

LA PROFESSIONE

MEDICINA, SCIENZA, ETICA E SOCIETÀ

*Trimestrale della Federazione nazionale
degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri*



I . MMXI

LE CELEBRAZIONI DEL CENTENARIO
DELL'ISTITUZIONE DEGLI ORDINI
DEI MEDICI IN ITALIA

1910-2010

LA QUALITÀ PROFESSIONALE
PER LA QUALITÀ DELLE CURE

II CONFERENZA NAZIONALE DELLA PROFESSIONE MEDICA

INTERVISTA A DANIELA MINERVA



Indice

Le celebrazioni del centenario dell'istituzione degli Ordini dei medici in Italia 1910-1920

Cronaca di un centenario.....13

Cento anni a tutela della salute. La celebrazione della nascita degli Ordini delle professioni sanitarie15
a cura di Walter Gatti e Orfeo Notaristefano

Il medico tra passato e futuro. Intervista ad Amedeo Bianco23
a cura dell'Ufficio Stampa Fnomceo

Un film per raccontare l'Italia attraverso la professione medica. Intervista a Maurizio Benato26
Walter Gatti

**II Conferenza nazionale della professione medica
La qualità professionale per la qualità delle cure
Roma 2-3 dicembre 2010**

Introduzione. I lavori della II Conferenza nazionale della professione medica.....	31
La formazione sanitaria in Italia. Problemi e innovazioni..... <i>Paolo Livrea</i>	33
Demografia Medica: criticità e prospettive <i>Matteo Cestari</i>	47
Selezione degli accessi a Medicina e specialità: gli strumenti e gli esiti..... <i>Ezio Casale</i>	52
Composizione sociale e profitto degli studenti in Medicina..... <i>Andrea Cammelli</i>	63
Gli esami abilitanti: gli strumenti e gli esiti <i>Vincenzo Luciani</i>	70
La programmazione dei fabbisogni: quali standard e quali indicatori?..... <i>Giovanni Leonardi</i>	75
La formazione in Medicina Generale: le esperienze e le innovazioni ... <i>Roberto Stella</i>	81
L'Educazione continua in Medicina esce dalla fase sperimentale..... <i>Claudio Cricelli</i>	91

L'Ecm italiana: da programma educativo a sistema formativo
nella direzione dello sviluppo professionale continuo.

Il nuovo sistema Ecm94

Luigi Conte

Il ruolo delle Società scientifiche101

Vincenzo Blandamura

La ricerca clinica quale strumento per lo sviluppo
della qualità professionale.....104

Giovanni Mathieu

II Conferenza nazionale della professione medica

Gli interventi delle organizzazioni sindacali

Giacomo Milillo, *segretario nazionale Fimmg*.....116

Costantino Troise, *segretario nazionale Anaa Assomed*.....118

Roberto Lala, *segretario nazionale Sumai Assoprof*.....121

Angelo Testa, *presidente nazionale Snami*124

Riccardo Cassi, *presidente nazionale Cimo-Asmd*.....126

Francesco Medici, *vicepresidente nazionale Fvm*131

Biagio Papotto, *vice segretario nazionale Cisl Medici*.....134

Salvo Calì, *presidente nazionale Smi*.....136

Fausto Campanozzi, *segretario nazionale Cimop*.....140

Walter Mazzucco, <i>presidente nazionale Sigm</i>	143
Francesco Lucà, <i>segretario nazionale Fassid</i>	145
Massimo Percoco, <i>presidente coordinatore vicario Fesmed</i>	146
Pierino Disilverio, <i>presidente nazionale Federspecializzandi</i>	148
Giuseppe Gullotta, <i>presidente nazionale Cipe</i>	150
Claudio Leonardi, <i>consigliere nazionale Ugl Medici</i>	152

II Conferenza nazionale della professione medica

Documento conclusivo

Rapporto per la qualità professionale del medico. Considerazioni e proposte sul modello formativo italiano	157
---	-----

II Conferenza nazionale della professione medica

La professione medica in cifre

I medici in Italia, per anno di nascita	180
La gobba demografica	182
I medici che andranno in pensione nei prossimi 20 anni (ipotesi a 65 anni)	183
I medici che andranno in pensione nei prossimi 20 anni (ipotesi a 67 anni)	184

II Conferenza nazionale della professione medica

Comunicare la professione medica

Comunicare la professione medica. I contenuti del workshop ...187

Walter Gatti

I risultati del questionario sulla comunicazione

rivolto agli Ordini provinciali.....191

Cosimo Nume

L'intervista

Intervista a Daniela Minerva

“Gli Ordini devono fare più lobby”199

Eva Antoniotti

Appendice

La professione medica in cifre. Dati 2011207

Situazione iscritti agli Ordini provinciali – Nord Est.....208

Situazione iscritti agli Ordini provinciali – Nord Ovest.....209

Situazione iscritti agli Ordini provinciali – Centro210

Situazione iscritti agli Ordini provinciali – Sud212

Situazione iscritti agli Ordini provinciali – Isole.....213

Laureati all'estero iscritti in Italia214

Medici e odontoiatri italiani trasferiti all'estero219

Situazione nazionale specializzazioni220

Le celebrazioni del centenario
dell'istituzione degli Ordini
dei medici in Italia

1910-2010

Cronaca di un centenario

NEL 2010 SI È CELEBRATO il primo centenario dell'istituzione degli Ordini dei medici. Una data importante che è stata occasione per festeggiamenti e incontri, ma soprattutto per riflettere sulla storia della professione medica e sulle sue prospettive future.

Impossibile rendere conto in questa sede delle moltissime iniziative organizzate da tutti gli Omceo provinciali, puntualmente documentate sul portale web della Fnomceo (www.fnomceo.it).

A livello nazionale la Federazione degli Ordini ha realizzato alcuni eventi rilevanti, di cui diamo conto nelle pagine che seguono. Innanzi tutto la cerimonia solenne tenuta a Santo Spirito in Sassia a Roma, con la partecipazione del ministro della Salute Ferruccio Fazio e organizzata insieme alle Federazioni nazionali degli Ordini dei farmacisti e dei veterinari, visto che la legge del 1910 dava vita a tutti e tre gli Ordini delle professioni sanitarie.

Per ripercorrere la storia della professione medica è poi stato realizzato un film documentario, *Professione medico, 100 anni di storia degli Ordini dei medici*, diretto da Alessandro Varchetta con il contributo di Maurizio Benato in qualità di supervisore e coordinatore dei contenuti.

A completare i grandi eventi del centenario, anche la pubblicazione di un volume speciale de *La Professione: Centenario dell'istituzione degli Ordini dei Medici. Cento anni di professione al servizio del Paese*. L'opera, che in 400 pagine raccoglie riflessioni e proposte per il futuro della professione medica nel nostro Paese, è stata presentata a Roma, alla presenza del ministro Fazio e del sottosegretario Francesca Martini. Nel corso della serata il professor Giovanni Flick ha tenuto una lectio magistralis su *La Salute nella Costituzione. Un diritto di ciascuno, un interesse di tutti*, ricordando come “Il centenario della professione al servizio del Paese coincide con il centocinquantenario dell'Unità d'Italia le sue conquiste, i suoi traguardi superati, i suoi problemi irrisolti”. Proprio sulla scorta di questa considerazione, le celebrazioni per il centenario non si sono definitivamente chiuse con la fine del 2010, ma avranno un ideale proseguimento all'interno delle grandi celebrazioni per il 150° anniversario dell'Unità d'Italia che si terranno a Torino nel prossimo autunno.

Cento anni a tutela della salute.

La celebrazione della nascita degli Ordini delle professioni sanitarie

a cura di Walter Gatti e Orfeo Notaristefano

“OGGI RICORDIAMO I CENTO ANNI di nascita delle nostre professioni e lo facciamo con una celebrazione forte, sobria, sentita e appassionata”: con queste parole di Amedeo Bianco, presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici chirurghi e Odontoiatri, si è aperta nella cornice affascinante del complesso di S. Spirito in Sassia a Roma la manifestazione Cento anni a tutela della salute, svoltasi il 10 luglio 2010 per celebrare il centenario della legge 455/1910, con la quale si sanciva ufficialmente la nascita degli ordini delle professioni sanitarie. Una celebrazione sobria, ha sottolineato Bianco, che ha visto alternarsi al microfono esponenti delle Federazioni delle tre professioni comprese nella legge, cioè veterinari e farmacisti, nelle figure dei presidenti Gaetano Penocchio (Fnovi) e Andrea Mandelli (Fofi), oltre a medici e odontoiatri. Tanti i messaggi di saluto arrivati al S.Spirito, da quello del presidente del Senato Schifani ai sottosegretari Crimi, Roccella e Bonaiuti, dal mini-

stro Fitto al presidente Enpam, Parodi. Bianco ha dato lettura del messaggio pervenuto dal Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano, nel quale si esprime “apprezzamento per la giornata celebrativa, nell’auspicio di un confronto tra le professioni sanitarie”. Tra gli interventi introduttivi Giuseppe Renzo, presidente della Commissione Albo Odontoiatri, ha salutato questo “momento intenso e di grande emozione”, ricordando anche i trenta anni del riconoscimento della professione odontoiatrica, mentre il presidente dei veterinari, Penocchio, ha sottolineato come “la storia la scriviamo ogni giorno, da professionisti. E il futuro ci chiede di fare sintesi tra le nostre professioni”. Dal canto suo Mandelli ha letto il messaggio inviato dal sottosegretario Gianni Letta, nel quale si plaude la “dedizione e il sacrificio di chi fa queste professioni” per il bene e lo sviluppo soddisfacente di tutto il Paese.

*L'intervento
del ministro Fazio*

In un clima formale, ma non rigido, la platea ha poi applaudito l'arrivo ai microfoni del ministro della salute, Ferruccio Fazio: “Saluto con emozione questi primi cento anni dell’esistenza dei nostri Ordini professionali”, ha esordito il ministro che ha poi sottolineato i tanti punti di collaborazione tra il suo dicastero ed i tre Ordini. Applausi convinti quando Fazio ha annunciato. “Ho appena firmato un decreto ministeriale, che prevede che i presidenti degli Ordini dei medici, dei farmacisti e dei veterinari saranno inseriti d'ufficio, cioè come rappresentanti degli Ordini professionali, nel Consiglio superiore di sanità”. Tante altre le tematiche caldissime approfondite dal ministro in ambito medico: accessi alle facoltà e gestione dei fabbisogni, centralità della medicina generale, profilo dei dirigenti, funzionamento dell’Ecm. “Per rispondere alle nuove necessità di programmazione sanitaria del nostro Paese – ha dichiarato Fazio – saranno rivisti i criteri per il fabbisogno di specializza-

zioni in medicina: abbiamo necessità di più pediatri di libera scelta e geriatri. Per i prossimi anni i dati sono preoccupanti, con una flessione del numero di medici, e dunque occorre partire dai nuovi bisogni della sanità, che stanno cambiando anche in relazione ai mutamenti demografici. Aumenta l'età media della popolazione e sarà quindi indispensabile gestire il progressivo passaggio dei servizi dall'ospedale al territorio". Un intervento ricco di spunti, quello di Fazio, che ha lasciato il microfono alla presidente della giunta regionale del Lazio, Renata Polverini, che ha esordito dichiarando che "non possiamo più accettare che si parli di sanità, in tutto il Paese e particolarmente nel Lazio, soprattutto annunciando tagli e commentando sprechi. Ho ereditato una situazione tremenda, ma stiamo già marciando, elaborando un piano e avviando una linea di rigore, ma rivendicando le nostre strutture d'eccellenza".

A questo punto si sono susseguiti i quattro interventi cardine della mattinata.

Elio Guzzanti ha aperto la sua letio magistralis partendo da una riflessione sul padiglione Lancisi, che ospitava la manifestazione e che un tempo accoglieva dagli 80 ai 100 malati: "Proprio qui entrai il 9 dicembre 1946. Ero un giovane assistente medico del professor Paolo Alessandrini, un grande gastroenterologo. Posso dire che anch'io sono stato precario per costituzione, visto che allora gli assistenti lavoravano con un contratto rinnovabile ogni due anni". Guzzanti parla così della professione medica: "Ci ho sempre creduto e ci credo ancora oggi. Gli Ordini sono il luogo in cui tutti sono rappresentati. Per quanto riguarda la Fnomceo, lì ci sono tutti, medici e odontoiatri, diversamente per quel che avviene con i sindacati e le società scientifiche, che rappresentano settori particolari della professione medica. Oltre che ai medici, sono fortemente legato ai farmacisti. Ricordo

*Quattro lezioni
magistrali*

Elio Guzzanti

che prima dell'avvento della produzione industriale dei farmaci, il farmacista era lui stesso a preparare i prodotti galenici nel suo laboratorio. Oggi il farmacista è una importante figura di riferimento nell'assistenza primaria, un settore della sanità di cui mi sono occupato correntemente”. Poi Guzzanti passa a parlare dei veterinari: “Mi hanno dato una grossa mano quando ero Ministro e scoppiò il caso della cosiddetta 'mucca pazza': quella volta presiedevo anche il vertice dei Ministri della Sanità dell'Unione Europea. Il lavoro, la professionalità, la dedizione dei nostri veterinari consentì di dimostrare che l'Italia era a un livello superiore rispetto agli altri Paesi europei. Noi sapemmo fronteggiare quella emergenza”.

Giuseppe De Rita

“Non sono un medico, ma da anni mi occupo di Sanità. Le vostre professioni ha la loro identità nella memoria, nella realtà presente, ma anche nella prospettiva di futuro”. Così Giuseppe De Rita, fondatore e Presidente del Censis, ha aperto il suo intervento di analisi ‘derive’ lunghe della Sanità italiana.

“Il medico, il farmacista, il veterinario – ha proseguito De Rita – una volta avevano il rapporto con la comunità. Erano quelli che, rispetto alla propria comunità, si ponevano in maniera asimmetrica, semplicemente perché ne sapevano di più, con un sapere specifico che altri non avevano. Era così fino agli anni '50, poi le cose sono cambiate almeno per tre aspetti: dalla legge Mariotti in poi si è abbandonato il concetto di comunità, preferendogli il concetto un po' astratto del territorio, derivato dall'idea di poter coprire tutti i bisogni sanitari. È prevalsa la tendenza a governare i territori, anche con l'avvento del regionalismo e del federalismo”. Il secondo aspetto, connesso al primo, è la burocratizzazione che le professioni temono tanto. Ma è il terzo aspetto quello che preoccupa di più De Rita: “È la sovrabbondanza dell'offer-

ta. Fino agli anni '50, c'era la povertà di tutto, dagli anni '60 in poi è cambiato tutto, è con l'aumento dell'offerta, parallelamente alla cosiddetta Università di massa. Oggi occorre capire che il sistema va più verso una mentalità capitalistica, piuttosto che statalistica. Il paziente, oltre che essere centrale nel senso classico, oggi diventa centrale anche come potenziale cliente che poi valuta, e, all'occorrenza, denuncia. Con il rischio che queste professioni diventino prigionieri dei clienti. Pertanto l'identità di una professione sta anche nel come riesce a fare relazione con il futuro”.

Giorgio Cosmacini ha poi delineato il percorso seguito dalla Sanità e dalla Medicina in Italia dal 1910 ai nostri giorni. Un'evoluzione che ha segnato un momento di arresto soltanto durante il ventennio fascista, quando la gestione della professione medica fu affidata al regime e ai sindacati dell'epoca, esautorando completamente gli Ordini. Occorrerà attendere il 1946 per assistere alla rinascita, alla ripresa del percorso degli Ordini professionali che si confrontavano con la realtà del dopoguerra in un Paese che si stava avviando verso rapide trasformazioni.

L'intervento di Cosmacini ha seguito le tappe fondamentali del secolo trascorso dall'istituzione degli Ordini. Dal 1958, data istitutiva del Ministero della Sanità, alla prima riforma ospedaliera (1968) e alla prima grande riforma sanitaria del Paese, la legge 833 del 1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, che, pur con le successive modifiche, ha dato alla Sanità italiana l'assetto attuale.

Anni di cambiamenti, dunque, di processi lunghi dal punto di vista politico e istituzionale, anni durante i quali anche la Medicina aveva le sue evoluzioni. Con una perifrasi, Cosmacini ha detto che gli anni trascorsi sono stati caratterizzati dal passaggio dalla sfida epidemiologica alla rivoluzione biotecnologica. Al tempo stesso è cambiato il sistema dei rap-

Giorgio Cosmacini

porti tra il medico e il paziente. Ma a cambiare non è stato soltanto il medico, ma lo stesso paziente che, oggi rispetto a ieri, è più informato, è più esigente: “Oggi – ha spiegato Cosmacini – i nuovi ‘curati’ vogliono ‘nuovi curanti’. E, di fronte a questa realtà gli Ordini possono rispondere se si pongono come Ordini vitali, consapevoli e responsabili”.

Donatella Lippi

Ultima tra le lezioni magistrali del Centenario, quella di Donatella Lippi, docente di Storia della medicina all’Università di Firenze, ha focalizzato la sua attenzione sui tratti storici, antropologici e filosofici comuni tra i giuramenti professionali di medici, veterinari e farmacisti. “Il Giuramento nasce in ambito medico, poi esteso all’area sanitaria più vasta, perché, inizialmente, lo spettro delle professioni della salute non era così articolato” ha precisato Lippi.

I medici sono sempre stati abituati a giurare: lo dimostrano i documenti di Federico II, lo Statuto dei medici e degli specialisti in Venezia scritto nell’anno 1258 e, dopo il Concilio di Trento, nel 1566, la costituzione emanata dal Pontefice Pio V, che prescriveva un giuramento, nel momento in cui lo studente si addottorava; poco dopo questa data due formule di giuramento, una per i dottorandi ed una per il proto-medico, erano previste già negli statuti del Collegio dei medici di Roma, del 1595. “Ma Oltre a giurare di rispettare queste procedure come espressioni dell’autorità statale, i medici si sono da tempo confrontati con la tradizione del loro giuramento professionale, che è una prassi dalle origini antiche ed è collegata al nome del padre della Medicina occidentale, Ippocrate, il medico vissuto nel V sec. a. C., fondatore di una nuova medicina, ben distinta dalla religione e dalla magia”.

A questo punto la Lippi ha condotto i partecipanti alla Celebrazione dei cento anni degli Ordini delle professioni sa-

nitare in un viaggio in compagnia del Giuramento di Ippocrate, citandone la diffusione storica, ma anche le numerose contaminazioni e il suo essere comunque documento di riferimento per la nascita della deontologia medica, un percorso che parte già dalla fine del Settecento e che porta nel 1845 Maximilien Isidor Simon ad intitolare la sua opera fondamentale *Déontologie médicale*, introducendo il nuovo concetto di deontologia, che apparve per la prima volta, in Italia, nel 1903, con il “Codice di Etica e Deontologia”, redatto dal Consiglio dell’Ordine dei Medici di Sassari. Nasce in questo momento una vera e propria carta dei doveri, che, sottolinea Donatella Lippi, “muta attraverso i momenti fondamentali dell’evoluzione della scienza medica e della professione: la transizione dalla piccola medicina alla grande medicina può essere considerata l’elemento determinante di questo processo, che ha avuto effetti importanti anche sul ruolo occupato dal medico nella società e sui suoi obblighi e doveri”.

“Ma perché giurare oggi?” si è quindi chiesta la docente toscana, “Cosa significa questo gesto così solenne, che porta nella sua etimologia il richiamo al diritto più antico, come forma di garanzia del vivere etico e civile?”. Non si può cogliere e apprezzare appieno il senso di questo gesto, “se non rendiamo alle parole il loro valore profondo. Il giuramento viene considerato, al pari della promessa o della dichiarazione, un atto linguistico, ossia un enunciato che non descrive uno stato di cose, ma produce immediatamente un fatto, realizzando il suo significato nel momento stesso in cui viene pronunciato: in questo caso, esso dovrebbe garantire la verità della promessa o dell’asserzione”.

La giornata, cui hanno partecipato anche molti altri personaggi chiave della sanità italiana, tra cui la presidente Ipasvi Annalisa Silvestro, è poi proseguita con l’intervento di don

Andrea Manto, medico-sacerdote, della pastorale della salute della Conferenza episcopale italiana, che ha ricordato come le radici della professione pur nell'evolversi delle tecniche e delle tecnologie rimanga sempre e comunque nella vocazione di servizio alla persona.

*Il giuramento
dei giovani laureati*

Al termine delle celebrazioni ha nuovamente preso il microfono Amedeo Bianco per ricordare che la giornata del centenario delinea il “disegno di una professione medica vicina alle istituzioni sanitarie, a supporto dei loro compiti di tutela della salute pubblica e altrettanto prossima ai cittadini, soprattutto dove e quando sono oltraggiati da disinformazione, silenzi e incapacità amministrative”. Ma per fare tutto questo, ha concluso, “è necessario tutelare i nostri giovani, garantendo un'ottimale formazione di base e specialistica e favorendo il loro ingresso nella professione”. Parole idealmente legate all'atto finale della giornata, con il giuramento dei giovani laureati, che si sono alternati nella lettura del giuramento professionale.

Il medico tra passato e futuro

Intervista ad Amedeo Bianco

a cura dell'Ufficio Stampa Fnomceo

Presidente Bianco, a lei è affidato il compito di traghettare verso il futuro la Professione medica. Cosa ritiene che sia assolutamente indispensabile portare in questo viaggio?

Un viaggio verso il futuro non può non tener conto delle radici e della storia. E le radici della nostra Professione stanno proprio in quei principi e in quelle finalità che hanno portato all'istituzione degli Ordini delle Professioni sanitarie. Alla costituzione, in altre parole, di un Ente pubblico con funzioni ausiliarie dello Stato, preposto non solo alla tutela della qualità tecnica dell'esercizio della Professione ma – soprattutto – alla sua “tutela morale”, costituita dalla Deontologia, nella sua accezione più completa e profonda.

Il fine ultimo è garantire – attraverso sempre più elevati standard di prestazioni professionali – la tutela della salute dei cittadini, così com'è sancita dall'articolo 32 della Costituzione. E, anche in questo senso, il Codice deontologico integra e “ausilia” le Leggi dello Stato.

Questi principi fondanti sono transitati sostanzialmente indenni in un secolo di Storia che pure ha visto profonde trasformazioni della società, della cultura e della medicina stessa. Cosa significa, in uno scenario così sostanzialmente mutato, garantire la qualità professionale?

Garantire la qualità professionale oggi significa innanzitutto rivisitare profondamente le relazioni tra sistema formativo universitario e sistema professionale: va assicurata una formazione long life, vale a dire capace di adeguare nel tempo le conoscenze e le competenze, per compensare il rapido consumo delle stesse, in ragione della straordinaria velocità delle innovazioni cognitive, operative e organizzative, ma anche dei mutamenti sociali.

Bisogna sempre tenere presente, infatti, che l'odierno paradigma medico della malattia è la risultante non solo di una competenza tecnica e di un sapere scientifico, ma soprattutto di molteplici vettori di relazioni umane e sociali.

Questi mutamenti scientifici e sociali coinvolgono quindi anche la Deontologia...

Sicuramente, la stessa "qualità morale" dell'esercizio professionale oggi si cimenta non solo con un paziente profondamente diverso, ma anche con dei contenuti della relazione intimamente cambiati: sono, infatti, radicalmente mutati sia il potere della medicina di dilatare i confini della vita e della morte, sia gli obiettivi stessi della cosiddetta "medicina curativa".

E quali sono dunque – in questo scenario – i progetti per il futuro della professione medica?

Ci deve animare un forte senso di fiducia e identità. Più in generale, ci deve animare il comune disegno di una professione medica vicina alle Istituzioni sanitarie, a supporto dei loro compiti di tutela della Salute pubblica e altrettanto pros-

sima ai cittadini, soprattutto dove e quando sono oltraggiati da disinformazione, silenzi, incapacità amministrative e il diritto alla Salute viene negato da una devastazione dei territori, degli ambienti di vita e di quelli di lavoro.

Dobbiamo quindi tutelare i nostri giovani, garantendone l'ottimale formazione di base e specialistica, e favorire il loro ingresso nella professione.

Infine dobbiamo contribuire a rendere il sistema sanitario affidabile per i cittadini e vincere la sfida della sostenibilità economica, assumendoci la responsabilità morale e tecnico-professionale dell'uso appropriato delle risorse.

In conclusione, presidente, come vede il medico di oggi, a cavallo tra due secoli, in questo crinale tra tradizione e futuro?

Possiamo definire il medico come un “nuovo artigiano”, che lavora in uno straordinario laboratorio di conoscenze, di competenze, di vissuti, di percepiti, di valori, di credenze, di speranze ed evidenze.

Di tutta questa “attrezzatura” il medico deve fare tesoro per essere sempre più e sempre meglio vicino ai cittadini, ai loro bisogni, alle loro inquietudini, in modo da poter dare risposte forti ed equilibrate ai dubbi e alle incertezze tecniche, civili, etiche che il travolgente sviluppo della medicina inevitabilmente propone.

Un film per raccontare l'Italia attraverso la professione medica

Intervista a Maurizio Benato

di Walter Gatti

LE INIZIATIVE PER RICORDARE il centenario della nascita dell'Ordine dei medici, realizzate in tutta Italia, hanno spesso utilizzato il documentario realizzato per raccontare in immagini cento anni (e più) di storia della professione in Italia. Il film *Professione medico, 100 anni di storia degli Ordini dei medici* è stato realizzato da Alessandro Varchetta con Maurizio Benato, vicepresidente nazionale Fnomceo, in qualità di supervisore e coordinatore dei contenuti. Con lui abbiamo provato a comprendere il senso di questa iniziativa documentaristica.

Presidente Benato, quale era l'obiettivo della Federazione nel dare l'avvio a questo progetto?

Volevamo di sicuro raccontare l'evoluzione della professione attraverso le immagini, che sono sempre un veicolo di contenuti più forte delle parole.

Immagini che mostrano inizialmente un'Italia povera, quella di fine 800, sanitariamente inesistente. In quegli anni il medico aveva anche un'enorme funzione sociale?

Certo era un Paese piuttosto arretrato, dove dal punto di vista sanitario tutto era basato su un importante rapporto personale del medico con il paziente, con la sua famiglia allargata. In questa Italia la figura del medico condotto cominciava a farsi largo, svolgendo un aspetto soprattutto sociale, interessandosi dell'ambiente in cui vivevano gli italiani. Un medico che occupandosi di malaria, tubercolosi e vaccinazioni, si faceva carico più o meno direttamente di tutte quelle istanze che non erano ancora nate in una popolazione per lo più povera e analfabeta.

Nelle immagini d'epoca si intuisce che la differenza di classe sociale non portava a una diversità di cure...

Certo anche i più ricchi si facevano curare dal medico condotto. Si pensi che all'inizio del XX secolo alcuni comuni estesero le prestazioni dei condotti anche ai più abbienti e questo divenne motivo di contestazione da parte dei medici condotti stessi, che interpretavano funzione e professione solo a favore dei più poveri. Una situazione che cambierà solo durante il fascismo, con l'abolizione della condotta piena.

Insomma, diciamo che il film è un racconto per immagini non solo della professione medica, ma anche dell'intero Paese. Raccontare l'Italia che cambia, vista attraverso l'angolazione delle professione medica era un obiettivo implicito del vostro lavoro?

La professione medica ha svolto un ruolo fondamentale nel Paese e qui abbiamo voluto esprimerlo nel suo modo più compiuto, evitando di raccontare solo una storia interna. Si pensi solo al fatto che le leggi sociali e sanitarie italiane le hanno fatte i medici, che in quel tempo erano soprattutto di

estrazione igienista. Mi pare un contributo non indifferente alla storia contemporanea d'Italia.

A chi si rivolge questo documentario? Crede che i giovani medici possano essere un pubblico importante?

Quello che abbiamo voluto trasmettere è che la professione non si esaurisce nella tecnica, nelle prestazioni, ma ha un immenso background etico e sociale e questo va mantenuto. Per noi è essenziale comunicare, anche attraverso questo film, che il tecnicismo e l'evoluzione globale della medicina non deve fare perdere quel che è sempre stata l'anima del medico. In questo senso i giovani medici, i laureandi, gli specializzandi e gli studenti di medicina possono essere di certo un pubblico molto interessato e coinvolto.

Quale è il messaggio finale che cerca di comunicare questo magnifico documentario?

Il nostro messaggio è uno solo: non abbandonare la medicina come opera di un singolo nella collettività. Tutelare la professione del singolo medico, significa tutelare la comunità.

II CONFERENZA NAZIONALE
DELLA PROFESSIONE MEDICA

La qualità professionale per la qualità delle cure

Roma 2-3 dicembre 2010

Introduzione

I lavori della II Conferenza nazionale della professione medica

Una discussione ampia, capace di coinvolgere tutto il mondo medico nelle sue varie componenti e di indicare terreni sui quali sviluppare riflessione ed intervento, per il bene della professione medica ma anche di tutto il Paese. È questo lo scopo delle Conferenze nazionali promosse dalla Fnomceo con la partecipazione dei sindacati medici e delle Società scientifiche.

La prima si era tenuta a Fiuggi nel giugno del 2008, avendo come tema *I medici per una buona sanità*. La seconda si è invece svolta a Roma lo scorso dicembre, quasi a conclusione delle celebrazioni per il Centenario dell'istituzione dell'Ordine dei medici. L'argomento al centro della discussione, però, era tutt'altro che celebrativo e riguardava i molteplici aspetti della formazione, riuniti sotto un titolo evocativo: *La qualità professionale per la qualità delle cure*.

Il workshop *Comunicare la professione medica*, rivolto a conoscere e migliorare gli strumenti di comunicazione degli Ordini, completava l'offerta di questa seconda Conferenza. Nelle pagine che seguono riportiamo gran parte delle relazioni e degli interventi della II Conferenza nazionale della professione medica, il testo del Rapporto sulla formazione medica in Italia, condiviso da tutti i partecipanti alla Conferenza e una sintesi dei lavori del workshop dedicato alla comunicazione.

La formazione sanitaria in Italia. Problemi e innovazioni

di Paolo Livrea

Presidente Omceo di Bari

1. LA DIMENSIONE DELLE RISORSE PER LA FORMAZIONE SANITARIA

1b. GLI ORGANICI

Il sistema formativo universitario italiano in Medicina vive una fase di progressivo indebolimento, parallelo al progressivo indebolimento del complessivo sistema universitario pubblico. Il Fondo di Finanziamento Ordinario (FFO) agli Atenei, progressivamente cresciuto dai 3.561 milioni di euro del 1994 ai 7.008 milioni di euro del 2008, è successivamente diminuito fino a 5.829 milioni nel 2011 e diminuirà a 4.957 milioni nel 2013. Entro questo quadro d'insieme, il numero complessivo dei docenti universitari delle 38 Facoltà di Medicina italiane è sceso da 13.319 nel 2006/2007 a 12.107 nel 2010/2011 (- 9%), con il calo più consistente a carico dei professori ordinari (da 3.280 a 2.617, -17%). Negli anni 1990-2010 l'istituzione di nuovi posti è stata ri-

dotta dalla prevalente destinazione delle risorse disponibili alle progressioni di carriera rispetto al reclutamento; parte delle risorse liberatesi per turnover è stata riassorbita per sopportare le spese di funzionamento degli Atenei e per riportare le spese fisse e obbligatorie per il personale di ruolo (art 51, comma 4, L. 449/1997) al prescritto tetto del 90% del FFO. Blocco dei concorsi, blocco delle assunzioni ed anticipazioni di pensionamenti hanno ulteriormente contribuito al decremento di organico docente.

*Formazione e Ssn.
Le norme disattese*

L'applicazione delle norme cui dal D.L.vo 517/1999 è affidata la strutturazione del sistema formativo medico nel tessuto sanitario è stata per larga parte disattesa. L'istituzione delle Aziende Ospedaliere-Universitarie ha avuto uno sviluppo lento ed in numerosi casi queste non hanno redatto l'Atto Aziendale che ne espliciti la missione e l'organizzazione finalizzata all'insegnamento ed alla ricerca biomedica. Il giudizio sull'operato dei Direttori Generali incentrato sul pareggio di bilancio ha condizionato piani di sviluppo nonché articolazioni di spazi e funzioni, mettendo in secondo piano la costruzione della qualità nelle sedi della formazione ed interferendo con le modalità di applicazione della stessa attività clinica. Le reti formative degli Ospedali per l'operatività dei Corsi delle Lauree Sanitarie e delle Scuole di Specializzazione ricomprese nei Protocolli di intesa tra Regioni ed Università sono rimaste largamente inapplicate, senza un reale concorso delle risorse umane e finanziarie dei due Enti all'aumento della capienza e della qualificazione dei Corsi. Il "Decreto Mussi" 2007, fissando al 50% degli insegnamenti il tetto della docenza non universitaria nei Corsi di Laurea triennali ed il Decreto Interministeriale 19/2/2009, in attuazione dell'art. 4 DM 22/102004 n. 270, fissando la copertura universitaria per il 50% degli insegnamenti quale prerequisito per l'attivazione delle Lauree sanitarie, hanno creato le premesse per la disattivazione di molti corsi, in par-

ticolare nelle sedi decentrate delle Facoltà di Medicina, e scoraggiato l'impegno didattico delle Aziende Ospedaliere Universitarie nelle Lauree sanitarie. Nessun accordo strutturato, infine, è previsto per assicurare ai Corsi di Laurea ed alle Scuole di Specializzazione un collegamento con la Medicina territoriale, limitando alla sola assistenza ospedaliera svolta nelle Aziende Ospedaliere Universitarie, e/o in casi sporadici negli Ospedali convenzionati, le funzioni formative in Medicina. Nell'AA. 2008-2009 (ultimo anno con dati disponibili certi) gli studenti iscritti alle Facoltà di Medicina e Chirurgia italiane erano 160.415, dei quali 54.952 nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, 4.875 nel Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria, 100.588 nei Corsi di Laurea Sanitaria. Complessivamente, nell'AA. 2008-2009 il rapporto medio studenti/docenti nelle Facoltà di Medicina e Chirurgia era pari a 12.1; negli AA.AA. successivi è cresciuto almeno del 10%.

1b. GLI INVESTIMENTI NELLA RICERCA BIOMEDICA

L'investimento complessivo per la ricerca scientifica in Italia è pari a circa 1% del Pil; questo valore è pari a circa un terzo della percentuale di Pil investita dagli Usa, la metà rispetto a Francia, Inghilterra e Germania, un quarto rispetto a Giappone e Scandinavia. Il contingente privato di questo investimento è in Italia attorno al 10%, mentre nei suddetti paesi varia dal 20 al 60%. La quota investita in ambito biomedico è proporzionale ai valori complessivi, con il risultato di un sistema a bassissima capienza: nella "fuga dei cervelli all'estero" (oltre 20.000 ricercatori italiani stabilmente emigrati), il primato disciplinare spetta ad oncologia e neuroscienze.

Nonostante ciò, la ricerca biomedica italiana è al 5° posto al mondo per numero di full papers pubblicati su riviste recensite: nel periodo 2000-2008, 100.000 prodotti, contro

*In Italia solo l'1%
del Pil va
alla ricerca*

160.000 della Germania, 180.000 della Francia, 190.000 dell'Inghilterra, 630.000 degli Usa.

La medicina ha un forte bisogno di ricerca scientifica per stabilire criteri certi di diagnosi e di terapia per la maggioranza delle malattie. Gli alti costi della ricerca e le ristrettezze finanziarie del sistema impongono che i dati originati dalla pratica clinica possano essere almeno in parte trasferibili nel terreno della ricerca. La metodologia della ricerca scientifica dovrebbe accompagnare il medico in ogni momento della sua attività, sia a questo scopo sia per la correttezza del rapporto medico-malattia-paziente.

La formazione finalizzata alla ricerca biomedica ha visto negli anni recenti una progressiva contrazione. I Dottorati di ricerca dell'area medica n. 6 sono passati da 542 nel XXI ciclo (2006) a 457 nel XXV ciclo (2010) ed il numero dei PRIN finanziati in questa area da 172 nel 2003 a 156 nel 2007. È necessaria un'inversione di tendenza ed un potenziamento delle risorse umane e degli investimenti nella ricerca biomedica per partecipare attivamente alla crescita internazionale delle conoscenze ed evitare il dispendio nazionale di una formazione che alimenta ed alimenterà la ricerca estera.

2. IL FABBISOGNO DI FORMAZIONE SANITARIA

2a. IL NUMERO DEI POSTI E LE DOMANDE PER L'IMMATRICOLAZIONE

Il numero dei posti per l'immatricolazione nei corsi è rimasto sostanzialmente stabile per Medicina e Chirurgia dal 2002-2003 al 2007-2008 (circa 7.400, con piccole oscillazioni per anno), con un incremento fino a 9.527 nel 2010-2011. Odontoiatria e Protesi Dentaria ha registrato un lieve incremento dal 2002-2003 (da 880 a 931), con successi-

vo progressivo decremento fino a 789 nel 2010-2011. Per i Corsi di Laurea nelle Professioni Sanitarie si è avuto un progressivo lieve incremento negli anni, da 21.411 del 2002-2003 a 28.142 nel 2010-2011.

A fronte di questa disponibilità, il rapporto tra domande e posti è rimasto sempre elevato, ed in costante crescita negli anni: quasi raddoppiato da 4.4 nel 2002-2003 a 8.2 nel 2010-2011 per Medicina e Chirurgia; quasi triplicato da 12.5 nel 2002-2003 a 26.2 nel 2010-2011 per Odontoiatria e Protesi Dentaria; più che raddoppiato da 2.1 nel 2002-2003 a 4.3 nel 2010-2011 per i Corsi di Laurea nelle Professioni Sanitarie. L'incremento del numero delle domande di immatricolazione è stato progressivo: da 32.998 del 2002-2003 a 78.003 nel 2010-2011 per il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia; da 11.000 del 2002-2003 a 20.718 nel 2010-2011 per il Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria; da 45.000 del 2002-2003 a 121.038 nel 2010-2011 per i Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie. Questi dati testimoniano il forte significato che le professioni Medico-Chirurgiche e Sanitarie hanno nella cultura, nelle motivazioni e nel personale progetto di vita dei giovani.

*Immatricolazioni:
pochi posti in più,
mentre crescono
molto le domande*

2b. LA SELEZIONE NEGLI ACCESSI

La selezione al momento dell'accesso è vincolata da normativa europea ed è stata in più sedi giurisprudenziali definita non in contrasto con gli artt. 3 e 33 della Costituzione (libertà di istruzione in funzione del merito). Tuttavia, considerando inapplicabile per mancata capienza del sistema il metodo francese, che prevede accesso libero e selezione al passaggio dal primo al secondo anno, il vigente metodo di selezione presenta numerosi difetti di fondo con valorizzazione del nozionismo rispetto alla valutazione delle attitudini. La sintesi di tale discrepanza è rappresentata dalla mancata valorizzazione del voto del diploma di scuola superiore.

*Nessun valore
al curriculum
di studi, il futuro
è affidato a un quiz*

L'intero percorso culturale della scuola superiore viene azzerato, svalutandone il valore formativo, che rimane confinato in un'area di astrazione, e dando ai giovani il messaggio che la costruzione del futuro è molto più concretamente affidata ad un quiz piuttosto che alla costruzione della propria cultura e delle proprie attitudini. Il cosiddetto "orientamento" assegnato alle Università si è immiserito in attività solo formali dell'ultima ora. Un "vero" orientamento finalizzato ad aiutare gli studenti nell'autovalutazione delle proprie attitudini, dovrebbe essere operato con continuità nella scuola superiore, quantomeno all'ultimo anno, e dovrebbe attuarsi con il concorso attivo delle professioni coinvolte, le quali sole coniugano competenza e potenzialità numerica per una capillare presenza in tutte le scuole superiori di un bacino di utenza di una Facoltà Universitaria. Questo percorso dovrebbe avere una valutazione nella prova di ammissione all'Università, aggiuntiva rispetto alla valutazione del voto di diploma, normalizzato sui valori dell'area di riferimento. Analogamente, nella prova di ammissione dovrebbe essere introdotto uno strumento di valutazione delle attitudini e della cultura umanistica. Il contenuto culturale dei quiz dovrebbe essere radicalmente cambiato, privilegiando contenuti umanistici ed etici.

2c. I CRITERI PER LA DETERMINAZIONE DEI FABBISOGNI

Il fabbisogno quantitativo delle figure professionali sanitarie è, ovviamente, dipendente da numerose variabili; esso deve essere proiettato in un arco di tempo successivo a 7 anni dalla programmazione per Medicina e Chirurgia (tempo medio per la laurea pari a 7.1 anni, stabile nell'ultimo quinquennio), 6 anni per Odontoiatria e Protesi Dentaria (tempo medio per la laurea nell'ultimo quinquennio pari a 5.8 anni), 4 anni per le Professioni Sanitarie (tempo medio per

la laurea nell'ultimo quinquennio pari a 3.6 anni). Nella previsione dei fabbisogni pesano due gruppi di variabili complesse, il primo rappresentato dal modello di sistema sanitario programmato ed il secondo dalle variazioni dei bisogni di salute nel tempo. A fronte di questi obiettivi, il fabbisogno di formazione sanitaria in Italia viene calcolato dai dati delle Regioni e delle Università, incentrati in maniera determinante sulle potenzialità del "sistema formativo", rappresentate dal numero dei posti letto delle strutture sanitarie a Direzione Universitaria incluse nei Protocolli di Intesa Università-Regioni. In numerosi paesi della Comunità Europea il calcolo dei fabbisogni include variabili (in Belgio, ad es., oltre 100) che tengono conto, tra l'altro, del tasso di natalità, dell'invecchiamento della popolazione, della prevalenza delle malattie invalidanti a lungo termine, della implementazione e della trasformazione dei servizi sanitari, delle proiezioni di copertura degli organici.

2d. LA RICHIESTA DI FORMAZIONE

2d.1. **MEDICI CHIRURGHI.** Il numero dei pensionamenti per raggiunti limiti di età dei medici iscritti all'Albo nel 2010 è stato circa di 6.000 unità. Questo numero salirà di 500-1000 unità all'anno fino al 2016, e raggiungerà i 14.000 all'anno dal 2016 al 2020, per poi decrescere di 500-1000 unità all'anno, attestandosi sui 7500-8000 all'anno dopo il 2027. In totale tra il 2011 ed il 2027 andranno in quiescenza circa 166.000 medici (in media circa 10.000 per anno). Ammettendo per eccesso un ingresso medio di 7.500 nuovi medici all'anno stimabile in base alla costanza futura di 9.500 immatricolazioni per anno (da anni è stabile la perdita del 20% circa tra immatricolati e laureati), tra il 2011 ed il 2027 si avrà complessivamente un disavanzo negativo di circa 40.000-50.000 medici (sul totale, medici dipendenti circa 50%, medici di famiglia circa 25%, altre figure professiona-

li circa 25%).

La previsione della futura trasformazione dei modelli di assistenza sanitaria appare cruciale per definire se il numero e la tipologia dei laureati dei quali oggi si avvia la formazione sarà adeguata ai bisogni. Un aumento del numero delle immatricolazioni del 5-10% all'anno per almeno 5-10 anni appare necessario, con un potenziamento della quota dei laureati da inserire nella medicina di famiglia e nella specialistica ambulatoriale.

2d.2. ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA. La curva demografica sopra descritta riguarda in modo marginale ed in anni ancora successivi questa laurea. Tuttavia va preso atto della necessità di potenziare l'assistenza sanitaria pubblica in Odontoiatria, ridefinendo interamente le modalità organizzative ed i rapporti numerici tra indici demografici e strutture assistenziali, al fine di garantire un'adeguata risposta ai bisogni di salute odontoiatrica.

2D.3. PROFESSIONI SANITARIE. Oggi, su 355.000 Infermieri/Ostetrici attivi, i laureati sono il 10.9%; su 84.700 Professionisti della riabilitazione e su 68.200 Operatori delle professioni tecniche, i laureati salgono al 25%, mentre scendono al 14% per i 36.000 Professionisti della prevenzione. In media, nell'intero comparto delle Professioni sanitarie, su 545.000 Professionisti solo il 14% ha ad oggi acquisito la laurea. Non sono al momento disponibili le curve demografiche delle singole figure professionali. Ma, a parte i vuoti che si verranno a determinare con le quiescenze, la riconversione del titolo di studio non universitario in titolo universitario dovrebbe essere un impegno primario delle Facoltà di Medicina, al fine di non vanificare ancora per molti anni a venire lo sforzo di qualificazione che la formazione universitaria ha cercato di promuovere.

2d.4. LA TIPOLOGIA DELLA FORMAZIONE. Le numerose riforme tabellari dei Corsi di Laurea hanno portato ad

una forte parcellizzazione disciplinare dei curricula, in particolare per il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia. Gli esami verbalizzati (escluse le 10-15 prove in itinere, oltre 35) sono in realtà composti da prove separate il cui numero, nella maggioranza delle sedi, supera le 85 diverse discipline. La frequenza non viene uniformemente verificata e la firma certificante è poco più che un atto formale. A causa del gran numero di corsi da frequentare, l'internato si è progressivamente ridotto in tempo ed importanza ed è prevalentemente orientato alla preparazione della Tesi di Laurea. Il Tutore di riferimento nel Corso di Laurea ha un significato residuale, mentre il rapporto tutoriale reale è reso difficile se non impossibile dal rapporto studenti/docenti (12 a 1) e dal peso prevalente della didattica frontale teorica. La parte pratica della didattica si traduce in didattica frontale a piccoli gruppi. Nell'intero percorso della formazione lo sviluppo delle abilità pratiche e comunicative con i pazienti è episodico o minimo. L'ambito ospedaliero della formazione non consente di osservare i problemi di malattia con decorso cronico e la strutturazione delle attività cliniche e didattiche in chiave specialistica non consente di percepire le complessità delle comorbilità. I contenuti deontologici connessi ad ogni condizione clinica ed ad ogni persona malata non vengono affrontati nelle singole discipline, ma delegati all'ultimo anno di corso, all'interno della Medicina Legale. Questi schemi formativi portano ad un laureato in cui il sapere prevale rispetto al saper fare ed al saper essere, che sarà portato a identificare la medicina con l'ospedale nonché a sostituire il rapporto tra medico e persona malata con l'etichetta di una singola malattia. Solo la pratica successiva alla laurea, in molto tempo, correggerà forse questi errori di impostazione acquisiti nel percorso formativo.

La forte eterogeneità culturale della popolazione studentesca nella Facoltà di Medicina e Chirurgia è un'ulteriore va-

Al momento della laurea il sapere prevale sul saper fare e sul saper essere

riabile che pesa sull'efficacia del sistema formativo nelle Facoltà di Medicina. La preparazione non umanistica è prevalente: il titolo di diploma scientifico è posseduto dal 53% degli studenti del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia (votazione media di diploma: 91) e dal 62% degli studenti del Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria (votazione media di diploma: 87); per gli studenti dei Corsi di Laurea sanitaria, il 33% ha un diploma tecnico, il 10% un diploma professionale e solo il 7% il diploma di maturità classica (votazione media di diploma: 76). Se gli studenti iscritti a Medicina e Chirurgia ed ad Odontoiatria e Protesi Dentaria hanno rispettivamente nel 27% e nel 31% circa ambedue i genitori con laurea (nel 31% e 25% uno solo con laurea), ben 43% e 34% rispettivamente provengono da famiglie con genitori con titolo di studio di grado inferiore o nessun titolo. Quest'ultima percentuale sale ad oltre 85% per gli iscritti ai Corsi di Laurea Sanitaria, che solo sporadicamente hanno ambedue i genitori (3%) od uno solo di essi (9%) con laurea. La classe di appartenenza borghese è propria del 43% degli iscritti in Medicina, del 53% degli iscritti in Odontoiatria e solo del 14% degli studenti iscritti nei Corsi di Professioni Sanitarie, il 57% dei quali proviene da una classe sociale di appartenenza piccolo borghese od operaia.

La formazione biomedica incentrata su un modello ospedaliero di medicina, fortemente orientata a contenuti tecnici e specialistici, non attenta ai generatori ed ai vissuti storici, sociali psicologici e relazionali della malattia, può non riuscire ad assicurare uniformemente l'acquisizione di quelle caratteristiche che renderanno il laureato in area sanitaria capace di un corretto rapporto con il cittadino utente, con la sua sofferenza, con la sua invalidità.

2d.5. LE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE. Il numero dei posti delle Scuole di Specializzazione è inferiore ai bisogni

ed ha forti discrepanze di distribuzione nel rapporto tra specialità nonché in relazione alla demografia delle aree geografiche del paese: in particolare, le aree meridionale ed insulare hanno un rapporto posti in Scuole di Specializzazione/abitanti nettamente inferiore rispetto alle aree centrale e settentrionale, con valori che arrivano in alcuni casi a -50%). La tipologia della formazione risente degli stessi limiti dei Corsi di Laurea, con limitazioni delle attività pratiche (questo è particolarmente evidente nelle Scuole di tipologia chirurgica) e rapporti insufficienti sia con il territorio sia con la realtà dell'assistenza sanitaria extra universitaria. I percorsi rigidi dei curricula e dei titoli di studio non consentono flessibilità di passaggio, con adeguate integrazioni di segmenti di corso, tra specialità complementari, creando ostacolo alla creazione di figure professionali provviste di competenze interdisciplinari integrate che, nell'organizzazione sanitaria concreta, appaiono invece in continua evoluzione.

2d.6. CORSI REGIONALI DI MEDICINA GENERALE. La crescente importanza della Medicina generale per un'organizzazione sanitaria qualificata, sostenibile e vicina ai bisogni ei cittadini, trova nell'area della formazione un vulnus importante. Il titolo acquisito con i Corsi Regionali non è di rango universitario; la retribuzione per la frequenza del Corso è pari alla metà di quella accreditata per la frequenza delle Scuole di Specializzazione; la durata del Corso è insufficiente, poiché insufficiente è la preparazione universitaria pre laurea, ove: a) non esiste un settore scientifico disciplinare di Medicina Generale; b) la Medicina Generale non è insegnata in alcun Corso; c) il tirocinio pratico specifico, molto apprezzato dagli studenti, è troppo breve. Occorre trovare una nuova forma di cooperazione tra Università e Regioni, con una riforma del Corso di studio di Medicina Generale, anche tenendo presenti le indicazioni che emergono sul tema da un intenso dibattito europeo in corso ed apren-

do nuovi canali di comunicazione tra i Corsi di Medicina Generale e Scuole di Specializzazione congrue (“tronchi comuni” tra i due canali, con rispettiva frequenza in soprannumero rispetto al numero di iscrizione programmato). La retribuzione per la frequenza del Corso di Medicina Generale deve essere equiparata a quella delle Scuole di Specializzazione. Questo percorso integrato avrebbe il merito aggiuntivo di portare all’interno delle Scuole di Specializzazione contenuti formativi di collegamento tra medicine specialistiche e medicina generale.

2d.7. ESAMI DI ABILITAZIONE PROFESSIONALE. L’abilitazione professionale nella forma attuale, basata sul superamento di quiz, non ha alcuna funzione abilitante. L’esame deve essere totalmente riformato e configurato in una prova da cui effettivamente emergano le capacità di diagnosi e di terapia in situazioni concrete. Al pari che in altre Professioni ed in altri Paesi, la valutazione dovrebbe essere affidata a Commissioni prive di conflitto di interesse, in cui le Professioni, e non l’Università, valutano il risultato della formazione universitaria e rilasciano l’abilitazione.

3. LA SPERIMENTAZIONE DI NUOVI ASSETTI ORGANIZZATIVI

3a. LA DISCREPANZA TRA DOMANDA E CAPIENZA/CARATTERISTICHE DEL SISTEMA

Dai dati sommariamente esposti nei paragrafi precedenti emerge chiaramente come a fronte di un indebolimento della formazione sanitaria erogata dall’Università, vi è un’accreciuta domanda di questa formazione, sia in termini quantitativi che qualitativi. L’attuale organizzazione non ha e non avrà le potenzialità per rispondere ad una domanda crescente nel presente e nel futuro. Il corso di Laurea in Medicina e

Chirurgia dovrà formare non solo un maggior numero di laureati, ma anche laureati capaci di sostenere al momento dell'abilitazione professionale il peso tecnico e deontologico della professione. Il Corso di Laurea in Odontoiatria dovrà orientarsi alla costruzione di un'assistenza sanitaria pubblica nel settore. I corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie dovranno assorbire una domanda più che doppia rispetto all'attuale, e dovranno arricchirsi di contenuti culturali oggi mancanti e non derivabili dalla formazione pre universitaria.

3b. IL POTENZIAMENTO DEL SISTEMA FORMATIVO SANITARIO

Poiché il sistema universitario nazionale non avrà nel breve termine possibilità di potenziamento, occorre che la formazione faccia ricorso a competenze, risorse umane ed investimenti allargati, acquisibili da nuovi partners. Occorre stabilire, con qualificati criteri di accreditamento, "Ospedali di Insegnamento" che supportino i percorsi di formazione nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, nel Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria, nei Corsi di Laurea Sanitaria triennale e specialistica, nelle Scuole di Specializzazione. Parallelamente, la creazione di "Dipartimenti di Medicina del Territorio" potrebbe consentire la fruizione di strutture di supporto per la formazione e lo sviluppo della ricerca biomedica in ambito non ospedaliero, da accreditare in stabile cooperazione con l'Università per l'ampliamento dei percorsi formativi in tutti i Corsi di Laurea e nel Corso di Medicina Generale.

*Creare Ospedali
di Insegnamento
e Dipartimenti
di Medicina
del Territorio*

3c. LA COOPERAZIONE INTERMINISTERIALE

La creazione di una "Consulta Nazionale per la formazione sanitaria" sarebbe auspicabile per programmare e monitorare l'attuazione dello sviluppo del sistema formativo sanita-

rio e della ricerca scientifica biomedica nel Paese. Le azioni separate dei Ministeri, rispettivamente della Sanità e dell'Università, hanno portato a norme ed investimenti configurati sulle esigenze di ciascun attore, ma i due sistemi non hanno avuto strumenti per una pianificazione costruttiva e non conflittuale, per una cooperazione operativa, nonché per il monitoraggio dei risultati. Nella Consulta dovrebbero essere rappresentati i due Ministeri, la Conferenza Permanente dei Rettori, la Conferenza dei Presidi, la Conferenza Stato-Regioni, le Federazioni Nazionali degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri e delle Professioni Sanitarie. Alla Consulta dovrebbe essere affidato, tra l'altro, il compito di strutturare e monitorare la sperimentazione delle innovazioni.

3d. CONCLUSIONI

L'innovazione può essere uno strumento per progredire. La tutela della salute è un obiettivo primario e la sperimentazione dell'innovazione è l'unico strumento al quale affidare il superamento le difficoltà dell'oggi.

I contenuti sono stati prodotti dalla Commissione ad hoc della Fnomceo "Programmazione dei fabbisogni – Formazione Universitaria Pre-Laurea e Specialistica". Componenti: P. Livrea, S. Annibali, G. K. Seeberger, V. Luciani, A. Manzi, C. Napoletano, G. Pizza. Referenti del Comitato Centrale: M. Benato, E. Casale, R. Stella, P. Veneziano. Referente Amministrativo: A.R. Mascolini.

Demografia medica: criticità e prospettive

Matteo Cestari

Responsabile tecnico Cogeaps

(Consorzio Anagrafe Professioni Sanitarie)

LA PRESENTE RELAZIONE, in occasione del centenario della nascita degli Ordini dei Medici e Chirurghi ed Odontoiatri, ha la finalità di delineare alcuni andamenti della Professione medica negli anni futuri. La composizione della attuale popolazione medica ci consente di simulare con discreta approssimazione alcune dinamiche, come ad esempio l'invecchiamento e dunque la successiva riduzione del numero di professionisti. Altre dinamiche, quali il progressivo aumento della popolazione femminile, fino a costituire la maggioranza assoluta, o l'innalzamento dell'età media sono parimenti fenomeni acquisiti.

Il focus principale di questa relazione dell'analisi riguarda quell'insieme di professionisti operanti nel pieno della capacità professionale, ossia tra i 30 e i 70 anni, e specificamente quanti sono iscritti all'albo dei Medici. Per simulare lo scenario futuro si è innanzitutto calcolato in quale misura la popolazione attuale, per ragioni diverse – fisiologiche,

in funzione dell'età e del ciclo di vita – si ridurrà o si ritirerà dall'esercizio della professione sanitaria. Ad esempio questa funzione, calcolata su base storica, ci permette di sapere che di tutti gli attuali iscritti all'albo dei Medici, che oggi hanno 30 anni, solo il 60% circa sarà ancora iscritto all'albo dei Medici tra 40 anni. Si presume infatti che una parte della popolazione professionale (30-70 anni) probabilmente passerà ad incarichi dirigenziali o comunque ad attività non sanitarie, ad occupazioni all'estero, o comunque non risulti iscritta all'albo. Analizzando i dati in nostro possesso possiamo trarre alcune deduzioni.

- La popolazione attuale è prevalentemente maschile, ma il trend demografico, porterà nel giro di qualche decennio ad invertire l'attuale composizione, verso una popolazione principalmente femminile. Il trend e l'attuale composizione tra generi è rappresentata nella figura 1.
- La curva degli iscritti evidenzia come esiste una maggior densità di professionisti iscritti nella fascia di età tra i 50 e 60 anni, che nei prossimi decenni, con l'avanzare dell'età non continuerà oltre a esercitare la professione medica.
- Una percentuale degli iscritti agli Ordini, dal momento

FIG 1 - ATTUALE COMPOSIZIONE DELLA PROFESSIONE MEDICA PER SESSO E PER ETÀ

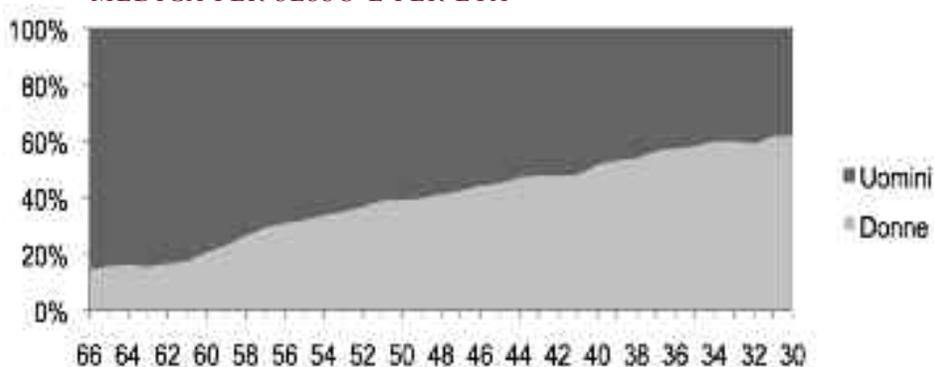
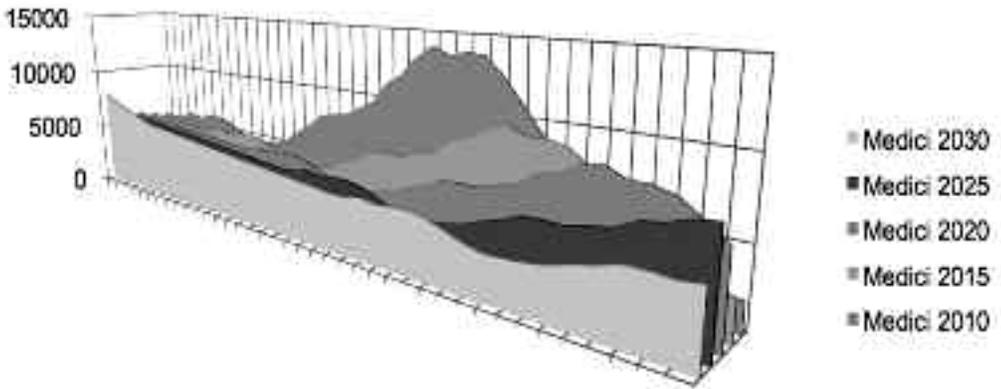


FIG 2 - LA PROFESSIONE MEDICA NEI PROSSIMI ANNI
(STIMA)



dell'iscrizione all'Ordine nel tempo fisiologicamente cessa di esercitare la professione medica.

Da ciò ne deriva, ad esempio, che l'andamento numerico della popolazione nei prossimi anni potrebbe essere rappresentato nella figura 2.

Se verranno mantenuti gli attuali livelli formativi, la popolazione professionale di medici (tra i 30 e 70 anni) tenderà a ridursi. Facendo una stima per approssimazione si può dire che, nell'ipotesi degli attuali livelli formativi e dell'attuale curva demografica professionale, la popolazione medica (30/70 anni) entro 20 anni potrebbe essere inferiore anche di 80/100.000 unità. Non spetta a tale relazione determinare se il fabbisogno professionale di medici nei prossimi anni sarà adeguato alle esigenze sanitarie, ma altresì descrivere numericamente il fenomeno. Infatti non spetta questa relazione determinare se il minor numero di medici sarà adeguato al fabbisogno professionale e sanitario in relazione ai modelli organizzativi.

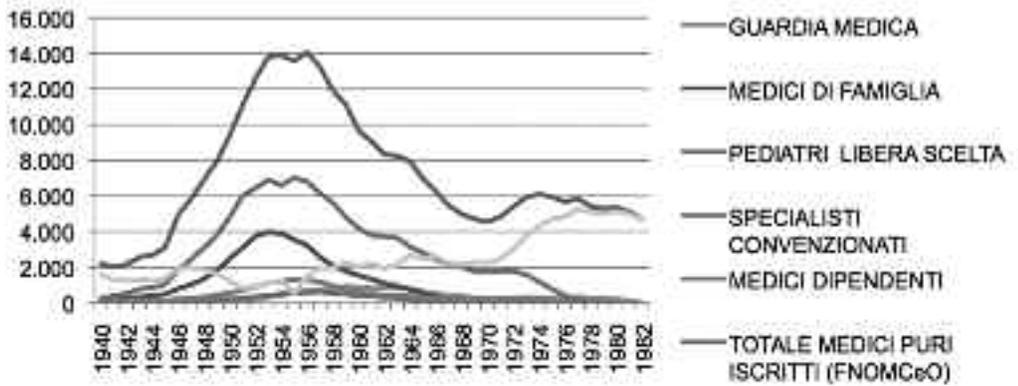
Va considerato che le eventuali attuali azioni formative, dato il tempo necessario a preparare un Professionista medico, avranno effetto con un certo ritardo (di 7 /10 anni cir-

ca) sulla popolazione professionale. Possiamo cercare di capire ove siano impiegati e impegnati questi medici e quanti abbandoneranno delle posizioni nelle diverse attività professionali.

Suddividendo i professionisti per attività professionale (dati Fnomceo/Enpam/Onaosi) si ottiene un interessante grafico (figura 3) che evidenzia molti aspetti, ad esempio come la maggiore densità della curva demografica (di professionisti) di età compresa tra i 50 e i 60 anni sia comunque impegnata nel sistema sanitario nazionale o convenzionato. Si evidenzia l'esistenza di un'area composta da giovani professionisti in formazione e in cerca di collocazione professionale definitiva.

In conclusione si ha evidenza che la popolazione complessiva degli iscritti, considerando che molti medici rimangono iscritti all'albo pur non svolgendo più attività lavorativa, continuerà ad incrementare numericamente nei prossimi 5/10 anni, prima di iniziare una sensibile riduzione. Il fenomeno di riduzione riguarda già, invece, i professionisti medici (30/70 anni) attivi nella professione medica, il cui numero inizierà a ridursi sensibilmente nel breve termine. Tale riduzione di professionisti rende necessario un'ulteriore analisi per identificare il reale fabbisogno di professionisti, in relazione ai modelli organizzativi e ai fabbisogni globali delle esigenze di cure e sanità. Infatti nel caso si dovesse decidere di intervenire per incrementare l'attuale livello formativo dei professionisti, risulta importante scegliere correttamente il timing di eventuali azioni correttive (in quanto esiste un ritardo nelle azioni intraprese, derivante dal tempo necessario per la formazione). Oltre al numero, il modificarsi della composizione della popolazione in termini di età e sesso, potrà indurre altre problematiche, ad esempio connesse alla formazione continua in relazione al ciclo di vita professionale oppure alla necessità di riorganizzare com-

FIG 3 - ATTUALE COMPOSIZIONE DELLA PROFESSIONE MEDICA PER ETÀ E ATTIVITÀ PROFESSIONALE



petenze in relazione a disponibilità di incarichi specifici. In sintesi il cambiamento demografico, in termini di numerosità, età della popolazione, composizione in relazione al sesso, indurrà nuove sfide alla professione medica, che guarda al futuro.

Selezione degli accessi a Medicina e specialità: gli strumenti e gli esiti

Ezio Casale

presidente Omceo Chieti,

componente Commissione Formazione Fnomceo

L'ACCESSO AI CORSI UNIVERSITARI di laurea in Medicina e Chirurgia è disciplinato a livello nazionale dalla legge 264/1999 che prevede che il Ministro dell'università e della ricerca scientifica, sentiti gli altri Ministri interessati, determini annualmente il numero dei posti disponibili a livello nazionale, da ripartire tra le singole università, tenendo conto del fabbisogno di professionalità del sistema sociale e produttivo e dell'offerta potenziale formativa del sistema universitario e dei singoli atenei.

POSTI DISPONIBILI

Per l'anno accademico 2010-2011 i posti disponibili per le iscrizioni ai corsi di laurea magistrale in Medicina e Chirurgia su tutto il territorio nazionale sono stati 9.527 (1.019 in più rispetto all'anno precedente).

TAB 1 - SELEZIONE DEGLI ACCESSI A MEDICINA: GLI ESITI

Università	SIMULAZIONE NAZIONALE 2010				2009		2008	
	Ammessi	%	Δ Posti	Pos	%	Pos	%	Pos
Milano	593	174,00	+ 197	1	160	2	163,94	4
Del Molise	21	28,00	- 61	39	52	35	36	39
Napoli II Univ	179	54,24	- 184	34	76,33	26	63,54	33
Udine	143	162,50	+ 47	4	181,50	1	176,25	2
L'Aquila	56	49,90	- 78	37	32,50	39	65	31
Mi - Bicocca	180	150	+ 52	6	120	11	176,37	1
Sassari	63	52,50	67	36	57	34	36	39

PROVE DI AMMISSIONE: MODALITÀ E CONTENUTI

Le prove di ammissione per l'accesso ai corsi di laurea specialistica/magistrale in medicina e chirurgia, di contenuto identico sul territorio nazionale, sono predisposte dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca avvalendosi di una apposita Commissione, costituita con decreto ministeriale. Le prove di ammissione per l'accesso a ciascun corso di laurea specialistica/magistrale si svolgono nella stessa giornata in tutte le sedi universitarie e vertono su ottanta (80) quesiti concernenti argomenti di cultura generale e ragionamento logico, biologia, chimica, fisica e matematica. A partire dall'a.a. 2009-2010, gli ottanta (80) quesiti previsti sono così distribuiti: quaranta (40) di cultura generale e ragionamento logico ; diciotto (18) di biologia; undici (11) di chimica; undici (11) di fisica e matematica

Fino al 2005 la ripartizione dei quesiti tra le materie (cultura, biologia, chimica, matematica-fisica) era: 26, 18, 18, 18. Dal 2006 è stata invece: 33, 21, 13, 13.

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

PROVE DI AMMISSIONE: CRITERI DI VALUTAZIONE

Per la valutazione delle prove si tiene conto dei seguenti criteri:

- a) 1 punto per ogni risposta esatta; meno 0,25 punti per ogni risposta sbagliata; 0 punti per ogni risposta non data;
- b) in caso di parità di voti ottenuti, prevale in ordine decrescente il punteggio ottenuto dal candidato nella soluzione, rispettivamente, dei quesiti relativi agli argomenti di cultura generale e logica, biologia, chimica, matematica e fisica;
- c) in caso di ulteriore parità di voti, prevale la votazione dell'esame di Stato conclusivo dei corsi di studio di istruzione secondaria superiore;

In caso di ulteriore parità, prevale lo studente anagraficamente più giovane.

PROVE DI AMMISSIONE:

DATI RIEPILOGATIVI E INDICATORI

Valutando i dati riferiti a 39 atenei (mancano i risultati delle prove sostenute dagli studenti delle Università di Milano-San Raffaele e Cattolica; Roma-Campus Biomedico; Pavia-corso in lingua inglese) si può osservare che nell'anno 2010 sono state corrette al Cineca 58.258 schede per un totale di posti disponibili pari a 8.923. Il numero più alto di candidati (4580) si è registrato a Roma la Sapienza 1 Fc; il numero minore (520) nell'Università del Molise.

La numerosità dei concorrenti rispetto ai posti messi a disposizione ha fatto in modo che 1 concorrente su 6,47 sia stato ammesso (il rapporto era 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 Genova (1 concorrente su 4,91) mentre all'estremo opposto troviamo Foggia con 1 concorrente su 11,02

TAB 2 - SPECIALIZZAZIONI MEDICHE: N. POSTI COMPLESSIVI,
N. POSTI AGGIUNTIVI, FABBISOGNI ULTIMI 9 ANNI

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Borse e contratti	5490	5368	5490	4615	5000	5000	5000	5000	5000
Posti aggiuntivi	980	602	1008	1162	962	913	850	758	-
Fabbisogno	-	-	6907	7061	7003	7460	8448	8448	8448

QUALITÀ DEI RISULTATI DELLE PROVE DI ACCESSO AL CORSO DI LAUREA MEDICINA E CHIRURGIA

A) PUNTEGGI MASSIMI E MINIMI

Uno studente a Milano – Bicocca ha ottenuto il punteggio massimo di 74,25 su 80 (nel 2009 era 73,75 a Firenze).

All'opposto all'università di Foggia e Cagliari per essere primi è bastato un punteggio di 56,25; nel 2009 con 55,75 si era primi a L'Aquila.

Il punteggio minimo più alto tra gli ammessi si è registrato a Milano (48,75); nel 2009 a Milano e a Udine (48,50). Il punteggio minimo più basso (38,25) si è avuto nell'Università del Molise; l'anno scorso a L'Aquila (37,50).

B) PUNTEGGIO MEDIO IN CENTESIMI

Il punteggio medio di tutti i 58.258 partecipanti è stato di 40,20 con un miglioramento rispetto al 2009 (39,59).

Gli 8.923 studenti ammessi hanno ottenuto la buona media di 62,55, anche qui con un lieve miglioramento rispetto al 2009 (62,35)

La media più alta relativa agli 8.903 studenti ammessi si è avuta a Milano (67,69); nel 2009 si era avuta a Palermo

(67,84). La media più bassa per gli studenti ammessi (54,31) si è avuta nell'Università del Molise; l'anno scorso a L'Aquila (53,10).

C) INDICATORI PER MATERIA

Analizzando le medie dei risultati per singola materia, si è registrato un miglioramento, rispetto agli anni precedenti, per quanto riguarda le risposte ai quesiti di logica e cultura generale, sia analizzando il risultato medio di tutti i candidati (52,08), sia quello dei soli studenti ammessi (70,41). Si rileva invece un lieve miglioramento per i quesiti di biologia rispetto allo scorso anno ma sempre un notevole peggioramento rispetto agli anni precedenti e questo vale sia per tutti i candidati sia per i soli ammessi. Per quanto riguarda i quesiti di chimica e di fisica/matematica si rileva un progressivo peggioramento rispetto agli anni precedenti. I quesiti di fisica /matematica sono quelli che ottengono le medie più basse nelle risposte confermandosi quelli più ostici per gli studenti.

D) IPOTESI DI SELEZIONE NAZIONALE

Esiste (vedi tab. 1) un'ipotesi di graduatoria nazionale (i primi 8.923 dei 58.258 candidati); confrontando i risultati ottenuti nelle diverse facoltà da tutti gli studenti, potremmo stilare una ipotetica graduatoria nazionale che vedrebbe al 1° posto Milano che riuscirebbe a “piazzare” un totale di 593 ammessi tra tutti 2.299 candidati, ben 197 in più dei 396 assegnati dal ministero (pari al 149%). Nella tab. 1 sono confrontati i dati del 2010 con quelli degli anni precedenti. Nel 2009 al 1° posto c'era Udine con un ipotetico 181% degli ammessi; nel 2008 al 1° posto Milano- Bicocca con un 176%. Sempre tenendo conto di questa simulazione nazionale, a Napoli II Università ci sarebbero stati 184 studenti ammessi in meno rispetto ai posti assegnati dal ministero (pari ad

TAB 3 - ACCESSI FORMAZIONE SPECIFICA MEDICINA GENERALE

REGIONI	2006-2009	2007-2010	2008-2011	2009-2012	2010-2013
Abruzzo	20	20	20	20	20
Basilicata	30	30	30	25	25
Calabria	25	22	22	22	22
Campania	120	120	120	40	50
Emilia Romagna	60	50	40	N.E.	50
Friuli V.G.	20	20	20	20	20
Lazio	85	85	85	85	85
Liguria	25	25	25	30	30
Lombardia	100	100	80	80	80
Marche	25	25	25	25	25
Molise	20	20	20	20	20
Piemonte	34	34	34	40	40
Puglia	85	85	85	100	100
Sardegna	25	25	25	25	25
Sicilia	50	50	50	90	90
Toscana	68	68	68	68	68
Umbria	22	22	22	25	25
Valle D'Aosta	3	1	1	1	1
Veneto	40	40	40	40	40
Prov. Aut. Trento	15	15	15	15	15
TOTALE	872	857	827	771	831

un 54,24%). Sempre secondo questa graduatoria, fanalino di coda tra tutti gli atenei sarebbe l'Università del Molise con soli 21 studenti ammessi pari ad un 28%; nel 2009 il risultato peggiore (39) era stato registrato a L'Aquila che avrebbe "piazzato" solo il 32,50% degli studenti assegnati (39 invece di 120).

ACCESSO ALLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONI MEDICHE

Il D.M. del Miur n. 172 del 6 marzo 2006 (che sostituisce il precedente decreto ministeriale n. 99 del 23/02/99) ha definito il regolamento concernente le modalità per l'ammissione alle scuole di specializzazione mediche.

Alle scuole si accede con concorso annuale per titoli ed esami, indetto con decreto del rettore dell'università, per il numero di posti determinati con decreto del Ministro. Le prove di ammissione si svolgono a livello locale presso le singole università, nella medesima data per ogni singola tipologia. Presso ogni università è costituita, con decreto rettorale, una commissione giudicatrice del concorso di ammissione, composta dal direttore della scuola e da quattro professori di ruolo e/o ricercatori afferenti alla scuola. Le prove di esame consistono in una prova scritta e in una successiva prova pratica. La prova scritta consiste nella soluzione di sessanta quesiti a risposta multipla di cui 40 su argomenti caratterizzanti il corso di laurea di medicina e chirurgia e 20 su argomenti caratterizzanti la tipologia della scuola. Per la predisposizione dei quesiti è nominata una apposita commissione di esperti individuati dal Ministero, sentito il Cun e il Cnsu, tra i professori di ruolo e/o i ricercatori di ruolo delle università. La commissione predisponde un archivio nazionale con almeno cinquemila quesiti, suddivisi in due distinti gruppi, rispettivamente di carattere generale e speciale, e provvede ad aggiornarli annualmente. Il Miur cura la tenuta dell'archivio dei quesiti e ne assicura la pubblicità entro sessanta giorni dalla pubblicazione del bando. Entro la medesima data è reso pubblico ogni anno l'archivio aggiornato.

CRITERI DI VALUTAZIONE

La durata della prova è di 90 minuti. La valutazione della prova scritta di quesiti a risposta multipla consistenti in n. 5

risposte, determina l'attribuzione di un punteggio di +1 per ogni risposta esatta, di 0 per ogni risposta non data e di --0,25 per ogni risposta errata. La prova pratica consiste nella valutazione da parte del candidato di un referto o di un dato clinico, diagnostico, analitico, da effettuarsi mediante relazione scritta sintetica. La stessa è sostenuta dai candidati che hanno superato la prova con quesiti a risposta multipla, riportando non meno di 48 punti. Il risultato è portato a conoscenza dei candidati entro i dieci giorni successivi all'espletamento delle prove scritte. La prova pratica si intende superata se il candidato relaziona in modo corretto e analitico il caso. Il superamento della prova comporta l'assegnazione fino ad un massimo di n. 15 punti, secondo la qualità e la completezza della relazione. La durata della prova pratica è di 60 minuti. La commissione ha a disposizione 100 punti, dei quali 60 per la valutazione della prova scritta, 15 per la prova pratica, 7 per il voto di laurea e 18 per il curriculum degli studi universitari.

POSTI DA ASSEGNARE

Il numero dei posti da assegnare a ciascuna scuola di specializzazione delle facoltà di medicina e chirurgia è stabilito annualmente con Decreto del MIUR, acquisiti i pareri del Ministero del Lavoro, salute e politiche sociali, degli accordi della Conferenza Stato Regioni per definire il fabbisogno del numero globale dei medici specialisti da formare ed infine di concerto con il ministero dell'Economia e delle finanze per la determinazione dei contratti di formazione specialistica da assegnare. Possono essere attivati contratti finanziati dalle Regioni, da enti pubblici, nonché quelli derivanti da finanziamenti comunque acquisiti dalle università che si aggiungono ai contratti statali, al fine di colmare, ove possibile, il divario tra fabbisogni e numero dei contratti statali. La ripartizione dei posti nelle singole facoltà è stabilita in base

agli standard e ai requisiti posseduti dalle stesse (secondo quanto indicato dal Decreto MIUR del 29 marzo 2006). Dall'esame dei dati relativi agli ultimi 9 anni (vedi tab. 2) si nota come il numero complessivo dei posti disponibili sia rimasto più o meno stabile (da un max di 5.490 ad un minimo di 4.615), così come il fabbisogno indicato dai ministeri competenti, mentre il numero di posti aggiuntivi (Regioni e Università) si sia attestato negli ultimi anni intorno ad un + 15 % sul totale dei posti disponibili. Anche il numero dei posti assegnati per ogni singola specializzazione medica è rimasto più o meno lo stesso (tranne qualche eccezione) nell'arco dei 9 anni presi in esame.

ACCESSO CORSO FORMAZIONE SPECIFICA MEDICINA GENERALE

Esaminando i dati relativi (tab. 3) al numero dei posti disponibili per l'accesso al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale nelle singole regioni a partire dall'anno 2006, anno in cui la durata del Corso è stata portata a tre anni si può osservare che il numero totale di posti si è assestato intorno agli 830 per anno .

A parte l'eccezione della Campania che ha visto ridurre nettamente il numero di posti negli ultimi 2 trienni, rispetto al passato, per il resto delle regioni si nota una sostanziale stabilità; è da notare che in oltre il 70% delle regioni italiane il numero di posti è al di sotto dei 50 nell'arco degli anni presi in esame.

ALCUNE RIFLESSIONI CRITICHE

*Numero dei
professionisti da
formare*

Pur essendoci un (più o meno) unanime consenso sul principio del mantenimento del numero programmato per l'accesso al corso di laurea in medicina e chirurgia, molti ritengono necessario aumentare progressivamente il numero dei

posti da assegnare annualmente alle singole università (magari superando gli attuali criteri di offerta formativa) per i corsi di laurea specialistica in medicina e chirurgia. Questo progressivo incremento degli accessi andrebbe parametrato da un lato con il problema demografico dell'attuale classe medica in attività dall'altro con il reale futuro fabbisogno di medici e di specialisti necessario a far fronte alle future esigenze assistenziali sempre più condizionate da importanti fattori quali, ad esempio, l'invecchiamento della popolazione generale e dell'aumento delle patologie croniche e invalidanti.

Le attuali prove di valutazione (numero e contenuto dei quiz, graduatorie a livello locale), introdotti con la L. 294, vengono oggi considerate non più adeguate per una giusta ed efficiente selezione dei candidati futuri medici. C'è probabilmente un'eccessiva prevalenza dei test su materie di logica e cultura generale rispetto alle materie di ordine più tecnico-scientifico, materie dove peraltro si registrano i risultati peggiori. È opinione diffusa che sarebbe certamente più equo reintrodurre il criterio del voto di maturità e soprattutto la valutazione (possibilmente normalizzata a livello nazionale) del curriculum preuniversitario dello studente che dovrebbero in qualche modo sommarsi al risultato ottenuto con le prove di ammissione a quiz. Sarebbe altrettanto auspicabile introdurre delle valutazioni psicoattitudinali per verificare le motivazioni che spingono i candidati alla scelta professionale. Esiste infine l'ipotesi di una graduatoria unica nazionale che potrebbe essere riservata ad un 30% di tutti i posti disponibili e che consentirebbe ad alcuni candidati, esclusi dal punteggio ottenuto in una determinata sede, la possibilità di rientrare, con quello stesso punteggio, in un'altra sede.

*Procedure
di selezione*

Composizione sociale e profitto degli studenti in Medicina

Andrea Cammelli

Direttore di AlmaLaurea

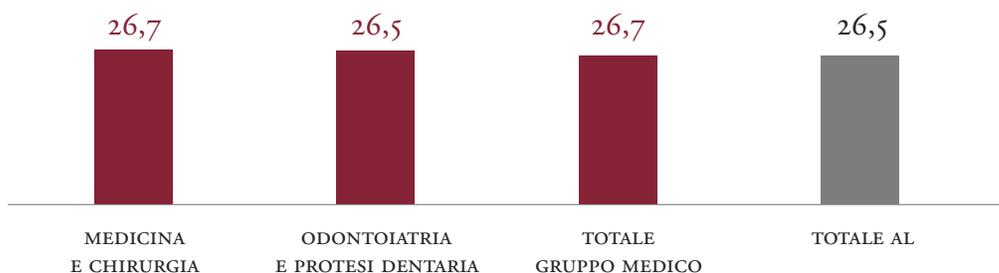
professore di Statistica dell'Università di Bologna

PROVENGONO DA STUDI LICEALI e da famiglie maggiormente favorite dal punto di vista culturale, hanno performance di studi brillanti e sono soddisfatti dell'esperienza universitaria anche se, una volta raggiunto il traguardo, manifestano qualche ripensamento in più rispetto alla scelta dell'Ateneo. Insomma, l'identikit dei laureati in Medicina e Odontoiatria racconta di giovani dalle solide carriere di studio. E dopo? La ricerca del lavoro per i medici è rinviata al termine della specializzazione. Per questo ancora a cinque anni dalla laurea risultano in formazione 40 laureati in Medicina su cento; mentre per gli odontoiatri è piena occupazione.

Così i laureati con il camice bianco si raccontano. Un'analisi puntuale e tempestiva, restituita da AlmaLaurea sul profilo e la condizione occupazionale dei laureati italiani, scomposta sino al dettaglio del corso di laurea, al servizio di un nuovo ruolo sociale delle università, ma anche in risposta al-

ETÀ ALLA LAUREA

Laureati 2009 magistrali/specialistici a ciclo unico

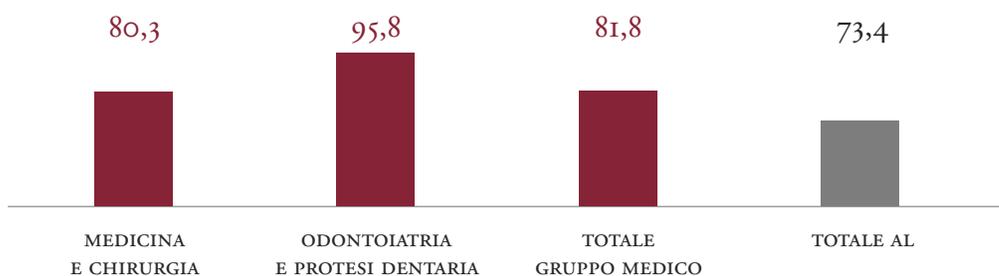


Valori medi

FREQUENZA ALLE LEZIONI

Hanno frequentato regolarmente più del 75% degli insegnamenti previsti

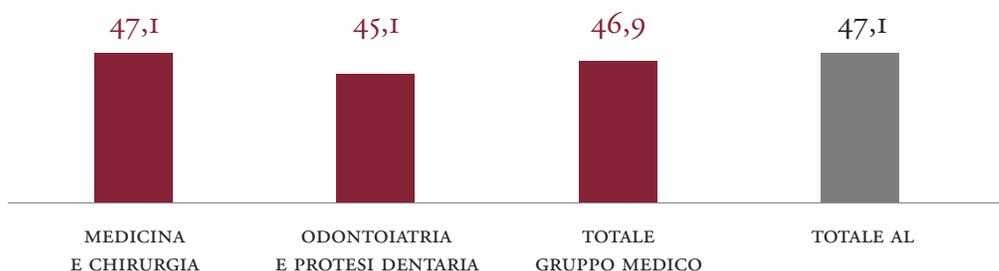
Laureati 2009 magistrali/specialistici a ciclo unico



Valori medi

TIROCINI RICONOSCIUTI DAL CORSO DI STUDI

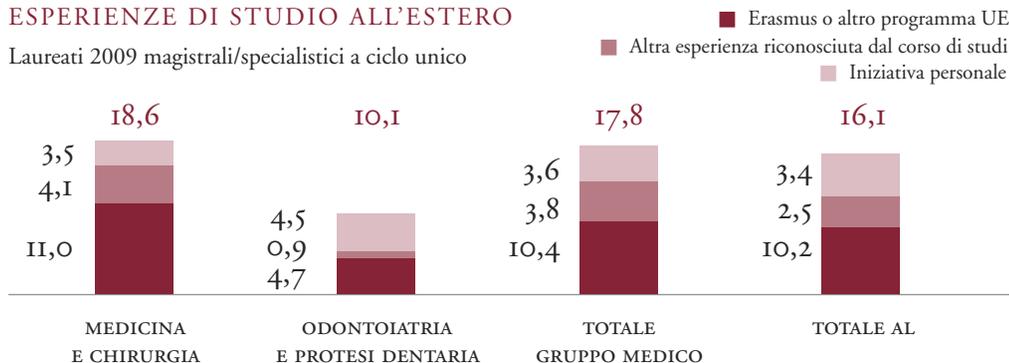
Laureati 2009 magistrali/specialistici a ciclo unico



Valori medi

ESPERIENZE DI STUDIO ALL'ESTERO

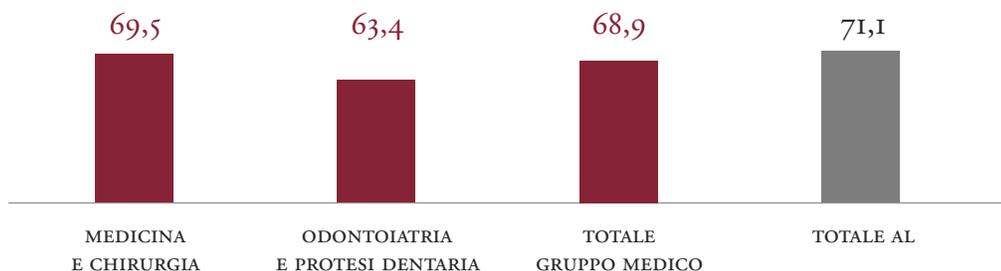
Laureati 2009 magistrali/specialistici a ciclo unico



Valori percentuali

SI ISCRIVEREBBERO DI NUOVO ALL'UNIVERSITÀ (% sì allo stesso corso dell'Ateneo)

Laureati 2009 magistrali/specialistici a ciclo unico



Valori percentuali

OCCUPAZIONE A CINQUE ANNI PER CORSO DI LAUREA

Laureati pre-riforma

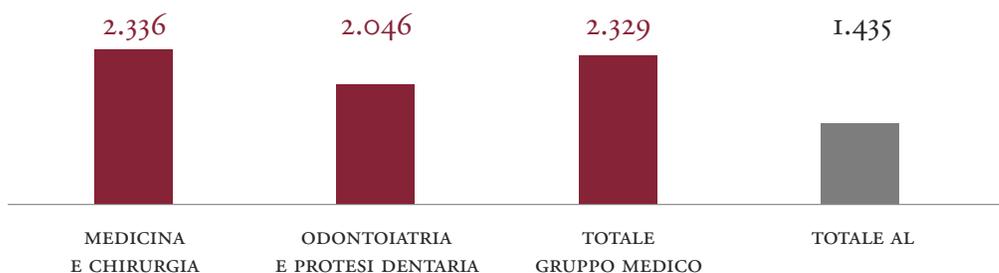


Valori percentuali

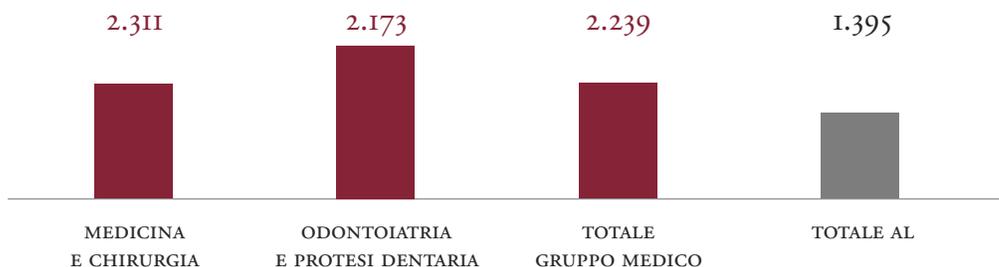
GUADAGNO MENSILE NETTO A CINQUE ANNI PER CORSO DI LAUREA E SETTORE PUBBLICO/PRIVATO

Laureati pre-riforma

PUBBLICO



PUBBLICO



Sono considerati solo i laureati che hanno iniziato l'attuale attività lavorativa dopo la laurea e lavorano a tempo pieno

la carenza di una cultura della valutazione basata su evidenze empiriche e di strumenti utili agli stessi Ordini professionali per conoscere e orientare al meglio la formazione dei propri professionisti. Un principio di Luigi Einaudi – conoscere per deliberare – costituisce lo spirito più profondo che muove le annuali indagini del Consorzio interuniversitario rese pubbliche nel sito www.almalaurea.it. Una sfida tanto più necessaria oggi nel contesto di un sistema europeo

di istruzione universitaria, rilevante in particolar modo per il settore medico laddove la qualità della formazione, lungo tutto l'arco della vita professionale, è strettamente legata alla qualità delle cure e dunque al benessere di un Paese.

La sintesi qui riportata riguarda 4.792 laureati magistrali e specialistici a ciclo unico nel Gruppo medico del 2009: 4.291 laureati in Medicina e Chirurgia e 501 laureati in Odontoiatria e protesi dentaria. Il confronto avviene con il complesso dei laureati a ciclo unico, definito anche "media nazionale". Prevale, nel gruppo medico, la componente femminile: le laureate sono il 61,5% (ma il peso numerico rispetto ai colleghi maschi si inverte in Odontoiatria, dove le donne sono il 45%); un valore in linea, almeno per chi studia Medicina e Chirurgia, con il processo di femminilizzazione degli studi universitari in atto già da alcuni anni a livello nazionale: le laureate sono il 63% nel complesso di chi esce dai corsi a ciclo unico.

In generale il titolo accademico risulta sempre più appannaggio di giovani provenienti da famiglie in cui la laurea entra per la prima volta in casa; questo non è vero per i laureati del gruppo medico, provenienti da famiglie culturalmente più avvantaggiate: 55 su cento hanno almeno un genitore laureato, valore che sale al 59% per i laureati in Odontoiatria, contro il 46,5% del complesso. Così per gli studi di scuola secondaria superiore: prevalgono i liceali, con la Maturità scientifica (54% contro il 48% della media nazionale) e classica (33% contro il 30%).

In un percorso già determinato da una rigida selezione all'accesso, dove contano forti motivazioni iniziali, vocazione e predisposizione a lunghi anni di studio, supportati da famiglie in grado di sostenerne i costi, gli studenti risultano avere ovviamente performance migliori: i laureati del gruppo medico sono più assidui alle lezioni, arrivano alla laurea a meno di 27 anni e superano la prova finale con un voto

*Nel 55% dei casi
i giovani medici
hanno genitori
laureati*

nettamente superiore alla media: 108,5 contro 105,5 su 110. I tirocini riconosciuti dal corso di studi coinvolgono quasi un laureato del gruppo medico su due, come nella media nazionale. Elevate le esperienze di studi all'estero che coinvolgono complessivamente quasi 18 laureati su cento del Gruppo medico, contro il 16% del complesso. In questo caso, è da segnalare una netta differenziazione tra i laureati in Odontoiatria (dieci su cento hanno studiato all'estero) e in Medicina, dove chi ha fatto esperienze di studi fuori dall'Italia è quasi il 19%. Ciò significa che queste esperienze, che i ministri dell'istruzione riuniti a Lovanio nell'aprile 2009 si sono impegnati ad estendere al 20% della popolazione dei laureati europei, trova in Italia i laureati in Medicina in buona posizione.

È soddisfatto degli studi compiuti l'84% dei laureati in Medicina e il 74% dei laureati in Odontoiatria

La soddisfazione complessiva dei laureati del gruppo medico per gli studi compiuti è elevata: si dichiara almeno abbastanza soddisfatto l'84% dei laureati in Medicina (tra questi il 31% lo è decisamente) e il 74% dei laureati in Odontoiatria (qui i più convinti sono il 28%) contro l'87% del complesso.

L'ipotesi di ripetizione dell'esperienza universitaria appena conclusa (stesso corso e stesso Ateneo) riguarda oltre i due terzi dei laureati del gruppo medico (il 69%) – la media nazionale è del 71% – anche se su valori più elevati per i laureati in Medicina (69,5%) rispetto ai laureati in Odontoiatria (63%). Ma non è il corso di laurea a creare “pentiti della scelta”, piuttosto l'Ateneo in cui si sono svolti gli studi: il 23,6% dei laureati in Medicina e un quarto dei laureati in Odontoiatria conferma la scelta del corso, ma se potesse tornare indietro cambierebbe Ateneo.

L'intenzione a proseguire gli studi è particolarmente elevata per la caratteristica stessa del corso di laurea e dell'accesso alla professione medica: così se a livello complessivo riguarda 69 laureati su cento, la volontà di continuare la formazio-

ne coinvolge 94 laureati su cento in Medicina (l'87% dichiara di voler proseguire con la scuola di specializzazione) e il 70% dei laureati in Odontoiatria (il 32% è orientato alla specialità).

I LAUREATI IN MEDICINA E ODONTOIATRIA E IL LAVORO

La sintesi qui proposta riguarda 4.714 laureati specialistici a ciclo unico del gruppo medico (tra questi 4.210 sono laureati in medicina e chirurgia; 504 in odontoiatria e protesi dentaria) usciti dall'università nel 2008 e intervistati dopo un anno; 1.579 laureati pre-riforma del gruppo medico del 2004, intervistati dopo cinque anni. .

È chiaro che la diversa natura dei percorsi qui analizzati e la loro specificità produce risultati differenziati: a un anno i laureati in Medicina occupati sono appena il 30% e ciò è dovuto alla quota consistente di chi accede alle scuole di specializzazione (tanto è vero che se si considera anche chi è in formazione retribuita il tasso lievita al 75%). Diverso è per gli odontoiatri: a un anno il tasso di occupazione è elevato, il 64,5%. Nel periodo più lungo, ovvero a cinque anni dal titolo, le chance occupazionali appaiono maggiormente apprezzabili per i medici. Lavora il 47%, ma il 40%, come si è detto, è ancora in formazione. I laureati in Odontoiatria, invece, dopo cinque anni, sono praticamente tutti occupati (95%) e in modo stabile nell'83% dei casi.

Il reddito mensile netto è superiore alla media nazionale: i laureati in Medicina guadagnano, dopo cinque anni, 2.330 euro; i laureati in Odontoiatria 2.165 (con differenze apprezzabili tra chi lavora nel pubblico e chi nel privato) contro i 1.402 euro del complesso dei laureati.

Gli esami abilitanti: gli strumenti e gli esiti

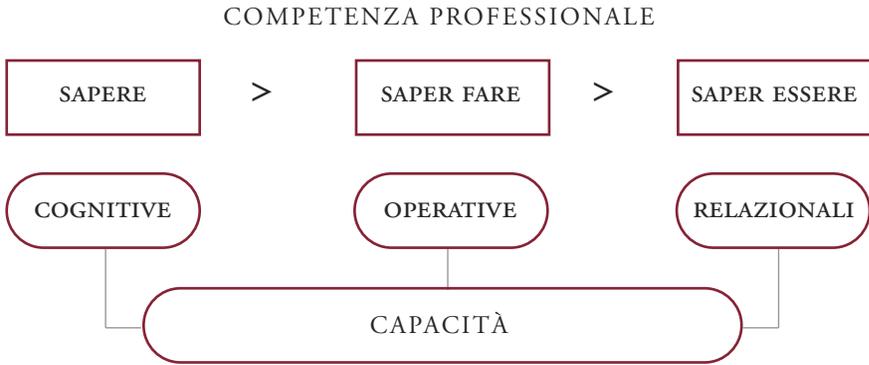
Vincenzo Luciani

Presidente Omceo Benevento

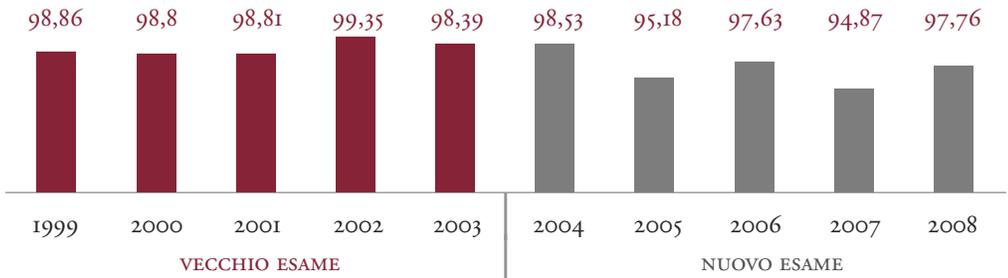
*La modifica
dell'Esame di Stato
nel decreto 445*

IL 19 OTTOBRE 2001 il Miur promulgò il decreto 445 che, modificando l'Esame di Stato per l'abilitazione all'esercizio professionale, avrebbe dovuto rappresentare una vera rivoluzione. Questa modifica, intervenuta dopo quarantacinque anni dalla vecchia normativa, introdusse per la prima volta il concetto che l'esame stesso dovesse valutare non solo le conoscenze del medico ma anche le sue competenze (incluse quelle etiche e deontologiche). Tale deliberato legislativo fu però attuato solo tre anni dopo, a partire cioè dall'Esame di Stato del 2004. Nel decreto 445 si stabilisce che la prova scritta deve valutare essenzialmente le "conoscenze" di base del candidato attraverso delle domande precliniche (90 domande) e le sue "capacità" nell'applicare le conoscenze biomediche e cliniche alla pratica medica, e nel risolvere questioni di deontologia professionale e di etica medica, con delle domande cliniche (90 domande); le due sezioni di domande sono estrapolate da un repertorio di 5.000 doman-

VALUTAZIONE CAPACITÀ



ABILITATI CON IL VECCHIO E NUOVO ESAME DI STATO

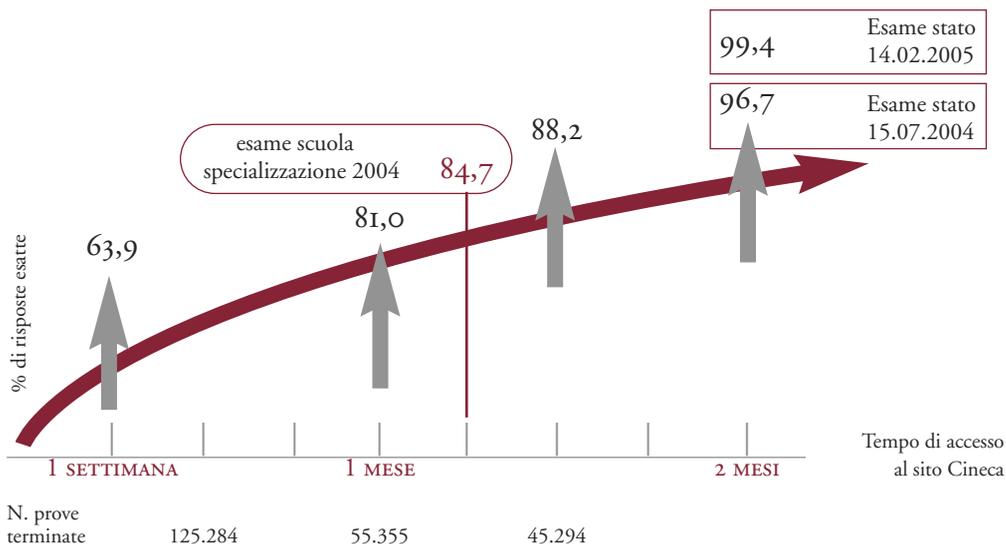


de. Ma come si possono valutare le capacità di un medico? Fondamentalmente, le capacità da valutare in un medico sono di tre tipi: cognitive, cioè il sapere; operative, ovvero il saper fare quello che si è appreso; relazionali, il saper essere. L'integrazione di queste capacità realizza la piena competenza professionale del medico. Quindi la prova scritta, in definitiva, deve valutare le conoscenze, la capacità e l'applicazione. Il professor Alfred Tenore dice che "l'esecuzione della prova scritta implica un processo attivo di pensiero, non un

processo passivo di memorizzare”. Continuando nell’esame del decreto 445 del Miur, leggiamo che “il Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca Scientifica, assicura la pubblicità dei quiz almeno sessanta giorni prima della data fissata per la prova scritta”; insieme ai quiz, però, il sito web del Cineca pubblica anche le risposte esatte agli stessi quiz! Questa è una prima criticità perché sessanta giorni sono un tempo sufficiente per imparare a memoria le risposte dei quiz e, di conseguenza, viene vanificata quella funzione di valutazione che il nuovo Esame di Stato doveva avere nelle intenzioni del legislatore. Se si analizzano i dati relativi all’Esame di Stato fino al 2008, estrapolati dall’archivio del Miur, si nota che c’è una sostanziale parità tra il numero di soggetti che vengono esaminati e il numero di soggetti che vengono abilitati. Nel 2004, anno di inizio del nuovo ordinamento, si pensava potesse esserci una “strage” in quanto le regole scritte nel famoso decreto 445 facevano

PROGRESSIONE NEGLI ESAMI DEL MIUR

Per gentile concessione del prof. Alfred Tenore (modificata)



pensare che ciò potesse avvenire. La strage non c'è stata! Sostanzialmente si è verificata una tenuta, anzi, un lievissimo incremento rispetto all'anno precedente. Solo nel 2005 c'è stata una leggerissima flessione (di circa il 3%) ma poi il trend ha continuato a salire riassetandosi su valori percentuali prossimi al 99% degli esaminati. Inoltre, sempre sul sito web del Cineca, dal momento della pubblicazione dei quiz, con relative risposte, è possibile effettuare delle simulazioni dell'esame on line. Il professore Alfred Tenore ha analizzato le simulazioni dell'esame effettuate sul sito internet del Cineca nel 2004 ed ha constatato che dopo due settimane dalla pubblicazione dei quiz solo il 63,9% dei candidati che si è cimentato con la prova on line ha superato la stessa. Man mano che è aumentato il tempo dalla data di pubblicazione dei quiz è aumentata la percentuale di coloro che superavano l'esame: ad un mese dalla pubblicazione si è giunti all'81%, a circa sei settimane l'88,2%, a due mesi, in corrispondenza della data dell'Esame di Stato (prima data del 2004), il 96,7% ha superato la prova. Arrivati all'Esame di Stato del febbraio 2005, seconda data dell'Esame di Stato, l'aumento del tempo a disposizione per memorizzare i quiz, ha determinato una percentuale di successo pari al 99,4%. Chiediamoci allora: cosa è cambiato tra il vecchio e il nuovo Esame di Stato? Se, nelle intenzioni, si voleva fare un Esame di Stato che fosse maggiormente selettivo, che andasse cioè a valutare effettivamente le capacità dei candidati, che cosa è cambiato? Nulla. Quali considerazioni possiamo fare? Sicuramente il superamento dell'esame è correlato alla quantità di tempo a disposizione per memorizzare le domande e le risposte. Allora qual è lo scopo dell'Esame di Stato? Ed ancora, che cosa significa la prova scritta "tiene conto degli obiettivi formativi"? Domande che non trovano risposta.

L'attuale strumento valutativo è utile solo alla valutazione

*L'Esame di Stato
avrebbe dovuto essere
più selettivo, ma non
è cambiato nulla*

delle capacità mnemoniche degli abilitandi e non è in grado di “testare” le capacità peculiari della professione medica; non contribuisce al cambiamento del metodo didattico dei docenti, che è inadeguato a formare gli studenti alla pratica della professione medica, perché è improntato all’antico stile di trasmettere “nozioni” e “conoscenze”. Gli studenti stessi continuano a studiare avendo come unico scopo quello di superare l’esame e non si applicano a sviluppare le capacità deduttive e decisionali necessarie ad acquisire una vera competenza professionale. Chiediamoci allora: qual è lo scopo di tutta questa organizzazione? Perché dobbiamo subire tutti questi costi? Qual è lo scopo di tutto questo cambiamento quando in realtà non è cambiato niente? Nella prova scritta, qualora si volesse continuare a tenere in vita l’Esame di Stato così com’è, bisognerebbe somministrare dei test non conosciuti preventivamente, oppure dei quali non si conoscano le risposte. Occorrerebbe ridare all’esame di abilitazione la sua effettiva funzione di valutazione delle capacità di *decision making* e *problem solving*. La nostra proposta di cambiamento è di adottare nuovi strumenti di valutazione che siano aggiuntivi e determinanti: un esempio può essere il Progress Test; a questo si potrebbe affiancare la presentazione e discussione di casi clini seguiti durante il tirocinio. Un’ultima modifica dovrebbe riguardare la composizione della commissione di esame allo scopo di darle un vero ruolo di terzietà rispetto alle istituzioni formative.

Alcune proposte

La programmazione dei fabbisogni: quali standard e quali indicatori?

Giovanni Leonardi

Direttore generale Risorse Umane e Professioni Sanitarie
Ministero della Salute

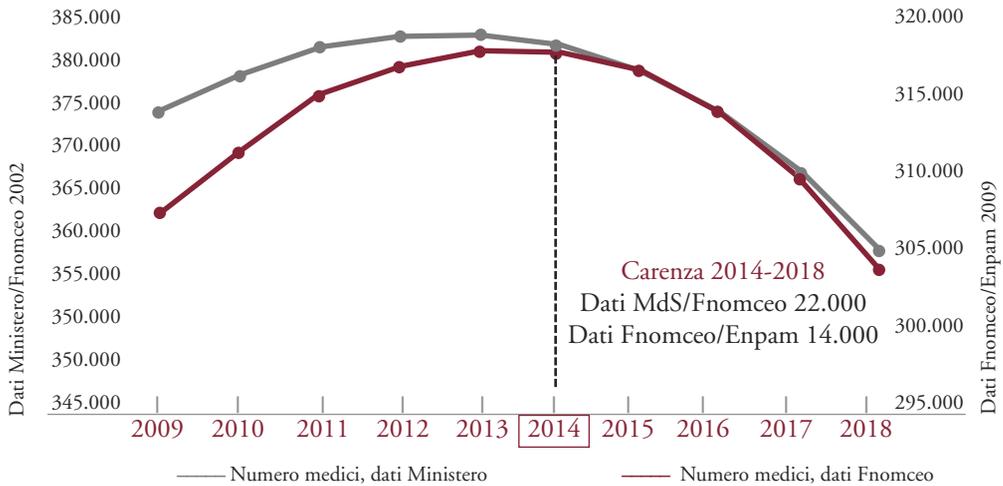
IL D.LGS. 502 DEL 1992 e successive modificazioni ed integrazioni all'articolo 6 ter prevede che entro il 30 aprile di ciascun anno il Ministro della sanità, sentiti la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri e degli altri Ordini e Collegi professionali interessati, determini con uno o più decreti il fabbisogno per il Servizio sanitario nazionale, anche suddiviso per regioni, in ordine ai medici chirurghi, veterinari, odontoiatri, farmacisti, biologi, chimici, fisici, psicologi, nonché al personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione ai soli fini della programmazione da parte del ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica degli accessi ai corsi di diploma di laurea, alle scuole di formazione specialistica e ai corsi di diploma universitario

Il Ministero della Salute, solitamente entro la fine dell'anno

*Come si definisce
il fabbisogno di
professionisti*

CONFRONTO DATI MINISTERO VS FNOMCEO (USCITA MEDIA 66 ANNI)

Previsione numero Medici - confronto fonti di dati



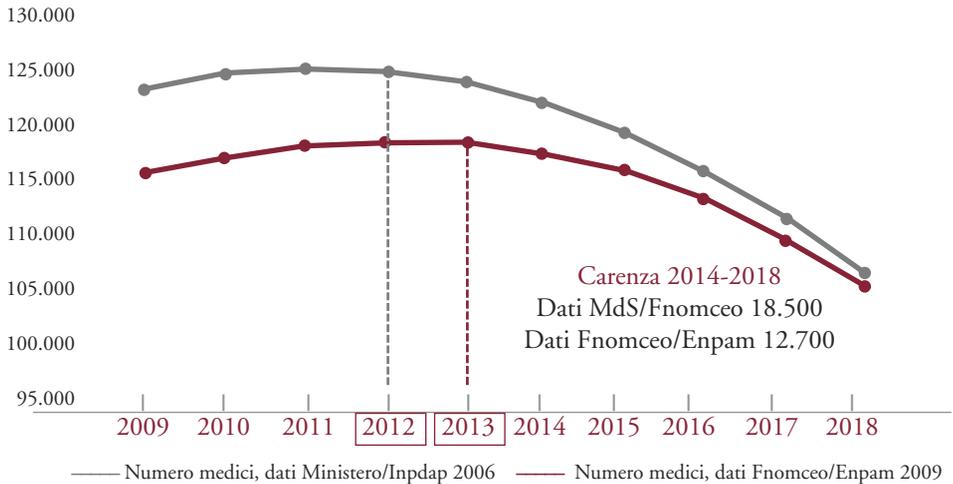
Pur assestandosi su livelli differenti le due curve hanno un andamento simile e, a partire dall'anno 2014, sono praticamente parallele.

Si conferma il negativizzarsi del saldo tra pensionamenti e neo-laureati a partire dal 2014

precedente, dà avvio alla rilevazione del fabbisogno formativo delle professioni sanitarie e mediche per l'anno accademico di riferimento con lettera indirizzata alle Regioni e Province autonome. Al termine della fase di raccolta dei dati, questo Ministero esegue una prima analisi di coerenza dei dati ed organizza un incontro di confronto tra Regioni e categorie al fine di evidenziare criticità, anomalie nelle stime e di proporre rettifiche per una maggiore uniformità delle informazioni. La fase successiva è la formulazione della proposta di fabbisogno regionale che il Ministero della Salute inoltra alla Conferenza Stato Regioni per la relativa approvazione.

CONFRONTO DATI MINISTERO VS FNOMCEO (USCITA MEDIA 66 ANNI)

Previsione numero Medici - confronto fonti di dati



Le curve hanno un andamento molto simile per tutto il periodo considerato anche se con i dati in possesso del Ministero il saldo tra entrate ed uscite dal Ssn diviene negativo a partire dal 2012 anziché dal 2013 come, invece, si evince dal calcolo basato su dati Fnomceo/Enpam

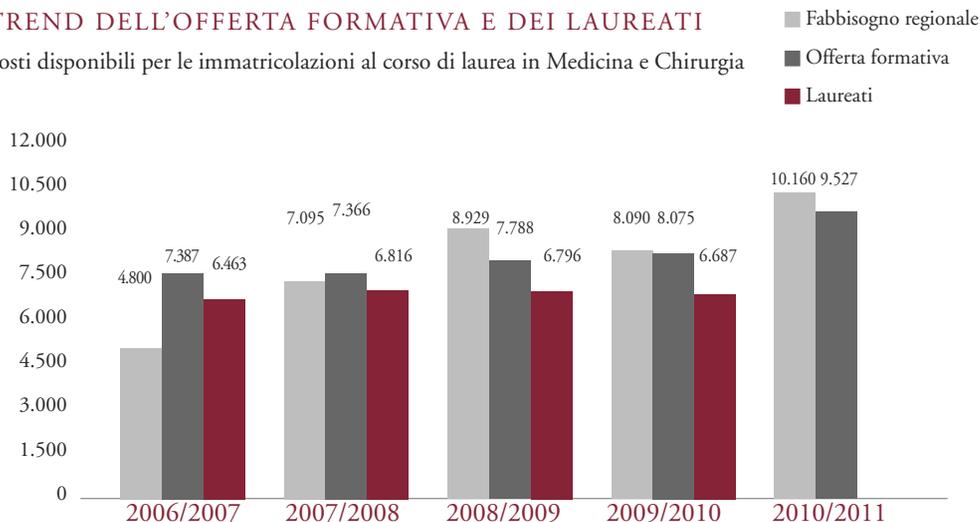
In particolare, negli ultimi anni il Ministero della Salute, approfondendo l'analisi del fabbisogno per la professione medica, si è soffermato su un fenomeno che si renderà evidente nei prossimi anni, ma che necessita sin da oggi di interventi correttivi.

Infatti, dalla attuale distribuzione per età dei Dirigenti Medici impiegati nel Servizio sanitario nazionale, si evince una forte concentrazione di personale nelle fasce di età 50 – 59 ed oltre 60 anni, il che fa presagire una futura carenza di medici nel nostro Paese.

Al fine di quantificare il fenomeno, il Ministero della Salute ha innanzitutto passato in rassegna le fonti dati disponi-

TREND DELL'OFFERTA FORMATIVA E DEI LAUREATI

Posti disponibili per le immatricolazioni al corso di laurea in Medicina e Chirurgia



Dall'anno accademico 2007/2008 all'ultimo a.a. 2010/2011, il Ministero della Salute è riuscito ad ottenere un incremento del 29% dei posti disponibili per le immatricolazioni al corso di laurea in Medicina e Chirurgia

Nota: i laureati si riferiscono all'anno solare. Per l'anno 2009 i dati sono da considerarsi provvisori

bili sulla distribuzione dei medici per età. Pertanto, una prima analisi è stata condotta sulla base dei dati già da tempo a disposizione di questo Ministero ed, in particolare, sui dati della Cassa Pensione Sanitari dell'Inpdap relativi all'anno 2006 e sul rapporto Fnomceo del 2002. Successivamente, grazie alle informazioni rese disponibili dalla Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri, il modello previsionale implementato è stato alimentato con i dati aggiornati ricevuti.

In entrambi i casi l'analisi è stata condotta sulla base delle seguenti assunzioni:

- età media di uscita dal mercato del lavoro 66 anni;

- numero di neo-laureati costante negli anni e pari a 6.800 (circa il numero di laureati negli anni solari 2007 e 2008, ultimi dati disponibili);
- ipotesi di immissione di un terzo di neo-laureati nel Servizio sanitario nazionale.

In sintesi i risultati ottenuti sono i seguenti:

- per quanto concerne il Servizio sanitario nazionale, ci si aspetta una differenza negativa tra pensionamenti e nuove assunzioni a partire dal 2012 se si considerano i dati Inpdap o dal 2013 se si tiene conto dei dati Fnomceo;
- data la struttura per età ed il numero di immatricolazione al corso di laurea in Medicina e Chirurgia, si stima che la forbice tra uscite ed entrate nel Ssn tenderà ad allargarsi negli anni a seguire;
- considerando, invece, il numero complessivo di medici, indipendentemente dal settore di impiego, la suddetta carenza tenderà a manifestarsi con un leggero ritardo rispetto al Ssn, ossia a partire dal 2014, risultato quest'ultimo ottenuto indipendentemente dal set di dati utilizzato.

Sostanzialmente, quindi, al di là di inevitabili differenze legate all'utilizzo di diverse fonti dati con diversi periodi di aggiornamento, l'analisi condotta mette in evidenza un calo del numero di medici nell'immediato futuro (al massimo a partire dal 2013) che si verificherà dapprima nel settore pubblico, ma che successivamente interesserà l'intero sistema sanitario del Paese.

Ciò considerato, questo Ministero ha richiesto un ampliamento dell'offerta formativa, ossia del numero delle immatricolazioni corso di laurea in Medicina e Chirurgia già a partire dall'anno accademico 2008/2009. Tuttavia, tenendo conto che il percorso formativo di un medico del Ssn si completa in circa 11 anni, occorrerà attendere il 2020 affinché il maggior numero pensionamenti possa iniziare ad essere compensato dall'incremento di laureati/specializzati.

A partire dall'A.A. 2008/2009 il ministero della salute ha chiesto di avere più immatricolazioni

Inoltre, il Ministero della Salute sta approfondendo ulteriormente la questione scendendo nel dettaglio delle specialità mediche. Ad oggi, grazie ad una specifica tabella inserita nella rilevazione del Conto Annuale dell'Igop, si ha a disposizione la distribuzione dei medici del Ssn per disciplina esercitata.

Tale distribuzione costituisce il fondamento necessario per approntare un'opportuna analisi del fabbisogno per singola specialità medica.

La formazione in Medicina Generale: le esperienze e le innovazioni

Roberto Stella

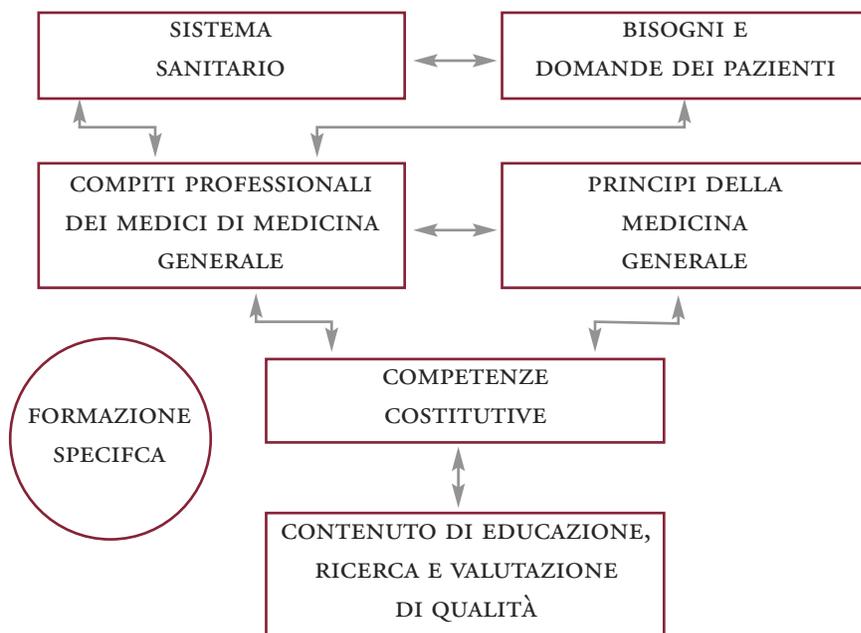
Presidente Omceo di Varese

LA MEDICINA GENERALE è da tempo all'interno di un cambiamento epocale che sta portando ad una trasformazione profonda della stessa disciplina, del ruolo e dei compiti del medico di medicina generale. Negli ultimi decenni si è assistito infatti in tutto il mondo occidentale, ad una modificazione del contesto sociale con significativi mutamenti dei bisogni sanitari della popolazione, dell'epidemiologia delle malattie, delle strategie di prevenzione e promozione della salute. Invecchiamento, progresso tecnologico, cambiamenti demografici, disabilità, diversa domanda di salute, sono alcuni degli aspetti di questo cambiamento.

In questo generale contesto è opinione comune che un sistema sanitario basato su una Medicina Generale di alta qualità rappresenta il modello ideale di sistema sanitario capace di condurre ai migliori risultati in termini di salute ed efficienza economica.

Ciò ha portato in Europa e anche nel nostro paese ad una

*Medicina Generale:
le ragioni di un
cambiamento epocale*



profonda riconsiderazione dei contenuti e della programmazione dei percorsi formativi nell'ambito della formazione specifica in medicina generale oltre alla condivisione dell'opportunità di un riconoscimento del titolo specialistico sulla base di una precisa identità della medicina generale di corpus cognitivo e di procedure clinico assistenziali.

Non si tratta quindi di riconoscere pari dignità culturale e quindi formativa ad una specifica pratica professionale ma cogliere la straordinaria opportunità che lo stesso processo formativo si faccia carico di porre le basi culturali e professionali per quella integrazione tra cure specialistiche e cure primarie necessaria, oggi, per garantire quella continuità assistenziale che può ottimizzare risorse e mantenere al centro delle diverse competenze i bisogni del paziente.

Definire il programma di studio di una disciplina implicitamente significa definire le funzioni, i compiti e le abilità

BANDO DI CONCORSO FORMAZIONE SPECIFICA TRIENNI 2009/12 E 2010/13

REGIONI	POSTI DISPONIBILI 2010-2013	POSTI DISPONIBILI 2009-2012
Abruzzo	20	20
Basilicata	25	25
Calabria	22	22
Campania	50	40
Emilia Romagna	50	0
Friuli	20	20
Lazio	85	85
Liguria	30	30
Lombardia	80	80
Marche	25	25
Molise	20	20
Piemonte	40	40
Puglia	100	100
Sardegna	25	25
Sicilia	90	90
Toscana	68	68
Umbria	25	25
Valle D'Aosta	1	1
Veneto	40	40
Trentino	15	15
TOTALE	831	771

della disciplina stessa; la localizzazione nel sistema delle cure; i criteri e le forme di insegnamento; significa inoltre disegnare i confini di intervento e introdurre le unità di valutazione delle prestazioni professionali.

IL CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA

Il Corso di formazione specifica in Medicina Generale è stato istituito in attuazione della normativa comunitaria in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati e altri titoli, che pre-

vede, anche per l'esercizio della Medicina Generale una formazione specialistica post laurea.

I riferimenti normativi comprendono: la Direttiva 93/16 CEE del 5 aprile 1993 che si riferisce alla libera circolazione dei Mmg in Europa; il D.Lgs. nr. 368 del 17/08/1999 che recepisce la "Direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli"; l'art. 21 del D.Lvo 368/1999 recita "per l'esercizio dell'attività di medico chirurgo di medicina generale nell'ambito del Servizio sanitario nazionale è necessario il possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale (omissis)"; il D.Lgs n.277 del 08/07/2003 che recepisce la Direttiva 2001/19/CE, modifica le Direttive del Consiglio relative al sistema generale di riconoscimento delle qualifiche professionali e le direttive del Consiglio concernenti le professioni di infermiere professionale, dentista, veterinario, ostetrica, architetto, farmacista e medico. Tutti i laureati in Medicina e Chirurgia, che si sono laureati successivamente al 31 dicembre 1994, che scelgono la professione del medico di famiglia devono acquisire l'idoneità all'esercizio mediante la frequenza di un percorso formativo definito a livello Ministeriale e pianificato dalle Regioni e/o Province autonome presso strutture accreditate (Aziende Sanitarie, Ambulatori Ospedalieri e Studi di Medici di Medicina Generale convenzionati con il Ssr). Il diploma di Formazione Specifica si consegue a seguito di un corso della durata di tre anni articolato in attività didattiche pratiche e attività didattiche teoriche per un totale di almeno 4.800 ore di cui 2/3 (3.200 ore) rivolti all'attività formativa di natura pratica.

Numerosi sono gli attori coinvolti in questo complesso e articolato percorso: Medici di medicina generale, Medici ospedalieri, Medici Universitari, Medici in formazione, Personale amministrativo, Comitati Tecnico Scientifici, Regioni,

Agenzie, Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Università.

Obiettivi prioritari delle attività formative sono:

- sviluppare un percorso di formazione post-universitaria orientata al ruolo ed ai compiti del medico di medicina generale;
- affinare gli strumenti per il miglioramento del sistema di erogazione delle cure primarie,
- ottimizzare il ricorso alle strutture specialistiche;
- consentire la libera circolazione della professione nei paesi della Comunità Europea;

Attualmente vi sono oltre 2.300 medici in formazione nei tre corsi con un impegno economico riferito al costo totale annuo delle borse di studio per 2.300 medici in formazione di 26.661.600 euro (costo di una borsa di studio/anno 11.592 euro)

CAMBIAMENTO E INNOVAZIONE

Le esigenze di cambiamento nella formazione riguardano oggi principalmente la necessità di passare dalla conoscenza alla competenza, intendendo quella certa capacità o potenzialità per agire efficacemente in un preciso contesto: non è più la conoscenza stessa che conta, ma l'uso che se ne fa". Scopo del training in medicina generale dunque non deve essere quello di sviluppare conoscenza ma far acquisire la capacità di identificare in modo indipendente e risolvere i reali problemi operativi posti dai pazienti e quindi mettere in pratica sapere, saper fare, attitudini e abilità.

Le competenze da acquisire da parte del medico di medicina generale sono:

- Gestione delle cure primarie;
- Cure centrate sulla persona;
- Attività prevalentemente improntata al problem solving;
- Approccio globale anche di tipo bio-psico-sociale;
- Orientamento alla comunità;

- Audit e ricerca;
- Farmacovigilanza.

È necessario inoltre, alla luce del diverso ruolo del medico di medicina generale e dei nuovi compiti attribuiti a questi sul territorio, acquisire abilità di tipo organizzativo e comportamentale per il coordinamento e la direzione delle risorse umane (leadership e management) e abilità nelle relazioni interpersonali e con le istituzioni (relazioni e networking).

Il modello formativo deve quindi cambiare adattandosi, rimodellandosi e adeguando i percorsi didattici in relazione a queste nuove esigenze tenendo conto in particolare di alcuni aspetti quali:

- contenuti didattici adeguati alla domanda di salute ed al cambiamento degli scenari clinico-epidemiologici con particolare riferimento alla gestione della cronicità;
- forte integrazione con la medicina specialistica per raggiungere le necessarie sinergie tra ospedale e territorio;
- formazione prevalente “sul campo” secondo il modello di apprendimento “learning by doing”;
- utilizzo di tutta la rete formativa disponibile (strutture ospedaliere, universitarie, territoriali, studi dei mmg).

Il cambiamento rappresenta una delle caratteristiche principali del mondo contemporaneo e delle organizzazioni che in esso vogliono operare ad alti livelli di efficienza e di qualità; cambiano i problemi da affrontare, cambiano le metodologie, cambiano le tecnologie, cambiano le aspettative della comunità.

Debbono cambiare anche le idee delle persone e il loro modo di lavorare, affinché esse possano stare al passo con il cambiamento e anzi cercare di governarlo attivamente invece di limitarsi a subirlo passivamente. Si devono quindi ri-orientare i percorsi formativi con l'obiettivo di far apprendere i fondamenti e le modalità operative della medicina generale,

far acquisire le capacità professionali necessarie per affrontare ed assolvere i compiti richiesti al mmg all'interno del Servizio sanitario nazionale.

L'innovazione deve riguardare anche il processo di insegnamento; si tratta di investire su programmi per la formazione e la qualificazione del corpo docente e dei tutor con lo scopo di ottenere un alto livello di competenza in questo campo.

Anche il modello didattico deve essere modificato passando dal tradizionale modello pedagogico a quello andragogico. Gli elementi distintivi del progetto sono riassunti nella tabella.

Il cambiamento nella didattica deve prevedere infine anche una modifica metodologica che tenga conto di alcuni aspet-

ELEMENTI DEL PROGETTO

	PEDAGOGIA	ANDRAGOGIA
Clima	Orientato verso l'autorità	Reciprocità Rispetto
	Formale Competitivo	Collaborazione informale
Pianificazione	Da parte del docente	Pianificazione comune
Diagnosi dei bisogni	Da parte del docente	Auto diagnosi reciproca
Formulazione degli obiettivi	Da parte del docente	Negoziazione comune
Progetto	Logica delle materie	Sequenze secondo la disponibilità ad apprendere Unità di problemi
Attività	Tecniche di trasmissione dei contenuti	Tecniche basate sull'esperienza
Valutazione	Da parte del docente	Re-diagnosi dei bisogni Valutazione comune del programma

ti necessari al raggiungimento del miglior livello di apprendimento in funzione degli obiettivi formativi:

- insegnamento a piccoli gruppi;
- individuazione di problemi e non di malattie;
- presentazione di problemi integrati nelle differenti competenze ed abilità che il futuro medico di medicina generale dovrà possedere;
- programmi e didattica che tengano conto delle reali finalità del training;
- possibilità di diretto coinvolgimento del tirocinante nella elaborazione e preparazione delle attività didattiche;
- presentazione in aula dei risultati dello studio guidato, ricerca bibliografica, ricerca clinica e progetti;
- valutazione a 360° di tutto il processo formativo.

PROSPETTIVE

Questi ultimi anni hanno già visto alcune innovazioni nella Formazione Specifica in Medicina Generale; il passaggio dal biennio al triennio formativo, dall'attestato di formazione al diploma, una revisione dei contenuti e dei percorsi didattici soprattutto grazie alle iniziative delle scuole regionali.

Si tratta, a mio avviso, di mettere oggi sul tavolo una serie di problematiche da affrontare nella prospettiva di miglioramento di tutto il processo formativo del futuro medico di medicina generale:

- incentivare la scelta vocazionale della Medicina Generale;
- revisione dei percorsi formativi (contenuti/didattica);
- condivisione di un programma professionalizzante nazionale omogeneo (core curriculum);
- programmazione dei fabbisogni regionali sulla base della effettiva carenza/surplus dei medici;
- integrazione reale tra Territorio/Ospedale/Università
- attività di tirocinio prevalentemente pratico sul territorio con aumento delle ore di frequenza presso gli studi dei mmg;

- riconoscimento degli studi dei mmg quali ambienti di insegnamento;
- adeguamento economico e normativo del Corso;
- inserimento dei nuovi Medici di Medicina Generale alla fine del tirocinio in attività territoriali;
- creazione di un Dipartimento di Medicina Generale;
- tronco comune biennale + triennio formativo (attraverso convenzioni tra Regioni e Università).

Per sostenere questa prospettiva di Formazione Specifica in Medicina Generale è necessario che le Regioni assumano la piena responsabilità di sostenere un modello che integri l'apprendimento nell'assistenza, strutturando l'offerta formativa e le rete delle attività professionalizzanti, parificando i trattamenti economici iniziali oggi diversificati e regolamentando l'attività assistenziale dei medici informazione specifica nel rispetto del percorso formativo, attraverso opportune forme di contratti a termine in materia di retribuzione, tutele prevido-assistenziali e retributive.

L'Educazione continua in Medicina esce dalla fase sperimentale

Claudio Cricelli

Presidente Simg

SIAMO ORMAI PROSSIMI all'inizio ufficiale della fase "a regime" dell'Educazione continua in medicina: dal prossimo primo gennaio il programma Ecm, completato nell'arco del 2009-2010 con la pubblicazione della normativa, esce dalla fase sperimentale e tutti i professionisti sanitari, per quanto ci riguarda i medici, saranno tenuti a conoscere e a rispettare le regole di questo programma.

Ma, al di là dei meri formalismi, c'è un percorso, una prospettiva alla quale le regole si adeguano, perché le regole scelte sono funzionali agli obiettivi della medicina e della sanità. Vorrei ricordare che il sistema Ecm è per sua natura un sistema fortemente adattativo alle esigenze della professione, nel senso che le regole devono essere sempre aggiornate tenendo conto di quello di cui la professione ha bisogno. Bisogna far superare l'idea che si tratti di una normativa burocratica e far comprendere ai professionisti che non sono regole che calano sulle loro teste ma piuttosto che la nor-

*Ecm: un sistema
adattativo alle
esigenze della
professione*

mativa trae spunto per evolvere dai vari mondi professionali della sanità. Si tratta quindi di un sistema fortemente evolutivo con elevata sensibilità nei confronti dei cambiamenti all'interno del mondo della medicina e della professione.

È un sistema che deve essere sempre di più ispirato alla complessità della professione: non solo l'aggiornamento di conoscenze, ma soprattutto il modo di utilizzare conoscenze, competenze, nuove abilità professionali, all'interno di un sistema sanitario che cambia e all'interno di un sistema sociale che comprende il sistema sanitario e i sistemi della medicina.

Le conoscenze sono evolutive, cambiano in continuazione, sono multidisciplinari, ma soprattutto multisettoriali, nessun medico del Servizio sanitario nazionale può fare a meno di conoscere tutto quello che evolve nei settori disciplinari che gli sono vicini, o a volte anche in quelli apparentemente lontani. Pensate, ad esempio, a quanto sia fondamentale lo sviluppo dei sistemi, delle teorie e delle pratiche di management in sanità.

Poi ci sono nuove malattie, come le cronicità. Spesso non riflettiamo sul fatto che oggi, per la prima volta nella storia, osserviamo coorti di pazienti in età che non sono mai state osservate prima, abbiamo pazienti che hanno malattie croniche per 40-50-60 e forse anche per 70 anni: queste non sono le solite malattie rivisitate, ma sono letteralmente nuove malattie. Quindi, bisogna che i medici sappiano, non soltanto continuare a curare, ma sappiano osservare.

I determinanti di salute oggi sono forse più importanti dei determinanti di malattia sulla evoluzione della malattia stessa: bisogna imparare a mantenere la salute, la richiesta crescente dei sistemi sanitari è questo impegno nei confronti del mantenimento della salute che presuppone tecniche specifiche. Bisogna sviluppare la medicina dei sani, bisogna comprendere meglio determinanti di malattia, nuovi trattamenti

*Studiare
i determinanti
di salute oltre
ai determinanti
di malattia*

ti, nuove discipline, etica, bioetica e anche la complessità sociale che pone a noi medici una serie di conoscenze e competenze che spesso non possediamo.

Contenuti clinici, management professionale, sono quindi gli obiettivi di un moderno sistema di formazione continua come quello che stiamo costruendo in questo paese. E una riflessione sarà necessaria anche sul ruolo di alcuni attori emergenti nella loro funzione sussidiaria come le società medico-scientifiche, un tema dibattuto da molto tempo che oggi, grazie alla Federazione degli Ordini, sta trovando un indirizzo ed un percorso.

Infine occorre riflettere sulla ricerca, che non è più uno strumento confinato a settori molto particolari della professione medica, ma è invece uno strumento di base per tutti i professionisti perché costituisce un elemento di conoscenza, di adeguatezza, di appropriatezza e di sostenibilità.

E, conclusa questa fase iniziale, in Commissione Ecm dovremo occuparci anche di sviluppo professionale continuo, che è la naturale evoluzione dell'iniziale programma di Ecm perché si propone di dare coerenza tra gli obiettivi dei singoli professionisti, la specificità disciplinare, il ruolo del professionista nel sistema sanitario e l'accreditamento professionale.

Il nostro futuro di medici, all'interno del sistema complesso della sanità di questo paese, sta nella nostra capacità di padroneggiare la scienza, l'eccellenza professionale e l'organizzazione sanitaria.

L'Ecm italiana: da programma educativo a sistema formativo nella direzione dello sviluppo professionale continuo. Il nuovo sistema Ecm

Luigi Conte

Presidente Omceo di Udine

Membro della Commissione nazionale Ecm

*Per un medico di
qualità serve una
formazione long life*

PREMESSO CHE UN MEDICO di qualità deve acquisire e possedere moderni strumenti di conoscenza per garantire l'efficienza di costosi fattori produttivi, l'efficacia e l'appropriatezza delle pratiche professionali e la buona gestione di complesse relazioni professionali ed umane, diventa indispensabile che il tutto si articoli in un processo, continuo ed integrato, "long life", che parta dall'accesso agli studi di medicina e si concluda al termine della vita attiva professionale.

Ecco che nasce e si propone, accanto ed in aggiunta alla formazione accademica, il progetto di educazione continua in medicina.

Sono trascorsi 10 anni da quando nel nostro paese è nato il sistema di formazione continua e dal bilancio di questa esperienza emergono luci ed ombre di cui si è cercato di fare tesoro per l'attuale progetto che parte per il triennio 2011-2013. Purtroppo, quello che doveva essere uno strumento di mero supporto alla gestione organizzativa del sistema Ecm è diven-

tato il fine prevalente di un buon numero di organizzatori di eventi e di professionisti-discenti. Il burocratismo distributivo dei crediti non è stato modulato sufficientemente ed ha minato la valutazione effettiva della qualità educativa degli eventi formativi, mentre i professionisti della salute hanno spesso palesato senza reticenza l'unica aspirazione ad accumulare il numero obbligato di crediti. Abbiamo riscontrato che c'è stato un quasi esclusivo ricorso ad eventi residenziali e molti convegni pur di garantirsi "audience" hanno chiesto e chiedono l'accREDITAMENTO per poter avere un certo numero di crediti da distribuire (facendo leva molto spesso sulla professione infermieristica). Una riflessione critica deve anche tener conto di un dato presente in letteratura, secondo il quale, in ambito sanitario, un sistema di formazione permanente fondato quasi esclusivamente sulla sistematica implementazione ed aggiornamento delle conoscenze degli operatori, manifesta una bassa efficacia quando rapportato ad indicatori di qualità di processo e di esito. Quindi la Formazione Continua Ecm non può essere pensata solo come un banale trasferimento di conoscenze più o meno aggiornate né come semplice "manutenzione tecnica" ma deve essere intesa come supporto allo sviluppo di "sistemi di competenze", che è riduttivo connotare esclusivamente come "tecnico-professionali", e che deve invece ricomprendere tutta la gamma delle attività richieste in contesti sociali continuamente mutevoli e complessi e sfociare nello sviluppo professionale continuo.

Va riconosciuto al sistema Ecm il grande merito di aver prima sollecitato e poi mantenuta alta l'attenzione del management e dei professionisti sul valore della formazione permanente. L'aumento dei soggetti che si occupano del problema Ecm ha consentito che nuove soluzioni intelligenti venissero proposte e sviluppate e quindi la pedagogia, o meglio l'andragogia medica, si è potuta arricchire ed aprire al-

*I rischi della
distribuzione
dei crediti come
atto burocratico*

*Dalla pedagogia
all'andragogia*

le nuove tecnologie, tanto che la Commissione nazionale Ecm ha bandito un concorso per lo sviluppo e la ricerca sulle metodologie innovative nella formazione continua, nel tentativo di collocare in una giusta dimensione un “didatticismo” esasperato, astratto, fine a se stesso, autoreferenziale. Sicuramente, l’apertura al mercato in senso lato può comportare alcuni rischi quali l’inevitabile riduzione del livello medio, una forte tendenza all’omologazione e la standardizzazione acritica dei processi. Ma la vigilanza che si vuole perseguire con le nuove regole deve mirare a valorizzare “l’andragogismo”. Infatti, un formatore deve avere competenze didattiche (“i ferri del mestiere”), ma deve essere anche ben consapevole che queste vanno subordinate alla capacità prioritaria e cruciale, di saper individuare, esplicitare e quindi lavorare sugli obiettivi formativi, generali e specifici e sui contesti per cancellare una standardizzazione acefala di formatori di massa o, peggio ancora, distributori di crediti.

*Le ragioni
dell’accreditamento
diretto dei provider*

L’accreditamento diretto dei provider non identifica una diversa procedura burocratica ma ribalta il principio di responsabilità ed autonomia dei produttori di formazione, chiamati a dare garanzie non su singoli eventi ma su tutta la propria attività, con profili consoni di organizzazione (statuti, contabilità, centri di responsabilità), di offerta formativa (piani formativi), di trasparenza (contratti di sponsorizzazione). E questo significa, in prospettiva, offrire al bisogno di formazione continua dei medici e di tutti i professionisti sanitari non un frammentato e disorganico universo di soggetti a vocazione formativa, non sempre trasparenti, efficaci ed indipendenti, ma solo quanti possono invece garantire lo sviluppo e la continuità di un sistema affidabile di offerta di attività formative. Ed è per questo che sono state fissate regole certe e stringenti per l’accreditamento dei Provider nazionali e regionali, l’obbligo di ren-

dere trasparenti i rapporti di sponsorizzazione, l'obbligo di evitare o rendere pubblici eventuali conflitti di interesse, l'obbligo della valutazione non solo dei discenti, ma anche dei docenti e degli approcci didattici. È stato stabilito che ogni provider accreditato allestisca un progetto formativo annuale/pluriennale quale frutto di un'autentica progettazione educativa ed un'attenta riflessione sui processi formativi per avere non avere più formazione occasionale e non chiedendosi più prima di tutto qual approccio didattico utilizzare. Le domande a cui rispondere sono piuttosto:

- quale medico vogliamo formare?
- con quali competenze?
- in quale contesto?
- e soprattutto: perché?

Con queste premesse il credito Ecm diventa strumento per attestare l'avvenuta formazione e non il fine stesso della formazione.

Abbiamo detto "no" a modelli burocratici, inquisitori e sanzionatori di controllo, ma è stato costituito l'Osservatorio nazionale e regionale per la valutazione dei provider e degli eventi al fine di garantire qualità, efficacia ed efficienza al sistema ed è stata data la disponibilità della Professione (Ordini) a fornire i propri osservatori.

È stato creato il Cogeps (Consorzio Gestione delle anagrafiche delle Professioni sanitarie) per raccogliere i crediti erogati dai provider accreditati nazionali e regionali e fare in modo che ciascun Ordine, Collegio ed Associazione, collegandosi al Cogeps, potesse verificare la posizione del singolo professionista ed emettere la certificazione di legge. Con il nuovo sistema Ecm si è cercato di valorizzare Fad e Fsc, nella consapevolezza che la formazione continua non può essere tutta e solo residenziale. Si è cercato altresì di affermare l'esigenza primaria di adattare le metodologie didattiche ai bisogni formativi ed ai contenuti e sono stati de-

Il credito è un attestato, non il fine della formazione

finiti 29 nuovi obiettivi formativi, tarati sulle esigenze dei singoli professionisti e delle organizzazioni nelle quali operano.

IL DOSSIER FORMATIVO

Una grande innovazione è rappresentata dal Dossier Formativo Individuale e di Gruppo che, nell'Accordo Stato Regioni del 1° agosto 2007, è definito quale "strumento di programmazione e valutazione del percorso formativo del singolo operatore (individuale) o del gruppo di cui fa parte (equipe o network professionale). Non è, quindi, un portfolio delle competenze, ma ne può essere considerato un precursore, ed è comunque correlato al profilo professionale e alla posizione organizzativa". Il Dossier formativo (DF) si compone di quattro specifiche sezioni documentabili.

1ª sezione. Anagrafica: profilo anagrafico con l'indicazione del profilo professionale, della collocazione lavorativa (posizione organizzativa) e del curriculum dell'operatore.

2ª sezione. Programmazione: il fabbisogno formativo individuale definito in rapporto al profilo e alle aree di competenza dell'operatore e alle caratteristiche dell'attività clinico-assistenziale svolta.

3ª sezione. Realizzazione/Evidenze: le evidenze relative all'attività di formazione effettuata (documentazione, crediti, tipologie di attività) e alle altre attività considerate rilevanti (docenza, tutoraggio, ricerca).

4ª sezione. Valutazione: la valutazione periodica (da parte del singolo professionista, dell'Azienda in cui lavora, degli Ordini etc.).

Il Dossier Formativo Individuale si articola su tre direttrici fondamentali che il singolo professionista in assoluta autonomia, indipendenza e responsabilità sarà chiamato a definire con il coinvolgimento del gruppo nel quale opera. Esso si articolerà in competenze tecnico-professionali, com-

petenze di processo e competenze di sistema e ciascuno, a seguito di una responsabile autovalutazione, stabilirà le proprie necessità formative in questi diversi ambiti.

Competenze tecnico specialistiche

Competenze medico-specialistiche e delle diverse professioni sanitarie esercitate sia individualmente (come liberi professionisti) sia negli ambiti organizzativi previsti dal 229/99, dai CCNNLL delle diverse aree contrattuali e dagli atti aziendali. In questo ambito vanno ricomprese le competenze generali sanitarie cliniche ed assistenziali relative al proprio profilo professionale e al codice deontologico, alla conoscenza delle norme generali, e del contesto organizzativo nel quale si opera. L'attività formativa (e dunque anche i crediti formativi) farà riferimento a linee guida stabilite dalle Società Scientifiche relative agli specifici ambiti professionali e in rapporto all'evoluzione tecnologica e scientifica, al mantenimento/aggiornamento delle competenze cliniche e assistenziali di base del proprio "core" professionale, alla deontologia e all'etica professionale, alla conoscenza della legislazione e del contesto. E questo tipo di competenze potrà prevalentemente realizzarsi con attività residenziale.

Competenze di processo, relazionali/comunicative

Sono relative alla capacità di relazione, comunicazione e rapporti con i pazienti, con gli altri soggetti dell'organizzazione (colleghi e Direzioni), con soggetti esterni (istituzioni), con i cittadini e con gruppi di lavoro. L'attività formativa (e dunque anche i crediti formativi) farà riferimento al lavoro in équipe, ai processi di integrazione e comunicazione interna ed esterna, alla comunicazione con i parenti, i pazienti etc e potrà trovare prevalente svolgimento nella Formazione sul campo.

Competenze di sistema, organizzative/gestionali, situazionali e di ruolo

Sono relative alle modalità con cui le competenze tecnico

professionali vengono applicate nel proprio contesto di lavoro. L'attività formativa (e dunque anche i crediti formativi) farà riferimento alla declinazione del proprio agire professionale nei contesti operativi, relative alla gestione della sicurezza del paziente, all'appropriatezza, alla organizzazione e gestione dei contesti organizzativi e finalizzate alla qualità dei servizi e delle cure, nonché alla razionale allocazione delle risorse e potrà trovare prevalente svolgimento nella Formazione a Distanza e nella Fad "blended".

*Il ruolo degli Ordini:
garante "terzo"
nel sistema Ecm*

L'Ordine quindi, per quanto in premessa, nel condividere il sistema Ecm si propone prima di tutto di tutelare e sviluppare l'unico patrimonio sociale in possesso della Professione: le specifiche competenze e conoscenze. Inoltre vuole essere il punto di "garanzia terza" tra i diversi attori dell'Ecm, il controllore dell'equità, dell'efficacia e della trasparenza dell'Ecm, di monitorare l'efficienza del sistema e proporre le modifiche necessarie in itinere e di organizzare eventi formativi per almeno il 50% in materia di etica, deontologia e legislazione, facendo attenzione a garantire trasparenza ed efficienza. Nella diffusa convinzione che soltanto una formazione che alimenta la multidimensionalità delle competenze del professionista possa costituire il punto di incontro tra individuo (bisogni, aspirazioni, profilo professionale ecc.) e organizzazione (appropriatezza, efficienza ed efficacia dell'offerta sanitaria) e, allo stesso tempo, garantire la continuità tra lavoro e formazione, non separando, secondo vecchi modelli scolastici, la formazione da una parte e l'applicazione lavorativa dall'altra.

La formazione è un valore professionale ancorato nella deontologia dei medici come di tutti i professionisti sanitari che va trasferito nella realtà delle organizzazioni preposte alla tutela della salute, ponendosi come prezioso strumento di sviluppo della qualità, efficacia e sicurezza dei professionisti, delle organizzazioni e dei servizi resi.

Il ruolo delle Società scientifiche nell'Ecm

Vincenzo Blandamura

Presidente Fism

LA FISM, NATA NEL 1984, è una società scientifica composta da varie società scientifiche. Oggi riuniamo 183 società scientifiche e sono affiliati alla Fism, attraverso dodici federazioni associate, 140 mila professionisti. Il nostro proposito è quello di essere referenti nell'ambito delle articolazioni tra Governo, Regioni e Società scientifiche, elaborando linee guida da proporre per la validazione delle manifestazioni scientifiche.

Nel 2002, per il programma di Educazione continua in medicina, il Ministero della Salute incarica la Fism di formare, monitorare, aggiornare e gestire l'albo delle referenze. Nel 2004 il Ministero incarica la Fism di compiere l'istruttoria preliminare per il riconoscimento delle società medico-scientifiche in ottemperanza al decreto del Ministero. Nel 2010, infine, abbiamo convocato un'assemblea straordinaria con tutti i soci Fism per discutere le problematiche del nuovo regolamento per l'accreditamento degli Ecm. L'obiettivo era

*Il contributo della
Fism al programma
Ecm*

la definizione della posizione delle società medico-scientifiche riguardo il nuovo regolamento per l'accreditamento dei providers. La riunione di Roma ha avuto dei buoni risultati, con la presenza di novantuno società medico-scientifiche, e la compilazione di un documento che abbiamo presentato al Ministero della Salute, all'Agenas e alla Fnomceo (il documento è disponibile sul sito www.fism.it).

Quali sono il ruolo e i compiti della Fism? La società medico-scientifica deve definire la modalità di aggiornamento, definire gli strumenti, coniugare gli obiettivi scientifici, saper raccordare le conoscenze scientifiche con le leggi, analizzare il livello di preparazione dei propri iscritti, rispondere ai casi di malasanità e alle richieste delle istituzioni. Inoltre la Fism collabora con il Ministero della Salute per individuare un panel di criteri da utilizzare per il riconoscimento giuridico delle società medico-scientifiche, poiché ci sono società scientifiche che chiedono di aggregarsi ma che per numero, per capacità o preparazione, ecc., non hanno i requisiti per entrare a far parte della Federazione.

Il primo criterio che riteniamo indispensabile per una Società scientifica è quello di avere una valenza nazionale e la presenza di sezioni regionali certificate. Inoltre deve dimostrare il rispetto delle missioni di aggiornamento e l'evidenza dei risultati che con questo aggiornamento gli iscritti ottengono; deve dare delle linee guida efficaci; deve controllare che ci sia una corretta applicazione; soprattutto, deve controllare nel tempo la verifica dei risultati che si sono ottenuti; non deve avere assolutamente fine di lucro, quindi, non deve ottenere guadagni.

Tra i requisiti di una Società scientifica abbiamo inserito anche quello di avere una elezione democratica degli organi dirigenti, ma questo avviene già in quasi tutte le Società scientifiche, almeno quelle più importanti.

Infine la Società scientifica deve avere un sistema di orga-

nizzazione, gestione e controllo calibrato sulla realtà delle associazioni mediche non profit e validato ai sensi del decreto legge 231.

Siamo convinti che “l’unione fa la forza”. Lo spirito che ci ha guidato negli ultimi due anni della Fism e in tutte le grandi società scientifiche è proprio quello di stare uniti, portare dei programmi validi che non vadano a discapito della scienza, ma soprattutto, non vadano a discapito del singolo. Non vogliamo essere rappresentativi perché ci sia un capo che si mette in mostra, ma solo per il bene dei nostri consociati.

La ricerca clinica quale strumento per lo sviluppo della qualità professionale

Giovanni Mathieu

Presidente Fadoi

INTRODUZIONE

Un Servizio sanitario nazionale, per essere efficace e di reale utilità per il cittadino, deve investire nella ricerca clinica ed epidemiologica. Tuttavia nel nostro Paese gli investimenti complessivi per la ricerca sono ancora limitati, comunque decisamente inferiori a molti dei nostri partner europei. Va inoltre sottolineato che le ricerche sostenute da finanziamenti pubblici indipendenti e promosse direttamente da ricercatori, società scientifiche o enti senza fini di lucro sono oggi ancora rare; attualmente il sostegno alla ricerca clinica avviene in misura predominante da parte delle industrie farmaceutiche e ciò contribuisce ad orientarne gli indirizzi in funzione del ritorno commerciale e non sulla base della rilevanza dei quesiti per la cura del malato. Nell'8° Rapporto nazionale Aifa sulla sperimentazione clinica dei medicinali in Italia, pubblicato nel 2009 (1) e riferito alle sperimentazioni cliniche effettuate nel 2008, risulta che in poco meno

Il sostegno alla ricerca clinica viene prevalentemente dalle industrie farmaceutiche

di 2/3 dei progetti di ricerca clinica il promotore delle sperimentazioni stesse era da considerare come “profit” (v. tabella 1).

TABELLA 1 SPERIMENTAZIONI CLINICHE
PER TIPOLOGIA DEL PROMOTORE (ANNO 2008)

PROFIT		NO PROFIT		TOTALE	
N° SC	%	N° SC	%	N° SC	%
510	59,99	341	40,1	851	100

Cresce pertanto nel mondo scientifico l’esigenza di una inversione di questa tendenza, peraltro mantenendo un rigoroso rispetto delle regole che debbono riguardare:

- le modalità con cui sono identificate le aree in cui le ricerche stesse vanno effettuate, evitando duplicazioni di ricerche già fatte ed affrontando quesiti rilevanti per la salute dei cittadini;
- le modalità di conduzione, valutazione, pubblicazione e diffusione dei risultati, in assenza di condizionamenti o vincoli da parte di chi finanzia la ricerca;
- la dichiarazione trasparente di eventuali conflitti di interesse da parte dei ricercatori, come pure dei comitati editoriali delle riviste scientifiche che pubblicano i dati raccolti nelle sperimentazioni;
- il rispetto della privacy e la raccolta di un reale consenso informato.

Non si tratta tuttavia di vedere con preoccupazione e sfiducia il ruolo rilevante della industria farmaceutica nel sostenere in qualità di sponsor la ricerca clinica, quanto piuttosto di mantenere libero da condizionamenti il ruolo dei ricercatori clinici nella individuazione dei quesiti da affrontare, nella gestione diretta della analisi dei dati raccolti e nella libertà di pubblicazione dei risultati.

VALORE FORMATIVO DELLA RICERCA CLINICA

La ricerca clinica indipendente assume un rilevante valore formativo ed etico-comportamentale: abitua infatti ad un rigore metodologico, favorisce il confronto tra operatori, rappresenta uno stimolo culturale alla innovazione, ha insite le valenze etiche della good clinical practice ed abitua alla trasparenza di comportamento (v. tabella 2).

TABELLA 2 VALORE ETICO-COMPORTAMENTALE DELLA RICERCA CLINICA

Rigore metodologico, coerenza nei metodi
Confronto tra operatori e ricercatori
Stimolo culturale rivolto allo sviluppo ed alla innovazione
Up-grading professionale degli sperimentatori
Valenze etiche insite nelle norme della good clinical practice
Trasparenza nella dichiarazione di assenza di conflitto di interessi

Le iniziative di ricerca dovrebbero essere inserite in programmi di miglioramento della qualità dell'assistenza, ponendosi l'obiettivo di ridurre il gap esistente tra risultati sperimentali e pratica clinica, di creare una rete tra medici clinici, manager e ricercatori, di monitorare la pratica clinica con indicatori di processo e di outcome confrontando nel tempo i dati raccolti (2). L'inserimento dei medici clinici nella ricerca permette di non limitarla ai centri accademici o di assistenza terziaria, consentendo pertanto di applicare immediatamente i dati raccolti in una popolazione non selezionata. È certamente necessario che il clinico recuperi entusiasmo e passione, superando tutte le difficoltà connesse ed in particolare l'ostacolo principale che è rappresentato dal tempo limitato da dedicare (3). Resta ovviamente inteso che occorre evitare ogni potenziale conflitto di interessi e man-

tenere una attenzione prioritaria ai diritti dei pazienti, evitando cioè potenziali rischi per il malato e raccogliendo in modo trasparente il loro consenso al coinvolgimento nei progetti di ricerca.

I TRIALS CLINICI CONTROLLATI RANDOMIZZATI E LA RICERCA OSSERVAZIONALE

Come noto, i trials clinici randomizzati e controllati rappresentano lo strumento di valutazione dell'efficacia dei trattamenti considerato meno soggetto a bias e più utile per gli orientamenti clinici (4). Tuttavia, nel lungo percorso compreso tra la ricerca e la pratica clinica (5), esistono dei blocchi che possono condizionare la trasferibilità dei risultati al singolo paziente (6). Più precisamente, esiste un blocco di tipo 1 che può interessare il trasferimento all'uomo delle nuove scoperte realizzate in laboratorio, mediante lo sviluppo di nuove metodologie clinico-diagnostiche, terapeutiche, preventive; il blocco di tipo 2 può realizzarsi invece durante il non facile trasferimento dei risultati della ricerca alla pratica clinica corrente. Quest'ultima difficoltà è ben descritta dal differente significato che esiste in lingua inglese tra le parole efficacy (can it work?) ed effectiveness (does it work?): in altri termini, il concetto di efficacy si riconduce alla situazione in cui un determinato intervento clinico – in condizioni ideali – produce più effetti positivi che negativi, mentre il concetto di effectiveness si riconduce alla condizione in cui l'intervento clinico analizzato è concretamente trasferibile con esiti positivi nella pratica clinica abituale (7). Occorre infatti sottolineare che nei trials controllati randomizzati i pazienti vengono accuratamente selezionati, sono “a priori” ad elevato rischio di un outcome sfavorevole, la diagnosi è effettuata in modo molto preciso ed accurato, è meno frequente la presenza di una associazione con co-patologie gravi, è assai probabile una buona compliance terapeutica.

ca ed i controlli da parte dello staff di ricercatori sono molto attenti. Al contrario, nel mondo reale l'accuratezza diagnostica è minore, la compliance del medico e dei pazienti alle indicazioni terapeutiche riportate nelle Linee Guida è ridotta, ed inoltre l'accessibilità alle alte tecnologie – quelle più costose ed innovative – è spesso insufficiente. Ed ancora va ricordato che i trials clinici controllati spesso escludono dall'arruolamento intere fasce di popolazione (malati anziani, soggetti di sesso femminile, pazienti portatori di multiple comorbidità) rendendo più difficile l'applicazione dei dati raccolti nel cosiddetto mondo reale (8, 9) (v. tabella 3).

TABELLA 3 PAZIENTI DEI TRIALS VS PAZIENTI DEL MONDO REALE

PAZIENTI DEI TRIALS	PAZIENTI DEL MONDO REALE
Pazienti selezionati, con procedure diagnostiche accurate	Minore accuratezza diagnostica
Pazienti ad alto rischio di outcome sfavorevole 'a priori'	Ridotta compliance da parte del medico curante
Assenza di comorbidità gravi	Ridotta compliance del paziente
Più probabile compliance e risposta alla terapia	Indisponibilità di alte tecnologie
Controlli seriati da parte dello staff di ricercatori	

Si apre quindi un ampio spazio per la realizzazione di studi clinici osservazionali: survey epidemiologiche, registri longitudinali, studi di 'effectiveness' rivolti a valutare l'impatto e la trasferibilità delle indicazioni diagnostico-terapeutiche nella pratica clinica quotidiana in un ambito di appropriatezza e di efficienza/efficacia. Particolare rilevanza assumono i registri clinici, i quali possono essere considerati come veri e propri studi osservazionali che descrivono la pratica clinica reale, mediante la raccolta di dati su ciò che viene ese-

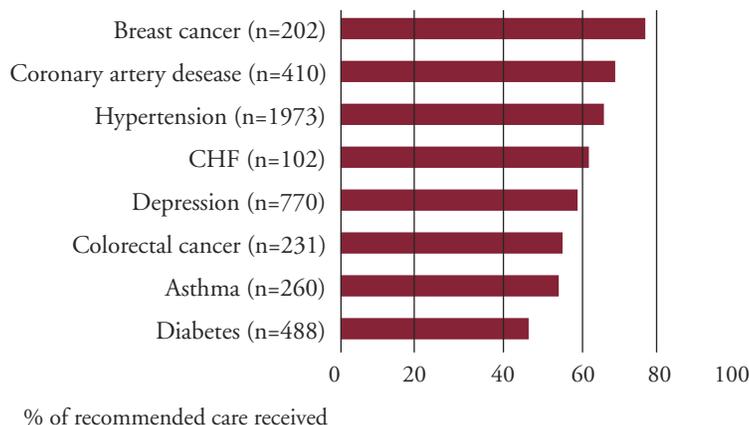
guito nelle circostanze cliniche abituali e la loro valutazione periodica nel tempo con una analisi del trend. L'orientamento di questo tipo di ricerca dovrebbe essere indirizzato in modo prioritario ai problemi clinici emergenti, ai settori strategici e ad elevato impegno assistenziale, ai soggetti 'fragili' e vulnerabili, alle cosiddette aree grigie della medicina (10).

COME TRASFERIRE I DATI DELLA RICERCA NELLA PRATICA CLINICA

La qualità delle cure è molto variabile a seconda delle differenti patologie prese in considerazione, ma anche in virtù delle incertezze (le "aree grigie" della medicina), delle scelte operate dal paziente, della accessibilità ai servizi e dei meccanismi regolatori vigenti. Si stima che le indicazioni raccomandate sulla base delle evidenze della letteratura scientifica siano applicate soltanto nel 50-60% dei pazienti, con forme di disparità e sotto-utilizzo assai differenti (11) (v. figura 1).

FIGURA 1 ADESIONE ALLE CURE RACCOMANDATE NELLE VARIE PATOLOGIE CRONICHE

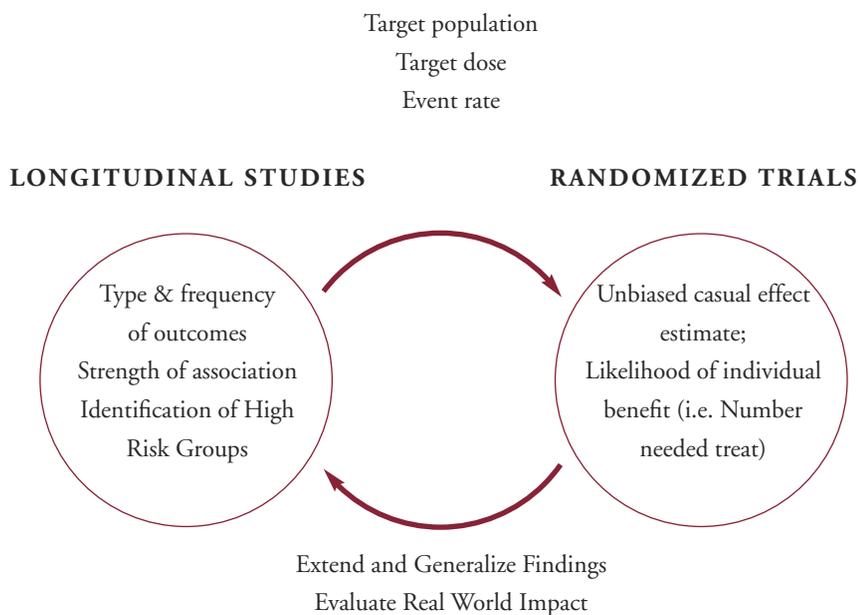
(TRATTA DA MCGLYNN EA, NEJM 2003)



Si tratta quindi di trovare soluzioni per implementare nella pratica clinica i risultati della ricerca (12). È utile a questo riguardo considerare il ruolo complementare esistente tra studi clinici randomizzati e studi osservazionali, questi ultimi volti a estendere e generalizzare i dati nel mondo reale, valutandone il relativo impatto (13) (v. figura 2).

FIGURA 2 IL RUOLO COMPLEMENTARE DEGLI STUDI OSSERVAZIONALI E DEI TRIALS RANDOMIZZATI

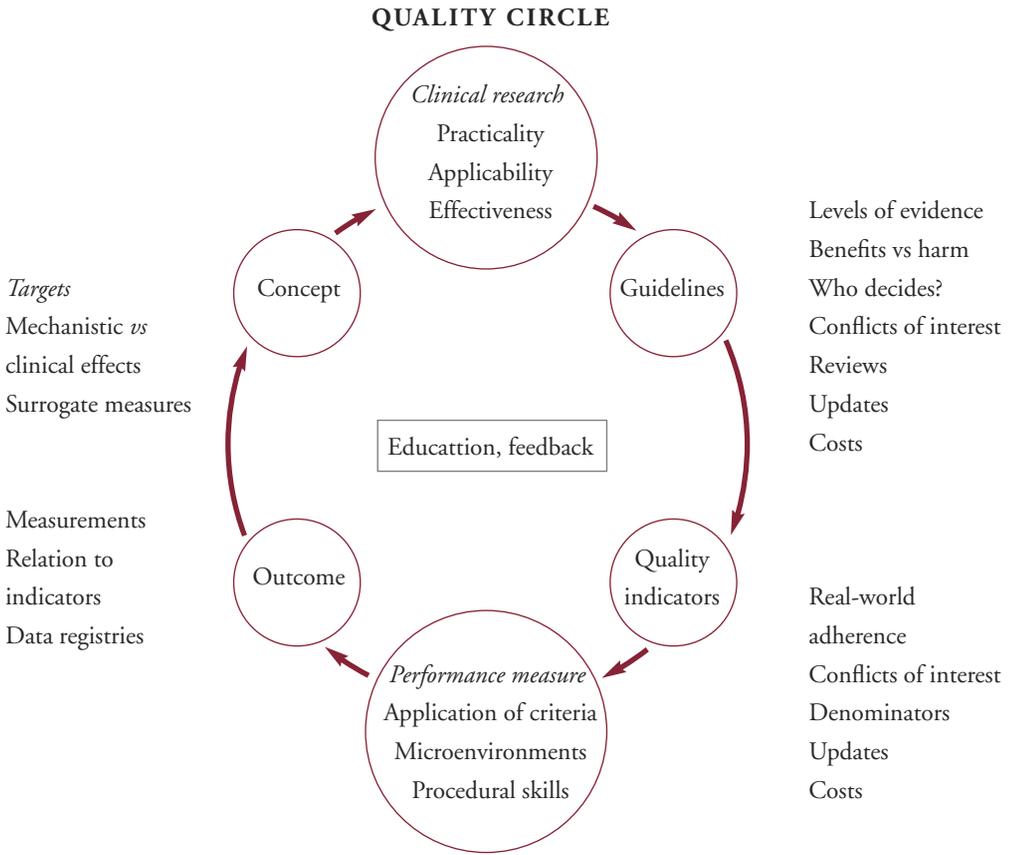
(GURALNIK JM, JAGS 2010)



Ma soprattutto è importante inserire questo percorso in un circolo virtuoso di qualità: dalla ricerca clinica e dalla elaborazione di Linee Guida alla rilevazione di misure di performance (registri longitudinali, rilevazione di indicatori), al raggiungimento dei target terapeutici prefissati ed in ultima analisi al miglioramento della pratica clinica (14) (v. figura 3).

FIGURA 3 PROGETTO DI MIGLIORAMENTO CONTINUO DELLA QUALITÀ

(TRATTA DA GIBBONS RJ, CIRCULATION 2003)



In questo modo si viene a realizzare un forte legame tra ricerca cooperativa – orientata al paziente – ed applicazioni cliniche delle evidenze attraverso una stretta integrazione tra ricerca e formazione; gli studi clinici diventano cioè occasione per incorporare nei comportamenti le migliori pratiche cliniche e per individuare i principali bisogni formativi

degli operatori sanitari. Questo tipo di ricerca permette di ottenere una fotografia *real-life* e di individuare le possibili aree di miglioramento nel comportamento assistenziale, ma anche di valutare l'effectiveness di un intervento formativo, di generare ulteriori ipotesi di ricerca.

CONCLUSIONI

In conclusione, il medico ha un obbligo etico nel migliorare gli standard di cura e nel creare nuove conoscenze utilizzandole in modo appropriato (15). La ricerca clinica rappresenta sicuramente uno strumento indispensabile per perseguire questo ambizioso obiettivo; occorre tuttavia realizzare adeguamenti di ordine culturale, legislativo e di contesto, con gli opportuni investimenti economici e le necessarie semplificazioni delle procedure autorizzative. In altri termini, occorre coniugare trasparenza ed assenza di conflitti di interesse con una più rapida definizione delle procedure amministrative ed un consistente sostegno economico ed istituzionale alla ricerca, il tutto nell'interesse prioritario del paziente.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Osservatorio Nazionale Sperimentazione Clinica <http://oss-sperclin.agenziafarmaco.it>
- 2) Krumholz HM et al., Evaluating quality of care for patients with heart failure, in *Circulation* 2000; 101: e122-e140
- 3) Lader EW et al., The clinician as investigator. Participating in clinical trials in the practice setting, in *Circulation* 2004; 109: 2672-2679
- 4) Vandembroucke JP and BM Psaty, Benefits and risks of drug treatments. How to combine the best evidence on benefits with the best data about adverse effects, in *JAMA* 2008; 300: 2417
- 5) Sim I et al., Evidence based practice for mere mortals: the role of informatics and health services research, in *J Gen Intern Med* 2002; 17: 302

- 6) Crowley WF et al., Clinical research in the United States at a crossroads: proposal for a novel public-private partnership to establish a National Clinical Research Enterprise, in JAMA 2004; 291: 1120
- 7) Haynes B., Can it work? Does it work? Is it worth it? The testing of healthcare interventions is evolving, in BMJ 1999; 319: 652
- 8) Van Spall HGC et al., Eligibility criteria of randomized controlled trials published in high-impact general medical journals, in JAMA 2007; 297: 1233
- 9) Rothwell PM et al. External validity of randomized controlled trials: to whom do the results of this trial apply? Lancet 2005; 365: 82
- 10) Nardi R et al., Medicina Interna, paziente complesso, evidence based medicine e le non evidenze, in It J Med 2009; 3: 191
- 11) McGlynn EA et al., The quality of health care delivered to adults in the United States, in New Engl J Med 2003; 348: 2635
- 12) Lenfant C., Clinical research to clinical practice. Lost in translation?, in New Engl J Med 2003; 349: 868
- 13) Guralnik JM and Kritchevsky SB., Translating research to promote health aging: the complementary role of longitudinal studies and clinical trial, in J Am Geriatr Soc 2010; 58: S337
- 14) Gibbons RJ et al., Evolutionary changes in a continuous quality improvement project, in Circulation 2003; 107 : 3101
- 15) ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine, Medical professionalism in the new millennium: a physician charter, in Ann Intern Med 2002; 136: 243

II CONFERENZA NAZIONALE
DELLA PROFESSIONE MEDICA

Gli interventi delle organizzazioni sindacali

Giacomo Milillo

SEGRETARIO NAZIONALE FIMMG

CREDO SIA INEVITABILE convenire che il modello della formazione specifica in medicina generale abbia bisogno di un perfezionamento in senso di coerenza nazionale. Ma ritengo abbia bisogno di altre cose e certamente di essere fondato su un terreno di ricerca oltre che di insegnamento. Credo quindi che tutta la categoria, tutte le organizzazioni scientifiche e sindacali siano impegnate in questo momento nell'Osservatorio per la formazione in medicina generale, per cercare di far raggiungere alla formazione in medicina generale, che deve essere introdotta a livello di formazione di base, anche una migliore coerenza nella fase di formazione specifica e un maggiore rapporto con l'Università.

Personalmente non tendo ad innamorarmi dei modelli e, anche per questo, condivido il documento della Fnomceo, che pone dei temi che possono essere oggetto di riflessione e da cui può nascere sicuramente qualcosa di meglio dell'attuale, di qualsiasi modello, sia per la formazione specialistica, sia per la formazione specifica in medicina generale.

L'esperienza di questi anni, dal 2008 al 2010, ci ha visto fare molti progressi in diversi settori e credo possa essere ripetuta nei prossimi anni. Per dare il punto di vista della mia organizzazione sindacale, della categoria, si deve tenere presente che la medicina generale è una specialità. Non parlo ovviamente in termini giuridici, dove per specialità si intende un'altra cosa, però noi abbiamo una formazione specifica, un attestato e nostre specifiche caratteristiche. La prima di queste caratteristiche è quella di essere specializzata nel gestire la salute dell'individuo nel Servizio sanitario nazionale e poi nel più allargato siste-

ma di tutela della salute. Dunque, questa specialità richiede non solo le competenze mediche, specialistiche, ma anche competenze organizzative, relazionali e di altro genere, che hanno bisogno di una formazione molto articolata e mai finita.

La medicina generale ha bisogno di superare quella condizione di isolamento del professionista che è stato anche impedimento per lo sviluppo delle competenze professionali, ha bisogno di creare delle reti, dei momenti di comunicazione per fare insieme ricerca e insegnare le competenze specifiche della medicina generale. Credo che questo si debba fare sia nel corso di base, sia nella formazione specialistica, sia in tempi successivi.

Il rapporto fra la medicina generale e l'Università è sempre stato quasi assente, lasciato ai rapporti personali, ma forse oggi su questo terreno si sta registrando un piccolo cambiamento c'è una maggiore attenzione da parte dell'Università nei confronti della medicina generale. L'ipotesi di omologare la medicina generale rispetto agli altri percorsi di specialità con un biennio comune che avviene nell'università, indipendentemente dal fatto che dia poi un titolo di specialità o una formazione specifica, potrebbe anche essere un valore aggiunto per la medicina generale, purché i tre anni di tirocinio attuale diventino i tre anni specifici e ci siano realmente occasioni di approccio ai problemi della medicina generale.

Naturalmente noi siamo pronti a discutere queste cose con tutti i soggetti e come Fimmg abbiamo cercato momenti di confronto con l'università, per cercare di comprenderci in vista di una soluzione complessiva.

Intanto in Italia stanno nascendo diverse iniziative di corsi di perfezionamento, di master che a mio avviso non devono essere trascurati. Io stesso me ne sono fatto promotore, nella convinzione che possano dare valore aggiunto

al medico di medicina generale utilizzando le competenze dell'università. Occorre avere una attenzione: questi corsi non devono mirare a formare dei "piccoli specialisti" di serie B, che facciano "piccole prestazioni specialistiche", ma devono invece sviluppare parti di competenza della medicina generale per fare più grandi le competenze generaliste del medico di medicina generale. Con questa precauzione, credo che lo scambio fra professione e università possa avere un futuro proficuo.

Costantino Troise

SEGRETARIO NAZIONALE ANAAO ASSOMED

CREDO SIA IL MOMENTO di fare un passo avanti, perché non è più possibile elencare le criticità, fermandosi alla diagnosi e avendo poi timore di indicare le terapie. Per questo è assolutamente inevitabile cominciare a pensare ai cambiamenti, a cominciare dalla qualità delle strutture che è un elemento indispensabile per il sistema che definiamo di "qualità delle cure".

Dobbiamo essere tutti grati alla Fnomceo per aver voluto promuovere questo evento, chiamando la professione, nelle molteplici forme in cui si rappresenta ed è rappresentata, ad una riflessione sulla qualità dei professionisti, presupposto sostanziale per la qualità delle cure. Tanto più in un momento in cui il sistema sanitario si trova ad un tornante forse decisivo della sua storia, alle prese con ristrettezze economiche riconducibili più allo stato del paese che a problemi specifici, visto che in Italia la spesa procapite annua per la sanità è ancora inferiore del 37% alla media dei paesi dell'area OCSE, compresi Stati Uni-

ti, Australia e Canada.

Il nostro sistema sanitario è alle prese con i cambiamenti degli assetti istituzionali tra Stato e Regioni, con un rivoluzione epidemiologica che evidenzia larghi margini di inappropriata offerta e con una insufficienza del sistema formativo ormai evidente sia sotto il profilo qualitativo che sotto il profilo quantitativo, mentre una formazione medica adeguata è un presupposto assolutamente ineludibile di un competente ed efficace esercizio della professione medica.

Nel corso di questa Conferenza abbiamo ascoltato in diverse relazioni come si stia avvicinando un evento, quello della prossima carenza di risorse professionali, che noi e la Fnomceo abbiamo denunciato da anni, nell'indifferenza di chi poteva e doveva intervenire.

Inoltre temo che, probabilmente, se parliamo di picco previdenziale e non di picco demografico, quella carenza tende pericolosamente ad avvicinarsi negli anni, atteso che l'età media in cui i medici dipendenti vanno in pensione si attesta sui 61 anni. Se guardate le classi di età dei medici dipendenti tra i 46 e i 53 anni, vedete che già dal 2011 e fino al 2014 sono in condizione di andare via circa 35 mila medici dipendenti, poiché raggiungono i requisiti. E ad aggravare la situazione c'è un combinato disposto creato dal peggioramento delle condizioni di lavoro e dal peggioramento delle condizioni economiche che spingerà gran parte dei medici fuori dal sistema già a cominciare dal prossimo anno.

Occorre stare attenti però a non individuare la soluzione nell'aumento degli accessi alla laurea, perché il collo di bottiglia è costituito dagli accessi alla specialistica, che rimarranno fermi a 5.000 posti all'anno, viste le condizioni economiche del paese, ricordando che il titolo di specialista è necessario per entrare nel Ssn.

Un osservatore neutrale che oggi guardasse il sistema formativo ed il sistema assistenziale vedrebbe due sistemi estranei l'uno all'altro, scarsamente permeabili e in una condizione di conflittualità latente o manifesta che rende sempre teso il rapporto e difficile la collaborazione. Eppure, oggi non si può negare che la questione fondamentale risieda in un forte rinnovamento dei percorsi formativi, verso un modello che non può più essere quello tradizionale delle facoltà di medicina e dell'azienda ospedaliera universitaria, rivelatosi insufficiente per logiche e dimensioni ad accogliere una crescita di domanda. Come diceva il professor Livrea nel suo intervento, il modello dell'azienda ospedaliera universitaria si è mostrato palesemente inadeguato, a cominciare dal processo di integrazione, che non possiamo dire sia fallito solo perché, a distanza di undici anni dal decreto legislativo, non è mai iniziato.

Questo vuol dire che occorre avviare la discussione su nuovi "contenitori", ove la preparazione teorica sia implicata nell'attività assistenziale; ove i processi formativi siano radicati nei processi clinici; ove non sia disattesa la previsione normativa, vecchia di venti anni, nel soddisfare le esigenze della formazione post laurea all'interno delle strutture del Servizio sanitario nazionale.

Occorre, cioè, passare da un modello chiuso, stretto in poche realtà, ad un modello aperto, che sia a rete e nel quale sia recuperato il ruolo formativo del Servizio sanitario nazionale nelle sue molteplici articolazioni ospedaliere ed extra ospedaliere. Un modello in cui la formazione non sia separata dalla preparazione lavorativa. Non ci possiamo illudere, però, che possa essere sufficiente introdurre, in questo sistema così com'è, esperienze didattiche e pedagogiche mutuata da altri paesi: non basta, non è sufficiente, non è più il tempo della "solitudine dei nu-

meri primi” e dei monopoli autoreferenziali.

Questo, invece, è il tempo in cui deve essere diffusa la consapevolezza che ad una emergenza così grave occorre rispondere con un cambiamento che non sia gattopardesco, ma reale, di contenitori, di contenuti, di percorsi, di processi e di attori. Se non si cambia non ci sarà futuro, né per gli ospedali, né per le facoltà di medicina, a cui oggi tocca mettere insieme la formazione con un obiettivo professionale comune, a prescindere dalle condizioni giuridiche di partenza, che possa individuare una comunità professionale.

Nessuno si illuda di poter sopravvivere trasformando le strutture in esami o dilettandosi ad introdurre modifiche che sono più apparenti che di sostanza, come quelle dell’esame di stato. Non ci può essere un futuro, né per la formazione, né per l’assistenza se insieme non si condividono preoccupazioni, strumenti e metodi. In questo senso credo che la sfida riguardi tutti, in tal senso l’Anao Assomed intende fare la sua parte.

Roberto Lala

SEGRETARIO NAZIONALE SUMAI – ASSOPROF

INIZIO CITANDO un’affermazione di Amedeo Bianco e che condivido profondamente: costruire un buon medico per costruire un buon sistema. Ovvero: qualità professionale per qualità delle cure, in un insieme inscindibile.

Se questa è la convinzione, voglio però mettere in evidenza due elementi che sicuramente incidono sulla costruzione di un buon medico e di un buon sistema e ri-

spetto ai quali nutro delle perplessità.

Il primo è proprio la formazione del medico, intesa in senso lato e cioè dall'inizio, dai quiz per l'immatricolazione, alla fine del percorso, ovvero al diploma di specializzazione.

Partendo dunque dai quiz, ci sono almeno due punti che credo non siano in sintonia con la realtà attuale. Primo, per la gran parte sono di carattere generale, mentre dovrebbero essere maggiormente finalizzati a quello che è il compito, la professione, le specificità che si incontreranno poi in un percorso così lungo, che chiede almeno dodici anni di vita dedicati allo studio. E forse potrebbero essere utilizzati anche per fornire già indicazioni di orientamento verso l'una o l'altra forma della professione. Non siamo tutti idonei a fare gli psichiatri, o i clinici, o i chirurghi, o i medici di famiglia, quindi le risposte ai quiz potrebbero essere lette anche per dare delle indicazioni, non vincolanti, su quale percorso scegliere.

Ma soprattutto, i dati forniti nella relazione di Enzo Casale, pure già noti in gran parte, dimostrano che i quiz producono oggi un risultato discriminatorio, impedendo in una sede l'iscrizione a chi ha 48 punti e consentendola invece, in un'altra sede, a chi ne ha solo 38.

Perché non siamo in grado di far entrare i più idonei? Se è un concorso, se i quiz sono su scala nazionale, è impensabile che quello che è stato sicuramente più bravo a rispondere, al di là del giudizio di merito sullo strumento dei quiz, viene espulso dal sistema solo perché ha avuto la disgrazia di aver scelto male il luogo dove andare a concorrere.

Modificare, allora, il sistema di accesso sin dall'inizio per consentire ai più meritevoli di scegliere o anche di rinunciare ad una università dove non intendono andare. Veniamo ora al secondo elemento critico. La medicina si-

curamente ha bisogno di molto studio teorico, ma anche di molta pratica. quindi io credo che nella seconda fase della preparazione, lo riportiamo anche in un pensiero comune nel documento che verrà dato, credo si debba dare maggiore importanza all'aspetto pratico, formativo quando andiamo a fare la scuola di specializzazione. Non voglio entrare nel merito di un biennio o un triennio, ma una cosa è certa, a mio avviso noi dobbiamo insegnare al medico, allo specializzando, quindi al futuro specialista, non solo tutti quegli elementi che sicuramente a livello didattico ci vengono forniti per fare quello che poi è il punto finale, l'obiettivo, cioè la diagnosi. Dobbiamo insegnare la cultura della diagnosi, perché questo non è la sintesi di una serie di test o di esami obiettivi soggettivi, basterebbe un computer, la diagnosi è una cultura che viene fuori dallo studio di una serie di elementi dal punto di vista didattico, ma sicuramente anche dal punto di vista pratica, una cultura che si costruisce nel tempo.

Tant'è che uno dei problemi più grossi di chi si è appena laureato o specializzato è quella capacità del saper decidere. Finché stai nell'ambiente protetto che sia universitario o quant'altro, ti sembra che sai decidere tutto, il momento in cui esci ti trovi di fronte ad una realtà ben diversa perché dove tu sei l'unico a rispondere a te stesso e agli altri di ciò che stai decidendo. Se hai un minimo rispetto per il codice che ti hanno insegnato chiaramente ti trovi di fronte a delle difficoltà enormi. Quindi è una cultura ben precisa.

Andiamo al secondo punto, programmazione, quella che facciamo noi sapete cosa mi sembra? La programmazione della Società Autostrade, programmiamo la terza corsia in modo statico, secondo il traffico che circola oggi senza prevedere che quella terza corsia sarà pronta tra dieci anni. Io non saprò cosa farne di quella corsia perché mi

serve la quarta. Se si fanno gli studi attuariali a livello previdenziale, perché non devo fare anche degli studi attuariali per dire: fra cinque o sei anni quanti geriatri mi servono o quanti cardiologi? Chiudendo, qual è il problema che vedo a livello territoriale, ma sicuramente anche ad altri livelli? Ho sentito dire che avanzano dei posti, è chiaro, questo significa non fare programmazione, ma farla in ragione dell'offerta formativa che è legata comunque alle esigenze della sanità. Quindi, che mi avanzino dei posti in aree specialistiche dove, di fatto, non servono dico che vanno ridotti, è inutile metterli sul banco se non servono. Perché mi trovo una pleora di ginecologi sul territorio che non si sa cosa fanno e poi mi mancano i geriatri, gli oculisti, gli ortopedici, i radiologi, ecc., questo significa che la programmazione, qualunque ne sia il motivo, non è stata fatta in modo corretto.

Allora serve una programmazione prospettica fatta per aree specialistiche, nei limiti delle nostre conoscenze, di quelle che sarà il variare delle patologie nel tempo, è comunque una programmazione fatta nel senso delle esigenze e non solo dell'offerta formativa che oggi purtroppo è dominante.

Angelo Testa

PRESIDENTE NAZIONALE SNAMI

VERIFICARE LA FORMAZIONE del medico di famiglia è cosa particolarmente complicata, perché non c'è un modello standard a cui riferirsi. Se prendiamo cento medici di famiglia, ognuno di loro lavora in modo completamente diverso: hanno una popolazione assistita che è diversa,

hanno una distribuzione geografica dei loro pazienti e dei loro studi che è completamente diversa; hanno una “medicina” che è diversa a seconda che lavorino all’interno di una grande città oppure di una zona rurale.

Per questo verificare la qualità della formazione del medico di famiglia è molto complesso. Qual è un buon medico di famiglia? Quello che ha tanti pazienti, quello che ne ricovera pochi, quello che spende poco o quello che spende tanto? Magari chi spende poco li cura male e invece chi spende tanto li cura bene, ma poi viene tacciato dalle Asl ogni tre mesi quando arrivano i report. La formazione però è molto importante per il medico di famiglia, perché, lavorando da soli, tranne alcuni che lavorano in gruppo e quindi hanno la possibilità di riuscire a parlare fra loro, diventa anche difficile capire quando il proprio standard è adeguato, non solo per sé ma anche rispetto a parametri più generali.

Negli ospedali, ed è stato provato, la maggior parte dell’aggiornamento reale avviene alla macchinetta del caffè e non durante un corso. Ma il medico di famiglia questa possibilità non ce l’ha. Io ho fatto il corso di formazione in medicina generale nel 1994 e, a distanza di sedici anni, dico che l’esperienza di quel corso è stata complessivamente buona. Ma la cosa più importante che ricordo di quegli anni è che comunque è stato un aiuto per entrare all’interno di un settore, di un meccanismo lavorativo che, anche se allora sembrava semplice, è diventato sempre più complicato.

Non so se sia opportuno far salire a quattro o cinque anni la formazione in Medicina Generale, considerando che così i ragazzi arriveranno nel mondo del lavoro sempre più tardi, cosa non auspicabile visto anche l’andamento demografico della categoria. Credo che piuttosto sia utile fare corsi pre-laurea in ambito universitario, dove gli

studenti possano avvicinarsi alla medicina di famiglia, comprendendo qual è la sua specificità. A Torino, grazie anche all'Ordine, ai sindacati, alle società scientifiche, da anni facciamo corsi di formazione per gli studenti prima che si laureino. Molti ragazzi arrivano pensando di fare il cardiologo, il ginecologo, o altro, ma poi decidono di fare il medico di famiglia perché si sono innamorati di questo lavoro. E questo succede anche perché chi fa il tutor, come me, è davvero legato alla categoria, anche se agli studenti bisogna spiegare che non è tutto semplice e c'è anche il giorno che va male.

L'altro nodo della formazione in medicina generale è quello dei fondi: le aziende farmaceutiche non investono più sul territorio, le aziende sanitarie non hanno soldi da investire nella formazione, e quindi ci troviamo sempre più spesso a dover organizzare corsi "in proprio" e così è difficile mantenere uno standard qualitativo alto. Anche per questo, apprezziamo il lavoro fatto dalla Fnomceo, coinvolgendo sindacati, società scientifiche e Ordini, intorno a questo tema. Speriamo che questo ci porti ad avere una formazione degna per i medici di famiglia, per delimitare e chiarire bene qual è la specificità del nostro lavoro.

Riccardo Cassi

PRESIDENTE NAZIONALE CIMO-ASMD

DESIDERO RINGRAZIARE Amedeo Bianco e tutta la Fnomceo per aver organizzato questa 2° Conferenza nazionale della Professione ed il Convegno sulla qualità professionale per la qualità delle cure, che vede riunite in un confronto costruttivo tutte le componenti della nostra

professione.

La professione medica sta vivendo un momento difficile, bersagliata dai mass media che periodicamente attivano campagne sulla cosiddetta “malasanità” mettendo insieme errori medici, eventi avversi e, soprattutto, gravi disfunzioni organizzative, finendo però con il mettere sul banco di accusa il solo Medico che, peraltro e fortunatamente, nella stragrande maggioranza dei casi viene alla fine di un lungo e travagliato percorso giudiziario, che lascia comunque in lui un segno indelebile, risulta non responsabile. Ma tutto questo disorienta i cittadini, altera il rapporto di fiducia e misconosce gli esiti positivi dei milioni di atti medici che annualmente fanno del nostro sistema sanitario uno dei migliori al mondo.

Un altro pesante attacco alla professione viene dalla politica, in particolare da quella regionale, che da quattro anni affossa ogni tentativo governativo e parlamentare anche bipartisan, di introdurre correttivi, ancorché parziali, sulle disfunzioni più evidenti delle riforme degli anni '90, non volendo mollare l'enorme potere che la nomina dei Direttori di struttura le ha concesso, e così anche l'ultimo Ddl sul “Governo clinico” è stato prima completamente stravolto negli obiettivi e poi accantonato (visto il testo ultimo, direi, fortunatamente).

Occorre quindi una “riscossa” della professione, stimolata nel proprio “orgoglio” di professionista su tematiche che riguardano l'ambizione propositiva di delineare un nuovo e più moderno percorso formativo, ma, al tempo stesso, di difendere il ruolo del Medico, pur nel rispetto e condivisione di obiettivi comuni con le altre professioni sanitarie, e questa non può che partire dalla qualità del lavoro medico e dalla verifica continua del mantenimento di elevati livelli qualitativi in una medicina che si aggiorna e si evolve continuamente.

E la qualità della professione medica non può che partire dalla formazione universitaria, perfezionarsi con la specializzazione e mantenersi attraverso verifiche interne alla professione, che sono appunto il tema del convegno odierno. Non approfondirò l'aspetto della necessità di incrementare o meno gli accessi alla Facoltà di Medicina, in quanto ritengo che determinare il numero ottimale di Medici non possa essere disgiunto dalle competenze loro affidate e di quelle affidate ad altre figure professionali, sulle quali farò un accenno alla fine del mio intervento, nonché dei modelli organizzativi del Servizio che sono in continua evoluzione. Con riferimento anche agli altri paesi europei non ritengo però che si debba temere una "carenza" medica, bensì una carenza di specialisti.

Per quanto riguarda la formazione universitaria, considero troppo lungo un corso di laurea di 6 anni, una riduzione del percorso formativo, infatti, consentirebbe, senza danni sulla preparazione, di far entrare i Medici nel mondo del lavoro in età più giovane come avviene nel resto del mondo.

L'attenzione dell'associazione che rappresento è posta soprattutto sulla formazione post-laurea. La generazione che sta andando in pensione, che è la stessa che ha fatto nascere e diventare grande il Ssn, è stata formata con regole diverse: quei Medici sono stati assunti sotto i 30 anni, senza specializzazione, che è poi stata acquisita con soli studi teorici all'Università.

Tutto questo era ovviamente assurdo, ma anche la situazione odierna presenta gravi difetti e carenze; due sono i principali: la programmazione dei posti alle scuole di specializzazione, che avviene non sulla base delle necessità del Ssn, bensì sulla disponibilità formativa dell'Università, e che rappresenta la causa principale della carenza di specialisti prevista nei prossimi anni, ed il mancato pie-

no utilizzo delle strutture del Servizio sanitario come supporto alla formazione.

Se a questo aggiungiamo l'obbligo della specializzazione per partecipare ai concorsi per essere assunti nel Ssn, che comporta un accesso al Servizio ad un'età troppo elevata, anche rispetto ai nostri colleghi europei, ci veniamo a trovare di fronte ad una situazione di grave difficoltà alla quale occorre porre rimedio al più presto.

Noi riteniamo che tale obbligo debba essere abolito: il Medico dovrebbe quindi essere assunto a tempo determinato per un periodo di 5 anni, sulla base delle necessità delle Aziende, seguire un percorso formativo con un progressivo e rapido inserimento nelle attività assistenziali, ed al termine essere sottoposto ad una verifica/esame che se positiva comporta l'assunzione a tempo indeterminato. Le convenzioni Regioni-Università dovranno stabilire le necessarie integrazioni formative accademiche per il conseguimento del titolo di specialista, stante l'attuale normativa sul riconoscimento del titolo di studio. Ma l'aspetto più importante, direi innovativo, di questa Conferenza è il forte stimolo a voler implementare nuovi percorsi di formazione che siano finalizzati a qualificare ulteriormente il Medico in termini di qualità professionale. Questo aspetto di non poco conto è stato notevolmente carente fino ad oggi e non ha sembrato interessare neppure a coloro che devono garantire ai cittadini la qualità delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche erogate dalle strutture dei Ssr le Aziende raramente effettuano le verifiche tecnico-professionali, nonostante i contratti di lavoro le prevedano, e, se le effettuano, si limitano a valutazioni formali che vengono superate dal 99% dei Medici. L'Ecm fino ad oggi è stato un creditificio, senza alcun riscontro pratico, anche in questo caso senza alcun vero interessamento o coinvolgimento da par-

te delle Aziende. Il nuovo impulso dato alla formazione permanente dal Ministero della Salute può offrire un valido strumento se verrà supportato da adeguate risorse. In Italia soffriamo di autoreferenzialità ed è un ottimo auspicio che lo stimolo reale alla valutazione venga dal mondo della professione. Le verifiche professionali devono vedere protagonisti gli Ordini e le Società Scientifiche, ognuno con il suo ruolo ed il suo compito. Gli Ordini come garanti nei confronti dei cittadini, le Società Scientifiche quali depositarie del sapere aggiornato; ma occorre fare chiarezza, in Italia esistono centinaia di Società Scientifiche, occorre una normativa per definire quelle abilitate a certificare l'idoneità degli specialisti. È necessario però essere coerenti, se riteniamo che la qualità professionale del Medico sia condizione necessaria per avere una buona qualità delle cure occorre che il ruolo e la carriera del Medico dipendente del Ssn siano conseguenti a questi presupposti. La riforma "dirigenziale" ha, infatti, snaturato la figura del Medico ospedaliero che, in un contesto di sanità pubblica, deve sì essere coinvolto sugli effetti economici che le sue scelte diagnostico-terapeutiche comportano e sull'utilizzo ottimale delle risorse che la collettività mette a disposizione della tutela della salute, ma deve, soprattutto, continuare ad essere colui che cura le malattie e si prende cura dei bisogni sanitari dei cittadini che si rivolgono al Ssn. Si è invece costruita una carriera che premia gli aspetti gestionali e mortifica le capacità professionali, che non vengono riconosciute anche laddove i contratti vigenti lo consentirebbero. E il futuro sembra essere ancora più nero: il mancato riconoscimento della peculiarità del lavoro del Medico ha trovato recentemente un "ulteriore conferma nella proposta delle Regioni di inserire nella stessa area contrattuale i Medici ed i Veterinari insieme

agli altri dirigenti del Ssn ed ai dirigenti regionali, che trova la sua unica giustificazione nel considerare il lavoro del Medico prevalentemente di natura “gestionale” e, non, l’attività di un professionista altamente specializzato. La Cimo ritiene che questa strada sia profondamente sbagliata ed occorra quanto prima un profondo ripensamento del ruolo e della carriera del Medico all’interno del Servizio sanitario.

Vorrei concludere con una questione che ha sempre a che vedere con la qualità delle cure e della quale non possiamo più rinviare una chiara definizione. Negli ultimi 20 anni sono state introdotte in campo sanitario normative che hanno modificato il ruolo del Medico e quello di altre professioni sanitarie, creando confusione di compiti e di responsabilità; a questo si è affiancata l’introduzione di modelli organizzativi regionali, nei quali non è ben delineato il confine tra ruoli e compiti dei diversi attori della sanità. Noi chiediamo quindi un provvedimento legislativo che definisca le competenze ed il percorso formativo di ognuno degli attori.

Francesco Medici

VICEPRESIDENTE NAZIONALE FVM

LA FORMAZIONE SPECIALISTICA in Italia non funziona, i professionisti che ci consegna l’università sono pochi in alcune discipline (es. pediatria, medicina di urgenza) e troppi in altre, ma soprattutto poco formati nel “saper fare”, creando così non pochi problemi agli ospedali ed alle Regioni.

I tanti tentativi di venire ad accordi con le università si

sono rilevati infruttuosi imponendo quindi alla professione di trovare soluzioni di legge che risolvano questi problemi. Ed ecco uno dei motivi per cui siamo qui oggi. C'è chi, esasperato, chiede un ritorno al passato: assumere in ospedale i giovani dopo la laurea e dopo 5 anni di esperienza dare il titolo equipollente (come avveniva in precedenza). In tal modo tutte le strutture potranno assumere e formare sulla "sola" esperienza, creando però al contempo due grandi problemi: saremmo il solo stato nel mondo civile dove si assumano in ospedale medici non specialisti peraltro andando contro la normativa comunitaria direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CEE; lasceremmo disoccupati a vita coloro che, acquisito oggi e ieri il titolo di specializzazione, non verrebbero mai assunti negli ospedali, che preferirebbero prendere neolaureati più giovani e a costi più bassi. La cura creerebbe più danni della stessa malattia.

Ritengo al contempo, che rimanendo fedeli alle normative europee, dovremmo spingere per un cambiamento della legge d.lgs. 368/99 D.Lgs. 17-08-1999, n. 368 art 18 comma 2 che impone il titolo universitario, e solo universitario, per acquisire il titolo di specialista. Anomalia, questa, tutta italiana, visto che nella maggior parte dei paesi la formazione post laurea avviene in selezionate strutture ospedaliere.

Rimosso questo ostacolo si potrebbe creare un sistema di formazione in "concorrenza" permettendo ad alcune strutture ospedaliere e/o territoriali selezionate di entrare nella rete della formazione, ma con regole e statuti identici, stabiliti a livello nazionale e con un concorso unico per l'accesso alle scuole.

I medici vincitori del concorso in ordine di graduatoria, stabiliranno dove voler essere formati secondo i posti di-

sponibili in ciascuna scuola, ovvero se decidere di entrare nelle scuole ospedaliere/territoriali o viceversa in quelle universitarie, creando in tal modo una reale concorrenza tra le scuole. Per fare un esempio concreto: a fronte di una disponibilità di rete formativa di 600 posti di anestesia e rianimazione in tutta Italia, di cui 250 nell'università e di 350 negli ospedali/territorio, stante la necessità di anestesisti, individuato dalla Conferenza Stato-Regioni di 400 borse di studio per l'anno 2011, i primi 400 vincitori del concorso unico nazionale stabiliranno dove andare, creando una vera concorrenza tra le strutture visto che 200 posti rimarranno non assegnati. Solo in questo caso, dove l'offerta supera la domanda, si può creare tale meccanismo. Creeremmo di fatto un "mercato" di formazione post laurea concorrenziale. Stesso discorso per le scuole professionalizzanti per gli altri settori della sanità (infermieri, ortottisti, riabilitazione) che dovrebbero tornare, come in passato, ad essere gestite interamente anche dagli ospedali: d'altronde risulta inutile e mortificante che vengano sempre dirette solo da personale universitario pur svolgendosi tutta la formazione negli ospedali! Propongo che venga costituita una commissione Stato Regioni / Ordini / Ministero della sanità (magari sentiti i sindacati, che qualche volta i consigli giusti sanno pur darli) quindi terza nel giudizio e libera da condizionamenti. Tale commissione dovrebbe avere il compito di determinare ogni tre anni il reale fabbisogno di specialisti, assumere in proprio la responsabilità delle prove di esame stabilendone i criteri di selezione, al fine di creare per ogni disciplina una graduatoria unica nazionale per l'accesso alle scuole. La stessa commissione, questa volta sentita anche l'università nonché esperti della materia internazionali, dovrebbe rideterminare ogni 5 anni l'iter formativo teorico/pratico per ciascuna scuola in linea con le

nuove esigenze del Ssn ed i progressi della medicina. Tale commissione dovrebbe inoltre valutare anche l' idoneità di strutture ospedaliere, territoriali ed universitarie di poter "formare" medici specialisti in quella determinata disciplina, ma soprattutto valutare ogni tre anni la qualità della formazione data, permettendo, se necessario, di poter intervenire per togliere l'accreditamento a quelle scuole che abbiano avuto iscrizioni o che abbiano formato professionisti non completi anche nel "saper fare".

Biagio Papotto

VICESEGRETARIO NAZIONALE CISL MEDICI

RINGRAZIO AMEDEO BIANCO e tutta la Fnomceo che ci danno la possibilità di discutere tra di noi per capire cosa fare per avere qualità nella formazione finalizzata alla qualità delle cure.

Tre contributi alla discussione. Il primo: una diapositiva proiettata da Gardini mostrava come il nostro Ssn sia quello che spende meno di tutti a livello europeo, anche se sappiamo che è considerato invece, come risultati, il secondo a livello mondiale. Quindi, peccato non ci siano politici presenti a questo dibattito, ma non è vero che la sanità costa tanto e bisognerebbe invece investire di più. Secondo spunto. Certamente la formazione del medico si fa dentro l'università, e nessuno di noi vuole cambiare questa situazione fino a quando non si diventa medici. Ma voglio anche ricordare che i posti letto dell'università fanno parte del Ssn. È vero che l'università ha come scopo principale la formazione, ma nella formazione potrebbero essere coinvolti anche molti ospedali, almeno

nella specializzazione.

Noi vogliamo lanciare un messaggio: è arrivato il tempo che l'abilitazione all'esercizio professionale avvenga di nuovo fuori dall'università, che non può essere controllore di se stessa. L'abilitazione all'esercizio professionale dovrebbe essere gestita gli Ordini dei medici, con delle selezioni serie, in modo da permettere ai colleghi di essere controllati e verificati da un soggetto che sia esterno all'università che lo ha formato.

Ancora una riflessione sulla specialistica. Oggi la specializzazione è compito della formazione dell'università, ma noi crediamo che il Servizio sanitario nazionale, e quindi anche l'ospedale, abbia titolo per formare gli specializzandi. Anzi, sarebbe opportuno che molti ospedali abbiano delle borse di studio per poter formare e che poi si faccia un esame nazionale per la diverse specializzazioni, in ortopedia, in geriatria ecc.

E questo si collega anche alla questione degli standard professionali, perché anche la Fnomceo e i sindacati devono cominciare a intervenire per il miglioramento degli standard strutturali di personale e di tecnologie. È arrivato il tempo che tutti insieme cominciamo a portare proposte che siano valide a livello nazionale, perché è impensabile che una struttura abbia certi strumenti e altre no o che una divisione venga gestita con tre medici in un posto e con dieci in un altro. Per questo dobbiamo mettere a punto protocolli unitari per arrivare ad una omogeneizzazione dell'organizzazione del lavoro nelle nostre strutture.

Infine, le professioni sanitarie. Per la laurea in medicina servono almeno sei anni, più cinque anni per la specializzazione, e questo vuol dire che si entra nel mercato del lavoro entriamo nel mercato del lavoro a trentadue o trentatré anni. Per le lauree professionali invece bastano tre

anni e così a ventuno anni si è laureati e si entra subito nel mercato lavoro. Il rischio è che al triage ci sia un ragazzino di ventuno anni, mentre a trentuno i medici sono ancora disoccupati. Anche su questo occorre riflettere e intervenire, anche in collaborazione con gli altri ordini professionali, per definire, soprattutto oggi che è essenziale lavorare in team, cosa deve fare il medico e cosa le altre professioni sanitarie.

Salvo Calì

PRESIDENTE NAZIONALE SMI

MI UNISCO A QUANTI hanno condiviso questo percorso e apprezzano quanto ha fatto Amedeo Bianco, a partire dal suo insediamento fino ad oggi, in ordine ad alcuni temi specifici, come in particolare questo della formazione, che necessitava di una sistematizzazione e di uno sguardo di insieme.

Sono anche d'accordo sul documento conclusivo, soprattutto nella parte analitica, mentre la parte propositiva necessariamente raccoglie le sollecitazioni di tutti e quindi sfuma in proposte meno puntuali. Tuttavia è una base di partenza importante.

Il problema dell'offerta formativa si presenta con due corni, uno di carattere quantitativo e l'altro di carattere qualitativo. Quello che accadrà nei prossimi anni è stato esposto brillantemente nel corso della giornata: avremo una insufficienza dell'offerta formativa rispetto alla domanda di professionisti nel paese. La prima osservazione da fare è che esiste uno scarto grande tra domande di accesso al corso di laurea in medicina e limitatezza degli accessi, no-

nostante questi ultimi siano in incremento. Ma il punto vero della questione è che siamo di fronte ad un paese che ha risorse limitate e lo dimostra non solo nella limitazione dell'accesso ai corsi di laurea in medicina, ma anche nella limitazione dell'accesso alle specialità, e segnatamente nell'area della formazione in medicina generale che rappresenta una delle aree strategiche di sviluppo del paese. La politica, come sempre, dimostra grandi ritardi nell'adeguare le risorse al mutato scenario della domanda, facendo gli investimenti necessari non solo per formare i professionisti, ma anche per qualificare un sistema produttivo. La domanda di salute in Italia e nel mondo è in crescita e l'investimento in questo settore è strategico per i paesi occidentali: o adeguiamo l'offerta formativa, oppure nel corso dei prossimi anni ci troveremo in difficoltà ad affrontare i problemi dell'organizzazione sanitaria nel nostro paese.

Due sono le risposte possibili: o l'incremento dell'offerta formativa, o – lo dico provocatoriamente – una revisione dei percorsi formativi che riduca i tempi per l'accesso agli ospedali.

È evidente che si tratta di un problema di risorse, e lo è ancor di più nell'area della medicina generale: a fronte di un incremento della domanda del territorio, le regioni lesinano le risorse già modestissime, come abbiamo visto. Detto questo riguardo alla quantità, c'è poi il problema della qualità della formazione. Innanzi tutto dobbiamo intenderci rispetto ai dati che ha portato Enzo Casale sulle immatricolazioni: la sperequazione nel punteggio di accesso tra alcune università io credo che non sia legato al fatto che in certe università si è più selettivi, ma piuttosto al fatto che in quelle università vi è una maggiore domanda, perché quelle università vengono considerate migliori di altre.

Resto convinto però che, a parte qualche differenza, il processo formativo ha una sua omogeneità a carattere nazionale. Ma poi voglio entrare nel merito della qualità della formazione del professionista in maniera più generale. Se è vero questo per le specialità, non è altrettanto vero nella medicina generale, ed è una questione che va affrontata, è vero che il tavolo tecnico a livello ministeriale sta dando una spinta importante in avanti rispetto a questa direzione, ma credo sia sempre più necessario recuperare regole omogenee a livello nazionale che consentano una formazione qualitativamente omogenea di professionisti a livello nazionale. Due sono i capisaldi della qualità nel nostro paese in generale, uno è legato ai processi formativi, perché la qualità del professionista dipende dalla possibilità di verificarne, appunto, le qualità in maniera omogenea e chiara, certo, a Trapani come a Trento. Quindi, sistemi formativi omogenei e di verifica della formazione e di standardizzazione dei professionisti, sono garanzia della qualità del prodotto.

Il secondo aspetto estremamente importante che esula dalla nostra discussione odierna, è rappresentato dalla omogeneità dello stato giuridico e dei contratti perché anche questi rappresentano un pezzo importantissimo della qualità del sistema.

Ma non è questo l'oggetto della nostra discussione, tornando ai termini della qualità, credo che noi dovremmo introdurre un altro tema che riguarda complessivamente la riforma dei percorsi formativi, a partire dai percorsi della scuola media superiore.

Credo sia profondamente mutato anche un altro aspetto, il rapporto medico-paziente, è mutato perché lo scenario della domanda di salute è cambiato, è mutato dal punto di vista sociologico, non solo il dato delle patologie, la cronicità, come abbiamo detto, la longevità, ma anche le

condizioni sociali all'interno delle quali le patologie e le cronicità si manifestano in tessuti sociali sempre più deboli con un sostegno familiare sempre più difficile. Muta, dal punto di vista antropologico il rapporto medico-paziente, non è più quello di trent'anni fa, non è più il rapporto della diagnosi e della prescrizione della cura e il rapporto che adesso chiamiamo presa in carico del paziente e il rapporto che assicura la continuità e la circolarità dell'assistenza al paziente. Non è più un rapporto di tipo paternalistico come l'abbiamo conosciuto, ma è un rapporto di complicità che si spinge anche verso forme di auto-aiuto, cioè che sollecitano il paziente in questo senso, all'uso più banale della tecnologia quotidiana nei pazienti diabetici, ma anche ad altre forme di educazione sanitaria e di igiene personale, come la rilevazione presoria.

Ci sono, quindi, modifiche sostanziali in questo rapporto che riguardano molte altre cose che non è il caso di approfondire, però su questo bisogna fare una riflessione rivedendo i percorsi formativi. Stamattina è stato detto in più di un'occasione, recuperando la dimensione storico-umanistica nei processi formativi. Ecco perché mi appare contraddittorio quando noi diciamo che i quiz selettivi debbono prevedere una maggiore attenzione alla parte tecnico-scientifica; però dall'altro lato diciamo che vogliamo persone che abbiano una compliance maggiore nel rapporto medico-paziente, che abbiano una capacità relazionale, una capacità di comprensione dei percorsi del paziente maggiore. Questo avviene esclusivamente da un percorso di cultura generale decisamente più valido e qualificante.

C'è un problema che riguarda anche l'abbassamento qualitativo complessivo dei processi formativi nel nostro paese, che non attiene soltanto all'università, ma anche alle

scuole medie superiori, se è vero che ancora oggi si laureano soprattutto gli studenti che provengono dal liceo classico e scientifico, è altrettanto vero, purtroppo che la qualità formativa in questi licei è fortemente scaduta. Quindi va recuperato, già a partire da quegli anni e poi inserendo nel corso universitario di laurea in medicina e chirurgia una maggiore attenzione alle discipline umanistiche che sono fortemente formative in un contesto sociale che richiede una compliance medico-paziente decisamente diversa rispetto a quella del passato.

Fausto Campanozzi

SEGRETARIO NAZIONALE CIMOP

BENE HA FATTO LA FNOMCEO, con l'intelligenza politica e la sensibilità di Amedeo Bianco, a porsi con anticipo un problema che, se non affrontato con tempestività, rischia di divenire una drammatica emergenza per le ricadute che può avere sull'intera organizzazione del Servizio sanitario nazionale.

I dati forniti dalla Fnomceo sull'andamento demografico dei medici nei prossimi anni hanno inevitabilmente fatto scattare l'allarme all'interno delle associazioni sindacali mediche che hanno avviato, insieme alla Federazione stessa, una riflessione su un tema dotato di forte trasversalità, oserei dire di universalità, all'interno di tutta la classe medica.

Il tavolo di lavoro così costituito dalle associazioni sindacali, comprese quelle dei giovani medici e degli specializzandi, coordinato da Amedeo Bianco, ha definito chiaramente che esiste un'emergenza formativa dei medici nel

nostro paese e che la qualità professionale del medico nell'intero arco della sua vita lavorativa rappresenta un aspetto determinante al raggiungimento degli obiettivi irrinunciabili di efficacia, appropriatezza e sicurezza delle cure nel nostro servizio sanitario. Pertanto, è necessario pensare ad un modello di formazione integrato del medico che veda coinvolti nel processo, oltre all'Università, il cui ruolo non è messo in discussione, anche le altre strutture istituzionali del servizio sanitario, ovvero strutture ospedaliere pubbliche e private e ai medici del territorio. Tutte le strutture sanitarie che operano nei servizi sanitari regionali, infatti, sono soggette al processo di accreditamento istituzionale, rilasciato dalle Regioni dopo la verifica del possesso di requisiti di carattere strutturale di tipo organizzativo e tecnico, codificati ovviamente dal legislatore.

In particolare mi preme sottolineare come, nell'ampia definizione di ospedalità privata accreditata, siano contemplate non soltanto le case di cura, ma anche gli ospedali religiosi classificati, gli istituti di ricerca a carattere scientifico, i centri di riabilitazione, le strutture riconosciute che operano nei servizi sanitari regionali in perfetta integrazione con le strutture pubbliche e che rispondono ad una esigenza importante di assistenza territoriale e di ricovero.

Non vi è dubbio che la rete ospedaliera del Servizio sanitario nazionale trovi il suo equilibrio in queste due componenti e che, inevitabilmente, l'ospedalità privata sia chiamata a svolgere un ruolo di reale infrazione con quella pubblica. Alla luce di queste brevissime considerazioni, noi riteniamo che le strutture ospedaliere private accreditate possano offrire un valido contributo alla formazione professionale del medico sul campo., giacché, ricordo, che rappresentano il 45% della rete ospedaliera,

hanno una propria dotazione di oltre 50.000 posti letto, e impiegano oltre 18.000 medici.

Ovviamente, occorrerà poi fare un discorso a parte sulle risorse, che in previsione potrebbe essere integrato con l'accreditamento: nell'ambito dei criteri di accreditamento delle strutture, dei contratti convenzionali, è possibile prevedere che strutture idonee possano mettere a disposizione della collettività delle risorse per il sistema formativo del medico. Tuttavia, poiché non tutte le strutture pubbliche e private sono attrezzate per fornire prestazioni di eccellenza o di elevata complessità, credo sarebbe opportuno individuare degli indicatori che attestino l'idoneità delle stesse strutture a rispondere all'offerta formativa.

Un discorso a parte merita la formazione permanente dei medici delle case di cura che è affidata esclusivamente alla capacità del nostro sindacato di definire, nel contratto collettivo nazionale di lavoro, giornate dedicati alla formazione. Nessun obbligo, infatti, è stato previsto da parte del legislatore per garantire la formazione ai medici nel settore privato.

Questo comporta che molto spesso i giorni di permesso dedicati alla formazione non siano sufficienti a raggiungere il credito formativo minimo previsto dalle norme dell'Ecm.

Volutamente non entro nella specificità della formazione durante il corso di laurea, o post laurea, delle modalità degli esami di stato, dell'educazione continua, perché sono tutti argomenti che abbiamo affrontato con la Fnomceco, con le altre associazioni sindacali e con le società scientifiche, arrivando a considerazioni e proposte, riportate nel documento di consenso, che abbiamo ampiamente condiviso.

Walter Mazzucco

PRESIDENTE NAZIONALE SIGM

RINGRAZIAMO LA FNOMCEO per averci coinvolto in questi lavori, al fine di poter rappresentare il punto di vista dei giovani medici relativamente alla formazione. Tralasciando molti temi già affrontati da chi mi ha preceduto, voglio soffermarmi su un aspetto che si riferisce alla deriva burocratica normativa che caratterizza il percorso formativo del medico.

Il primo biglietto da vista per la maggior parte dei giovani medici, dopo la laurea, è quello di accedere all'esame di abilitazione successivamente alla specializzazione. Questo è un esempio emblematico di come la farraginosità del sistema spesso e volentieri porti ad istituzionalizzare il meccanismo di derogo e ciò crei assolutamente una destabilizzazione dei giovani che si avvicinano alla professione.

Tutte queste criticità producono quotidianamente una fuga di giovani medici verso altri Paesi, anche vicini ai nostri confini, che danno maggiori riconoscimenti in termini sia professionalizzanti, che assistenziali.

Credo che parlando di formazione si debba affrontare il problema in maniera globale, senza dividere gli ambiti pre lauream rispetto al post lauream. Attualmente in Italia ci sono circa 1.500 scuole di specializzazione e un gran numero di facoltà di medicina: evidentemente c'è un atteggiamento culturale che chiede di avere la formazione sotto casa, e questo sistema abitua i giovani ad essere molto residenziali.

Per questo noi crediamo che si debba opportunamente semplificare, riorganizzare e razionalizzare il sistema formativo pre e post lauream, attraverso l'istituzione di tavoli tecnici dove ci sia la partecipazione degli organismi

ministeriali, delle Regioni ma anche dei portatori di interesse.

Allo stesso modo occorre intervenire per la pianificazione del fabbisogno.

Riteniamo, inoltre, che la formazione debba potersi articolare, come peraltro previsto dalle normative vigenti che non vengono pienamente applicate, in un sistema integrato, una rete di formazione integrata e non in un ospedale di insegnamento che, come altre valide proposte, si riferiscono però a modelli distanti dal nostro paese.

Absolutamente cogente è anche il problema della valutazione che dovrebbe essere effettuata a livello regionale, perché sono le Regioni che hanno in qualche modo necessità di entrare nel merito della formazione, della qualità dei professionisti che opereranno nelle strutture, e anche sapere quali potranno operare.

Siamo assolutamente favorevoli alla selezione attraverso una graduatoria unica nazionale, purché supportata da strumenti che permettano di eliminare le differenze di reddito e valorizzino i soggetti motivati e capaci.

In conclusione, parafrasando il pensiero di un insigne statista, credo che la qualità della formazione di un medico debba essere considerato come un indicatore per valutare il grado di civiltà di una nazione.

La sanità a cui guardano i giovani medici è, quindi, quella in cui ci sia più merito, meno politica e in cui essi possano essere protagonisti e affrontare i problemi con un approccio etico e culturale di sistema, piuttosto che andare ad affrontare le emergenze di volta in volta.

Francesco Lucà

SEGRETARIO NAZIONALE FASSID

DEVO RICORDARE CHE RAPPRESENTO una federazione in cui lavorano medici cosiddetti “dei servizi”, molto legati, quindi, alla tecnologia o allo sviluppo tecnologico, che deve basarsi sull’appropriatezza, sia delle richieste che delle prestazioni, e sulla qualità, che non può essere solo delle persone, ma anche delle macchine.

Proprio per questo legame con la tecnologia noi sentiamo molto l’esigenza dell’aggiornamento: chi come me è uscito da tanti anni dalla specializzazione, ha dovuto cambiare completamente il suo sistema di lavoro e quindi è stato costretto ad aggiornarsi.

Purtroppo però questo paese ha grande difficoltà di programmare, tanto che non ricordo una programmazione a buon fine. Noi abbiamo fatto recentemente un’indagine, che mostra come nel settore radiologico manchino in questo momento almeno settecento specialisti e addirittura, se si potessero far lavorare gli apparecchi a ciclo continuo cioè con doppio turno, ce ne vorrebbero 2.500 di più.

I nostri politici e i nostri amministratori, invece, si preoccupano e hanno molto piacere di comprare le macchine, ma dimenticano che per farle funzionare sono indispensabili gli uomini e anche ben preparati.

Ancora una considerazione. Credo che l’evoluzione tecnologica costringa ad una formazione sul campo. Siamo convinti che una buona università debba esistere, ma sul campo l’università deve lasciare spazio a chi lavora negli ospedali, sul territorio, cioè alla vita vissuta, alla medicina basata sull’evidenza.

Università e strutture sanitarie ospedaliere o territoriali devono camminare insieme per una strada in cui ognuno deve dare qualche cosa, ma non vogliamo più essere pre-

varicati dagli universitari. Le aziende miste sono un fallimento proprio perché i medici ospedalieri sono, di fatto, subalterni agli universitari, e questo noi non possiamo ammetterlo, perché vogliamo partecipare e collaborare alla formazione dei nostri futuri colleghi specialisti. Affrontare la problematica della specializzazione vuol dire affrontare un percorso lungo, un cammino di anni in cui tutti dobbiamo collaborare alla crescita, anche tornando ad insegnare una medicina umana. Spesso i nostri giovani sono bravissimi davanti ad un macchinario, o ad un computer, ma non ricordano sempre che dall'altra parte dello schermo c'è un malato, un soggetto, una persona che bisogna trattare in senso umano. Parliamo tanto nel nostro mondo di umanizzazione, di clinicizzare anche chi ha a che fare con la tecnologia, ma dobbiamo anche insegnarlo. E in questo credo l'università abbia le sue carenze.

Infine lanciai un appello, alla Federazione e ad Amedeo Bianco in prima persona, affinché la prossima conferenza si occupi della problematica del rapporto tra le varie professioni in ambito sanitario, perché è venuto il momento di attribuire ad ognuno i suoi ruoli. Senza correre il rischio che, speculando sulla carenza dei medici, vengano sostituiti non appropriatamente da diversi profili professionali.

Massimo Percoco

PRESIDENTE COORDINATORE VICARIO FESMED

NEL NOSTRO SINDACATO siamo chirurghi, ginecologi e ostetrici ginecologi, ed oggi viviamo in prima persona

le carenze di chi arriva in ospedale dopo i percorsi formativi attuali: si arriva tardi e spesso impreparati, non teoricamente, ma nella pratica clinica.

Appartengo ad una generazione che si è formata negli ospedali, acquisendo, alcuni, la specialità dopo i famosi cinque anni, altri facendo contemporaneamente la specialità nelle università. Questo consentiva al giovane medico, a ventisei anni, come è successo a me, di essere da una parte frequentatore dell'università e, dall'altra, assistente in un ospedale, iniziando quindi presto a lavorare sotto la guida di chi era più anziano ed esperto.

Soprattutto nelle specialità chirurgiche oggi si sente questa carenza di formazione pratica e, smentendo la famosa battuta "chi sa fa e chi non sa insegna", dobbiamo tornare a fare in modo che chi sa fare insegni a fare. E non c'è posto migliore per essere sollecitati e preparati a fare, del posto dove poi si dovrà andare a lavorare per il bene e la salute dei cittadini. Anche perché in un momento di crisi economica come questo, dovremo sicuramente ottimizzare le risorse disponibili, come indica il documento di consenso che oggi andremo ad approvare.

Voglio fare una proposta, che probabilmente sarà ritenuta provocatoria, ovvero quella di tornare agli ospedali di insegnamento. Da assistente ho appreso da chi faceva l'aiuto, oggi nell'ospedale non ho giovani a cui trasmettere quello che so: il mio più giovane aiuto ha quarantacinque anni, che cosa gli devo trasmettere?

Questo è il messaggio che vuole dare Fesmed: essere pronti a riappropriarci di una questione formativa che non può essere delegata solo all'università. Sicuramente così si avrà quell'autonomia, quella responsabilità che ognuno di noi deve prendersi e deve dare al paziente, surrogando una formazione che altrimenti è solo sulla carta. Tutto questo si può fare proprio attraverso la rete della professione, ov-

vero l'idea e l'iniziativa di Amedeo Bianco di metterci tutti in rete per capire in che direzione andare. Per poter recuperare quella serenità, senza la quale non si può fare né qualità professionale, né qualità delle cure.

Chiudo con un invito a tutti a lavorare perché la legge sul rischio clinico, che dovrebbe contribuire appunto a darci serenità sul nostro lavoro, non giaccia in eterno nelle nostre sedi istituzionali.

Pierino Di Silverio

PRESIDENTE NAZIONALE FEDERSPECIALIZZANDI

RINGRAZIO IL PRESIDENTE della Fnomceo per l'opportunità che ci ha dato a portare la voce dei giovani. Noi abbiamo preferito inquadrarle la formazione del giovane, partendo da alcuni modelli europei.

In Francia, ad esempio, la durata della formazione è di cinque anni. Ma soprattutto è importante prestare attenzione alla tipologia di acquisizione delle competenze. L'esame di accesso ha una graduatoria nazionale, la formazione avviene nelle strutture universitarie e in quelle ospedaliere e lo specializzando è in grado, già dall'inizio, di eseguire alcuni interventi da primo operatore, completamente autonomo. Nel Regno Unito, dove la formazione dura sei anni è sempre autonomo, già durante i primi mesi di specializzazione. In Germania, c'è un controllo maggiore da parte degli Ordini dei medici, con due anni di formazione di base e quattro anni di rotazione. In Spagna è la stessa cosa. Il principio sempre presente è che il medico in formazione deve acquisire delle competenze in termini brevi.

Il problema dell'Italia è, più che la durata della formazione, proprio l'acquisizione delle competenze: la formazione specialistica del medico da noi dura cinque anni per tutte le branche e sei anni per la chirurgia generale, ma alla fine, il "prodotto" che ne esce è grezzo e quando si affaccia all'ospedale e deve essere nuovamente formato e qualificato.

Eppure una legge c'è, la 368, ma non viene rispettata nella maniera più assoluta, a partire dalla misurazione dei fabbisogni: ogni tre anni dovrebbero essere fatte le misurazioni, ma non si fanno da dieci anni.

Così come è disatteso quanto previsto dall'articolo 35, la graduale assunzione dei compiti assistenziali e l'esecuzione di interventi con autonomia. Sia chiaro che in nessun caso l'attività deve essere sostitutiva del personale di ruolo: il dirigente è il dirigente, lo specializzando è assistente in formazione e quindi non deve sostituire la carenza di personale.

Ancora, nell'articolo 43 della legge 368, sono previsti strumenti di verifica sulla formazione, ovvero un osservatorio nazionale e gli osservatori regionali. Ma il problema è l'autoreferenzialità dei controlli, visto che l'osservatorio nazionale è costituito da tre rappresentanti del Ministero, tre presidi di facoltà e tre rappresentanti degli specializzandi, mentre gli osservatori regionali non sono attivi nell'80% delle regioni italiane.

Infine, c'è il problema dello stanziamento dei fondi, non solo per la formazione ma anche per la retribuzione dei medici in formazione specialistica, che ancora una volta non viene rispettato.

Sostanzialmente i problemi sono: l'autoreferenzialità nei controlli, la paralisi degli organismi di controllo e le inadempienze legislative. Per superarle ci vuole un coinvolgimento delle base, ovvero dei medici in formazione, per-

ché è solo da noi che potete sapere veramente come vanno le cose.

Le soluzioni possibili sono la messa in atto di procedure di controllo efficaci; l'attivazione seria degli osservatori nazionali e regionali; la rotazione degli specializzandi nelle strutture del sistema sanitario nazionale, come avviene in tutta Europa. Quindi, sostanzialmente, una rivisitazione della 368.

Concludo con la proposta di creare, su questi temi, un brain trust, coinvolgendo le istituzioni, il ministero, le regioni, ma soprattutto gli specializzandi, ovvero la forza lavoro che quotidianamente subisce, molte volte senza avere il giusto peso specifico per poter ribattere, una formazione che oggi continua ad essere lacunosa.

Giuseppe Gullotta

PRESIDENTE NAZIONALE CIPE

RINGRAZIO PER L'INVITO e mi limito ad alcune brevi riflessioni.

1. Già nella scorsa Conferenza nazionale della professione medica la Fnomceo aveva avviato un percorso di riflessione per l'accesso in medicina, proponendo la valutazione del curriculum nella scuola secondaria. È una proposta da non abbandonare perché questo potrebbe consentire a chi effettivamente vuole fare il medico di migliorare la sua possibilità di accesso, anziché avventurarsi soltanto in una questione di quiz.
2. Parlo a nome dei pediatri di libera scelta, per ricordare a tutti che esiste una branca, la pediatria di famiglia, che sul territorio oggi ha un peso specifico non indif-

ferente ma che sostanzialmente non esiste nella formazione del medico.

3. Condivido le parole della presentazione di Amedeo Bianco, che in merito all'Ecm definiva i soggetti a vocazione formativa, non sempre trasparenti, efficaci e indipendenti. Sono tre aggettivi estremamente pesanti e molto indicativi, ma bisogna avere il coraggio di dire queste cose. Noi, come Cipe l'abbiamo detto più di una volta: etica, etica, e ancora etica.
4. Si è detto in questa Conferenza che esiste una frazione di medici, circa il 10%, che non accede né alle scuole di specializzazione, né al corso di medicina generale. Quindi, non può fare il medico, perché non può fare i concorsi pubblici e non può neanche insegnare. Quale futuro avranno questi medici che non riescono per tanti motivi ad iscriversi alle scuole di specializzazione o all'accesso in medicina generale?
5. Il 20% degli studenti di medicina sono fuori corso, questo vuol dire che c'è qualcosa che non va, perché questa non può essere una percentuale fisiologica, ma indica un problema nel percorso formativo.
6. Si è detto che 115 mila medici nei prossimi quindici anni se ne andranno in pensione. Tra i pediatri di famiglia andrà in pensione il 58% di quelli attualmente in attività, con il rischio di veder scomparire del tutto questo settore. Visto che scuole di specializzazione, per motivi europei, non potranno ovviamente sopperire a questa mancanza, una soluzione va trovata, anche facendo marcia indietro.
7. Sulla depenalizzazione della colpa medica bisogna assolutamente puntare i piedi in maniera decisa e motivata. Le ragioni le conosciamo tutti, a partire dal dato secondo cui la medicina difensiva costa allo Stato 10 miliardi di euro. Credo che la Fnomceo debba propor-

re le camere di conciliazione dentro gli Ordini dei medici, perché la depenalizzazione e le camere di conciliazione devono essere dei punti focali fondamentali per salvaguardare il futuro di tutta la categoria.

8. Infine, ultima cosa che gli Ordine devono valutare attentamente è la tutela del rischio professionale, che deve essere a carico delle aziende, sia per i medici dipendenti, come in questo momento avviene, che per i medici convenzionati, perché medici di famiglia, pediatri di famiglia e specialisti convenzionati non sono figli di un Dio minore.
-

Claudio Leonardi

CONSIGLIERE NAZIONALE UGL MEDICI

RINGRAZIO IL DOTTOR BIANCO perché ci ha permesso di intervenire in questa conferenza, anche a nome del nostro segretario nazionale, dottor Di Biagi, che è impegnato in un'altra nostra manifestazione al Sud d'Italia. Noi possiamo che essere concordi con questa logica pragmatica e scevra di pregiudizi che è emersa dai lavori di questa seconda conferenza, una logica che è orientata alla definizione dei corretti bisogni formativi dei professionisti sanitari, equa, trasparente e fondata sulle innovazioni. È proprio in questa prospettiva che il nostro sindacato si vuole porre, uno dei nostri obiettivi sarà quello di corroborare la figura del medico e del professionista della salute in genere, in tutti i suoi complessi e compositi aspetti senza trascurare tutte le sue intime dimensioni, quella clinica, piuttosto che quella sociale, la dimensione umanistica associata a quella tecnica, le dimensio-

ni organizzative e gestionali che sono strettamente correlate a quella culturale, formativa e di ricerca.

Pertanto, il nostro sindacato, nell'accogliere la sfida di identificare in questo panorama scientifico e culturale i bisogni formativi e gli obiettivi professionalizzanti, non può che accogliere ed aderire alle riflessioni che si sono sviluppate in questa conferenza. Ovviamente con l'impegno a collaborare costruttivamente nella determinazione di quei programmi operativi che ci porteranno al raggiungimento degli obiettivi che ci siamo prefissati e che vogliamo ovviamente percorrere insieme.

II CONFERENZA NAZIONALE
DELLA PROFESSIONE MEDICA

Documento conclusivo

Rapporto per la qualità professionale del medico

Considerazioni e proposte sul modello formativo italiano

PREMESSA

Nel nostro Paese, come in altri europei, sotto la spinta di molteplici criticità di prevalente ordine economico-finanziario, sono in atto politiche rivolte ad un sensibile contenimento della spesa pubblica che coinvolgono settori delicati di interesse generale e tra questi l'istruzione (scuola, università, formazione professionale), la previdenza, l'assistenza e la sanità, in altre parole il nucleo centrale del nostro Stato Sociale.

Siamo consapevoli dei limiti e delle oggettive difficoltà del nostro modello di "Stato Sociale" e quindi della necessità di introdurre correttivi ed innovazioni ma anche convinti che i principi che lo ispirano rappresentino comunque la strada maestra per "materializzare" quello straordinario patrimonio di valori di comunità (solidarietà, universalismo dei diritti, equità tra generazioni e ceti sociali) previsto nella nostra Costituzione e che costituiscono un formidabile cemento della

coesione sociale e dell'identità civile del nostro paese. In quei valori sono altresì profondamente radicate le fondamenta civili e deontologiche del nostro esercizio professionale definendo un limite oltre il quale non possiamo e non vogliamo andare.

Questo orgoglioso richiamo alla nostra identità non intende sottrarre la professione medica alle sfide dei grandi cambiamenti della medicina, della sanità, della società, ma le impone di affrontarle in una prospettiva di autonomo e responsabile esercizio del suo ruolo di garanzia e di tutela di quei valori, entro i quali trovano espressione i diritti e le libertà di ciascuno e di tutti i cittadini.

La sostenibilità di quei valori di comunità deve misurarsi con fenomeni complessi e di varia natura sui quali domina l'imperativo economico in sanità correlato al trend di crescita dei costi in ragione sia dello sviluppo delle tecnologie sia del mutato scenario epidemiologico della salute e della malattia ovvero prevenzione *versus* cura, acuzie *versus* cronicità, individuo *versus* collettività; fenomeni che hanno allargato sia la platea che i contenuti della domanda di servizi.

Qualità professionale del medico

Poniamo il tema della qualità professionale nella prospettiva di rafforzare un fondamento critico per la sostenibilità del nostro sistema delle cure e quindi di quei preziosi valori di equità, solidarietà, universalismo dei destinatari di cui oggi è insostituibile espressione materiale.

In letteratura internazionale la qualità professionale del medico ha ricevuto definizioni complesse e controverse, ma è unanimemente riconosciuto che essa rappresenti un determinante critico di efficacia, appropriatezza e sicurezza dei servizi di cura.

Progettare e lavorare per lo sviluppo della qualità professionale del medico significa dunque operare per la qualità dei

servizi in ogni sua dimensione (di processo, di esito, percepita) mantenendo alta la fiducia e l'affidabilità dei professionisti e del sistema delle cure verso i cittadini ed affiancando per la *governance* della crescita dei costi alle pratiche tipicamente manageriali quelle tipicamente professionali che fanno leva sulla efficacia e l'appropriatezza.

Non a caso la fiducia dei cittadini, l'affidabilità dei professionisti e delle strutture sanitarie e la *governance* della crescita dei costi tracciano i confini di quella arena entro la quale si gioca la complessiva sostenibilità di un sistema di tutela della salute che intende conseguire la sintesi alta tra i principi civili e sociali di solidarietà, di universalismo dei destinatari, di equità, e quelli tecnico professionali di efficacia e sicurezza delle cure.

Nei mutati scenari della medicina, della sanità e della società, un medico di qualità va innanzitutto formato e poi protetto dalla fisiologica obsolescenza delle conoscenze e competenze garantendo nel tempo della sua vita professionale un sistema accessibile ed efficace di costante aggiornamento e sviluppo delle proprie abilità tecniche e non tecniche.

La moderna formazione di un medico è, quindi, una complessa "costruzione" educativa, culturale, tecnico-scientifica, con ampi risvolti civili e sociali rispetto alla quale occorre condividere le responsabilità, le esperienze, le intelligenze e le competenze di tutti i soggetti, vecchi e nuovi, portatori di legittimi interessi, ma soprattutto chiamati a corrispondere al fine ultimo di tutelare la centralità dei diritti del cittadino sano e malato.

Questo processo, continuo ed integrato, che parte dall'accesso agli studi di medicina e si conclude al termine della vita attiva professionale deve misurarsi non solo con l'evoluzione dei saperi tecnico-scientifici, ma anche con le nuove definizioni, i nuovi orizzonti e le diverse legittimazioni culturali e civili che costantemente ridisegnano gli scopi della

medicina e della sanità.

Una grande opera formativa che, pur mantenendo al centro il paradigma della malattia, deve tuttavia arricchirsi delle nuove dimensioni umanistiche correlate alla tutela della salute ed alla cura della persona e della collettività.

Scopi della Formazione

Lo scopo primario della formazione così intesa è dunque quello di “costruire e sviluppare” nel tempo:

- un professionista che abbia le necessarie basi scientifiche, capacità di diagnosi e di trattamento, buona pratica clinica e di lavoro interdisciplinare, il tutto unito ad una obiettiva capacità di relazioni, di analisi critica dei problemi, di consapevolezza e responsabilità sui valori etici, deontologici e civili propri dell’esercizio professionale;
- un professionista responsabile in prima persona delle proprie azioni professionali verso i pazienti, in grado di modificare i propri comportamenti di lavoro e di adottare modelli basati sulla reale partecipazione di tutto il gruppo;
- un professionista capace di intervenire sia nella fase della pianificazione che del governo del proprio cambiamento e dei propri processi operativi, responsabilizzato sull’uso efficace ed appropriato delle risorse e sulla sicurezza delle cure;
- un professionista che sappia governare un ambiente caratterizzato da elevata intensità di lavoro, altissimo livello di scolarizzazione e che abbia, nel suo bagaglio culturale, la conoscenza di tecniche di gestione assai complesse che non hanno eguali in altri settori esercitando una leadership idonea a ricomporre in un quadro unitario autonomie professionali forti e potenzialmente conflittuali.

Un progetto di qualità professionale richiede innanzitutto

una maggiore connettività e flessibilità nelle relazioni e nelle “regole di ingaggio” tra le due grandi “opportunità” a disposizione per la formazione di un medico di qualità e cioè le Facoltà di Medicina e le strutture e i professionisti dei Servizi Sanitari Regionali al fine di consentire, nel rispetto delle rispettive responsabilità e competenze, una maggiore capacità di integrazione dei contenuti e delle forme di insegnamento ed apprendimento correlati al soddisfacimento di concreti bisogni formativi dei giovani.

Questa prospettiva, partecipativa e cooperativa, ci appare oggi come la più efficace ad affrontare quella vera e propria “emergenza formativa” del medico nella quale siamo già entrati anche in ragione di una gobba demografica che nell’arco di età attuale compresa tra i 51 e 59 anni somma circa 115.000 medici, esclusi gli esercenti la professione odontoiatrica (doppi iscritti).

*L'emergenza
formativa*

In una coorte di 9 anni sono oggi compresi circa il 52% dei medici occupati in regime di dipendenza, di convenzione nazionale e universitari ovvero il 38% di tutta la popolazione medica con età compresa tra i 28 e 70 anni.

Più analiticamente, questa fascia di età (51-59 anni) comprende il 48% dei medici occupati in regime di dipendenza dai Ssr e Università, il 62% dei Medici di Medicina Generale, il 58% dei Pediatri di Libera Scelta, il 55% degli Specialisti Convenzionati interni e questa coorte è prossima a lambire gli estremi della quiescenza.

Come si può evincere dagli allegati database e da simulazioni relativi a ipotesi di cessazione dalle attività professionali a varie età anagrafiche, che vanno tuttavia considerati con prudenza rappresentando indicatori proxy di un fenomeno che nella realtà si sviluppa non per singoli anni ma per fasce di anni, le criticità della gobba si spostano nel tempo, si distri-

buiscono diversamente, ma l'effetto cumulativo non cambia.

Riteniamo che nella gestione dell'ingresso della gobba ne vada colta l'opportunità di allineare il numero dei medici ai reali e concreti bisogni della sanità pubblica e privata, modulando gli ingressi nel sistema formativo universitario che deve garantire flessibilità nelle quantità e soprattutto evitare una riduzione degli standard di qualità dell'insegnamento e dell'apprendimento.

*Il Corso di Laurea
in Medicina:
programmazione
e selezione
degli accessi*

Questo particolare andamento demografico della popolazione medica rafforza l'esigenza di programmare gli accessi a Medicina superando gli attuali criteri di determinazione dei limiti dell'offerta basati su un generico calcolo delle capacità formative delle Facoltà Mediche, prevalentemente parametrate sul numero dei posti letto a direzione universitaria.

Non si tratta evidentemente di riproporre in fotocopia la gobba demografica, ma, tenendo conto di questa, individuare ed applicare nella programmazione degli accessi una serie di indicatori di fabbisogni sulla base di standard sugli effettivi bisogni assistenziali futuri e delle correlate competenze specialistiche, di domanda e capacità occupazionale del sistema sanitario nel suo complesso, rapportati a parametri demografici consistenti di popolazione (mortalità; natalità; invecchiamento; prevalenza ed incidenza di patologie; etc), a modelli di riorganizzazione sanitaria, a nuovi bisogni di salute, a obiettivi di salute pubblica, a sviluppo della ricerca scientifica e della prevenzione.

L'incremento degli accessi definiti negli ultimi anni costituisce un trend che occorrerà consolidare nei prossimi anni e questo determinerà una fortissima pressione sul sistema formativo anch'esso investito dalla gobba demografica sui do-

centi e dal contenimento delle risorse disponibili.

Ci appare dunque coerente e necessario modificare le attuali modalità di selezione degli accessi con la duplice finalità di:

- a) rendere più trasparente, equo ed accettabile sul piano sociale la selezione dura che ogni anno viene operata (rapporto domande / posti disponibili = 9:1) e che mostra alti livelli di attenzione dei mass media e della pubblica opinione;
- b) garantire che la selezione determini l'accesso ai corsi di laurea delle migliori attitudini a questi studi e a questa attività professionale.

Pur non esistendo al riguardo sistemi perfetti di selezione, anche tenendo conto di tassi non irrilevanti di abbandono degli studi e di dispersione professionale post laurea, riteniamo necessario migliorare l'attuale, sostanzialmente fondato su un test a quiz unico a livello nazionale ma che produce graduatorie locali con evidenti discrepanze tra punteggi di esclusione ed inclusione se rapportati su scala nazionale. Proponiamo che vengano inserite nel processo selettivo più indicatori basati su:

- valutazioni di profitto negli studi di scuola media superiore, normalizzate a livello nazionale;
- attività volontarie di counselling, gestite dagli ordini professionali, con medici esperti sui significati tecnici, relazionali ed etici dell'esercizio professionale e riconosciute con l'eventuale attribuzione di crediti formativi da valorizzare nei punteggi finali;
- test di selezione unico su scala nazionale con una riduzione dei quiz relativi a cultura generale ed articolati secondo le tecniche del progress test;
- sperimentazione di graduatorie per il 70% su base locale e 30% su base nazionale sugli esclusi da quelle locali.

Un accesso numericamente più ampio con la previsione di una certa mobilità territoriale degli studenti, affinché mantenga un profilo di equità e di accessibilità, sempre meno garantito da risorse pubbliche per il diritto allo studio, deve essere accompagnato da misure congrue di sostegno agli studi per i più meritevoli e svantaggiati economicamente diventando rilevante il ruolo attivo di tutti i soggetti in grado di esprimere ruoli di sussidiarietà ovvero Enti Locali, Fondazioni, Aziende del settore sanitario, Associazionismo professionale e gli stessi Ordini Professionali.

*I contenuti formativi
del corso di laurea*

In sintonia con espressioni sempre più vaste del mondo accademico e degli stessi studenti dei corsi di laurea, rileviamo la necessità di rivedere i curricula dei corsi di laurea attraverso:

- una riduzione del numero degli esami e la valorizzazione di prove multidisciplinari in itinere (es. progress test e valutazione sul campo);
- un ampliamento delle attività professionalizzanti opportunamente protette da tutors che realizzino precocemente il contatto con i servizi di prevenzione diagnosi e cura, ospedalieri e territoriali quali sedi aggiuntive di formazione pratica (Ospedali pubblici e privati accreditati, Distretti, Presidi territoriali, Ambulatori di Medicina generale e di Pediatri di Libera Scelta, Laboratori di Sanità Pubblica, Centri di ricerca);
- lo studiare in piccoli gruppi utilizzando la metodica di apprendimento per problemi;
- l'integrazione dell'apprendimento verticale (in tempi successivi con conoscenza cumulativa) e quello orizzontale (in diverse discipline, comunque rilevanti per la propria funzione professionale);
- il miglioramento progressivo della propria competenza in discipline delle scienze umane, come le tecniche di co-

municazione, di gestione, la deontologia, la bioetica, l'antropologia e la sociologia della salute e della malattia.

Più in generale si tratta di sviluppare una nuova linea di pensiero nell'ambito della didattica che sappia contemperare i contenuti del riduzionismo scientifico con le scienze umane, al fine di offrire al futuro medico gli strumenti idonei per affrontare la gestione completa del paziente attraverso l'esercizio unitario dell'atto medico.

Un'educazione che sia costruzione dei significati, delle conoscenze e delle competenze, che deve favorire il superamento del 'canonico' e della semplice raccolta di informazioni e computazione delle conoscenze, ma che deve stimolare il confronto tra le scienze hard e le scienze soft umane con forte attenzione al pluralismo culturale ed etico.

Non solo quindi una doverosa, ricca e complessa preparazione tecnica per il futuro medico, ma anche una preparazione umanistica, in grado di superare il semplice aspetto tecnico del rapporto medico-malattia per riscoprire l'uomo nel suo significato ontologico.

L'insegnamento della medicina viene a mancare di fatto degli strumenti metodologici per sottoporre ad analisi gli scopi e valori della disciplina medica.

Lo studente di medicina apprende in modo acritico e spesso in maniera approssimativa concetti che costituiscono l'ossatura del suo modo di pensare, di un metodo di ragionamento che lo dovrebbe condurre sempre a privilegiare il confronto abbandonando assolutismi del sapere che spesso appaiono un ostacolo più che una risorsa per una buona qualità professionale.

L'adozione di nuovi strumenti di valutazione aggiuntivi e determinanti (progress test; presentazione e discussione di casi clinici seguiti durante il tirocinio) va accompagnata, in

*Esami di stato
abilitanti*

coerenza con quanto già acquisito in altri ambiti professionali, da una modifica della Commissione di esame, dovendo in prospettiva compiutamente configurare e sostanziare una terzietà valutativa rispetto alle istituzioni formative.

*La formazione
post laurea:
specialistica
e specifica*

Alla legislazione vigente in materia di accesso alla dipendenza, alle convenzioni ed allo stesso accreditamento di professionisti e strutture private che prevedono il possesso del diploma di specializzazione e, per la Medicina Generale, quello di formazione specifica, si impone l'urgenza di programmare nei prossimi anni un numero di accessi alle scuole di specializzazione e ai corsi di formazione specifica che ragionevolmente tenga conto del particolare andamento della curva demografica.

Una emergenza formativa che, se non assolta efficacemente, determinerebbe una emergenza organizzativa e gestionale del sistema sanitario la cui soluzione non riteniamo possa essere quanto purtroppo oggi già avviene in modo strisciante, per difficoltà a reperire alcune figure specialistiche e cioè il reclutamento mediante contratti atipici che consentono di eludere i requisiti di accesso al prezzo però di ridurre il tasso di qualificazione delle prestazioni e di relegare i giovani professionisti ad un destino di persistente precariato non potendo questi maturare il titolo abilitante ad un eventuale concorso di stabilizzazione.

L'investimento che la collettività sostiene per remunerare i soli contratti di formazione specialistica affidati alle circa 1500 scuole di specializzazione delle Facoltà di Medicina, al netto dei costi di formazione, non è indifferente e cioè circa 640 mln di euro/anno stimati su una platea di 25.000 specializzandi per i 5 anni di corso.

È altresì noto che questi professionisti svolgono attività assistenziali sostanziali ma formalmente anonime e non ne-

cessariamente correlate ai loro fabbisogni formativi e comunque preziose nel garantire il buon andamento dei servizi nei quali sono inseriti a scopi formativi.

La Formazione specifica in medicina generale ha una competenza regionale e si stima che la media anno dei professionisti nel ciclo formativo triennale sia di circa 2300 soggetti (850-900 per ciascuno dei tre anni); il costo delle borse di studio, il cui importo è pari a circa il 50% di un contratto di formazione specialistico, è stimato sui 26,7 mln di euro/anno, al netto dei costi di formazione.

La programmazione dei fabbisogni di specialisti formalmente avviene ogni anno in base alle esigenze previste di specialisti nel successivo quinquennio, in pratica i posti disponibili nelle Scuole di Specializzazione restano condizionate alle capacità formative e alle vocazioni delle Facoltà di Medicina e soprattutto al contingentamento dei contratti di formazione nel numero di 5000/anno più 50 accessi riservati a corpi militari dello stato.

L'emergenza formativa esalta le storiche criticità tipiche del nostro modello formativo specialistico e che incidono anche su delicati aspetti del mercato del lavoro professionale:

- una sostanziale indifferenza dell'offerta formativa di specialisti alla rivoluzione demografica ed epidemiologica in atto;
- un insufficiente sviluppo delle attività professionalizzanti, del tutto evidente nel passaggio alla gestione autonoma delle competenze;
- un ingresso nel mondo del lavoro molto più in ritardo rispetto ai colleghi europei con l'impossibilità di costruire prima dei 70 anni il massimo pensionistico, salvo il riscatti degli anni e/ totalizzazioni degli anni formativi, particolarmente onerosi;

*Programmazione
degli accessi alle
Scuole di Specialità*

- un sostanziale confinamento dei 25.000 medici in formazione specialistica all'interno delle unità operative a direzione universitaria che già oggi manifestano difficoltà a garantire volumi e tipologie di casistiche disponibili per l'expertise di ciascun specializzando così come previste dall'ordinamento;
- la lacunosa applicazione della riforma curriculare che prevede l'articolazione dei Crediti Formativi in un tronco comune biennale per aree omogenee e la prevalenza delle attività professionalizzanti nel triennio successivo.

La Formazione specialistica

Riteniamo che, anche in questo contesto, vada superato l'attuale assetto formativo specialistico già oggi in difficoltà e sul quale la pressione formativa dei prossimi anni avrà un effetto dirompente ed insostenibile sul piano della qualità e dei costi della formazione, con preoccupanti riflessi negativi sulla funzionalità dei servizi sanitari.

Occorre dunque mettere in atto politiche di ricomposizione di tutte criticità in un modello di formazione specialistica che, nel rispetto di ruoli e competenze e portando a compiuta attuazione la normativa vigente, estende ed innova le attività professionalizzanti nelle reti formative dei SSR (ospedali, presidi articolazioni territoriali e strutture di insegnamento).

Radicare le attività professionalizzanti formative in quelle assistenziali, legittimandole e proteggendole sul piano formale e riconoscendole come lavoro produttivo sul piano contrattuale, rappresenta il paradigma andragogico dell'imparare facendo a saper fare e saper essere, del tutto idoneo per professionisti dai 27 ai 32 anni.

In questa prospettiva le attività formative del primo biennio manterrebbero le loro finalità di costruzione di nuovi saperi nelle discipline specialistiche afferenti all'area comune (tron-

co comune), remunerato con contratti di formazione.

Nel triennio successivo l'articolazione delle attività professionalizzanti inerenti alle varie discipline, attraverso una efficace integrazione tra processi formativi e processi clinico assistenziali, dovrebbe avvalersi delle reti formative dei SSR, quindi non limitandosi alle sole sedi a direzione universitaria, tenendo conto delle capacità formative delle esigenze assistenziali di ognuno.

Tali attività svolte nelle reti formative regionali dovranno prevedere riserve orarie per studio, seminari, esami, il tutoring di professionisti esperti nel graduale inserimento nelle attività core dei servizi, le coperture assicurative e quelle prevido-assistenziali; da esplicitare in un contratto di lavoro a tempo determinato (contratto di formazione-lavoro) per il triennio, parametrato sulla retribuzione di ingresso della dirigenza medica.

Le Scuole di Formazione Specialistica rilasciano i relativi diplomi.

Le Regioni, che peraltro da tempo identificano fabbisogni di specialisti sensibilmente superiori ai contratti di formazione effettivamente resi disponibili, possono in tale modello assumere gli oneri delle risorse mancanti, riconoscendo le buone ragioni per investire nella qualità professionale connessa all'insegnamento ed apprendimento sul campo, ma anche l'opportunità di ottimizzare i fabbisogni e il reclutamento di personale specialistico per allargare l'offerta di servizi ai cittadini.

Sullo sfondo, qualora il sistema formativo specialistico non fosse nelle condizioni di corrispondere ai fabbisogni formativi sul piano della quantità e della qualità, si profilerebbe quale unica soluzione praticabile, la sospensione del requisito di specializzazione per l'accesso alla dipendenza, prevedendo il riconoscimento del titolo di specialista dopo cinque anni di attività assistenziale e formativa svolta e verifi-

cata all'interno delle strutture dei servizi sanitari regionali, o in alternativa a seguito dell'espletamento di un numero minimo di prestazioni assistenziali certificate opportunamente codificate.

Quest'ultima soluzione permetterebbe l'ottimale recupero della funzione formativa del Ssn, finora riconosciuta solo formalmente garantendo ai giovani medici un ingresso nel mondo del lavoro in un'età inferiore, al pari dei colleghi europei, con maggiori opportunità di autonomia professionale e miglioramento della situazione previdenziale individuale e collettiva. Il Ssn avrebbe la possibilità di coprire in tempo reale le esigenze di organico, garantendo il ricambio nelle strutture pubbliche e private accreditate, configurando una prospettiva di fabbisogni e di occupazione visibile immediatamente dopo la laurea. Questo ridurrebbe l'arco temporale di programmazione dei fabbisogni da 11-12 a 6 anni.

Resta comunque centrale l'esigenza che le attività professionalizzanti ovunque affidate, siano effettivamente svolte e valutate rigorosamente sulla base della normativa vigente e, con tali finalità, riteniamo debbano poter operare Osservatori Regionali, a composizione terza (Regione – Ordini Professionali – Società Medico Scientifiche accreditate – Rappresentanti dei medici in formazione specialistica), in collegamento funzionale con L'Osservatorio nazionale.

*La Formazione
Specifica in
Medicina Generale*

In Europa ed anche nel nostro Paese, la formazione specifica in medicina generale è oggetto di profonde riconsiderazioni essendo largamente condivisa l'opportunità di un riconoscimento come titolo specialistico sulla base di una sua precisa identità di corpus cognitivo e di procedure clinico assistenziali.

Non si tratta solo di riconoscere pari dignità culturale e quindi formativa ad una specifica pratica professionale ma co-

gliere la straordinaria opportunità che lo stesso processo formativo si faccia carico di porre le basi culturali e professionali per quella integrazione tra cure specialistiche e cure primarie, oggi ritenuta una risposta efficace alla necessità di garantire quella continuità assistenziale che, nel mutato contesto epidemiologico, può ottimizzare risorse e mantenere al centro delle diverse competenze i bisogni del paziente.

Scuole Regionali di Formazione Specifica in Medicina Generale e Scuole di Specialità possono, attraverso opportune convenzioni, individuare attività integrate di reciproco insegnamento ed apprendimento di docenti e discenti, di strutture, di metodologie e obiettivi formativi nei tronchi comuni del primo biennio a cui attribuire crediti per poi divergere nei successivi percorsi negli anni successivi da dedicare prevalentemente ad attività professionalizzanti nelle specifiche discipline.

Per sostenere questa prospettiva di Formazione Specifica in Medicina Generale, è necessario che le Regioni assumano la piena responsabilità di sostenere un modello che integri l'apprendimento nell'assistenza, strutturando l'offerta formativa e la rete delle attività professionalizzanti, parificando i trattamenti economici iniziali oggi diversificati e regolamentando l'attività assistenziale dei medici in formazione specifica nel rispetto del percorso formativo, attraverso opportune forme di contratti a termine in materia di retribuzione, tutele prevido-assistenziali e assicurative.

Anche in questo ambito è comunque centrale l'esigenza che le attività professionalizzanti, siano effettivamente svolte e valutate e, con tali finalità, riteniamo debbano poter operare Osservatori Regionali, a composizione terza (Ordini Professionali – SMS accreditate del settore – Rappresentanze dei medici in formazione specifica) in collegamento funzionale con l'Osservatorio Nazionale.

*La Formazione
continua per la
qualità professionale*

Lo sviluppo nel tempo della conoscenze e competenze è quel segmento dello stesso processo formativo per la qualità professionale che comprende tutta la vita attiva del medico al fine di adattarne le abilità tecniche e non tecniche alle rapide innovazioni della medicina come scienza tecnologica e della sanità come contesto organizzativo nel quale è necessario perseguire sia l'efficienza di costosi fattori produttivi, sia l'efficacia e l'appropriatezza delle pratiche professionali sia la buona gestione di complesse relazioni professionali ed umane. Questo segmento del processo formativo non ha avuto storicamente una sua compiuta definizione essendosi espresso in modo disorganico sulla base di autonome e responsabili scelte deontologiche e professionali dei singoli, su generiche ed insufficienti vocazioni delle istituzioni sanitarie e sull'impegno generoso ma frammentario delle Società Medico Scientifiche.

Nel nostro sistema è in forte ritardo una cultura della promozione e valutazione della qualità dei professionisti e dei servizi, di standard ed indicatori di performance e competenze di singoli, delle équipes e delle organizzazioni sanitarie, di sistematica produzione e diffusione di buone pratiche (linee guida, protocolli, percorsi di cura etc), di sviluppo della ricerca clinica indipendente orientata a colmare il gap tra la produzione di innovazioni tecnico-scientifiche e organizzative e la pratica clinica.

Una criticità che sarebbe però sbagliato e controproducente pensare di risolvere affrontandoli "dalla coda", attraverso l'esclusivo potenziamento di modelli burocratici, inquisitori e sanzionatori di controllo.

Anche in questo contesto, la qualità è una complessa costruzione partecipativa e cooperativa che deve esprimere una *governance* degli interessi e dei bisogni di tutti i soggetti coinvolti al fine di migliorare i servizi resi ai cittadini e che si costruisce innanzitutto offrendo opportunità accessibili ed ef-

ficaci di sviluppo delle abilità dei professionisti e delle organizzazioni sui quali e con i quali misurarli e misurare i risultati anche in termini di impegno, capacità, competenze e merito.

In questo scenario emerge una centralità della Professione, della sua autonomia e responsabilità tecnico professionale, della sua capacità di esprimere un governo dell'unico patrimonio sociale in suo possesso e cioè le specifiche competenze e conoscenze, che va assolutamente colta ed interpretata salvo scontare una marginalizzazione da attoniti ed anonimi spettatori.

Un protagonismo professionale che deve sollecitare la messa in opera di un sistema di formazione e valutazione della qualità professionale partecipato, condiviso ed efficace, chiamando a raccolta e portando alla migliore sintesi le esperienze e le vocazioni in campo; dando così una prospettiva a quanto oggi di buono ma frammentario viene già fatto.

In questo progetto per la qualità professionale un ruolo fondamentale deve essere svolto dalla Società Medico Scientifica che storicamente hanno coltivato la raccolta e la diffusione dei nuovi saperi scientifici e delle nuove competenze. La diffusione sistematica delle buone pratiche cliniche, l'individuazione e misurazione di standard ed indicatori di competenza e performance dei professionisti e delle organizzazioni; la produzione e la diffusione di linee guida, protocolli, percorsi; lo sviluppo di attività di educazione continua in medicina; l'apporto alla formazione di base, specialistica e specifica e alla valutazione delle relative attività professionalizzanti; la promozione ed il supporto alla ricerca clinica ed osservazionale, gli indirizzi alle politiche di Health Technology Assessment (Hta), costituiscono quel mix di vecchi e nuovi compiti delle Sms che vanno portati a sistema.

*Le Società Medico
Scientifiche (SMS)*

Nasce da queste considerazioni l'esigenza di realizzare al più presto un modello di accreditamento istituzionale delle Sns, gestito da un soggetto terzo che veda la paritetica espressione dello Stato-Regioni e della Professione.

In tale processo compete alla Federazione nazionale delle Sns (Fism) il ruolo guida nel proporre al ricco universo dell'associazionismo scientifico, una griglia condivisa di criteri e requisiti di rappresentatività, organizzazione, operatività, di autonomia gestionale, ai fini dell'accredimento ovvero alla verifica del loro mantenimento nel tempo.

Un percorso che, senza mortificare preziose esperienze e vocazioni culturali e professionali, produca uno sforzo autonomo e responsabile di ricomposizione funzionale delle Sns, al fine di garantire il riconoscimento delle stesse in ruoli di interlocutori stabili, affidabili ed autorevoli delle istituzioni sanitarie e dei decisori in sanità.

*Il nuovo sistema
di Educazione
Continua
in Medicina
(Ecm)*

Poco meno di un decennio è trascorso dai primi passi del modello italiano Ecm abbozzati in via sperimentale quando in molti paesi europei e oltreoceano erano già in corso discordanti valutazioni sul suo reale impatto nel determinare il miglioramento dei servizi professionali e delle organizzazioni sanitarie.

Naturalmente questa è una questione ancora aperta anche nel nostro Paese dove l'esprimersi sconta lo svantaggio di trovarsi in un contesto in cui le organizzazioni sanitarie mostrano una scarsa propensione culturale e non poche difficoltà economiche a sostenere efficaci politiche di sviluppo continuo professionale.

Senza sottostimare la rilevanza di una rigorosa valutazione di impatto, che resta dunque centrale in un sistema orientato alla qualità professionale, è tuttavia opportuno far emergere alcune caratteristiche del nuovo programma Ecm poco

note e scarsamente valorizzate, ma che invece sono potenziali e potenti agenti culturali ed organizzativi di sviluppo di un sistema moderno ed efficace di progettazione e diffusione di attività formative dell'adulto.

L'accREDITAMENTO diretto dei provider non identifica una diversa procedura burocratica ma ribalta il principio di responsabilità ed autonomia dei produttori di formazione, chiamati a garantire non su singoli eventi ma su tutta la propria attività, profili consoni di organizzazione (statuti, contabilità, centri di responsabilità), di offerta formativa (piani formativi), di trasparenza (contratti di sponsorizzazione).

Questo significa in prospettiva offrire al bisogno di formazione continua dei medici e di tutti i professionisti sanitari non un frammentato e disorganico universo di soggetti a vocazione formativa, non sempre trasparenti, efficaci ed indipendenti, ma solo quanti possono invece garantire lo sviluppo e la continuità di un sistema affidabile di offerta di attività formative.

L'attenzione è alta sui provider privati ma andrebbe di pari intensità indirizzata a quelli pubblici, fondamentale le aziende sanitarie sulle quali grava l'obbligo di un accreditamento regionale che non è scevro da rischi di autoreferenzialità e di flessibile compliance alle regole del sistema Ecm, soprattutto laddove i servizi sanitari regionali accusano ritardi organizzativo-gestionali e difficoltà di bilancio.

Non va altresì sottovalutata la spinta che il sistema Ecm ha determinato sullo sviluppo di metodologie formative innovative (soprattutto Fad e Fsc) e sulla individuazione degli obiettivi di formazione calate sulle esigenze dei singoli professionisti e quelle delle organizzazioni nelle quali operano (il dossier formativo), il finanziamento di bandi di ricerca sulle innovazioni nel campo delle nuove tecniche formative e di misurazione degli esiti, l'esteso sviluppo della informatizzazione delle procedure, sono profili fino a qualche anno

fa largamente estranei ai modelli tradizionali di formazione professionale in ambito sanitario.

Lo stesso controverso meccanismo dei crediti, al di là di difetti sempre emendabili, rappresenta uno sforzo di quantificazione e misurazione delle attività formative che diventa patrimonio del singolo professionista e che risulta indispensabile per valutare e misurare l'andamento dell'intero processo. Capacità di innovazione in tempo reale dei contenuti, delle metodologie, delle valutazioni e misurazioni delle attività formative sono, oltre l'Ecm, i determinanti di un buon sistema per lo Sviluppo Continuo Professionale orientato alla qualità Professionale; questa è la grande prospettiva per cui è necessario promuovere e migliorare il programma Ecm.

*La ricerca clinica
e la qualità
professionale*

La ricerca clinica indipendente assume un rilevante valore formativo ed etico-comportamentale: abitua ad un rigore metodologico, favorisce il confronto tra operatori, rappresenta uno stimolo culturale alla innovazione, ha insite le valenze etiche della good clinical practice ed abitua alla trasparenza di comportamento. Si pone l'obiettivo di ridurre il gap tra ricerca e pratica clinica, di creare una rete tra medici clinici – managers - ricercatori, di monitorare la pratica clinica con indicatori di processo e di outcome, di confrontare nel tempo i dati raccolti. L'inserimento dei clinici nella ricerca permette di non limitarla ai centri di assistenza terziaria, consentendo pertanto di applicare immediatamente i dati raccolti in una popolazione non selezionata.

Si apre quindi un ampio spazio per gli studi clinici osservazionali: survey epidemiologiche, registri longitudinali e studi di effectiveness per valutare l'impatto e la trasferibilità delle indicazioni diagnostico-terapeutiche nella pratica clinica in un ambito di appropriatezza e di efficienza/efficacia. L'orien-

tamento di questa ricerca dovrebbe essere indirizzato ai problemi clinici emergenti, ai settori strategici e ad elevato impegno assistenziale, ai soggetti 'fragili' e vulnerabili.

Si stima che le indicazioni raccomandate in base alla EBM siano applicate soltanto nel 50-60% dei pazienti, con forme di disparità e sotto-utilizzo assai differenti. Si tratta quindi di trovare soluzioni per implementare nella pratica clinica i risultati della ricerca. È utile a questo riguardo considerare il ruolo complementare tra studi clinici randomizzati e studi osservazionali, questi ultimi volti a estendere e generalizzare i dati nel mondo reale, valutandone l'impatto.

In questo modo si può realizzare un legame tra ricerca ed applicazioni cliniche delle evidenze, integrando in altri termini ricerca e formazione; gli studi clinici diventano cioè occasione per incorporare nei comportamenti le migliori pratiche cliniche e per individuare i principali bisogni formativi. Questo tipo di ricerca permette di ottenere una fotografia real-life, individuando le possibili aree di miglioramento nel comportamento assistenziale e valutando l'effectiveness di un intervento formativo.

Si chiude un cerchio di riflessioni e di proposte sul modello formativo italiano che abbiamo sviluppato in un percorso di ascolto e di confronto fuori e dentro la Professione e le sue storiche rappresentanze.

Mettiamo il nostro lavoro a disposizione dei professionisti che rappresentiamo, delle istituzioni sanitarie e formative, della politica, dei cittadini, affinché possa diventare un punto di incontro e di dialogo nell'ottica di condividere e realizzare cambiamenti per lo sviluppo della qualità professionale e del sistema delle cure, non più eludibili né procrastinabili.

Conclusioni

II CONFERENZA NAZIONALE
DELLA PROFESSIONE MEDICA

La professione medica in cifre

Fonte: Database 2010 da Enpam-Onaosi-Fnomceo

I MEDICI IN ITALIA PER ANNO DI NASCITA

ETÀ COMPRESA TRA 28-70 ANNI

(ESCLUSI DOPPI ISCRITTI)

IN ROSSO LA GOBBA DEMOGRAFICA. IN GRIGIO MEDICI IN FORMAZIONE

anno nascita	guardia medica	medici di famiglia	pediatri libera scelta	specialisti conv.	medici dipendenti	sub totale dipendenti + convenzionati	iscritti albi medici <i>altre attività: in grigio form. specialistica</i>	totale medici puri iscritti (Fnomceo)
1940	3	235	29	78	257	602	1.588	2.190
1941	5	238	29	63	383	718	1.292	2.010
1942	6	259	30	77	537	909	1.255	2.164
1943	11	318	37	113	762	1.241	1.321	2.562
1944	13	420	44	107	855	1.439	1.237	2.676
1945	16	492	51	126	1048	1.733	1.395	3.128
1946	32	797	71	221	1869	2.990	1.947	4.937
1947	50	1.009	104	263	2433	3.859	1.989	5.848
1948	71	1.348	152	326	3095	4.992	1.908	6.900
1949	109	1.807	184	436	3789	6.325	1.628	7.953
1950	105	2.479	198	556	4816	8.154	1.243	9.397
1951	170	3.106	285	704	6000	10.265	822	11.087
1952	226	3.740	336	909	6448	11.659	947	12.606
1953	323	3.973	411	1.109	6908	12.724	1.080	13.804
1954	427	3.893	511	1.214	6605	12.650	1.268	13.918
1955	561	3.552	570	1.318	7023	13.024	550	13.574
1956	711	3.230	576	1.260	6810	12.587	1.484	14.071
1957	726	2.575	630	1.177	6160	11.268	1.982	13.250
1958	803	2.088	508	951	5628	9.978	1.942	11.920
1959	935	1.791	498	825	4838	8.887	2.260	11.147
1960	892	1.543	381	606	4182	7.604	2.063	9.667
1961	846	1.339	385	515	3781	6.866	2.191	9.057
1962	817	1.099	297	453	3746	6.412	1.930	8.342
1963	811	950	275	411	3638	6.085	2.162	8.247
1964	795	745	191	380	3147	5.258	2.689	7.947
1965	631	559	158	319	2816	4.483	2.496	6.979
1966	526	342	97	278	2428	3.671	2.584	6.255
1967	430	238	88	259	2203	3.218	2.246	5.464
1968	390	156	53	232	2014	2.845	2.136	4.981
1969	287	86	48	208	1779	2.408	2.301	4.709
1970	245	52	44	206	1743	2.290	2.253	4.543
1971	244	53	36	229	1781	2.343	2.483	4.826
1972	277	37	31	236	1794	2.375	3.011	5.386
1973	312	35	20	212	1588	2.167	3.756	5.923
1974	298	32	18	239	1191	1.778	4.327	6.105
1975	270	15	14	169	781	1.249	4.710	5.959
1976	279	16	4	122	413	834	4.844	5.678
1977	348	15	1	86	162	612	5.234	5.846
1978	280	3	1	39	11	334	5.090	5.424
1979	261	2	1	40	2	306	4.977	5.283
1980	219	1		18	0	238	5.120	5.358
1981	128			11		139	4.961	5.100
1982	19			1		20	4.699	4.719
Tot.	14.913	45.095	7.450	17.102	115.464	200.024	106.916	306.940

LA GOBBA DEMOGRAFICA

(ESCLUSI DOPPI ISCRITTI)

anno nascita	guardia medica	medici di famiglia	pediatri libera scelta	specialisti conv.	medici dipendenti	sub totale dipendenti + convenzionati	iscritti albi medici <i>altre attività:</i>	totale medici puri iscritti (Fnomceo)
1951	170	3.106	285	704	6000	10.265	822	11.087
1952	226	3.740	336	909	6448	11.659	947	12.606
1953	323	3.973	411	1.109	6908	12.724	1.080	13.804
1954	427	3.893	511	1.214	6605	12.650	1.268	13.918
1955	561	3.552	570	1.318	7023	13.024	550	13.574
1956	711	3.230	576	1.260	6810	12.587	1.484	14.071
1957	726	2.575	630	1.177	6160	11.268	1.982	13.250
1958	803	2.088	508	951	5628	9.978	1.942	11.920
1959	935	1.791	498	825	4838	8.887	2.260	11.147
Tot.	4.882	27.948	4.325	9.467	56.420	103.042	12.335	115.377

I MEDICI CHE ANDRANNO IN PENSIONE NEI PROSSIMI 20 ANNI (IPOTESI A 65 ANNI)

ETÀ ATTUALE COMPRESA TRA 45-59 ANNI
(ESCLUSI DOPPI ISCRITTI)

anno nascita	guardia medica	medici di famiglia	pediatri libera scelta	specialisti conv.	medici dipendenti	sub totale dipendenti + convenzionati	iscritti albi medici <i>altre attività:</i>	totale medici puri iscritti (Fnomceo)	anno riferimen.
1951	170	3.106	285	704	6000	10.265	822	11.087	2.016
1952	226	3.740	336	909	6448	11.659	947	12.606	2.017
1953	323	3.973	411	1.109	6908	12.724	1.080	13.804	2.018
1954	427	3.893	511	1.214	6605	12.650	1.268	13.918	2.019
1955	561	3.552	570	1.318	7023	13.024	550	13.574	2.020
1956	711	3.230	576	1.260	6810	12.587	1.484	14.071	2.021
1957	726	2.575	630	1.177	6160	11.268	1.982	13.250	2.022
1958	803	2.088	508	951	5628	9.978	1.942	11.920	2.023
1959	935	1.791	498	825	4838	8.887	2.260	11.147	2.024
1960	892	1.543	381	606	4182	7.604	2.063	9.667	2.025
1961	846	1.339	385	515	3781	6.866	2.191	9.057	2.026
1962	817	1.099	297	453	3746	6.412	1.930	8.342	2.027
1963	811	950	275	411	3638	6.085	2.162	8.247	2.028
1964	795	745	191	380	3147	5.258	2.689	7.947	2.029
1965	631	559	158	319	2816	4.483	2.496	6.979	2.030
Tot.	9.674	34.183	6.012	12.151	77.730	127.599	25.866	165.616	

I MEDICI CHE ANDRANNO IN PENSIONE NEI PROSSIMI 20 ANNI (IPOTESI A 67 ANNI)

ETÀ ATTUALE COMPRESA TRA 47-61 ANNI
(ESCLUSI DOPPI ISCRITTI)

anno nascita	guardia medica	medici di famiglia	pediatri libera scelta	specialisti conv.	medici dipendenti	sub totale dipendenti + convenzionati	iscritti albi medici <i>altre attività:</i>	totale medici puri iscritti (Fnomceo)	anno riferimen.
1949	109	1.807	184	436	3789	6.216	1.737	7.953	2.016
1950	105	2.479	198	556	4816	8.154	1.243	9.397	2.017
1951	170	3.106	285	704	6000	10.265	822	11.087	2.018
1952	226	3.740	336	909	6448	11.659	947	12.606	2.019
1953	323	3.973	411	1.109	6908	12.724	1.080	13.804	2.020
1954	427	3.893	511	1.214	6605	12.650	1.268	13.918	2.021
1955	561	3.552	570	1.318	7023	13.024	550	13.574	2.022
1956	711	3.230	576	1.260	6810	12.587	1.484	14.071	2.023
1957	726	2.575	630	1.177	6160	11.268	1.982	13.250	2.024
1958	803	2.088	508	951	5628	9.978	1.942	11.920	2.025
1959	935	1.791	498	825	4838	8.887	2.260	11.147	2.026
1960	892	1.543	381	606	4182	7.604	2.063	9.667	2.027
1961	846	1.339	385	515	3781	6.866	2.191	9.057	2.028
1962	817	1.099	297	453	3746	6.412	1.930	8.342	2.029
1963	811	950	275	411	3638	6.085	2.162	8.247	2.030
Tot.	8.462	37.165	6.045	12.444	80.372	144.379	23.661	168.040	

II CONFERENZA NAZIONALE
DELLA PROFESSIONE MEDICA

Comunicare la professione medica

Comunicare la professione medica. I contenuti del workshop

Walter Gatti

“COME UTILIZZARE LA COMUNICAZIONE per la nostra professione? Come ottimizzare risorse e informazioni? Come qualificare il nostro parlare per aiutare lo sviluppo di tutto il Paese? Partiamo da una scelta semplice e immediatamente disponibile: mettiamoci in rete!” Queste le parole con cui Amedeo Bianco, presidente Fnomceo, ha aperto il workshop dei comunicatori d’ambito ordinistico e medico-scientifico che ha anticipato a Roma la seconda Conferenza nazionale della professione medica. Per riflettere su “La Comunicazione della Professione Medica: le esperienze, le relazioni e le innovazioni possibili per un progetto di sistema efficiente ed efficace” si sono riuniti a Roma oltre un centinaio di esperti di comunicazione e addetti stampa degli Omceo e delle associazioni mediche.

È stato un momento di autentico lavoro, intenso e partecipativo, perché se è vero – come ha sottolineato nel suo messaggio Bruno Tucci, Presidente Ordine Giornalisti del Lazio –

che “la comunicazione in un campo così delicato è fondamentale ed è essenziale che chi è addetto a questo lavoro sia sempre al passo con i tempi per essere il più preciso possibile quando si rivolge all'opinione pubblica”, e anche indubitabile, come ha esplicitato Lucia Visca, della Fnsi, che “se qualcuno diffonde una informazione non verificata e senza fonti autorevoli, non gli succede nulla, non viene nemmeno sanzionato: la cattiva informazione genera danni immensi”. Insomma: da un lato la comunicazione e l'informazione sono ovunque, dall'altro (soprattutto in ambito medico) si registrano inappropriatezze e carenze che producono output dannosi e pericolosi. Mario Bernardini, decano dei giornalisti medico-scientifici e Presidente dell'Associazione stampa medica, ha confermato le preoccupazioni e anche la necessità di essere protagonisti “nelle tre vie della comunicazione: medico-paziente, medico-medico e medico-opinione”, ricordando che nessuna di queste deve essere dimenticata o privilegiata in un approccio utile e completo sia verso gli operatori sanitari, che verso i cittadini.

Ma di fronte a queste preoccupazioni, il primo passo effettuato a Roma è stato quello di tentare di comprendere “lo stato dell'arte”. Relazione centrale dei lavori è stata quindi quella di Cosimo Nume, coordinatore dell'area comunicazione Fnomceo e presidente dell'Ordine di Taranto, che ha presentato i primi dati di una ricerca in corso tra gli Ordini dei medici per verificare lo “stato della comunicazione” in ambito dei singoli sistemi ordinistici. E qui i dati emersi sono molto indicativi, con il 99% degli Ordini che ha un proprio sito web, mentre la spesa complessiva in comunicazione da parte degli Ordini provinciali supera 1,4milioni di euro, con una spesa per iscritto di circa 5,70€. Numeri importanti, che però sono seguiti dalla considerazione che – purtroppo – parlando di siti web, si scopre che l'aggiornamento dei siti è fatto nel 55% dei casi dalle Segreterie ordi-

nistiche, encomiabili per sforzo e impegno, ma forse non adattissime a rispondere alla domanda “cosa comunico, a chi, come e quando”.

Ma un Ordine come deve comunicare e con quali strategie? Queste sono le domande che si è posto Antonio Chiacchio, medico e comunicatore dell’Ordine di Napoli. “È fondamentale una duplice considerazione”, ha sottolineato Chiacchio, “da un lato dobbiamo essere chiari sugli obiettivi politici e istituzionali che ci prefiggiamo, dall’altro dobbiamo fare lo sforzo di stendere un piano di comunicazione annuale a cui rifarci puntualmente, per non dovere rincorrere l’emergenza quotidiana, spesso dettata dai casi di malasanità”. Seguendo il quadro delineato da Nume e proseguito da Chiacchio, è stato interessante registrare l’esperienza dell’Ordine dei medici di Torino, presentata da Rosa Revellino, giornalista che coordina la “rete di comunicazione istituzionale” realizzata nel capoluogo piemontese e che vede una virtuosa circolazione di documentazione e di comunicati tra i vari soggetti della sanità torinese (Omceo, Università, Asl...). Vista la necessità di comunicare in modo corretto e puntuale, grande interesse ha suscitato poi la presentazione del progetto formativo Fnomceo, presentato dalla responsabile dell’Ufficio stampa della Federazione Simona Dainotto: si tratta di un percorso formativo destinato sia agli addetti stampa che agli addetti delle segreterie ordinistiche, che – in diversi modelli didattici divisi in moduli – permette l’acquisizione degli strumenti per una corretta comunicazione e informazione e che può permettere ad alcuni partecipanti di frequentare uno stage all’interno dell’ufficio stampa Fnomceo.

Il workshop sulla comunicazione ha anche visto Alessandro Varchetta, noto documentarista, presentare il lungometraggio realizzato (con la supervisione di Maurizio Benato) per celebrare i cento anni dalla nascita degli Ordini, mentre An-

drea Calamusa e Laura Carducci, responsabili dell'Osservatorio della Comunicazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Pisa e già presenti al convegno di Reggio Calabria, hanno presentato l'esperienza del loro centro che da anni forma comunicatori in ambito health. A conclusione del workshop e prima del dibattito finale, a cui ha partecipato anche Fiorenzo Corti, responsabile della comunicazione della Fimmg ("negli ultimi anni una corretta informazione è diventata per il nostro sindacato un elemento prioritario delle nostre preoccupazioni"), e Daniele Frezza dell'Omceo di Treviso (che ha ricordato l'importanza di uno stretto e positivo rapporto con i giornalisti delle testate locali, che "spesso sono gli autori del clima positivo o negativo che si crea nei confronti della professione medica, ben più delle firme importanti delle testate nazionali"), sono stati anche presentati gli strumenti della comunicazione istituzionale della Fnomceo, il periodico *La professione* (illustrato da Eva Antoniotti), elegantissimo nella sua ultima veste, che si è arricchito recentemente dei pregevoli volumi dedicati al Centenario, e il portale www.fnomceo.it, che nella strategia complessiva è lo strumento di più facile e immediata utilizzazione non solo da parte degli utenti-medici, ma anche dagli utenti-cittadini che risultano essere i più costanti utilizzatori della Ricerca anagrafica.

A workshop terminato rimane la certezza che c'è da rimboccarsi le maniche, in stretta relazione con il coordinamento comunicazione Fnomceo, rappresentato da Cosimo Nume. Comunicare è un lavoro, non un vezzo o un sovrappiù. Realizzare una rete che riesca a comunicare la salute in modo corretto è un obiettivo ambizioso, ma anche non evitabile. Come ha detto il Presidente Bianco: è uno strumento di aiuto a tutto il Paese. Qualcuno vuol sottrarsi a questo compito?

Publicato su www.fnomceo.it

I risultati del questionario sulla comunicazione rivolto agli Ordini provinciali

Cosimo Nume

PER AVERE UN QUADRO dell'esistente in materia di comunicazione negli Omceo di tutta Italia è stato messo a punto un questionario, inviato poi a tutti i presidenti di Ordine e i cui risultati sono stati presentati nel workshop di Roma dedicato appunto alla comunicazione. Le domande miravano a capire in che direzione, con quali strumenti e con quante risorse gli Ordini provinciali si muovano sul terreno della comunicazione.

Il primo elemento positivo, che conferma l'interesse intorno al tema della comunicazione, è stata la vasta adesione all'iniziativa: hanno infatti restituito il questionario compilato 85 Ordini su 102, ovvero circa l'80% del totale, che corrisponde, se si valuta la rappresentatività del campione in rapporto al numero degli iscritti, al 75% del totale.

Il questionario si articolava in tre parti, relative rispettivamente alla comunicazione esterna, interna e via web, con domande volte a valutare l'entità degli investimenti fatti dagli

Ordini nell'area della comunicazione, sia in termini economici che in termini di risorse umane e professionali.

COMUNICAZIONE ESTERNA

La domanda chiave di questa sezione era: “il vostro ordine interagisce abitualmente con gli organi di informazione locale attraverso comunicati stampa, interviste, partecipazione a trasmissioni televisive o altro?” A questa domanda hanno risposto sì 75 Ordini (88%) e no soltanto 10 (12%).

1. CHI SI OCCUPA PER IL VOSTRO ORDINE DELLA COMUNICAZIONE CON GLI ORGANI DI INFORMAZIONE LOCALE?

(ANCHE PIÙ DI UNA RISPOSTA)

Addetto stampa interno	3	4%
Addetto stampa esterno	5	6%
Ufficio stampa interno	2	2%
Ufficio stampa esterno	3	4%
Presidente	17	20%
Consigliere delegato	21	25%
Segreteria dell'Ordine	47	55%

Dunque è diffusa l'abitudine ad avere contatti con la stampa, le radio e le tv locali, anche se soltanto il 40% degli Ordini dispone per questo lavoro di personale dedicato (ovvero addetti stampa o uffici stampa), mentre spesso se ne occupa direttamente il presidente o la segreteria (v. tabella 1). Pochissimi i professionisti della comunicazione impiegati a tempo pieno negli Ordini: un solo giornalista professionista, 3 giornalisti pubblicisti e nessun laureato in scienza delle comunicazioni. Pochi anche quelli ingaggiati come esterni: solo 20 giornalisti professionisti, 7 pubblicisti e un laureato in scienze della comunicazione.

Molto variabile la spesa sostenuta per questo settore: ci so-

no Ordini che non spendono nulla e Ordini che mettono a bilancio 46mila euro all'anno per la comunicazione esterna. In media la spesa è di 3.362 euro, corrispondente a 0,78 euro per ogni iscritto.

COMUNICAZIONE INTERNA

Ovviamente chi si occupa della comunicazione esterna di un Omceo, siano o meno professionisti, si occupa anche di quella rivolta verso gli iscritti. Per questo segmento della comunicazione, dunque, il questionario ha rilevato in particolare la presenza o meno di pubblicazioni. Il 94% degli Ordini interpellati, 80 in numero assoluto, ha un bollettino o una newsletter. Molto variabili, però, la periodicità e le dimensioni di questi notiziari: in media si tratta di trimestrali, anche se in alcuni casi la cadenza è mensile e in altri addirittura annuale, con una foliazione che va da 2 a 70 pagine. Nel 38% dei casi la newsletter o il bollettino ospitano inserzioni pubblicitarie, che in parte sostengono i costi, non irrilevanti. Si arriva a spendere, infatti, fino a 102mila euro l'anno, con una media di 16.380 euro e una spesa annuale procapite per iscritto (in rapporto al campione esaminato) di 3,99 euro.

COMUNICAZIONE WEB

Solo uno degli Omceo che hanno risposto al questionario non ha attivato un proprio sito internet. Tutti gli altri, 84 su 85, hanno un proprio sito e lo gestiscono nel 39% dei casi attraverso risorse interne, mentre il 7% utilizza risorse esterne e il 53% in modo misto. La creazione e l'implementazione dei siti è affidata però prevalentemente a professionisti esterni (73%). Tra i servizi disponibili sui siti degli Ordini provinciali c'è la ricerca anagrafica di medici e odontoiatri, in alcuni casi limitata agli iscritti nello stesso Ordine (23%), mentre in altri estesa agli altri Ordini (55%).

2. CHI SI OCCUPA DELL'AGGIORNAMENTO DEL NOTIZIARIO ON LINE?

(ANCHE PIÙ DI UNA RISPOSTA)

Addetto stampa interno	6	7%
Addetto stampa esterno	25	29%
Ufficio stampa interno	2	2%
Ufficio stampa esterno	2	2%
Presidente	57	67%
Consigliere delegato	16	19%
Segreteria dell'Ordine	22	26%

Circa la metà dei siti attivati dagli Ordini ha un'area riservata agli iscritti, mentre l'11% ha previsto un'area riservata ai soli Organi Collegiali. I siti ordinistici offrono la possibilità di scaricare in download documenti (89%); riportano link istituzionali (92%); pubblicano un notiziario on line (72%). Nella maggioranza dei casi il compito di aggiornare il notiziario ricade sulla segreteria (55%), mentre è affidato ad un professionista della comunicazione, addetto stampa o ufficio stampa, soltanto nel 16% degli Ordini.

SINTESI

Il settore della comunicazione più attivo negli Omceo provinciali è indubbiamente il web (99% del campione), ma molto utilizzati sono anche strumenti cartacei per la comunicazione interna (94%). Qualche attenzione in meno è dedicata alla comunicazione verso l'esterno, che è comunque praticata da 75 Ordini sugli 85 che hanno risposto al questionario (88%).

Le risorse complessivamente impegnate nell'area della comunicazione sono 1.780.431 euro, con una spesa media per ciascun Ordine di 20.946 euro e una spesa media per iscritto di 5,56 euro.

La quota maggiore di queste risorse (72%) è assorbita dalla comunicazione interna, ovvero dall'elaborazione, allestimento, stampa e distribuzione delle pubblicazioni cartacee, notiziari o newsletter che siano. Il rimanente si divide, quasi equamente, dalla comunicazione rivolta all'esterno (15%) e dalla comunicazione web (14%).

Si ringraziano Adriana Santoni (Fnomceo) e Daniela Delli-santi (Omceo Taranto) per la collaborazione fornita nella raccolta e nell'elaborazione dei questionari.

“Gli Ordini devono fare più lobby”

di Eva Antoniotti

Daniela Minerva è certamente una grande, e curiosa, conoscitrice del mondo sanitario italiano. Vicecaporedattora per i settori “Medicina e Salute” del settimanale L'Espresso, ha anche pubblicato numerosi libri dedicati ai problemi della sanità. Per ricordarne solo alcuni, citiamo Il potere degli ingegni (Sansoni, 1992), La ricerca di Eva. Viaggio all'origine dell'uomo moderno (Giunti, 1995), La leggenda del santo guaritore (dedicato al caso Di Bella, Editori Riuniti, 1998), No Aids-Globalizzare la salute (Avverbi, 2001), fino al più recente e La fiera delle sanità (Rizzoli, 2009).

La Fnomceo ha appena festeggiato i cento anni dalla sua istituzione, mentre arrivano quasi contemporaneamente proposte di riforma e ipotesi di abolizione degli Ordini professionali. Secondo Daniela Minerva che ruolo ha e che ruolo dovrebbe avere l'Ordine dei medici?

Il rapporto medico paziente è in crisi, e lo abbiamo detto e scritto tante volte, per mille ragioni che molto spesso sono

inerenti la burocratizzazione della sanità in questo paese, l'aziendalizzazione, il conseguente taglio dei tempi. Il risultato è che i pazienti sono molto disorientati e sempre più spesso hanno problemi nei rapporti con i loro medici.

Non essendo un medico, io mi metto dalla parte del cittadino e capisco le ragioni del disorientamento: ho sempre più sollecitazioni a curarmi, in un mondo che continuamente si inventa nuove malattie per me, ma faccio fatica ad accedere ai servizi del Ssn che, pur essendo il migliore di quelli esistenti sul pianeta, sta mostrando molte difficoltà, perché forse qualcuno dovrebbe cominciare a pensare ad una riforma, che non sia uno smantellamento, visto quante cose sono cambiate dagli anni '70 ad oggi.

In questo quadro, gli Ordini dei medici dovrebbero essere dei garanti, anche se temo purtroppo che siano più spesso dei guardiani della professione, o della "corporazione".

Mi piacerebbe invece che l'Ordine assumesse un ruolo "terzo", facendosi anche carico di giudicare i suoi membri quando sbagliano, quando prendono strade sbagliate, quando non fanno le cose come devono essere fatte. Vorrei che si ponesse in ascolto delle istanze della società e che intervenisse: sono per un Ordine interventista.

Quindi lei pensa ad un Ordine "giudice"?

Chi non è iscritto all'Ordine non può esercitare la professione e allora credo che l'Ordine dovrebbe intervenire quando ci sono persone che non operano secondo la professionalità e l'etica che la professione richiede. Ma certo questa non può essere l'unica funzione di un Ordine professionale.

Quali altre funzioni dovrebbe avere?

Credo che dovrebbe fare lobby. Da noi i lobbisti sono guardati con sospetto, ma io penso che le lobby siano molto opportune quando esercitano alla luce del sole. Ecco, in una fase in cui i medici prendono continuamente botte in testa, per ragioni sostanzialmente di tipo economico finanziario,

mi piacerebbe che si sentissero molto di più le voci degli Ordini dei medici nel difendere le peculiarità della professione. L'esempio classico è quello del governo clinico. Secondo me è una cosa molto grave che dentro le Aziende sanitarie e ospedaliere i direttori generali, che non sono quasi mai medici, siano dei plenipotenziari che entrano pesantemente anche in decisioni che riguarderebbero il direttore sanitario o addirittura i singoli direttori di divisione. Ed è una cosa grave non tanto per il prestigio dei medici ma soprattutto per la salute dei cittadini, che mi sta molto più a cuore. Per questo sarebbe utile avere una lobby potente che riuscisse a far capire all'opinione pubblica e anche ai legislatori i rischi che si corrono lasciando una Asl o un ospedale esclusivamente nelle mani di un direttore generale. Insomma credo che l'Ordine dovrebbe avere questi due elementi: da una parte la difesa della professionalità, e non della professione, per affermare che il governo della sanità deve essere in mano ai medici perché loro hanno le conoscenze per dire come devono essere fatte le cose; dall'altra la forza e il coraggio di espellere i peggiori.

Quali medici dovrebbero essere espulsi dalla professione?

Se un medico viene giudicato colpevole dalla magistratura, per reati gravi che riguardano l'appropriazione indebita o tangenti, secondo me l'Ordine potrebbe voler dire la sua, ovviamente aspettando l'ultimo grado di giudizio. E allo stesso modo dovrebbe intervenire contro coloro che contravengono palesemente alle norme, penso alla somministrazione di farmaci non autorizzati dall'Aifa, o di non comprovata efficacia, che poi magari si scopre hanno importanti effetti negativi. Ricordo la battaglia che fece l'allora presidente della Fnomceo Aldo Pagni contro il vecchio Di Bella. Una netta presa di posizione, anche se non si è mai arrivati all'espulsione. E questo non va bene, perché la professione si svolge all'interno di un sistema di regole e leggi e quando

qualcuno non rispetta questa cornice legislativa deve essere sanzionato.

E nei casi di malpractice crede che l'Ordine debba intervenire?

Ho accolto la posizione che ripete sempre Ignazio Marino: la valutazione degli errori clinici non deve essere pubblica, perché i medici fanno fatica ad accusarsi l'un l'altro. Capisco le ragioni, capisco anche che non si voglia arrivare a delle forme esagerate di pubblicizzazione, perché poi l'opinione pubblica fa sempre fatica ad essere moderata. Ma voglio che la valutazione degli errori clinici venga fatta, anche in camera chiusa, magari anche con una rappresentanza degli Ordini dei medici, che possono portare un punto di vista tecnico ma esterno alla struttura. E se c'è un medico che sbaglia, fategli fare qualche altra cosa.

Si è parlato molto in questi ultimi mesi di una prossima carenza di medici in Italia. Pensa che sia un rischio reale?

Dai dati che leggo capisco che ci sono stati errori nella programmazione. Credo che sia un po' tardi per riparare, ma sarebbe bene comunque intervenire al più presto almeno per limitare i danni. Anche perché questa carenza, insieme al protrarsi del blocco del turn over, fa sì che non ci siano medici per coprire i servizi sanitari.

Probabilmente se ci fosse un governo che si occupa delle cose vere cercherebbe di intervenire, con vasi comunicanti, con l'estensione della possibilità di esercitare la professione in età più avanzata, cercando di fare un piano credibile per oggi e per domani. E si sarebbe potuti intervenire già con i test d'ingresso per il 2011. Perché quello che è certo è che ci sono molti giovani che vogliono fare il medico.

Qualcuno parla addirittura di abolire i limiti all'accesso ai Corsi universitari.

Non credo che si debba eliminare il numero chiuso, perché troppi medici in giro generano malati e malattie che non esi-

stono. Ma deve essercene un numero sufficiente e soprattutto devono essere giuste le specialità, ragionate meglio sulla base dei bisogni effettivi della popolazione.

In un paese dove il Ssn assorbe la stragrande maggioranza dei medici dovrebbe esserci un collegamento più forte tra Università e servizio sanitario. Invece l'unico tentativo fatto da noi è rappresentato da quella roba un po' barocca che sono i Policlinici. Che oltretutto funzionano in modo diverso a seconda delle Regioni: alcune hanno il pugno forte e stabiliscono convenzioni stringenti, in altre il governo è debole e allora il rettore fa quello che vuole, magari creando 22 primari di anatomia patologica senza neanche una geriatria. **Tra i nodi della professione medica di questi anni c'è quello dei rapporti con le altre professioni sanitarie. Secondo lei perché è così difficile?**

Siamo un Paese con una mentalità arcaica, dove il medico, nella gran parte dei casi, si sente comunque il grande curatore, nonostante sia pressato da una parte da chi lo porta in tribunale e dall'altra dal governo che gli toglie soldi e potere. Nel mondo americano, si fa tutto in équipe che comprendono le varie professioni sanitarie. Da noi, spesso, il medico vuole parlare solo con i suoi "pari" e fatica a capire la necessità di fare una riunione con le fisioterapiste. Eppure il futuro è in questa direzione. Basta pensare alle patologie dell'invecchiamento che sono tutte patologie che devono essere gestite in équipe.

Da dieci anni ci sono più donne che uomini che si laureano in medicina. Come deve essere interpretato questo dato?

Fare il medico in Italia è un mestiere poco remunerato e molto faticoso, molto angosciante. Quindi è chiaro che progressivamente si lascia spazio alle donne. Secondo me, ed è lo stesso pessimismo con cui guardo all'ingresso delle donne in tutte le professioni, la professione si femminilizza non

perché perde di prestigio ma perché perde di potere economico. In un Paese come il nostro dove le assunzioni dei medici sono governate in gran parte dal Ssn, un medico a carriera avanzata porta a casa quello che un manager prende ad inizio carriera.

Perché crede che essere medico sia particolarmente angosciante proprio nel nostro Paese?

Da noi chiunque arrivi in un ospedale viene assistito, in un modo o nell'altro. Questa missione del Ssn, questa universalità, fa sì che il medico sia molto più a contatto con delle situazioni di tragedia. Inoltre, il tentativo di smantellare il Ssn in atto da qualche anno, fa sì che i medici siano sempre più carichi di lavoro, così all'angoscia di trovarsi in situazioni drammatiche si somma la fatica.

Non crede che le donne medico portino anche un nuovo modo di essere, uno sguardo diverso?

L'idea che la medicina al femminile sia una medicina più umana non mi convince. Dire che gli uomini sono più sbrigativi e che le donne parlano di più mi sembra opinabile. Piuttosto penso che la presenza più numerosa di donne nel mondo della ricerca abbia dato forza a quella ricerca di genere che sta dando risultati ad esempio in campo farmaceutico. Il fatto che nei laboratori ci siano più donne ha finalmente portato a tenere conto del fatto che uomini e donne hanno due corpi diversi, mentre per molto tempo si è tenuto a modello solo il corpo dell'uomo, pensando che la pediatria dovesse riguardare un uomo piccolo o che la donna fosse solo un uomo con un apparato genitale diverso.

APPENDICE

La professione medica in cifre. Dati 2011

La professione medica in cifre. Dati 2011

*Elaborazione a cura del Ced-Fnomceo,
responsabile Daniela Garritano*

aggiornamento settembre 2011

Note

I dati relativi ai professionisti iscritti agli Ordini provinciali, non definitivi e rivenienti dai flussi informativi degli stessi.

I dati sono soltanto parzialmente in possesso della Federazione in quanto non esiste per il medico/odontoiatra l'obbligo di comunicare agli Ordini le specializzazioni conseguite.

I dati si riferiscono esclusivamente a quelli risultanti dagli Albi trasmessi dagli Ordini provinciali ed acquisiti dal Ced-Fnomceo con i flussi informativi secondo il progetto congiunto Fnomceo-Enpam.

Si precisa altresì che la precedente normativa consentiva il conseguimento di più specializzazioni e pertanto lo specialista è stato conteggiato per ogni singola branca

SITUAZIONE ISCRIZIONI AGLI ORDINI - NORD-EST

DATI AL 02/09/2011

EMILIA ROMAGNA

Provincia	Medici Puri	Tot. Medici	Odont. Puri	Tot. Odont.	Doppi Iscritti	Tot. Iscritti
Bologna	8.239	9.042	537	1.340	803	9.579
Ferrara	2.502	2.719	184	401	217	2.903
Forlì-Cesena	1.840	2.013	185	358	173	2.198
Modena	3.777	4.037	329	589	260	4.366
Parma	2.995	3.230	228	463	235	3.458
Piacenza	1.252	1.387	114	249	135	1.501
Ravenna	1.811	1.962	136	287	151	2.098
Reggio Emilia	1.876	2.001	188	313	125	2.189
Rimini	1.536	1.721	159	344	185	1.880
Totali	25.828	28.112	2.060	4.344	2.284	30.172

FRIULI VENEZIA GIULIA

Provincia	Medici Puri	Tot. Medici	Odont. Puri	Tot. Odont.	Doppi Iscritti	Tot. Iscritti
Gorizia	664	764	55	155	100	819
Pordenone	1.101	1.367	133	399	266	1.500
Trieste	1.869	2.024	141	296	155	2.165
Udine	2.772	3.063	225	516	291	3.288
Totali	6.406	7.218	554	1.366	812	7.772

TRENTINO ALTO ADIGE

Provincia	Medici Puri	Tot. Medici	Odont. Puri	Tot. Odont.	Doppi Iscritti	Tot. Iscritti
Bolzano	2.372	2.499	254	381	127	2.753
Trento	2.150	2.380	219	449	230	2.599
Totali	4.522	4.879	473	830	357	5.352

VENETO

Provincia	Medici Puri	Tot. Medici	Odont. Puri	Tot. Odont.	Doppi Iscritti	Tot. Iscritti
Belluno	876	957	86	167	81	1.043
Padova	6.055	6.726	477	1.148	671	7.203
Rovigo	907	1.003	72	168	96	1.075
Treviso	2.797	3.147	331	681	350	3.478
Venezia	3.316	3.749	317	750	433	4.066
Verona	4.627	5.155	474	1.002	528	5.629
Vicenza	2.895	3.252	315	672	357	3.567
Totali	21.473	23.989	2.072	4.588	2.516	26.061
Totali Nord-Est	58.229	64.198	5.159	11.128	5.969	69.357

SITUAZIONE ISCRIZIONI AGLI ORDINI - NORD-OVEST

DATI AL 02/09/2011

LIGURIA

Provincia	Medici Puri	Tot. Medici	Odont. Puri	Tot. Odont.	Doppi Iscritti	Tot. Iscritti
Genova	7.506	8.306	526	1.326	800	8.832
Imperia	941	1.037	124	220	96	1.161
La Spezia	1.127	1.252	111	236	125	1.363
Savona	1.488	1.632	184	328	144	1.816
Totali	11.062	12.227	945	2.110	1.165	13.172

LOMBARDIA

Provincia	Medici Puri	Tot. Medici	Odont. Puri	Tot. Odont.	Doppi Iscritti	Tot. Iscritti
Bergamo	3.851	4.320	381	850	469	4.701
Brescia	5.392	5.980	555	1.143	588	6.535
Como	2.368	2.656	246	534	288	2.902
Cremona	1.473	1.608	110	245	135	1.718
Lecco	1.322	1.450	120	248	128	1.570
Lodi	670	747	68	145	77	815
Mantova	1.471	1.608	126	263	137	1.734
Milano	20.046	22.282	1.547	3.783	2.236	23.829
Monza Brianza	3.030	3.387	276	633	357	3.663
Pavia	4.135	4.612	230	707	477	4.842
Sondrio	755	838	61	144	83	899
Varese	4.038	4.539	401	902	501	4.940
Totali	48.551	54.027	4.121	9.597	5.476	58.148

PIEMONTE

Provincia	Medici Puri	Tot. Medici	Odont. Puri	Tot. Odont.	Doppi Iscritti	Tot. Iscritti
Alessandria	1.840	2.067	156	383	227	2.223
Asti	752	858	71	177	106	929
Biella	775	863	64	152	88	927
Cuneo	2.227	2.459	211	443	232	2.670
Novara	1.921	2.116	97	292	195	2.213
Torino	12.285	13.903	1.042	2.660	1.618	14.945
Verbania	733	801	74	142	68	875
Vercelli	710	806	50	146	96	856
Totali	21.243	23.873	1.765	4.395	2.630	25.638

VALLE D'AOSTA

Provincia	Medici Puri	Tot. Medici	Odont. Puri	Tot. Odont.	Doppi Iscritti	Tot. Iscritti
Aosta	574	606	45	77	32	651
Totali	574	606	45	77	32	651
Totali Nord-Ovest	81.430	90.733	6.876	16.179	9.303	97.609

SITUAZIONE ISCRIZIONI AGLI ORDINI - CENTRO

DATI AL 02/09/2011

ABRUZZO

Provincia	Medici Puri	Tot. Medici	Odont. Puri	Tot. Odont.	Doppi Iscritti	Tot. Iscritti
Chieti	2.553	2.807	194	448	254	3.001
L'aquila	2.170	2.391	217	438	221	2.608
Pescara	2.350	2.558	235	443	208	2.793
Teramo	1.475	1.624	142	291	149	1.766
Totali	8.548	9.380	788	1.620	832	10.168

LAZIO

Provincia	Medici Puri	Tot. Medici	Odont. Puri	Tot. Odont.	Doppi Iscritti	Tot. Iscritti
Frosinone	2.185	2.461	152	428	276	2.613
Latina	2.396	2.602	195	401	206	2.797
Rieti	774	843	67	136	69	910
Roma	34.597	37.122	2.660	5.185	2.525	39.782
Viterbo	1.337	1.432	108	203	95	1.540
Totali	41.289	44.460	3.182	6.353	3.171	47.642

MARCHE

Provincia	Medici Puri	Tot. Medici	Odont. Puri	Tot. Odont.	Doppi Iscritti	Tot. Iscritti
Ancona	2.891	3.096	280	485	205	3.376
Ascoli Piceno	1.149	1.264	102	217	115	1.366
Fermo	718	778	74	134	60	852
Macerata	1.482	1.601	110	229	119	1.711
Pesaro-Urbino	1.621	1.798	151	328	177	1.949
Totali	7.861	8.537	717	1.393	676	9.254

MOLISE

Provincia	Medici Puri	Tot. Medici	Odont. Puri	Tot. Odont.	Doppi Iscritti	Tot. Iscritti
Campobasso	1.349	1.467	104	222	118	1.571
Isernia	616	655	43	82	39	698
Totali	1.965	2.122	147	304	157	2.269

TOSCANA

Provincia	Medici Puri	Tot. Medici	Odont. Puri	Tot. Odont.	Doppi Iscritti	Tot. Iscritti
Arezzo	1.613	1.740	164	291	127	1.904
Firenze	7.087	7.680	614	1.207	593	8.294
Grosseto	1.171	1.253	115	197	82	1.368
Livorno	1.690	1.855	135	300	165	1.990
Lucca	2.093	2.335	192	434	242	2.527
Massa Carrara	1.088	1.205	119	236	117	1.324
Pisa	3.496	3.758	218	480	262	3.976
Pistoia	1.275	1.394	127	246	119	1.521
Prato	902	997	103	198	95	1.100
Siena	2.427	2.542	194	309	115	2.736
Totali	22.842	24.759	1.981	3.898	1.917	26.740

UMBRIA

Provincia	Medici Puri	Tot. Medici	Odont. Puri	Tot. Odont.	Doppi Iscritti	Tot. Iscritti
Perugia	4.346	4.707	339	700	361	5.046
Terni	1.318	1.462	90	234	144	1.552
Totali	5.664	6.169	429	934	505	6.598
Totali Centro	88.169	95.427	7.244	14.502	7.258	102.671

SITUAZIONE ISCRIZIONI AGLI ORDINI - SUD

DATI AL 02/09/2011

BASILICATA

Provincia	Medici Puri	Tot. Medici	Odont. Puri	Tot. Odont.	Doppi Iscritti	Tot. Iscritti
Matera	1.029	1.110	85	166	81	1.195
Potenza	1.819	1.946	119	246	127	2.065
Totali	2.848	3.056	204	412	208	3.260

CALABRIA

Provincia	Medici Puri	Tot. Medici	Odont. Puri	Tot. Odont.	Doppi Iscritti	Tot. Iscritti
Catanzaro	3.005	3.197	154	346	192	3.351
Cosenza	4.309	4.716	313	720	407	5.029
Crotone	1.025	1.030	59	64	5	1.089
Reggio Calabria	4.394	4.707	244	557	313	4.951
Vibo Valentia	1.037	1.111	87	161	74	1.198
Totali	13.770	14.761	857	1.848	991	15.618

CAMPANIA

Provincia	Medici Puri	Tot. Medici	Odont. Puri	Tot. Odont.	Doppi Iscritti	Tot. Iscritti
Avellino	2.321	2.499	104	282	178	2.603
Benevento	1.637	1.750	78	191	113	1.828
Caserta	4.863	5.239	249	625	376	5.488
Napoli	19.608	21.105	1.244	2.741	1.497	22.349
Salerno	6.131	6.693	323	885	562	7.016
Totali	34.560	37.286	1.998	4.724	2.726	39.284

PUGLIA

Provincia	Medici Puri	Tot. Medici	Odont. Puri	Tot. Odont.	Doppi Iscritti	Tot. Iscritti
Bari	7.743	8.341	603	1.201	598	8.944
Barletta-Andriatrani	1.515	1.643	134	262	128	1.777
Brindisi	1.653	1.848	134	329	195	1.982
Foggia	3.577	3.840	252	515	263	4.092
Lecce	4.278	4.617	290	629	339	4.907
Taranto	2.517	2.796	206	485	279	3.002
Totali	21.283	23.085	1.619	3.421	1.802	24.704
Totali Sud	72.461	78.188	4.678	10.405	5.727	82.866

SITUAZIONE ISCRIZIONI AGLI ORDINI - ISOLE

DATI AL 02/09/2011

SARDEGNA

Provincia	Medici Puri	Tot. Medici	Odont. Puri	Tot. Odont.	Doppi Iscritti	Tot. Iscritti
Cagliari	6.043	6.425	421	803	382	6.846
Carbonia-Iglesias	0	0	0	0	0	0
Medio Campidano	0	0	0	0	0	0
Nuoro	1.240	1.320	73	153	80	1.393
Ogliastra	0	0	0	0	0	0
Olbia Tempio	0	0	0	0	0	0
Oristano	719	774	44	99	55	818
Sassari	3.431	3.638	251	458	207	3.889
Totali	11.433	12.157	789	1.513	724	12.946

SICILIA

Provincia	Medici Puri	Tot. Medici	Odont. Puri	Tot. Odont.	Doppi Iscritti	Tot. Iscritti
Agrigento	2.510	2.667	209	366	157	2.876
Caltanissetta	1.490	1.576	99	185	86	1.675
Catania	8.280	8.732	483	935	452	9.215
Enna	1.016	1.071	48	103	55	1.119
Messina	5.595	5.789	394	588	194	6.183
Palermo	8.522	8.801	720	999	279	9.521
Ragusa	1.652	1.739	90	177	87	1.829
Siracusa	2.217	2.321	135	239	104	2.456
Trapani	2.170	2.173	180	183	3	2.353
Totali	33.452	34.869	2.358	3.775	1.417	37.227
Totali Isole	44.885	47.026	3.147	5.288	2.141	50.173
Totali Nazionali	345.174	375.572	27.104	57.502	30.398	402.676

LAUREATI ALL'ESTERO ISCRITTI IN ITALIA

Albo	Paese Nascita	Laureati Estero
M¹	Italia	1323
O¹	Italia	195
M	Albania	17
O	Albania	2
M	Algeria	8
O	Algeria	9
M	Angola	3
M	Arabia Saudita	1
O	Arabia Saudita	1
M	Argentina	71
O	Argentina	26
M	Armenia	2
M	Australia	1
M	Austria	93
O	Austria	12
M	Belgio	28
O	Belgio	14
O	Bielorussia=Russia Bianca	2
M	Bolivia	6
M	Bosnia Ed Erzegovina	3
M	Brasile	25
O	Brasile	17
M	Bulgaria	28
O	Bulgaria	9
M	Camerun	1
O	Camerun	2
M	Canada	2
O	Canada	2
M	Ceca Repubblica	9
O	Ceca Repubblica	4
M	Cecoslovacchia	3
O	Cecoslovacchia	4
M	Cile	2
O	Cile	3
M	Cipro	1
O	Cipro	2

M	Colombia	19
O	Colombia	10
O	Costa Rica	1
M	Croazia	10
O	Croazia	2
M	Cuba	14
O	Cuba	5
M	Danimarca	4
O	Danimarca	10
M	Dominicana Repubblica	1
O	Dominicana Repubblica	1
M	Ecuador	6
M	Egitto	47
O	Egitto	13
O	El Salvador	1
M	Estonia	2
O	Estonia	2
O	Etiopia	1
M	Finlandia	4
O	Finlandia	1
M	Francia	123
O	Francia	56
M	Gabon	1
M	Georgia	2
M	Germania	312
O	Germania	181
M	Germania Rep. Democratica	2
M	Giappone	1
M	Giordania	4
M	Gran Bretagna e Irlanda del Nord	19
O	Gran Bretagna e Irlanda del Nord	8
M	Grecia	18
O	Grecia	4
O	Guatemala	1
M	Guinea Bissau	1
M	Honduras	1
M	India	1
O	India	1
M	Indonesia	2
O	Indonesia	4

segue LAUREATI ALL'ESTERO ISCRITTI IN ITALIA

Albo	Paese Nascita	Laureati Estero
M	Iran	9
O	Iran	4
M	Iraq	11
M	Irlanda=Eire	5
O	Irlanda=Eire	1
M	Israele	1
O	Israele	1
M	Iugoslavia	26
O	Iugoslavia	17
M	Kazakistan	1
O	Kenya	1
M	Libano	3
O	Libano	5
M	Libia	8
M	Liechtenstein	1
M	Lituania	8
O	Lituania	8
M	Lussemburgo	2
O	Lussemburgo	1
M	Macedonia	7
O	Macedonia	4
M	Madagascar	1
M	Malta	4
O	Malta	1
M	Marocco	10
O	Marocco	5
M	Maurizio	1
M	Messico	3
O	Messico	1
M	Moldavia	25
O	Moldavia	2
M	Montenegro	1
M	Nuova Caledonia (Isole e dipendenze)	1
O	Nuova Caledonia (Isole e dipendenze)	1

M	Paesi Bassi	25
O	Paesi Bassi	86
O	Pakistan	1
M	Panama	2
M	Paraguay	4
M	Perù	6
O	Perù	4
M	Portogallo	4
M	Repubblica Di Polonia	41
O	Repubblica di Polonia	21
M	Romania	155
O	Romania	77
M	Russia=Federazione Russa	17
O	Russia=Federazione Russa	4
O	Senegal	1
M	Serbia	2
O	Serbia	1
M	Serbia e Montenegro	4
M	Siria	29
O	Siria	48
M	Slovacchia	17
O	Slovacchia	2
M	Slovenia	3
O	Slovenia	1
M	Somalia	1
M	Spagna	102
O	Spagna	13
M	Stati Uniti d'america	12
O	Stati Uniti d'america	9
M	Sudafricana Repubblica	2
O	Sudafricana Repubblica	4
M	Svezia	7
O	Svezia	21
M	Svizzera	17
O	Svizzera	8
M	Togo	1
M	Tunisia	2
O	Tunisia	3

segue LAUREATI ALL'ESTERO ISCRITTI IN ITALIA

Albo	Paese Nascita	Laureati Estero
M	Turchia	3
O	Turchia	1
M	Ucraina	11
O	Ucraina	3
M	Uganda	1
M	Ungheria	11
O	Ungheria	16
M	Unione Repubbliche Socialiste Sovietiche	3
O	Unione Repubbliche Socialiste Sovietiche	1
M	Uruguay	4
O	Uruguay	2
M	Uzbekistan	1
M	Venezuela	29
O	Venezuela	13
M	Vietnam	2
M	Vietnam Del Sud	1
M	Yemen	8
O	Yemen	1
Totale Nazionale		3.875

LEGENDA

M ¹	Medici nati in Italia e laureati all'estero iscritti in Italia
O ¹	Odontoiatri nati in Italia e laureati all'estero iscritti in Italia
M	Medici nati all'estero e laureati all'estero iscritti in Italia
O	Odontoiatri nati all'estero e laureati all'estero iscritti in Italia

Centro Elaborazione Dati Fnomceo

MEDICI E ODONTOIATRI ITALIANI
TRASFERITI ALL'ESTERO

Anno	Trasferiti all'estero
1985	1
1987	6
1988	9
1989	2
1990	2
1991	20
1992	16
1993	18
1994	22
1995	37
1996	63
1997	114
1998	135
1999	89
2000	71
2001	71
2002	42
2003	63
2004	47
2005	66
2006	79
2007	98
2008	53
2009	78
2010	53
2011	38
Totale	1.293

Centro Elaborazione Dati Fnomceo

SITUAZIONE SPECIALIZZAZIONI NAZIONALE

Specializzazioni	Specialisti
Allergologia ed immunologia clinica	2.056
Anatomia patologica	1.736
Anestesia e rianimazione	12.869
Biochimica clinica	560
Cardiochirurgia	837
Cardiologia	15.435
Chirurgia dell'apparato digerente	2.131
Chirurgia generale	15.219
Chirurgia maxillo-facciale	707
Chirurgia pediatrica	804
Chirurgia plastica e ricostruttiva	1.621
Chirurgia toracica	1.488
Chirurgia vascolare	2.304
Dermatologia e venerologia	5.359
Ematologia	4.575
Endocrinologia e malattie del ricambio	7.046
Farmacologia	879
Gastroenterologia	6.632
Genetica medica	328
Geriatrics	5.208
Ginecologia e ostetricia	14.088
Igiene e medicina sociale	12.991
Malattie dell'apparato respiratorio	7.310
Malattie infettive	3.254
Medicina del lavoro	7.685
Medicina dello sport	4.529
Medicina di comunità	31
Medicina fisica e riabilitazione	5.420
Medicina interna	11.717
Medicina legale	4.999
Medicina nucleare	1.262
Medicina tropicale	393
Microbiologia e virologia	857

segue SITUAZIONE SPECIALIZZAZIONI NAZIONALE

Specializzazioni	Specialisti
Nefrologia	3.550
Neurochirurgia	1.114
Neurologia	7.751
Neuropsichiatria infantile	3.227
Odontostomatologia	12.934
Oftalmologia	7.082
Oncologia	4.490
Ortopedia e traumatologia	8.696
Otorinolaringoiatria	6.542
Patologia clinica	2.943
Pediatria	20.371
Psichiatria	10.066
Radiodiagnostica	9.161
Radioterapia	603
Reumatologia	2.178
Scienza dell'alimentazione	2.004
Tossicologia medica	1.025
Urologia	4.410
Totale nazionale	270.477

Nella presente tabella, lo specialista, nel caso in cui sia titolare di più specializzazioni, viene conteggiato per ogni singola branca.

LA PROFESSIONE

MEDICINA, SCIENZA, ETICA E SOCIETÀ

*Trimestrale della Federazione nazionale
degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri*

Anno XII • Numero I - MMXI

Presidente
Amedeo Bianco

Direttore responsabile
Eva Antoniotti

Gruppo di lavoro "Area della comunicazione"
Cosimo Nume (coordinatore)
Giancarlo Aulizio
Alessandro Innocenti
Bartolomeo Griffa
Raffaele Iandolo



Editore
Fnomceo
Piazza Cola di Rienzo 80/A,
00192 Roma



Edizioni Health Communication
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Redazione
Edizioni Health Communication
Via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma
Tel. 06.594461
Fax 06.59446228

Finito di stampare nel mese di ottobre 2011 con i tipi e gli impianti della
C.G. Edizioni Medico Scientifiche s.r.l. da Ages Arti Grafiche s.r.l. - Torino

Tariffa Associazioni Senza Fini di Lucro: Poste Italiane S.p.a - Spedizione in Abbonamento Postale - D.L.
353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 2, DCB - BO - Registrazione al Tribunale di Ro-
ma n. 464/99 del 19/10/1999

Le variazioni di indirizzo vanno comunicate per posta alla sede della Fnomceo:

Fnomceo
Centro elaborazione dati
Piazza Cola di Rienzo 80/A,
00192 Roma