

Quest'iniziativa è nata qualche mese fa, quando da giovane medico e da cittadino, ho scritto una lettera all' On. Maria Chiara Carrozza esprimendo la necessità di cambiare radicalmente il sistema medicina, e non solo nella parte finale dell'accesso alle scuole di specializzazione.

Sono rimasto molto sorpreso nel ricevere una risposta positiva e la possibilità di poterne parlare di persona ed addirittura iniziare a scrivere una proposta di legge basata per la prima volta sull'esperienza di studenti.

Ho pensato allora di scrivere questo documento insieme a cinque colleghi di altre università che condividono queste idee e che sentono l'esigenza di un profondo cambiamento.

Molte delle proposte riportate sono state maturate grazie ad esperienze all'estero.

Alcuni di noi hanno avuto la possibilità e la volontà di sperimentare, in altri paesi, dei sistemi universitari più moderni e, per molti aspetti, più efficienti del nostro.

Complessivamente gli autori di questo documento hanno avuto esperienze in Francia, Spagna, Paesi Bassi, Regno Unito, Rep. Ceca, Canada e Giappone.

Nessuno di noi è membro di associazioni studentesche, questo documento non ha nessun colore politico e scopo diverso da quello di migliorare la formazione universitaria e la vita dei futuri studenti di medicina.

E' da intendersi quindi come la libera iniziativa di sei cittadini che si sono rivolti alle istituzioni e che sono stati ascoltati.

Se questa proposta andrà lontano o meno dipende da tutti noi e, per una volta, dall'intelligenza di schierarci dalla stessa parte anche per chi l'università deve ancora iniziarla.

Bologna, 27.03.2015

Dott. Raho Giorgio, Università di Perugia
Dott. Antonini Luca, Università di Perugia
Dott. Malorgio Piero, Università di Parma
Dott.ssa Grassi Giorgia, Università di Bologna
Dott. Binetti Francesco, Università di Bologna
Dott.ssa Dal Cero Mariagiulia, Università di Padova

PROPOSTA DI RIFORMA DEL CORSO DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA E
DEL CONCORSO DI ACCESSO ALLE SPECIALIZZAZIONI MEDICHE

- 1) Uniformazione
- 2) Test d'Ingresso
- 3) Formazione dei primi tre anni
- 4) Formazione negli ultimi tre anni
 - 4.1 - Formazione Pratica
 - 4.2 - Lezioni Teoriche
 - 4.3 - Esami
 - 4.4 - Materiale Didattico
- 5) Tesi
- 6) Esame di stato
- 7) Concorso e Specializzazioni
 - 7.1 - Concorso
 - 7.2 - Specializzazioni

1) Uniformazione

Uno degli scopi di questa nostra proposta è quello di creare un sistema di formazione medica che sia uguale in tutta Italia.

Affinchè ciò sia possibile è necessario che in tutti gli atenei siano identici:

- Organizzazione e suddivisione della formazione teorica e pratica
- Programmi di studio
- CFU dei singoli esami
- Modalità di esame e criteri di valutazione

E' importante perchè:

Essendo il fine ultimo l'ottenimento di una borsa in scuola di specializzazione tramite concorso nazionale, tutti gli studenti vengono preparati alla prova nello stesso modo.

I programmi devono essere conformi in tutti gli atenei in modo da facilitare la mobilità da un ateneo all'altro che per diversi motivi nei primi anni è molto frequente. Attualmente per cambiare ateneo si arriva a perdere anche più di un anno perché gli esami hanno programmi diversi e modalità d'esame diversa da un'università all'altra.

2) Test d'Ingresso

- NUMERO DI POSTI:

Deve essere proporzionato al numero di borse di specializzazione, con rapporto 1:1.

E' importante perchè:

L'ammissione di un numero elevato di studenti non permette un' opportuna organizzazione dei corsi e dei tirocini, provocando sovrappollamento nelle aule e nei reparti, compromettendo quindi l'apprendimento.

Porta inoltre ad un sistema ad "imbuto" per il quale i medici neolaureati, le cui possibilità di lavoro sono molto scarse, restano bloccati non potendo continuare la propria formazione e si "accumulano" aumentando di anno in anno.

- LUOGHI E TEMPI:

Le date del test, della pubblicazione dei risultati, dell'assegnazione e dell'inizio delle lezioni devono essere programmate ogni anno nello stesso mese, e devono essere comunicate tutte in un unico tempo e con largo anticipo, in modo da facilitare l'organizzazione degli spostamenti, dello studio e della vita privata dei candidati.

La prova deve essere unica e uguale per tutti e deve svolgersi in una sola giornata. Le varie sedi devono essere assegnate in base all'indirizzo di residenza.

Il numero delle sedi deve essere il più basso possibile, sfruttando gli spazi fiera delle grandi città da Nord a Sud, per ridurre illegalità e discrepanze nella sorveglianza.

Fondamentale è che in ciascuna sede si provveda al medesimo sistema di controllo che preveda personale, telecamere, dispositivi per schermare i cellulari ed ogni presidio utile ad evitare illegalità.

Chi viene sorpreso a copiare o con cellulari e dispositivi elettronici viene allontanato dal concorso e perde per quell'anno la possibilità di entrare nella scuola di medicina.

- **MODALITA:**

L'assegnazione del posto a sedere sarà sorteggiata al momento.

A ciascun candidato verrà assegnato un codice identificativo che permetterà di controllare i risultati ottenuti in maniera anonima.

L'esame consisterà in domande a risposta multipla su materie scientifiche (la maggioranza), cultura generale, logica e domande psico-attitudinali.

Lo studente deve essere valutato non solo per le conoscenze acquisite attraverso lo studio, ma anche per la sua capacità di giudizio e di risoluzione dei problemi, così come per la disposizione personale a quello che sarà il mestiere di medico.

Non sarà preso in considerazione nessun bonus derivante dalle votazioni della scuola superiore.

- **ASSEGNAZIONE DELLE SEDI:**

Sulla base del punteggio ottenuto nel test viene stilata una graduatoria unica nazionale, in cui i candidati vengono chiamati in ordine a scegliere la sede che preferiscono (oppure a rifiutare), fino ad esaurimento dei posti disponibili.

E' importante perchè:

Si evitano così scorrimenti e ripescaggi, la procedura di assegnazione è più semplice e più rapida.

3) Formazione dei primi tre anni

I primi 3 anni devono fornire una base utile alla comprensione del funzionamento del corpo umano e delle patologie.

I programmi delle materie pre-cliniche devono essere rivisitati e ridimensionati, bisognerebbe riportare l'attenzione sui concetti chiave e le applicazioni mediche e non su dettagli e nozioni mnemoniche destinate ad essere dimenticate.

Alla riduzione teorica deve essere accompagnata una reintroduzione ed un potenziamento della pratica in laboratorio che attualmente viene svolta solo in alcune università.

4) Formazione negli ultimi tre anni

E' importante creare la figura dello studente di medicina come **operatore sanitario in formazione**, con un ruolo e delle mansioni definite all'interno del reparto e che deve essere considerato al pari delle altre figure professionali che lavorano in ospedale.

Il programma di studi si compone di una formazione pratica, che sta alla base del percorso formativo, e di una formazione teorica.

4.1 - Formazione Pratica

Lo studente verrà fornito di un cartellino identificativo con foto, camice e assicurazione professionale e durante gli ultimi 3 anni svolgerà degli stages in ospedale.

Verranno scelti dei reparti "fondamentali" (es. cardiologia, med. interna, ecc..) all'interno dei quali il tirocinio sarà obbligatorio per tutti gli studenti ed avrà una durata di 2-3 mesi ciascuno. Durante i mesi restanti, ogni anno, ciascuno studente può scegliere di frequentare uno o più reparti tra quelli non obbligatori.

Il tirocinio è strutturato in questo modo: 4 ore da svolgersi in reparto ogni mattina in gruppi di massimo 6-7 persone, 5 giorni a settimana, per un totale di 10 mesi all'anno (in modo da lasciare spazio alle vacanze estive ed alle sessioni d'esame).

I tirocinanti non devono essere percepiti dallo staff del reparto come un peso, non devono essere allontanati o ignorati ma piuttosto considerati fondamentali, sia come forza lavoro per l'ospedale che in vista della loro formazione.

Si potrebbe anche valutare la possibilità di una piccola retribuzione simbolica che legittimerebbe e incentiverebbe il lavoro in ospedale, oltre a mettere lo studente in una posizione di responsabilità maggiore.

Ogni mattina i tirocinanti visitano i pazienti per primi raccolgono i dati anamnestici, rilevano i parametri vitali, compilano la cartella clinica.

Le informazioni riportate sulla cartella clinica dallo studente vengono supervisionate dagli specializzandi che le integrano e le correggono, in questo modo sono gli stessi specializzandi che ne traggono vantaggio avendo già una base su cui lavorare.

Durante il giro visite gli studenti riferiscono le informazioni sul paziente, corrette ed integrate dagli specializzandi. In questo modo si allena la capacità espositiva e lo studente cresce professionalmente ed acquista fiducia in se stesso.

Le attività dello studente devono aumentare con l'esperienza in modo che all'ultimo anno sia in grado di impostare in modo autonomo gli esami diagnostici necessari e la terapia.

Una volta a settimana i docenti di quel reparto si riuniscono con gli specializzandi ed il gruppo di 6-7 studenti frequentanti e discutono i casi clinici ritenuti più significativi e didattici: è un momento formativo estremamente importante poiché gli studenti

intervengono esprimendo opinioni diagnostiche e terapeutiche da intendersi come esercizi didattici, e si confrontano sia con i compagni che con i medici-docenti.

A metà dello stage i docenti incontrano gli studenti dando una valutazione personale sul lavoro svolto in reparto, sul comportamento, la puntualità e l'impegno quotidiano, esponendo punti positivi e negativi su cui lo studente può migliorare. Per integrare la valutazione il medico docente potrebbe anche assegnare come compito la risoluzione di casi clinici da presentare alla fine della pratica nel reparto.

Alla termine dello stage lo studente compila un questionario telematico anonimo da inviare al miur finalizzato a controllare che nei reparti si svolgano adeguatamente le attività pratiche sopra-indicate. La compilazione del questionario deve essere obbligatoria per poter accedere all'esame.

Alla revisione di tali questionari il MIUR dovrebbe attribuire estrema importanza perché espressione del funzionamento dell'intero sistema ed intervenire con forza dove le regole non vengano rispettate.

E' importante perché:

- Lo studente impara a fare il lavoro per cui sta studiando, allena l'intuito e le capacità investigative e diagnostiche che sono alla base della professione medica.
- Lavorando 4 ore al giorno per 10 mesi produce beneficio per l'ospedale.
- Si viene a creare una cooperazione ed una competizione sana tra gli studenti che imparano a lavorare in team da subito, migliorando il rapporto con i futuri colleghi.
- Il confronto con i docenti è quotidiano, diluito nel tempo, i docenti possono conoscere anche la persona che c'è dietro a quello studente, e valutarlo sotto diversi parametri: la puntualità, la costanza, il rapporto con i pazienti ed i colleghi, le conoscenze teoriche e le abilità pratiche. Il giudizio elaborato alla fine dello stage diventa quindi molto più veritiero e preciso.
- Si inserisce un sistema di controllo a feedback che andrà a migliorare di molto l'efficienza del sistema ed il rispetto delle regole

4.2 - Lezioni Teoriche

Lezioni di 2-3 ore nel pomeriggio, che dovranno essere nello stesso bimestre-trimestre di svolgimento del tirocinio per le materie fondamentali. Dovranno essere basate sui casi clinici che il docente deve utilizzare come strumento didattico per la spiegazione delle patologie trattate. L'attenzione deve essere rivolta al malato: come riconoscerlo, come confermarne la diagnosi e come intervenire in termini di terapia.

E' importante che nelle lezioni teoriche vi sia continuità, devono essere tenute da pochi docenti (uno o due) che devono iniziare e terminare gli argomenti nell'ambito della stessa lezione evitando che un argomento venga iniziato un giorno da un docente e terminato la settimana seguente da un altro.

I docenti devono comunicare tra loro, in modo da evitare che lo stesso argomento venga spiegato più volte e in più modalità, generando confusione nella testa dello studente che ogni volta deve "dimenticare" quello che aveva immagazzinato per apprenderlo una seconda volta in modo diverso.

Alle Università ed ai singoli professori può essere lasciata la facoltà di organizzare **corsi opzionali** di approfondimento con lezioni teoriche o seminari con risvolto pratico da effettuarsi nel tardo pomeriggio, dopo le lezioni obbligatorie, ognuno della durata di una settimana.

I corsi opzionali devono avere la stessa durata e devono prevedere una frequenza minima obbligatoria fine al conseguimento dell'esame.

In sintesi:

Lezioni teoriche chiare, schematiche, che terminano con un caso clinico esplicativo dell'argomento, in parallelo alla frequenza in ospedale del reparto in questione. Corsi opzionali e seminari che siano di aiuto per lo svolgimento della pratica clinica.

4.3 - Esami

Lo scopo dell'esame è valutare le conoscenze teoriche e le abilità pratiche dello studente. Questo punto è uno dei più importanti perché decide molte cose della vita dello studente.

E' importante associare una singola materia ad un esame, evitando inutili accorpamenti di cliniche.

Gli esami devono essere gli stessi in tutti gli atenei, devono svolgersi con le medesime modalità e vertere sullo stesso programma, che deve essere chiaro e fornito agli studenti all'inizio del corso.

L'esame dovrebbe essere scritto, a risposta aperta o multipla e uguale per tutti.

Le date degli esami devono essere chiare fin dall'inizio dell'anno e devono restare tali, non spostate continuamente e rimandate. L'esame deve svolgersi lo stesso giorno per tutti i candidati; chi non lo supera lo ripete alla sessione successiva.

- L'esame dovrebbe vertere nei primi tre anni sulle nozioni ma anche sulle applicazioni pratiche delle materie pre-cliniche, con prove in laboratorio (ad esempio per i vetrini di Istologia).

- L'esame negli ultimi tre anni deve invece essere basato sulla clinica. Si chiede allo studente di risolvere una serie di casi clinici. Mostrando dati di laboratorio immagini e rilievi anamnestici. L'esame dovrebbe quindi simulare un problema riscontrabile in reparto nella pratica clinica quotidiana.

Il voto dell'esame scritto fa media con la valutazione ottenuta durante lo stage pratico, determinando una valutazione finale espressa in una scala da 0 a 10 in vista di una possibile omologazione delle Università italiane ai criteri europei.

L'esame si supera ottenendo un punteggio superiore al 50% sia nella parte teorica che in quella pratica.

L'esame deve essere anonimo, con un codice a barre identificativo del candidato, come per i test d'ingresso alle università.

La valutazione resta un'informazione privata dello studente, così come l'esito positivo e negativo dell'esame.

E' importante perché:

Attualmente l'esame è quasi sempre orale e la domanda è del tipo: "mi parli di questa malattia" per cui lo studente deve ripetere a memoria tutte le nozioni su quella malattia, lasciando uno spazio marginale al ragionamento clinico che invece è un pilastro della professione medica.

Le domande possono riguardare qualsiasi argomento, anche quelli fuori programma, a volte vertono sulla pratica clinica in ospedale (che in alcune università è attualmente inesistente) mettendo lo studente in condizione di non rispondere adeguatamente.

L'esame viene tenuto da una commissione che cambia anche nella stessa giornata e da un appello all'altro, gli studenti vengono interrogati da persone diverse e quindi con diversi criteri valutativi. L'esame svolto in questo modo è soggetto a troppe variabili e dipende poco dalla preparazione dello studente.

E' inoltre diseducativo perché porta a ricondurre un voto basso o un fallimento ad una situazione sfortunata e non ad una carenza di impegno o di studio, genera un'atmosfera di forte tensione che porta gli studenti gli uni contro gli altri: si assiste a litigi per l'ordine in cui si deve essere interrogati, o per essere esaminati da un docente piuttosto che da un altro.

Il percorso di studi in medicina è molto lungo ed è importante che la valutazione sia vissuta come un momento di crescita e di maturità, non di profondo disagio e di paura come avviene attualmente. Preservare la salute psicologica degli studenti rendendo il sistema valutativo equo è un investimento che può solo portare vantaggi.

4.4 - Materiale Didattico

Il materiale didattico deve essere fornito dall'università sotto forma di dispense realizzate integrando sbobinate fatte dagli studenti, appunti e slides presentate a lezione.

Le dispense devono essere corrette e supervisionate dai docenti. Questo aumenta il feedback del professore, che riesce così ad avere una prova scritta della qualità della sua spiegazione, e permette agli studenti una preparazione efficace al fine di sostenere l'esame.

I libri di testo per l'eventuale approfondimento delle materie devono essere consigliati dai docenti, ed acquistati dalle biblioteche di facoltà in varie copie in modo da poter soddisfare le richieste di consultazione da parte degli studenti.

E' importante perché:

Spesso viene imposto agli studenti l'acquisto di voluminosi libri di testo che poi si rivelano inutili alla preparazione degli esami. Questa spesa, quantificabile anche in migliaia di euro nel corso dei 6 anni, rappresenta un costo superfluo ed ingiusto per le famiglie che si trovano già a pagare tasse universitarie irragionevolmente alte. Invece una dispensa realizzata dagli studenti e supervisionata dal docente permette di velocizzare la preparazione dell'esame, eliminando la circolazione di materiale fotocopiato incompleto e spesso contenente informazioni errate, evitando così di sprecare tempo ed energie per reperire il materiale migliore e dedicarli allo studio.

5) Tesi

Spostare la realizzazione della tesi dal sesto anno di corso al periodo di specializzazione.

È importante perché:

La tesi alla fine del sesto anno blocca lo studente in un singolo reparto per mesi, togliendo tempo alle altre materie ed ai relativi stages pratici. Molto spesso gli studi assegnati come argomento di tesi sono già terminati ed il lavoro dello studente si riduce alla sola stesura del testo della tesi, non portando con sé alcun insegnamento.

I vantaggi della tesi, in termini di formazione, sono di molto superiori durante la specializzazione, dove si possiedono abilità e conoscenze adeguate all'attività di ricerca.

6) Esame di stato

Abolizione dell'esame di stato.

E' importante perché:

L'esame di stato come viene svolto attualmente è uno spreco di risorse, denaro e tempo tanto per gli studenti che per i docenti.

L'attività pratica deve essere svolta durante gli ultimi tre anni con gli stages pratici, non in tre mesi dopo la laurea.

L'esame di per sé è solo una sovrapposizione dell'esame di specializzazione, non ha senso perdere un anno per due esami uguali.

7) Concorso e Specializzazioni

7.1 – Concorso

- **NUMERO DELLE BORSE:**

Il numero dei posti deve essere uguale o superiore al numero dei laureati di quell'anno. Le risorse devono essere ricercate non tagliando sugli anni di formazione ma utilizzando fondi regionali ed europei.

E' importante perché:

Ogni anno centinaia di medici si spostano in altri paesi dell'UE per potersi specializzare, questa è una perdita di capitale umano e di risorse ben superiore ai fondi necessari per aumentare le borse di specializzazione.

- **LUOGHI E TEMPI:**

Le date del concorso, della pubblicazione dei risultati, dell'assegnazione e della presa in carico devono essere collocate **nello stesso mese ogni anno** e comunicate tutte in un unico tempo e con largo anticipo (almeno sei mesi), in modo da facilitare l'organizzazione degli spostamenti, dello studio e della vita privata.

Il test deve essere sostenuto in un'unica giornata al termine del sesto anno entro l'estate.

Le varie sedi devono essere assegnate in base alla residenza.

Il numero delle sedi deve essere il più basso possibile, sfruttando gli spazi fiera delle grandi città da Nord a Sud, per ridurre illegalità e discrepanze nella sorveglianza.

Fondamentale è che in ciascuna sede si provveda al medesimo sistema di controllo che preveda personale numeroso, telecamere, dispositivi per schermare i cellulari ed ogni presidio utile ad evitare illegalità.

Chi viene sorpreso a copiare o con cellulari e dispositivi elettronici viene allontanato dal concorso e perde per quell'anno la possibilità di entrare in specializzazione.

- **MODALITA':**

Una prova unica, uguale per tutti per tutte le specializzazioni valida anche per la medicina generale.

Le domande devono essere a risposta multipla e devono valutare la preparazione dei candidati su tutte le materie oggetto di studio degli ultimi 3 anni.

Le domande devono essere sotto forma di casi clinici da risolvere con quesiti a risposta multipla.

I casi clinici della prova verrebbero estratti a sorte immediatamente prima della prova stessa da una commissione ministeriale e verrebbero presi da una banca dati prodotta dai professori di tutti gli atenei d'Italia.

La banca dati deve essere aggiornata ogni anno con nuovi casi clinici che sostituiscono quelli vecchi, e deve contenere un numero di casi clinici consistente tale da rendere impossibile la prevedibilità delle domande d'esame.

I punti di bonus relativi a curriculum, voto di laurea e tesi vengono eliminati.

L'assegnazione del posto a sedere avverrà in maniera random al momento dell'entrata in aula.

Il test dovrebbe essere riportato al formato cartaceo per facilitare la sorveglianza e la realizzazione del test in poche sedi, quindi con migliaia di candidati.

L'informatizzazione del concorso dello scorso anno ha infatti portato più problemi che benefici: l'organizzazione è risultata complessa, il reperimento di sufficiente strumentazione è stato possibile solo in luoghi non idonei e a questo sono quindi conseguite scorrettezze.

E' importante perché:

Si crea un sistema equo e meritocratico che valuta le conoscenze del candidato in ambito clinico.

Eliminando il bonus del curriculum si valuta il candidato esclusivamente sulle sue capacità e non in base ad altri fattori come la media, il voto di laurea o di tesi, parametri estremamente variabili se si tiene conto delle differenze di accorpamento

degli esami nelle varie università, dei diversi criteri con cui si conteggia il voto di laurea e la tesi, portando quindi a diseguaglianza e non merito.

- **ASSEGNAZIONE DELLE SCUOLE E DELLE SEDI:**

Sulla base del punteggio ottenuto nel test viene stilata una graduatoria unica nazionale, sulla base della quale i candidati vengono chiamati in ordine a scegliere la scuola e la sede che preferiscono, fino ad esaurimento dei posti disponibili.

Nella graduatoria saranno presenti anche i posti per medicina generale.

In questo modo si risparmiano fondi e si ristabilisce legalità e dignità anche per la medicina generale che è sempre stata considerata di “serie b” e non meritevole di un concorso serio e controllato.

E' importante perchè:

Si evitano così scorrimenti e ripescaggi, la procedura di assegnazione è più semplice e più rapida.

Ci sarà chi privilegerà la scelta della scuola e chi della sede, e avrà tempo di pensarci fino al momento in cui è chiamato a scegliere.

7.2 - Specializzazioni

La specializzazione in **medicina generale** dovrebbe prevedere almeno un anno di frequenza in un reparto ospedaliero di medicina interna e sei mesi in pronto soccorso oltre che la frequenza in un ambulatorio di medicina generale.

Le specializzazioni **internistiche** dovrebbero essere riportate a 5 anni come avviene nel resto d'Europa, e strutturate con tre anni di medicina interna tronco comune e due della specializzazione desiderata. Nei tre anni di tronco comune gli specializzandi devono cambiare reparto ogni sei mesi in modo da avere una formazione completa e solida.

Riguardo le specializzazioni **chirurgiche** il conferimento del titolo di specialista dovrebbe avvenire su basi qualitative e non quantitative. Quindi un chirurgo diventa chirurgo dopo aver effettuato un certo numero di interventi come primo operatore a prescindere dal tempo impiegato.

La specializzazione non deve essere un periodo statico ma dovrebbero essere incentivati periodi di mobilità da un'Università all'altra e periodi di studio all'estero.

Per aumentare i fondi ed i posti disponibili si potrebbe permettere di effettuare i primi due anni di specializzazione negli ospedali regionali non universitari e successivamente gli ultimi tre obbligatoriamente in ospedali universitari.

E' importante perché:

Mantenere a cinque anni le materie internistiche è un investimento sulla qualità degli specialisti che possono effettuare tre anni di medicina interna e due della specializzazione desiderata.

Tagliare un anno di formazione per creare nuovi borse è controproducente, si risolve un problema ma si crea personale meno preparato.

Conferire il titolo di specialista nelle materie chirurgiche su base qualitativa, ovvero sulle attività svolte da primo operatore permette di creare professionisti capaci ed indipendenti.

Purtroppo attualmente accade che in cinque anni uno specializzando in chirurgia non operi nemmeno una volta come primo operatore provocando frustrazione e carenze formative.

La mobilità all'estero è di estrema importanza nella formazione di uno specialista, perché gli permette di perfezionare alcune abilità, imparare una lingua ed acquisire punti di vista e contatti per collaborazioni future con altre università.

La possibilità di realizzare i primi due anni negli ospedali regionali permette di lavorare anche nelle periferie e nelle campagne che sono realtà diverse e spesso sottovalutate, fornendo anche personale medico e migliorandone quindi l'efficienza sanitaria.