termine consigliato nel linguaggio di genere, è un vocabolo corretto grammaticalmente, adeguato semanticamente e legittimato al suo utilizzo dall'Accademia della Crusca. In greco e latino esistevano sia *medicus* che *medica* e fino al XV secolo in latino e nelle lingue volgari *medico* si declinava anche al femminile. In età moderna si iniziò ad utilizzare il termine *medichessa*, di per sé anomalo. La presenza delle donne nella *storia della medicina* è sempre stata molto limitata e

con un riconoscimento professionale lontano dall'attuale. La mitologia ascrive alle donne la nascita della Medicina. Nel periodo post omerico i poteri terapeutici sono attribuiti a divinità minori come Esculapio, figlio di Apollo, coadiuvato dalle figlie Igea e Panacea. I testi di storia raccontano poco e con vari pregiudizi della professione delle mediche e la loro emarginazione risale all'antichità. Filosofia, religione e scienza si coalizzarono per limitare la dimensione femminile nella medicina e nella scienza: Ipazia di Alessandria è un esempio e simbolo della repressione violenta nei confronti delle scienziate.

Nell'antica Grecia le donne potevano studiare Medicina solo in alcune scuole, ad esempio non in quella di Ippocrate a Kos, e poi curare solo le pazienti donne.

Nell'antica Roma le donne medico si occupavano quasi esclusivamente di ostetricia, ma senza mai raggiungere lo statuto professionale dei maschi.

Nell'antico Egitto c'erano invece donne medico riconosciute nella professione e nell'insegnamento della medicina e tra loro anche chirurghie e traumatologhe. Nelle "mille e una notte" si parla di stimate donne medico **nell'Islam**. Spesso queste colleghe erano delle scienziate ed erudite e scrivevano importanti trattati scientifici che però venivano attribuiti ad uomini, come gli scritti di Cleopatra e di Aspasia del II sec. d.c. sulle malattie femminili o di Metrodora del VI sec. o il più famoso trattato di Trotula de Ruggiero della scuola salernitana delle mulieres del giardino di Minerva " *de passionibus mulierum curandorum*" (o Trotula maior del XI sec.) o quello trecentesco di donne fisioterapiste.

Nel mondo cristiano troviamo due sante, Teodosia e Nicerata che esercitavano la professione di medico. Negli ordini religiosi del Medio Evo erano le donne ad assistere gli ammalati, come la badessa Rodegonda di Poitiers o Ildegarda di Bingen; c'erano poi le streghe



come Benvegnuda Pincinella medichessa da Nave, bruciata come strega sapiente nel 1518, in precedenza "condonata" per aver guarito la figlia del podestà e del visconte di Lodron.

Nel Rinascimento le donne non potevano essere medici, ma spesso erano motore nella organizzazione sanitaria come Bianca Maria Sforza che volle la costruzione dello *Spedal Grande* nel 1456. Nell'illuminismo si ironizzava sulle mediche da salotto alle quali non si riconosceva un ruolo professionale. Le donne furono accettate nelle università nel XIX sec. quando le lotte contro la segregazione delle minoranze consentirono loro di non essere più escluse. L'ammissione delle donne alle facoltà di Medicina è molto recente, prima, in alcune università, potevano iscriversi ed assistere alle lezioni senza però laurearsi.

Nel 1812 ad Edimburgo si laureò in Medicina Margareth Miranda Barry col nome e travestimento maschile di James Stuart che mantenne per tutto il percorso universitario e la carriera

professionale e solo alla sua morte si scoprì che era una donna. Nella seconda metà dell'800 un gruppo di donne tentò l'ammissione alla scuola di Medicina di Edimburgo, esse risultarono più brave degli uomini, ma vennero denunciate per frode ed allontanate: la maggior parte di loro si laureò a Berna per poi tornare ad Edimburgo e fondare la "London School of Medicine for women".

La prima donna medico in America fu Elizabeth Blackwell nel 1850 a New York, dopo un primo tentativo di iscrizione a Boston nel 1830. In Inghilterra la prima laureata fu Elisabeth Garret nel 1870.

In Italia le prime donne laureate in medicina furono: Ernestina Paper a Firenze nel 1877, Maria Farnè Velleda a Torino nel 1878, Anna Kuliscioff a Napoli nel 1885, *la dottora dei poveri*, e Maria Montessori a Roma nel 1896. Nel 1900 le donne medico in Italia erano il 2,5%, nel 1930 il 4,4% e nel 1960 il 6,8%; il processo di femminilizzazione è lento, ma dopo le lotte delle femministe e l'emancipazione femminile degli anni '70 i numeri cambiano rapidamente. In 20 anni la presenza delle mediche negli ospedali si è più che raddoppiata, tanto da dover ripensare a: a) l'organizzazione del lavoro in funzione della più elevata e crescente presenza femminile e b) l'orientamento alle specializzazioni.

Organizzazione del lavoro

Le donne medico devono affrontare, ancora oggi e cioè questo vale ancora purtroppo per le nuove laureate, molte più difficoltà di conciliazione lavoro-famiglia dei maschi, tanto che per progredire nella professione, tenersi aggiornate e far carriera spesso devono rinunciare alla famiglia ed ai figli o devono posticipare di molto la maternità; chi ha figli in genere ne ha 1, partorito dopo i 35 anni, generalmente gestito da

estranei e chi è sposata spesso va incontro a divorzi. Le dirigenti mediche sono tante, ma nei ruoli apicali sono ancora poche, solo il 16% occupa posti di vertice nelle strutture sanitarie (17,6 in Lombardia). Le donne inoltre percepiscono stipendi più bassi: questa discriminazione economica è dovuta alle voci accessorie dello stipendio che premiano chi mostra di avere più tempo da dedicare alla professione, a scapito della famiglia. Le donne medico subiscono più atti violenti non solo rispetto ai maschi, ma anche alla popolazione femminile in genere.

Sono spesso oggetto di avances e capita normalmente che le/i pazienti vedendo una donna in camice pensino che è un'infermiera, soprattutto se giovane, perché nell'immaginario collettivo l'infermiera è giovane, se è un uomo è invece sempre il dottore. Gli stereotipi sono duri a morire!

Affinchè le donne abbiano le medesime opportunità di sviluppo professionale degli uomini e possano conciliare il lavoro con la famiglia è necessario un nuovo welfare aziendale e statale fatto di asili nido aziendali, servizi alla persona (per bambini ed anziani) diffusi sul territorio ed accessibili, riorganizzazione dei tempi della città (scuole, uffici, servizi, mezzi di trasporto) meglio sincronizzati con gli orari di lavoro.

Le Aziende devono ripensare l'organizzazione del lavoro aprendo i part-time e la flessibilità oraria,



sostituire automaticamente le assenze per maternità, rivedere il sistema di valutazione, promuovere aggiornamenti in sede.

Più difficile sarà cambiare la mentalità e la cultura di chi pensa che l'assunzione di una donna giovane possa creare un danno all'azienda per la possibile gravidanza...Le organizzazioni non sono neutre persistono purtroppo degli stereotipi di genere che si ripercuotono nell'organizzazione del lavoro: dagli orari alla condivisione delle informazioni, dalla premialità alla cooptazione in gruppi ristretti (di uomini).

Orientamento alle specializzazioni

Le donne, soprattutto negli ultimi 10 anni conseguono sempre di più le specializzazioni, purtroppo concentrandosi ancora in quelle tradizionalmente femminili, ritenute più conciliabili con la famiglia e cioè pediatria, ginecologia, anestesia e poche nelle specialità chirurgiche, con orari più incerti e ritenute fisicamente più pesanti, anche se c'è un recente aumento in chirurgia generale e cardiocirurgia. Se negli ospedali ci saranno sempre più mediche potrà diventare difficile coprire i posti nelle specialità meno ambite dalle donne, come ad esempio neurochirurgia ed ortopedia. Il rispetto degli orari di lavoro (normativa europea), garantito da nuove assunzioni, affinché gli organici siano al completo così da garantire riposi ed evitare turni massacranti, potrebbe condurre le giovani laureate ad intraprendere anche tutte le specialità chirurgiche, che offrono più possibilità di assunzione.

Le laureate in medicina hanno delle carriere universitarie più brillanti dei maschi, sono più preparate e più competenti, ma sono meno competitive ed accettano meno i compromessi.

Le donne medico **potrebbero migliorare la loro condizione se le Aziende nelle assunzioni e nelle valutazioni utilizzassero soprattutto il metro del merito e tenessero poi conto di alcune**

qualità insite nel genere femminile, quali la capacità di ascolto, l'empatia, la sensibilità, oltre che la propensione alla cura assai apprezzate dai pazienti, tanto da farne aumentare la compliance e migliorare il percorso di guarigione.

Negli ultimi anni sono stati compiuti dalle donne dei passi in avanti lungo la strada della parità, purtroppo però la crisi economica non aiuta ad ampliare l'offerta di servizi alla persona, né ad aumentare i finanziamenti per il personale della sanità e così le giovani mediche si trovano ad avere gli stessi problemi che hanno condizionato il percorso professionale e di carriera delle meno giovani.

Futuro

Il *futuro* delle donne medico non sta nella quantità numerica, ma nella qualità della presenza, nella diversificazione delle specializzazioni, nella valorizzazione delle loro competenze, nell'assunzione di leadership, nel credere nella propria forza e diventare più competitive. Anche gli uomini hanno un ruolo attivo: accettare il valore della differenza e condividere il lavoro di cura della famiglia. ●

ARS MEDICA? Natura e significato del nostro lavoro nell'ospedale

Renzo Rozzini
Fondazione Poliambulanza
Istituto Ospedaliero

L'artista è un autore di opere rare, di pezzi unici addirittura, fatti con le proprie mani. Egli lavora in modo molto personale, cercando di esprimere, con un linguaggio caratterizzato visivamente in un proprio stile, quelle sensazioni che nascono in lui secondo gli stimoli che riceve dal mondo nel quale vive: lavora per se stesso e per un'élite che lo possa capire. Si potrebbe dire che l'artista tende a dare alla sua opera un significato filosofico, sociale politico, religioso morale ecc.

(Bruno Munari, Artista e designer, Laterza, 1971)

La professione medica può arricchirsi non solo aggiornandosi e specializzandosi, ma anche e soprattutto acculturandosi, riappropriandosi cioè della cultura sua propria, antropologica oltreché tecnologica, una cultura "ippocratica" per la quale la tècÚe, l'arte della cura, è il mezzo, ma l'ánthropos, l'uomo, è il fine ultimo, o primo. Ricordiamo che nel trattato "Sull'arte" attribuito a Ippocrate il rapporto tra arte e natura - tra l'arte della cura e la natura dell'uomo - era il nesso fondante del mestiere del medico: un mestiere che è anche e soprattutto un servizio in quanto l'oggetto della tecnica - l'uomo - è il soggetto - uno dei due soggetti - del rapporto umano intersoggettivo tra medico e paziente.

L'arte della cura è davvero un'arte perduta, come presagito alle soglie del novecento?
(Giorgio Cosmacini, L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità a oggi, Laterza, 1997)

Assessment has become a central tecÚology in the care of older persons. It is safe to argue that, at any age and in a variety of contexts (medical and social services), systematic assessment is preferred over haphazard practice. Despite the banality of such a simple statement, traditional care is not systematic.

Translating assessments into actions is still more an art than a science

(RL Kane & RA Kane, Oxford University Press, 2000)

Mi aggiro per l'ospedale alla ricerca di uno specialista col quale confrontarmi per una scelta terapeutica difficile. L'ho cercato ripetutamente al telefono, l'ho fatto cercare, ma senza successo. Devo parlargli. Entro in una decina di studi, in alcune stanze di visita: non lo trovo. Incontro però almeno una ventina di colleghi. Ognuno davanti allo schermo di un computer.

IL PASSATO: più o meno fino a venti anni fa, il lavoro del medico ospedaliero si svolgeva principalmente al letto del paziente o in laboratorio. Chi lavorava in ospedale aveva l'opportunità di essere quotidianamente testimone del manifestarsi del malattie (per le quali spesso non si avevano cure, ma che ora possiamo curare) e nel corso di lunghi ricoveri si aveva il tempo per conoscere i pazienti.

La vita del medico era dura e logorante, senza orari, i medici ospedalieri erano completamente dedicati all'ospedale con vite personali extraospedaliere abitualmente povere.

La classe medica era però una comunità socialmente riconosciuta. Le riunioni scientifiche (molte sponsorizzate dalle aziende), ma soprattutto la mensa dell'ospedale, erano i luoghi dove le comunità medica stava insieme, socializzava, discuteva i casi. Le cartelle cliniche erano cartacee e compilate a mano spesso con grafie indecifrabili.

Quei tempi non ci sono più.

IL PRESENTE: ogni aspetto della medicina e della formazione medica è cambiato ed evoluto. I progressi sono stati veloci in molte aree (e pure penosamente lenti in altri). Le ore di permanenza di un medico in ospedale sono state giudicate eccessive e controproducenti sia per la sicurezza dei pazienti che per la salute dei medici stessi e si sono drasticamente ridotte (la Legge 30 ottobre 2014, n. 161, prevede un minimo di 11 ore consecutive di riposo giornaliero, massimo 48 ore di lavoro settimanale, compreso lo straordinario, 24 ore di riposo settimanale e almeno 4 settimane di riposo annuale). Drastico è stato soprattutto il cambiamento della qualità del lavoro medico.

In genere il medico ospedaliero (mi riferisco in particolare al non chirurgo, all'internista) arriva in ospedale alle 8 del mattino, prende la consegna della notte da chi smonta dalla guardia, fa il punto dello stato di avanzamento del work-up diagnostico e dell'efficacia delle terapie dei singoli pazienti con i colleghi e con la caposala (meeting del mattino), e soprattutto verifica la possibilità delle dimissioni in giornata (il problema delle dimissioni prende molto più tempo della discussione dei problemi clinici dei pazienti!).

Inizia il giro visita, ormai spesso senza l'infermiere (che deve fare l'infermiere!). Compagno inseparabile del giro visita è il computer portatile: non c'è più la cartella clinica cartacea. Al portatile, più che alla conoscenza della vita del paziente, al suo corpo, al suo vissuto, si rivolge la nostra attenzione.

L'avvento dell'era elettronica, che ha ridotto il tempo necessario per recuperare i dati di laboratorio o i referti di radiologia o di altre prestazioni specialistiche, non ha però aumentato la possibilità che il medico passi più tempo con i pazienti. Si sta più del 50% davanti al computer per mettere in ordine la documentazione, rivedere il percorso diagnostico, fare ordini e prescrizioni cliniche, confermare o cambiare le terapie. Il tempo che rimane si passa al telefono cercando specialisti, sollecitando refertazioni, parlando con i familiari, le assistenti sanitarie o sociali, gli infermieri, raramente con il medico di medicina generale. Altro tempo è pure preso dalla lettura delle innumerevoli mail che arrivano dalla direzione, dagli uffici amministrativi, dall'ufficio qualità, dalla farmacia. Pochissimi i colloqui (con colleghi, infermieri, altri professionisti della salute, parenti) faccia-a-faccia.

Nonostante le buone intenzioni quando uno specializzando o un neo assunto arriva in ospedale non impara ad effettuare un buon esame obiettivo o a raccogliere l'anamnesi, ma piuttosto a compilare nel modo più rapido (efficiente?) la cartella clinica elettronica. Quando la caposala informa dell'arrivo di un nuovo ricovero, per guadagnare tempo si consulta istintivamente la cartella elettronica compilata in pronto soccorso prima di parlare col paziente. Questo modo introduce un

bias di inquadramento, compromette la valutazione indipendente dell'anamnesi o di reperti obiettivi.

In sintesi, la maggior parte del "lavoro medico ospedaliero" oggi si svolge lontano dal paziente, in studio, davanti al computer.

Il medico che guarda lo schermo del computer piuttosto che il paziente è diventato un cliché culturale.

Come la tecnologia ha portato a curare incontrando sempre meno i pazienti così si sono create distanze dalle diverse identità attrici della cura: infermieri e colleghi.

Gli studenti di medicina che per la prima volta entrano nei reparti avvertono immediatamente questo scollegamento, visto che il lavoro dei medici ha meno a che fare con i pazienti di quanto avessero immaginato. Le competenze apprese nel corso degli studi sulla diagnosi o sulla comunicazione certo non miglioreranno in ospedale.

Cos'è allora oggi il vero lavoro di un medico?

Nonostante l'enfasi sulla "cura centrata sul paziente" il paziente non è al centro delle cose. Al centro sono i menu a tendina e i campi di testo taglia-e-incolla; liste di tasti da premere per risposte chiuse danno vita a

una cartella clinica che (almeno per quanto riguarda l'esame obiettivo) nella migliore delle ipotesi è compilazione di fatti con scarso senso clinico o nella peggiore lista di dati imprecisi fuorvianti.

La mole di informazioni, e di discrepanze, rende oggettivamente impossibile discernere un segnale rilevante nella montagna del rumore.

Eppure oggi, il nostro servizio sanitario - incluso finanziamento, contabilità, documentazione della qualità e ricerca - si basa su questa rappresentazione digitale del paziente, il paziente elettronico, e fornisce incentivi per la sua creazione e mantenimento. I pazienti reali talvolta si lamentano, ma dai report sulla qualità sembrerebbe che i pazienti ricevano cure meravigliose.

È comprensibile che i medici siano sempre più insoddisfatti del loro lavoro che, in questo senso, non si ferma mai. Il *burnout* è diffuso (e si dice che più di un quarto dei giovani medici soffra di depressione o abbia sintomi depressivi). Si stima che oggi oltre la metà dei medici ospedalieri sperimenti questa dolorosa condizione caratterizzata dal diminuito entusiasmo per il lavoro, da cinismo, depersonalizzazione, e da un basso senso di realizzazione personale e di soddisfazione



professionale. I semi del *burnout* sono seminati già durante i primi anni di specializzazione. Uno studio dell'*American Medical Association* sui fattori associati alla soddisfazione professionale del medico ha recentemente evidenziato come l'adozione delle cartelle cliniche elettroniche sia un "aspetto a dir poco irritante".

Ignorare questa epidemia sarebbe malpratica sia per i medici che per i pazienti.

Però, però... la qualità assistenziale di un tempo non potrebbe più essere accettata, perché troppo scadente. Oggi si lavora in un sistema più sicuro ed efficiente e finalmente con risultati misurabili. Nessuno vorrebbe tornare indietro!

L'organizzazione dell'ospedale moderno (e quella territoriale) si ispira al Sistema Toyota, ovvero il sistema, progettato dall'ingegner Taiichi Onho, che ha permesso alla Toyota di costituirsi come azienda leader nella produzione di automobili e di creare valore eliminando gli sprechi. "A indicare la configurazione dell'organizzazione ospedaliera è la componente clinica, che una volta stabilita attraverso scale visionate, orienterà il paziente ad un preciso livello nel quale esso riceverà le cure prescritte secondo uno specifico grado di intensità. Dato il grado di intensità richiesto, a costituirsi come variabile del processo è la parte assistenziale, la quale deve essere intesa come entità flessibile in grado di adattarsi alle specificità delle istanze. Fare della codificazione dell'intensità clinica una componente stabile dell'organizzazione significa implementare uno schema di ammissione del paziente profondamente diverso da quanto è oggi in uso negli ospedali". Formulazione teorica perfetta, non c'è una sbavatura, ma all'interno di questo sistema il medico fatica a trovare un ruolo da protagonista: non gli è giustamente più concesso di esprimere alcuna velleità artistica (la medicina del "secondo me"), ma i vincoli delle linee guida da un lato e quelli dell'organizzazione e della burocrazia dall'altro vengono percepiti sempre più fastidiosamente stretti. I tassi di *burnout* testimoniano il disagio e la crisi dell'essere medico oggi: le attese per trovare un valore alla nostra professione sembrano in gran parte insoddisfatte. Che fare?

IL FUTURO: forse la più realistica (perseguibile) opportunità per migliorare la soddisfazione professionale nel breve termine consiste nel ripristino delle "connessioni professionali". Potremmo lavorare sulla ricostruzione del nostro modo di operare e dei luoghi fisici per promuovere le relazioni che possono sostenerci - tra medici e pazienti, medici e medici e medici e infermieri. Potremmo tornare al capezzale con i pazienti, le famiglie e gli infermieri.

La comunità medica deve ripensare all'interfaccia uomo-macchina e a un contatto più ragionato che unisca il paziente reale con il paziente elettronico. Con la transizione verso modalità nuove di remunerazione (in Lombardia, ad esempio, con i nuovi modelli gestionali diversificati di cura per i pazienti affetti da patologia cronica) si potrebbe avere l'opportunità di ripensare alla cartella clinica elettronica, funzionale anche compiti clinici, attraverso la crescita della cultura della narrazione, e non solo amministrativi.

La tecnologia non sarà mai in grado di ripristinare la nostra soddisfazione professionale. Questa passa attraverso la ricostruzione del lavoro di squadra, della comunità medica, e dei legami che ci hanno sempre "connesso" agli altri professionisti della salute. Questo impone di passare più tempo con i colleghi e con i pazienti, ripristinando alcuni rituali significativi sia per noi che per le persone che si prendono cura ed eliminando quelli che non lo sono. La soluzione non può essere facile, dato che i problemi sono immersi in vincoli economici sempre più gravosi. **Ma possiamo tentare, ricordando lo scopo originario del lavoro medico: essere testimoni della sofferenza del paziente e offrire comfort e cura.** Questo rimane il privilegio che si trova al fondo nel cuore della professione medica. ●



Letture consigliate

Rich J. *Performance Training and Public Health for Physician Burnout*. *NEJM Catalyst*, March 15, 2017.

Verghe A. *Bedside manners*. *Texas Monthly*, February, 2007.

Verghe A. *Treat the patient, not the CT scan*, *New York Times* February 26, 2011.

“Scegliere saggiamente” in medicina interna

Maurizio Castellano

Medicina Interna - 2^a Medicina Generale
Università degli Studi di Brescia - ASST Spedali Civili



La più consistente scoperta che ho fatto pochi giorni dopo aver compiuto sessantacinque anni è che non posso più perdere tempo a fare cose che non mi va di fare.

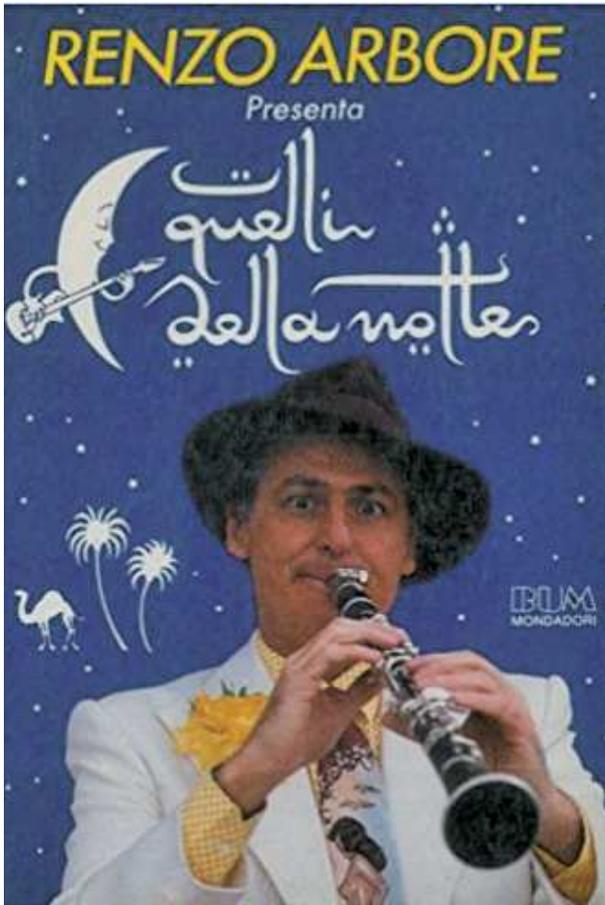
Jep Gambardella ne “La grande bellezza” di Paolo Sorrentino

Non ho ancora varcato la soglia dei sessantacinque anni, considerata da molti ingresso alla terza età, ma avverto una sempre più forte insofferenza nel far fronte all’ovvietà. Ovvietà che, nel campo della Medicina, si affaccia da espressioni quali “evidence based medicine”, “slow medicine”, “choosing wisely”, “fare di più non significa fare meglio”. Come se qualcuno potesse sostenere una medicina non fondata sulle migliori evidenze disponibili, sbrigativa, priva di saggezza, pletorica nel ricorso ad indagini diagnostiche e terapie.

“Meglio lavorare poco e fare tante vacanze, che stare sempre in ufficio e non andare mai da nessuna parte” sentenziava con finta serietà Massimo Catalano in “Quelli della notte”, trasmissione televisiva degli anni ’80 che molti dei lettori meno giovani certamente ricorderanno.

Esiste tuttavia un dato di fondo che

legittima questo fiorire di apparenti banalità: il fatto che l’esercizio della Medicina sia talvolta (spesso?) compromesso da insufficienti conoscenze e/o scarsa propensione all’aggiornamento, dalla fretta e dalla scarsa disponibilità al dialogo con il paziente, dall’attitudine difensivistica, che spesso origina dalle precedenti. Le motivazioni, gli obiettivi generali della campagna “Choosing wisely” dell’ABIM americana e del corrispettivo italiano “Choosing wisely Italy”, promosso dalla rete di Slow medicine (www.slowmedicine.it/index.php/it/) sono stati molto ben presentati e discussi nei precedenti commenti pubblicati sulla Rivista dell’Ordine (Brescia Medica n.373, pag. 9-10; n.374, pag. 30-33; n. 375, pag. 42-44; n. 376, pag. 66-68; n. 377, pag. 62-65; n. 378, pag. 74-76), ai quali rimando il lettore per evitare



inutili ripetizioni. In estrema sintesi, diverse Società scientifiche e professionali, nell'ambito delle diverse Specializzazioni mediche sono state invitate a individuare 5 raccomandazioni di maggiore appropriatezza in ambito diagnostico o terapeutico. In questo numero di *Brescia Medica* si affronta il tema dalla prospettiva della Medicina Interna, una Specializzazione trasversale che offre ampi spunti di riflessione sull'appropriatezza. Sui siti istituzionali di *Choosing wisely* e *Choosing wisely Italy* sono inserite le liste di raccomandazioni della *Society of General Internal Medicine* statunitense (www.choosingwisely.org/societies/society-of-general-internal-medicine/) della Società Italiana di Medicina Generale (www.choosingwiselyitaly.org/PDF/ITAracc/Scheda%20SIMG.pdf) e della Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI), con due liste (www.choosingwiselyitaly.org/PDF/ITAracc/Scheda%20FADOI%201.pdf)

www.choosingwiselyitaly.org/PDF/ITAracc/Scheda%20FADOI%202.pdf

A queste si aggiunge la lista prodotta dalla Società Italiana di Medicina Interna, di recente pubblicazione (*Intern Emerg Med* (2016) 11:1125-1130;

www.simi.it/choosing-wisely-simi/)

La tabella riassume le indicazioni elaborate dalle diverse Società: alcune raccomandazioni ricorrono nelle diverse liste (impiego razionale degli inibitori di pompa protonica, dei farmaci antiinfiammatori non steroidei, degli antibiotici e delle benzodiazepine), altre, non meno condivisibili, sono presenti in ordine sparso. L'approfondimento riguardo alle evidenze che sostanziano queste raccomandazioni e la relativa bibliografia sono disponibili ai link indicati, ai quali si rimanda, anche per ragioni di spazio, il lettore interessato. Non si tratta ovviamente di indicazioni prescrittive, né tantomeno di "linee guida". Queste "raccomandazioni" dovrebbero tuttavia essere accolte dai Medici, internisti e non, nello spirito della campagna che le ha originate: costituire uno stimolo per ciascuno di noi a riconsiderare, con l'umiltà intellettuale che la scienza medica impone, le nostre scelte quotidiane "in libertà e indipendenza di giudizio e di comportamento", sicuramente, ma anche, e lasciatemi dire, soprattutto, "secondo scienza e coscienza". ●



Società Scientifica	Society of General Internal Medicine (SGIM)	Società Italiana di Medicina Generale (SIMG)	Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI) Lista 1	Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI) Lista 2	Società Italiana di medicina Interna (SIMI)
Data di rilascio	Settembre 2013; rev. Febbraio 2017	Marzo 2014	Febbraio 2015	Febbraio 2015	Novembre 2016
Raccomandazione 1	Don't recommend daily home finger glucose testing in patients with Type 2 diabetes mellitus not using insulin.	Non richiedere di routine esami di diagnostica per immagini in caso di lombalgia senza segni o sintomi di allarme (bandierine rosse o red flag).	Non prescrivere "gastroprotezione" per la profilassi di ulcere da stress ai pazienti medici, a meno di alto rischio di sanguinamento.	Non usare le benzodiazepine negli anziani come prima scelta per insonnia, agitazione, delirium.	Do not perform a D-dimer test without a precise indication
Raccomandazione 2	For asymptomatic adults without a chronic medical condition, mental health problem, or other health concern, don't routinely perform annual general health checks that include a comprehensive physical examination and lab testing. Adults should talk with a trusted doctor about how often they should be seen to maintain an effective doctor-patient relationship, attend to preventive care, and facilitate timely recognition of new problems.	Non prescrivere di routine antibiotici a pazienti affetti da infezioni acute delle vie aeree superiori. Valutarne l'opportunità nei pazienti a rischio di infezioni delle vie aeree inferiori o in caso di peggioramento del quadro clinico dopo qualche giorno.	Non trattare con antibiotici la batteriuria nei soggetti anziani, in assenza di sintomi urinari.	Non ritardare l'inizio delle cure palliative nei malati terminali.	Avoid prescribing bed rest unless an acceptable indication exists. Promote early mobilization.
Raccomandazione 3	Don't perform routine pre-operative testing before low-risk surgical procedures.	Non prescrivere di routine inibitori di pompa protonica (IPP) a pazienti senza fattori di rischio per malattia ulcerosa. Nella malattia da reflusso gastroesofageo prescriverli alla più bassa dose in grado di controllare i sintomi, educando il paziente ad auspicabili periodi di sospensione.	Non raccomandare la PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) nella demenza avanzata; invece, preferire la alimentazione orale assistita.	Non prescrivere di routine farmaci ipolipemizzanti nei pazienti con aspettativa di vita limitata.	Do not prescribe long term intravenous antibiotic therapy in the absence of symptoms.
Raccomandazione 4	Don't recommend cancer screening in adults with life expectancy of less than 10 years.	Non prescrivere terapie con antinfiammatori non steroidei (FANS) senza valutare inizialmente e riconsiderare periodicamente la reale indicazione clinica e il rischio di effetti collaterali in quel momento e in quello specifico paziente.	Non eseguire esami di laboratorio ripetitivi di fronte a stabilità clinica e di laboratorio.	Evitare i farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) nei soggetti con ipertensione, scompenso cardiaco, insufficienza renale da ogni causa, inclusi i diabetici.	Do not indefinitely prescribe proton pump inhibitors in the absence of specific indications.
Raccomandazione 5	Don't place, or leave in place, peripherally inserted central catheters for patient or provider convenience.	Non prescrivere di routine in prima istanza benzodiazepine o Z-drugs nei pazienti anziani in caso di insonnia. Raccomandarne comunque l'uso intermittente e non continuare cronicamente la terapia senza rivalutare periodicamente l'indicazione e l'eventuale comparsa di effetti indesiderati.	Non trasfondere emazie concentrate per livelli arbitrari di Hb (emoglobina) in assenza di sintomi di malattia coronarica attiva, scompenso, stroke.	Non fare ricorso alla PET (tomografia a emissione di positroni) /TC (tomografia computerizzata) per lo screening del cancro in soggetti sani.	Do not place, or leave in place, peripherally inserted central catheters for patient's or provider's convenience.



Assemblea annuale dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri

Brescia, 2 aprile 2017

Ottavio Di Stefano

Presidente Ordine Medici

La passione

Oggi per l'Ordine, e per tutti noi, è una giornata di obblighi istituzionali importanti. Al di là degli aspetti formali cercheremo di rappresentare a voi qui presenti, che ringrazio di cuore, ed a tutti i medici bresciani, la nostra comunità con analisi, anche critiche, e proposte perché questa è la funzione dell'Ordine professionale.

Oggi, però, è un giorno speciale, perché è un giorno di incontro fra voi giovani, che oggi vi impegnate, giurando, a testimoniare per sempre, per sempre i principi etici della nostra professione e i meno giovani cui daremo un virtuale, ma sentito, riconoscimento per anni di lavoro, di sacrifici e di passione.

Sì di passione. Ed è la passione che garantisce l'altro fondamento del nostro lavoro: la competenza.

Non vi stupisca, allora se vi propongo una questione difficile, per quanto mi riguarda irrisolta.

Scriveva nel 1988 Cicely Sanders, infermiera, assistente sociale e medico, e prima ispiratrice del concetto di cure palliative:

"L'esperienza del dolore riferita dai pazienti è in relazione alla malattia ma anche alla mancanza di senso di quanto si sta sperimentando. La vita priva di senso è il massimo della sofferenza...

Non ho risposte, ma l'esperienza insegnerà a voi giovani, come lo ha insegnato a noi vecchi, che la coscienza di questa sofferenza è il primo cardine del rapporto con il malato.

Ed è emozionante, sì emozionante pensare che voi riuscirete a trovare "senso laddove il senso naturale ha fallito".

Non chiedetevi perché, ma partecipate a questa emozione e la vostra competenza sarà di aiuto vero a chi a voi si affida.

Emozione che ci accompagna per tutta la vita perché questo è il nostro lavoro.

I 40 anni di laurea, nota personale

Consentimi ora una nota quasi personale. I medici che compiono oggi i 40 anni di laurea sono i miei compagni di scuola, pardon di corso.

La nostra fu un'esperienza particolare, forse unica.

L'università degli studi di Brescia non esisteva (la statizzazione è del 1982).

Frequentavamo i corsi organizzati dall'Ente Universitario Lombardia Orientale (oggi esiste al Fondazione EULO). I professori venivano da Parma e da Milano, sedi dove, con pullman organizzati dal comune, sostenevamo gli esami. A lezioni eravamo in poche decine. Eravamo una classe di liceo, con tutti i limiti di un ambiente chiuso, ma non estraneo ai grandi mutamenti

dell'epoca. Eravamo, insomma, molto provinciali. Ci insegnavano che "il destino raramente spara una doppietta" e forse questa espressione semplice è vera anche oggi, ma ci dicevano anche "non innamoratevi della vostra diagnosi" perché...in medicina, come nella vita, tutto è possibile.

E siamo diventati una comunità. Sono nate anche relazioni di amicizia vera, di rapporti intesi e duraturi, per alcuni vitali.

Non siamo, ovviamente, diventati tutti amici. Ma quando poi ci siamo rincontrati nelle corsie, negli ambulatori, al telefono, quel senso di comunità ricompariva. "Ciao come stai?" "Mi vedi il mio malato?", "Posso portarti mia mamma?".

Noi ci siamo parlati, ci siamo fidati. Noi ci conosciamo.

È una storia semplice, forse anche povera e mi allontano subito da struggenti amarcord, ma qualcosa mi è rimasto.

L'Ordine

Per me, per noi, l'Ordine è un'associazione di donne ed uomini che hanno in comune i valori fondanti della professione che prescindono da ogni protezionismo di casta.

L'Ordine è la casa di tutti noi.

La nostra tradizione è la porta aperta.

In questi anni, questo Presidente, pro tempore, la vice Presidente e tutti noi abbiamo ascoltato e cercato di capire chi viveva situazioni difficili, che sono davvero tante ed inaspettate. Situazioni personali, professionali, di rapporti con i colleghi e con i malati. Abbiamo cercato soluzioni nelle possibilità di azione, per il vero ristrette, delle competenze istituzionali, ma nessuno, ripeto nessuno è rimasto senza risposta. E voi, giovani dottoresse e dottori, non chiudete mai la porta di fronte ad un malato ed a suoi cari.

E questo lavoro oscuro, lasciatemelo dire, è stata la parte più significativa del nostro impegno.

Ed è stato grande, sì grande senza retorica, cercare e trovare fra noi tutti consiglieri, commissione odontoiatri, revisori dei conti, nel dibattito franco, a volte schietto e perfino aspro, analisi e sintesi non superficiali.

Grazie a tutti.

Questo, per quanto mi riguarda, è il patrimonio di valore che mi rimarrà dall'esperienza di questi anni.

I ringraziamenti sono spesso formali e scontati. Tutti noi, a partire da chi vi parla, commettiamo e commetteremo errori, ma la cifra di gentilezza, che ha accomunato ed accomuna il personale tutto dell'Ordine nei rapporti con i medici e con i cittadini pazienti, viene da lontano e consente sempre di affrontare tutte le richieste anche le meno appropriate (eufemismo).

Tutti i servizi e le attività dell'Ordine sono presenti sul nostro sito.

Ricordo solo le attività di consulenza ovviamente tutte gratuite, e ringrazio tutti professionisti che le attuano. Da quest'anno abbiamo istituito una Consulenza assicurativa dedicata ai neoabilitati, che oltre alle richieste individuali, realizza incontri periodici di gruppo.

Dall'inizio del 2017 la FNOMCeO, con un accordo con EBSCO *Information Services*, ha reso disponibile una Biblioteca Scientifica Virtuale con prestigiose riviste scientifiche full text ed un sistema di supporto alla pratica clinica (*Dynamed Plus*). L'accesso a questo sistema è libero e gratuito per tutti i medici iscritti e troverete sul sito l'icona specifica. Ricordo ancora che, per riviste non presenti in questa banca dati, è possibile richiedere gli articoli, sempre tramite il sito, con il Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardo (SBBL) cui l'Ordine aderisce.

Altri due temi affronteremo nelle prossime settimane e mesi. La legge sulla responsabilità professionale che è entrata in vigore ieri, fatta di molte luci e qualche ombra cui dedicheremo a breve una iniziativa. Seguiremo, nel contempo, il percorso del progetto di legge su Consenso Informato e Disposizioni Anticipate di Trattamento. E ora voltiamo pagina. Ascoltare e capire è difficile, giudicare è "cosa dura...aspra e forte che nel pensiero rinnova la paura".

Abbiamo affrontato questo compito sempre nella collegialità della discussione, dividendoci e ritrovandoci con tutta l'umiltà possibile e cercando di sfuggire

ai pregiudizi. Siamo tanti, 7191, e le nostre dottoresse sono la stragrande maggioranza. Oggi su 183 medici ed odontoiatri che giurano 120 sono gentili colleghe.

Veniamo da lontano, dalle campagne, dei comuni, dalla cura degli ultimi. Gli Ordini sono nati nel 1910 sulla spinta di grandi figure, quali Anna Kulisoff "per dare al paese una coscienza medica che valga a tutte le latitudini e fare della professione medica il cardine morale di una medicina sociale" (G. Cosmacini).

Era il tempo del "CURARE SPESSO, GUARIRE QUALCHE VOLTA, CONSOLARE SEMPRE", ma era anche il tempo della medicina povera, del paternalismo benevolo.

Il 900 è stato il secolo breve, dei drammi planetari e delle grandi conquiste della medicina. La rivoluzione terapeutica degli antibiotici e dei vaccini, il concetto di consenso e la titolarità del diritto alla salute costituzionalmente sancito.

Nella seconda metà del secolo l'evoluzione scientifica in medicina è stata sconvolgente per rapidità e potere di innovazione.

Siamo ai giorni nostri, al tempo di una medicina che cura l'impensabile fino a pochi anni fa.

Siamo al tempo dell'epidemia delle malattie croniche, della medicina della complessità, del malato complesso, del malato difficile. Siamo al tempo di quella che Poalo Vineis chiama... *Transizione epidemiologica. Il processo continuo in base al quale alcune malattie declinano (molte malattie infettive e da denutrizione) ed altre si diffondono (le malattie croniche non diffuse).*

Dobbiamo reinventarci nei ruoli, nelle discipline, nei rapporti.

L'Ordine è stato sensibile a questi mutamenti? Ha dato delle risposte efficaci? La risposta è semplice: ci abbiamo provato, e lo dico libero da ipocrisie con un impegno culturale alto.

Non abbiamo rifatto le utilissime lezioni di clinica medica, ma nella nostra attività formativa ed informativa abbiamo chiesto a tanti uomini e donne di questa comunità medica di confrontarsi sui temi veri che ci travagliano.

Vedete se andate su GOOGLE e cliccate "integrazione fra ospedale e territorio"



avrete disponibili 585.00 siti in 0,30 secondi, le stesse parole in inglese 1.180.000 risultati in 0,66 secondi.

La tempesta perfetta

Il riequilibrio far questi due assi portanti è cruciale per tutti i sistemi sanitari, ed ancor di più per il nostro SSN, uno fra gli ultimi che resiste, in Europa e nel mondo, nei suoi principi di universalità e solidarietà. Intorno al tavolo dell'Ordine, in tante occasioni, abbiamo messo a confronto i professionisti dei vari *settings* di cura. Il dibattito è stato proficuo, collaborativo, quasi stupefacente. Le "barriere tribali", fra noi medici, che *Lancet* ha denunciato, qualche anno, fa come l'ostacolo maggiore alla progressione dei sistemi salute, sembravano svanite. Eravamo lì tranquilli, alla fine di una giornata di lavoro, in un'oasi, a chiacchierare fra simpatici colleghi. Non è stato un lavoro accademico ed inutile. Da questi incontri sono nate iniziative di formazione che hanno proposto metodi e modelli di interazione possibile ed efficace.

Ma non ci illudiamo.

La realtà là fuori è dura, fatta di frizioni se non di fratture fra di noi, e dobbiamo essere realistici anche se il nostro ambito, utilizzando un termine arditto, è solo intellettuale.

Solo l'analisi critica, anche severa, può produrre proposte solide.

Viviamo sull'informazione immediata, diffusa e disponibile. I nostri sistemi di comunicazione sono arretrati, non vi è una rete efficiente fra i vari contesti di diagnosi e cura. Eppure questi sistemi sono essenziali perché l'integrazione diventi da slogan realtà. Vi sono modelli nel mondo cui potremmo attingere. I pochi, anzi pochissimi, esempi di interazione strutturata nelle nostre realtà fra territorio ed ospedale hanno prodotto risultati ottimi sia in termini di efficacia che di partecipazione dei professionisti e dei pazienti.

Di fronte all'epidemia delle malattie croniche i sistemi di interazione se pur avanzati non sono sufficienti. E se poi passiamo dalla malattia al malato, a questo nostro paziente cronico anziano con tante patologie e tanti bisogni e con priorità che a volte non collimano con le priorità mediche, il percorso diventa ancora più arduo.

Questo malato ha necessità di livelli di assistenza ad alto impatto organizzativo e tecnico e il suo posto non è l'ospedale. Insomma un sistema nuovo dove l'interazione fra discipline e professioni è un prerequisito essenziale.

Mentre scrivevo queste righe mi sono detto "sono solo parole".

Bene, se non passiamo dalle parole ai fatti la paventata tempesta perfetta si abatterà sul nostro SSN non più sostenibile e quindi destinato ad un inesorabile tramonto.

Aspettiamo, senza pregiudizi, il realizzarsi, in termini pratici dopo gli enunciati di massima, della riforma sanitaria della nostra regione.

Colpisce, certo, l'originalità del progetto che ha pochi riferimenti in letteratura, ma che sicuramente si pone il problema del "prendersi cura". Vi sarà una nuova presa in carico di categorie di pazienti cronici impegnativi e fragili da nuovi gestori di varie tipologie: organizzazioni strutturate di medici di famiglia, ASST, aziende e strutture accreditate.

Di fronte alla portata di radicale cambiamento che la riforma prevede è naturale che nascano tanti interrogativi.

Ruolo del medico di famiglia?
(Apprendiamo in queste ore che potrà avere un ruolo rilevante).

Le funzioni già presenti sul territorio come si porranno in relazione con i gestori?

Gli ospedali pubblici o accreditati come si riorganizzeranno?

Sono osservazioni generiche e forse, addirittura inutili, in questa fase non ancora definita, ma certamente quando avremo elementi più specifici ne discuteremo e vi coinvolgeremo con iniziative dedicate.



Il paziente al centro

Mi avvio alle conclusioni parlando del malato o meglio, con un'accezione che sembra scontata e di moda, "il paziente al centro", invece è un'espressione rivoluzionaria: *"Paziente al centro" contrasta con "Medico al centro" e sostituisce un universo tolemaico che ruota attorno al medico con una galassia copernicana che ruota intorno al paziente (NEJM marzo 2012).*

"L'incapacità di capire le informazioni sulla propria salute è un fattore di rischio che genera anche alti costi per il sistema" (Luigi Roberto Biasio e Gilberto Corbellini Il sole 24 ore di domenica 19 marzo scorso). I due autori citando uno studio USA riportano *"incremento dell'ospedalizzazione (da 29 al 52% in più) e una maggiore mortalità"*.

Tutti dovremmo essere educatori, ma diciamocelo, noi predichiamo bene e spesso razzoliamo male.

Un tentativo di divulgazione l'abbiamo fatto. È stato ed è un successo. Siamo alla quarta edizione dei nostri pomeriggi della medicina e la gente si è affezionata, forse perché parliamo con un linguaggio accessibile pur affrontando temi difficili.

Scelta di professionisti di alto profilo e strenuo impegno organizzativo di tutti noi, ma in particolare della nostra addetta stampa, sono gli elementi vincenti.

potremmo ridurre i costi così



Vi sembrerà contraddittorio che dopo aver celebrato “i magnifici e progressivi” strumenti informatici per la comunicazione e l’interazione professionale vi parli del “non distogliere lo sguardo”. *Sedersi al capezzale ci aiuta a non distogliere lo sguardo.*

Lo sguardo è fisso al.... Monitor. Clic. Scorrere. Clic. Clic. Scorrere. I miei polsi sono doloranti, la mia schiena un po’ dolorante. I miei occhi, stanchi volti all’orologio familiare sullo schermo, e mi chiedo: quanto tempo sono stato seduto qui? ... Ora, di fronte a un monitor tremolante pieno zeppo di dati disincarnati, virtuali, faccio fatica a ricordare gli occhi, le parole, il soffio al cuore del mio paziente reale che questi numeri, questi menu a discesa e questi grafici dei segni vitali rappresentano... (JAM giugno 2016)

L’evoluzione tecnologica in medicina (la tecnomedicina) è inarrestabile, è indispensabile. È del tutto utile ai nostri malati, ma in molti di noi, confortati dalla letteratura, si è insinuato il dubbio che ci stiamo allontanando dagli elementi fondanti del nostro lavoro, quasi senza rendercene conto.

La nostra relazione con lui o con lei che a noi si affida passa attraverso i sensi: lo sguardo, le mani, le loro e le nostre sensazioni, le orecchie che ascoltano e il tempo... per lui o per lei.

Non è una visione né romantica né retrò. Dobbiamo riconciliare il paziente reale con il paziente I, dove I sta per informatico.

Ed è ancora una questione di **tempo** che i record elettronici, è dimostrato, non ci fanno risparmiare.

È invece a rischio la qualità della relazione e se scade la relazione “umanologica” scade la nostra capacità di cura.

Non perdiamoci le magiche armonie di Mozart

La malattia di Baumol. Non chiedetevi, illustri clinici, perché non la conoscete, non esiste.

Ci voleva il prof. William Jack Baumol (New York, 26 febbraio 1922) e la sua “maledetta” teoria.

Baumol, matematico ed economista, fu incaricato dalla *Rockefeller Foundation* di ricercare le cause per cui, mentre i costi delle loro produzioni cinematografiche e televisive, con l’avanzare della tecnologia diminuivano, le produzioni teatrali e concertistiche vedevano gli stessi continuamente lievitare.

La risposta fu semplice e disarmante: la produttività aumenta certamente con l’evoluzione della tecnologia, dell’informatica, dei sistemi intelligenti, e questo si è visto anche in medicina (si pensi alla riduzione dei tempi di degenza)...ma per gli artisti no, loro non si possono sostituire con i robot e ancora non si può, ancora, comprimere il nostro tempo, il tempo biologico.

E anche noi rimaniamo artigiani di un lavoro, in gran parte, fatto ancora a mano, dove ci vuole, esperienza, cultura, intuizione ...e tempo...

Potremmo ridurre i costi del quartetto K 421 così...ma perderemmo le magiche armonie di Mozart...e...soprattutto non avremmo interpreti che suonino all’unisono strumenti diversi, interagiscono e comunichino senza guardarsi, mettendo al centro la loro arte (e per noi il paziente)...

Discutiamo di organizzazione, di sistemi intelligenti, di *precision medicine*,

discutiamo di tutto, ma forse vale la pena di fermarsi un momento e riflettere, noi medici e chi decide.

Noi perché...*La nostra professione dovrà ricostruire il senso del lavoro di squadra, di comunità, ed i legami che ci uniscono in quanto esseri umani... Noi crediamo che ciò comporterà trascorrere più tempo fra noi e con i nostri pazienti...*

e questo dobbiamo chiedere con forza a chi decide.

Siamo all'ultimo anno del nostro triennio, ma non faccio bilanci. A voi spetta il giudizio sul nostro lavoro.

Vedete il disagio medico esiste ed è profondo, forse più che di disagio si tratta di smarrimento, e come dicevo prima di povertà di relazioni che dobbiamo ricostruire, ed è il nostro impegno, ma ho un ultimo dato per niente scientifico, non *evidence*, da proporvi.

Ogni giorno incontro uomini e donne della nostra comunità che ce la mettono tutta.

Sono tanti e "ci" hanno la passione. L'errore di sintassi è voluto. ●

Luigi Veronesi

Presidente della Commissione Albo Odontoiatri

Da sempre, ormai al dodicesimo anno, sono a portare in questa assise la centralità del ruolo della libera professione in ambito ordinistico, e la conseguente inevitabile considerazione che l'odontoiatria, di fatto, sia la specialità che conta più del 95% di esercenti in regime di libera professione e la specialità medica a più alto numero di praticanti. Quella stessa realtà, piccolo inciso, che il ddl sulla responsabilità professionale ha voluto trattare in modo differente e dispari rispetto alla sanità dipendente, con la persistenza, in caso di contenzioso, dell'onere della prova a carico del professionista e i dieci anni di prescrizione contro i 5 degli altri casi, rimanendo sempre incatenata nella intracontrattualità del rapporto con il paziente, senza alcun miglioramento, o benevolo attenzione rispetto allo status attuale. Se si considerava cogente rivedere le difficoltà del medico nel mare magno del contenzioso, forse, si sarebbe dovuto anche rivalutare la situazione per chi, con coraggio, continua nel doppio ruolo di imprenditore/lavoratore in ambito sanitario. Per cui un onore, ma anche un giustificato e spero meritato riconoscimento alla professione l'essere da sempre coinvolti nella realtà funzionale ed operativa ordinistica e nel palinsesto dei "pomeriggi della medicina", momento di importante riconoscimento alla nostra specialità. Pomeriggi nei quali abbiamo proiettato questa tela (Caravaggio 1610) nella quale si rappresenta, in tutte le pieghe dell'opera l'esatto contrario di quanto oggi sia realmente l'odontoiatria. Dolore, pathos, toni grevi, ambientazione, astanti e tinte non rappresentano la moderna odontoiatria. Abbiamo spiegato alla popolazione che il dentista

oggi è la figura più emblematica del *trait d'union* fra medico e paziente. Il professionista al quale l'ADA (*America Dentist Association*) conferisce il ruolo di *counselor* per fumo, alimentazione e sedentarietà. In Italia è "sentinella" per carcinoma orale e monitoraggio sugli effetti delle terapie con bifosfonati e non solo. È vigile per la Sidp (*Società di parodontologia*) sugli stili di vita. È programmatore di terapie preventive in patologie sistemiche quali: cardiocircolatorie, renali, gastriche, articolari croniche e diabete. Un recente studio statistico Svedese (*Università di Gotheborg*) ha rivelato che gli edentuli, specie se divenuti tali in giovane età hanno un'aspettativa di vita ridotta. Facile desumere che questo possa essere epifenomeno di alterazioni immunologiche prodromiche l'edentulismo, ma più difficile è inquadrare il perché i soggetti riabilitati vivano di più di quelli che restano edentuli. Allora la presenza di denti, in modo diretto o riflesso, non solo logicamente migliora la vita, ma la allunga anche? Forse la figura precedentemente mostrata del Cavadenti, va rimossa non solo dall'immaginario dei pazienti, non farebbe male, forse, risolverlo anche in quello di molti colleghi medici, riconoscendo alla nostra specialità il ruolo che le spetta unitamente a quello di veri coniugatori e traduttori reali delle tecniche di prevenzione: primaria e secondaria.

Difficile pensare che tutto ciò possa essere sostenuto ed approfondito lasciando in mano a commercianti il destino della nostra odontoiatria.

Proviamo allora a condividere pensieri più contemplativi e meno tecnici. Tutto è sempre in divenire ed anche noi stiamo conoscendo una modifica professionale storica: i giovani colleghi stanno sempre più migrando verso l'ibrida forma della libera professione dipendente. Inseriti in realtà imprenditoriali che si sostituiscono

al rapporto medico/paziente con una filiera più lunga e preoccupante di paziente/società/amministratori/e finalmente medico. Una preoccupante deriva che, allo stato dei fatti, mina la libertà di scelta, di terapia e di collaborazione, il tutto proteso alla logica imprenditoriale/commerciale della vendita di prestazioni sanitarie. La preoccupazione non può non essere grande, palpabile e cogente, specie se associata a leggi demenziali e corrotte quali quelle sulla pubblicità sanitaria, vero veicolo del malaffare e della deriva della professione.

Il passaggio generazionale professionale non sta funzionando e gli studi, anche con bilanci di assoluto rispetto, vengono lasciati morire più o meno lentamente senza il logico passaggio di testimone. È dunque questa la fine da riservare all'odontoiatria fra le migliori del mondo? La triste chiusura di studi e la latitanza dei pazienti alla ricerca di un dentista che riparta prendendoli in consegna, magari scelto sulla base di proposte accattivanti recepite dalla televisione, o sull'esondante fioritura di volantini nelle cassette della posta? Se è questa l'ambizione dei giovani, il voler divenire schiavi con poca possibilità di crescere, prendiamone atto, ma mi sia consentito provare a scuotere gli animi e l'orgoglio degli stessi che, con molte più frecce professionali nella faretra rispetto ai dentisti del vecchio conio, perdono il fascino di essere l'inizio e la fine delle proprie scelte terapeutiche, il demiurgo della propria vita professionale. Scelta obbligata, o figlia dei tempi? Siamo stati noi che innalzando muri sempre più spessi e più alti per difenderci dalla concorrenza, abbiamo finito per essere intrappolati dagli stessi, perdendo ogni contatto umano, o la paura di confrontarsi con le proprie scelte, fabbricandosi il proprio destino inclinano i giovani a scelte apparentemente più comode? Qui si risolve il nodo che scioglie il futuro del nostro paese ed

inevitabilmente della nostra realtà. Gli Ordini devono sempre più salire verso l'alto per vedere orizzonti più lontani o è arrivato il momento di abbassare lo sguardo e rendersi conto che spesso la vita vera scorre sotto di noi? Il Codice Deontologico deve seguire l'adagio di Epitteto per cui: " Non devi adoperarti perché gli avvenimenti seguano il tuo desiderio, ma desiderarli così come avvengono, e la tua vita scorrerà serena" ovvero seguire pedissequamente quanto calato da politica, magistratura e Confindustria senza prendere, per paura, una via propria, frutto della consapevolezza che la sanità è e resta materia nostra. Allora nell'incertezza e nel tergiversare della nostra Federazione, ecco che la CAO nazionale, l'espressione della volontà delle CAO provinciali, con Brescia certamente non dietro ad altre, apre ad una nuova corrente che vuole vincere paure ed eventi attesi supinamente, cambiando le armi. Mettiamo in crisi l'interpretazione delle società e dopo un martellamento selettivo e costante il MISE (Ministero dello Sviluppo Economico) il 22 dicembre esplose con un'interpretazione su srl, stp (società tra professionisti) e fatturazione a pazienti che finalmente apre una breccia nel muro tetragono e monolitico delle lobby commerciali. Le società a responsabilità limitata non possono fatturare le prestazioni direttamente ai pazienti, ma solo affittare studi e mezzi a professionisti che a loro volta, fatturano ai pazienti e riconoscono alle società compensi in percentuale o a cifra fissa per la sola locazione. La Camera di Commercio sospende e rigetta le domande di iscrizione di società con finalità sanitarie e riconosce alle sole stp la funzione di organizzazioni in ambito medico e alle srl il solo ruolo di società di servizi. Si apre, quindi, un'altra interessante reinterpretazione della legge 175/92 dove l'articolo 9, volutamente insabbiato per anni, recita che materiali

per attività sanitaria possano essere venduti ai soli iscritti ad Ordini ed Albi professionali. La centralità del medico qui viene recuperata, recuperando un sapore antico. A voi medici, adesso, aiutarci nel sostenere questa difficile e sicuramente osteggiata interpretazione ministeriale, occorre creare un tutto che sia più della somma dei singoli. Una differenziazione netta e chiara fra due sole realtà: grandi strutture organizzate in spa in ambito sanitario da un lato, e professione individuale dall'altro, rimuovendo il pantano di società di dubbia costituzione, dubbia provenienza e losca conduzione che hanno calato una nube nera sulla trasparenza deontologica. Auspichiamo vengano spazzate via dal sano vento del ricambio etico. Etica e morale: i concetti sui quali andrà rifondata la nuova cultura mondiale. Politica, imprenditoria, commercio e industria tutte da rivedere alla luce di una morale, non nuova, ma antica, ancestrale, sotto la volta della consapevolezza critica del bene e del male e la sua declinazione in regole e valori. **Chi più di noi medici, segue, ope legis, dai tempi di Ippocrate oggi richiamato con il secolare giuramento, può essere coinvolto nel varare tali piani?** Chi si è sottoposto per primo al giudizio legale della responsabilità professionale? Quale Ordine professionale ha di fatto messo in atto e seguito (quasi plebiscitariamente) le regole dell'aggiornamento (ECM)? E dunque perché dobbiamo ancora lottare per avere riconosciuto tale ruolo guida? Perché ancora sotto scacco di Enti più o meno inutili che minacciano sentenze e multe? Perché, ancora, ritenere necessario riportare nella gazzetta ufficiale della Regione Lombardia (BURL) la legittimità di registrare segretamente i colloqui con i sanitari ed usare gli stessi come prova in caso di contraddittorio. A titolo personale troverei anche utile che i pazienti registrassero quanto detto, evitando,

talvolta, tristi *misunderstanding*, ma così la chiave di lettura sembra più intimidatoria che agevolante, più di sfiducia che di proposizione. Regione attenta! Vi avevamo allertato un anno prima che accadesse lo scandalo di "Lady dentiera", sono stato coinvolto, personalmente, nella commissione di valutazione della qualità ed appropriatezza degli interventi fatti in 3 ASST del bresciano, constatando il disastro, gli imbrogli ed i risultati terzomondisti dell'odontoiatria convenzionata con quelle società. Oggi vi risegno la vergogna di questo paese delle contraddizioni dove all'esproprio di 2,5 milioni di euro alla signora Canegrati ("Lady Dentiera"), agli arresti domiciliari, da parte del Tribunale di Monza competente territorialmente, lo Stato reagisce, quattro giorni dopo la sentenza, con la più alta carica giuridica, il Consiglio di Stato, riconoscendo alla società indagata, rinviata a giudizio per corruzione e con l'amministratore delegato agli arresti, la legittimità del bando di concorso all'Ospedale di Desio-Vimercate per 103 milioni di euro. Qualcuno mi suggeriva di tacere, ma al mio carattere questi suggerimenti fanno scattare ancor più la voglia di andare avanti e la consapevolezza di fare bene nell'andare avanti. Qualcuno dovrà pure farsi carico di denunciare pubblicamente questo degrado. Liberiamoci dalle catene, questo il messaggio che noi CAO abbiamo lanciato, questo il mandato da dare a chi si dovesse riproporre per la prossima candidatura alla presidenza ordinistica bresciana.

Attenzione anche alle linee guida professionali ed all'osservatorio sulle buone pratiche cliniche. Quest'ultimo forse più attuabile nel breve rispetto al primo, che dovrebbe essere varato entro 90 giorni dalla data di pubblicazione del ddl sulla responsabilità professionale, cosa che definirei impossibile, ma attenzione a chi dovrà poi gestirle e aggiornarle, le società scientifiche non sono certo le più

autorevoli ed affidabili, troppe, ognuna con indicazioni superspecialistiche e non sempre in accordo fra loro. Noi abbiamo bisogno di regole chiare, anzi chiarissime, vedrei, per tanto, con occhio favorevole una realtà *super partes* istituzionale che coordini le proposte delle società scientifiche. Di certo non la Conferenza Stato/Regioni, a mio personale avviso troppo lontana dalle realtà vere e sicuramente poco competente scientificamente, ancora una volta chi meglio della Fnomceo e degli Ordini provinciali? A noi stare sotto al problema e far valere le competenze specifiche.

In conclusione, questa l'eredità che vorrei passare a chi dopo di me: il rigurgito di orgoglio e dignità, dell'odontoiatria di ieri a quella di oggi, ma ogni passaggio di consegne sottende alla volontà di chi dà, ma anche di chi riceve. **Una sola mano non crea una stretta, riflettete sul vostro futuro giovani colleghi e colleghe, cercate risposte e proposte per dominarlo al meglio rivolgendovi fiduciosi e competenti all'Ordine professionale.** Combattiamo l'individualismo, non porta a nulla se non ad inghiottirsi nelle limitazioni e apriamo alla solidarietà, alla continuità come concetto dirompente e di attacco e non semplice istruzione da sermone biblico.

Noi ci saremo sempre Grazie ●

Ma quando entra in gioco l'odontoiatria pediatrica e cosa può fare per la crescita del bambino?

Dott.ssa Vincenza Birardi

“Prevenzione” significa evitare che i problemi sorgano, soprattutto se sono prevedibili, e per quanto banale possa sembrare l'affermazione, prima si “previene” meglio è.

Anche in una bocca senza denti?

Uno dei principali pregiudizi che riguardano l'odontoiatria pediatrica è che un bambino si debba far controllare quando almeno tutti i denti da latte (decidui) siano in bocca da anni. Diciamo almeno verso i 6-7 anni.

In realtà a questa età gran parte del gioco è fatto!

Infatti, molti sono i problemi che si possono prevenire intercettandone gli esordi lungo la crescita, iniziando dai primi anni di vita.

Esiste un percorso diciamo “virtuoso” che parte da una gravidanza serena e senza problematiche, un parto a termine senza complicanze, un allattamento al seno, uno svezzamento all'età corretta e nella giusta modalità, il mantenimento della respirazione nasale e non orale, l'eruzione dentale nella giusta sequenza, una deglutizione corretta e la sua evoluzione a quella adulta verso i 4 anni, l'acquisizione del linguaggio in tutte le sue componenti (dalla lallazione all'eloquio veloce con adeguato numero di parole ben pronunciato), una masticazione corretta di cibi di tutte le consistenze ... e siamo solo all'acquisizione di competenze che un bambino dovrebbe raggiungere

entro i primi 3 anni. Questo corretto percorso “virtuoso” contribuisce al concetto di salute della bocca e non solo, si può dire che permette al bambino di crescere (come definisce l'OMS) fisicamente, intellettualmente e socialmente nel migliore dei modi. Perché ben sappiamo quanto bocca/alimentazione/linguaggio ecc. contribuiscano a ciò.

Utilissimi, in questo senso, sono i suggerimenti contenuti nelle LINEE GUIDA PER LA SALUTE ORALE (2013) pubblicate e aggiornate dal Ministero della Salute Italiano.

Quindi ben venga ogni forma di interdisciplinarietà nei primi 3 anni di vita del bambino tra pediatra, otorino, fisiatra, logopedista, ecc, compreso l'odontoiatra infantile.

Infatti, seguire o non seguire un percorso di crescita corretto spesso è questione di piccoli errori di informazione o distrazioni, che però nei primi anni di vita hanno conseguenze gravi. Proviamo a raccontare la storia di qualche piccolo paziente.”

CASO 1

Stefano, 2 anni e mezzo. La mamma ha una forma importante di depressione e non sempre riesce a contrastare le richieste più insistenti del piccolo. Lo accontenta ogni volta che vuole mangiucchiare oppure bere un succo di frutta in qualsiasi momento della giornata, naturalmente con il biberon. (Fig 1)

Il risultato è una grave forma di Early Childhood Caries (ECC) ed una malocclusione sostenuta

anche dall'uso scorretto di un mezzo (il biberon) che ogni linea guida internazionale impone di abbandonare

entro il primo anno di vita (oltre le LINEE GUIDA PER LA SALUTE ORALE italiane, possiamo consultare anche al riguardo quelle europee sul sito dell'European Academy Pediatric Dentistry o americane sul sito dell'American Academy Pediatric Dentistry). (Fig 2)"

Purtroppo, secondo lo studio di Mazziotti-Venero, 2008, in Italia a 6 anni ancora un 10% di bambini usano il biberon! Ma non solo, a 5 anni sono un 14%, a 4 anni un 36% e a 3 anni un 75%! Eppure tutta la letteratura scientifica internazionale concorda sul fatto che l'uso del biberon, dopo il primo anno di vita, coincide in modo altamente significativo con mancata chiusura labiale, deglutizione disfunzionale, respirazione orale, malocclusioni (Chen et al, 2015 - Romero et al, 2011- Moinaz et al, 2014 - Carrascoza et al, 2006).

Ma purtroppo per Stefano al suo problema di malocclusione si aggiunge quello dell'ECC, una grave forma di erosione dentale con carie velocemente destruenti, in poco più di 10 mesi un incisivo deciduo centrale si caria totalmente e frequentemente si spezza.

Dalla radiografia di Stefano questa realtà è imminente, l'intero corpo dei denti incisivi è interessato. (Fig 3 a-b)

Le percentuali italiane di ECC sono preoccupanti: 15,99% (Congiu et al, 2014), raggiungono il 21,7% nel Sud Italia (Nobile et al, 2014) e sono in aumento, più che raddoppiate rispetto al 7,6% del 2000 (Petti et al). Naturalmente il danno funzionale, che ne consegue, è enorme;

senza i quattro incisivi a due/tre anni si ha difficoltà a tagliare e mangiare, ad imparare la corretta pronuncia di molte consonanti, ma anche a deglutire in modo adulto.

Tutto questo per un errore nelle modalità di alimentazione di Stefano. Infatti, mangiare o bere succhi continuamente non permette all'organismo di compensare la perdita di smalto che si ha durante il primo momento orale di digestione (la saliva diventa acida, per poi tornare basica dopo circa 30 minuti). Il danno deriva anche dal fatto che in ambiente acido si attivano gli



Fig. 1: Stefano, 2 anni e mezzo. Open bite anteriore ed ECC.



Fig. 2: Stefano, 2 anni e mezzo. Open bite anteriore ed ECC. Visione laterale.



Fig. 3 a-b: La radiografia degli incisivi centrali superiori decidui di Stefano mostra una demineralizzazione massiva dell'intera corona del dente.

Streptococchi Mutans, responsabili diretti della carie e in questo caso attivi per molte ore del giorno, nonché della notte, se per es. un biberon con la camomilla viene lasciato nel lettino.

Per evitare tutto questo basterebbe controllare che il bambino mangi solo 4-5 volte al giorno e fuori pasto beva solo acqua. La stessa gestione alimentare che i pediatri propongono per prevenire sovrappeso ed obesità infantile, che l'OMS stima possano arrivare rispettivamente al 20% e al 7%, con un grave impatto sull'aumento di importanti patologie mediche (OECD Health Statistics 2015). Quindi, tra odontoiatri infantili e pediatri, una reciproca consapevolezza ed una buona collaborazione permetterebbe la prevenzione di situazioni altamente a rischio per l'infanzia.

CASO 2

Ma è così importante sorvegliare la corretta deglutizione di un bambino di 2-3 anni, un problema di cui nessun genitore è consapevole se non produce errori nella pronuncia dei suoni?

Le due cose, infatti, non sono correlate e la gravità della malocclusione non è affatto proporzionale alla difficoltà fonetica, perché per un bambino è così importante farsi capire "in società" (nelle lotte all'asilo per un gioco!), che riesce a pronunciare correttamente una parola anche nelle condizioni più difficili. Proponiamo il caso di Agata, 3 anni. (Fig 4)" La sua malocclusione sembra a noi specialisti abbastanza evidente, ma un genitore non vede ciò che non conosce! Infatti, per i genitori non era quello il problema, sono arrivati da me perché la bambina non voleva rinunciare al ciuccio. Non consapevoli del danno che derivava dall'uso del biberon sia per la colazione sia per il latte dopo cena prima di addormentarsi. Spesso è interessante chiedere ai genitori. "Perché i denti davanti non si chiudono, sebbene non ci sia nulla in mezzo?" (Fig 5) In realtà, in mezzo, ogni 30" di giorno e 1' di notte (circa) si frappone la lingua, una modalità di deglutizione che era normale da neonati, ma che dai 18 mesi si inizia ad abbandonare perché erompono i denti, il bambino sta seduto, si arriva allo svezzamento ed all'uso del cucchiaino, alla lallazione ecc.

La lingua a 3 anni non dovrebbe più sporgere in avanti per deglutire con un movimento grosso modo antero-posteriore, ma la punta dovrebbe portarsi in alto (appoggio sulla papilla retroincisiva),

i bordi chiudere lateralmente sull'osso alveolare, labbra denti e guance sigillare bene l'interno e così il bolo si avvia alla deglutizione con un movimento dei muscoli della lingua che ricorda lo schiacciamento del tubetto di dentifricio. Questa è, semplificando un po', la deglutizione adulta che deve maturare proprio tra i 18 mesi ed i 4 anni.

Questo cambio di funzione guida lo sviluppo orale verso una buona occlusione e fonazione e può convivere solo con una corretta respirazione nasale (non orale).



Fig. 4: Agata, 3 anni. Open bite anteriore.



Fig. 5: Agata, 3 anni. Open bite anteriore. Visione laterale.



Fig. 6 a-b: riduzione dell'open bite anteriore dopo un mese e mezzo.



Fig. 7 a-b: riduzione dell'open bite anteriore dopo un mese e mezzo. Visione laterale.



Fig. 8 a-b: riduzione dell'open bite anteriore dopo 6 mesi.

Se gli stimoli funzionali sono mancati e non siamo troppo in ritardo con l'età, ma il bambino ha 2-3 anni, la crescita si può correggere facilmente e molto rapidamente.

Quindi, la prima cosa che richiedo ai genitori di Agata è di non usare più il biberon (doveva essere abbandonato ad 1 anno) e, per ora, passare ad un ciuccio più sottile in attesa di toglierlo entro qualche mese.

Nella Fig 6 a-b e Fig 7 a-b si mostra l'occlusione prima dell'intervento e dopo solo un mese e mezzo!

È iniziata la correzione che si raggiunge dopo sei mesi (Fig 8 a-b).

Durante la crescita degli ultimi 6 mesi non solo si è corretta l'occlusione, ma si è anche evoluta una deglutizione adulta corretta, che stabilizzerà il risultato negli anni a venire.

CASO 3

I bambini a questa età sono talmente sensibili alle nuove abitudini e talmente "modellabili" per la presenza di numerose cartilagini di crescita che si ossificano solo negli anni successivi, che anche nel caso di Sara, 2 anni e mezzo, la malocclusione, ben più grave di quella di Agata, si è corretta in un anno circa.

La terapia proposta: no biberon, no ciuccio, una breve terapia odontoiatrica (molaggio selettivo). (Fig 9,10,11)

In questo percorso potrebbe essere utile anche il counseling con una logopedista abituata a lavorare con bambini di questa età oppure un breve percorso di riabilitazione miofunzionale logopedica dove ogni esercizio diventa un gioco che stimola la corretta funzione.

Sono piccole proposte terapeutiche che portano a grossi risultati se realizzate precocemente. (Fig 12)"

Quindi, per concludere, pediatra, odontoiatra infantile, logopedista, ognuno per la propria competenza, ma con obiettivi comuni e condivisi, possono lavorare insieme per garantire la migliore crescita del bambino. È fondamentale però che questo avvenga il più presto possibile.

Ecco perché, per un percorso "virtuoso" di crescita della bocca, gli odontoiatri infantili devono affiancare i propri sforzi e le proprie terapie a quelli dei colleghi anche quando i denti da latte sono appena arrivati. ●



Fig. 9: Sara, 2 anni e mezzo. Inizio cura a maggio 2011.



Fig. 10: Prosegue la cura a marzo 2012.



Fig. 11: Termina la cura a febbraio 2013.



Fig. 12: Riabilitazione miofunzionale logopedia.

Statistica e medicina clinica

Reduce da un recente evento presso l'Ordine, che aveva come argomento la prevenzione, ho ancora viva nella memoria l'esplosione di entusiasmo dell'assemblea alla relazione del professor Poli, quando affermava che, secondo le ultime ricerche, i grassi animali non "fanno male". Quello che mi ha colpito è stato proprio l'entusiasmo.

Non credo che l'assemblea avrebbe avuto la stessa reazione alla notizia di un nuovo farmaco per curare qualche grave malattia.

Questo fatto ha confermato la perplessità che da alcuni anni nutro sulla deriva della medicina moderna, sempre più in balia della statistica e orientata al futuro inteso come rischio.

Così ho pensato di condividere queste mie perplessità con i colleghi, un poco per modesta provocazione, un po' per capire se esse hanno o no un fondamento sostanziale.

Ma andiamo con ordine.

La medicina "scientifica" ha sempre utilizzato con vantaggio i risultati di altre scienze: la fisica per le radiazioni, i campi magnetici, gli ultrasuoni, la chimica, la biologia. Alla fine ha accolto tra le sue "armi" la statistica.

Metto subito in chiaro che io nutro un grande rispetto per la statistica: essa permette di valutare il possibile futuro verificarsi di alcuni eventi e fornisce un formidabile aiuto a demografi, economisti (?) e politici.

Il problema è che essa si presta a essere mal compresa dando purtroppo l'illusione di poter prevedere il futuro individuale, cosa che è assolutamente priva di senso.

Questo è l'impatto che essa ha avuto sul grande pubblico e, temo, anche su molti medici.

Sulla statistica si basano i grandi "trials" impiegati soprattutto per individuare alcuni parametri biologici la cui alterazione costituirebbe un rischio per chi ne è portatore. Ecco la parola fatale che è alla base di gran parte della medicina attuale: RISCHIO. Riporto qui per chiarezza la definizione di Rischio secondo il vocabolario Zingarelli: "1) Possibilità di conseguenze dannose o negative a seguito di circostanze non sempre prevedibili 2) Pericolo più o meno imminente".

Soffermiamoci un attimo: noteremo il suono minaccioso, la nuvola nera sul futuro che questa parola evoca infallibilmente.

In realtà si tratta (spesso) di una modesta probabilità negativa, soprattutto se confrontata con quelli che si possono considerare i veri grandi rischi della persona singola:

- **il maggior rischio di morire? Semplicemente essere vivi (o meglio essere stati concepiti).**
- **E il maggior rischio di ammalare? Semplicemente essere sani.**

Del resto spesso la differenza aritmetica fra gli eventi nei due rami del trial è abbastanza modesta.

Ma si leva possente la voce della statistica: la differenza è "STATISTICAMENTE SIGNIFICATIVA".

Di fronte a questa magica formula tutti si genuflettono e corrono, gli uni a prescrivere gli altri a invocare ed assumere il farmaco che li salverà dal rischio, pensando che tale farmaco salverà proprio loro, personalmente, dall' "end-point", primario o secondario previsto dal trial.

Questo equivoco poi si è esteso dai parametri biologici "sensibili" alle abitudini e attività ludiche con un aspetto di piacere gratuito (fumare, bere alcolici, mangiare cibi da sempre considerati più per il gusto che per il valore o disvalore nutritivo ecc. ecc.). Senza considerarne spesso l'aspetto quantitativo (per es. fumare: una, cinque, venti, quaranta sigarette al dì sono la stessa cosa?). Insomma: viviamo in un mondo pieno di facilitazioni tecniche, in ambienti mediamente comodi e igienici, con alimentazione più che sufficiente, con lavori sempre meno usuranti e faticosi, abbiamo un'aspettativa di vita sempre maggiore (e non credo per merito solo della medicina). Eppure sentiamo la nostra salute minacciata da pericoli sempre più incombenti. E purtroppo questo è colpa della medicina moderna. C'è poi da considerare un altro aspetto del problema: nella concezione corrente (profana) assumere un farmaco significa essere ammalato. Prescrivendo una terapia preventiva (cioè curando un sano per ridurre la probabilità che si ammali in futuro) trasformiamo da subito il sano in un ammalato (cioè che si percepisce o si sente tale e il sentirsi praticamente equivale ad esserlo).

Talvolta paradossalmente penso che prima di prescrivere un farmaco preventivo (e dopo aver attentamente valutato il Profilo di rischio e non il rischio singolo, come talvolta capita per la pressione ansiosa

dell'interessato) farei firmare un consenso firmato di questo tenore: "Sei tu, persona sana, disposta ad assumere questo farmaco per i prossimi dieci (quindici?venti?) anni sapendo che farà bene (cioè ritarderà un evento che prima o poi capita a tutti) non a te personalmente ma a qualcuno, che nessuno conosce, della tua classe di moderata probabilità negativa?". Questa è la realtà dei fatti, e sembra a dar ragione a quella opinione espressa (verità o leggenda) dal capo di una famosa industria farmaceutica 30/40 anni fa: "Perché curare solo i malati? Curiamo i sani, che sono molto più numerosi".

Una considerazione clinica: le terapie "croniche" sono molto più difficili da gestire (e a rischio di effetti collaterali) delle terapie acute di persone sintomatiche o chiaramente malate.

Esse richiedono un'accurata informazione e istruzione delle persone (non riesco a chiamarle pazienti) destinate a seguirle, soprattutto per il "rischio" di possibili effetti collaterali che trasformerebbero paradossalmente il sano in ammalato, soprattutto quando essi sono di moderata entità e riferiti dal paziente alla patologia in terapia (per esempio i capogiri o l'astenia attribuiti all'ipertensione o al diabete invece che a una ipotensione ortostatica o ad una ipoglicemia borderline causata da una terapia mal condotta).

E una considerazione economica: non si trovano i fondi per curare una patologia seria come l'epatite C e si spendono enormi somme per trattare con scarso rigore fantasmi statistici di persone sane (perché tali sono per la persona singola i famigerati "rischi").

Proposte (dopo le provocazioni)

Secondo me la medicina deve essere prima di tutto antiansiogeno e consolatrice, non fomentatrice di preoccupazioni e ansie di un futuro che nessuno d'altra parte conosce, anche se a fin di bene, come purtroppo avviene da molto tempo a questa parte.

Si dovrebbero limitare le terapie farmacologiche preventive a precisi e seri profili di probabilità negativa (più lieve è il profilo e meno efficace è la terapia) in attesa che le più recenti applicazioni della genomica permettano di individuare meglio i veri fruitori della terapia preventiva.

Il medico dovrebbe per il resto limitarsi a pochi e chiari consigli comportamentali: non abusare in nulla (lavoro, sport, cibo, alcol, fumo se uno ne ha il piacere o l'abitudine), perché non sappiamo come reagirà il nostro organismo all'abuso, non aumentare di peso (dimagrire poi è molto difficile) e soprattutto fare un'adeguata attività fisica. Questi sono secondo me i comportamenti più corretti e meno gravidi di conseguenze negative sul complessivo benessere degli individui che a noi si affidano. Ricordiamoci infine che la clinica, il seguire cioè una persona che ha problemi di salute, richiede tempo. Una buona anamnesi è fondamentale per formulare ipotesi diagnostiche fondate ed evitare inutili esami che impegnano il paziente anche psicologicamente e allungano le liste di attesa. Se il tempo lo usiamo per inseguire i rischi delle persone sane ne avremo sempre meno per seguire bene i malati, e questo è il vero scopo del nostro impegno (o missione che dir si voglia).

Antonio Cordoni

A quando il 70° di laurea?

Caro Ottavio, un complimento per la tua relazione di stamane all'apertura della Riunione annuale dell'Ordine. Se verrà stampata sul nostro Bollettino: bene; in caso contrario mi piacerebbe averne copia.

Annotazione: essendo rimasto in prima fila ho veduto tutti coloro che sono stati "protagonisti" (anniversari di Laurea, Riconoscimenti di merito, "attestato" di laurea). Per "deformazione professionale" ho quindi continuamente seguito gli eventi e valutati criticamente la struttura delle predette persone comprensiva della stazza, età apparente, incedere, gestualità e quant'altro. Posso indicare che:

- Mentre nei presenti del 40° di laurea vi era "varietà tipologica", in quelli dei 50° prevalevano numericamente i magri con miglior apparenza vitale, e tra essi, un paio di Professori, ed in quelli del 60°, pur comprensibilmente in minor numero, vi erano solo magri, vegeti, e quasi tutti "Professori". Può dirci qualcosa?
- Il rilievo ha fatto nascere anche il quesito: se un Medico rimane vivo ed iscritto all'Ordine per lui vi potrà essere anche il 70° di laurea?!

Ernesto Bonera

AIP Onlus



ORIGINE

L'Associazione per le Immunodeficienze Primitive Onlus (AIP Onlus - www.aip-it.org) è un'organizzazione di volontariato nata nel maggio del 1991 per volontà del Professor Alberto Ugazio e della sua équipe, medici del Dipartimento di Pediatria degli Spedali Civili di Brescia, e di alcuni genitori di piccoli pazienti affetti da immunodeficienze primitive (IDP); l'intenzione dei fondatori, seguendo l'esempio di ciò che già avveniva all'estero, era quella di attivare e coinvolgere i malati e le loro famiglie in un ruolo più attivo e partecipe che permettesse di ampliare la visuale dello studio delle patologie e portasse nuove energie nella lotta alle IDP. La sede legale fu stabilita presso la Cattedra di Clinica Pediatrica dell'Università degli Studi di Brescia.

IDENTITÀ NAZIONALE

Da allora, da piccola realtà locale, AIP Onlus è cresciuta assumendo identità nazionale; è iscritta all'Albo del Volontariato della Regione Lombardia, ha sede operativa a Brescia, in via Galvani 18 (info@aip-it.org) ed opera in tutta Italia ponendosi come punto di riferimento per i malati e la platea degli stakeholders. La presenza sul territorio nazionale si realizza soprattutto con i Gruppi Locali, aggregazioni di soci che afferiscono ai principali centri di cura delle IDP e realizzano l'azione dell'Associazione coniugandola con le specificità locali; in questi anni essi stanno vivendo una fase di forte sviluppo e sono già presenti a Torino, Milano, Brescia, Verona, Padova, Udine, Firenze, Pisa, Roma e Bari.

CONSIGLIO DIRETTIVO

AIP è governata da un Consiglio Direttivo composto da un Presidente, il Dottor Alessandro Segato, un Vicepresidente, un Segretario, un Tesoriere

ed i Consiglieri eletti dall'assemblea nazionale dei soci (attualmente circa 250); la gestione è strutturata con l'apporto di un Direttore Esecutivo e di un ufficio di Segreteria. AIP è membro di IPOPI, federazione che raggruppa le associazioni di malati di IDP di tutto il mondo, ed è socio fondatore di UNIAMO FIMR, Federazione Italiana delle associazioni di Malattie Rare.

Fin dalla sua fondazione, il Consiglio Direttivo ha voluto essere supportato, sulle tematiche più strettamente mediche, da un Comitato Scientifico formato dai nomi più importanti nel campo dell'immunologia italiana ed ha ritenuto indispensabile sostenere, dalla costituzione nel 1999, il gruppo IPINet, network italiano che raggruppa ormai la quasi totalità dei professionisti operanti nei centri di terapia delle IDP esistenti sul territorio nazionale.

LE IDP

Le immunodeficienze primitive conosciute sono ad oggi un gruppo di oltre duecento malattie rare, congenite e spesso gravi, che interessano il sistema immunitario compromettendone i meccanismi di difesa; i soggetti affetti da IDP presentano sin dalla nascita un'aumentata predisposizione alle infezioni, all'azione di patogeni esterni e, in alcuni casi nell'età adulta, anche ai tumori. Diverse sono le terapie utilizzate, a seconda della specifica diagnosi: dall'infusione per via endovenosa o sottocutanea di immunoglobuline umane, al trapianto di midollo osseo, sola via di salvezza per alcune forme gravi e, per il futuro, alla terapia genetica, unica vera speranza di nuova vita. Dal 1952, anno in cui fu diagnosticata la prima IDP, numerosi sono stati i progressi della ricerca e delle terapie, ma molto resta ancora da fare; per le patologie più gravi, il tasso di mortalità dei pazienti è a tutt'oggi ancora importante e, in generale,

la qualità di vita delle persone affette non sempre è soddisfacente. Benché infatti molte IDP siano curabili, pur con sbocco nella cronicità, condizione imprescindibile per una convivenza accettabile con la patologia è la tempestività della diagnosi, prima che la malattia provochi danni organici e funzionali gravi ed irreversibili. Spesso purtroppo questo non avviene a causa della mancanza di cultura e conoscenza delle IDP.

OBIETTIVO ASSOCIAZIONE

In questo contesto, l'Associazione si pone l'obiettivo di divulgare informazioni sulle IDP ai pazienti, ai medici, al personale paramedico ed alla cittadinanza in generale, di sostenere la ricerca scientifica e tecnologica, di supportare lo sviluppo della rete nazionale di centri clinici ed universitari specializzati sulle IDP (IPINet). Si vuole altresì favorire l'aggregazione tra i malati e le famiglie ed assicurare ai pazienti il riconoscimento dei diritti sul piano socio-sanitario e lavorativo e garantire ai ricoverati un'assistenza ottimale per livello tecnico-scientifico, in ambiente rispettoso della persona con l'applicazione dei migliori protocolli diagnostico-terapeutico-assistenziali.

LE INIZIATIVE

Per realizzare tutto ciò, AIP Onlus intraprende numerose iniziative, tra cui la pubblicazione periodica del notiziario "AIP informa", che parla dei progressi della medicina, dà spazio alle esperienze dei pazienti e delle famiglie, dei Gruppi Locali e riporta notizie sugli appuntamenti scientifici sulle IDP e sulle attività associative. Grande importanza viene anche data ai nuovi mezzi di comunicazione e l'Associazione è presente su Internet con il proprio sito (www.aip-it.org) e sui social-media.

La stretta vicinanza con IPINet ha permesso la realizzazione e la diffusione di pubblicazioni specifiche sulle varie patologie di competenza, la collaborazione, anche con contributi economici e borse di studio, con i vari centri di cura su tutto il territorio nazionale, la creazione di eventi pubblici per la diffusione della cultura sulle IDP. In questo ambito, la medicina di base è obiettivo

privilegiato, in quanto i professionisti del settore costituiscono la prima linea, il primo contatto a cui si rivolge l'utenza e quindi i primi attori per combattere la sottodiagnosi che ancora oggi purtroppo tanti danni crea nei pazienti. AIP realizza corsi di formazione ECM sulle IDP, con l'apporto delle competenze dei medici specialisti locali e con l'impegno dei suoi soci sul territorio.

Nello specifico dell'area bresciana, l'Associazione ha già acquisito esperienza, avendo realizzato nel 2011 un corso ECM con la preziosa collaborazione del Professor Plebani, Direttore dell'Ospedale dei Bambini, e dei suoi collaboratori, Professor Badolato, Dottoressa Soresina, Dottor Lougaris; l'evento riscosse un ottimo successo ed i partecipanti espressero interesse per la materia trattata. A distanza di sei anni, con l'impegno del Gruppo Locale Brescia, vi è l'intenzione di riproporre nel 2017 un corso di formazione ECM, specificatamente nella parte orientale della provincia (ASST GARDA) per favorire la parte più decentrata dell'utenza.

In ottica associativa, AIP vuole essere espressione di una vera comunità di pazienti e rappresentare, nei loro confronti, la casa comune in cui trovare appoggio ed aiuto e l'ambito in cui offrire essi stessi la loro esperienza per il bene di tutti. AIP lavora per essere un gruppo vivo, espressione di persone che sentono fortemente i bisogni per i quali si adoperano, non chiuse su se stesse, ma aperte al mondo ed a tutti coloro, i medici per primi, che possono fornire il loro apporto per migliorare la qualità di vita di chi soffre per una immunodeficienza primitiva, offrendo così la possibilità di guardare al futuro con maggiore fiducia. ●



A.I.P. ONLUS - ASSOCIAZIONE IMMUNODEFICIENZE PRIMITIVE

Via Luigi Galvani 18 - 25123 Brescia (BS)
Tel. 030 3386557 - Email: info@aip-it.org

Sede Legale: Cattedra di Clinica Pediatrica Università degli Studi di Brescia Spedali Civili - Brescia

LIBRI

***Dottori, domani.
Storie, dialoghi e riflessioni
per una nuova
educazione alle cure***
**Luciano Vettore
e Giacomo Delvecchio**

***Recensione a cura di
Giuseppe Belleri***

**Medici domani, quale
formazione per i
professionisti del futuro?**

Nei prossimi anni si verificherà il più grande passaggio di consegne tra medici del SSN a seguito del pensionamento dei professionisti in attività dai tempi della prima riforma sanitaria, la “mitica” 833 del 1978. Più della metà dei medici di MG, ad esempio, è in vista della pensione e il conseguente ricambio generazionale comporta due problemi, uno quantitativo e l’altro qualitativo. Il primo è legato all’impatto sul sistema sanitario della massiccia uscita di scena di tanti medici attivi: per fare solo un esempio, se nel

mio ambito i 4 “vecchi” generalisti dovessero andare in pensione contemporaneamente quasi la metà dei 12000 abitanti di due paesi limitrofi resterebbe senza medico a cui rivolgersi. Ai decisori pubblici spetta il compito di adeguare alla domanda la programmazione delle scuole di formazione specifica in MG. La seconda questione attiene alla formazione dei colleghi che dovranno subentrare alla vecchia guardia. Come evitare che si disperda un patrimonio decennale di esperienze e di sapere pratico e, soprattutto, come preparare le nuove generazioni alle sfide professionali dei prossimi anni? In uno scenario caratterizzato da complessità gestionale,



incertezza socio-economica, innovazioni tecno-scientifiche, transizioni epidemiologiche e dei bisogni la necessità di educare professionisti in grado di adattarsi è cruciale e la chiave di volta perchè il sistema regga l’impatto delle trasformazioni e del cambiamento. Insomma, come formare medici attrezzati ad “apprendere ad apprendere” in modo continuo ed autonomo? A questa esigenza, pedagogica e nel contempo metodologica, cerca di rispondere in modo articolato e altrettanto complesso il volume

“Dottori, domani. Storie, dialoghi e riflessioni per una nuova educazione alle cure”, ultima fatica editoriale di due esponenti della Società Italiana di Pedagogica Medica (SIPeM) a noi limitrofi, il veronese prof. Luciano Vettore e il bergamasco Giacomo Delvecchio, coadiuvati dal trentino Giuseppe Parisi per la Medicina Generale. Il volume tratta di pedagogica e di formazione medica ad ampio raggio ma non certo in modo accademico o “scolastico”, a partire dalla struttura non convenzionale dei nove capitoli che lo compongono, articolati in 4 sezioni: l’esordio è tipicamente narrativo, con aneddoti di esperienze formative personali o racconti di vera fantapagogia medica, a cui segue un serrato dialogo tra i due autori sui temi proposti e spunto per i successivi “approfondimenti pedagogici” discorsivi, che sfociano nella paginetta finale dei “messaggi chiave”.

Il testo è rivolto soprattutto ai docenti e ai formatori, che ormai abbondano anche fuori dall’Università e devono assolvere l’inedito compito di aiutare le nuove leve ad acquisire una professionalità sempre più legata e condizionata dalla varietà delle pratiche e dei contesti clinici. Gli strumenti suggeriti sono quelli della tradizione

pedagogica pragmatica anglosassone, di matrice cognitivo-costruttivistica, per andare oltre la tradizionale lezione frontale: la tassonomia degli obiettivi educativi (sapere, saper fare, saper comunicare e relazionarsi, saper valutare e decidere), lezioni integrate, *problem based learning* di gruppo, *problem solving* e *decision making*, tutoraggio, formazione esperienziale, pensiero riflessivo, *lifelong learning*, medicina narrativa, *medical humanities* e abilità di *counselling*.

Un testo ricco di stimoli culturali a 360 gradi per favorire l’“apertura mentale” di docenti e discenti di ogni tipo, con due soli nei. Uno banalmente dimensionale, legato all’inedito formato “gigante” A4 del volume - non proprio ergonomico, ma c’è anche l’e-book - e l’altro invece contenutistico, ovvero l’aver trascurato il contributo dell’apprendimento “situato”, distribuito e mediato dalla partecipazione e dall’adesione identitaria alla comunità di pratica di riferimento.

Dottori, domani.
Storie, dialoghi e riflessioni
per una nuova educazione
alle cure
Luciano Vettore
e Giacomo Delvecchio
Delfino Editore, 2016
Pp. 264
Euro 18.00

Il coraggio è una postura

Uber Sossi e Valeria Zacchi

**Recensione a cura di
Claudio Cuccia**

Delle mille cose che le chiediamo, la lettura dovrebbe prima di tutto soddisfare la nostra curiosità. Lo ricorda anche Tzvetan Todorov, il grande critico che ci ha lasciati poche settimane fa. Todorov sostiene che, da ragazzo, leggere gli permetteva di gustare la gioia e di conoscere la paura, senza subire le frustrazioni incombenti sulla relazione con i suoi coetanei¹. La lettura fu, per lui adolescente, una fuga dalla realtà, uno sguardo curioso su uno spazio tutto suo, quieto, capace di farlo vivere in armonia in un mondo fantastico. Ma il mondo è ben altro, la fantasia sfuma con gli anni, e lui per primo se ne accorse, in un paese, la Bulgaria, dove la libertà gli veniva privata: ed ecco che, ormai adulto, sentirà tornargli in soccorso proprio lei, la letteratura, che sola gli aprirà “la possibilità di interazione con gli altri” e l’arricchirà, “infinitamente”¹. Oggi, se diamo un’occhiata alle classifiche di vendita dei libri, ai primi posti non troviamo altro che storielle, magari ben scritte, senz’altro capaci di farci volgere lo sguardo altrove, ma solo (o soprattutto) per non vedere. Più nessuna interazione col mondo, quindi, racconti

buoni a ingannare i lettori che tornano a vestirsi dell’ingenuo candore del bambino. Ecco perché propongo la lettura di *Coraggio*, il libro che la nostra collega Valeria Zacchi ha scritto con Uber Sossi.

Con un linguaggio piano ed elegante, il saggio è un forte richiamo alla realtà, permea il lettore di quella energia che, sola, fa nascere il desiderio di tornare protagonisti nel mondo - e quali siano i suoi confini, poco importa -. Capitolo dopo capitolo, il testo dona al coraggio la prerogativa di una postura, lo disegna spina dorsale del pensiero critico, un dispositivo indispensabile per abitare la realtà, fatta di turbolenze e inquietudini, l’unico sistema, il coraggio, per raggiungere “la propria stabilità e il proprio equilibrio, per trovare la posizione capace di donarci serenità e armonia, fiducia e sicurezza”².

Leggiamoli, i saggi, questo di Valeria Zacchi e altri ancora, e per una volta non lasciamoci inghiottire dalle sabbie mobili del racconto frivolo, fatto di personaggi simpatici che ci trascinano in storie banali. C’è sempre tempo per tornare alla fiction, facciamolo quando il cervello reclama una pausa acritica, un sano chewing-gum per piacevoli momenti di sonnolenza. Altrimenti,



datemi ascolto, tuffiamoci *con Coraggio* nella letteratura alta, che è fremito di piacere e non una vana rincorsa al lieto fine o una curiosa ricerca di chi sia l’assassino (che poi, fateci caso, è sempre il maggiordomo). Ci vuole coraggio a guardare oltre, a dare un calcio all’omologazione, alla stupidità che rende uguali, e non certo a chi, in un attimo di evidente distrazione, ci ha voluti a propria immagine e somiglianza. E non servono nemmeno grandi cimenti perché il coraggio si esprima, bastano le cosiddette ordinarie occupazioni: “Il coraggio è ovunque, nelle grandi come nelle piccole cose”, sostiene Valeria Zacchi, “la libertà è ad ogni passo”. Come darle torto?

¹ Tzvetan Todorov, *La letteratura in pericolo*. Garzanti, Milano 2008.

² Uber Sossi e Valeria Zacchi. *Coraggio*. Mursia, Milano 2015.

Coraggio
Uber Sossi e Valeria Zacchi
Ugo Mursia Editore, 2015
Pp. 180
Euro 10.00

Dott.ssa Maria Teresa Bolognesi Appollonio

Lo scorso 3 Ottobre è scomparsa la nostra cara mamma, dott.ssa Maria Teresa Bolognesi Appollonio; del suo ricordo, come figli, vorremmo farne partecipi Colleghi, pazienti e conoscenti.

Nata a Cavriago (RE) il 5 febbraio 1928 da Ildebrando Bolognesi e Adele Bonilauri, terza di quattro sorelle, con tutta la famiglia si sposta in provincia di Brescia, a Lonato, al tempo della II guerra mondiale. Giovanissima staffetta partigiana (ricordo di cui serbava orgogliosa memoria, anche per alcuni giorni di carcere fascista e la successiva liberazione in armi ad opera dei compagni e superiori partigiani), si laurea poi in Medicina e Chirurgia a Parma, il 13 novembre 1953. Durante l'ultimo anno di corso, sotto la guida del Prof. Ubaldo Pellegrini, comincia a frequentare la Clinica Pediatrica della stessa Università, dove due anni più tardi, l'8 Novembre 1955, si specializza in Pediatria e Puericoltura. Nel frattempo, dal 30.04.1954, è iscritta all'Albo dei Medici Chirurghi di Brescia, con il numero 1.046. Nella seconda metà degli anni '50 inizia così l'attività professionale a Lonato; nel contempo frequenta come Assistente volontaria l'Ospedale dei Bambini di Brescia. Nel 1960, complici il matrimonio e la scomparsa, l'anno antecedente, di entrambi i genitori, si stabilisce a Brescia, in via Duca degli Abruzzi, dove poi rimarrà per tutta la vita: abitazione sopra e Ambulatorio sotto.

Nostra madre ha sicuramente conosciuto e praticato il mondo della Medicina di un tempo, quello con le visite a domicilio la mattina, l'ambulatorio il pomeriggio

e poi altre uscite la sera, per le urgenze della giornata; con le schermografie fatte ai propri pazienti, grandi e piccoli, nello stanzino attiguo all'ambulatorio; con i prelievi eseguiti in studio e portati poi ai Laboratori di Analisi; con le visite anche di sabato e le urgenze anche di domenica e in tutte le altre feste comandate, Natale e Pasqua compresi. Dietro le lenti, aveva uno sguardo determinato ma dolce; sapeva ascoltare ed essere rassicurante.

Come Pediatra, i suoi pazienti ricordavano spesso, negli ultimi tempi, che per anni aveva fatto diventare grande mezza Brescia e che poi i suoi piccoli pazienti, una volta divenuti adulti e genitori a loro volta, tornavano di nuovo da Lei con i loro figli, in una catena generazionale fatta di fiducia e di affidamento. Ha unito all'esercizio medico, sensibilità, passione e tenerezza. A tutto questo va anche aggiunto che, con il sostanzarsi dei progressi organizzativi in ambito di Medicina territoriale in città e l'avvio dei servizi di Guardia medica notturna, festiva e prefestiva, aveva poi saputo rinnovarsi e alle attività di medico di Medicina generale e di Pediatra di libera scelta aveva affiancato altre strade, altre passioni professionali, come quella per la Medicina Estetica, coltivata dai primi anni '80 (innumerevoli i corsi seguiti nei fine settimana, soprattutto a Bologna), e poi praticata fino all'ultimo.

Al vuoto affettivo che nostra madre lascia, si accompagna quindi il ricordo di una vita vissuta intensamente; una vita tutta dedicata alla famiglia e ai suoi adorati pazienti. A noi ha insegnato il rigore morale e la coerenza nelle scelte, il senso del dovere, il valore della generosità e del sacrificio. Anche negli ultimi tempi, e in particolare nell'ultimo anno, quando, dopo un ictus, le sue condizioni di salute si erano aggravate e aveva bisogno di assistenza continua. Le tante persone che ha aiutato e soccorso durante 60 anni di instancabile professione quotidiana la ricorderanno sempre con stima, riconoscenza e affetto.

I figli Ildebrando e Luca Appollonio

Professor Luca Loiodice

Ho conosciuto Luca, il Prof. Luca Loiodice, a Bari, la nostra città, fin dagli anni della scuola media. Abbiamo frequentato insieme, negli anni della guerra il prestigioso Istituto "Di Cagno Abbrescia" dei Padri Gesuiti e, malgrado le varie incursioni aeree degli americani prima e dei tedeschi dopo, e i conseguenti periodi di "sfollamento" da Bari, siamo sempre rimasti in contatto. Dopo una separazione (solo scolastica) io al Liceo Scientifico, lui al Classico sempre con i Gesuiti, abbiamo insieme scelto la facoltà di Medicina all'Università di Bari, che abbiamo seguito frequentando le lezioni di prestigiosi maestri: Anatomia del Prof. Bairati, Fisiologia del Prof. Mitolo, Patologia Medica del Prof. Malaguzzi-Valeri, Anatomia Patologica del Prof. Rizzi e Clinica Medica del Prof. Chini. Non sono mancati, nel corso degli anni universitari momenti di allegria e spensieratezza con il vero spirito goliardico di quei tempi (dopo la fine della guerra), le occasioni di divertimenti con feste da ballo e con la creazione, proprio per opera di Luca, di un night il "Don Chisciotte Club" per l'incontro fra universitari. Dopo qualche anno (forse nel '56) Luca si trasferì a Modena per continuare a studiare medicina scegliendo di seguire il grande clinico Prof. Mario Coppo, del quale divenne pupillo e collaboratore. Seguendo ognuno la sua strada, mentre io sceglievo la medicina pratica, l'attuale medicina di base, Luca continuò a seguire il suo luminare di Modena specializzandosi nelle malattie dell'apparato digerente, non trascurando però la sua città, la sua famiglia, i suoi

amici ed i suoi pazienti che numerosi si rivolgevano a lui nelle periodiche visite a Bari, dove aveva creato un centro di consulenza per le epatopatie.

Successivamente il destino ci separò ancora: mentre io mi trasferivo a Brescia, Luca continuava a svolgere la sua attività di ricerca fra Modena e Bari, fino a quando divenne direttore del Reparto di Gastroenterologia dell'Ospedale di Leno in provincia di Brescia.

Ma il caso volle che ci si dovesse incontrare definitivamente: una mia paziente ricoverata in quell'Ospedale di Leno, dopo la dimissione mi portò i saluti del Prof. Loiodice!

Ci rivedemmo con grande gioia e riprendemmo come da scolari delle medie e da universitari ad incontrarci periodicamente rinsaldando la vecchia amicizia e riunendo le nostre famiglie in tutte le occasioni che ci si presentavano. Venne poi per Luca l'incarico alla direzione del reparto di Gastroenterologia dell'Ospedale di Castellana Grotte, da lui seguito e reso prestigioso, fino a trasformarlo in IRCSS (Istituto di Ricerca). Purtroppo fu costretto a lasciarlo per la sua epatopatia che richiedeva un trapianto. Seguì da lontano il suo itinerare fra i vari centri di cura, in Belgio e in Germania per il trapianto di fegato e gli fui vicino negli anni successivi, sempre in virtù dell'affetto e del rispetto che fra noi si era creato fin da ragazzi.

Nonostante le sue condizioni di salute però Luca risiedendo a Brescia non ha smesso di interessarsi delle sue ricerche: ha fondato l'A.P.E. (Associazione Prevenzione Epatopatie), organizzandone anche un congresso internazionale e poi lo STEM (laboratorio di analisi), dirigendo quest'ultimo fin quando ha potuto. Altri problemi afflissero Luca negli anni successivi, problemi che lo costrinsero sempre più ad una vita casalinga e sedentaria; spesso ci siamo visti a casa sua ricordando i bei tempi in attesa di quanto il futuro ci avrebbe riservato. Ho perso un grande amico!

Giuseppe Solfrizzi

Dott. Gabriele Nabacino

A dicembre 2016 è improvvisamente mancato il dott. Gabriele Nabacino. Classe 1929, nato a Bagolino (paese che gli resterà sempre nel cuore), trascorre la fanciullezza con i genitori e i quattro fratelli tra i comuni delle valli Giudicarie e Rendena, seguendo i trasferimenti del padre, segretario comunale.

Dopo un approccio alla scuola di avviamento professionale, voluto dal padre ma che non trovava corrispondenza con le sue attitudini, troverà il suo percorso formativo al liceo classico di Rovereto per proseguire quindi con la facoltà di medicina a Milano, che segue come pendolare da Brescia.

Proprio durante questi viaggi quotidiani in treno conosce una studentessa di matematica, che sposerà al termine degli studi e che sarà al suo fianco per tutta la vita. Gabriele muove i primi passi nella professione medica presso l'ospedale di Manerbio, poi presso il Fatebenefratelli a Brescia, dove opererà per molti anni a tempo parziale. Siamo all'inizio degli anni '60, la zona nord di Brescia è in sviluppo urbanistico e Nabacino decide di orientare la propria carriera come medico di famiglia a Mompiano. Il quartiere in espansione attira molte coppie giovani e Gabriele decide quindi di specializzarsi in pediatria, a Parma, per andare incontro alle esigenze dei suoi pazienti.

Organizza le sue giornate in modo da visitare il mattino a casa loro i malati che hanno difficoltà a spostarsi, mentre si reca in ambulatorio il pomeriggio, anche se, soprattutto nei periodi invernali in concomitanza delle epidemie influenzali, una volta uscito dallo studio termina il giro delle visite a domicilio anche fino alle 9 di sera. Il suo lavoro e la sua vicinanza ai pazienti è molto apprezzata dalle persone e

il passaparola è tale che arriverà a superare i quattromila assistiti.

In questi anni si sposta dal Fatebenefratelli per seguire due volte la settimana i prelievi alla clinica "Città di Brescia". Con l'avanzare del tempo e il modificarsi delle leggi che regolano l'esercizio della professione medica, Gabriele abbandona progressivamente il lavoro come pediatra e presso la clinica, dedicandosi interamente all'attività di medico di famiglia fino alla pensione.

La sua opera, la sua umanità, la sua professionalità sono rimaste nel cuore dei suoi assistiti al punto che, dopo la sua scomparsa sopraggiunta a distanza di quasi vent'anni dalla cessazione della sua attività, siamo stati avvicinati da alcuni dei suoi ex pazienti che, in lacrime, ci hanno espresso il dolore per la scomparsa del loro medico di una volta.

Moglie e figlio

Dott. Prof. Dante Tarantola

Inizia la sua carriera come assistente e successivamente aiuto presso l'Ospedale dei Bambini Umberto I di Brescia.

Diventa poi Primario della Pediatria dell'Ospedale di Manerbio.

Nel 1974 quando viene aperto il reparto di Pediatria presso l'Ospedale S.Orsola Fatebenefratelli di Brescia ne diventa il Primario. Dirigerà il Reparto fino al 1992 quando assumerà la carica di Direttore Sanitario presso la casa di Cura San Camillo fino al 2002, anno in cui si ritirerà definitivamente in pensione.

Ha lasciato una traccia indelebile nella pediatria bresciana, così lo ricordano i suoi colleghi e le sue infermiere ed infermieri. Sempre attento alle esigenze e ai bisogni degli altri ha svolto il lavoro di medico con grande professionalità ed umanità. Questo è stato testimoniato dalle moltissime persone che hanno partecipato al suo funerale. Non solo i colleghi ma anche quelli che hanno collaborato con lui nella sua lunga carriera: dagli infermieri al personale amministrativo tutti hanno avuto parole di commozione ed elogio nei suoi confronti. Molto toccante il ricordo di una delle sue prime infermiere letto in chiesa durante la funzione.

Ci lascia così una figura che ha lasciato il segno nella storia della medicina e della pediatria di Brescia.

*Lo salutano la moglie Etta
ed i figli Piero,
Ornella e Cristina*

Dott. Cesare Valdameri

È mancato il Dott. Cesare Valdameri, Primario radiologo dell'ospedale di Breno e poi di Esine, del cui ricordo desideriamo farne partecipi pazienti, colleghi ed amici. Ha sempre condotto la sua attività di medico con professionalità, presenza e dedizione disinteressata; le sue doti umane, quelle che fanno di un medico "un bravo medico" e una persona speciale sono i valori per cui vorremmo che fosse ricordato.

La moglie Alfreda Lena e le figlie

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

ricorda con rimpianto i Colleghi deceduti recentemente

Dott. Franco Bortolini

Dott. Pierino Doninelli

Prof. Luca Loiodice

Dott. Gabriele Nabacino

Dott. Annibale Panini

Dott.ssa Chiara Prestini

Prof. Dante Tarantola

Dott. Crisostomo Vafiadis

Dott. Cesare Valdameri

Dott. Rino Varoli

Dott. Giuseppe Vincenti

ed esprime ai loro familiari le più sentite condoglianze.

Banche dati EBSCO

La FNOMCEO ha finalizzato un accordo con la EBSCO Information Services di Boston che è uno dei principali produttori mondiali di banche dati di letteratura scientifica, per l'accesso alla biblioteca medica virtuale con la più imponente rassegna di riviste internazionali di medicina ed odontoiatria in FULL TEXT, la Cochrane Library ed il più potente sistema di supporto alla pratica clinica basato sull'evidenza (Dynamed Plus).

Tutti i medici iscritti ai vari Ordini provinciali d'Italia potranno acquisire sapere medico ed ogni valido aggiornamento professionale per affrontare con la massima sicurezza e competenza, nell'interesse del paziente, i quesiti diagnostici e terapeutici di cui la pratica professionale quotidiana li espone.

Per la registrazione si accede dalla home del sito istituzionale FNOMCeO cliccando sul banner Ebsco.



seguici online **ORDINEMEDICI.BRESCIA.IT**

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