

OMCeo

NOTIZIARIO DELL'ORDINE DEI
MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI VENEZIA

01.13

Anno LIV - n. 01 del 00 Febbraio 2013 - Euro 0,90
Poste Italiane s.p.a.
Spedizione in Abbonamento Postale - 70% NE/VE

**E SE DOMANI...
PROVE DI FUTURO
PER MEDICINA
E ODONTOIATRIA.**



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI
DI VENEZIA

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VENEZIA

Consiglio Direttivo

dott. MAURIZIO SCASSOLA (Presidente)
dott. GIOVANNI LEONI (Vice-Presidente)
dott. CATERINA BOSCOLO (Segretario)
dott. MORENO BREDI (Tesoriere)
dott. LUCA BARBACANE
dott. STEFANO AUGUSTO BERTO
dott. ANTONIO LO GIUDICE †
dott. ORNELLA MANCINI
dott. MALEK MEDIATI
dott. GABRIELE OPTALE
dott. SANDRO PANESE
dott. TIZIANA PONZETTO
dott. SALVATORE RAMUSCELLO
dott. PAOLO REGINI
dott. DAVIDE RONCALI
dott. MORENO SCEVOLA
dott. PIETRO VALENTI

Collegio dei Revisori dei Conti

Effettivi

dott. PASQUALE PICCIANO (Presidente)
dott. ALBERTO COSSATO
dott. ALESSANDRO PETRICCIONE

Supplente

dott. ANDREA BONANOME

Commissione per gli iscritti all'Albo Odontoiatri

dott. GIULIANO NICOLIN (Presidente)
dott. STEFANO AUGUSTO BERTO
dott. GABRIELE CRIVELLENTI
dott. ARIANNA SANDRIN
dott. PIETRO VALENTI



Anno LIV - n. 1 del 00 Febbraio 2013
Aut. Tribunale di Ve N. 239 - 31.1.1958

Direttore Editoriale
Maurizio Scassola

Direttore Responsabile
Franco Fabbro

Comitato di redazione
Giovanni Leoni, Ornella Mancin,
Michela Morando, Gabriele Optale,
Antonio Lo Giudice †, Cristiano Samuelli,
Pietro Valenti, Rafi el Mazloum

Sede e Redazione
Via Mestrina, 86 - 30172 Mestre (VE)
Tel. 041.989479 - Fax 041.989663
info@ordinemedicivenezia.it

Editore
Passart Editore
Via Iseo, 11 - 30027 San Donà di Piave (Ve)
R.O.C. 21098

Progetto Grafico - Stampa
Passart snc di Sartorello A. & Serafin A.
Via Iseo, 11 - 30027 San Donà di Piave (Ve)

Chiuso in redazione il 00/02/2013

04 "Se c'è amore per l'uomo
ci sarà anche amore
per la scienza"

05 Prove di futuro

07 Consigliaresti oggi
la professione odontoiatrica
a tuo figlio?

08 Studiare medicina:
ci vuole passione!

10 L'ingresso

13 Ma come è strutturato
il test d'ingresso?

19 Perché i ciliegi
tornino in fiore...

22 Medico ospedaliero

25 Odontoiatria italiana:
un mondo in rapido
cambiamento

27 "C'era una volta il medico di
famiglia...e c'è ancora"

29 Come ho superato i test di
ingresso: una testimonianza

Sommario

PAX
TIBI
MAR
CE
EVA
NGE
LISTA
MEUS

“Se c’è amore per l’uomo, ci sarà anche amore per la scienza”

(Ippocrate)

Questo notiziario dell’Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Venezia è un numero monografico, interamente dedicato ai giovani dell’ultimo anno delle scuole superiori che si apprestano a scegliere l’indirizzo di studi che li porterà a svolgere la nostra professione.

A questi giovani e alle loro famiglie abbiamo voluto offrire uno strumento di analisi non solo del test di ingresso e dei programmi di studio, ma anche

delle problematiche che coinvolgono oggi la professione medica: luci e ombre di un lavoro che continua ad affascinare pur con tutte le sue criticità. Ai giovani che sceglieranno di studiare Medicina o Odontoiatria e ai loro genitori, che avranno l’arduo compito di sostenerli in questo lungo cammino di preparazione alla professione medica, gli auguri di tutto il Consiglio dell’Ordine di Venezia e del Comitato di Redazione del Notiziario.

Editoriale



PROVE DI FUTURO

La scelta d'essere medico è raramente casuale o conseguenza di un puro atto opportunistico.

La bellezza e la complessità della vita si esemplifica bene nella professione del medico che sceglie, quasi sempre, consapevolmente una continua sfida con se stesso attraverso la relazione con gli altri. Il medico ancora oggi è in una condizione di privilegio perché incontra nella quotidianità occasioni di crescita umana e professionale e in tutte le statistiche demoscopiche emerge chiaramente un dato: siamo stressati dalla complessità delle attività, dalla burocrazia, dall'alto rischio professionale e da stipendi non adeguati, ma non rinneghiamo la scelta professionale; ricominceremo da capo.

Oggi il medico vive in una condizione di indubbia sofferenza e di ambivalenza: da un lato rivendica per sé condizioni sociali, professionali ed economiche adeguate, dall'altro deve sostenere la persona ammalata nel suo percorso di cura in un periodo di grave crisi politica, economica e sociale; così sempre più il malessere sconfinava nella malattia, il disagio sociale in sindromi complesse che non hanno una classificazione nosologica ma richiedono grandi capacità comunicative e relazionali.

Desidero partire da queste riflessioni per parlare alle future generazioni che hanno, oggi più che mai, bisogno di verità per poter decidere del proprio futuro in termini di consapevolezza, di orientamento, di strategie per un futuro meno incerto; ma i medici di oggi hanno bisogno di comunicare con le nuove generazioni per recuperare il senso della realtà e l'entusiasmo.

Questo notiziario è una occasione: parlare con i giovani per rivedere il nostro



Editoriale

ruolo e proiettarlo nel futuro.

Nel prossimo futuro lo scenario demografico, nelle professioni sanitarie, prevede un ricambio generazionale epocale; le nuove generazioni devono essere informate compiutamente: il percorso formativo del medico e dell'odontoiatra presume una piena consapevolezza della complessità del percorso e della delicatezza del ruolo.

La nostra professione è arte e scienza, declinate in un ambito delicatissimo

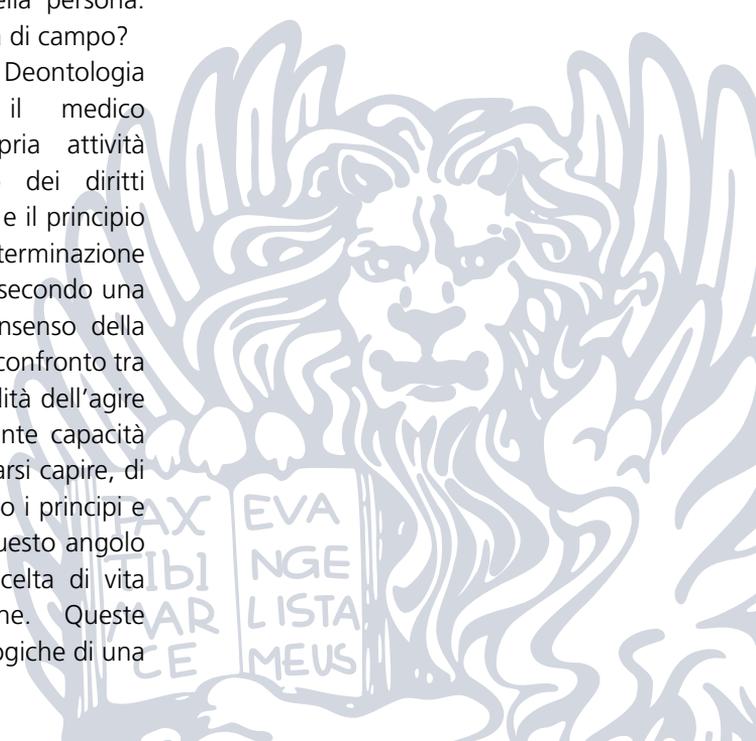
come quello delle relazioni umane: chi non ha capacità relazionale, chi non ama il confronto quotidiano con l'Altro è meglio che non scelga questa professione; questo è il punto di partenza che, al di là di qualsiasi interesse scientifico specifico, deve prevedere la prima, fondamentale riflessione.

In questo complicato contesto, i fattori informativi, educativi e culturali condizionano pesantemente atteggiamenti e comportamenti delle persone che spesso sono convinte di avere di fronte una medicina - scienza delle verità assolute e dei risultati prevedibili; la medicina è scienza fallibile e probabilistica, si configura sempre meno come pura disciplina biologica e sempre più come professione di aiuto che colloca i fatti in un contesto ambientale, biologico, psicologico e sociale. La relazione tra due persone assurge a vera relazione terapeutica e decisionale; il medico non è e non deve essere puro scienziato ma mediatore in condizioni difficili e offrire soluzioni possibili come portatore degli interessi della persona. Siamo pronti a questa scelta di campo?

L'articolo 20 del Codice di Deontologia Medica afferma che il medico deve improntare la propria attività professionale nel rispetto dei diritti fondamentali della persona e il principio costituzionale dell'autodeterminazione obbliga il medico ad agire secondo una liceità condizionata dal consenso della persona. In questo delicato confronto tra persone si fonda la profondità dell'agire medico che è sostanzialmente capacità di ascoltare, di capire e di farsi capire, di saper persuadere rispettando i principi e la libertà dell'altro. Sotto questo angolo visuale il medico fa una scelta di vita non sceglie una professione. Queste sono le vere radici antropologiche di una

professione medica che deve proiettarsi in un futuro ad alta innovazione tecnologica ma fondato sulla capacità organizzativa, relazionale e comunicativa. Qui introduciamo una ulteriore riflessione; il medico oggi ma soprattutto nel prossimo futuro deve saper convivere in un sistema organizzativo che prevede la presenza di equipe multi professionali; il giovane studente potrà scegliere l'attività di medico di famiglia o una microspecializzazione ma dovrà sempre affrontare il confronto all'interno della professione e con le altre professioni sanitarie in un sistema complesso di responsabilità individuale e di equipe. Questa è la bellezza della professione medica: bellezza come complessità, bellezza come ricerca costante di equilibrio, bellezza come vita pienamente vissuta.

Maurizio Scassola
Presidente dell'Ordine dei Medici
di Venezia



CONSIGLIERESTI OGGI LA PROFESSIONE ODONTOIATRICA A TUO FIGLIO?



Dovrei rispondere come ho fatto in precedente articolo, in cui dichiaravo di essere felice per la scelta di mia figlia di fare medicina.

Noi viviamo in un momento socio-politico particolare, in cui le famiglie italiane tagliano le spese superflue, si indebitano per andare in vacanza e rinviando il programma di cure prospettate per la

loro salute orale dal dentista.

Assistiamo, inoltre, da una parte al continuo sviluppo della ricerca, che porta a nuovi prodotti e progressi scientifici, dall'altra ad una situazione economica, politica e burocratica che affossa l'odontoiatria.

Non è più nemmeno "conveniente" per i figli subentrare nello studio paterno, visto che nuove disposizioni di legge e nuovi adempimenti burocratici gravano sulla professione, di conseguenza i costi di gestione lievitano, i margini di guadagno vengono risicati, e si innesca una competizione improponibile con l'odontoiatria "low cost".

Siamo quindi di fronte ad una sproporzione tra i costi umani e materiali richiesti all'odontoiatria moderna e la fonte di ricavi in generale.

Non entro nemmeno nel merito del percorso di studi, a cominciare dall'esame di ammissione per finire, dopo sei anni, a dover fare un corso di specialità...

L'esperienza comune di incontrare adolescenti con l'ultimo costoso smart phone ed una bocca "trascurata" è molto probabilmente ascrivibile ad un problema culturale. Sempre a questo, con tutta probabilità, si deve anche l'incrementata difficoltà di rapporto con i nostri pazienti, che, sempre più istruiti da internet, sono convinti da una pubblicità incessante che li stiamo derubando e richiedono continue riduzioni di tempi e spese.

Se allora non pensiamo all'abusivismo, alla crisi economica, alle cure transfrontaliere, ai low-cost, ai colleghi "chiacchierati", anche di questi tempi

la nostra professione può sembrare affascinante. Ci chiede tutti i giorni di affrontare sfide sul piano clinico, economico e sociale, da affrontare con la conoscenza dei nostri limiti e con proposte di terapie “sostenibili” per i nostri pazienti.

Allora il consiglio è il seguente: studia per diventare odontoiatra solo se ne sei veramente convinto; sii conscio che dovrai fare delle scelte sui trattamenti da

riservare ai pazienti, sulla base della tua esperienza e preparazione ma anche delle loro capacità economiche.

Tutto ciò senza perdere di vista l’obiettivo che ci siamo prefissati facendo questa scelta: prendersi cura della salute dei nostri pazienti e migliorarne la qualità di vita.

*Giuliano Nicolin
Presidente Albo Odontoiatri
di Venezia*

STUDIARE MEDICINA: CI VUOLE PASSIONE!

La professione di Medico (sia medico chirurgo, che odontoiatra) è una delle più impegnative, sia perché è legata alla salute della persona sia perché presuppone un percorso di studi difficile e quasi interminabile. L’importante e non scoraggiarsi ma convincersi che con impegno e passione si possa raggiungere il proprio obiettivo.

Il Medico è privilegiato perché studia l’uomo e ha la possibilità di aiutarlo. La bellezza della Medicina è l’estrema variabilità della vita umana.

Il Medico svolge una professione bellissima perché unisce le competenze tecniche al rapporto umano. Non basta sapere tutto, anche se più sai meglio è. Infatti il saper tutto non è sufficiente per affrontare il malato, per mettersi in relazione con la sofferenza, per saper comunicare prognosi difficili o diagnosi nefaste. Arriva il momento in cui l’intervento medico non può restituire tutto ciò che il paziente ha perso con la malattia. Il medico deve saper confrontare il sapere tecnico, quell’insieme di nozioni acquisite con paziente fatica dalla lettura di infiniti testi di studio, con la singola patologia

che può assumere nel malato molteplici sfumature; a questo si deve aggiungere l’aspetto emotivo prodotto dalla sofferenza della condizione di “malato”. Si comprende pertanto che lì dove termina il lato tecnico della professione comincia quello umano; questo non può essere il prodotto esclusivo di lunghe ore di studio, ma scaturisce in gran parte da una predisposizione d’animo, indispensabile per fronteggiare alcuni imprevisti non sempre risolvibili attraverso il sapere tecnico-scientifico.

Se una persona cerca un lavoro tranquillo che non abbia imprevedibilità, allora non può certo fare il medico, che è una professione imprevedibile.

La scelta d’intraprendere la professione medica è inizialmente dettata da un’intuizione. Affinché tale intuizione si trasformi in consapevolezza è fondamentale il confronto con la realtà del reparto, come il dialogo con i medici e tutto questo dovrebbe avvenire il prima possibile, già in fase pre-universitaria.

Il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia (ma anche quello in Odontoiatria e Protesi-Dentaria) ha una durata di sei anni.

Nella tabella di seguito riportata, tratta dal piano di studi, si riportano i corsi integrati del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia.

ANNO	SEMESTRE	CORSO
1	1	Fisica e Biofisica - Chimica Medica e Propedeutica biochimica Scienze Umane - Statistica e Metodologia epidemiologica I
	2	Biologia - Istologia ed Embriologia - Chimica Biologica Scienze Umane - Inglese scientifico
2	1	Anatomia Umana I - Genetica Biologia Molecolare - Scienze Umane
	2	Anatomia Umana II - Fisiologia Umana I - Immunologia - Microbiologia Scienze Umane - Interazione con le Professioni Sanitarie
3	1	Fisiologia Umana II - Patologia Generale Medicina di Comunità
	2	Fisiopatologia Generale - Metodologia Clinica e Semeiotica Medica Statistica e Metodologia Epidemiologica II - Medicina di Laboratorio
4	1	Farmacologia I - Specialità Medico Chirurgiche I Specialità Medico Chirurgiche II - Diagnostica per Immagini
	2	Specialità Medico Chirurgiche III - Malattie degli Organi di Senso Farmacologia II - Anatomia Patologica I - Semeiotica Pratica e Propedeutica Clinica - Tirocinio Professionalizzante in Medicina Tirocinio Professionalizzante in Chirurgia
5	1	Specialità Medico Chirurgiche IV - Pediatria - Medicina e Sanità Pubblica e degli ambienti di Lavoro e Scienze Medico Legali I Anatomia Patologica II - Scienze Umane
	2	Medicina Interna I - Chirurgia Generale I - Psichiatria - Neurologia Medicina e Sanità Pubblica e degli ambienti di Lavoro e Scienze Medico Legali II - Tirocinio Professionalizzante in Medicina - Tirocinio Professionalizzante in Chirurgia - Tirocinio Professionalizzante in Pediatria
6	1	Medicina Interna II - Chirurgia Generale II - Ostetricia e Ginecologia Ortopedia e Traumatologia - Emergenze Medico-Chirurgiche Formazione Clinica e Interdisciplinare e Medicina basata sulle evidenze
	2	Tirocinio Professionalizzante in Medicina Tirocinio Professionalizzante in Chirurgia - Tirocinio Professionalizzante in Ostetricia e Ginecologia - Tirocinio elettivo (preparazione tesi) Affini integrativi e a scelta dello studente (opzionali)

Attività
dell'Ordine

I primi tre anni constano di semestri di attività preclinica e biologica: il paziente non si vede, si studia la teoria e si danno gli esami propedeutici.

Dal quarto anno iniziano i tirocini, durante i quali si entra nei reparti, si incontrano i medici e i pazienti, contestualmente continuano le lezioni teoriche.

L'approccio a lezione è molto teorico, mentre durante il tirocinio si mette in pratica quello che si è studiato in teoria.

Al 6° anno, infine, c'è da redigere la tesi di laurea, che può essere compilativa o sperimentale. Dopo la laurea, per poter esercitare la professione, è necessario effettuare l'esame di stato, composto da 3 mesi di tirocinio valutativo ed una prova teorica.

Dopo la laurea, l'abilitazione e la successiva iscrizione all'Ordine dei Medici, ci sono 5 o 6 anni di specializzazione, a seconda della scelta; è inevitabile specializzarsi

in un determinato ambito perché le conoscenze vanno sempre aggiornate e per far questo è determinante trovare un'area di specializzazione.

Chi sceglie Medicina, quindi, deve mettere in conto dagli 11 ai 15 anni circa di studio. Non è una "facoltà" difficile: è semplicemente molto impegnativa e lunga. (ndr il termine facoltà è improprio, dal 1° gennaio 2012, come previsto dalla Legge n. 240 le Facoltà cessano le loro attività. Le attività didattiche confluiscono nei Dipartimenti e vengono coordinate dalle Scuole di Ateneo)

Per studiare Medicina ci vuole sacrificio, dedizione e tenacia.

Gli anni di specialità sono anni a "Contratto di formazione e lavoro", ovvero si lavora e si viene retribuiti. Lo stipendio è di circa 1700 euro al mese dal quale si devono sottrarre le tasse universitarie che variano secondo la sede. In alternativa dopo la Laurea si può intraprendere il Corso di Medicina Generale, della durata di tre anni, indispensabile per diventare Medico di Medicina Generale.

Chi non entra subito in Specialità cosa

fa? Tendenzialmente svolge sostituzioni dei Medici di Medicina Generale, fa guardie mediche o frequenta in reparto, in attesa del concorso successivo.

Vi sono più di una trentina di scuole di specializzazione in area medica che si suddividono in 3 aree: l'area chirurgica, l'area medica e la così detta area dei servizi.

E dal punto di vista occupazionale? Non ha più senso dire come 20 anni fa che chi si laurea in Medicina non trova lavoro: ora ci sono buone prospettive occupazionali e nel tempo questo dovrebbe addirittura migliorare. Infatti il numero chiuso ha sensibilmente diminuito i laureati, e se non viene modificato il numero chiuso né il trend di laureati, la situazione sarà ancora più aperta.

Altro dato da considerare è il picco di popolazione anziana che si verificherà: nel 2025 ci saranno 4 milioni e mezzo di ultra ottantenni; e l'invecchiamento della popolazione medica a cavallo del 2020 porterà a un ulteriore fabbisogno di medici.

L'INGRESSO

L'ingresso a medicina è subordinato al superamento di una prova di ammissione che ha lo scopo di valutare la probabilità di frequentare con profitto un determinato corso di studi.

Dalla fine degli anni ottanta, seguendo l'esempio di numerosi altri Paesi, anche nelle Università Italiane per l'accesso ad alcuni corsi di laurea è stato gradualmente introdotto un sistema di regolamentazione delle immatricolazioni che si proponeva di individuare gli studenti potenzialmente più idonei a frequentare con profitto il Corso di Studi prescelto. Limitando il numero di studenti si cerca di favorire il rapporto Docente/Studente al fine di migliorare

l'apprendimento della materia, in quanto avendo classi troppo numerose il docente non potrebbe seguire efficacemente tutti gli studenti.

La necessità nacque soprattutto per il continuo aumento delle iscrizioni alla facoltà di Medicina, tanto che nella metà degli anni '80 gli iscritti a medicina raggiunsero più del 15% degli iscritti a tutte le facoltà.

Di lì a qualche anno (1997), il Ministro Zecchino, istituì con Decreto Ministeriale il numero chiuso nazionale. Sia i decreti rettorali che quelli ministeriali si dimostrarono inefficaci: il numero chiuso fu infatti considerato incostituzionale ed

i tribunali amministrativi regionali (TAR) accolsero i ricorsi avversi. Poco tempo dopo, però, il principio del numero chiuso trovò una sua legittimazione, con una nota sentenza della Corte Costituzionale (la n. 383 del 1998). In sentenza si precisava che «i criteri di accesso all'università, e dunque anche la previsione del *numerus clausus*, non possono legittimamente risalire ad altre fonti, diverse da quella legislativa», mentre per la disciplina del numero delle iscrizioni ai corsi universitari si rinviava alle norme comunitarie, in assenza di un quadro organicamente predisposto dal legislatore nazionale. Sulla base di

detta sentenza fu promulgata la legge n. 264/1999 intitolata "Norme in materia di accessi ai corsi universitari", che dispose la programmazione a livello nazionale e la possibilità di programmare il numero degli iscritti a livello locale ove ricorrano specifiche situazioni indicate nell'art. 2 della stessa legge. La legge 264/1999 rende possibile il numero chiuso parametrandolo a specifiche esigenze formative (posti nelle aule, attrezzature e laboratori scientifici per la didattica, personale docente, personale tecnico, servizi di assistenza e tutorato, numero dei tirocini attivabili e dei posti disponibili nei laboratori, ecc.).



Attività
dell'Ordine

Dal 1999 l'istituzione del numero chiuso per l'accesso all'Università è entrato nella comune esperienza, soprattutto in quella degli studenti.

L'introduzione del numero chiuso ha comportato tuttavia alcuni problemi. Lo scorso anno un gruppo di studenti ha fatto ricorso al Tar e, nonostante la bocciatura del loro ricorso, si sono rivolti al Consiglio di Stato che ha raccolto in parte le loro rimostranze. Il Consiglio di Stato, lo scorso 18 giugno, con ordinanza n. 3541/2012, infatti ha nuovamente respinto le richieste avanzate, tranne una: quella che lamenta il fatto che "all'esito

dello svolgimento delle prove preselettive per l'accesso alle facoltà a numero chiuso, non è prevista la formazione di una graduatoria unica nazionale, bensì la creazione di graduatorie plurime per singoli Atenei, rimettendo di fatto la selezione dei candidati non già in base a criteri di merito bensì a fattori casuali e aleatori".

Di fatto essendo la prova unica nazionale fissata per tutti lo stesso giorno, ogni candidato può concorrere solo in una singola Facoltà, ma l'esito della prova e la conseguente graduatoria è fatta e vale solo all'interno dell'ateneo prescelto e

non ha valore nazionale. Ne consegue che candidati con punteggio più alto possono di fatto rimanere esclusi, solo in virtù del caso (a seconda del numero di posti messi a concorso e del numero dei concorrenti in ciascun Ateneo). Per far fronte a questa problematica il ministro Profumo con un decreto ha introdotto delle novità per il test di

ammissione di quest'anno: gli aspiranti studenti hanno concorso non per singolo ateneo ma per un gruppo di atenei vicini (Università aggregate). Quest'anno le facoltà sono state aggregate in 12 gruppi: in pratica una graduatoria unica per università aggregate. Di seguito sono riportate le aggregazioni.

Bari, Foggia, Molise
Bologna, Ferrara, Modena e Reggio Emilia, Politecnica delle Marche
Brescia, Pavia, Verona
Cagliari, Sassari
Catania, Catanzaro "Magna Graecia", Messina, Palermo
Chieti - "G. D'Annunzio", L'Aquila, Perugia, Roma "Tor Vergata"
Genova, Torino I Facoltà, Torino II Facoltà
Milano, Milano Bicocca, Varese "Insubria", Vercelli "Avogadro"
Napoli "Federico II", Napoli Seconda Università, Salerno
Padova, Trieste, Udine
Roma La Sapienza Med. e Farmacia Policlinico A E, Roma La Sapienza Med. e Odontoiatria Policlinico B C D, Roma La Sapienza Med e Psicologia
Firenze, Parma, Pisa, Siena

Attività
dell'Ordine

La difficoltà di creare un'unica graduatoria nazionale, nasce dal fatto che questo determinerebbe uno spostamento degli studenti in tutto il territorio nazionale che potrebbe non essere possibile o accettato (uno studente residente a Padova potrebbe non accettare l'iscrizione a Palermo).

Quest'anno la prova degli aspiranti medici e odontoiatri ha visto la partecipazione di 68.292 candidati a fronte di 78.721 domande contro le 69.290 del 2011. Di seguito sono riportati i posti disponibili per i due corsi di laurea.

12

	Totale Posti		
	2012	2011	Delta
Medicina	10.173	9.501	672
Odontoiatria	931	860	71
Totale	11.104	10.361	743

MA COME È STRUTTURATO IL TEST D'INGRESSO?

Con il Decreto Ministeriale 28.6.2012 sono state definite le modalità di svolgimento dei test di ingresso 2012/2013.

La prova si è svolta contemporaneamente in tutta Italia il giorno 4 settembre 2012 alle ore 11.00, ed è durata due ore.

Il test di ingresso è composto da 80 quesiti con cinque opzioni di risposta, di cui solo una è la risposta esatta. Ogni risposta esatta vale 1 punto, la mancata risposta 0,25 punti, la risposta errata porta ad una penalizzazione di - 0,25.

40 domande riguardano la cultura generale e il ragionamento logico, 18 la

biologia, 11 la chimica e 11 la fisica e la matematica.

Potete trovare le domande dell'ultimo test d'ingresso e quelle degli anni precedenti sul sito

<http://accessoprogrammato.miur.it>

Il test di ingresso alla facoltà di Medicina e di Odontoiatria quest'anno si svolgerà il giorno 23 luglio 2013, come da Decreto Ministeriale n° 3188 del 14.2.2013.

I relativi Decreti Ministeriali, quando disponibili, saranno consultabili sul sito: <http://hubmiur.pubblica.istruzione.it/web/universita/accesso-corsi-a-numero-programmato>

Si riportano di seguito alcuni quesiti tratti dall'ultimo test.

Individuare quale esempio di figura retorica NON è corretto:

- A) iperbole: *"e gli alberi sono alberi. Le case sono case"*
- B) chiasmo: *"odi greggi belar, fuggire armenti"*
- C) ossimoro: *"immoto andare"*
- D) metafora: *"il sol dell'avvenire"*
- E) anacoluto: *"un uomo superficiale, il cervello gli dà noia"*

Attività
dell'Ordine

Individuare il termine che NON discende dall'antichità classica:

- A) Giacobino
- B) Demagogo
- C) Tribuno
- D) Dittatore
- E) Questore

Mario è nato martedì 8 febbraio. Stella è nata mercoledì 8 marzo, nello stesso anno. Di quale anno potrebbe trattarsi?

- A) 1976
- B) 1973
- C) 1970
- D) 1979
- E) 1982

Quale affermazione relativa alla mioglobina NON è corretta?

- A) Ha affinità per O₂ minore rispetto a quella dell'emoglobina
- B) È formata da una singola catena polipeptidica
- C) È associata ad una struttura ad anello contenente ferro
- D) Facilita la diffusione di O₂ nei muscoli
- E) Trattiene O₂ anche a valori della pressione parziale di O₂ inferiori a quelli di rilascio dell'emoglobina

L'AMP ciclico:

- A) è una molecola segnale delle cellule procariotiche ed eucariotiche
- B) è il trasportatore di energia più utilizzato dalle cellule procariotiche
- C) si forma nel DNA in seguito all'azione dei raggi ultravioletti su due molecole di adenina contigue
- D) è un neurotrasmettitore di tipo chimico che agisce nello spazio intersinaptico
- E) è un isomero dell'ATP

Il cicloesano è:

- A) un chetone
- B) una aldeide
- C) un idrocarburo aromatico
- D) un alcol
- E) un alchene

Determinare quale delle seguenti funzioni soddisfa la relazione $f(-x) = -f(x)$, per ogni numero reale x .

- A) $\sin^3(x)$
- B) $\cos^3(x)$
- C) $\cos(x^3)$
- D) $\sin^2(x)$
- E) $\sin(x^2)$

Rispetto a una comune pentola chiusa, una pentola a pressione permette di cuocere i cibi in minor tempo principalmente perché:

- A) la temperatura di ebollizione dell'acqua è superiore a quella che si avrebbe in una comune pentola
- B) l'elevata pressione fa sì che il vapor acqueo penetri più in profondità nei cibi
- C) il coperchio sigillato evita la dispersione di calore
- D) l'elevato spessore del fondo della pentola consente una migliore distribuzione del calore
- E) la mancata dispersione dell'acqua permette di cuocere i cibi senza bruciarli



Si riportano di seguito alcune tabelle riepilogative dei risultati dell'ultimo test.

Punteggio medio in centesimi

ANNO	TUTTI I CANDIDATI		STUDENTI AMMESSI	
	MEDIA	N° CANDIDATI	MEDIA	N° CANDIDATI
2012 [^]	33,53	68.292	57,61	10.281
2011 [^]	39,74	69.280	63,59	9.290
2010	40,19	58.258	62,55	8.179
2009 ^{***}	39,59	50.937	62,35	7.584
2008	43,3	45.347	65,07	7.373
2007	42,34	42.671	66,19	6.924
2006	38,75	39.032	59,45	7.025
2005 [*]	39,12	35.049	60,52	7.036
2004 ^{**}	30,97	33.634	49,18	7.056

n.b. Valori in centesimi

[^]Prova Unica Medicina e Odontoiatria

^{***}dal 2009 la ripartizione delle materie (Cultura, biologia, chimica, Matematica-fisica) è 40,18,11,11.

^{*}Fino al 2005 la ripartizione delle materie

(Cultura, biologia, chimica, Matematica-fisica) era 26,18,18,18. Dal 2006 è 33,21,13,13

^{**} Dal 2005 le risposte errate sono penalizzate con -0,25. Negli anni precedenti era -0,20

Attività
dell'Ordine



Presenze per posto disponibile (PID)

N.B. Questa tabella tiene conto dei risultati ottenuti dagli studenti che si sono presentati negli atenei. Le aggregazioni di atenei rendono ipotetici questi indicatori

UNIVERSITÀ	TOTALE POSTI	SCHEDE VALIDE	INDICE DIFF. (schede valide/totale posti)
Bari	316	2907	9,20
Cagliari	218	1985	9,11
Catanzaro - Magna Grecia	175	1558	8,90
Catania	338	2911	8,61
Sassari	140	1177	8,41
Napoli "Federico II"	436	3623	8,31
Foggia	100	820	8,20
Chieti	251	2056	8,19
Salerno	195	1585	8,13
L'Aquila	168	1285	7,65
Palermo	422	3203	7,59
Roma "Tor Vergata"	260	1907	7,33
del Molise	75	533	7,11
Messina	240	1689	7,04
Milano (Italiano)	430	2932	6,82
Politecnica delle Marche	175	1186	6,78
Milano Bicocca	160	1072	6,70
Roma "La Sapienza" 1 & 2 Facoltà Ag	938	6247	6,66
Vercelli Avogadro - Piemonte Orientale	95	622	6,55
Udine	106	692	6,53
Brescia	229	1429	6,24
Pisa	295	1840	6,24
Verona	201	1237	6,15
Bologna	430	2633	6,12
Padova	448	2735	6,10
Firenze	385	2312	6,01
Pavia	220	1260	5,73
Siena	231	1300	5,63
Genova	290	1628	5,61
Ferrara	233	1299	5,58
Modena e Reggio Emilia	164	909	5,54
Napoli Seconda Università	464	2489	5,36
Torino	554	2895	5,23
Parma	262	1362	5,20
Perugia	288	1488	5,17
Trieste	164	703	4,29
Varese Insubria	185	783	4,23
	10281	68292	6,64

Attività
dell'Ordine

Indicatore Punteggio Massimo (in 80°)

N.B. Questa tabella tiene conto dei risultati ottenuti dagli studenti che si sono presentati negli atenei. La aggregazioni rendono ipotetici alcuni di questi indicatori relativi agli studenti ammessi

UNIVERSITÀ	PUNTEGGIO MASSIMO	PUNTEGGIO MINIMO AMMESSO
Pisa	73,00	41,00
Milano Bicocca	72,75	45,00
Padova	70,25	44,75
Trieste	69,50	40,00
Verona	68,75	44,25
Firenze	68,25	39,50
Roma "Tor Vergata"	68,00	39,50
Torino	67,75	40,25
Milano (Italiano)	67,50	45,00
Napoli Seconda Università	67,25	33,75
Chieti	67,25	37,75
Roma "La Sapienza" 1 & 2 Facoltà Ag	66,50	37,75
Udine	66,50	44,00
Napoli "Federico II"	66,00	38,50
Palermo	66,00	38,25
Salerno	66,00	38,25
Bari	65,75	40,25
Catania	65,75	40,75
Modena e Reggio Emilia	65,75	43,00
Politecnica delle Marche	65,25	40,25
Siena	65,25	37,75
Bologna	65,00	42,25
Brescia	64,75	42,00
Perugia	64,00	37,25
Varese Insubria	64,00	37,00
Pavia	63,75	41,50
Cagliari	62,75	38,50
Ferrara	62,25	39,50
Genova	61,75	39,00
Parma	61,25	38,75
Vercelli Avogadro - Piemonte Orientale	60,75	40,00
Foggia	59,75	33,25
Catanzaro - Magna Grecia	58,25	34,50
L'Aquila	58,00	36,00
del Molise	57,50	35,00
Messina	57,00	34,00
Sassari	54,75	36,25

Attività
dell'Ordine

Anche quest'anno il peso del voto di diploma in caso di ex-equo è il 5° criterio. I primi 4 sono nell'ordine: il punteggio di cultura generale e ragionamento logico, biologia, chimica, fisica e matematica. L'ultimo criterio è l'età del candidato.

La numerosità dei concorrenti (68.296) rispetto ai posti messi a disposizione (10.281), ha fatto in modo che 1 partecipante su 6,64 risultasse idoneo (Nel 2011 era 7,15. Per la sola ammissione in Medicina questo dato era 7,12 nel 2010, 6,72 nel 2009, 6,61 nel 2008, 6,16 nel 2007 - 5,5 nel 2006 - 4,98 nel 2005 e 4,76 nel 2004).

Il rapporto più favorevole è stato registrato a Varese (1 concorrente su 4,23) mentre all'estremo opposto troviamo l'ateneo di Bari con 1 concorrente su 9,20.

Uno studente di Pisa ha ottenuto il punteggio massimo assoluto di 73,00. Inferiore rispetto a quello del 2011 (75,75) ottenuto da Padova - Nel 2010 era Milano Bicocca con 74,25. Nel 2009 Firenze con il punteggio di 73,75.

All'opposto l'Università di Sassari si conferma ultima: per essere primi è bastato un punteggio di 54,75. Nel 2011 ultima era sempre Sassari con 55,76 e nel 2010 Foggia e di Cagliari per essere primi è bastato un punteggio di 56,25.

In conclusione, l'introduzione del numero chiuso nelle facoltà italiane e in speciale modo in quella di Medicina e Chirurgia ha contribuito ad alzare la qualità della formazione, a ridurre gli abbandoni e a migliorare le prospettive occupazionali. Sembra quindi improponibile una sua eliminazione come da alcuni richiesto, tuttavia rimangono ampi margini di miglioramento.

A nostro avviso allo stato attuale manca una programmazione seria sul numero di medici necessari per il prossimo futuro. In questi ultimi anni arrivano da più parti

segnalazioni sulla possibile mancanza di medici per i prossimi anni. Non è possibile che non sia pensata una programmazione che tenga conto del fabbisogno fra 10 anni. Il numero di accessi annui deve tenere conto del fabbisogno futuro.

Una seconda criticità è a nostro avviso legata alla mancanza di percorsi di orientamento degli studenti, che dovrebbero iniziare prima dei test di ammissione o in alternativa lo stesso test di ammissione dovrebbe essere strutturato in modo da far emergere le attitudini o le qualità necessarie per far nascere dei medici motivati nella loro professione.

Rafi El Mazloum



PERCHÉ I CILIEGI TORNINO IN FIORE...



*Da bambino volevo guarire i ciliegi
quando rossi di frutti li credevo feriti
la salute per me li aveva lasciati
coi fiori di neve che avevan perduti.*

*Un sogno, fu un sogno ma non durò poco
per questo giurai che avrei fatto il dottore
e non per un dio ma nemmeno per gioco:
perché i ciliegi tornassero in fiore,
perché i ciliegi tornassero in fiore.*

*E quando dottore lo fui finalmente
non volli tradire il bambino per l'uomo
e vennero in tanti e si chiamavano "gente"
ciliegi malati in ogni stagione...*

Attività
dell'Ordine

Questo è il testo iniziale di una famosa canzone di Fabrizio De André "Il medico" che si ispira ad una poesia dell'"Antologia di Spoon River" di Edgar Lee Masters.

Molti giovani coltivano il sogno di fare il medico. Spesso il sogno è alimentato da una certa visione mediatica della figura del medico, presentata nelle innumerevoli serie televisive che arrivano nelle nostre case: Dr. House, Grey's Anatomy, Scrubs, solo per citarne alcune. E magari fin dall'infanzia uno sogna come De André di diventare come questi medici per poter far sì che "i ciliegi" tornino a fiorire. Chi conosce il testo della canzone sa che poi le cose non sono finite proprio bene per questo giovane sognatore.

È possibile oggi aiutare nella scelta i giovani che desiderano intraprendere la nostra professione perché non restino poi delusi nelle loro aspettative? E' possibile fornire degli strumenti di valutazione perché la scelta risulti il più possibile consapevole e motivata?

Attualmente l'accesso agli studi di Medicina non è preceduto da alcuna valutazione di tipo psico-attitudinale e non è raro che l'interesse verso la professione medica sia suscitato dall'idea di guadagnare molto (?!) e dal ruolo sociale che tale professione comporterebbe.

Un'indagine pubblicata di recente su un noto quotidiano nazionale indica la professione medica come la professione, che secondo gli intervistati ha il più alto grado di prestigio sociale (su una scala da 1 a 10 fare il medico è al primo posto con un punteggio di 8.5, seguita a pari merito dalla professione di magistrato e di docente universitario con 7.8). (la Repubblica 3/2/2013)

Nell'immaginario collettivo quindi la nostra professione risulta ancora una

professione di grande impatto sociale.

Ma i ragazzi che accedono al corso di Laurea in Medicina e Chirurgia saranno preparati ad essere dei bravi medici?

Il corso di studi è ancora improntato su un modello ancorato al passato, basato sullo studio delle malattie dei singoli organi, piuttosto che alla visione complessiva della persona malata. Non sono previsti in maniera organica corsi di studio sulla deontologia, sulla comunicazione, sulla economia e sul management. Nessuno insegna come relazionarsi con il malato o i suoi familiari, né come usare al meglio le risorse a disposizione della sanità. L'Università insegna la scienza della medicina ma non insegna a fare il medico.

Il risultato finale è quello che i futuri medici conosceranno più o meno bene le malattie dei vari organi ma dovranno imparare a proprie spese ad avere una visione generale del malato e si scontreranno presto con un mondo del lavoro molto poco "idilliaco".

Il lavoro del medico è infatti notevolmente cambiato in questi ultimi anni.

In primo luogo è aumentato notevolmente il carico burocratico, per cui ogni atto medico si porta dietro una serie di adempimenti volti a soddisfare normative sempre più pesanti, che finiscono per appesantire enormemente il lavoro quotidiano. Le aziende sanitarie pressano sempre più i medici ospedalieri e del territorio per il raggiungimento di obiettivi via via più ambiziosi a parità di risorse, mettendo sempre più il medico nella condizione di dover conciliare il suo intento di approfondimento con l'esigenza di contenere la spesa; viene fatto un uso rigido di protocolli e linee guida che anziché aiutare la professione spesso la ingabbiano in ricette preconfezionate.



Da tutto questo deriva una perdita di autonomia professionale e un disincanto per una professione scelta con ben altri ideali e aspettative.

L'avvento di internet ha sicuramente contribuito a minare il rapporto medico-paziente, dal momento che sempre più persone che navigano in internet sono convinte di poter operare una sorta di auto diagnosi e auto terapia, relegando il medico a un ruolo di mero prescrittore di ricette.

A tutto questo si aggiunge l'aumento esponenziale delle richieste di risarcimento che per alcune specialità (vedi chirurgia, ortopedia, ginecologia) sta portando a costi elevatissimi la copertura assicurativa.

Tutti questi motivi hanno portato ad una elevata incidenza del fenomeno del "burn-out" medico, cioè un esaurimento emotivo, una sensazione di non

essere efficaci, una crisi di identità e di significato, per cui il medico non si sente più idoneo a fare questa professione.

Nonostante tutte queste problematiche fare il medico è ancora bello e gratificante, perché il medico svolge da sempre una funzione di straordinaria importanza sia perché è impegnato a salvare vite umane, sia perché ha il compito di sostenere il malato, di fargli sentire che accanto a lui c'è una persona che compie ogni sforzo per alleviare il suo dolore e che gli resterà accanto finché sarà guarito o che lo accompagnerà (perché anche questo deve fare il medico oggi) nel cammino del doloroso distacco dalla vita.

Per questo, chi si affaccia alla professione medica, deve essere consapevole che quello che lo spinge deve essere primariamente il desiderio di aiutare gli altri, di entrare in relazione con chi ha bisogno, di offrire le proprie conoscenze

e competenze perché l' "altro", chiunque sia (e veramente non fai differenza di razza, sesso, religione, condizione economica) riceva tutte le cure possibili che possano salvarlo. Perché è soprattutto questo che ti spinge a lavorare con turni spesso massacranti, che ti fa star male quando non sei riuscito a cambiare il decorso della malattia, che ti fa entrare in sala operatoria di notte per affrontare una emergenza e che ti fa vivere con ansia chiedendoti se hai fatto tutto il possibile. Alla fine non c'è denaro che possa compensare queste fatiche o che possa pagare la gioia di veder salvata una vita umana!

Fare il medico oggi è ancora bello e gratificante, ma sta presentando un carico di problemi, ansie e fatiche che il giovane che si affaccia a questa professione deve conoscere per evitare

errori di valutazione.

In particolare deve essere chiaro che chi fa il medico non cessa mai di esserlo, perché la sua vita ne è impregnata e i problemi, le difficoltà e le angosce del malato diventano parte della sua vita e ne condizionano le sue relazioni personali e familiari

Il giovane che decide di intraprendere questa professione deve essere consapevole che il test d'ingresso è solo il primo scoglio da superare in un cammino difficile ma che è anche fonte di gratificazioni e di gioie.

Ornella Mancin

MEDICO OSPEDALIERO

L'adolescenza è la stagione della vita dove prevalgono le passioni e gli ideali, la curiosità del futuro, la ricerca di esempi a cui fare riferimento, un mondo fantastico costruito su ipotesi logicamente realizzabili.

Nei giovani il desiderio di fare il medico emerge mentre ancora si è a scuola e gli interessi cominciano ad allargarsi oltre il personale perimetro relazionale per dedicarsi a realtà in divenire.

Gli esempi dell'essere medico possono essere diretti o indiretti.

Fra i primi il più comune l'assistenza ad un parente o ad un amico malato, spesso si tratta di un genitore.

Improvvisamente l'ospedale è un posto diverso dove vive una persona a noi

cara strappata alla sua intimità. Fra quelle fredde pareti, in mezzo all'odore dei disinfettanti, il medico in camice bianco assume un ruolo carismatico per l'impegno che esprime, per il rispetto che incute alle figure che lo circondano, per la comprensione e dedizione che dimostra alle persone che soffrono.

E' un professionista che ha deciso in piena libertà di dedicare la vita al servizio dei suoi simili, la sua scelta lo porterà a costante contatto con le cose che tutti temono di più: la malattia e la morte.

Se l'esempio di medico incontrato è positivo il processo di identificazione ed il desiderio di emulazione può essere molto forte.

Si entra in tal caso fin dalla prima visita in



rapporto con una persona a cui diamo accesso alla nostra intimità ma che ci trasmette in cambio un interesse diretto, una persona che ci segue o addirittura ci opera nel corso del ricovero per riportarci infine alla nostra vita normale.

La fiducia è totale come la certezza di aver trovato qualcuno che si preoccupa per noi, e che anche se non è presente fisicamente come un genitore, per certi versi si comporta come tale.

Ci si rende conto che si è in presenza di un professionista diverso.

Nel dottore si deve riconoscere la cultura, l'umanità, lo spirito di sacrificio, la resistenza fisica e psichica a stress non comuni per una causa nobile, non finalizzata di principio al denaro od allo status sociale, che sono eventualmente una conseguenza e non un fine ultimo.

Fra gli esempi indiretti troviamo la rappresentazione della realtà ospedaliera dei media, in particolare della serie di telefilm americani. Per essere avvincenti e con un ritmo che tenga lo spettatore

attaccato al video l'ambiente descritto per eccellenza è quello chirurgico (Grey's Anatomy), ma recentemente anche il Pronto Soccorso (E.R.), e la medicina interna (Dr. House) hanno riscosso un grande successo. L'ospedale è un mondo di ambienti tecnologici e personaggi descritti con le loro problematiche e le loro debolezze, un adeguato risalto è dato alla anche loro componente idealistica professionale. Per me che faccio il chirurgo generale, direi che le serie attuali sono più realistiche di quelle degli anni 70 ed 80 per il tasso di problemi, rivalità, violenza ed invidie che sono intrinseche ad un lavoro di squadra come quello ospedaliero.

Le serie italiane sono più lente, la filmografia (Alberto Sordi - Gabriele Ferzetti, Enrico Maria Salerno, Adolfo Celi), mi ha sempre lasciato un velo di tristezza. Ho sempre voluto fare il Dr. Gannon (Medical Center - serie tv anni '70) non il Dott. Tersilli (Sordi).

Ma poi com'è la realtà?

Sui media passano a volte servizi in cui la sanità è descritta come una fonte di sperperi e ruberie, di ingiustizie sociali, medici macellai (con tutto il rispetto per la categoria dei macellai ma riporto solo una uscita infelice che mi fa ancora male) e pazienti barellati nei pronto soccorso in attesa di un letto che non c'è con a lato i parenti in piedi stremati.

Cari maturandi, vi aspetta un test di accesso a medicina con regole assolutamente da rivedere, che penalizza i meno dotati di cultura generale, e che magari sono più ricchi di umanità, dedizione al prossimo ed alla scienza medica, e depositari di questa curiosa forma di attrazione verso la cura dell'uomo sofferente.

Alcune riflessioni:

- 1) il corso di studi per diventare medico ospedaliero è il più lungo e pesante di tutte le professioni 6+5 o 6+6 anni.
- 2) finiti gli studi trovare un posto adeguato alle vostre aspirazioni, anche se nel profondo del vostro cuore pensate che voi andrà bene, non è così semplice.
- 3) considerate che non ci sono solo le specialità dei telefilm americani, quindi compatibilmente con quello che sentite dentro, fate un minimo di indagine di mercato e cercate di capire, con realismo, non solo cosa vi attrae di più ma cosa potete fare.
- 4) ci sono branche mediche meno famose ma assolutamente interessanti e più sicure in termini di occupazione.
- 5) valutate attentamente le possibilità di studi all'estero e visto che adesso siete a scuola studiate bene l'inglese che è la lingua internazionale scientifica.
- 6) riflettete su quanto siete disposti a

sacrificare per la vostra carriera della vostra vita privata.

In ospedale troverete un universo a sè stante con tante regole non scritte, che vive 24 ore al giorno, in una mutazione infinita.

Storie e drammi, il telefono che squilla sempre, e continue domande che aspettano risposte.

Siete abituati alle notti in piedi in discoteca? Meglio per voi, vedrete in seguito l'alba dalle finestre della corsia dopo una notte di guardia.

Vi piacciono le scene intense degli interventi d'urgenza? Sarà meno gradito quando vi butteranno giù dal letto a casa vostra in chiamata in reperibilità.

Vi piace stare al pc? Vi troverete a fare i programmatori per buona parte del vostro tempo e non sarà divertente, visto che non potete fare tutti i radiologi...

Prima o poi un vostro paziente morirà e dovrete andare ad affrontare i suoi parenti, e rivivrete per un momento tutti i vostri lutti personali.

Sappiate che recentemente i medici sono stati messi sotto accusa con una drammatica impennata del numero della cause quasi non esistessero le complicanze e la morte in medicina e chirurgia.

I medici devono avere una assicurazione per lavorare ma le assicurazioni non sono obbligate per legge a prendere i medici come clienti e sempre più le grosse compagnie abbandonano il ramo sanità considerandolo un mercato negativo.

Fermo restando che nessuno è infallibile ma che si deve sempre tendere al migliore

risultato in particolare per chi tratta della vita e della salute dei suoi simili, secondo una commissione d'inchiesta parlamentare del 2011 nel 98.8% dei casi il procedimento viene archiviato senza alcuna condanna per gli operatori.

Ma nell'ultimo anno peraltro in Italia vi sono state 20.000 cause intentate a medici a fini risarcitori, e sappiate che un solo procedimento avvelena la vita a voi

ed alla vostra famiglia per 3-5 anni.

Dovrete essere preparati a sopportare anche questo.

Io rifarei tutto dall'inizio e la mattina sono contento di andare al lavoro, ma non faccio testo, e comunque non dite che non vi ho avvertito.

Giovanni Leoni

ODONTOIATRIA ITALIANA: UN MONDO IN RAPIDO CAMBIAMENTO



Attività
dell'Ordine

Molteplici possono essere le motivazioni personali che spingono un neodiplomato a scegliere di iscriversi presso la facoltà di Odontoiatria. Per maturare, però, una scelta più consapevole può risultare molto utile conoscere la situazione

attuale dell'odontoiatria italiana e cercare di valutare, per quanto possibile, quella che potrebbe essere l'evoluzione futura. In Italia, per problemi di sostenibilità economica, solo una piccola parte delle prestazioni odontoiatriche (circa



il 5%) sono erogate, direttamente o indirettamente, dal sistema sanitario nazionale. La quasi totalità degli interventi diagnostici e terapeutici in questo campo fanno capo quindi a una folta schiera di liberi professionisti. Attualmente esercitano in Italia circa 55.000 dentisti (nel 1991 erano appena 22.000). Secondo l'OMS- Organizzazione Mondiale della Salute- il corretto rapporto tra professionisti e popolazione è di 1 odontoiatra ogni 2000 abitanti. A causa di una non corretta programmazione nel passato, ci sono oggi circa il doppio degli odontoiatri rispetto a quanto stimato come ottimale.

Aggiungiamo che, complice la crisi economica, solo il 30% della popolazione si reca con regolarità dal dentista. Pochi dati ma esplicativi della difficoltà in cui si dibatte da anni la professione odontoiatrica.

Ciò nonostante questi ultimi 20-30 anni sono stati straordinariamente fecondi per lo sviluppo tecnico-scientifico di questa specifica branca della medicina.

Oggi l'odontoiatria italiana è riconosciuta come una delle migliori al mondo. Sicuramente il buon livello dei corsi universitari ha contribuito a tale sviluppo. Il fattore certamente più rilevante risiede però nel modello organizzativo che, fino ad oggi, ha caratterizzato l'odontoiatria italiana. Una rete di piccoli studi, capillarmente distribuiti nel territorio, nei quali il professionista, nel diretto e personale rapporto con il paziente, ha saputo e dovuto prepararsi al fine di proporre le migliori e più aggiornate prestazioni possibili.

Proprio in questo legame diretto con il paziente e nel costante tentativo di rispondere al meglio alle sue esigenze di salute, risiede, a mio avviso, il fascino straordinario di questa professione e la

motivazione principale che dovrebbe spingere un giovane a intraprenderla. Purtroppo anche sotto questo profilo la situazione si sta rapidamente evolvendo in modo preoccupante. Da poco tempo si assiste al proliferare di grosse strutture, che pubblicizzano prestazioni odontoiatriche a basso costo, dove il professionista diventa un semplice prestatore d'opera obbligato a produrre il più rapidamente possibile per consentire il guadagno programmato dall'azienda. Si assiste cioè ad una pericolosa mercificazione della prestazione odontoiatrica che, con l'alibi di venire incontro alle problematiche economiche che oggi vive la maggior parte della popolazione, rischia di mettere in crisi un

sistema virtuoso e di soffocare le giuste aspirazioni dei giovani odontoiatri .

Una professione quindi che vive momenti di grande difficoltà e che sta attraversando rapidi e non sempre prevedibili cambiamenti. Ovunque stia andando l'odontoiatria italiana appare certo però che il paese avrà bisogno, nel prossimo futuro, di giovani odontoiatri ben preparati e consapevoli dell'importante contributo che possono dare per il bene della popolazione.

Una professione che, se scelta con il cuore, potrà riservare anche ai giovani grandi soddisfazioni.

Pietro Valenti

“C'ERA UNA VOLTA IL MEDICO DI FAMIGLIA ... e c'è ancora”

Attività
dell'Ordine

In questo mondo che cambia alla velocità della luce, dove le professioni si evolvono e dove i rapporti tra le persone hanno subito trasformazioni mai viste prima nella storia dell'umanità, sembra quasi anacronistico ma ... esiste ancora il medico di famiglia.

E per fortuna dico io che esiste ancora! Non molti anni fa erano tre le figure di riferimento delle nostre comunità: il sacerdote, il sindaco e il dottore; già da parecchi anni i primi due hanno perso, per le ragioni più disparate, parte del loro "appeal" e ormai rimane solo il medico di famiglia.

Quale insostituibile risorsa per la comunità è il medico di famiglia. E' la persona alla quale ci si rivolge come primo difensore della nostra salute appena il minimo dubbio ci sfiora, al primo comparire di

qualsiasi patologia.

Il tuo medico di famiglia – prova a riflettere – è l'unico che ti conosce da quando eri bambino; conosce la tua storia e quella dei tuoi genitori, conosce le tue radici; è l'unico che ti viene a trovare a casa quando sei ammalato; chiama per nome tutti i suoi assistiti; li riconosce dal timbro della voce quando li sente al telefono; spesso capisce al volo quale sia il problema ancora prima che si sia riusciti a esporglielo; ti rassicura davanti all'angoscia del solo pensare alla malattia, ma al tempo stesso predispone tutti gli accertamenti che consentano di escludere il peggio e che conducano presto alla diagnosi e alla cura.

Il tuo medico di famiglia difende la tua salute insegnandoti uno stile di vita sano, ti prescrive le analisi del sangue appena

si accorge - con il prezioso aiuto del computer - che è passato troppo tempo dall'ultima volta. Ogni assistito ha la sua cartella clinica informatizzata; tutti gli esami vengono registrati, spesso scaricati dalla rete e incollati direttamente nella cartella, con un turbinio di files che il medico di famiglia scambia non solo con i pazienti ma talvolta anche con lo specialista, con cui collabora in un proficuo rapporto paritetico. Spesso il medico di famiglia usa il computer perfino più dello stetoscopio e questo aspetto della professione sembra fatto

proprio per i giovani d'oggi, nati sul web e cresciuti a pane e internet.

Ora ci sono le aggregazioni tra medici, altra rivoluzione dei tempi moderni: non più medici in ambulatori singoli, con code interminabili, ma "medicines di gruppo" che ricevono su appuntamento e che dispongono di un servizio di segreteria che riduce di molto le perdite di tempo o vedono la presenza attiva di personale infermieristico. Io lavoro come medico di famiglia da dieci anni e, pur riconoscendo la fatica e le mille difficoltà che ogni giorno devo affrontare - la

Attività
dell'Ordine



burocrazia che spesso ruba spazio alla clinica, il controllo della spesa sanitaria, la gestione dell'ansia dei pazienti, specie di quelli più giovani - ogni giorno mi succede qualcosa che mi fa dire: "che professione straordinaria, non la cambierei per tutto l'oro del mondo!".

e ti appassiona occuparti del bene altrui, beh, allora forse anche per te potrebbe essere un onore vestire i panni del medico (e del medico di famiglia!) e sperimentare la bellezza dell'incontrare l'umanità delle persone, benché sofferenti ma sempre portatrici dello spirito della vita.

28

Se ti piace tutto ciò che è complesso così com'è lo studio e la comprensione della malattia, ma al tempo stesso il pensiero di aiutare il prossimo ti riscalda il cuore

Luca Barbacane

COME HO SUPERTO I TEST DI INGRESSO: UNA TESTIMONIANZA

Innanzitutto vorrei chiarire quale sia la mia posizione, peraltro condivisa da molti studenti di medicina come me, riguardo questa prova d'ammissione. La carenza principale di questo test risiede nel fatto che esso non permette di elaborare una stima, nemmeno parziale, dell'attitudine o meno di un aspirante studente di medicina (o odontoiatria) al corso di laurea che vorrebbe intraprendere. Anzi premia, quasi esclusivamente, un tipo di sapere prevalentemente nozionistico, permettendo il superamento del test quasi esclusivamente a coloro che si sono preparati espressamente alla prova. Va infatti considerato che senza una preparazione specifica, la quale richiede più di qualche settimana di lavoro intenso, risulta quasi impossibile superare la suddetta prova se non baciati dalla fortuna. Andrebbe, quindi, a mio avviso rivista la formula del test, valorizzando maggiormente le capacità logico-critiche, rispetto a quelle più strettamente scolastiche, le quali risultano poco rilevanti, dal momento che le materie dei corsi non si basano su prerequisiti specifici. Fino a quando la formulazione del test non cambierà, si rischierà di escludere candidati con notevoli potenzialità, che possono aver fallito la prova unicamente per via di una preparazione inadeguata e non mirata a specifiche attitudini che deve possedere l'aspirante medico. Altro punto debole del test, nonostante si sia cercato di risolvere per la prima volta quest'anno, è la notevole differenza di punteggi minimi

di accesso nei diversi atenei (o gruppi di atenei). Per citare alcuni dati relativi all'ultimo test, nelle università di Padova-Trieste-Udine, si è stati ammessi con 43.5 punti; nel gruppo di Firenze-Parma-Pisa-Siena con 39.25 punti; mentre a Napoli Federico 2°- Napoli seconda Università-Salerno con 36.75 punti (ci si riferisce ai punteggi senza ripescaggi)[fonte www.futurimedici.com]. Appare evidente come tali differenze di punteggio influiscano pesantemente sulle probabilità di accesso di uno studente, che spesso si trova a scegliere non in base al prestigio e all'offerta formativa di un determinato ateneo, bensì in base alla facilità o meno di accesso.

Per quanto riguarda il mio caso, invece, frequento il primo anno di Medicina a Padova, a differenza di altri che magari fin da bambini curavano i poveri passerotti feriti al parco sognando il momento in cui da grandi avrebbero curato persone, il mio avvicinamento a questa facoltà è stato molto più graduale (tengo a specificare che nel limite delle mie possibilità non ho mai evitato di aiutare qualche povero animale in difficoltà in ogni caso). In un primo momento infatti la mia idea era quella di diventare ingegnere, tanto che il mio primo anno da universitario è stato proprio alla facoltà di ingegneria. Tuttavia, man mano che i corsi procedevano, più che la difficoltà degli argomenti di studio, mi colpiva la loro "sterilità", tant'è che l'entusiasmo iniziale del neofita ben presto svanì. Nel medesimo periodo frequentando alcuni

Attività
dell'Ordine



amici impegnati nella preparazione del test di medicina, provai quasi per gioco a leggere gli argomenti di tale prova di ammissione e li trovai da subito molto più interessanti delle materie oggetto di studio del mio corso di laurea. Fu così che decisi di cimentarmi a superare il test d'ammissione, abbandonando definitivamente la prospettiva di

diventare ingegnere. Ora, superato il test, mi ritrovo ad essere uno studente di medicina come tanti altri, ma questa volta, convinto della strada intrapresa e carico di grandi speranze e obiettivi per il mio futuro.

Alberto Fantin



STAMPATI MEDICI



passart

comunicazione & stampa

LA TUA TIPOGRAFIA

ANCHE

ON LINE

visita il nostro sito

www.e-passart.com

MODULISTICA
PRESCRIZIONE LENTI

OCULISTI MEDICI CARTELLINO APPUNTAMENTI

RICETTARIO

DENTISTA
CARTELLA CLINICA



Dott. SILVIO MARCHESAN
MEDICO CHIRURGO
SPECIALISTA IN OCULISTICA
Via Rosmarino, 30 - 30000 VENEZIA
Tel. 0412.123123 - Fax 0412.456456

APPUNTAMENTI		
Tempo	Data	Orario

Dott. SILVIO MARCHESAN
MEDICO CHIRURGO
SPECIALISTA IN OCULISTICA
Via Rosmarino, 30 - 30000 VENEZIA
Tel. 0412.123123 - Fax 0412.456456

Reg. _____ N. _____
Data _____

PRESCRIZIONE LENTI Occhiali in uso

Prescrizione lenti ai sensi P.D. n. 1534 del 1998

Se _____

occhio destro occhio sinistro

Quanto interposto con _____
Data _____
Nota _____
Ripetere il presente prescrizione della stessa prescrizione

Seguici su



Grafiche Passart

30027 San Donà di Piave (Ve) - Via Iseo, 11 - Tel. 0421.43922

31

GIURAMENTO PROFESSIONALE

Consapevole dell'importanza e della solennità dell'atto che compio e dell'impegno che assumo, giuro:

- ▶ di esercitare la medicina in libertà e indipendenza di giudizio e di comportamento rifuggendo da ogni indebito condizionamento;
- ▶ di perseguire la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo della sofferenza, cui ispirerò con responsabilità e costante impegno scientifico, culturale e sociale, ogni mio atto professionale;
- ▶ di curare ogni paziente con eguale scrupolo e impegno, prescindendo da etnia, religione, nazionalità, condizione sociale e ideologia politica e promuovendo l'eliminazione di ogni forma di discriminazione in campo sanitario;
- ▶ di non compiere mai atti idonei a provocare deliberatamente la morte di una persona;
- ▶ di astenermi da ogni accanimento diagnostico e terapeutico;
- ▶ di promuovere l'alleanza terapeutica con il paziente fondata sulla fiducia e sulla reciproca informazione, nel rispetto e condivisione dei principi a cui si ispira l'arte medica;
- ▶ di attenermi nella mia attività ai principi etici della solidarietà umana contro i quali, nel rispetto della vita e della persona, non utilizzerò mai le mie conoscenze;
- ▶ di mettere le mie conoscenze a disposizione del progresso della medicina;
- ▶ di affidare la mia reputazione professionale esclusivamente alla mia competenza e alle mie doti morali;
- ▶ di evitare, anche al di fuori dell'esercizio professionale, ogni atto e comportamento che possano ledere il decoro e la dignità della professione;
- ▶ di rispettare i colleghi anche in caso di contrasto di opinioni;
- ▶ di rispettare e facilitare il diritto alla libera scelta del medico;
- ▶ di prestare assistenza d'urgenza a chi ne abbisogni e di mettermi, in caso di pubblica calamità, a disposizione dell'autorità competente;
- ▶ di osservare il segreto professionale e di tutelare la riservatezza su tutto ciò che mi è confidato, che vedo o che ho veduto, inteso o intuito nell'esercizio della mia professione o in ragione del mio stato;
- ▶ di prestare, in scienza e coscienza, la mia opera, con diligenza, perizia e prudenza e secondo equità, osservando le norme deontologiche che regolano l'esercizio della medicina e quelle giuridiche che non risultino in contrasto con gli scopi della mia professione.