



Federazione Nazionale degli Ordini
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DI VENEZIA
COMUNE DI VENEZIA
FNOMCeO
LE CITTÀ IN FESTA
PRESENTANO
VIS

CON IL PATROCINIO DI
ENPAM
REGIONE DEL VENETO ULSS3
REGIONE DEL VENETO ULSS4
OPPIV
CIRCOLO DELLE PROFESSIONI INTERMEDICHE
Ordine della Podologia e degli Podologi del Veneto
Ordine della Podologia e degli Podologi del Veneto

#VIS2024
CAMICI & MATTONI
LA RIVOLUZIONE
DELLE
CASE DELLA COMUNITA

VENEZIA IN SALUTE 2024 - XIV edizione

ORE 9.00 | MEDICO: UNA PROFESSIONE IN CONTINUA EVOLUZIONE
Giovanni Leoni

MANUALI CEDAM

DI MEDICINA, SCIENZE NATURALI E FARMACIA

COLLANA DIRETTA DA LORIS PREMUDA

3



M. AUSTONI - G. FEDERSPIL

PRINCIPI DI

METODOLOGIA CLINICA

CEDAM - PADOVA

	Generico	Condotto	Anestesista	Cardiologo	Chirurgo	Dermatologo	Internista	Neuropsichiatra	Oculista	Odontoiatra	Ortopedico	Ostetrico	Otolatra	Pediatra	Radiologo	Tisiologo	Urologo
Spirito di osservazione	10	9	10	10	10	10	10	10	10	8	8	10	9	10	10	10	10
Destrezza e rapidità manuale	8	7	10	7	10	6	6	5	10	10	10	10	10	6	6	6	8
Precisione di esecuzione	8	8	10	8	10	8	7	6	10	10	9	10	10	8	9	7	7
Energia fisica	8	9	8	7	8	6	6	7	8	9	9	9	7	7	7	6	8
Prontezza nell'agire	9	9	10	9	10	7	8	8	9	8	8	10	9	9	9	8	9
Resistenza fatica (lavoro monotono)	9	9	9	8	10	7	8	8	8	9	8	9	8	8	9	8	8
Resistenza fatica (lavoro discontinuo)	8	9	8	8	9	7	8	8	7	8	9	9	8	8	8	9	8
Capacità mnemoniche	9	9	8	9	8	9	9	9	8	7	6	8	8	8	9	8	9
Capacità intellettive astratte	7	7	7	7	6	8	8	9	8	6	4	6	6	7	7	7	7
Capacità intellettive concrete	9	9	8	9	9	9	9	10	8	9	8	9	8	9	9	10	9
Accuratezza	10	9	9	10	9	10	10	10	10	9	8	10	9	10	10	10	9
Senso pratico	9	10	10	10	10	9	9	10	9	8	9	10	9	9	9	10	9
Capacità adattamento	9	10	9	8	9	8	8	9	8	8	8	9	7	9	9	8	8
Spirito sacrificio	10	10	10	9	10	8	9	10	8	8	8	9	8	9	9	9	10
Relazioni umane	8	10	8	10	8	10	10	10	9	10	9	10	9	10	10	9	9
Problemi socio-economici	8	9	5	6	6	10	7	7	6	6	6	6	7	7	5	9	8
Cultura generale	7	7	6	8	7	7	7	8	6	8	6	7	6	7	6	7	7
Gusto estetico	6	6	6	7	7	7	6	6	6	9	6	8	7	6	5	6	7
Attitudini meccaniche	5	6	9	5	8	5	5	5	6	10	9	7	6	5	6	5	7
Esigenze di aggiornamento	10	9	10	10	10	9	10	10	10	9	9	10	10	10	10	10	10



Il medico che legge

In questo contesto, nel gennaio 1965, a Crepax viene affidato il compito di illustrare le vignette di una rubrica di *Tempo Medico* chiamata "Circuito interno". Quest'ultima verrà rinominata "Clinicommedie", come già la chiamavano in redazione. Diventerà uno dei contenuti più caratteristici e memorabili della rivista.



Circuito interno

Un importante clinico e il suo aiuto discutono « casi » singolari in uno studio collegato con circuito televisivo interno alla saletta degli assistenti. Ogni « caso » è diviso in tre parti. Alla fine di ciascuna si può tentare di emettere una diagnosi. Indovinarla dopo la prima parte, significa avere molto acume (e un po' di fortuna); alla fine della seconda, notevole perspicacia; alla fine, buon discernimento clinico.



IL CASO:

GIOVANE DONNA DI 22 ANNI, SPOSATA, RICOVERATA PER SINDROME DOLOROSA AL TORACE E FEBBRE.

In seguito veniva ben delineato in prosa il caso clinico, prima che fossero i personaggi a parlarne, contenente i dati del paziente, la sua situazione sociale, i sintomi e il motivo del ricovero. Narrativamente, i casi venivano trasmessi numerati e **il dibattito tra i professionisti si svolgeva proprio come un "giallo", una *detective story***, dove si doveva scoprire quale fosse stata la causa del malessere del paziente. Infatti, nel corso della lettura, indizi, false piste e ipotesi rendevano avvincente l'elucubrazione del lettore, accompagnate dalle evocative vignette di Crepax, che fornivano un apporto di ritmo narrativo, appagamento visivo e immaginifico, nonché talvolta suspense, fino alla risoluzione finale del caso del lettore che partecipava insieme ai personaggi.

Il tutto era impostato come un gioco, un vero e proprio quiz, con tanto di soluzione finale capovolta in un riquadro a fondo pagina, che doveva servire da "allenamento e intrattenimento" al medico lettore. Di fatto, quest'ultimo si ritrovava a formulare ipotesi diagnostiche insieme ai personaggi e verificare alla fine dell'episodio, se aveva ragionato correttamente sul caso, talvolta complesso o inusuale, e sui suoi sintomi.



Ancora, le "Clinicommedie" sono un'efficace testimonianza non solo di una felice relazione creativa tra il fumetto e la scienza medica (di fatto, anche nei romanzi grafici del campo del *graphic medicine* assistiamo a una tendenza simile), ma anche dell'efficacia della Nona arte a collocarsi all'intersezione tra fiction, gioco, ricerca scientifica e informazione. Il ruolo del prolifico Crepax in questo senso è stato fondamentale. L'artista "nascente", nello sviluppo del proprio stile personale, in un certo modo ha contribuito anche a favorire uno scambio tra fumetto e medicina.

- Sanità digitale: il Fascicolo Elettronico
- Telemedicina
- Intelligenza Artificiale nella diagnosi e trattamento
- Software in cloud che trasmettono dati al STS
- E-Health: la Tecnologia Wearable
- L'UE al fianco della sanità digitale: DigitalHealthEurope
 - Obiettivi principali di DigitalHealthEurope
 - Facilitare l'adozione di soluzioni digitali nel settore della salute
 - Promuovere la collaborazione
 - Supporto alla trasformazione digitale della sanità
 - Sviluppo di linee guida e politiche

Com'è cambiata la professione del medico. Le riflessioni di due internisti americani sul *Nejm*

di Aifa

Come è cambiata la professione del medico negli ultimi decenni? Come si è trasformato nel tempo il rapporto tra medico e paziente, soprattutto negli ospedali? Un articolo apparso recentemente sul [New England Journal of Medicine](#), di David I. Rosenthal e Abraham Verghese, induce a una riflessione sull'evoluzione (o involuzione?) del complesso legame tra medico e paziente

02 FEB - In un'epoca ormai passata il lavoro del medico ospedaliero, rilevano due medici internisti americani, **David I. Rosenthal** e **Abraham Verghese**, in un articolo apparso recentemente sul *New England Journal of Medicine*, veniva svolto principalmente al capezzale del letto del paziente, dove medici, assistenti e studenti si riunivano e si scambiavano impressioni e pareri. Il fulcro del rapporto medico-paziente risiedeva nel contatto umano, nella capacità del medico di esaminare un corpo anche attraverso i propri sensi, nella capacità della mano umana di toccare, diagnosticare, curare.

Si trattava di una sorta di rituale, un messaggio chiaro che i medici trasmettevano ai pazienti. Si creava facilmente l'opportunità di conoscere i degenti nel corso dei ricoveri e le cartelle cliniche erano fatte di carta, anche se erano spesso indecifrabili.

Cambio della professione del medico

L'avvento dell'era elettronica, che da una parte ha ridotto il tempo necessario per ottenere i risultati delle analisi o degli esami radiologici, dall'altra non ha aumentato il tempo trascorso con i pazienti.

Stime recenti indicano che medici e studenti di medicina spesso trascorrono più del 40-50% della propria giornata di fronte allo schermo di un computer per compilare documenti o esaminare cartelle cliniche; gran parte del restante tempo è utilizzato per coordinare, magari al telefono, le cure con altri specialisti, farmacisti, nutrizionisti, uffici di assistenza primaria, familiari, assistenti sociali, infermieri, ecc.

Cambio della professione del medico

Anche le competenze apprese dagli studenti di medicina e dai medici di oggi non sono quelle tradizionali, necessarie per fare una buona anamnesi o per ricostruire la storia clinica del paziente, ma piuttosto quelle per apprendere l'arte di un buon esame biottico, gestire documentazioni, accettazioni e dimissioni nell'era elettronica.

Lo stesso paziente si è ormai convinto che il suo corpo coincida con le immagini che si ottengono dalle tecnologie diagnostiche e dalle successioni di numeri generati dagli apparecchi usati per analizzare il sangue.

In questo modo pensa di tenere sotto controllo la propria salute sottoponendosi a prelievi, ecografie o risonanze magnetiche: si arriva a pensare che sia meglio avere a disposizione una buona radiografia piuttosto che un buon medico.

Cambio della professione del medico

La tecnologia certamente non può ristabilire la soddisfazione professionale dei medici; è necessario ricostruire il senso di lavoro di squadra, di comunità, rafforzando i legami che uniscono i medici come esseri umani e ripristinando alcuni rituali carichi di significato per medico e paziente. Le soluzioni non saranno semplici, dato che molti problemi sono intrappolati nell'alto costo delle cure sanitarie e negli ostacoli alle riforme dell'assistenza sanitaria.

Ma si può iniziare ricordando l'originale scopo dei medici: essere testimoni della sofferenza degli altri, dare conforto e offrire cura. Quello rimane il vero privilegio della professione medica, concludono i due autori.

Cambio della professione del medico di famiglia

Fondamentale sarà la capacità di bilanciare innovazione e contatto diretto con i pazienti.

Nella medicina generale 2.0, sottolinea Scotti, "dobbiamo sicuramente recuperare una capacità di offerta, anche tecnologicamente adeguata, che permetta ai medici di famiglia di mantenere la relazione diretta con i pazienti.

Per quanto ci riguarda è molto importante considerare gli strumenti tecnologici anche rispetto alla necessità di mantenere i contatti umani".

Cambio della professione del medico di famiglia

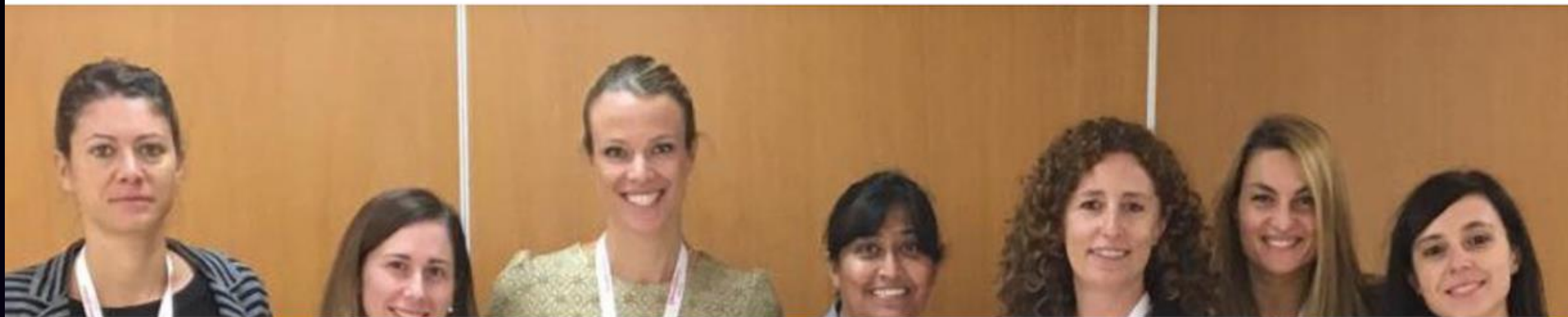
Il medico di famiglia del prossimo futuro "dovrà essere un professionista non più solista ma sempre più integrato nella rete dei servizi territoriali. Ma questo non deve assolutamente voler dire sradicarlo dal suo territorio e dalla possibilità di rapporto diretto e continuativo con il suo paziente. Il rapporto fiduciario è un patrimonio da salvaguardare"

La telemedicina, il teleconsulto, la televista, la telediagnostica "sono strumenti che entreranno sicuramente a far parte dell'attività corrente. Ma questo non significa snaturare il lavoro.

L'obiettivo del medico è sempre dare una risposta alle domande del cittadino con gli strumenti disponibili più adatti al caso".

La "vera sfida del prossimo futuro - continua Scotti - sarà comunque la domiciliarità dell'assistenza.

ISCRITTI	anno nascita	TOTALE	MASCHI	%	FEMMINE	%
TOTALE AL 19.09.2024		4767	2909	61%	1858	39%
OVER 65 ANNI	OVER 1959	1933	1491	77%	442	23%
DA 64 A 55 ANNI	1960 - 1969	892	565	63%	327	37%
DA 54 A 45 ANNI	1970 - 1979	572	244	43%	328	67%
DA 44 A 35 ANNI	1980 - 1989	546	230	42%	316	58%
UNDER 34 ANNI	under 1990	824	379	46%	445	54%



LA NOSTRA ASSOCIAZIONE

CHI SIAMO

Women in Surgery Italia nasce dall'evoluzione avvenuta in Chirurgia nell'ultimo decennio: il numero di chirurghe è in progressivo aumento e in un prossimo futuro più della metà dei chirurghi in attività sarà donna.



Su 97 posti a bando > 5 specialisti - 19 specializzandi



Passaggio Luigi Gaudenzio, 1 35131 Padova - Tel. 049 877.8173
Codice Fiscale/Partita IVA n. 05018720283 - Codice Univoco Ufficio: UF2ZJD - Codice IPA: azero
PEC protocollo.azero@pecveneto.it - www.azero.veneto.it

FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

REGISTRO: Deliberazione

NUMERO: 0000571

DATA: 11/09/2024 14:15

OGGETTO: Presa d'atto dei verbali e approvazione delle graduatorie di merito del concorso pubblico, per titoli ed esami, per n. 97 posti di Dirigente Medico – disciplina Medicina d'Emergenza-Urgenza – Area Medica e delle Specialità Mediche – Profilo Professionale Dirigente Medico – Ruolo Sanitario.

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

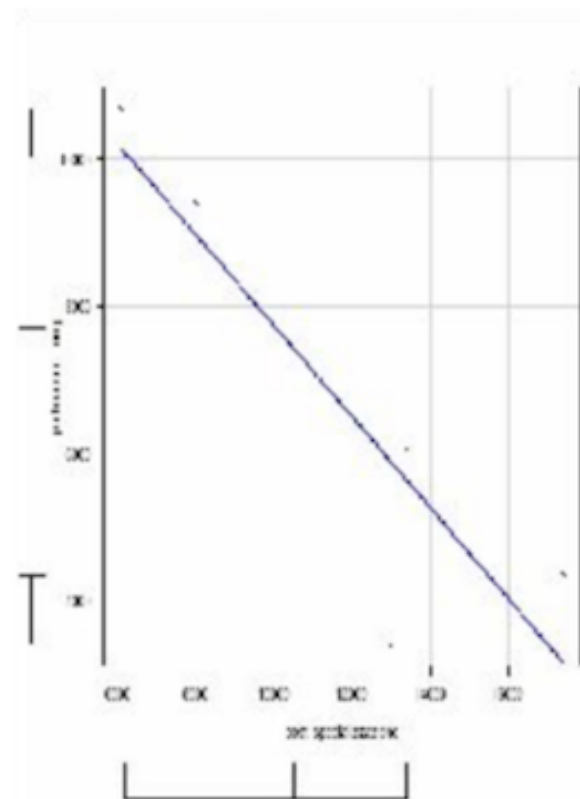
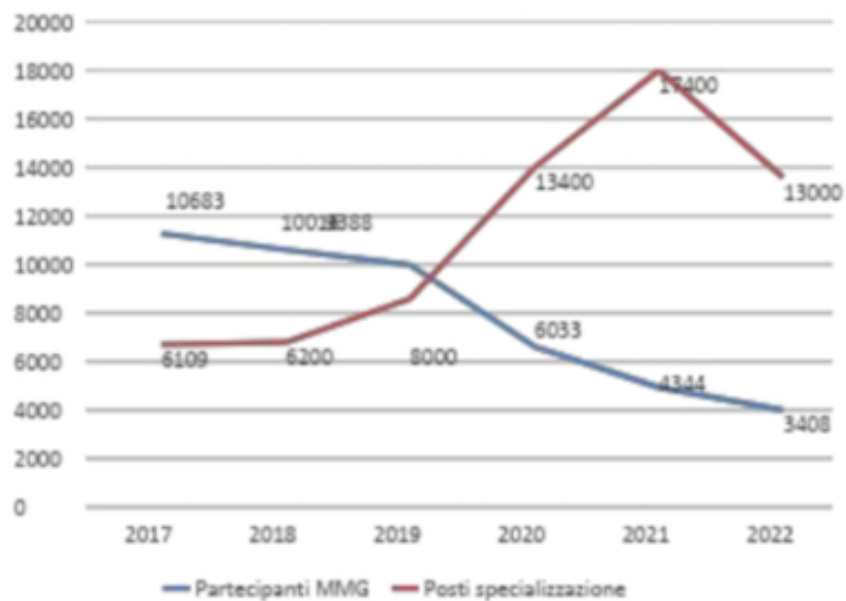
Il presente atto è stato firmato digitalmente da Toniolo Roberto in qualità di Direttore Generale
Con il parere favorevole di Kusstatscher Stefano - Direttore Sanitario
Con il parere favorevole di Zuzzi Sandra - Direttore Amministrativo

Su proposta di Maria Martelli - UOC GESTIONE RISORSE UMANE che esprime parere favorevole in ordine ai contenuti sostanziali, formali e di legittimità del presente atto



Relazione tra posti disponibili nelle scuole di specializzazione e iscrizioni alle scuole di medico di medicina generale

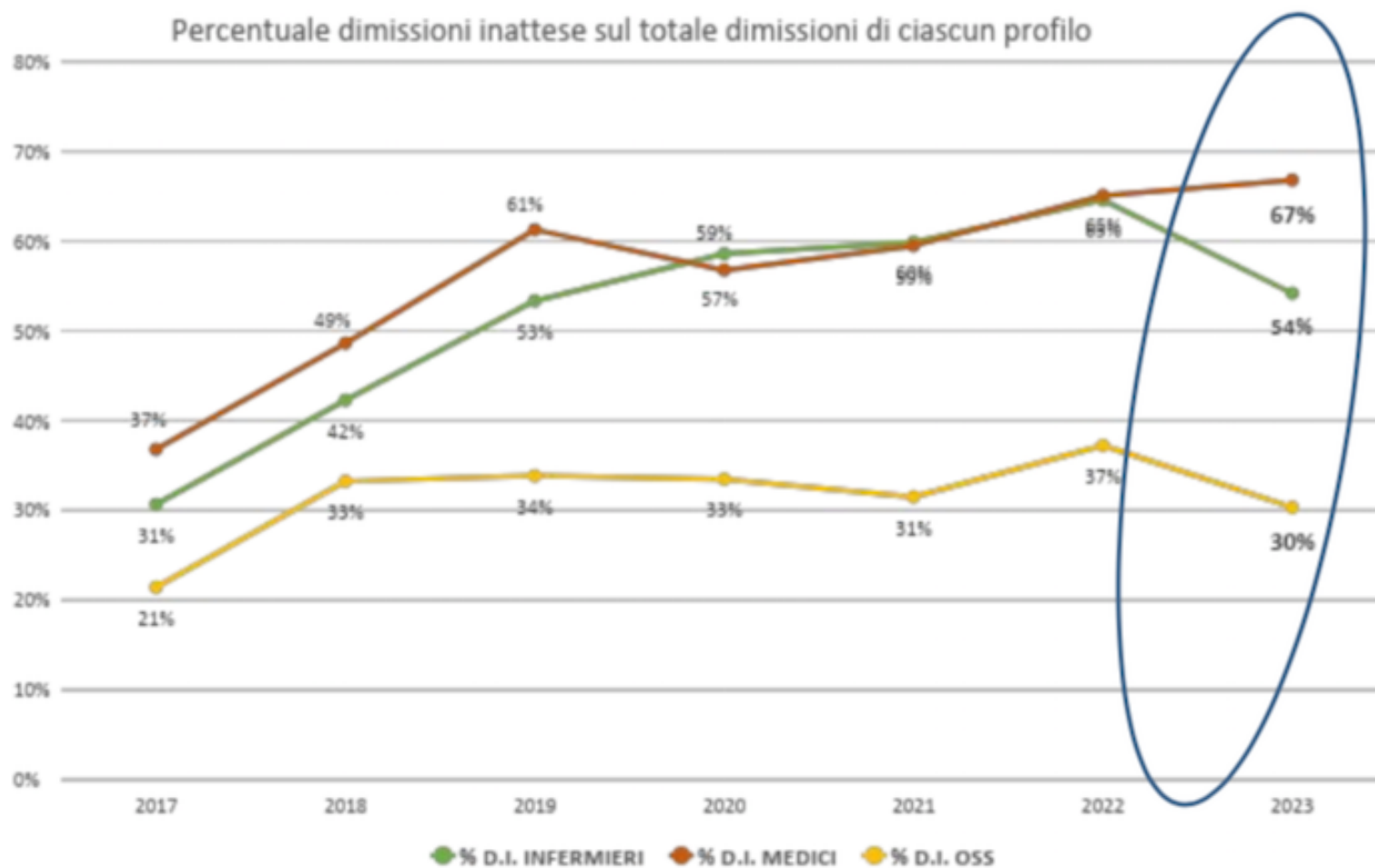
(dati Fnomceo, elaborazione Regione Veneto)





Andamento dimissioni inattese

Percentuale dimissioni inattese sul totale dimissioni di ciascun profilo



Fonte dati: HR Suite GPI Informatica
Estrazione dati al 31/12/2023



Percentuali dimissioni inattese sul totale delle dimissioni per azienda
dal 01/01/2023 al 31/12/2023 (contratti t. indeterminato)

Infermieri

AZIENDA	% D.I. SUL TOT. DIMISSIONI
IOV	72%
AOUIVR	66%
AOPD	63%
ULSS 4	54%
ULSS 9	51%
ULSS 2	50%
ULSS 3	49%
ULSS 1	48%
ULSS 8	47%
ULSS 6	44%
ULSS 5	43%
ULSS 7	37%

Medici

AZIENDA	% D.I. SUL TOT. DIMISSIONI
IOV	84%
ULSS 7	73%
ULSS 5	71%
ULSS 2	68%
ULSS 3	66%
ULSS 1	63%
ULSS 6	62%
AOPD	61%
ULSS 4	54%
ULSS 9	53%
ULSS 8	53%
AOUIVR	49%

OSS

AZIENDA	% D.I. SUL TOT. DIMISSIONI
AOUIVR	53%
IOV	50%
AOPD	32%
ULSS 3	31%
ULSS 8	30%
ULSS 2	27%
ULSS 7	24%
ULSS 6	23%
ULSS 9	20%
ULSS 4	17%
ULSS 5	17%
ULSS 1	11%

Fonte dati: HR Suite GPI Informatica
Estrazione dati al 31/12/2023

Tab. 2 – Costi del personale delle Case della Comunità

Descrizione del personale	Unità di personale per struttura	Incremento di costo unitario (€)	Unità di personale totali	Costi addizionali (€)	Fonte di finanziamento
Amministrativi	5	-	6.440	-	Nessun onere aggiuntivo per il SSN a causa del risultato della riorganizzazione del personale delle cure primarie
Medici di medicina generale MMG	10	-	12.880	-	
Infermieri di famiglia	6	-	7.728	-	
	2	40.000	2.363	94.500.000	D.L. 34/2020 art.1 c.5
TOTALE				94.500.000	

Fonte: documenti del Governo italiano inviati all'UE a corredo del PNRR.

Grazie della vostra attenzione

