



---

**Ordine dei Medici Chirurghi e degli  
Odontoiatri  
della Provincia di Forlì-Cesena**

---

**Consiglio Direttivo:**

**Presidente:**  
Dott. Gaudio Michele

**Vice Presidente:**  
Dott. Pascucci Gian  
Galeazzo

**Segretario:**  
Dott.ssa Zambelli Liliana

**Tesoriere:**  
Dott. Balistreri Fabio

**Consiglieri:**  
Dott. Alberti Andrea  
Dott. Castellini Angelo  
Dott. De Vito Andrea  
Dott. Folli Secondo  
Dott. Forgiarini Alberto  
Dott.ssa Gunelli Roberta  
Dott. Lucchi Leonardo  
Dott. Milandri Massimo  
Dott. Paganelli Paolo  
Dott. Ragazzini Marco  
Dott. Sbrana Massimo  
Dott. Simoni Claudio  
Dott. Vergoni Gilberto

**Commissione Albo  
Odontoiatri:**

**Presidente:**  
Dott. Paganelli Paolo

**Segretario:**  
Dott.ssa Vicchi Melania

**Consiglieri:**  
Dott. Alberti Andrea  
Dott. D'Arcangelo  
Domenico  
Dott.ssa Giulianini  
Benedetta

**Notiziario  
OMCeO Forlì-Cesena  
n. 10**

**ORARI SEGRETERIA ORDINE**

**martedì: dal lunedì al venerdì ore 9.00 -14.00**

**pomeriggio: martedì – giovedì ore 15.30 - 18.30**

**sabato chiuso**

**CONTATTI**

**tel. e fax 054327157  
sito internet: [www.ordinemedicifc.it](http://www.ordinemedicifc.it)**

**e mail: [info@ordinemedicifc.it](mailto:info@ordinemedicifc.it) [segreteria.fc@pec.omceo.it](mailto:segreteria.fc@pec.omceo.it)**

---

**ENPAM: SERVIZIO DI VIDEO CONSULENZA  
Giovedì 28 luglio 2016**

L'Enpam ha lanciato un servizio di video-consulenza previdenziale dedicato ai suoi iscritti. La Fondazione mette a disposizione un nuovo strumento audio-video attraverso cui rivolgere direttamente ai funzionari dell'Ente domande specifiche o richieste di chiarimenti. Grazie alla videoconferenza, ogni iscritto avrà la possibilità di trovarsi faccia a faccia con il suo consulente previdenziale semplicemente recandosi nella sede del suo Ordine nella data e all'ora stabilita.

Al momento della prenotazione da fare presso il proprio Ordine, è consigliabile che l'iscritto precisi l'argomento dei chiarimenti richiesti. Questo permetterà ai funzionari dell'Enpam di arrivare in videoconferenza preparati nel miglior modo possibile sulla posizione del medico o dell'odontoiatra che incontreranno.

**IL SERVIZIO È DISPONIBILE SOLO SU PRENOTAZIONE.**

---

## SERVIZIO DI CONSULENZA FISCALE

In considerazione delle recenti novità in campo fiscale, al fine di fornire un ulteriore ausilio ai propri iscritti, la Consulente Fiscale di questo Ordine nella persona della Rag. Alessandri Giunchi A. Montserrat (iscritta all'Ordine dei Dottori Commercialisti di Forlì-Cesena) si rende disponibile previo appuntamento e pagamento a carico dell'iscritto, presso i locali di questa sede ogni 1° e 3° giovedì del mese, per consulenza fiscale, generale e tributaria allo scopo di chiarire dubbi e incertezze negli adempimenti contabili ed extracontabili.

Per fissare l'appuntamento contattare la Segreteria dell'Ordine allo 054327157.

Costo per singola seduta:

- € 45,00 se **non** titolari di Partita Iva

- € 38,00 se titolari di Partita Iva + la relativa ritenuta d'acconto di € 7,10 che l'iscritto dovrà versare il mese successivo al pagamento della prestazione.

### Collegio dei Revisori dei Conti:

#### Presidente:

Dott. Tolomei  
Pierdomenico

#### Revisori:

Dott. Gardini Marco  
Dott.ssa Zanetti Daniela

#### Revisore supplente:

Dott. Costantini Matteo

### Commissione Comunicazione ed Informazione:

#### Coordinatore:

Dott. Pascucci Gian  
Galeazzo

Dott. Costantini Matteo  
Dott. Fabbroni Giovanni  
Dott.ssa Gunelli Roberta  
Dott. Lucchi Leonardo  
Dott.ssa Sapigni Licia

### Commissione per l'aggiornamento professionale

#### Coordinatore

Dott. De Vito Andrea

Dott. Amadei Enrico  
Maria  
Dott. Costantini Matteo  
Dott. Galassi Andrea  
Dott. Gardini Marco  
Dott.ssa Gunelli Roberta  
Dott. Simoni Claudio  
Dott.ssa Sirri Sabrina  
Dott.ssa Vaienti Francesca  
Dott. Verdi Carlo  
Dott. Vergoni Gilberto

### Commissione per le MNC

#### Coordinatore

Dott. Tolomei  
Pierdomenico

Dott. Balistreri Fabio  
Dott. Bravi Matteo  
Dott. Micucci Ermanno  
Dott. Milandri Massimo  
Dott.ssa Piastrelloni  
Margherita  
Dott. Roberti di Sarsina  
Paolo  
Dott. Selli Arrigo

## Istituto presso l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Forlì-Cesena lo

### SPORTELLO DEL CITTADINO

l'Ordine dei Medici al fianco di cittadini e medici nell'interesse comune di tutelare la salute diritto costituzionalmente sancito.

[continua](#)

## CONVENZIONI STIPULATE DALL'ORDINE CON ESERCIZI COMMERCIALI

Si comunica che l'Ordine sta stipulando diverse convenzioni con esercizi commerciali della Provincia. Dietro presentazione della tessera di iscrizione all'Ordine saranno praticati agevolazioni e sconti come indicato. Per vedere gli esercizi già convenzionati basta andare nel sito internet dell'Ordine sezione CONVENZIONI, oppure [cliccare qui](#)

L'elenco è in costante aggiornamento.

**Commissione Pubblicità  
Sanitaria**

**Coordinatore**

Dott. Milandri Massimo

Dott. Di Lauro Maurizio  
Dott. Paganelli Paolo  
Dott. Smeraldi Renato

**Commissione Cure  
Palliative  
e Terapia del Dolore**

**Coordinatore**

Dott. Maltoni Marco

Dott. Balistreri Fabio  
Dott. Bertellini Celestino  
Claudio  
Dott. Biasini Augusto  
Dott. Castellini Angelo  
Dott.ssa Della Vittoria  
Agnese  
Dott.ssa Iervese Tiziana  
Dott. Piraccini Emanuele  
Dott.ssa Pittureri Cristina  
Dott. Pivi Fabio  
Dott. Valletta Enrico  
Dott.ssa Venturi Valentina

**Commissione Giovani  
Medici - Osservatorio  
problematiche,  
opportunità ed  
inserimento  
professionale**

**Coordinatore:**

Dott. Gardini Marco

Dott.ssa Bazzocchi Maria  
Giulia  
Dott.ssa Bolognesi Diletta  
Dott.ssa Casadei Laura  
Dott. Costantini Matteo  
Dott. Moschini Selene  
Dott. Natali Simone  
Dott.ssa Pavesi  
Alessandra  
Dott.ssa Stagno Francesca  
Dott.ssa Vaienti Francesca

## Corsi e Congressi

*Ordine Medici FC*

### **La Geriatria e: l'Ospedale, le Cure Primarie, le Cure Intermedie**

Forlì, 26 maggio 2016, ore 20.00

Sala Conferenze

Viale Italia, 153 - scala C - 1° piano – Forlì

[Programma](#)

\*\*\*\*\*

*Ordine Medici FC*

### **Le nuove terapie nella Sclerosi Multipla**

Forlì, 9 giugno 2016, ore 20.00

Sala Conferenze

Viale Italia, 153 - scala C - 1° piano – Forlì

[Programma](#)

\*\*\*\*\*

*Ordine Medici RA*

### **La gestione del paziente traumatizzato (corso formativo per Odontoiatri)**

Ravenna, 11 giugno 2016, ore 08.45

Sala Baldini/Palazzo della Provincia

Entrata da Via Guaccimanni 10

[programma](#)

\*\*\*\*\*

*Ordine Medici FC*

### **Le esperienze dolorose nell'infanzia. La cura educativa delle emozioni “difficili”**

Forlì, 16 giugno 2016, ore 20.00

Sala Conferenze

Viale Italia, 153 - scala C - 1° piano – Forlì

[Programma](#)

\*\*\*\*\*

### **La salute orale in età evolutiva: un obiettivo comune**

Bologna, 24 settembre 2016, ore 08.30

Clinica Odontoiatrica

Via San Vitale, 59

[programma e scheda di iscrizione](#)

**Commissione Ambiente e Salute, Sicurezza ambienti di lavoro e Stili di vita**

**Coordinatore:**

Dott. Ridolfi Ruggero

Dott. Bartolini Federico  
Dott.ssa Gentilini Patrizia  
Dott. Milandri Massimo  
Dott. Pascucci Gian Galeazzo  
Dott. Ragazzini Marco  
Dott. Ruffilli Corrado  
Dott.ssa Saletti Annalena  
Dott. Timoncini Giuseppe  
Dott. Tolomei Pierdomenico

**Commissione AUSL Romagna**

**Coordinatore:**

Dott. Folli Secondo

Dott.ssa Boschi Federica  
Dott. Cancellieri Claudio  
Dott. Forgiarini Alberto  
Dott. Lucchi Leonardo  
Dott. Milandri Massimo  
Dott. Ragazzini Marco  
Dott. Sbrana Massimo  
Dott. Simoni Claudio  
Dott. Verdecchia Giorgia Maria  
Dott. Vergoni Gilberto

**Commissione ENPAM per accertamenti di Invalidità**

**Presidente:**

Dott. Tonini Maurizio

Dott. Nigro Giampiero  
Dott. Verità Giancarlo

**Osservatorio per la Professione al Femminile e la Medicina di Genere**

**Coordinatore:**

Dott.ssa Zambelli Liliana

Dott.ssa Fusconi Mila  
Dott.ssa Lugaresi Laura  
Dott.ssa Monterubbianesi Maria Cristina  
Dott.ssa Parma Tiziana  
Dott.ssa Venturi Valentina  
Dott.ssa Zanetti Daniela

## Patrocini Ordine

*FONDAZIONE PER LA QUALITA' DELLA VITA*

### **La terapia infiltrativa nell'ambulatorio di Medicina del Dolore**

Forlì, 24 maggio 2016  
Fisiology Center - Via Grigioni, 2  
0543 797018

\*\*\*\*\*

*Federazione Nazionale Liver-Pool*

### **Epatite C. E' sconfitta?**

Forlì, 25 maggio 2016  
Ospedale G. B: Morgagni - Viale Forlanini 34  
[informazioni](#)

\*\*\*\*\*

*FADOI Romagna*

### **Dai trials al paziente reale**

Faenza, 10 giugno 2016  
Hotel Cavallino  
[informazioni](#)

\*\*\*\*\*

*FONDAZIONE PER LA QUALITA' DELLA VITA*

### **Evidenze cliniche nell'uso degli oppioidi in terapia del dolore**

Forlì, 11 ottobre 2016  
Fisiology Center - Via Grigioni, 2  
0543 797018

## Dall'ENPAM

### **Ecco la tabella con i requisiti per andare in pensione di vecchiaia o anticipata nel 2016**

(da il Sole 24 ore) Chi sta pensando di andare in pensione quest'anno può verificare nella tabella allegata, messa a punto dall'Enpam, se siano stati raggiunti tutti i requisiti richiesti dalle normative in vigore. Per quanto riguarda il 2016 l'età per la pensione di vecchiaia parte dai 65 anni e sette mesi (per i medici e odontoiatri donne dipendenti privati, pensione Inps) fino ad arrivare ai 67 anni di età con requisiti variabili di contribuzione (Quota A, quota B e fondi speciali Enpam). Chi invece vuole anticipare il pensionamento potrà farlo già a partire dai 61 anni oppure, se dipendente pubblico, aver accumulato, a prescindere dall'età, 41 anni e dieci mesi (donne) oppure 42 anni e dieci mesi (uomini).

La pensione Enpam è una prestazione economica che si compone di varie voci:

- una pensione di base (Quota A) che spetta a tutti i medici e gli odontoiatri iscritti all'Ordine;
- un'eventuale quota che è calcolata sui contributi versati in base alla propria attività professionale (per es. libera professione, medicina generale, specialistica ambulatoriale, specialistica esterna).

La pensione dell'Enpam può essere cumulata con le prestazioni previdenziali di altri enti. Vedi la tabella completa al LINK

<http://www.fimmgroma.org/images/stories/documenti/Tabellapensione.pdf>

**Osservatorio Misto  
Ordine dei Medici/  
I.N.P.S.**

Dott. Balistreri Fabio  
Dott. Pascucci Gian  
Galeazzo  
Dott. Ragazzini Marco

Dott. Poggi Enzo  
Dott. Severi Daniele  
Dott.ssa Zoli Romina

**Gruppo Culturale  
OMCeO Forlì-Cesena**

**Coordinatore:**  
Dott. Giorgi Omero

Dott. Borroni Ferdinando  
Dott.ssa Gunelli Roberta  
Dott. Milandri Massimo  
Dott. Vergoni Gilberto

**Gruppo di Lavoro  
Emergenza Territoriale**

Dott.ssa Baldini Michela  
Dott. Berti Alessandro  
Dott. Farabegoli Enrico  
Dott.ssa Raggi Angelica  
Dott. Todeschini Roberto

# Aggiornamento Professionale

## Le dieci caratteristiche del medico del futuro.

Si è svolta a Rimini dal 19 al 21 maggio la III Conferenza Nazionale della Professione Medica organizzata da FNOMCeO. Il documento finale della Conferenza è allegato a questo Notiziario, ma ci piace pubblicare quanto presentato dal segretario FNOMCeO Luigi Conte durante la conferenza stampa di presentazione dell'evento, i punti su cui si è discusso a Rimini. Il medico nel prossimo futuro dovrebbe essere:

1. Proattivo nell'affrontare l'innovazione, partendo dalle proprie radici
2. Detentore di competenze professionali che continuamente sviluppa e mantiene aggiornate
3. Detentore di un metodo scientifico e attento alla produzione di nuove conoscenze
4. Attento alla dimensione etica quotidiana della professione, partendo dall'adesione alle pratiche raccomandate e sostenute da evidenze scientifiche
5. Capace di esercitare una leadership professionale rispetto ai colleghi, professionisti, pazienti e persone assistite
6. Cosciente del proprio ruolo sociale e politico: il fatto di poter intervenire sulla salute e sulla vita conferisce un potere di tutela e protezione (advocacy)
7. Cosciente di essere un attore economico: determina e gestisce risorse economiche ingenti
8. Capace di ascoltare e comunicare con la persona nel bisogno in una unica ed irripetibile relazione
9. Capace di tenere conto della dialettica tra risposta alla singola persona e quella alla comunità
10. Attento a perseguire il miglioramento continuo proprio e dell'organizzazione in cui è inserito, oltretutto a dimostrarlo

---

## Medici contro la Rai sui vaccini: informazione scorretta

(da DottNet) La Società Italiana di Igiene (SItI), la Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP), la Società Italiana di Pediatria (SIP) e la Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (FIMMG) hanno preso posizione in merito alla puntata della trasmissione "Virus", andata in onda giovedì 12 maggio su Rai 2, per come è stato affrontato il tema delle vaccinazioni. E lo hanno fatto con una lettera indirizzata al ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, sottolineando "una palese violazione del dovere di informare correttamente in nome di una malintesa 'libertà di opinione'". Per gli estensori della missiva, "il discredito gettato sui vaccini da parte di interlocutori non competenti ma solo portatori di proprie indimostrate visioni e ideologie personali sul tema, si configura come un procurato allarme a genitori sempre più disorientati di fronte a affermazioni sconcertanti come 'I vaccini sono pericolosi e danneggiano la salute dei bambini'. Si sente spesso dire 'io credo, io non credo ai vaccini'. Ma i vaccini, così come i farmaci contro gravi malattie, trovano le motivazioni del loro utilizzo - si legge nella nota - in studi scientifici rigorosi non in fedi religiose, politiche o filosofiche". Conoscendo il sostegno del ministro alla cultura delle vaccinazioni come strumento irrinunciabile per la salute di individui e comunità, SItI, FIMP, SIP e FIMMG chiedono a Lorenzin "un Suo interessamento per portare questo grave problema, pregiudizievole per la salute della popolazione italiana, all'attenzione della Commissione di Vigilanza RAI o di altri Organi competenti affinché tali episodi non si ripetano in futuro".

---

## Ecco il decalogo contro le bufale sui vaccini

(da DottNet) Le malattie infettive non sono state completamente debellate, solo il vaiolo è scomparso e questo grazie al vaccino. Ogni bambino avrebbe la capacità teorica di rispondere a circa 10.000 vaccini contemporaneamente. I vaccini prevengono più di 2,5 milioni di morti ogni anno. Sono alcune delle risposte contenute nel 'decalogo anti bufale' che la Società Italiana di Pediatria invierà, sotto forma di poster, a tutti gli associati in occasione della Settimana Europea dell'Immunizzazione celebrata dall'Oms dal 24 aprile in contemporanea con tutti gli altri uffici regionali mondiali. *Leggi l'articolo completo [al LINK](#)*

### **Amami, falsi numeri su errori medici in Italia, non c'è osservatorio**

(da AdnKronos Salute) Falsi i numeri diffusi dalla stampa sugli errori medici in Italia. Lo sostiene Maurizio Maggiorotti, presidente Associazione Amami, che ricorda come già "anni fa venne divulgata con leggerezza la leggenda dei 90 morti al giorno per errore medico, etichettata poi come bufala dalla prestigiosa penna di Gian Antonio Stella". E oggi? "In Italia non esiste un Osservatorio dell'errore medico, i numeri non derivano da indagini italiane. Gli unici dati reali diffusi sul fenomeno risalgono al 2010, quando, in collaborazione con l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, noi di Amami abbiamo divulgato i dati raccolti in dieci anni di attività della Procura di Roma e da cui emerge che su 100 medici indagati solo 1 è colpevole e viene giustamente condannato. Da diversi anni noi come Amami chiediamo, inascoltati, la costituzione dell'Osservatorio dell'errore e del contenzioso paziente-medico al fine di eliminare una volta per tutte la diffusione dei dati falsi sulla malpractice in sanità, per evitare inutili allarmismi e il diffondersi della medicina difensiva. Con questo non intendiamo negare gli errori compiuti effettivamente, ma il chirurgo è un uomo e può sbagliare. Questo non per giustificare la fallibilità o la trascuratezza che a volte genera un effettivo problema, ma semplicemente per evitare che si crei un clima di vera e propria caccia alle streghe che favorisce solo gli "avvoltoi della malasanita", tale che il professionista serio debba entrare in sala operatoria armato non solo delle migliori intenzioni ma anche di elenchi di ottimi avvocati, pagando parcelle assicurative che sono cresciute in modo esponenziale. Dalla diffusione di questi dati in tanti ci guadagnano, a rimetterci sono solo i pazienti e i medici. Ma questo evidentemente poco importa". Per questo motivo Amami si dice pronta anche a denunciare alla Procura della Repubblica "per procurato allarme ingiustificato nella popolazione, chi continua a diffondere notizie false con imprudenza inammissibile".

---

### **Privacy. Pubblicato nuovo regolamento Ue. Da recepire entro 25 maggio 2018**

*Il Regolamento si prefigge l'obiettivo assicurare una disciplina uniforme ed armonizzata tra tutti gli Stati membri. Pubblicata anche direttiva una Direttiva che regola i trattamenti di dati personali nei settori di prevenzione, contrasto e repressione dei crimini. Leggi l'articolo completo al [LINK](#)*

[http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=39377&fr=n](http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=39377&fr=n)

---

### **Ambiente: aumenta presenza pesticidi nelle acque italiane**

(da AGI) Aumentano le falde e i corpi idrici in cui è stata rilevata la presenza di prodotti fitosanitari (erbicidi, pesticidi, fungicidi): più venti per cento nelle acque superficiali e più dieci per cento in quelle sotterranee. Lo rilevano i risultati del monitoraggio di queste sostanze contenuti nell'edizione 2016 del Rapporto Nazionale Pesticidi nelle Acque dell'ISPRA. Sono circa 130.000 le tonnellate di prodotti fitosanitari utilizzate ogni anno in Italia. Ad essi, si aggiungono i biocidi, impiegati in tanti settori di attività, di cui non si hanno informazioni sulle quantità e sulla distribuzione geografica delle sorgenti di rilascio. Nel biennio 2013-2014 sono stati analizzati 29.220 campioni per un totale di 1.351.718 misure analitiche, con un sensibile aumento rispetto al biennio precedente. Nel 2014, in particolare, le indagini hanno riguardato 3.747 punti di campionamento e 14.718 campioni e sono state cercate complessivamente 365 sostanze (nel 2012 erano 335). Sono state trovate 224 sostanze diverse, un numero sensibilmente più elevato degli anni precedenti (erano 175 nel 2012). Le acque superficiali "ospitano" pesticidi nel 63,9% dei 1.284 punti di monitoraggio controllati (nel 2012 la percentuale era 56,9); nelle acque sotterranee, sono risultati contaminati il 31,7% dei 2.463 punti (31% nel 2012).

---

## **La presenza in bocca di alcuni batteri indice di rischio di cancro del pancreas?**

(da Dental Tribune) Si è scoperto che il rischio di sviluppare il cancro al pancreas è associato a specifici batteri nella bocca. Si spera che la ricerca permetta un trattamento precoce e più preciso della malattia, che è una delle più comuni cause di morte da cancro negli uomini e nelle donne. Ossia più di 40.000 decessi ogni anno nei soli Stati Uniti. Altri studi hanno dimostrato che i pazienti affetti da cancro del pancreas sono conseguenti vittime della malattia parodontale, di carie e di cattive condizioni di salute orale generali. Pertanto, il gruppo di ricerca della NYU Langone Medical Center si è impegnato nella ricerca di collegamenti diretti tra la composizione dei batteri che causano la malattia orale e il successivo sviluppo del cancro al pancreas. Si è confrontato il contenuto di batteri in campioni di collutorio di 361 uomini e donne americani, che avevano sviluppato il cancro al pancreas con quei 371 campioni di persone di età, sesso e stessa etnia che non avevano sviluppato la malattia ed hanno scoperto che gli uomini e le donne con microbiologia del cavo orale comprensiva di *Porphyromonas gingivalis*, una delle principali cause di malattia parodontale, hanno subito un rischio complessivo maggiore del 59 per cento di sviluppare il cancro al pancreas rispetto a quelli con una microbiologia che non conteneva il batterio. Allo stesso modo, le persone con *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, associato alla parodontite grave, avevano il 50 per cento probabilità in più di nell'insieme di sviluppare la malattia. «La ricerca offre la prima prova diretta che i cambiamenti specifici della microbiologia orale rappresentino un probabile fattore di rischio di cancro del pancreas insieme all'età avanzata, sesso maschile, fumo, etnia afro-americana e fattori ereditari della malattia», ha detto il ricercatore senior ed epidemiologo Jiyoung Ahn. In un altro studio pubblicato il mese scorso, Ahn e i suoi colleghi hanno dimostrato che il fumo di sigaretta era legato al drammatico, anche se reversibile, cambiamento di quantità e del mix di batteri del microbioma orale. Ha detto tuttavia, che ulteriori ricerche sono necessarie per determinare se non vi sia rapporto di causa-effetto oppure come o se tali modifiche correlate al fumo alterino il sistema immunitario o inneschino in altri modi attività che causano il cancro del pancreas. I risultati sono stati presentati il 19 aprile in occasione della riunione annuale della American Association for Cancer Research a New Orleans. È la conclusione di uno studio realizzato da ricercatori della New York University School of Medicine (Stati Uniti) presentato all'ultimo congresso dell'American Association for Cancer Research.

---

## **PPI e funzione renale**

(da fimmg.org) Una nuova ricerca indica che l'uso a lungo termine di alcuni farmaci comunemente usati per trattare gastrite, reflusso e ulcera gastroduodenale possa avere effetti dannosi sul rene. I risultati provengono da uno studio che appare nel prossimo numero del Journal of American Society of Nephrology (JASN). Nel 2013, a 15 milioni di americani sono stati prescritti farmaci inibitori della pompa protonica (PPI) e questo numero è probabilmente sottostimato, perché tali farmaci sono disponibili anche come OTC e possono essere acquistati senza prescrizione medica. I ricercatori della Saint Louis Veterans Affairs School hanno identificato 173.321 utilizzatori di PPI e 20.270 di farmaci antiH2. Negli oltre 5 anni di follow-up, chi assumeva PPI presentava una probabilità maggiore di un decremento della funzione renale rispetto a chi era trattato con antiH2. Gli utilizzatori di PPI hanno presentato anche un aumento del rischio del 28% di sviluppare una malattia renale cronica e del 96% di insufficienza renale. Inoltre, si è rilevata un'associazione tra durata dell'uso di PPI e rischio di problemi renali: chi ha assunto PPI per un tempo più lungo aveva più probabilità di sviluppare problemi renali. I risultati suggeriscono quindi che l'uso a lungo termine di PPI può essere dannoso per il rene e deve essere evitato. L'uso di PPI può non solo aumentare il rischio di sviluppare una malattia renale cronica, ma può anche aumentare il rischio di una sua progressione quindi è bene limitare l'uso di PPI solo quando è clinicamente necessario e di limitarne la durata di utilizzo. Molti pazienti, infatti, che iniziano ad assumere PPI, continuano l'assunzione molto più a lungo del necessario. (Y. Xie et al. *Journal of the American Society of Nephrology*, 2016)

---

## **In Emilia Romagna il primo Prontuario pediatrico italiano con 478 principi attivi**

*Realizzato dalla Regione con la partecipazione di sei aziende sanitarie regionali. Uno strumento per pediatri e altri medici, con le informazioni per favorire un uso corretto dei medicinali, secondo criteri di efficacia, sicurezza e sulla base delle evidenze cliniche. E per evitare di utilizzare nei bambini farmaci che hanno indicazioni autorizzate solo per gli adulti.*

Leggi l'articolo completo al [LINK](#)

[http://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo\\_id=39425&fr=n](http://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=39425&fr=n)

### **Piaghe da decubito: consigli per una terapia nutrizionale appropriata**

(da Doctor33) Le ulcere da decubito rappresentano un problema in ambito domestico e ospedaliero. Il trattamento preventivo si basa su quattro punti cardine: la cura della cute, il corretto posizionamento del paziente, la valutazione nutrizionale e il conseguente corretto apporto proteico-calorico.

Oggi l'ipotesi di affiancare al trattamento convenzionale farmacologico la terapia nutrizionale rappresenta una realtà consolidata. Gli studi scientifici non offrono ancora evidenze soddisfacenti, anche se l'American College of Physicians (Acp) raccomanda l'utilizzo di circa 20 grammi di proteine (soprattutto derivate dal siero del latte) oppure circa 4 grammi di aminoacidi (soprattutto prolina e arginina), in quanto migliorano il tasso di guarigione e la dimensione delle ferite. Tuttavia, recentemente, è stato effettuato uno studio multicentrico in cieco, randomizzato e controllato, comprendente 200 adulti malnutriti al II, III o IV stadio di ulcere da decubito. Nello specifico, è stata somministrata per otto settimane una supplementazione ipercalorica arricchita di arginina, prolina, zinco, vitamine e antiossidanti. Questa formulazione ha permesso di diminuire l'area affetta dalla piaga da decubito del 60,9%. Nello specifico l'arginina è un aminoacido essenziale che migliora l'anabolismo proteico, la produzione di collagene e la crescita cellulare. È un precursore dell'ossido nitrico, che aumenta il flusso sanguigno ai tessuti e agisce come mediatore della risposta immunitaria. Lo zinco è un minerale essenziale richiesto per l'attività catalitica di numerosi enzimi. Contribuisce alla sintesi del Dna, alla corretta funzione immunitaria e alla regolazione della proliferazione cellulare. Anche gli antiossidanti sono fondamentali in qualsiasi condizione infiammatoria cronica. Tra questi, la vitamina C è attivamente coinvolta nella sintesi del collagene, agisce sulla proliferazione dei fibroblasti e sull'immunità cellulare. Non di minore importanza sono la vitamina A che influenza la sintesi della membrana cellulare e la vitamina K, essenziale per il quadro emostatico. È ragionevole pensare che una combinazione di tutti questi nutrienti sia la scelta più efficace per una corretta guarigione dalle ulcere da decubito soprattutto per aumentare la produzione di collagene e velocizzare la cicatrizzazione dei tessuti. (*Amir Qaseem et al.; Treatment of Pressure Ulcers: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians; Ann Intern Med. 2015;162:370-379*)

---

### **Solitudine killer, può scatenare cardiopatie e ictus**

(da AdnKronos Salute) Malati di solitudine, in senso letterale. Secondo un recente studio, essere soli e non poter contare su una solida rete di rapporti sociali può aumentare il rischio di cardiopatia o ictus. Con un effetto 'spacca cuore' simile a quello che si vede negli ansiosi, o in chi fa un lavoro molto stressante. A valutare il peso della solitudine per la salute sono stati i ricercatori dell'University of York, dell'University of Liverpool e della Newcastle University. Gli scienziati hanno esaminato 23 studi condotti su oltre 181.000 adulti, in cui sono stati registrati 4.628 casi di malattie coronariche e 3.002 ictus. Dopo un'analisi di tutti i dati disponibili, i ricercatori hanno scoperto che solitudine e isolamento erano associati a un +29% del rischio di cardiovasculopatia e un +32% di pericolo ictus. "Abbiamo scoperto un'associazione tra scarse relazioni sociali e incidenti cardiovascolari comparabile, per dimensione, a quella di altri fattori di rischio psicosociale, come l'ansia o una professione stressante", scrivono gli autori su 'Heart'. "I nostri risultati indicano che gli sforzi per ridurre il rischio" di malattie per cuore e cervello "potrebbero beneficiare del fatto di tener conto della solitudine e dell'isolamento sociale". In pratica, contrastare questi due fattori potrebbe avere un effetto collaterale salvacuore, dicono gli esperti nel lavoro, che rimbalza sulla stampa britannica. Chi è molto estroverso o può contare su una fitta rete di rapporti sembra più fortunato, dunque. Ma anche "i medici hanno un ruolo chiave da giocare nell'illustrare ai propri pazienti l'importanza dei rapporti sociali", scrivono gli autori. Insomma, c'è sempre tempo per dire addio alla solitudine, specie se a 'prescriverlo' è il medico.





**FNOMCeO**

<https://noiconvoirimini2016.org>

**RIFLESSIONI SULL'EVOLUZIONE DELLA FIGURA DEL MEDICO IN ITALIA**

“ Alza gli occhi al cielo:  
non troverai mai arcobaleni se continui a guardare in basso.”

**Charlie Chaplin,**  
Swing High Little Girl, 1969

19-21 Maggio 2016

## PREMESSA

Il medico è un protagonista centrale nel processo di cambiamento in atto del nostro sistema sanitario e la riflessione sull'evoluzione nei prossimi anni della sua figura è un momento essenziale per permettere a questo professionista di giocare un ruolo strategico nel servizio alla società.

All'interno dei nuovi scenari, il medico è oggi chiamato, in modo consapevole e proattivo, a:

- essere regista del proprio percorso professionale, cogliendo i momenti chiave di ogni fase (ad esempio quando specializzando, *leader* professionale, mentore per i colleghi più giovani, ecc.);
- approfondire le proprie competenze, tecniche e non-tecniche, utilizzando al meglio gli strumenti del *Continuous Professional Development*;
- agire come attore competente nella dimensione economica, sociale e politica della propria comunità;
- adattarsi allo sviluppo e contribuire a determinare i mutamenti delle organizzazioni sanitarie e del loro governo, cogliendo le opportunità offerte dal cambiamento e valorizzando la centralità del paziente in ogni attività.

Il dibattito sull'evoluzione della figura del medico deve giovare del coinvolgimento del mondo accademico e di quello professionale, nonché dei contributi di tutti i soggetti che si rivolgono al medico. Particolare attenzione deve essere rivolta alle motivazioni che conducono all'intrapresa della professione medica.

La FNOMCeO ha ritenuto utile operare una rigorosa riflessione sull'evoluzione della figura del medico in Italia nei prossimi anni.

Le considerazioni proposte mirano a:

- sensibilizzare sulla molteplicità e la complessità delle variabili che possono influenzare le decisioni relative alla sanità e alla professione medica;
- promuovere la figura di un medico che sia consapevolmente radicato nella propria storia e nella propria "*mission*" di promuovere e garantire la salute individuale e collettiva, e allo stesso tempo sia protagonista nel governare l'evoluzione dei sistemi socio-sanitari, contribuendo attivamente a orientarne le politiche e le scelte in materia, anche identificando possibili linee di azione per intervenire proattivamente.

## 1. LO SCENARIO OPERATIVO

### 1.1 Una sanità in cambiamento

In Italia, come in generale nel mondo occidentale, i sistemi sociali e sanitari sono notevolmente cambiati negli ultimi anni. I fenomeni che hanno alimentato i tanti mutamenti intervenuti sono molteplici e coinvolgono anche attori fino a oggi "esterni" ai sistemi sanitari. Per tale ragione, è necessario, in modo proattivo, procedere all'individuazione dei principali elementi che hanno condotto all'evoluzione del nostro sistema socio-sanitario.

1. **L'evoluzione del quadro demografico e sociale**, nel quale spiccano alcuni fenomeni, quali [1]:

- a. l'invecchiamento della popolazione;
- b. l'urbanizzazione;
- c. la riduzione della numerosità dei nuclei familiari o conviventi;
- d. la crescita in Italia della multietnicità, che determina in modo significativo nuove variabili relativamente a:
  - stili di vita;
  - pratiche tradizionali;
  - religiosità;
  - diverse interpretazioni dei concetti di "salute" e "benessere";

- e. i determinanti sociali con l'incremento di una popolazione italiana vicina alla soglia di povertà, con ipotizzabili significativi impatti anche a breve termine sulla salute e sui costi dell'assistenza;
  - f. le problematiche ambientali e il loro influsso sulla salute;
  - g. la recente regressione dell'indice di attesa di vita media per maschi e femmine
2. **L'evoluzione del quadro epidemiologico nella popolazione** caratterizzato da [2, 3, 4, 5]:
    - a. prevalenza di malattie cronico-degenerative;
    - b. incremento di quadri polipatologici;
    - c. incremento del disagio e delle patologie mentali;
    - d. le problematiche ambientali e il loro influsso sulla salute.
  3. **L'evidenza di una grande variabilità all'interno dei sistemi** (europei, nazionali e regionali) negli indicatori relativi all'aspettativa di vita, al benessere soggettivo e alla garanzia di equità nell'accesso ai servizi socio-sanitari [6].
  4. **L'evoluzione dell'attesa di salute** con molte e articolate componenti [7]:
    - a. evoluzione del concetto di "salute" anche nella percezione dei professionisti sanitari;
    - b. elevate aspettative da parte dei singoli e della società in rapporto alle risposte possibili da parte dei sistemi sanitari;
    - c. difficoltà a riconoscere che la scienza e la tecnologia hanno dei limiti oltre i quali entrano in gioco altre e altrettanto importanti componenti, che hanno a che fare con tutte le dimensioni della persona umana;
  5. **La personalizzazione delle cure** legata [8]:
    - a. alle esigenze del paziente;
    - b. all'evoluzione scientifica e tecnologica con la possibilità o la necessità di tarare la risposta sul profilo specifico (genetico, enzimatico, ecc.) della singola persona.

Le organizzazioni sanitarie e le modalità organizzative attraverso le quali rispondere alla domanda di salute richiedono un cambiamento, in particolare rispetto ai seguenti modelli.

1. Modelli organizzativi, che attualmente risentono di un'impostazione basata su [9]:
  - a. un'organizzazione "a canne d'organo";
  - b. una scarsa integrazione attorno al "percorso paziente";
  - c. un dimensionamento delle *équipe* professionali mediche, soprattutto negli ospedali, fortemente orientato alla copertura "h24" piuttosto che ai volumi minimi di attività.
2. Modelli di finanziamento, ancora fortemente basati su un insieme di spesa storica e di pagamento per prestazione («otteniamo quello per cui paghiamo»), anche se si stanno lentamente sperimentando forme che incentivano il "percorso paziente", la *performance* e gli esiti [10].

L'impegno finalizzato all'elaborazione di nuovi modelli organizzativi tende a seguire alcune tendenze a livello internazionale, quali:

1. l'integrazione tra "sociale" e "sanitario";
2. l'integrazione tra le varie fasi del "percorso paziente";
3. l'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare;
4. l'intensità di cura;
5. la continuità delle cure;
6. la garanzia di *standard* di sicurezza;
7. l'efficienza e la riduzione dei costi [11].

Tutti gli sforzi tesi a sviluppare i nuovi modelli devono tenere conto del fatto che i sistemi socio-sanitari sono sistemi complessi, ossia un insieme di agenti individuali che hanno la libertà di agire in modi non sempre totalmente prevedibili, dove le azioni di un agente cambiano il contesto per altri agenti.

Alcuni altri fenomeni rendono irreversibile il cambiamento anche nel sistema sanitario italiano.

1. **La quantità di risorse che rimarrà limitata** rispetto alla crescente domanda di salute. In questo senso ci sono evidenze che:
  - a. un modello di evoluzione è quello di incrementare “valore” (inteso come miglioramento degli esiti di salute per ogni euro investito dal sistema) [15];
  - b. si possono raggiungere migliori risultati investendo in programmi di miglioramento continuo della qualità, anche a risorse invariate (“iso-risorse”) [16];
  - c. la sostenibilità dei sistemi è un problema che riguarda anche la professione medica: il medico ricopre un ruolo centrale poiché contribuisce con le sue scelte a determinare la sostenibilità dei sistemi.
2. **Gli investimenti e l’innovazione nel settore biomedico sono in crescita.** Nuovi strumenti e modalità di interazione tra persona e professionisti sanitari, che rivoluzionano i modelli tradizionali di cura e assistenza, vengono messi a disposizione seguendo tre principi generali [17]:
  - a. cogliere i bisogni e le aspettative della collettività (pazienti-consumatori);
  - b. integrare e rendere accessibili i dati;
  - c. rendere l’assistenza, almeno per un certo livello di domanda di salute, facile e accessibile (ad esempio attraverso l’acquisto *on line* di alcuni servizi).
3. **L’Information and Communication Technology (ICT)** trasforma significativamente le organizzazioni sanitarie e il ruolo dei professionisti.
  - a. L’utilizzo dei sensori (portabili, impiantabili, ingeribili, ecc.) genera grandi quantità di dati.
  - b. Da una crescente mole di dati potranno/dovranno essere estratte informazioni rilevanti sulla persona, sulla collettività e sui sistemi sociali.
  - c. Ogni fase del “percorso paziente” sarà riconducibile ai dati e al monitoraggio digitale, che impatterà:
    - sui percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali del paziente;
    - sulla possibilità di monitoraggio da remoto (ad esempio la telemedicina);
    - sulla valutazione delle *performance*;
    - sui sistemi di investimento;
    - sui meccanismi di “premio-sanzione”;
    - sulla *privacy*.
  - d. La disponibilità o meno a connettersi alle “autostrade” digitali potrebbe diventare un problema rispetto alla possibilità di garantire *standard* di qualità e di equità.
4. **Il ruolo del cittadino e dei pazienti sarà diverso e più rilevante.**
5. **Il declinare la centralità del cittadino e del paziente** richiede e richiederà il riconoscere che:
  - a. persone e pazienti sono pronti (circa il 50%) ad affrontare nuovi modelli di assistenza basati sul digitale e sul “fai da te” [17];
  - b. persone e pazienti non sono una categoria unica, ma al loro interno esistono profili diversi in relazione a:
    - domanda di salute (ad esempio percepita e non, espressa e non, ecc.);
    - domanda di servizi (ad esempio appropriatezza della domanda, percezione del suo valore anche economico, ecc.);
    - capacità di comprensione e utilizzo delle informazioni dalla persona non acculturate dal punto di vista sanitario sino al paziente che può essere anche un professionista sanitario [18], e a livello di partecipazione e coinvolgimento nella scelta;
    - capacità di utilizzo della tecnologia;
  - c. persone, comunità, *stakeholders* e decisori politici richiedono una valutazione della qualità e delle *performance* dei sistemi sanitari.

## 1.2 Alcune rivoluzioni in atto nella professione medica

Alcune trasformazioni in corso nei sistemi sanitari hanno degli impatti significativi anche nel modo in cui il medico esercita la sua professione. Tra le più rilevanti troviamo:

1. il dover **“rendere conto” (accountability)**, come singolo o come équipe, rispetto alle *performance* e agli esiti delle cure;
2. lo sforzo di modificare gli esiti di politiche pubbliche o di decisioni allocative che hanno un impatto diretto sulla vita delle persone (**advocacy**);
3. **l’adesione (compliance) a regole e raccomandazioni**, sostenute da evidenze scientifiche, spesso innovative rispetto ai comportamenti tradizionali;
4. la **necessità di lavorare in team per rispondere alla domanda di salute**;
5. **l’evoluzione delle relazioni con le persone e la comunità**, che assumono progressivamente un maggior protagonismo;
6. la **disponibilità di più dati e di un maggiore numero di contatti**, anche grazie alle nuove tecnologie, che tuttavia non necessariamente genera più informazioni e migliore conoscenza dei fenomeni e che anzi non facilita le scelte;
7. **l’elevato numero di evidenze scientifiche disponibili non immediatamente traslabili nella pratica quotidiana**;
8. la **responsabilizzazione rispetto al valore economico nelle scelte clinico assistenziali**;
9. il dover **“rivoluzionare”** il proprio modo di operare tecnico (secondo l’evoluzione scientifica e tecnologica) e il proprio modo di operare dentro le organizzazioni, che sempre più si articolano in reti attraverso diverse procedure.

## 2. IL MEDICO E LE POLITICHE PER LE RISORSE UMANE IN SANITÀ

### 2.1 La politica per le risorse umane in sanità

Declinare una politica per le risorse umane nei sistemi sanitari richiede la presenza di scenari condivisi di medio e lungo termine, evitando azioni episodiche che potrebbero generare instabilità e non sarebbero in grado di influenzare significativamente lo scenario.

Prospettive e azioni che includano le fasi del ciclo lavorativo dei professionisti sono di seguito elencate.

1. Pianificazione del fabbisogno.
2. Preparazione e inserimento (comprendenti reclutamento e formazione).
3. Mantenimento e miglioramento continuo (ad esempio motivazione, supporto, autovalutazione, soddisfazione, formazione continua, salute e sicurezza).
4. Valutazione delle *performance* (ad esempio disponibilità, competenza, produttività, ecc.).
5. Gestione degli attriti e dell’uscita (ad esempio migrazione, evoluzione di carriera, pensionamento).

Nei sistemi sanitari le politiche delle risorse umane sono determinate da alcuni elementi, quali:

1. le politiche europee, nazionali e regionali;
2. l’evoluzione demografica dei professionisti e degli operatori (tendenze di genere e lunghezza della vita lavorativa);
3. il cambiamento demografico della popolazione e il conseguente impatto in termini di fabbisogno di salute;
4. l’evoluzione delle aspettative della popolazione, che richiedono *standard* qualitativi più elevati;
5. i sistemi regolatori rispetto al reclutamento, la gestione dello sviluppo della carriera e l’uscita dei professionisti;
6. i modelli organizzativi adottati, che influenzano qualità e quantità delle risorse professionali necessarie;

7. la cultura interna alle organizzazioni, che influisce sulle modalità operative, l'attrattività e la capacità di fidelizzazione dei professionisti;
8. la dinamica delle risorse umane in altri settori, che può rendere più o meno attrattivo lo sbocco nei sistemi sanitari.

**Particolari importanti sono le evoluzioni demografiche del sistema sanitario, che riguardano la sempre maggiore presenza delle donne medico, che sono oggi in media più del 40% del numero totale di professionisti e più del 60% dei medici con meno di 30 anni di età. Questo dato, ormai stabile, dovrà necessariamente prevedere nella politica per le risorse umane in sanità delle azioni rivolte a favorire una maggiore conciliabilità tra i tempi di lavoro e di carriera con i tempi della cura parentale (figli, genitori, familiari diversamente abili). Ciò potrà essere attuato sia attraverso flessibilità adeguate dell'orario di lavoro e accesso al *part-time*, che mediante la previsione di asili nido aziendali, oggi assenti nella maggioranza delle strutture ospedaliere italiane.**

**A questi particolari vanno aggiunti alcuni tratti caratteristici della realtà italiana, tra i quali le rigidità normative in materia di mobilità, modifica e trasformazione dei ruoli, e le difficoltà nel programmare le attività dei professionisti sanitari nelle diverse articolazioni del sistema.**

## **2.2 Il fabbisogno di medici nei sistemi sanitari europei**

Vari studi evidenziano l'esistenza di una criticità nelle proiezioni sul fabbisogno e sulla disponibilità di medici nell'Unione Europea, mostrando in particolare diversi scenari caratterizzati da [20, 21]:

1. carenza di medici in alcuni settori disciplinari;
2. disomogenea distribuzione per territorio a favore dei contesti urbani, per settore a favore degli ospedali;
3. mobilità dei medici tra i paesi membri dell'Unione Europea a favore di quelli con sistemi più avanzati e meglio retribuiti.

Gli stessi dati segnalano come la vita lavorativa si stia allungando e come questo impatti in modo particolare sulla figura del medico.

Nella realtà italiana negli ultimi 50 anni le varie dinamiche di formazione e reclutamento dei medici, in assenza di una programmazione organica, hanno creato coorti non omogenee di professionisti, particolarmente numerose in alcune fasce di età. [22].

## **3. UN MEDICO LEADER IN UNA SANITÀ COMPLESSA**

**Il medico è chiamato a sfide future in un sistema di collaborazione con altre figure professionali, maturando caratteristiche diverse in particolare per fronteggiare le innovazioni tecnologiche che connoteranno il futuro assetto della medicina. Dovrà ricoprire il ruolo di garante e artefice della salute, gestendo la propria *leadership* in un sistema sempre più complesso e di fronte a una crescente richiesta di salute e di risultati.**

### **3.1 Caratteristiche del professionista medico**

Il medico, come persona e come professionista, ricerca continuamente un equilibrio tra le richieste e la realtà (o tra la cosiddetta "medicina dei desideri" e la "medicina dei bisogni"), cercando di armonizzare tre principali istanze:

1. la risposta professionale al bisogno di salute delle persone che gli sono affidate e che chiedono il suo aiuto, e quello della comunità in cui sono inserite;
2. la risposta alle sue motivazioni personali profonde;
3. le esigenze del servizio.

Non è facile distinguere nella realtà la componente professionale da quella personale, in quanto molto spesso esse sono strettamente connesse.

Una sintesi efficace dei molteplici aspetti inclusi nella competenza professionale di un medico è quella in cui si uniscono [24]:

1. la capacità di integrazione delle diverse conoscenze con le mutevoli condizioni della realtà;
2. le competenze tecniche specifiche delle discipline;
3. le abilità di relazione (ad esempio la gestione dei conflitti, le abilità comunicative, il lavoro di gruppo, ecc.);
4. la capacità di adattarsi al contesto organizzativo (ad esempio in funzione della tipologia di organizzazione in cui ognuno è chiamato a operare);
5. la capacità di affrontare la complessità delle situazioni (ad esempio la gestione dell'ansia, la tolleranza dell'ambiguità, l'intelligenza emotiva, la disponibilità verso i pazienti e la società, ecc.);
6. le abitudini mentali (ad esempio osservare i propri pensieri ed emozioni, riconoscere e gestire i *bias* cognitivi ed emotivi, la disponibilità a riconoscere gli errori, ecc.).

**Ogni medico è chiamato a essere nel contempo anche formatore, secondo modalità, professionalità e impegno diversi a seconda dei ruoli ricoperti. Si evidenzino i seguenti importanti elementi:**

- **Le *Non Technical Skills* (NOTTS);**
- **l'operare nelle organizzazioni;**
- **la *leadership*;**
- **la comunicazione.**

**Un'ulteriore caratteristica richiesta al medico è l'esercizio della *leadership* [29].** Sebbene il termine "*leadership*" possa talora non essere interpretato in modo univoco, appare evidente la sua importanza tra gli elementi essenziali della professionalità del medico.

**Il *leader* si caratterizza per l'abilità di indirizzare efficacemente coloro che lo seguono, offrendo una visione chiara, attraente e concreta degli obiettivi da raggiungere. La *leadership* deve essere esercitata in modo diffuso in un sistema di lavoro, in *équipe* o in *team*. Il lavoro in *team*, infatti, costituisce la dimensione ordinaria dell'agire medico e significa interagire con colleghi, con gli altri professionisti sanitari, come anche con i pazienti, i familiari e le comunità, che spesso richiedono di essere orientate e guidate verso scelte operative.**

### **3.2 La formazione del medico**

La formazione del medico, anche in relazione a quanto previsto dal Legislatore, è un processo molto lungo (oltre 10 anni), che richiede un importante investimento da parte della società per ogni professionista formato.

Il processo è dinamico: non si esaurisce con la sola formazione di base e specialistica, bensì accompagna il medico nei diversi momenti della sua vita professionale in funzione dei ruoli e degli incarichi assunti.

Una formazione efficace necessita di requisiti, che le istituzioni deputate hanno il compito di soddisfare [30].

### **3.3 Il medico e il *Continuous Professional Development***

La formazione deve essere finalizzata alla figura di un medico quale protagonista attivo nelle scelte, nella definizione del fabbisogno, nonché nella definizione delle stesse modalità di formazione.

L'allungamento della vita lavorativa, associato a una veloce evoluzione dei bisogni di salute, delle conoscenze tecnico-scientifiche e degli strumenti disponibili, richiede, oltre a investimenti sui nuovi professionisti, anche significative capacità di adattamento e di trasformazione per quanti già sono occupati.

I processi formativi per i medici si caratterizzano per:

1. la crescente rilevanza del *“Continuous Professional Development”* [32];
2. il ruolo attivo del singolo operatore nel disegnare il proprio percorso professionale e i bisogni formativi;
3. l'attenzione al proprio *“benessere”*;
4. la misurazione e il confronto delle *performance* tra pari.

La formazione continua dei professionisti ha un ruolo centrale nell'utilizzare al meglio le potenzialità esistenti, mirando tra l'altro a [33]:

1. allineare le qualificazioni acquisite, spesso generali, con le esigenze specifiche delle organizzazioni;
2. trovare il corretto bilanciamento tra le abilità richieste e quelle disponibili da parte del professionista, così da evitare, o quantomeno ridurre, i fenomeni di:
  - a. *“Over-skilling”* (il professionista è qualificato più di quanto richiesto da quella specifica posizione);
  - b. *“Under-skilling”* (il professionista necessita di ulteriore formazione per poter garantire quanto richiesto dalla posizione);
3. evitare il verificarsi di *“vuoti”* in alcuni settori per carenza di investimenti specifici nella formazione o per scarsa attrattività degli stessi;
4. mantenere e sviluppare le professionalità esistenti in linea con l'evoluzione scientifico-tecnologica.

Infatti, esiste consenso sul fatto che vengano erogati servizi migliori da coloro che mantengono le competenze attraverso un apprendimento continuo sistematicamente valutato.

#### **4. VALUTAZIONE DEI PROFILI E DELLE PECULIARITÀ DEL MEDICO IN ITALIA**

Nell'avviare un processo di riflessione sulla figura del medico è doveroso tenere presente che non esistono risposte semplici a problemi complessi, e che il tempo necessario per valutare l'impatto delle azioni intraprese in questo settore è medio-lungo (maggiore di 3-5 anni).

Inoltre, per orientare i sistemi complessi come la sanità, è importante individuare e diffondere alcune regole che fungano da motore e collante nel sistema.

##### **4.1 Elementi di un profilo**

*Il medico in Italia nei prossimi anni dovrà essere:*

- 1. proattivo nell'affrontare l'innovazione, partendo dalle proprie radici.**
- 2. detentore di competenze professionali che continuamente sviluppa e mantiene aggiornate;**
- 3. detentore di un metodo scientifico e attento alla produzione di nuove conoscenze;**
- 4. capace di ascoltare e comunicare con la persona nel bisogno;**
- 5. capace di tenere conto della dialettica tra risposta alla singola persona e quella alla comunità;**
- 6. attento alla dimensione etica quotidiana della professione, partendo dall'adesione alle pratiche raccomandate e sostenute da evidenze scientifiche;**



7. *capace di esercitare una leadership professionale rispetto a colleghi, professionisti, pazienti e persone assistite;*
8. *cosciente del proprio ruolo sociale e politico: il fatto di poter intervenire sulla salute e sulla vita conferisce un "potere" di advocacy;*
9. *cosciente di essere un attore economico: determina e gestisce risorse economiche ingenti;*
10. *attento a perseguire il miglioramento continuo proprio e dell'organizzazione in cui è inserito, oltretutto a dimostrarlo;*

#### 4.2 Possibili aree di intervento

Le aree di intervento e le possibili azioni rispetto all'evoluzione della figura del medico in Italia sono molteplici. Di seguito vengono presentate alcune proposte collegate alle riflessioni sino a qui sviluppate.

**Rispetto alla fase del reclutamento**, si possono considerare almeno due livelli di azione:

1. uno centrato sul rendere attrattiva la figura del medico valorizzandone gli aspetti vocazionali e la possibilità di realizzazione personale esercitando la professione;
2. l'altro centrato sull'identificazione degli investimenti strategici dell'Italia rispetto alla formazione di base e specialistica per i medici in Italia (ad esempio formare o acquisire professionisti già formati, ecc.).

**Rispetto al percorso professionale**, le azioni possono riguardare:

1. l'introduzione di una maggiore flessibilità nei diversi momenti o stadi del percorso professionale (facilitazione di riconversione di carriera);
2. la valorizzazione dell'allungamento della vita professionale come, ad esempio, promuovendo il "Mentoring" (recuperare le preziose esperienze di colleghi più anziani a supporto dei più giovani), delle differenze di genere e del coinvolgimento nell'alfabetizzazione sanitaria dei cittadini;
3. l'individuazione e la sperimentazione di nuovi modelli per valorizzare le differenze di genere, che potrebbero ad esempio contare sulla particolare attitudine al lavoro di gruppo del genere femminile, come sulla competenza e la qualità comunicativa e relazionale del rapporto con il paziente delle donne medico [33 bis].

**Nell'ambito della competenza professionale del medico**, le azioni potrebbero includere:

1. l'adozione di nuovi approcci legati all'evoluzione della domanda di salute (ad esempio la polipatologia, l'evoluzione delle patologie prevalenti, la personalizzazione degli approcci e delle terapie, la sicurezza delle cure, ecc.);
2. l'investimento su aspetti quali l'etica professionale, i NOTTS, la *leadership*, l'operare nelle organizzazioni, la comunicazione;
3. l'utilizzo critico degli strumenti dell'*Information and Communication Technology* nella consapevolezza di come questi contribuiscano a definire la professionalità e il modo di essere del medico;
4. l'attenzione alla relazione con la persona nelle sue molteplici dimensioni (capacità di proporre solo quanto necessario e sicuro per il paziente, saper ascoltare e condividere, rispettare la sofferenza fino eventualmente al riconoscimento della dimensione spirituale);
5. la relazione costante con la propria comunità di riferimento.

Le **azioni per la formazione del medico** possono includere, oltre alle tematiche già citate in precedenza:

1. lo studio e l'adozione delle migliori modalità di apprendimento e di *training* con particolare attenzione alla *Continuous Professional Development (CPD)*;

2. saper operare nel “percorso paziente” superando i silos dei singoli episodi di cura e sapendo leggere e sintetizzare le diverse e molteplici informazioni;
3. saper apprendere nella prospettiva del *Continuous Professional Development* (CPD), progettando un proprio percorso formativo strategico;
4. saper gestire il profilo di carriera nell’arco di 40-50 anni, includendo anche la qualità della propria vita (ad esempio i tempi personali, la maternità, ecc.).

Le possibili azioni richiedono anche di intervenire **ripensando le organizzazioni sanitarie e le loro articolazioni**, provando a ipotizzare di:

1. rendere attrattive per i professionisti le cosiddette “periferie”, facendo in modo che vi sia un equo accesso ai servizi per tutti le persone;
2. sviluppare modelli che facilitino le relazioni e l’integrazione tra sistemi e professionisti, favorendo una lettura complessiva dei fenomeni;
3. porre una maggiore attenzione all’utilizzo degli strumenti ICT e la richiesta di un’adeguata accessibilità ai sistemi per garantire adeguati *standard* qualitativi e di equità;
4. valutare una ridefinizione delle aree di responsabilità e di interfaccia tra i professionisti della salute;
5. studiare modelli che favoriscano una maggiore permeabilità tra le diverse articolazioni delle organizzazioni sanitarie;
6. rendere la sicurezza per pazienti e operatori una garanzia di sistema;
7. promuovere l’adozione sistematica di strumenti quali il profilo di ruolo (*Job Description*) per favorire lo sviluppo professionale e migliorare la qualità e la sicurezza delle cure;
8. favorire lo sviluppo di sistemi di confronto su *performance* ed esiti in una dimensione sia nazionale che internazionale, per favorire l’ “*accountability*” delle organizzazioni e dei professionisti (la sistematica applicazione di programmi di verifica e revisione dei processi e degli esiti);
9. favorire un ruolo attivo dei pazienti nei percorsi di cura e di assistenza.

## CONCLUSIONI

Il percorso per orientare e accompagnare l’evoluzione della figura del medico in Italia richiede una prospettiva temporale di medio-lunga durata, un’azione continua caratterizzata da flessibilità e creatività nel cogliere e sviluppare di volta in volta innovazioni e opportunità, una verifica periodica dello stato dell’arte che diventi poi *feed back* e punto di ripartenza per tutti i protagonisti coinvolti.

Alla luce dei dati disponibili, gli ambiti nei quali è necessario investire possono essere individuati nella:

1. rivisitazione e consolidamento degli elementi che caratterizzano la professionalità del medico, da quelli più tecnici a quelli legati alla capacità di lettura e di intervento nel contesto;
2. promozione e supporto delle attività di formazione continua negli ambiti clinico assistenziali di interesse;
3. promozione e supporto della formazione in settori strategici per il miglior esercizio della professione, in particolare:
  - a. nei NOTTS, con particolare enfasi in merito al tema della capacità di lavorare in gruppi (multispecialistici e multiprofessionali), da cui non può essere estranea una specifica formazione etico-deontologica;
  - b. nella capacità di comunicare professionalmente in modo efficace con i colleghi, con i pazienti (anche tenendo conto del loro ruolo sempre più attivo, nonché della loro alfabetizzazione sanitaria), con le altre professioni sanitarie e con la società;

- c. nella capacità di leggere e inserire il singolo evento clinico nel contesto più ampio della storia del paziente e del sistema sociale in cui è inserito;
- d. nella capacità di gestire il proprio sviluppo professionale e lo stress che può accompagnarne alcune fasi;
- e. nell'esercizio della *leadership* professionale, modulata in funzione dei livelli di azione cui il professionista è chiamato;
- f. nella conoscenza e comprensione dei meccanismi che regolano la dinamica dei sistemi complessi, che influenzano l'agire quotidiano nei più diversi livelli;
- g. nella *governance* in sanità;
- h. nella capacità di contribuire a determinare e a governare i cambiamenti delle organizzazioni.

Inoltre, l'accompagnamento e l'orientamento dell'evoluzione della figura del medico in Italia trae giovamento da un dibattito generale che coinvolga tutti i professionisti interessati, il mondo accademico e l'intera società, tenendo conto delle attese e delle esigenze dei soggetti con i quali il medico si relaziona.