

---

## Unità 11 - Medicina Contemporanea: Il sistema sanitario attraverso lenti socio-politiche

UNIVERSITÀ GRIGORI T. POPA OF MEDICINE AND PHARMACY (RO)

### 1. Informazioni per i docenti

#### 1.1 Descrizione dell'argomento

Un duplice approccio è stato progettato per descrivere la medicina contemporanea in Romania che va dal periodo pre-comunista a quello post-comunista. L'attuale sviluppo del sistema medico-sanitario rumeno contemporaneo è stato spiegato nei termini della sua storia.

In questa unità, gli autori hanno utilizzato un mix di oggetti di apprendimento volti a introdurre l'argomento agli studenti. Fedeli all'approccio della strategia degli oggetti di apprendimento, gli oggetti (rapporti ufficiali, articoli di giornale, articoli di ricerca, video, interviste) sono stati scelti per aiutare gli studenti a sviluppare la loro comprensione della pratica clinica. Inoltre, le questioni relative all'etica medica diventano più consapevoli del ruolo rilevante che le scienze sociali mediche svolgono nella formazione di un medico. Inoltre, confrontando l'esempio del sistema sanitario rumeno con il proprio sistema, gli studenti hanno l'opportunità di praticare le proprie capacità comunicative discutendo in classe questioni relative alla medicina contemporanea.

Il sistema sanitario rumeno è un esempio di come l'eredità del comunismo abbia influito sull'evoluzione del sistema sanitario nel periodo post-comunista in tutta Europa. Il primo oggetto di apprendimento è una lettura adattata agli obiettivi di apprendimento di questa unità da articoli e interviste pubblicati su riviste mediche ed è diviso in due sotto-argomenti principali: la storia del sistema sanitario rumeno e lo stato attuale dell'assistenza sanitaria rumena.

Questi argomenti sono ulteriormente evidenziati da un interludio giustapposto riguardante la storia molto recente della pandemia di Covid-19.

Il primo sotto-argomento delinea l'evoluzione della medicina nei Principati rumeni descrivendo il carattere rudimentale del campo, in quanto l'assistenza sanitaria medica si occupava principalmente delle epidemie dell'epoca. In questo senso, agli studenti vengono fornite informazioni sulla regione e sul livello di queste epidemie. Successivamente, la pratica medica viene discussa in termini di assistenza sanitaria sociale precaria in Romania prima del periodo comunista.

La lettura continua sottolineando il graduale miglioramento della situazione sanitaria nel Paese e anche l'allineamento della Romania agli standard di pratica medica dell'Europa occidentale e orientale. Nello specifico, è importante che gli studenti notino che diversi medici erano stati inviati all'estero per fare esperienza medica e acquisire conoscenze pratiche nella pratica clinica dell'epoca. Come si riflette nella lettura, gli studenti dovrebbero anche tenere a mente che il regime comunista in Romania ha portato cambiamenti (ideologici) che sono diventati evidenti nella pratica clinica, nella bioetica, nelle scienze mediche, nelle scienze mediche sociali, ha influenzato e limitato la comunicazione tra medico e paziente, tra medico e altri organismi ufficiali. Questo perché i medici temevano il sistema repressivo che minacciava la loro pratica e cambiava il sistema di valori a cui erano abituati in precedenza. Gli studenti scopriranno che l'apertura verso il mondo occidentale, caratteristica nell'era della Seconda Guerra Mondiale, è stata



sostituita dal modello sovietico (lingua russa e specialisti inclusi), che ha dominato negli aspetti medici soprattutto a livello delle materie inclini all'interpretazione (biologia, genetica).

Un'altra questione complessa durante gli anni comunisti, come dimostra la lettura e per la quale sono ancora necessarie soluzioni efficienti fino ai giorni nostri, è la selezione del personale medico nella sanità. La selezione basata sulla professionalità è stata sostituita da nepotismo, criteri politici, origine sociale, che ha portato all'ascesa al potere medico di personale formato in modo inefficiente. Personalità rinomate (come il Dr. Emil Gherman) furono perseguitate e rimosse dalle posizioni giustamente occupate, mentre altre furono punite perché non avevano aderito all'ideologia tradizionale o mancavano di un'affiliazione politica "corretta".

A seguito di questa incursione cronologica negli aspetti storico-politici che hanno contribuito a plasmare il sistema sanitario rumeno, il frammento sull'adesione della Romania alla pandemia di Covid-19 è opportuno perché non solo riflette il posizionamento del Paese all'interno di un contesto internazionale simile, ma lo collega anche al suo passato anticipando, allo stesso tempo, lo stato attuale del suo sistema sanitario.

Il secondo sottotema della lettura è rappresentato dall'assistenza sanitaria in Romania oggi, dopo la caduta del regime totalitario nel 1989. Pertanto, l'obiettivo di apprendimento mira a proporre soluzioni integrative per far fronte ai gravi problemi di salute della popolazione rumena. Ciò richiede l'azione proattiva degli studenti di medicina e l'identificazione di misure di prevenzione e la progettazione di soluzioni per il trattamento di malattie croniche ampiamente diffuse (ad esempio il cancro) e per evitare fattori di rischio.

Tra le altre questioni delicate, vi è la questione dei servizi sanitari limitati rivolti ai poveri che vivono nelle zone rurali e in particolare a coloro che soffrono di malattie croniche e il fatto che cercano meno assistenza medica della popolazione più ricca o più istruita. Inoltre, i milioni di persone che non versano i contributi sociali per vari motivi rappresentano un'area di preoccupazione. Altre carenze del sistema sanitario rumeno includono fonti di finanziamento insufficienti, che sono più gravi di quelle di altri paesi dell'UE. Nell'ambito dell'approccio strategico degli oggetti di apprendimento nella lettura, agli studenti viene data l'opportunità di riflettere sulle fonti di questi problemi, sulle debolezze delle istituzioni presenti e sui passaggi necessari per soluzioni adeguate.

Un'altra questione politica presentata come punto di partenza per la discussione è quella della chiusura degli ospedali che ha portato a situazioni assurde (evacuazione dei pazienti in cura, trasferimento di attrezzature in nuove sedi accompagnate dal rifiuto dei medici di lasciare la vecchia sede) e proteste di piazza. Questo si colloca nel contesto della necessità di riorganizzazione degli ospedali e della controversa questione delle troppe prescrizioni date dai medici ai pazienti senza il controllo degli organismi di regolamentazione.

Altre sfide del sistema sanitario rumeno contemporaneo riguardano la questione della necessità di strategie di prevenzione al fine di ridurre le cattive condizioni di salute della popolazione (una delle cui importanti conseguenze è rappresentata dall'enorme numero di casi di obesità, cancro, diabete, droghe o abuso di alcol) a livello nazionale e locale. Inoltre, la fuga di cervelli medici come conseguenza della mobilità professionale influisce notevolmente sull'implementazione dell'assistenza sanitaria. Ciò significa anche il trasferimento dei medici dalle aree rurali a quelle urbane, il che lascia le aree rurali poco assistite. Infine, ma non meno importante, la lettura invita a riflettere sui problemi generici dei sistemi sanitari pubblici europei, in generale e della Romania in particolare, in cui temi come il sottofinanziamento, nonostante gli elevati costi o l'eccessiva burocrazia, non riescono a rispondere alle esigenze della popolazione e contribuiscono alla riduzione della fiducia nei sistemi sanitari.



Il secondo oggetto di apprendimento utilizzato in questa unità è uno scenario del caso che include due interviste, una con il dott. Vasile Ciurchea, presidente della Romanian Health Insurance House e l'altra con il prof. Dr. Corin Badiu, cattedra di Endocrinologia presso l'Università Carol Davila di Medicina e Farmacia, Bucarest. Sono supportati da una terza intervista su YouTube con il dott. Eugen Tarcoveanu, chirurgo e professore universitario, ex responsabile della clinica chirurgica e direttore dell'ospedale St. Spiridon di Iasi diretta dal dott. Richard Constantinescu, autore e iatro-storiografo, responsabile della disciplina Storia della medicina e curatore del Museo dell'Università di Medicina e Farmacia Grigore T. Popa di Iasi. Quest'ultima intervista fa parte di una serie sulla medicina rumena prima e dopo il comunismo iniziata e coordinata dal Dr. Richard Constantinescu e che è inclusa tra i risultati del progetto europeo Erasmus plus chiamato Alcmaeon, Numero del progetto: 2018-1-ES01-KA203-050606.

La prima intervista si concentra sui modi per aumentare l'efficienza della National Health Insurance House gestendo gli slittamenti interni per prevenire frode e corruzione, affrontando il margine di manovra spesso invocato nel funzionamento del sistema gestito dalla NHIH e diverse disfunzioni interne. Suggerisce inoltre che il modo di comunicare (con la stampa o i partner) debba essere rivisto. Invita gli studenti a indagare sulla strategia della NHIH per affrontare i pazienti cronici. La seconda intervista delinea le sfide dei programmi di residenza rumeni e propone soluzioni per loro: l'inclusione di specializzazioni altamente tradizionali nel programma di specializzazione in medicina interna, la riduzione del tempo di formazione per i medici specializzandi e l'impatto di varie distorsioni sulla qualità della formazione medica con esempi concreti (uno specializzando in chirurgia generale che non aveva assistito a un intervento di cancro al seno in 6 anni). Esempi di soluzioni, adottate anche dai Paesi occidentali dell'UE (come la Germania), includono una formazione più regolamentata del personale specializzando da parte di formatori specializzati. Infine, l'ultima intervista rilasciata dal Dr. Eugen Tarcoveanu è inclusa come un nuovo oggetto di apprendimento che supporta gli argomenti in discussione. Ha il formato di un video disponibile su YouTube ed è stato scelto perché il professore, che era una figura rinomata nel campo fin dagli anni comunisti, parla del periodo di transizione dal comunismo ai nuovi sviluppi, nella sua qualità di testimone e protagonista. La sua celebrità medica dura ancora oggi ed egli individua aspetti positivi della medicina e della chirurgia rumena dopo la Seconda Guerra Mondiale, che considera la prova della sua discendenza europea e della dipendenza dalle nuove tecnologie. La professionalità del personale medico (come il medico Buțureanu) deve molto ai contatti internazionali e alle opere pubblicate a livello internazionale: nonostante i danni causati ai medici, il comunismo ha anche contribuito all'aumento del senso clinico dei medici durante il regime totalitario e al fatto che durante quest'epoca il sistema sanitario medico si affidava molto poco alle importazioni (per dispositivi, prodotti farmaceutici, ecc.) e ha aumentato la capacità dei medici di esercitare bene la professione medica sulla base dell'esperienza e dell'apprendimento dai libri.

## 1.2 Obiettivi di apprendimento

Gli obiettivi di apprendimento di questa unità si concentrano sulla descrizione di ciò che lo studente deve essere in grado di fare al termine di questa attività educativa. Gli obiettivi di apprendimento delimitano le conoscenze, le competenze e/o l'atteggiamento che gli studenti acquisiscono da questa attività educativa e specificano anche il metodo di misurazione in cui le prestazioni e il cambiamento potrebbero essere misurati. Poiché molti degli obiettivi di apprendimento dei corsi di medicina disponibili su Internet si basano sulla tassonomia di Benjamin Bloom (1956) gli autori dell'unità trovano molto utile scrivere obiettivi di apprendimento specifici di questa unità per i domini cognitivi (sapere), psicomotorii (fare: abilità) e affettivi (atteggiamento), per fare affidamento su tale modello. Gran parte dei moderni curricula della scuola di medicina citati si concentrano principalmente sul dominio cognitivo, che Bloom ha classificato in 6 livelli, a partire dal semplice richiamo o riconoscimento dei fatti (conoscenza), attraverso livelli mentali sempre più complessi e astratti, fino al livello più alto (valutazione).



Per rendere più efficaci gli obiettivi di apprendimento, sono inclusi i seguenti 5 elementi: chi, cosa farà, quanto o quanto bene, di cosa, entro quando. Lo mnemonico SMART (Specific, Measurable, Attainable, Relevant e Time), è utilizzato per descrivere gli elementi di ogni obiettivo di apprendimento. Ecco alcuni esempi di verbi d'azione che rappresentano ciascuno dei sei livelli cognitivi, dal più basso al più alto, che abbiamo preso in considerazione usando:

- Conoscenza: definire, elencare, nominare, ordinare, riconoscere, richiamare, etichettare
- Comprensione: classificare, descrivere, discutere, spiegare, identificare, individuare, segnalare, rivedere
- Applicazione: applicare, scegliere, dimostrare, illustrare, praticare, risolvere, utilizzare
- Analisi: analizzare, valutare, calcolare, confrontare/contrastare, differenziare, diagramma
- Sintesi: disporre, assemblare, costruire, progettare, formulare, preparare, scrivere
- Valutazione: valutare, discutere, giudicare, prevedere, valutare, segnare, scegliere

Un esempio di un possibile obiettivo GENERICO SMART per questa unità è: "Al completamento di questa unità, i partecipanti dovrebbero essere in grado di commentare il modo in cui il sistema medico rumeno si è sviluppato e cambiato dal periodo pre-comunista attraverso il comunismo al periodo di transizione dopo il 1989".

### Sotto-obiettivi di apprendimento

Per fare questo i partecipanti devono essere in grado di:

- a) Riconoscere ed elencare almeno 5 difficoltà e sfide scelte da sé identificate nello studio del caso, nella lettura e nella testimonianza filmata;
- b) Descrivere e presentare le soluzioni a queste difficoltà in base sia alle risorse fornite che alla pratica medica personale o alla ricerca personale;
- c) Analizzarne il contesto di lavoro e scegliere una sfida principale e proporre una soluzione;
- d) Valutare l'attuale situazione del sistema sanitario rumeno come si riflette nella propria istituzione medica, e formulare un breve diagramma critico delle principali difficoltà individuate;
- e) Prevedere le soluzioni probabili per i prossimi 5 anni in relazione alle questioni menzionate al punto d).

Come descritto nella letteratura specifica (Kirkpatrick, 1998; Barr et al., 2000 per il settore medico) altri obiettivi generici di apprendimento di questa unità sono:

- a) Incoraggiare la partecipazione e la motivazione degli studenti all'apprendimento;
- b) Contribuire a cambiare gli atteggiamenti o le percezioni dei partecipanti sui pregiudizi che operano nel sistema sanitario rumeno (vedi l'oggetto di apprendimento al link di YouTube <https://youtu.be/yCMgzCeOFHg>);
- c) Contribuire al cambiamento del comportamento degli studenti in modo da aiutarli a trasmettere volentieri ciò che hanno imparato sul posto di lavoro (medico); stimolare l'atteggiamento proattivo dei partecipanti per soluzioni pratiche per le esigenze illustrate nella lettura/ scenario del caso/link YouTube o identificati dai partecipanti nella vita reale in un istituto medico;
- d) Distinguere tra i nuovi concetti in base ai quali gli standard di qualità di un sistema sanitario sono strutture che includono procedure e principi;
- e) Esercitare e praticare le abilità sociali, il pensiero cognitivo e le capacità di problem solving come competenze importanti per un medico tramite la lettura /scenario del caso/testimonianza su YouTube;

- f) Stimolare un atteggiamento positivo nei confronti del cambiamento della pratica organizzativa delle istituzioni sanitarie e individuare gli errori che potrebbero essere evitati (in particolare quelli specifici del comunismo e quelli del periodo di transizione dopo la caduta del comunismo nel 1989);
- g) Identificare modelli di ruolo positivi, la buona pratica medica dei predecessori per avvantaggiare i pazienti e il loro benessere (mobilità all'estero, continuo sviluppo professionale, ecc.) e identificare le insidie di pratiche illecite (corruzione, prescrizioni eccessive di farmaci, ecc.)

## 2. Informazioni per gli studenti

### 2.1 Scenario del caso



#### Scenario 1: aumentare l'efficienza della National Health Insurance House

(Adattato da un'intervista con il dott. Vasile Ciurchea, Presidente della National Health Insurance House)

Come gestisce gli slittamenti interni per prevenire frode e corruzione?

Quando rileviamo un'irregolarità, indaghiamo presso la National Health Insurance House (NHIH) entro i limiti della legislazione. Offriamo il nostro supporto agli organi investigativi ogni volta che richiesto e forniamo loro le informazioni e i documenti necessari. A seguito delle azioni di controllo condotte nel maggio 2008 in 77 ospedali, sono state imposte sanzioni per circa 7 milioni di lei per le irregolarità riscontrate. Accolgo con favore l'iniziativa del Ministro della Salute di riorientare le sanzioni dal prossimo anno al gruppo direttivo. Intendiamo aumentare il ruolo dei dirigenti ospedalieri per renderli responsabili sia delle cose buone che di quelle cattive.

2009 e 2014: due anni in cui la gestione di NHIH è cambiata. Che cosa porterà con sé da ciò che ha iniziato l'ex Presidente della Casa?

Non possiamo progredire se ci allontaniamo dai cambiamenti precedenti e continuiamo a rifare tutto da capo ad ogni cambiamento dei responsabili delle decisioni. Quando ci siamo insediati, abbiamo trovato nell'istituzione lo stesso team con cui abbiamo lavorato nel mandato precedente. I più giovani hanno capito che dovevano diventare responsabili delle loro azioni nel sistema e coordinarsi con altri uffici per la realizzazione di piani più grandi. Come direttore penso che sia molto importante essere responsabili di ogni

uomo nella struttura che coordini. Il sistema sanitario deve funzionare in tutta la sua interezza e non frammentato.

Spesso si invoca un margine di manovra nel funzionamento del sistema gestito da NHIH. Ci sono disfunzioni intrinseche. Pensa che il modo in cui la sua organizzazione comunica con la stampa o con terzi debba essere rivisto?

Stiamo cercando di semplificare e rendere meno aggressiva la burocrazia esistente. La NHIH è un'istituzione piuttosto tecnica, motivo per cui i responsabili politici e gli operatori sanitari hanno varie insoddisfazioni su come comunichiamo. Ci sono anche pochi funzionari pubblici nell'NHIH per rispondere a tutte le richieste. Analizziamo tutti i reclami e i suggerimenti espressi da coloro che sono coinvolti nel sistema, ascoltiamo il parere di pazienti, medici, dirigenti ospedalieri e operatori sanitari e correggiamo ciò che è necessario nell'ambito dei "Framework Contracts" per garantire un terreno legale che consenta al sistema di funzionare nel modo più efficiente possibile.

Cosa può fare NHIH per i pazienti cronici?

Si tratta delle possibilità che il sistema medico rumeno offre ai pazienti di ricevere farmaci e trattamenti paragonabili a quelli dei Paesi europei avanzati. Penso che non si tratti solo di finanziamenti, ma anche del rapporto medico-paziente e della fiducia nel trattamento prescritto; anche se quest'ultimo non riguarda l'ultima generazione, può avere effetti positivi simili. La consapevolezza della popolazione e lo sviluppo tecnologico hanno portato alla diagnosi precoce di molti tumori. Le diagnosi più rapide non sono sempre in linea con le risorse finanziarie della NHIH, portando così a liste d'attesa più lunghe. L'unica parte positiva di queste liste è che identificano le esigenze di finanziamento. Per alcune malattie oncologiche sono stati creati nuovi sottoprogrammi, per i quali sono stati stanziati fondi specifici, in modo che i servizi forniti possano essere monitorati più chiaramente. Non abbiamo approvato il trattamento per tutti i pazienti che hanno presentato i documenti necessari presso le case di assicurazione. Per un fascicolo approvato, il finanziamento deve essere fornito fino alla fine del trattamento. Mensilmente, la NHIH approva circa 500 nuovi casi di pazienti con condizioni oncologiche che richiedono molecole costose. Questi nuovi fascicoli si aggiungono al trattamento di follow-up. Negli ultimi 6 anni, il numero totale di pazienti con malattie oncologiche che hanno avuto accesso a trattamenti, terapia standard o molecole costose è aumentato in media di 3000 pazienti all'anno, da 90 474 pazienti nel 2008 a 108.000 pazienti nel 2014. L'epatite è un altro problema che ci preoccupa. Nel 2014, il valore stimato dei trattamenti per l'epatite è stato di 470 000 RON per circa 40 000 pazienti rispetto all'anno precedente, quando sono stati trattati circa 32 000 pazienti e sono stati stanziati 387 milioni di RON.

Gli obiettivi prioritari che ho proposto sono di aumentare l'efficienza nella gestione dei fondi pubblici di assicurazione sanitaria, di ridurre gli sprechi e l'uso improprio del denaro pubblico nel sistema sanitario. La NHIH deve essere molto vigile nel perseguire il modo in cui gli operatori sanitari pubblici e privati rispettano i loro obblighi nei confronti degli assicurati che dovrebbero principalmente rispettare i loro obblighi contrattuali nei confronti della NHIC. Migliorare il sistema sanitario in Romania deve essere un obiettivo al quale partecipano tutti gli attori del sistema.

## **Scenario 2: Programmi di specializzazione rumeni: sfide e soluzioni**

(Adattato da un'intervista con il Prof. Corin Badiu, Cattedra di Endocrinologia presso l'Università Carol Davila di Medicina e Farmacia, Bucarest)

Qual è lo stato attuale della formazione dei laureati delle scuole di medicina in Romania?



È un problema in quasi tutto il sistema di istruzione post-laurea. Nel 2006 è stato emesso un ordine di assimilazione, che ha raccomandato la scomparsa di molte specializzazioni e l'inclusione di alcune in specializzazioni più grandi. Specialità altamente tradizionali, come l'oncologia o la neurologia pediatrica, sono state incluse rispettivamente nella medicina interna e nella neurologia degli adulti. Queste distorsioni hanno colpito tutti e portato a regole concordanti, che non sono durate a lungo, dal 2007 al 2009. Successivamente, un altro ministro della Salute ha ridotto il tempo di formazione di uno o due anni, considerando che i medici specializzandi trascorrevano troppo tempo a scuola e avevano bisogno di diventare indipendenti più velocemente.

Qual è stato l'impatto di queste misure sulla qualità dell'istruzione medica?

La Romania ha bisogno di una strategia per stabilire il numero di medici necessari per una certa specializzazione per numero di abitanti del Paese e per gestire la qualità di questi medici. Ultimamente la formazione post-laurea si è deteriorata in modo significativo. I tirocini complementari e la formazione di base sono stati ridotti e solo la formazione specialistica è stata mantenuta. Forse questa decisione è stata presa sapendo che gli specializzandi non consideravano importanti i moduli complementari. La formazione deve essere uniforme. Ad esempio, in Germania, ci sono attività che il medico specializzando deve padroneggiare. Dopo aver scelto la sua specializzazione, non è possibile iniziare a imparare o fare esperimenti che potrebbero minacciare la salute dei pazienti reali. Questo si impara durante la specializzazione! Se non sono stati coinvolti, ad esempio, in operazioni durante la loro formazione, non sono autorizzati a eseguire interventi chirurgici importanti nei loro ospedali in seguito. Se un chirurgo generale deve eseguire, ad esempio, un intervento chirurgico Hartmann per il cancro sigmoide, dopo il tempo in cui ha ottenuto il suo diploma, è implicito che il chirurgo sappia come applicare correttamente la procedura. Se uno specializzando non è mai stato il chirurgo principale in un tale intervento, non può eseguirlo correttamente.

Ha un esempio concreto?

Quando ero al CNPDS, un giorno ero nella commissione che concede i titoli di medico specialista in una delle commissioni chirurgiche. Un candidato ha ricevuto un caso di cancro al seno. Ha presentato il caso e ha insistito sull'impatto psicologico della malattia sul paziente. Il presidente della commissione d'esame ha chiesto: "Come si fa?" Alla domanda su cose elementari, il candidato ha dato una risposta che ha scioccato tutti: "Mi dispiace ammetterlo ma durante 6 anni di college e 6 anni di specializzazione in chirurgia generale, non ho visto alcun tipo di cancro al seno!" La commissione ha scelto di concedergli il titolo di specialista.

"In chirurgia generale, la maggior parte degli specializzandi non vede molti casi. Non sono autorizzati a svolgere molte attività cliniche. Ciò non significa necessariamente che non lavorano, ma quello che svolgono è per lo più lavoro d'ufficio, non lavoro clinico".

Quali soluzioni ha per una seria formazione degli specializzandi?

Istruzione responsabile. È sbagliato ritenere che lo specializzando non abbia alcuna responsabilità. La sua responsabilità è progressiva, ma anche in funzione dei casi che ha visto e a cui ha partecipato nel processo terapeutico. Non molto tempo fa ho proposto un questionario in base al quale viene chiesto agli specializzandi di fare il proprio elenco di casi che hanno visto. Purtroppo, questo è rimasto solo teoria perché era troppo complicato per essere messo in pratica. In effetti, era una lista, che rifletteva il livello di coinvolgimento dello specializzando: dal livello 0 (era un osservatore di un caso), al livello 5 (in cui aveva la capacità di coordinare uno specializzando principiante). Considerando tutti i protocolli, osserviamo la

---

progressione, da 0 a 5. Se guardiamo l'elenco e scopriamo che lo specializzando, alla fine della formazione, non ha visto alcun cancro al seno, significa che è stata colpa del nostro sistema. Non è una malattia rara; è una malattia neoplastica comune. Il coordinatore deve assicurarsi che lo specializzando, al termine della formazione, abbia acquisito tutto ciò che gli è stato suggerito. Questo è il controllo di qualità finale. Nelle ultime sessioni d'esame, ci siamo sistematicamente rifiutati di concedere il titolo di medico specialista nei casi come quello presentato sopra perché deve esserci uno standard minimo che dobbiamo osservare.

