

LA PROFESSIONE

MEDICINA, SCIENZA, ETICA E SOCIETÀ

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



II . MMXIV

Convegno Nazionale

SPECIALE FORMAZIONE

**FORMAZIONE E ACCESSO
AL LAVORO:**

**INNOVARE PER GARANTIRE
IL FUTURO DELLA
PROFESSIONE MEDICA**

BARI, 13-14 GIUGNO 2014

.....



Indice

Formazione e accesso al lavoro: innovare per garantire il futuro della professione medica9

BARI, 13-14 GIUGNO 2014

Presentazione11

Come si programma il fabbisogno16

Marco Tescione

La pletera Odontoiatrica.....18

Tiziana Palma

Formazione: professionisti qualificati per garantire
il diritto costituzionale dei cittadini alla tutela della salute.....22

Giuseppe Renzo

Imparare a “saper fare”25

Laura Iorio

Le cinque W in odontoiatria.....30

Maria Amelia Pomarico

Indice

Considerazioni sul processo formativo dei laureati in Medicina e Chirurgia: attese degli Ordini professionali	38
<i>Maurizio Benato</i>	
Riordino del percorso di Formazione Specifica in Medicina Generale	46
<i>Antonio Velluto</i>	
La formazione specifica in Medicina Generale	51
<i>Roberto Stella</i>	
Formazione specialistica: dove andiamo?	58
<i>Lorenzo Capasso</i>	
La proposta della Laurea abilitante	69
<i>Luigi Conte</i>	
Dalla programmazione alla formazione, l'inserimento nel mondo del lavoro	75
<i>Paolo Livrea</i>	
Le criticità della formazione in Medicina Generale	79
<i>Saverio Cramarossa</i>	
La formazione nella Regione Puglia	83
<i>Rocco Guerra</i>	
Come si può cambiare se l'obiettivo è sempre il "saldo a zero"?	86
<i>Antonio Amendola</i>	
La formazione costa. Ma quanto costerà non averla fatta?	90
<i>Carlo Palermo</i>	
Realizzare un vero progetto di ammodernamento della professione	97
<i>Guido Quici</i>	

Il fabbisogno di radiologi nel prossimo futuro.....	101	Indice
<i>Gerardo Dessì</i>		
Le criticità qualitative della formazione post-laurea medica.....	103	
<i>Cristiano Alicino</i>		
I grandi mali del Ssn	106	
<i>Giacomo Milillo</i>		
Trasparenza, oggettività e meritocrazia	108	
<i>Andrea Silenzi</i>		
L'impegno degli specialisti ambulatoriali	114	
<i>Gabriele Peperoni</i>		
Appendice 1		
Professione medica nel terzo millennio.		
Quale modello formativo.....	117	
<i>a cura del Centro Studi Fnomceo</i>		
Appendice 2		
Documento di riflessione e proposta sul sistema formativo medico italiano e sulla programmazione del fabbisogno di professionisti	129	
<i>A cura dell'Osservatorio Giovani Professionisti Fnomceo</i>		
Prefazione	131	
<i>Giulia Zonno e Domenico Montemurro</i>		
Introduzione	133	
Bibliografia	211	

CONVEGNO NAZIONALE

Formazione e accesso al lavoro: innovare per garantire il futuro della professione medica

BARI, 13-14 GIUGNO 2014

Presentazione

Maurizio Benato

Vicepresidente Fnomceo

Luigi Conte

Segretario Fnomceo

LA FORMAZIONE DEI MEDICI rappresenta un settore strategico imprescindibile per l'Ordine professionale. Alla nostra istituzione, infatti, è delegato il controllo e la verifica di quel complesso processo che è la formazione e lo sviluppo professionale continuo. In questo modo, l'Ordine concretizza una reale garanzia per il cittadino, vigilando sulla qualità dei professionisti iscritti agli Albi. Gli Ordini, quindi, non possono rimanere “esperti muti” di fronte alle criticità del processo formativo. Processo che, sin dalle basi, deve avere invece un'impostazione didattica che permetta al futuro medico di operare una continua rico-

*Una medicina
rivolta alla società*

struzione delle proprie competenze professionali, in funzione dei nuovi bisogni di salute imposti dai cambiamenti scientifici, tecnologici, demografici e socio-economici. In un'ottica di servizio pubblico sanitario, la formazione si deve misurare con nuove definizioni, nuovi orizzonti e legittimazioni che riformino il concetto essenziale stesso della medicina, non più solo rivolta alla persona ma anche alla società.

Ciò impone alle facoltà mediche di rivedere i curricula di studio e specializzazione, che appaiono non rispondere più ai nuovi bisogni e alle nuove competenze richieste per assicurare la corretta gestione dei servizi sanitari e un prodotto professionale di qualità, rilevante per i bisogni di individui e collettività.

I punti fondamentali, dopo aver ridefinito un forte scheletro di sostegno del percorso didattico, saranno: riduzione del numero e della "parcellizzazione" degli esami, concentrazione nei primi cinque anni di tutti gli insegnamenti essenziali, riservando il sesto anno all'integrazione critica delle nozioni apprese, incremento della pratica clinica professionalizzante.

Nei programmi è ancora carente l'insegnamento della Deontologia, che è la base fondante di ogni pratica medica. E quello delle Scienze umane, che è alla radice della relazione di cura. Ancora: manca, nei piani di studi, l'insegnamento della Medicina Generale come disciplina a sé stante. La formazione accademica resta, purtroppo, centrata su una medicina clinica e non può che trasmettere allo studente una realtà prettamente biologica della malattia, senza insegnargli l'approccio antropologico ai problemi e ai disagi esistenziali dell'uomo.

La Fnomceo da anni è attenta al problema della forma-

*Il problema degli
accessi*

zione oggetto di studio ed elaborazioni al centro di convegni e pubblicazioni perché è lì che si pongono le basi per una moderna professione medica di qualità.

Uno dei temi attuali è quello del numero di accessi alle facoltà di medicina ed alle scuole di specializzazione ed al corso di medicina generale ma siamo consapevoli che è necessario coniugare numero di medici con qualità formativa. È impensabile, infatti, aumentare esclusivamente il numero di accessi, senza farsi carico di accrescere la capacità didattica e formativa e senza impegnare in modo adeguato le molte e diffuse risorse e competenze del Ssn.

C'è bisogno di fare una seria programmazione, fondata su dati certi ed affidabili, creando contingenti di accesso flessibili nel tempo e rispondenti alle effettive necessità, in modo che i giovani possano scegliere sia secondo le loro predisposizioni, sia secondo le disponibilità di spazi.

Le prove di accesso sicuramente vanno mantenute ma modificate: vanno modificate sia quelle di accesso a Medicina, sia quelle di abilitazione all'esercizio professionale, come anche quelle di accesso alle scuole di specializzazione con quiz psico-attitudinali e con quiz di "non technical skill".

Ma, soprattutto, è da evitare il sistema dei quiz predefiniti a risposte conosciute tra i quali sorteggiare le domande per l'ammissione alle scuole: ciò induce ad una preparazione sterilmente mnemonica, facendo emergere chi ha più memoria e non il più competente.

Nei livelli politici e istituzionali, così come nel Ssn nel suo complesso, esiste coscienza dei pericoli che corre il nostro Paese in mancanza di una programmazione intelligente e di una corretta visione del futuro ma riteniamo che, se consapevolezza c'è, sia una "sterile" consapevolezza. "Ste-

*Delineare lo scenario
della sanità futura*

rile” perché non è seguita coerentemente da atti e determinazioni sistematiche che possano contrastare l'attuale tendenza: prevale, invece, sempre e soltanto l'attenzione ai tagli di spesa ed ai miopi contenimenti dei costi.

Se si vuole fare un buon servizio al Sistema Paese, a fronte di dati demografici ben individuati, bisogna assumersi la grande responsabilità di commisurare e modulare l'offerta quantitativa di medici ad una domanda che si svilupperà in uno scenario di sistema sicuramente diverso dall'attuale. Ecco quindi il ruolo che ci siamo dati e ci compete come istituzione: capire e delineare lo scenario di sistema della futura sanità del nostro paese e dare risposte adeguate. Ma fatto ciò dobbiamo essere ascoltati dall'Università e da tutti i livelli politici ed istituzionali.

Cosa chiedono, quindi, gli Ordini all'Università, alla Politica, alle istituzioni? La qualità professionale è l'elemento più importante di cui, come Ordini, ogni giorno, siamo chiamati a rispondere. I “fondamentali” di un professionista di qualità si costruiscono in un lunghissimo percorso che contempla, oltre ai 6 anni del corso di laurea, anche 4 o 5 anni di formazione specialistica. E questa è competenza esclusiva dell'Università a cui costantemente offriamo collaborazione per integrare di più e meglio la formazione pre e post-laurea ai bisogni ed alla complessità del moderno esercizio della nostra professione.

Per riassumere – e in estrema sintesi – ecco alcuni punti essenziali e imprescindibili:

- 1) qualità nella formazione dei professionisti che valorizzi il “saper fare” e “saper essere”;
- 2) eliminazione i tempi morti per l'accesso all'esercizio professionale;
- 3) fattiva attenzione all'evoluzione del sapere medico e del-

*I punti essenziali per
la formazione*

- le istanze che vengono dalla società;
- 4) giusta valorizzazione dei “non technical skill”, comprendenti abilità cognitive e relazionali;
 - 5) corretta programmazione degli accessi al corso di laurea ed alla formazione specialistica in rapporto al futuro scenario della professione e della sanità.

Programmazione del fabbisogno:
ma stiamo dando i numeri?

Come si programma il fabbisogno

Marco Tescione

Componente Osservatorio FNOMCeO Giovani Professionisti

PENSANDO AL CONCETTO DI programmazione, viene subito in mente l'idea del calcolo di numeri, in base ad una miriade di parametri fissi, che possa far arrivare ad avere dati certi sul futuro della sanità. Per scoprire se, nella realtà politico-sanitaria italiana, sia davvero così, è necessario risalire alle fonti, analizzando l'iter ministeriale, attraverso il quale si arriva ogni anno ad addivenire al numero x, cioè il numero necessario di medici da formare.

*Il fabbisogno
nel 502 del 1992*

Per avere una comprensione di ciò di cui stiamo parlando dobbiamo risalire, al 1992, anno in cui viene promulgato il Testo aggiornato legislativo 30/12/1992, n. 502 recante: *Riordinamento della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23/10/1992, n. 421*”, al cui art. 6 ter, ampiamente citato in tutti i bandi di concorso di accesso al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, si descrivono i parametri attraverso i quali, la Conferenza per i Rapporti tra lo Stato e le Regioni e le Province Autonome, dopo aver ascoltato le

singole Regioni, deve formalizzare il previsto accordo sul fabbisogno definito dal Ministero della Salute. Tale accordo è alla base della quantificazione del numero annuale di medici da formare, che ogni anno, il MIUR di concerto con il Ministero della Salute mette a bando. Grazie a questo iter legislativo-burocratico, si dovrebbe venire a conoscenza del fabbisogno nazionale di medici. L'importanza della programmazione di tale fabbisogno, è da ricercarsi negli effetti, che essa ha sulla efficienza del sistema sanitario italiano.

Volendo ricercare un dato che possa essere eloquente nel definire l'efficacia di tale programmazione, si può prendere in esame il tasso di occupazione dei medici, distinto per Regione, che in Italia è ampiamente al di sopra della media nazionale delle altre professioni e la velocità con cui si accede al mondo del lavoro, dopo il periodo formativo, anch'esso dato soddisfacente rispetto alle altre realtà lavorative. Dunque ad un occhio attento, ma poco lungimirante, la suddetta programmazione sembrerebbe aver portato dei risultati soddisfacenti, ma il futuro? Ed allora ecco affiorare i nodi al pettine, rappresentati dai grafici sull'età media dei dipendenti del Ssn, previsioni di turn-over, la gobba pensionistica, la medicina di genere, tutti dati forieri di brutti presagi, cioè di un sistema sanitario carente di medici. Per tale motivo i protagonisti del mondo politico-sindacale-sanitario italiano si sono messi d'impegno per trovare una soluzione, dell'annoso problema. È così che affiora l'idea di un cambiamento nel modello universitario italiano, che si possa avvicinare ad altri modelli europei, con accesso libero, ed una fase filtro tra la fase formativa e l'ingresso nel mondo del lavoro, con una integrazione reale tra mondo universitario e Ssn, che possa dare i suoi frutti nel breve periodo

*Il presente sembra
soddisfacente,
ma il futuro?*

Programmazione del fabbisogno:
ma stiamo dando i numeri?

La pletora Odontoiatrica

Tiziana Palma

Componente odontoiatra Osservatorio FNOMCeO
Giovani Professionisti

LA PAROLA “PLETORA” viene dal greco, *plēthōra*, “pienezza, sovrabbondanza”, a sua volta derivato da *plēthō*, “essere pieno”. Tale concetto può essere pienamente applicato, stante l'attuale situazione lavorativa nazionale italiana, all'ambito odontoiatrico.

Infatti a fronte dell'ideale situazione lavorativa caratterizzata da un rapporto indicato dall'Oms di un dentista ogni 2.000 abitanti, in Italia è presente una situazione di un dentista su 1.042 abitanti con un incremento del 320% rispetto al 1990.

La distribuzione geografica vede regioni come la Valle D'Aosta (1/1.623) con una presenza quasi sovrapponibile con quella consigliata dall'Oms ed altre come la Liguria (1/767) dove è presente una densità più che doppia rispetto alla Valle D'Aosta.

Nella pianificazione dei futuri accessi alla professione vanno considerate, in un orizzonte temporale di circa 10 anni, le

fuoriuscite, ossia i pensionamenti.

Ad un'attenta analisi delle curve demografiche della popolazione odontoiatrica possiamo facilmente dedurre che:

- è presente una gobba pensionistica ossia nei prossimi anni il numero dei colleghi che andrà in pensione sarà maggiore dei colleghi che entreranno nel mondo della contribuzione;
- gli iscritti con più di 65 anni sono 4.000, mentre quelli con più di 55 anni sono 18.000;
- nel 2015 ci sarà il sorpasso degli Odontoiatri rispetto ai laureati in Medicina e Chirurgia con doppia iscrizione;
- per quanto riguarda gli Odontoiatri c'è un sostanziale parità di genere tra iscritti uomini e donne.

Nella definizione dei fabbisogni di professionisti per la popolazione vanno presi in esame non solo i prossimi pensionamenti, ma per garantire una situazione di piena occupazione per le nuove generazioni anche le condizioni lavorative degli attuali occupati e agire sul numero degli ingressi per fornire un riequilibrio del rapporto tra operatori e utenti.

Le criticità emerse dall'analisi della situazione occupazionale sono:

- rapporto con le altre figure del team odontoiatrico in special modo odontotecnici e igienisti dentali;
- possibilità dell'igienista di esercitare la professione in maniera autonoma e su "indicazione dell'odontoiatra";
- odontoiatria sociale e convenzionata, scarsità in termini di numeri totali e in termini di efficacia dell'odontoiatria pubblica;
- calo del potere di acquisto delle famiglie e comparsa del turismo odontoiatrico;
- comparsa di grossi studi low cost dovuti all'impovertimento della popolazione e dall'alto costo di allestimento di un moderno studio odontoiatrico a norma;
- tentativi di bypassare il numero chiuso attraverso ricorso

*Analisi delle curve
demografiche della
popolazione
odontoiatrica*

*Le criticità
occupazionali
della professione
odontoiatrica*

- alla giustizia;
- legge Bersani sulla pubblicità sanitaria, interventi dell'Antitrust contro gli ordini e nella stesura del codice di deontologia medica;
- stipula di convenzioni assicurative negli studi e entrata in scena del terzo pagante;
- impatto economico dell'abusivismo 15000 esercenti abusivi che sono l'equivalente di tutti gli Odontoiatri dai 25 anni ai 44;
- libera circolazione dei professionisti Odontoiatri Italiani che esercitano all'estero e Italiani che si formano all'estero per aggirare il numero chiuso e che tornano a lavorare in Italia.

La situazione europea

Dall'analisi del quadro sovranazionale nel contesto europeo si può dedurre invece:

- l'Italia è il secondo paese europeo per numero di dentisti alle spalle della Germania ed è sempre il secondo paese dopo la Grecia per il più basso rapporto di pazienti per dentista;
- l'Italia ha un'eccessiva frammentazione universitaria infatti a fronte di una popolazione di matricole universitaria di poco superiore alle 800 unità per anno presenta il più alto numero di sedi universitarie.

La programmazione per il futuro

Pertanto alla luce di quanto precedentemente esposto oggi più che mai è necessaria una programmazione attenta del numero degli accessi.

Un primo segnale positivo c'è stato dopo una prima diminuzione del 20% dei posti disponibili rispetto all'anno precedente (da 903 a 779) grazie all'intervento ordinistico e delle associazioni di categoria.

Nei prossime anni sarà possibile sfruttare la gobba pensionistica e il turn over per riequilibrare il rapporto dentisti/pazienti.

Per far ciò bisogna valutare attentamente l'impatto dei lau-

reati stranieri, il calo dei consumi e il calo della necessità di assistenza odontoiatrica nei prossimi anni, e bisogna avere tolleranza zero sull'abusivismo.

Per concludere la pianificazione degli accessi non rappresenta un tentativo corporativistico di difendere una rendita di posizione, ma bensì ha lo scopo di evitare la formazione di disoccupazione intellettuale con conseguente sottoccupazione e emigrazione all'estero di professionisti formati a spese dello Stato Italiano.

Formazione pre-laurea e laurea: le cinque W

Formazione: professionisti qualificati per garantire il diritto costituzionale dei cittadini alla tutela della salute

Giuseppe Renzo

Presidente CAO Nazionale

RITENGO CHE, PER UN TEMA COSÌ DECISIVO come quello della formazione e dell'accesso al lavoro per i professionisti medici e odontoiatri, il punto di riferimento sia la tutela della salute dei cittadini, costituzionalmente garantito, che deve trovare come elemento fondamentale la formazione di professionisti qualificati ed in grado di rispondere al bisogno di salute della collettività.

Il nodo del fabbisogno

Il tema dell'accesso ai corsi di laurea delle professioni sanitarie, e non mi riferisco soltanto alla professione odontoiatrica, deve essere coniugato con una corretta individuazione del fabbisogno di professionisti sul territorio.

Dobbiamo invece rilevare che i numeri che costituiscono la base per la successiva individuazione del fabbisogno provengono dalle Università e sono “tarati” sulle aspettative dei corsi di laurea in relazione alle potenzialità organizzative e didattiche.

Emerge ormai in modo chiaro che il nostro fabbisogno di

professionisti si basa su numeri non chiari e non verificabili considerato che, almeno per quanto riguarda la professione odontoiatrica, molti corsi di laurea non garantiscono un'effettiva capacità di formazione degli studenti.

In particolare mi ha colpito il filmato presentato dalla giovane collega in cui una neolaureata con il massimo dei voti non era in grado di prestare il necessario soccorso ad una collega vittima di un malore. È proprio questo il tema: la difficoltà di creare professionisti immediatamente in grado di dare il proprio contributo anche pratico alla tutela della salute.

In tale contesto, come non condividere le affermazioni della collega che ha “denunciato” la disparità di trattamento tra la professione medica e la odontoiatrica in merito al riconoscimento degli stessi diritti riguardanti le scuole di specializzazione? Dovrebbe essere stabilita la possibilità di accedere alle borse di studio, con le medesime modalità previste per i medici chirurghi, anche per i laureati in odontoiatri e protesi dentaria.

Sarebbe necessario prevedere, quindi, un ulteriore specifico numero di borse di studio, da aggiungere e non da sottrarre a quelle spettanti ai medici, per l'accesso alle scuole di specializzazione riservate esclusivamente ai laureati in odontoiatria e protesi dentaria.

Si verrebbe così a sanare un'irrazionale disparità di trattamento tra laureati di lauree magistrali in ambito sanitario che oltretutto hanno attualmente un corso di laurea che prevede per entrambi sei anni di studio.

L'impegno della CAO è non soltanto confermato, ma sarà ulteriormente rilanciato in tutte le occasioni che saranno utili ad affrontare la problematica. La professione ha bisogno del vostro apporto e non può (e noi non vogliamo) non porre tutti i nostri giovani in identiche condizioni!

Mi piace ricordare i tentativi, purtroppo non andati a buon

*Uguali diritti per
le scuole di
specializzazione
in odontoiatria*

*L'impegno
della CAO*

fine, diretti a modificare l'esame di abilitazione che, correttamente inteso, dovrebbe dimostrare l'avvenuta formazione di un professionista pienamente in grado di far fronte alle responsabilità professionali.

Concludo ricordando un errore, forse di prospettiva, che ha visto coinvolta anche la Federazione quando, qualche anno fa, si sosteneva che negli anni a venire sarebbe stato troppo basso il numero di professionisti. Almeno per quanto riguarda l'odontoiatria, posso affermare, senza tema di smentita, che gli attuali 60.000 iscritti all'albo degli odontoiatri, costituiscono un numero largamente superiore alle necessità della domanda di salute odontoiatrica, con la conseguente nascita di un bacino di disoccupazione e di sottoccupazione che certamente ci preoccupa molto.

Da ultimo, sottolineo ancora una volta come i problemi dell'accesso ai corsi di laurea devono trovare soluzione a livello europeo attraverso l'individuazione di criteri comuni che consentano di essere certi sulla effettiva capacità professionale dei neolaureati che poi gli Ordini sono chiamati ad iscrivere agli Albi. È una responsabilità importante in quanto siamo proprio noi che garantiamo il cosiddetto "prodotto finito" e troppo spesso non siamo consapevoli ed in condizione di conoscere l'effettiva avvenuta formazione del professionista.

Imparare a “saper fare”

Laura Iorio

Componente Osservatorio Fnomceo Giovani Professionisti

LA MISSIONE del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia si identifica con la formazione di un medico a livello professionale iniziale con una cultura biomedica, psicologica e sociale che possieda una visione multidisciplinare ed integrata dei problemi della salute e della malattia, con una educazione orientata alla comunità, al territorio e fondamentalmente alla prevenzione della malattia ed alla promozione della salute. Affinché ciò avvenga occorre che il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia permetta di apprendere; comprendere e far proprie le conoscenze con un approccio critico, che non sia pedissequo studio mnemonico; sviluppare, con la frequenza delle realtà dei reparti, l'acquisizione di conoscenze pratiche e relazionali, complementari allo studio individuale; saper fare, applicando da un punto di vista pratico le conoscenze acquisite durante lo studio. Il tutto unito ad una buona capacità di relazione, di consapevolezza e responsabilità sui valori etici, deontologici e civili propri del-

*“Saper fare”:
il confronto con
l’Europa*

l’esercizio professionale.

Dall’analisi dei piani di studio di Università italiane e dalle esperienze condivise, si nota un forte sbilanciamento tra preparazione teorica e preparazione pratica a sfavore proprio di quest’ultima. Confrontando i piani di studio con Università Europee appare ancora più evidente come lo sviluppare con attività pratiche e il saper fare, sono aspetti presi in considerazione in maniera meno organizzata e strutturata in Italia. Pertanto risulta fondamentale incrementare l’approccio pratico, per restituire la giusta importanza a una parte imprescindibile della formazione medica; ma anche per parificare il curriculum di studio italiano con quello dei colleghi del resto d’Europa. Tale necessità è sempre più evidente in quanto la mobilità lavorativa sta diventando sempre più una realtà, o meglio una necessità, anche in ambito medico-sanitario.

Sulla base di tali premesse, l’Osservatorio Giovani Professionisti ha sviluppato delle proposte che riguardano la possibilità di inserire e/o organizzare tirocini pratici e lo studio di fattibilità di una riforma dell’esame di abilitazione alla professione medica.

*Il tirocinio
professionalizzante*

L’inserimento del tirocinio definito “professionalizzante” ha lo scopo di ampliare la parte pratica di contatto con il malato (imparare facendo). L’obiettivo è quello di acquisire specifiche professionali in tutti gli ambiti della medicina, che devono essere stabiliti e programmati nel corso dei sei anni, uguali per tutti gli studenti e verificati in itinere con prove quali il Progress test. Occorre iniziare dal primo anno di corso, naturalmente stabilendo delle competenze crescenti in responsabilità e autonomia. Il suo inserimento nel Corso di Laurea comporterebbe una revisione del curriculum con ridistribuzione degli esami, permettendo di privilegiare un’educazione volta all’apprendimento per problemi, discussione dei casi clinici e valorizzazione delle prove sul campo. Po-

trebbe essere necessario individuare delle sedi aggiuntive di insegnamento accreditabili e dei tutor. Risulterebbe fondamentale estendere il programma formativo alla medicina del territorio, attraverso nuove forme di convenzioni con l'Università.

L'introduzione di un tirocinio strutturato a partire dal primo anno risulta fondamentale non solo per le conoscenze pratiche ma anche per quelle relazionali. Permetterebbe il contatto con l'ambiente ospedaliero (personale: medici, infermieri, pazienti, ma anche dinamiche, ambienti...) lo sviluppo del "team work" inteso non solo come insieme di ruoli professionali diversi che collaborano verso l'obiettivo comune ovvero la salute del paziente, ma anche come la possibilità per i medici di lavorare in gruppo facendo squadra e lo sviluppo del rapporto medico-paziente.

Attualmente l'esame di abilitazione alla professione del Medico Chirurgo avviene dopo il conseguimento della laurea in Medicina e Chirurgia e prevede una parte di tirocinio formativo distinto in tre aree tematiche (area medica, chirurgica e medicina generale) della durata di tre mesi totali, sotto la supervisione di tutor e valutazione finale al termine di ogni mese del candidato, più una successiva prova scritta che si articola in due prove a quiz a risposta, ciascuna delle due parti consiste nella soluzione di 90 quesiti a risposta multipla estratti dall'archivio ministeriale.

Si ritiene che il controllo delle acquisizioni delle competenze come avviene allo stato attuale non sia del tutto appropriata poiché lontana dalla pratica quotidiana del medico e strutturata in modo da prolungare i tempi della formazione. Pertanto, la proposta dell'Osservatorio Giovani Professionisti prevede che l'esame di Stato dei giovani futuri medici possa svolgersi all'interno del percorso di studio dei sei anni del corso di laurea in Medicina e Chirurgia attraverso il monitoraggio delle competenze cliniche acquisite. La revisione del

*La proposta
dell'Osservatorio
Giovani
Professionisti*

curriculum con redistribuzione degli esami in modo più bilanciato a partire dal primo anno, potrebbe lasciare, come accade già in alcuni Atenei, il secondo semestre del sesto anno dedicato all'elaborazione della tesi e allo svolgimento dell'esame di abilitazione. I tirocini svolti in maniera uniforme e verificabile in tutte le strutture convenzionate verrebbero a costituire la parte pratica dell'esame, acquisendo un valore aggiunto, e prima della discussione di laurea, come già accade per gli odontoiatri e le professioni sanitarie (D.M. 14.09.1994). Lo studente/futuro medico-chirurgo dovrebbe sostenere con successo la prova pratica di inquadramento diagnostico-terapeutico del caso clinico. Il superamento dell'esame di stato diventerebbe vincolante per la discussione della tesi. Si delineerebbe così un percorso formativo in Medicina e Chirurgia che introduce da subito il neoprofessionista nel mondo del lavoro con l'ottenimento di una "laurea in sé abilitante alla professione".

*Il modello francese
per l'accesso*

Negli ultimi mesi sono emerse proposte riguardo una possibile riforma del test di ingresso al corso di laurea in Medicina e Chirurgia, spesso al centro di discussioni per trasparenza e meritocrazia, sulla base del "modello francese", ovvero l'apertura del primo anno a tutti gli iscritti lasciando la "selezione" in un secondo tempo con modalità al momento da definire.

Attualmente l'immissione al primo anno di Medicina prevede il superamento di un concorso a graduatoria nazionale. Il test d'accesso è intimamente legato al concetto del numero programmato ed al concetto più generale di "programmazione" che risulta fondamentale in medicina per offrire uno sbocco professionale e che, attualmente, mostra un forte gap dato dalla discrepanza tra medici che si laureano (trend in aumento) e medici in formazione specialistica (borse contratte).

Inoltre, l'apertura del primo anno di Medicina a tutti quel-

li che vogliono intraprendere la professione, nel 2014 circa 65.000 studenti (dati CINECA, organo ministeriale che gestisce la valutazione dei test), potrebbe mettere in crisi le università e ridurre la possibilità di un accesso allo studio di qualità. Infatti, è necessario garantire un rapporto ottimale degli studenti con le strutture dove i medici vengono formati, considerando il numero dei docenti, il numero dei letti e l'esigenza di acquisire un'esperienza che è fondamentale nell'ambito dell'esercizio professionale per introdurre miglioramenti e una maggiore considerazione, oltre che della preparazione di base, anche della personalità del futuro medico.

Le cinque W in odontoiatria

Maria Amelia Pomarico

Componente odontoiatra

Osservatorio Fnomceo Giovani Professionisti

Who = Chi Il Consiglio di Stato confermava che, a seguito dell'abrogazione dell'istituto dell'annotazione (art.13 legge n.14/2003), oltre ai laureati in odontoiatria e protesi dentaria, possono esercitare l'odontoiatria, iscrivendosi all'Albo degli odontoiatri e mantenendo l'iscrizione all'Albo dei medici chirurghi, le seguenti categorie di sanitari:

- i medici chirurghi (specialisti in campo odontoiatrico o non) immatricolati al relativo corso di laurea prima del 28 gennaio 1980;
- i medici chirurghi immatricolati al relativo corso di laurea negli anni accademici dal 1980-81 al 1984-85 che hanno superato le prove attitudinali per l'iscrizione all'Albo degli odontoiatri di cui al D.Lgs. n.386/1998;
- i medici chirurghi specialisti in campo odontoiatrico immatricolati negli anni accademici dal 1980-81 al 1984-85. A tal proposito si rammenta che, ai sensi del D.M. 18 settembre 2000, sono considerate specializzazioni in cam-

po odontoiatrico soltanto le seguenti: Odontoiatria e protesi dentaria; Chirurgia odontostomatologica; Odontostomatologia; Ortognatodonzia.

Facendo una ricerca in Internet si trovano varie definizioni della parola formazione anche in vari ambiti:

What = Cos'è la formazione

- in ambito pedagogico è un processo complesso di trasferimento di contenuti e metodi per fare acquisire alle persone livelli intellettuali, culturali, emotivi e spirituali sempre maggiori;
- in ambito scientifico la formazione è quell'insieme di attività didattiche che sono tese a preparare una persona a svolgere un'attività, una professione o molto più semplicemente a vivere;
- in ambito filosofico la formazione fa parte della nostra vita, della nostra filosofia di pensiero; in ogni momento c'è bisogno della formazione, perché nessuno nasce già con le conoscenze, metà della nostra vita la passiamo a formarci. Tutte le culture più o meno evolute hanno dedicato studi e risorse alla formazione, al passaggio della conoscenza, alla formazione di una coscienza. La formazione è passaggio di idee, di pensiero, di cultura, e ogni popolo tramanda alle generazioni che seguono il livello di conoscenza che hanno acquisito.

La Formazione professionale indica un percorso scolastico, di competenza regionale, professionalizzante per giovani che vogliono entrare subito nel mondo del lavoro.

Si inizia con:

- test d'ingresso;
- corso di laurea;
- esame d'abilitazione alla professione;
- dottorati;
- concorso accesso scuole di specializzazione;
- specializzazione.

When = quando

Where = Dove La formazione Pre Laurea avviene presso Università italiane ed estere. La formazione post Laurea avviene in Italia e all'estero (UK, Australia, ricercatore in USA, studi privati, centri low cost)

In un comunicato stampa del 16 dicembre 2013, La fabbrica delle lauree, il presidente nazionale Cao Giuseppe Renzo definisce questo fenomeno della formazione pre laurea all'estero come: "La mercificazione della formazione è fenomeno già triste di per sé, non solo perché discrimina gli studenti meno abbienti da quelli che possono permettersi di studiare fuori Italia ma perché l'acquisto di un titolo non ha nulla a che vedere con l'acquisizione di competenze, le uniche in grado di tutelare la Salute; e se è vero, come è vero, che gli Ordini sono posti a tutela del diritto alla Salute, è per noi imprescindibile segnalare all'opinione pubblica e denunciare la gravità di questo problema emergente. Ne va di mezzo la Salute di tutti i cittadini che saranno curati da professionisti che rischiano di non essere formati secondo standard adeguati. E questo, con la libera circolazione dei pazienti ma anche dei professionisti sanitari, sarà un problema che presto non riguarderà più solo l'Italia, ma tutta l'Europa".

Formazione Pre Laurea Il Corso di laurea magistrale in Odontoiatria e protesi dentaria, formulato secondo il DM 270/04 ha la durata di 6 anni accademici a ciclo unico durante i quali vengono acquisiti 360 CFU.

Il laureato nei corsi di laurea specialistica in Odontoiatria e protesi dentaria dovrà essere dotato:

- delle basi scientifiche e della preparazione teorico pratica necessarie ai sensi della Direttiva 78/687/CEE all'esercizio della professione odontoiatrica e della metodologia e cultura necessarie per la pratica della formazione permanente, nonché dei fondamenti metodologici della ricerca scientifica, nonché di un livello di autonomia professio-

nale, decisionale ed operativa, derivante da un percorso formativo caratterizzato da un approccio globale ai problemi di salute orale della persona sana e malata, anche in relazione all'ambiente fisico e sociale che la circonda;

- delle conoscenze teoriche essenziali che derivano dalle scienze di base, nella prospettiva della loro successiva applicazione professionale, delle conoscenze fisiopatologiche e cliniche di medicina generale, della capacità di rilevare e valutare criticamente, da un punto di vista clinico, ed in una visione unitaria, estesa anche nella dimensione socio-culturale, i dati relativi allo stato di salute e di malattia dell'apparato stomatognatico del singolo individuo, interpretandoli alla luce delle conoscenze scientifiche di base, della fisiopatologia e delle patologie dell'apparato stomatognatico e sistemiche, della capacità di comunicare con chiarezza ed umanità con il paziente e con i familiari, della capacità di organizzare il lavoro di équipe, di cui conosce le problematiche anche in tema di comunicazione e gestione delle risorse umane.

Durante il tirocinio pratico saranno affidati a dei tutor, uno per ciascun candidato. I tutor sono tenuti a seguire lo studente durante le attività ed a valutarne l'operato con una valutazione a metà del periodo di frequenza e una al termine. I giudizi finali devono raggiungere la sufficienza per permettere al candidato di poter accedere alla prova finale del tirocinio pratico e successivamente quella scritta.

Al termine di ogni mese i tirocinanti sono invitati a valutare l'operato del tutor a cui sono stati affidati mediante schede di valutazione anonime. In caso di doppia valutazione negativa può essere decisa la sospensione o l'esonero dall'incarico del tutor.

Nella programmazione dei corsi integrati potranno essere utilizzate le seguenti tipologie di attività didattiche e formative:

- *didattica formale*:
- *lezioni frontali*: trattazione di un specifico argomento, identificato da un titolo, anche con l'ausilio di supporti informatici e/o multimediali, sulla base di un calendario predefinito ed impartita agli studenti regolarmente iscritti ad un determinato anno di corso, anche suddivisi in piccoli gruppi;
- *seminari*: attività didattica con le stesse caratteristiche della lezione frontale, ma svolta contemporaneamente da più docenti con competenze diverse e come tale annotata nel registro delle lezioni di ciascuno di essi;
- *didattica non formale*:
- *attività formativa tutoriale* (attività precliniche, cliniche e di laboratorio): forma di attività interattiva, indirizzata a un piccolo gruppo di studenti e coordinata da un docente-tutore, il cui compito è quello di facilitare gli studenti nell'acquisizione di conoscenze, abilità e modelli comportamentali. L'apprendimento avviene mediante l'effettuazione diretta e personale di azioni (gestuali e relazionali) nel contesto di esercitazioni pratiche (precliniche) o durante la frequenza in reparti clinici, ambulatori, strutture territoriali, laboratori di ricerca. La funzione di tutore può essere affidata anche a personale non universitario di riconosciuta qualificazione nel settore formativo specifico.

Il profilo professionale richiede che il laureato sia in grado di:

- praticare la gamma completa dell'odontoiatria generale nel contesto del trattamento globale del paziente senza produrre rischi aggiuntivi per il paziente e per l'ambiente;
- individuare le priorità di trattamento coerentemente ai bisogni, partecipando con altri soggetti alla pianificazione di interventi volti alla riduzione delle malattie orali nella comunità derivanti dalla conoscenza dei principi e la pra-

tica della odontoiatria di comunità;

- apprendere i fondamenti della patologia umana, integrando lo studio fisiopatologico e patologico con la metodologia clinica e le procedure diagnostiche che consentono la valutazione dei principali quadri morbosi; apprendere le procedure terapeutiche, mediche e chirurgiche complementari alla professione odontoiatrica, nonché essere introdotto alla conoscenza delle nozioni di base della cura e dell'assistenza secondo i principi pedagogici, della psicologia, della sociologia e dell'etica;
- conoscere i farmaci direttamente e indirettamente correlati con la pratica dell'odontoiatria e comprendere le implicazioni della terapia farmacologica di patologie sistemiche riguardanti le terapie odontoiatriche.

Specializzazione area non medica: attualmente attive sono soltanto due: Ortognatodonzia e

Chirurgia odontostomatologica

Anche per i non medici, dal 1992 (con il decreto legge 502/1992), il possesso del titolo di specializzazione è indispensabile per la partecipazione ai concorsi per ricoprire ruoli dirigenziali nel Ssn.

E infatti gli specializzandi non medici avrebbero diritto allo stesso trattamento dei loro colleghi camici bianchi. Lo conferma ad Articolo 36 Luisa Begnozzi, presidente dell'Associazione italiana di Fisica medica: "Gli assegni di formazione per tutti gli specializzandi sanitari sono previsti da una specifica disposizione normativa, ma non sono mai stati stanziati ed erogati". "La questione irrisolta è legata al fatto che per la legge che prevede i contratti di formazione e la stima del fabbisogno formativo è stata prevista all'origine la copertura finanziaria solamente per le specializzazioni dei medici".

Sulla carta avrebbero diritto allo stesso contratto di formazione e alla stessa retribuzione degli specializzandi medici, di

Formazione Laurea

cui condividono in toto il percorso post lauream. Nei fatti non solo non percepiscono alcun compenso ma devono anche pagare di tasca propria la tassa di iscrizione annuale. Gli specializzandi sanitari “non medici” sono tornati alla carica per chiedere la fine di una “discriminazione” ingiustificata, Ogni anno in diverse università italiane vengono banditi concorsi per l’accesso a scuole di specializzazione sanitaria aperte anche a biologi, chimici, fisici, farmacisti, veterinari, psicologi, odontoiatri. Secondo le stime sono circa 2.500 i “non medici” iscritti a queste scuole.

Al pari dei colleghi laureati in medicina, viene richiesto loro un impegno a tempo pieno, uguale a quello previsto per il personale del Ssn, e la partecipazione alla totalità delle attività delle strutture cliniche che spesso, senza di loro, non riuscirebbe a soddisfare il diritto alla salute garantito dalla Costituzione. Un importante aspetto è che la specializzazione di Odontoiatria (riconosciute e attive: Ortognatodonzia e Chirurgia Odontostomatologica) non è retribuita per cui si sottintende che un medico odontoiatra in corso di specializzazione eserciti attività extra ospedaliera e che abbia stipulato un’assicurazione integrale a suo carico, che farà da “primo rischio” o da “secondo rischio” (con conseguente sconto sul premio assicurativo, fino anche al 60%) a seconda che abbia o meno ricevuto la copertura assicurativa da parte della Struttura in cui si svolge il tirocinio.

Why = Perché

Le criticità:

- limitare l’afflusso di lauree dall’estero;
- ristrutturare la parte del tirocinio pratico;
- non utilizzare il sesto anno di corso di laurea come serbatoio per ritardare l’entrata nel mondo del lavoro;
- aumentare le strutture ospedaliere per erogare prestazioni odontoiatriche specialistiche con il SSn con il quale le scuole di specializzazioni possono stipulare i contratti per gli specializzandi;

- un sistema di tassazione che possa aiutare il giovane odontoiatra ad intraprendere la già costosa attività privata.

“Evitiamo nel futuro di essere autoreferenziali, ma ricordiamoci sempre che siamo chiamati a vivere sullo scenario europeo”. Solo procedendo con una ristrutturazione organica della formazione in odontoiatria e protesi dentaria potremo sperare in un futuro prossimo di avere odontoiatri davvero competenti, in grado di competere con i loro pari a livello europeo.

Ridare lustro e credibilità alla professione odontoiatrica, una professione altamente specialistica e con spese d'avvio nel mondo del lavoro altissime per il giovane odontoiatra che con sacrificio ha guadagnato la sua formazione professionale e non sentirsi additato più come un ladro, evasore al pari della Banda Bassotti.

Considerazioni sul processo formativo dei laureati in Medicina e Chirurgia: attese degli Ordini professionali

Maurizio Benato

Vicepresidente Fnomceo

Premessa Il continuo progresso della scienza medica, sotto diversi profili, da quello scientifico a quello tecnologico, reclama l'esigenza di adeguare le nostre conoscenze e con esse le abilità. Soprattutto queste ultime, che caratterizzano la divisione del lavoro, fortemente supportate dalla dotazione tecnologica disponibile, impongono una formazione sempre più efficiente e attinente alla domanda di salute e appare anche sempre più anacronistico pensare che le competenze tecniche dei medici possano essere certificate una sola volta nel momento dell'accesso al lavoro senza poi essere confermate nel tempo.

Risoluzione dell'Oms Nel 1995 la risoluzione 48.8 dell'Assemblea Mondiale della Sanità ha preso in esame la formazione del personale sanitario ed ha elaborato un radicale riorientamento della formazione professionale sulla base di nuovi paradigmi emergenti: qualità, efficacia ed equità nel processo di pianificazione e di erogazione dei servizi sanitari.

La proposta dell'Oms appare a noi ancora attuale e si basa su presupposti etici e manageriali:

Obiettivo

- *la necessità di analizzare e comprendere i bisogni attuali ed emergenti del paziente*, sia come individuo che come cittadino inserito nel proprio ambiente di relazioni sociali ed economiche;
- *la necessità di valorizzazione concretamente i settori della prevenzione e della promozione della salute* anche nei loro aspetti accademici e scientifici tradizionalmente poco curati.

Questi presupposti reclamano nuove soluzioni, ad esempio:

- *favorire la creazione* di un ambiente di studio e apprendimento inter e multidisciplinare, con l'adozione di tecniche e tecnologie didattiche per superare le obsolete oligarchie didattiche formali;
- *inserire quelle innovazioni di contenuto* che permettano il raggiungimento di nuove competenze da parte degli operatori sanitari la cui organizzazione è ora, per lo più, portata al lavoro in equipe.

In un'ottica di servizio pubblico sanitario, pertanto, la formazione si deve misurare con nuove definizioni, nuovi orizzonti e legittimazioni che riformino il concetto essenziale stesso della medicina, non più solo rivolta alla persona ma anche alla società.

Ciò impone alle facoltà mediche di rivedere i curricula di studio e specializzazione, che non rispondono più ai nuovi bisogni e alle nuove competenze richieste per assicurare la corretta gestione dei servizi sanitari e un prodotto professionale di qualità, rilevante per i bisogni di individui e collettività.

Non possiamo tralasciare le prospettive legate ai concetti e ai paradigmi predittivi che, provenendo dalla mappatura del genoma e dalle tecniche diagnostiche e invasive dell'ingegneria genetica e della biologia cellulare, stanno cambiando

drasticamente l'etica, le priorità e le strategie scientifiche, i collegamenti economico-finanziari della medicina, ormai ancora per poco incardinata nei vecchi dogmi probabilistici. Il medico, adeguandosi ai mutamenti prodotti dalla e nella società, deve in sintesi essere capace di gestire i nuovi bisogni di salute che i cambiamenti scientifici, tecnologici, demografici e socio-economici stanno costruendo, modificando il sistema sanitario a ritmi assai celeri.

Tali requisiti trovano la loro origine in una rilettura critica e aggiornata della relazione medico-paziente (ora sempre più cliente) in cui l'alleanza terapeutica si è trasformata in un partenariato, basato su valori tradizionali della prassi medica cui si aggiungono la competenza, la creatività e lo spirito critico che determina la curiosità scientifica e la ricerca continua del meglio, senza dimenticare la capacità di difendere il debole, l'escluso, il marginale.

Lo scopo della formazione

Per noi allora lo scopo primario della formazione è quello di "costruire":

- un professionista completo che abbia le necessarie basi scientifiche, una preparazione teorico-pratica generale, capacità di diagnosi e di intervento, buona pratica clinica e di lavoro interdisciplinare, il tutto unito ad una obiettiva capacità di contatti umani, di analisi e discernimento dei problemi;
- 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 variegato mondo delle professioni;
- un professionista capace di intervenire sia nella fase della pianificazione che del governo del proprio cambiamento e dei propri processi operativi;
- un professionista che sappia governare un ambiente a elevata intensità di lavoro, altissimo livello di scolarizzazio-

ne e conflitto interprofessionale e che abbia, nel suo bagaglio culturale, la conoscenza di tecniche di gestione assai complesse che non hanno eguali in altri settori.

Il lavoro di gruppo, l'approccio multiprofessionale, la leadership come capacità di ricomporre in un quadro unitario autonomie professionali forti e in relazione reciproca potenzialmente conflittuale, sono di certo elementi essenziali e non ancora sufficienti per determinare un miglioramento del servizio prodotto dalle organizzazioni sanitarie.

Voglio ricordare come la crescita del livello di scolarità per l'esercizio delle nuove professioni sanitarie, determini una nuova e peculiare caratteristica dell'organizzazione sanitaria: il latente ma crescente "conflitto" interprofessionale.

Si sta producendo infatti una spinta rivendicativa di spazi di autonomia e di forte identità da parte dei nuovi soggetti professionali, non più subordinati alla professione medica.

Ne consegue che in una organizzazione sempre più multiprofessionale, le nuove professioni tendono ad affermarsi, da un lato individuando nuove aree di intervento professionale e dall'altro, erodendo aree tradizionalmente occupate dai medici.

Le difficoltà per la professione medica sono evidenti e la soluzione va cercata nella messa in atto di un "governo clinico" in cui la competizione interprofessionale deve essere ricondotta all'accettazione, da parte di tutti i professionisti, di regole virtuose di cooperazione nel rispetto delle competenze.

Una formazione di qualità per preparare professionisti di qualità richiede capacità e lungimiranza per un approccio formativo adeguato al tempo e al contesto mutevole e dovrebbe far sì che i futuri medici:

- seguano un curriculum fondamentale e standardizzato, con moduli specialistici aggiuntivi che possano rispondere a esigenze didattiche e formative personalizzabili;
- utilizzino casi concreti clinici o gestionali;

*Una formazione
per professionisti
di qualità*

- siano in grado di indirizzare la propria esperienza di apprendimento verso bisogni formativi e aree di conoscenza e capacità collegate alla funzione professionale;
- studino in piccoli gruppi utilizzando la metodica di apprendimento per problemi;
- possano integrare l'apprendimento verticale (in tempi successivi con conoscenza cumulativa) e quello orizzontale (in diverse discipline, comunque rilevanti per la propria funzione professionale);
- siano capaci di migliorare progressivamente la propria competenza in discipline accessorie, come le tecniche di comunicazione e di gestione;
- valutino la propria esperienza di apprendimento in modo critico, per quanto concerne l'effettivo successo formativo, la rilevanza di quanto appreso, il beneficio che le nuove conoscenze e capacità garantiscono al proprio cliente.

Dobbiamo prendere atto che gli studenti accumulano molte nozioni senza inquadrarle criticamente. Per carenza di collegamenti reciproci spesso tali nozioni rimangono incasellate separatamente, come se fossero riposte in tanti contenitori disgiunti.

È un problema serio perché mancano le basi per una analisi critica integrata che lo studente deve lentamente maturare e che risulta indispensabile nella pratica clinica. È questo, a nostro avviso, il difetto di fondo connesso all'ordinamento didattico in vigore. Proponiamo una opportuna revisione del piano di studi basata sui seguenti principi.

- a) Ridefinire un forte scheletro di sostegno dell'intero percorso didattico costituito da alcune materie fondamentali per il processo formativo del medico.
- b) Concedere maggior tempo agli studenti per la riflessione riducendo il numero di esami da sostenere.
- c) Ridurre l'eccessiva parcellizzazione degli insegnamenti clinici attinenti le discipline specialistiche raggruppandoli

per omogeneità di obiettivi didattici. (lo studente da sempre è portato a dedicare maggior attenzione agli insegnamenti di un certo spessore).

- d) Concentrare nei primi 5 anni tutti gli insegnamenti essenziali riservando larga parte del 6° anno all'analisi critica delle nozioni cliniche apprese nonché all'apprendimento di discipline ritenute utili in preparazione della specializzazione post-Iaurea prescelta.
- e) Incrementare il più possibile la pratica clinica professionalizzante allineandosi a quanto si fa nelle altre nazioni dell'Unione Europea. Sarebbe, inoltre auspicabile che gli studenti frequentassero, durante i sei anni, un internato presso un Istituto Biologico per apprendere il significato e le modalità della ricerca di base.
- f) Introdurre uno sbarramento alla fine del secondo anno che impedisca agli studenti l'iscrizione al terzo se non sono stati superati tutti gli esami del primo biennio.

Pensiamo che nella formazione si debba privilegiare una modalità di insegnamento che sappia contemperare i contenuti riduzionistici e il pensiero medico. L'insegnamento scientifico non deve rivelarsi una catena di montaggio fondata solo su evidenze ma promuovere un'educazione che sia costruzione dei significati, delle conoscenze e delle competenze, deve favorire il superamento del "canonico" e della semplice raccolta di informazioni e computazione delle conoscenze e deve stimolare il confronto tra le scienze hard e le scienze soft umane con forte attenzione al pluralismo culturale ed etico. Auspichiamo una nuova linea di pensiero che nell'ambito della didattica sappia contemperare i contenuti del riduzionismo scientifico con le scienze umane al fine di offrire al futuro medico gli strumenti per affrontare la gestione completa del paziente sapendo coniugare il riduzionismo biomedico con l'esercizio unitario dell'atto medico. In tale modo potrebbe meglio esplicitarsi lo scopo della me-

*Insegnamento delle
scienze umane*

dicina che ha per oggetto l'indagine della malattia, ma che ha comunque di fronte un soggetto che è uomo e persona. Riteniamo che sia imperativo sviluppare nel corso della formazione del medico quel pensiero critico che faciliti l'attitudine alla comunicazione interpersonale e che permetta di interpretare al meglio la relazione con il paziente offrendo un supporto relazionale basato su rispetto, comprensione e solidarietà. Occorre di certo favorire un'etica della formazione che sviluppi nel futuro medico una coscienza per:

- una medicina “pluralista”, in senso sociale (sensibile alle istanze sociali) con riferimento cioè alla pluralità infinita dei valori dei singoli pazienti;
- una medicina “equa e giusta”, ovvero ancora “economicamente compatibile” e “prudente”;
- una medicina “rispettosa della dignità” e delle “scelte umane”.

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. Per questo si parla spesso di *Medical Humanities*, un neologismo per il cui significato è ancora in corso un acceso dibattito tra gli epistemologi. Comunque possiamo dire che in questo neologismo rientrano numerose discipline fra loro eterogenee come la Filosofia della scienza, la Psicologia, la Sociologia, il Diritto, l'Etica e la Storia.

Insegnamento della metodologia

Non possiamo dimenticare che nel corso degli studi medici vengono abitualmente impiegati concetti quali fatto, oggettività, ipotesi, teoria, legge, prova, controprova, verifica, conferma, falsificazione, osservazione, probabilità, spiegazione, esperimento, determinismo, finalismo, riduzionismo.

Di questi concetti raramente viene fornita allo studente una informazione critica sul loro valore e sulla reale portata di

ciascuno. 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 terapeutica.

Dobbiamo mettere lo studente in grado di conoscere le caratteristiche fondamentali della conoscenza scientifica e di distinguere questa da altre forme di conoscenza (storica, estetica, giuridica, retorica ecc.).

Inoltre questo insegnamento epistemologico dovrebbe mettere il futuro medico al riparo dall'incapacità di riconoscere la verità scientifica dalla pseudoscienza che lede nel profondo il decoro e dignità della professione.

La preparazione dei nostri medici richiede contenuti propri che supportano un ruolo preciso che deve essere scelto consapevolmente al momento della laurea .

Comprendere i problemi medici in termine di interazioni dinamiche e di reciproche relazioni tra contenuti e processi assistenziali, vuol dire andare oltre e superare la parcellizzazione clinica e permette di inserire i problemi nel contesto globale dell'individuo dove la persona bisognosa di aiuto medico può essere curata nell'ambito della sua famiglia, della sua condizione ambientale.

Ecco allora il nostro appello al mondo accademico medico, spesso lento nell'adequare l'offerta formativa ai bisogni del mercato del lavoro, perchè si assuma la responsabilità nel governo di queste nuove necessità uscendo dalla torre in cui si è spesso isolato per affrontare assieme alle nostre istituzioni le richieste della nuova società.

Conclusioni

Riordino del percorso di Formazione Specifica in Medicina Generale

Antonio Velluto

Componente Osservatorio Fnomceo Giovani Professionisti

IL PERCORSO FORMATIVO per diventare medico di Medicina Generale prevede che dopo l'ottenimento della Laurea e l'abilitazione si svolga una scuola triennale la cui organizzazione è demandata alle Regioni.

Il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale (CFSMG) prevede lo svolgimento di un anno e mezzo presso reparti ospedalieri, un anno presso uno studio di medicina di famiglia e sei mesi presso le strutture dell'aziende sanitarie locali.

*Territorializzazione
dei tirocini e core
curriculum
nazionale*

È evidente come per rendere maggiormente professionalizzante il corso che prepara a svolgere la professione del medico di famiglia, sia auspicabile una territorializzazione dei tirocini, prediligendo studi di medici di famiglia e nuove aggregazioni funzionali territoriali, quali spazi didattici ideali per l'apprendimento e la formazione. Inoltre, per determinare nel percorso una progressiva autonomizzazione e assunzione di responsabilità nelle attività è necessario in-

dividuate delle attività integrative professionalizzanti, già previste dalla legge 158 art.1 comma 5 (decreto Balduzzi), nell'ambito delle cure primarie definendole all'interno del contratto di categoria.

Inoltre, il demandare l'organizzazione e la gestione dei corsi a strutture regionali ha di fatto determinato una disomogeneità dei percorsi formativi, sia dal punto di vista dei contenuti che dal punto di vista dell'organizzazione didattica e strutturale delle scuole.

A fronte di alcuni particolarismi organizzativi e didattici d'eccellenza presenti di tanto in tanto in alcune regioni, quali lezioni d'inglese scientifico, lezioni di metodologia di lettura di articoli scientifici e ricerca, lezioni e percorsi di apprendimento dell'ecografia, della spirometria, dell'ecg, insegnamento delle humanities, approfondimento di strumenti di management e gestione di budgeting, gestione del dato informatico, metodiche di gestione delle risorse umane e gestione del conflitto interpersonale, manca un'uniformità dei programmi e degli obiettivi e dei metaobiettivi.

Da un lato attraverso la definizione di un core curriculum nazionale che tenga conto dell'evoluzione della medicina odierna e delle technologies e, d'altro canto, con l'introduzione di modifiche nell'organizzazione della didattica, quali ad esempio l'introduzione del credito formativo, si potrebbe determinare un percorso professionalizzante che qualifichi la formazione e orienti maggiormente il medico neo-laureato nell'apprendimento e nella crescita professionale. Tra lo step formativo della laurea e il corso triennale e tra il corso triennale e l'accesso alla professione con l'ottenimento del convenzionamento, vi sono dei tempi morti legati a tempi tecnici d'iscrizione al concorso, sostenimento dell'esame, pubblicazione della graduatoria di ammissione, tempo di creazione della graduatoria unica, tempi e ritar-

*Ridurre i "tempi
morti" nella
formazione*

di di pubblicazione delle graduatorie uniche regionali e delle zone carenti. Ad oggi, al momento dell'iscrizione al concorso è necessario essere in possesso dell'abilitazione professionale e l'iscrizione all'Ordine professionale, ciò determina per questioni di tempi e scadenze non perfettamente corrispondenti tra fine del percorso di laurea e acquisizione dei titoli necessari il tempo di attesa tra l'ottenimento della laurea e l'inizio del CFSMG che può arrivare fino a 1 anno e 8 mesi, per i neolaureati nella sessione di marzo: rendere il percorso di laurea professionalizzante ridurrebbe il tempo necessario per accedere al corso di formazione specifica in Medicina Generale.

Inoltre, al termine del triennio, che può allungarsi di un anno in caso di assenza per malattia superiore ai 40 giorni consecutivi o in caso della sospensione obbligatoria di gravidanza, vi è un tempo minimo di attesa per l'inserimento in graduatoria unica regionale di un anno, cui si aggiungono eventuali ritardi nella pubblicazioni delle graduatorie e il tempo di pubblicazione delle zone carenti.

Tale tempo di attesa, post ottenimento di diploma in MG, determina un ritardo nell'inserimento nel mondo del lavoro e potrebbe essere limitato attraverso l'inserimento in graduatoria unica regionale dei medici in formazione al terzo anno del corso. Nel rispetto delle priorità acquisite da medici da presenti in graduatoria si renderebbe necessario un riconoscimento di un punteggio per chi già in possesso di diploma da sommarsi ai 7,2 punti già riconosciuti attualmente per la frequenza del CFSMG.

Tale provvedimento declinerebbe quanto stabilito dal decreto Balduzzi in cui si auspica un riconoscimento dello specifico impegno richiesto per il conseguimento dell'attestato o del diploma attraverso l'attribuzione di un adeguato punteggio, oltre che di una percentuale prevalente di posti in sede di copertura delle zone carenti. (art.1 com-

ma 4 h legge 158 - decreto Balduzzi).

A fronte degli allarmanti dati diffusi dall'Enpam, relativi a un massivo numero di pensionamenti nell'area della Medicina Generale, nonostante le sollecitazioni da parte delle associazioni di categoria, rimane insufficiente l'attenzione da parte di Regioni e Ministero rispetto alla programmazione dei nuovi ingressi al CFSGM.

La programmazione del numero di borse disponibili, non pare correlabile né alla densità di popolazione delle singole Regioni né alla numerosità dei pensionamenti attesi tra i professionisti della medicina di famiglia, né alla disponibilità/carenza di professionisti già formati inseriti nelle graduatorie uniche regionali in attesa del convenzionamento. A ciò si aggiunge il dato di un taglio netto sui costi organizzativi e gestionali all'interno del finanziamento definito dal CIPE a favore delle Regioni incaricate dell'amministrazione dei corsi di formazione specifica in Medicina Generale.

In un'ottica complessiva di sostenibilità del Ssn anche in termini di capitale umano e disponibilità di professionisti all'uopo formati, vi è necessità di un aumento del numero complessivo delle borse di studio finanziate per la formazione specifica in Medicina Generale, una ripartizione di tali borse alle Regioni in relazione alle reali possibilità lavorative e carenze di professionisti che potrebbero determinarsi nel breve periodo, e infine un ripristino o un reinvestimento del taglio lineare fatto sul finanziamento a favore del sistema formativo in MG al momento già in deficit di risorse.

In quest'ottica anche una corrispondenza tra le date dei concorsi per l'ingresso nei percorsi formativi post-laurea, specialistici e specifici in MG, fissando la data dell'esame del concorso nazionale per le specializzazioni nei giorni in cui si svolge il concorso per il triennio formativo in MG

*Riprogrammare le
borse di studio per la
Medicina Generale*

potrebbe evitare un abbandono precoce dei corsi da parte dei neolaureati indecisi fra i due indirizzi, e quindi evitare un'ulteriore diminuzione dei posti disponibili già in numero assoluto rispetto al numero atteso di neolaureati non sufficienti per permettere la conclusione dell'iter formativo post laurea necessario a un rapporto stabile con il Ssn.

La formazione specifica in Medicina Generale

Roberto Stella

Presidente Omceo Varese, Consigliere Comitato Centrale Fnomceo

NEGLI ULTIMI ANNI SI È ASSISTITO in tutto il mondo occidentale a un cambiamento del contesto sociale, al mutamento dei bisogni sanitari, dell'epidemiologia delle malattie, delle strategie di protezione della salute. Ciò ha determinato una sempre maggior attenzione al ruolo assegnato alle cure primarie e resa necessaria una trasformazione della Medicina Generale per mettere la stessa in grado di rispondere alla domanda di salute proveniente dalla comunità, dai pazienti e non soltanto dai sistemi sanitari. Una Medicina Generale di alta qualità rappresenta, all'interno di un sistema sanitario moderno, un elemento fondamentale per realizzare le migliori condizioni di risposta efficiente ed efficace alla domanda di salute, coniugando qualità delle cure e ottimizzazione delle risorse.

Chi lavora sul territorio si trova oggi a dover intervenire su alcuni elementi che sono sempre più determinanti all'interno del processo di miglioramento dello stato di salute, del-

l'efficienza e dell'efficacia dei sistemi sanitari. Invecchiamento della popolazione, nuovi bisogni, cronicizzazione delle patologie, disabilità, utilizzo di tecnologie complesse, gestione dei costi sanitari, sono alcuni degli elementi di cui la medicina generale deve oggi tener conto.

Questi grandi cambiamenti della medicina, degli scenari della sanità e della società non possono non riflettersi inevitabilmente sui modelli formativi, sui contenuti e sugli scopi della formazione che deve permettere lo sviluppo delle competenze necessarie a formare professionisti che, oltre alla conoscenza profonda delle procedure complesse della loro professione, siano in grado di offrire esiti complessivi derivanti da processi di cura razionali ed appropriati, integrati nella rete di cure primarie.

*La direttiva CEE
sulla formazione in
Medicina Generale
(1986)*

Alla luce anche di queste considerazioni venne emanata nel 1986 la direttiva 86/457/CEE, relativa alla formazione in Medicina Generale, che sanciva l'obbligo da parte degli Stati membri di prevedere l'istituzione di un corso di formazione specifica, rispondente ad alcuni requisiti indicati dalla direttiva stessa, quali la durata e le caratteristiche della formazione, la partecipazione diretta dei discenti all'attività professionale, l'obbligatorietà del titolo per lo svolgimento dell'attività di medico generalista, ciò al fine di formare una figura di medico, con le competenze necessarie per gestire l'assistenza primaria, affrontando i problemi di salute della comunità e della persona, secondo processi di prevenzione, cura e riabilitazione appropriati ed integrati nella rete territoriale, promuovendo anche il supporto sul piano sociale e psicologico.

Con decreti successivi, nel nostro paese, veniva posta in capo alle Regioni e alle Province autonome il compito di attivare e organizzare il corso, secondo linee e principi generali ai quali le Amministrazioni regionali dovevano attenersi. Le successive direttive CEE e i decreti legislativi n.368 del 1998,

n.277 del 2003 e n.206 del 2007 hanno apportato alcune modifiche in termini di durata e modalità di svolgimento del corso, confermando tuttavia i principi ispiratori e le istanze originali della direttiva CEE del 1986.

La formazione specifica in Medicina Generale tuttavia, nonostante siano passati oltre vent'anni, presenta ancora numerosi aspetti problematici da affrontare e risolvere, ed è ancora lontana dal decollare compiutamente in tutte le Regioni. Il nostro percorso formativo è ancora oggetto di discussione e di revisione anche se l'Europa ne aveva già riconosciuto da tempo le sue peculiarità sottolineando due aspetti fondamentali cioè che il corso di formazione non deve fare altro che attuare una normativa che in primo luogo è nata per la libera circolazione dei medici all'interno della Comunità Europea e, in secondo luogo, "per l'esercizio della Medicina Generale come formazione specialistica post-laurea" con ruoli e compiti ben definiti e condivisi da tutti i Paesi europei.

Obiettivo prioritario dunque è sviluppare un percorso di formazione post-universitario orientato al ruolo, che permetta di affinare gli strumenti per il miglioramento del sistema di erogazione delle cure; ottimizzare il ricorso alle strutture specialistiche; consentire, inoltre, la libera circolazione dei professionisti nei Paesi della Comunità europea.

L'analisi della situazione attuale della formazione specifica in Medicina Generale pone alla nostra attenzione alcuni problemi sui quali è necessario intervenire prioritariamente: il percorso formativo e la sua declinazione a livello nazionale, l'accesso alla formazione, le tutele, l'inserimento nella professione dei giovani colleghi.

In primo luogo deve essere uniformato e reso omogeneo a livello nazionale per contenuti, obiettivi e programmazione il tirocinio che presenta oggi ancora notevoli difformità a livello delle singole regioni. Sono necessarie linee di indirizzo

*Le criticità della
formazione in MG
in Italia*

*Le priorità
su cui intervenire*

condivise e cogenti sui percorsi formativi, sulla definizione di un core curriculum nazionale, sui contenuti e sulla metodologia della didattica, sulle modalità organizzative del tirocinio, sugli strumenti di valutazione, nel rispetto delle esperienze regionali già consolidate per le quali si deve prevedere una quota di autonomia.

La revisione dei percorsi deve passare necessariamente attraverso una revisione della normativa con la modifica dei decreti attuativi o l'introduzione di altri strumenti normativi più agili che permettano di ridefinire il percorso e rendere il tirocinio più adeguato alle reali necessità formative dei futuri medici di Medicina Generale e agli obiettivi del corso. Due anni di formazione sul territorio, un semestre di formazione ospedaliera e un percorso integrato con l'università, un'attività di tirocinio completa ed operativa svolta secondo il concetto "dell'imparare facendo" che mettano già direttamente il tirocinante in condizioni di operare autonomamente sul territorio al termine del corso e, secondo quanto previsto dai modelli di integrazione didattica europea ed in conformità con quanto già avviene nella didattica universitaria italiana, l'introduzione dei crediti formativi (CF) quale espressione e misura del processo formativo del medico di Medicina Generale. Questi aspetti costituiscono una proposta concreta di adeguamento del corso ed in tal senso l'Osservatorio Nazionale sulla formazione specifica in Medicina Generale ha già prodotto un documento di indirizzo che dovrebbe essere applicato nelle diverse Regioni.

*Il documento di
indirizzo
dell'Osservatorio
nazionale sulla
formazione specifica
in Medicina
Generale*

Tale documento, comprende numerose proposte di intervento sul curriculum formativo, che si propongono di ovviare alla disomogeneità presente nelle scuole delle diverse Regioni e di migliorare significativamente il percorso degli specializzandi.

Per il raggiungimento di questi obiettivi la didattica tradizionale e gli usuali strumenti pedagogici non sono più ade-

guati da soli ad essere i fondamenti di una formazione moderna. È necessario passare da un modello pedagogico a un modello andragogico intelligente, che consideri veramente l'insegnamento e l'apprendimento adulto come un qualche cosa che si differenzia dall'apprendimento che avviene in altri momenti della formazione degli individui. Chi è adulto apprende con sistemi diversi, con modalità diverse. Bisogna cercare di orientare la didattica, insistere sui docenti affinché ci sia una revisione delle metodologie e della pianificazione. Verificare le esigenze, i bisogni non espressi e quindi ri-orientare la didattica e i suoi contenuti alle vere necessità. Vanno individuate e introdotte nel percorso di tirocinio attività integrative professionalizzanti, già previste peraltro dalla legge 158 art.1 comma 5 (decreto Balduzzi), nell'ambito delle cure primarie definendole all'interno del contratto di categoria. Tali attività potrebbero permettere di completare e rendere più formativo il periodo di tirocinio e costituire una fonte di risorsa economica per i tirocinanti integrativa di una borsa di studio attualmente insufficiente e non parificata a quella delle altre scuole di specializzazione. È evidente la diseguità del trattamento fiscale, che penalizza i medici del corso di formazione specifica in Medicina Generale rispetto all'attività analoga svolta dagli specializzandi in altre discipline mediche, così come è evidente la diseguità del relativo trattamento economico, aggravata, in alcune Regioni, da inammissibili ritardi nella corresponsione delle già esigue risorse, associati a incomprensibili rigidità applicative di un iniquo regime di incompatibilità.

La Fnomceo chiede pertanto al Ministero della Salute un impegno a reperire le risorse per realizzare i necessari interventi perequativi e ritiene, nelle more, imprescindibile, dall'immediato, la definizione delle compatibilità professionalizzanti, che, oltre ad avere un elevato valore formativo, realizzando quegli spazi di responsabilizzazione diretta in am-

*Le richieste della
Fnomceo*

bito di cure primarie, necessari nel processo di formazione specialistica, possono essere occasione di ristoro economico, senza impegno di risorse pubbliche aggiuntive.

Deve essere ripensato l'accesso alla formazione specifica in Medicina Generale che costituisce un altro momento di rilevante importanza e che deve tener conto sempre più della scelta vocazionale e delle attitudini al ruolo. Oltre ai criteri fondamentali di trasparenza, equità e profitto, devono essere valorizzate l'attitudine professionale, la partecipazione durante il corso di laurea a esperienze universitarie di tirocinio presso studi di Medicina Generale, gli aspetti vocazionali e motivazionali verso la Medicina Generale rilevati anche attraverso prove multidisciplinari in itinere, la tesi di laurea su tematiche peculiari della Medicina Generale, partecipazione a corsi, convegni e altre attività formative nella stessa disciplina..

Pur considerando tutte le attuali criticità, vanno aumentate le borse di studio sulla base di una seria programmazione degli accessi che tenga conto dei fabbisogni regionali e nazionali anche in relazione all'andamento della curva demografica e delle curve di pensionamento e uscita dalla professione, ma soprattutto sulla valutazione delle reali possibilità lavorative.

Andrebbe inoltre rivisto e normato il regime assicurativo già economicamente penalizzante per tutta la categoria e a maggior ragione per i giovani sui quali grava l'onere del premio della polizza assicurativa professionale e infortuni con uno sfavorevole rapporto fra l'impegno economico richiesto a fronte di limitate e insufficienti coperture

I tempi di attesa per l'accesso al corso dopo la laurea e quelli per l'inserimento nella professione dopo il conseguimento del diploma sono attualmente eccessivamente lunghi, legati a tempi e scadenze che possono prolungare per molti mesi le attese. Dall'iscrizione al corso al sostenimento del-

l'esame, alla pubblicazione della graduatoria, al tempo di creazione della graduatoria unica, ai tempi e ritardi di pubblicazione delle graduatorie uniche regionali e delle zone carenti. Ad oggi al momento dell'iscrizione al concorso è necessario essere in possesso dell'abilitazione professionale e dell'iscrizione all'ordine professionale, ciò determina per questioni di tempi e scadenze non perfettamente corrispondenti tra fine del percorso di laurea e acquisizione dei titoli il rischio di un lungo ritardo per accedere al corso. Ancora, va affrontato e risolto il problema della sospensione obbligatoria per gravidanza che prolunga anche di un anno o più la possibilità di inserimento nella graduatoria unica regionale e conseguentemente nel mondo del lavoro. Una risposta potrebbe essere l'iscrizione sotto condizione già al terzo anno di corso nelle graduatorie.

La formazione in medicina generale infine deve proseguire il percorso di riconoscimento del titolo specialistico, all'interno del sistema sanitario formativo regionale, considerata la sua identità di corpus cognitivo e le sue peculiarità di tipo clinico assistenziale, con il riconoscimento del proprio percorso formativo integrato tra scuole di formazione regionali e scuole di specialità, anche seguendo l'esempio di quanto accade nella maggior parte dei paesi europei.

La Fnomceo, per parte sua, ha già dato indicazione agli Ordini Provinciali di inserire il titolo conseguito nel corso di formazione specifica in Medicina Generale all'interno dell'albo, con pari evidenza rispetto al titolo di specializzazione.

È ormai tempo che questa partita giunga al termine.

Formazione specialistica: dove andiamo?

Lorenzo Capasso

Componente Osservatorio Fnomceo Giovani Professionisti

La forbice tra laureati e posti disponibili nella formazione post-laurea

A FRONTE DI UN CRESCENTE NUMERO di immatricolati al corso di laurea specialistica in Medicina e Chirurgia (CLMC), per un sostanziale allargamento del numero chiuso (v. tab. 1), negli ultimi Anni Accademici si è assistito a una fissità nel numero di posti messi a bando dagli atenei italiani per l'accesso alle Scuole di Specializzazione (v. tab. 2).

A oggi l'accesso alla Dirigenza Medica del Servizio sanitario nazionale, così come al sistema convenzioni per la specialistica ambulatoriale e la pediatria di libera scelta, è vincolato all'acquisizione del Diploma di Specializzazione. Parimenti, anche le convenzioni della Medicina Generale sono legate al conseguimento del titolo relativo al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale (CMMG), anch'esso non sostanzialmente variato nei suoi numeri in accesso (v. tab. 3). Tutto questo ha generato già oggi una sperequazione (v. tab. 3) fra numero di laureati e possibilità di formazione post-laurea, che andrà aggravandosi nei prossimi anni per l'atte-

so aumento del numero dei laureati, legato all'incremento dei posti disponibili per l'accesso al CLMC (v. tab. 1).

Tale grave situazione precipiterà, già a partire da quest'anno accademico, a causa della drastica caduta del numero di contratti di formazione specialistica, legata alla riduzione dei finanziamenti, aprendo una forbice di non meno di 2.000 unità se non si porrà rimedio a tale contingenza economica. Una mancanza di opportunità formative che, oltre a precludere l'accesso ai sopraindicati ruoli del Ssn, genera una grave limitazione del diritto allo studio per studenti fra l'altro già laureati e professionalizzati, che seguono un loro percorso formativo dai margini poco flessibili, poc'anzi tratteggiati. Oltre a gravi fenomeni di sottoccupazione, disoccupazione ed inoccupazione medica, si alimenterà il già preoccupante esodo di giovani professionisti verso paesi esteri. Oggi tale fuga interessa anche medici specialisti (v. tab. 4) e in futuro, per le criticità citate, potrebbe esplodere ed interessare ancor più giovani medici che non hanno possibilità di accedere alla formazione post laurea. Appare un atteggiamento del tutto miope, quello di investire ingenti somme nella formazione di professionalità e poi cederle ai nostri maggiori competitori economici internazionali (Francia, Germania, Regno Unito). Una corretta programmazione dei reali fabbisogni delle professionalità mediche è necessaria sia al fine di evitare i citati fenomeni di sottoccupazione, disoccupazione ed emigrazione di giovani professionisti, sia per fornire all'Italia il numero adeguato di professionisti per singola specialità, in base alle esigenze dei diversi sistemi sanitari regionali, anche alla luce delle trasformazioni demografiche, epidemiologiche e tecnologiche che interessano la nostra nazione e che mutano il panorama sanitario.

Il D.M. 01/08/2005, *Riassetto Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria*, aveva provveduto ad allungare la durata dei corsi, con applicazione a partire dall'anno accademico

Le incertezze sulla durata dei corsi di specializzazione

2008/09, tendendo ad uniformare tali durate a quelle previste negli altri paesi dell'Unione Europea. La legge 08/11/2013 n. 128 di conversione del decreto-legge n.104 del 2013, prevede invece l'accorciamento delle stesse, dunque anzi il termine dei primi percorsi formativi del precedente modello siano portati a compimento. Inoltre l'articolo 21, comma 3-bis, del medesimo provvedimento, individuava nel 31 marzo u.s. il limite temporale entro cui provvedere all'emanazione di uno specifico D.M. per disciplinare tale accorciamento. Tale Decreto non è stato ancora emanato, con gravi incertezze nella popolazione studentesca e oggettive difficoltà per la riformulazione dell'iter formativo di chi subirà la transizione in medias res. L'accorciamento della durata delle Scuole di Specializzazione riporta la maggior parte delle stesse sui valori minimi previsti dalle vigenti normative europee (v. tab. 5), questione che non potrà non avere delle ripercussioni in termini di "peso del titolo di studio" nell'ottica della libera circolazione dei professionisti.

*Il nodo dei
Dottorati di
Ricerca*

Al fine di armonizzare i percorsi di Scuole di Specializzazione e di Dottorato di Ricerca ed evitare tempi morti nella formazione del medico, la legge 240/10, cosiddetta Riforma Gelmini, introduceva la possibilità di una sovrapposizione dei due corsi di studio. In particolare l'articolo 19 comma 1 lettera c recita: "È consentita la frequenza congiunta del corso di specializzazione medica e del corso di dottorato di ricerca. In caso di frequenza congiunta, la durata del corso di dottorato è ridotta ad un minimo di due anni". Il Dottorato di Ricerca è un percorso formativo fondamentale per introdurre i giovani nel mondo della ricerca; ad oggi risulta penalizzato dalla necessità di ottenere un diploma di Specializzazione, indispensabile per accedere ai ruoli di dipendenza e convenzione nel Ssn, data anche l'equiparazione dei due titoli al fine dell'accesso ai ruoli accademici. La maggior parte dei dottorandi medici ha infatti già terminato il suo percorso di Specializzazio-

ne, quindi ottiene il titolo di Dottore di Ricerca con notevole ritardo rispetto ad altri tipi di laureati. La sovrapposizione proposta ex Legge Gelmini è sicuramente un utile strumento per evitare inutili tempi morti nel percorso formativo e può rappresentare un primo passo di integrazione dei due percorsi, come avviene in altri paesi con il modello del cosiddetto MD/PhD. L'integrazione fra pratica clinica e ricerca biomedica, infatti, non è solo fondamentale per non disperdere vocazioni, ma anche per arricchire il profilo professionale trasferendo rapidamente e con naturalezza i risultati dalla ricerca al paziente, grazie una formazione volta alla multidisciplinarietà, l'integrazione con le discipline di base ed il collegamento con l'industria. La poca chiarezza nell'applicazione della norma ha generato situazioni a macchia di leopardo in Italia (v. tabb. 6-7), anche nella possibile applicazione della sovrapposizione per così dire a doppio senso, ovvero sovrapponendo gli ultimi anni dei due percorsi a prescindere da quale si proviene ed a quale si accederà. La nota MIUR prot. n. 2550 del 18/01/2012, avente ad oggetto "Quesito su frequenza congiunta del corso di specializzazione medica e del corso di dottorato di ricerca", ad un quesito posto dall'Università di Milano Bicocca ha precisato quanto segue: "La disposizione di cui all'art.19, comma 1, lettera c, della legge 240/2010 relativa alla frequenza congiunta del corso di specializzazione medica e del corso di dottorato di ricerca non è immediatamente applicabile. Con successivi provvedimenti relativi al dottorato di ricerca saranno comunicate le disposizioni applicative". Il D.M. 08/02/2013 n. 45 esplicita la sovrapposizione fra i due corsi di studio e dettaglio, all'articolo 7, le modalità di raccordo fra i due corsi di studio, facendo di certo chiarezza, ma impedendo l'accesso in sovrapposizione alle SS ai dottorandi dell'ultimo anno, fattispecie che sembrava essere contemplata dalla Legge Gelmini e fra l'altro utile e necessaria al fine di realizzare quanto auspicato in precedenza.

*Troppe incertezze
nel percorso di
formazione
medica*

In questi ultimi anni si è generata confusione nell'applicazione delle diverse normative succedutesi. Un percorso tanto lungo e complesso come quello della formazione medica, già di per sé pieno di incognite, non può e non deve essere ulteriormente gravato da incertezze normative. Durata delle Scuole di Specializzazione, accorciamento delle stesse "in corsa", precarietà dei percorsi didattico-formativi, interpretazioni altalenanti della sovrapponibilità con il Dottorato di Ricerca, sono alcuni degli esempi fin qui sintetizzati, che si sommano alle gravi problematiche inerenti l'applicazione ed alle limitazioni del contratto di formazione specialistica (congedi, tutela della maternità/paternità, coperture previdenziali, ecc.) ed alla disomogeneità didattico-formativa, specie nella formazione pratica, che si riscontrano sul livello nazionale.

TABELLA I *Accessi al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia in Italia*

Anno Accademico	Accessi al CLMCaccademico
2000/01	7.533
2001/02	7.709
2002/03	7.880
2003/04	7.912
2004/05	7.889
2005/06	7.833
2006/07	7.864
2007/08	7.858
2008/09	8.148
2009/10	8.508
2010/11	9.527
2011/12	10.464
2012/13	10.730
2013/14	10.576

Fonte: Osservatorio
Giovani Professionisti
Fnomceo

TABELLA 2 Numero di contratti di formazione specialistica in Italia

Anno Accademico	Numero di Contratti
2007/08	5.000
2008/09	5.000
2009/10	5.000
2010/11	5.000
2011/12	5.000
2012/13	4.500
2013/14	3.300 ??

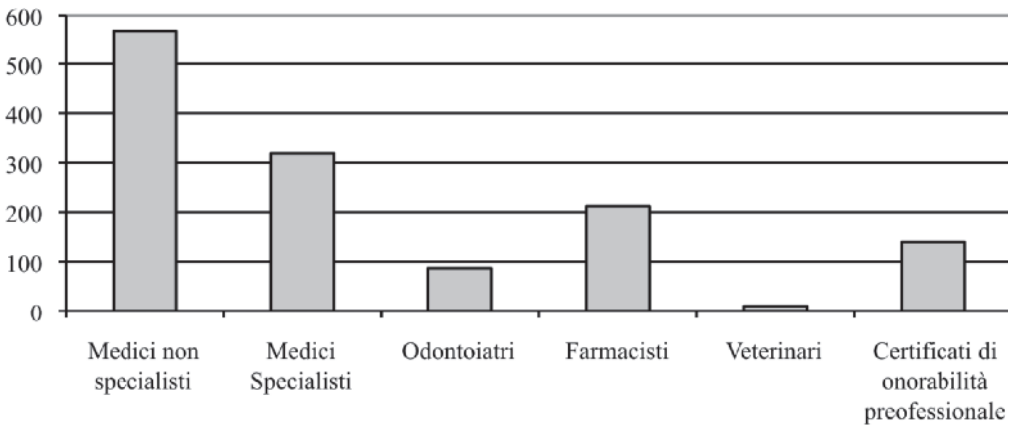
Fonte: Osservatorio
Giovani Professionisti
Fnomceo

TABELLA 3 Schema sull'accesso alla formazione medica in Italia

Anno	Contratti Specialità	Borse MMG	Somma	Laureati CLMC	Differenza
2013/14	3.300	990	4.290	6.436 (trend)	-2.146
2012/13	4.500	924	5.924	6.441 (trend)	-517
2011/12	5.000	981	5.981	6.419	-438
2010/11	5.000	832	5.832	6.382	-550
2009/10	5.000	832	5.832	6.199	-367
2008/09	5.000	772	5.772	6.013	-241
2007/08	5.000	828	5.828	5.736	92
2006/07	5.000	858	5.858	5.158	700

Fonte: Osservatorio
Giovani Professionisti
Fnomceo modificato

TABELLA 4 **Personale sanitario italiano operante all'estero**



Fonte SIGM

TABELLA 5 Durata delle scuole di specializzazione di area sanitaria

TITOLO DI DIPLOMA	DURATA minima stabilita dalla Direttiva 2005/36/CE	DURATA stabilita dal DM 1° agosto 2005	DURATA POST-RIDUZIONE
AREA MEDICA			
Medicina interna	5	5	5
Geriatría	4	5	4
Medicina dello sport	-	5	3
Medicina termale	-	5	3
Oncologia medica	5	5	5
Medicina di comunità	-	5	3
Allergologia ed Immunologia clinica	3	5	4
Dermatologia e Venereologia	3	5	4
Ematologia	-	-	4
Endocrinologia e malattie del ricambio	3	5	4
Gastroenterologia	4	5	4
Malattie dell'apparato cardiovascolare	-	5	4
Malattie dell'apparato respiratorio	4	5	4
Malattie infettive	4	5	4
Medicina tropicale	4	5	4
Nefrologia	-	5	4
Anatomia patologica	4	5	4
Biochimica clinica	4	5	4
Microbiologia e batteriologia/virologia	4	5	4
Patologia clinica	-	5	4
Radioterapia	4	5	4
Medicina nucleare	4	5	4
Anestesia, rianimazione e terapia intensiva	3	5	4
Audiologia e foniatría	-	5	3
Medicina fisica e riabilitativa (Fisioterapia)	3	5	3
Tossicologia medica	-	5	4
Genetica medica	4	5	4
Scienza dell'alimentazione	-	5	3
Farmacologia	4	5	4
Chirurgia orale	-	4	3
Ortognatodonzia	-	4	3
Igiene e medicina preventiva (o sociale)	4	5	4
Medicina aeronautica (e spaziale)	-	5	3
Medicina del lavoro	4	5	4
Medicina legale	-	5	4
Statistica sanitaria	-	5	3
Farmacia ospedaliera	-	4	3

Reumatologia	4	5	4
Neuro fisiopatologia	-	5	4
Neurologia	4	5	4
Neuropsichiatria infantile	-	5	4
Psichiatria	4	5	4
Pediatria	4	5	4
AREA CHIRURGICA			
Chirurgia generale	5	6	5
Chirurgia dell'apparato digerente	5	5	5
Chirurgia pediatrica	5	5	5
Chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica	5	5	5
Ginecologia ed ostetricia	4	5	5
Neurochirurgia	5	6	5
Ortopedia e traumatologia	5	5	5
Urologia	5	5	5
Chirurgia maxillo-facciale	5	5	5
Oftalmologia	3	5	4
Otorinolaringoiatra	3	5	4
Cardiochirurgia	-	5	5
Chirurgia toracica	5	5	5
Chirurgia vascolare	5	5	5
AREA SERVIZI CLINICI			

Fonte MIUR

TABELLA 6

Applicazione dell'art. 19 comma 1 lettera c della Legge 240 del 30/12/2010 ai bandi di accesso alle Scuole di Specializzazione di aere sanitaria

SEDE	Frequenza congiunta
Ancona	NO
Bari	NO
Bologna	SI
Brescia	NO
Cagliari	NO
Catania	NO
Catanzaro	NO
Chieti	ESPRESSAMENTE NEGATA
Ferrara	NO
Firenze	NO
Foggia	ESPRESSAMENTE NEGATA
Genova	NO
L'Aquila	NO
Messina	NO
Milano S. Raffaele	NO
Milano Bicocca	/
Milano Statale	NO
Modena	NO
Napoli Federico II	ESPRESSAMENTE NEGATA
Napoli SUN	/
Novara P.O.	NO
Padova	/
Palermo	NO
Parma	NO
Pavia	NO
Perugia	

SEDE	Frequenza congiunta
Pisa	NO
Roma Campus Biomedico	SI
Roma Cattolica	NO
Roma Sapienza	NO
Roma Tor Vergata	NO
Sassari	NO
Stena	NO
Torino	/
Trieste	SI
Udine	SI
Varese	NO
Verona	SI

Fonte SIGM

TABELLA 7 Applicazione dell'art. 19 comma 1 lettera c della Legge 240 del 30/12/2010 ai bandi di accesso ai Dottorati di Ricerca in atenei sedi di Scuole di Specializzazione di area sanitaria

SEDE	Frequenza congiunta
Ancona	Riportata nel bando l'esplicita incompatibilità della frequenza contemporanea delle scuole di specializzazione NON di area sanitaria
Bari	Riferimento esclusivo nel bando alla Legge Gemini senza specifica previsione per gli iscritti alle scuole di specializzazione di area sanitaria
Bologna	Riportata nel bando l'esplicita incompatibilità della frequenza contemporanea delle scuole di specializzazione ESCLUSE le scuole di specializzazione di area sanitaria
Cagliari	Riportata nel bando l'esplicita incompatibilità della frequenza contemporanea delle scuole di specializzazione NON di area sanitaria
Catania	Riportata nel bando l'esplicita incompatibilità della frequenza contemporanea delle scuole di specializzazione NON di area sanitaria
Catanzaro	PREVISTA nel bando
Chieti	PREVISTA nel bando
Firenze	PREVISTA nel bando
Foggia	Riferimento esclusivo nel bando alla Legge Gemini senza specifica previsione per gli iscritti alle scuole di specializzazione di area sanitaria
Genova	PREVISTA nel bando
L'Aquila	PREVISTA nel bando
Messina	NON PREVISTA nel bando
Milano S. Raffaele	PREVISTA nel bando
Milano Bicocca	Riferimento esclusivo nel bando alla Legge Gemini senza specifica previsione per gli iscritti alle scuole di specializzazione di area sanitaria
Milano Statale	Riferimento esclusivo nel bando alla Legge Gemini senza specifica previsione per gli iscritti alle scuole di specializzazione di area sanitaria
Modena	Riportata nel bando l'esplicita incompatibilità della frequenza contemporanea delle scuole di specializzazione NON di area sanitaria
Napoli Federico II	Riportata nel bando l'esplicita incompatibilità della frequenza contemporanea delle scuole di specializzazione NON di area sanitaria

SEDE	Frequenza congiunta
Napoli SUN	NON PREVISTA nel bando
Padova	Riferimento esclusivo nel bando alla Legge Gemini senza specifica previsione per gli iscritti alle scuole di specializzazione di area sanitaria
Palermo	Riportata nel bando l'esplicita incompatibilità della frequenza contemporanea delle scuole di specializzazione NON di area sanitaria
Pavia	Riportata nel bando l'esplicita incompatibilità della frequenza contemporanea delle scuole di specializzazione NON di area sanitaria
Perugia	NON PREVISTA nel bando
Pisa	Riportata nel bando l'esplicita incompatibilità della frequenza contemporanea delle scuole di specializzazione ESCLUSE le scuole di specializzazione di area sanitaria
Roma Campus Biomedico	Riferimento esclusivo nel bando alla Legge Gemini senza specifica previsione per gli iscritti alle scuole di specializzazione di area sanitaria
Roma Cattolica	NON PREVISTA nel bando
Roma Sapienza	Bando non reperibile on line sul web
Roma Tor Vergata	Riferimento esclusivo nel bando alla Legge Gemini senza specifica previsione per gli iscritti alle scuole di specializzazione di area sanitaria
Sassari	PREVISTA nel bando
Siena	Riportata nel bando l'esplicita incompatibilità della frequenza contemporanea delle scuole di specializzazione NON di area sanitaria
Torino	PREVISTA nel bando
Trieste	Riportata nel bando l'esplicita incompatibilità della frequenza contemporanea delle scuole di specializzazione NON di area sanitaria
Udine	PREVISTA nel bando
Varese	PREVISTA nel bando
Verona	Riferimento esclusivo nel bando alla Legge Gemini senza specifica previsione per gli iscritti alle scuole di specializzazione di area sanitaria

La proposta della Laurea abilitante

Luigi Conte

Segretario Fnomceo

LA FNOMCEO RITIENE che lo scopo primario della formazione sia 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 carat-

*Aggiornare contenuti
e tempi dei corsi di
laurea*

terizzato 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.

In sintonia con espressioni sempre più vaste del mondo accademico e degli stessi studenti dei corsi di laurea, rileviamo la necessità di aggiornare i contenuti dei curricula e l'arco temporale 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);
- una più equa redistribuzione dei CFU tra insegnamenti del triennio pre-clinico ed il triennio clinico;
- 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 comunicazione, di gestione, la deontologia, la bioetica, l'antropologia e la sociologia della salute e della malattia.

Riteniamo, più in generale, che si debba sviluppare una nuova linea di pensiero nell'ambito della didattica che sappia contemporaneamente 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.

Rileviamo la necessità di 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.

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.

Alle luce delle precedenti considerazioni si ritiene che coerentemente vada data attenzione sia ad un miglioramento della qualità delle formazioni in termini di moderni contenuti che alla ristrutturazione del contenitore rappresentato dall'impegno temporale e dalla sua articolazione.

Si ritiene quindi utile procedere ad un tentativo di compatamento dei diluiti tempi di accesso ed espletamento dell'esame di laurea ed esame di abilitazione, pur riaffermando la validità della "ratio" alla base dell'esame di abilitazione così come oggi strutturato.

*Un esame di
abilitazione
propedeutico alla
laurea*

*Nuovi strumenti di
valutazione e una
Commissione di
esame anche esterna
alle Università*

Infatti l'esame di abilitazione dovrebbe assolvere il compito di valutare la parte non secondaria del curriculum formativo in medicina e chirurgia ed odontoiatria riguardante le attività professionalizzanti e più specificamente il "saper fare" ed il "saper essere". E questo compito va comunque mantenuto ed assolto prima del conseguimento della laurea che si vuole diventare abilitante.

Pur comprendendo le motivazioni alla base della proposta di "laurea abilitante", si riafferma, quindi, la validità dell'impianto dell'esame di abilitazione che può diventare così come attualmente strutturato propedeutico alla laurea stessa. E per la prova abilitante si propone l'adozione di nuovi strumenti di valutazione aggiuntivi e determinanti (progress test; presentazione e discussione di casi clinici seguiti durante il tirocinio) e che vada accompagnata, in 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. Da questo punto di vista si ritiene doveroso che in un organismo terzo di valutazione sia, oltre alla rappresentanza di quattro professionisti designati dall'Ordine dei Medici e quattro professionisti designati dalla facoltà di Medicina, prevista la presenza di un professionista designato dal Ministero della Salute e due designati dall'Assessorato regionale della Salute tra professionisti esperti presenti sul territorio di competenza della singola università. Il Presidente della Commissione per gli esami di Stato entra a far parte della Commissione di esami di laurea.

Nulla osta all'istituzione di una Laurea Abilitante in Medicina e Chirurgia, purchè sia prevista l'anticipazione del tirocinio trimestrale valutativo già previsto come post-lauream in seno al corso stesso di laurea ed effettuazione di una prova scritta costituita dal progress test a ridosso della discussione della tesi, il che contribuirà a soddisfare in parte l'esigenza di

rendere il corso di laurea maggiormente professionalizzante. Prevedendo che in caso di esito negativo in tali prove sia inhibito l'accesso all'esame conclusivo di laurea. In tal modo sarà possibile espletare il concorso per l'accesso alle scuole di specializzazione in data certa ogni anno entro il mese di dicembre con presa di servizio entro il mese di gennaio, eliminando i disservizi e le sperequazioni ascrivibili all'attuale sistema, registratisi negli ultimi 8 anni. Dal punto di vista della temporizzazione si può prevedere una prima sessione di esame con l'espletamento del tirocinio trimestrale di valutazione nei mesi di luglio, settembre ed ottobre, il progress test il 10 di novembre, l'esame di laurea il 20 novembre e l'esame per l'accesso alle scuole di specializzazione ai primi di dicembre di ogni anno (vedi Gantt sottostante).

La tempistica degli impegni dell'ultimo anno di corso (I sessione)

	giugno	luglio	settembre	ottobre	novembre	dicembre
Tirocinio di valutazione						
Progress test						
Esame di laurea						
Esame di ammissione scuole di specializzazione e corso per MMG						

Chi non supera la suddetta prova accede alla II sessione con le seguenti modalità:

- se non ha superato il tirocinio valutativo: lo ripete in gen-

- naio, febbraio e marzo;
- se ha superato il tirocinio valutativo ma non il progress test: ripete il progress test in aprile ed in caso di esito positivo accede all'esame di laurea in maggio.

La tempistica degli impegni dell'ultimo anno di corso (II sessione)

	gennaio	febbraio	marzo	aprile	maggio	dicembre
Tirocinio di valutazione						
Progress test						
Esame di laurea						
Esame di ammissione scuole di specializzazione e corso MMG						

-

Dalla programmazione alla formazione, l'inserimento nel mondo del lavoro

Paolo Livrea

Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Bari

IL FUTURO SI PREPARA LEGGENDO le criticità del presente e sapendole proiettare. Quindi, affrontare il tema della formazione significa individuare la strategia per la qualità della medicina di domani.

Riprendo alcuni dei temi in discussione, a cominciare dal fabbisogno e dai problemi posti per come calcolarlo.

Il nodo del fabbisogno

Abbiamo visto che la gobba pensionistica, la quale ovviamente è cumulativa, indica un'uscita dalla funzione attiva professionale per il 2018-2024/25, che supera le 120mila unità. Ora dobbiamo calcolare i potenziali entranti: con 10 mila iscritti e la perdita intracorso del 15-20%, siamo a 8mila laureati l'anno, che in dieci anni arrivano a 80mila. Quindi, in prospettiva, abbiamo un grave "buco". Altrettanto grave è la situazione per i laureati in odontoiatria e protesi dentaria.

Non credo che il modello assistenziale globale, nel giro di una decina d'anni, riuscirà a trovare una trasformazione che

“risparmi” in modo così consistente il numero di operatori necessari. E oltretutto, oggi abbiamo delle carenze assistenziali pesanti, per cui coprire i buchi e pensare al risparmio del numero degli operatori è una equazione ancora più difficile.

Bisogna anche tener conto di una sentenza della Corte Europea che ha stabilito numeri programmati per gli accessi non solo in medicina, non solo in odontoiatria, non solo nelle lauree sanitarie, ma in architettura, in medicina veterinaria e in molti altri corsi.

E la sentenza dice che la sostenibilità del sistema diventa il parametro gerarchicamente principale per definire la capienza del sistema. Che peso hanno, in questo quadro, i fabbisogni? Potente, nel senso che ci sono, ma da valutare anche alla luce della priorità che la sentenza della Corte Europea assegna alla sostenibilità.

Attualmente, il sistema dichiara la sua capienza sulla base del disponibile: strutture, macchine, numero di posti letto, persone. Voglio solo indicare, come esempio, che negli ultimi sei anni a Bari, in linea con il resto d'Italia, si è perso circa il 20% del corpo docente, passando da 450 docenti a 325, come conseguenza del blocco delle assunzioni e per la scarsità dei finanziamenti. Il risultato è che noi stiamo riducendo il potenziale di formazione, in controtendenza rispetto alla pressione dei fabbisogni.

*Gli ospedali di
insegnamento*

Se non vogliamo ingolfare il sistema, dobbiamo aprirlo, reclutando le competenze presenti nella rete ospedaliera: ospedali di insegnamento da accreditare e presenti nella medicina territoriale, come base, non solo necessaria ma fondamentale, per garantire l'effettiva funzionalità di un approccio ai problemi di salute.

È giacente da tre anni il decreto legato alla legge Gelmini, che sarebbe dovuto essere applicato dal 15 gennaio 2011, indicando in 180 giorni il tempo entro cui realizzare i nuovi

protocolli d'intesa, tra università e regione, in cui vengono abolite le aziende ospedaliere universitarie e si crea l'ospedale universitario in cui vengono inclusi gli IRCCS, e il personale ospedaliero partecipa pienamente alla didattica, alla ricerca e in cui sono obbligatorie, non opzionali, le convenzioni con il territorio per assicurare un segmento di formazione territoriale, senza il quale avremo un laureato totalmente impreparato ad affrontare i bisogni del territorio.

Il decreto è rimasto "incastrato" nella Conferenza Stato-Regioni, dove di fatto si è bloccata questa possibilità. Era forse uno dei pochi passi avanti che la Legge Gelmini ha consentito e non si è fatta. Noi dobbiamo reclamare che si applichi la norma e che si apra questa possibilità di introdurre un cambiamento.

Sono ancora stordito dall'intervento con cui lo scorso anno il Consiglio dei Ministri, il giorno stesso in cui c'era l'esame di ammissione ai corsi di laurea in Medicina, ha cambiato le regole dell'esame di ammissione.

Una indiscutibile esigenza di trasparenza, ma siamo certi che questo fosse il modo giusto?

Oltretutto, con la graduatoria nazionale circa il 30% degli iscritti saranno fuori sede, e sicuramente l'essere fuori sede senza un supporto sufficiente, non aiuta ad abbreviare il tempo di laurea ed usare bene le proprie risorse. E ancora: siamo certi che per entrare in un'area umanistico-scientifica come la medicina il curriculum della scuola superiore non conti nulla? Dobbiamo pensare ad una medicina in cui ci siano le idee chiare, sulla storia della scienza, sull'evoluzione delle conoscenze, sulla bellezza degli ospedali e il potere che ha la bellezza di cambiare la percezione del dolore. Invece abbiamo cancellato il liceo e rivolto tutta l'attenzione a "pareggiare" i punteggi d'ammissione tra le diverse sedi universitarie. Dopo 43 anni di vita universitaria vissuta con una certa passione, assistere a questi orrori è una cosa che fa male.

*Il problema
degli accessi*

La vera strada per “selezionare gli accessi dovrebbe essere l’orientamento rivolto agli studenti del liceo. Un percorso lungo e faticoso, a maggior ragione considerando la riduzione del numero dei docenti cui accennavo prima.

Dovremmo fare l’orientamento estensivo ed intensivo, consumare molto tempo, non solo per medicina ma per gli altri numeri programmati, per aiutare gli studenti ad autovalutare le proprie attitudini.

Inoltre, dovremmo comunque pensare a percorsi di *shunt*, cioè gli esami convalidati su altri corsi di laurea, per chi non passa dopo il primo anno. E per fare questa operazione serve tempo, perché bisogna mettere d’accordo i piani di studio di scienze biologiche, biotecnologia, farmacia, veterinaria, lauree

Questo può essere un trend a medio-lungo termine, ma, nel frattempo, dobbiamo individuare un’altra modalità di accesso che sicuramente deve essere diversa dai test che vengono fatti adesso.

Le criticità della formazione in Medicina Generale

Saverio Cramarossa

Medico in formazione in Medicina Generale, Bari

SONO UN CORSISTA DI MEDICINA GENERALE, faccio parte del gruppo di lavoro che ha redatto il documento inerente la formazione in MG, frutto dell'attività di un nucleo di giovani formandi di MG costituito da rappresentanti di tutti gli Ordini dei medici pugliesi.

La finalità di questo gruppo è stata quella di individuare, con spirito propositivo, quali siano gli ambiti in cui intervenire per migliorare l'attuale condizione del medico in formazione in Medicina Generale. Abbiamo iniziato analizzando l'ambito della didattica, di cui si è già ampiamente parlato.

Abbiamo poi spostato l'attenzione verso un'altra area critica del nostro corso, la retribuzione del formando, che si aggira attualmente sulle 900 euro mensili nette con trattenuta Irpef, da cui il corsista deve sottrarre periodicamente a suo carico numerose spese, quali oneri assicurativi per RCP, infortunio e malattia nonché i contributi previdenziali Enpam. In aggiunta, l'erogazione della borsa di studio è gravata, in

La retribuzione del formando

molte Regioni, da ingenti ritardi legati spesso ad inadempienze amministrative delle stesse Regioni.

Auspichiamo che le attività professionalizzanti remunerate istituite dalla legge Balduzzi includano non solo turni di Continuità Assistenziale e sostituzioni di Medici di Medicina Generale, ma anche un attivo coinvolgimento del formando in tutte le attività dell'aggregazione medica, compresa quella di ricerca.

Nelle graduatorie di sostituzione a tempo determinato di Medicina Generale, la Legge 448 del 2001 equipara i corsisti di medicina generale a tutti gli altri titolari di borsa di studio del Ssn e, secondo l'Accordo Collettivo Nazionale, essi vengono posti in subordine rispetto ai medici che non detengono alcun rapporto di lavoro o che non siano titolari di borse di studio. Tutto ciò nonostante la Continuità Assistenziale sia il primo approccio professionale del futuro medico di famiglia, il quale dovrebbe iniziare ad acquisire esperienza proprio in fase di formazione. La nostra proposta è quella di dare priorità in tali graduatorie al corsista in Medicina Generale rispetto alle altre figure mediche appena citate.

La realizzazione di tali istanze all'interno del percorso formativo consentirebbe, quindi, non solo un'integrazione della retribuzione, ma anche la possibilità di assicurarsi uno spazio di crescita professionale, oltre che di inserimento graduale nell'area delle cure primarie già durante il triennio, in linea con quelle "attività remunerate senza oneri a carico dello Stato" di cui parla la legge Balduzzi.

Inoltre il formando sostiene di tasca propria gli oneri assicurativi, i cui massimali, secondo decreto ministeriale, vengono stabiliti autonomamente dalle regioni, ed in alcune realtà raggiungono quote anche molto alte.

Allo stesso tempo però secondo il TUIR siamo considerati lavoratori dipendenti assimilati, dunque non si comprende

perché non sia l'assicurazione sociale obbligatoria diretta a tutelare il corsista in caso di infortunio sul lavoro o malattia professionale come previsto dalla Costituzione e da successivi decreti legislativi.

Attualmente il formando per contratto può effettuare fino ad un massimo di 30 giorni di assenza preventivamente giustificati (anche a più enti contemporaneamente, come avviene in alcune Regioni): ciò che proponiamo è di prevedere che tali 30 giorni di assenza non debbano essere giustificati, ma eventualmente soltanto preventivamente autorizzati o concordati con il Direttore del corso, come d'altronde previsto dalla normativa.

Abbiamo poi affrontato il capitolo tutela dei diritti: gravidanza, malattia e relativa sospensione corso.

Per legge “gli impedimenti temporanei superiori ai 40 giorni lavorativi consecutivi per servizio militare, gravidanza, malattia, sospendono il periodo di formazione, fermo restando che l'intera sua durata non ne viene ridotta”

Questo regolamento è inoltre caratterizzato da una forte variabilità interregionale, che lo rende estremamente disforme sul territorio nazionale.

Attualmente, durante il periodo di sospensione obbligatoria di 5 mesi per maternità, la borsa di studio viene sospesa. L'ente previdenziale Enpam si fa carico dell'indennità per le colleghe.

A fronte di questo periodo obbligatorio di sospensione, le colleghe si ritrovano a dover recuperare le ore perse solo nell'anno successivo, perdendo di fatto un ulteriore anno per l'inserimento in graduatoria regionale di Medicina Generale. Uniformando i regolamenti a livello nazionale, si faccia dunque in modo che periodi superiori ai 40 giorni di assenza per malattia o gravidanza, vengano recuperati, ove possibile, entro il triennio di appartenenza, senza ulteriori prolungamenti del periodo formativo.

*Tutela dei diritti:
gravidanza e
malattia*

Medicina Generale: una scelta consapevole

La Formazione che sogniamo è quella che rappresenti una scelta consapevole di chi sulla Medicina Generale vuole investire per la sua carriera, non una scelta obbligata o di ripiego che porti ad abbandoni e borse di studio inutilizzate da parte di colleghi che hanno in mente altre strade professionali.

Ed allora, a tal proposito, perché non prevedere ogni anno un giorno unico per la firma sui due contratti, quello di specializzazione universitaria e quello di formazione in Medicina Generale, in modo da rendere la scelta formativa quanto più univoca e consapevole possibile?

*Medicina Generale:
una scelta
consapevole*

La formazione che sogniamo è dunque quella che sia il frutto di una programmazione basata sui reali fabbisogni lavorativi futuri, quella che annulli i tempi morti che ritardano il nostro già lungo percorso verso l'accesso alla professione, quella che ci permetta di lavorare formandoci e di formarci lavorando, quella che tuteli i nostri diritti fondamentali e non li eluda, una formazione che ci renda protagonisti sin da subito di quella Medicina del Territorio che sul territorio e non nelle aule universitarie formi i propri medici del futuro, protagonisti e non spettatori della Medicina Generale che noi amiamo.

La formazione nella Regione Puglia

Rocco Guerra

Collegio dei Revisori, Omceo Bari

PERCORSO FORMATIVO e accesso nel mondo del lavoro nei tempi attuali non sempre sono binari che destinati ad incontrarsi, specie nel breve periodo; si tratti spesso di binari paralleli o addirittura divergenti tra loro.

I numeri del percorso formativo sono quelli ormai noti: sei anni di corso per il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, circa 10.000 posti disponibili annualmente, più di 5.000 laureati solo nell'ultimo anno con un numero di contratti di formazione specialistica dapprima indicato in 3.500 circa e poi implementato a 5.000 dall'ultimo intervento del governo con il decreto legge 90 anticipato proprio in data 13 dal Presidente del Consiglio dei Ministri.

L'assenza di un intervento strutturale che abbia alla base una seria programmazione quali-quantitativa delle figure professionali richieste sul territorio, come più volte evidenziato e richiesto e il perpetuarsi di interventi e soluzioni nel breve e medio periodo, non fanno altro che far aumentare, così co-

*La formazione post
laurea in Puglia*

me evidenziato nella figura, il divario, non solo tra i posti disponibili per il Corso di Laurea e il numero dei professionisti richiesti dal mercato del lavoro, ma anche la forbice tra il numero dei laureati e i posti di formazione post-laurea.

Caso eclatante è quello della Regione Puglia, dove nell'ultimo quadriennio, a fronte di un fabbisogno dichiarato della Regione Puglia di una media di 300 specialisti nelle varie discipline, i contratti finanziati sono stati in media 240, parte dei quali, in media 20, finanziati dalla Regione stessa.

Negli stessi anni di riferimento, 2009-2012, a fronte dei 240 contratti finanziati, i laureati sull'intero territorio regionale, sommando il numero dei medici laureati all'Università di Foggia e quelli laureati presso l'Ateneo barese, sono stati circa 300.

Analizzando questi dati, è evidente, il bisogno di una riforma e una programmazione seria non solo della formazione del giovane medico, ma anche del suo ingresso nel mondo del lavoro e prima ancora del suo post.-laurea

Nell'ambito della formazione, infatti, sarebbe opportuno introdurre nelle scuole di specialità una survey sulla qualità dei percorsi formativi, uniformandone i contenuti e verificandone l'effettiva attuazione; dando il giusto spazio alla teoria e alla pratica clinica in un mix ben equilibrato che coniughi al meglio il sapere e il saper fare.

*Le differenze in
termini di
occupazione*

Analizzando, invece, i dati della condizione occupazionale dei colleghi che hanno conseguito il titolo di specialista negli ultimi cinque anni, stante la difficoltà nel reperire un dato qualitativamente accettabile, e considerata la problematica del blocco del turnover data dal Piano di Rientro di cui è stata oggetto la Sanità nella Regione Puglia, ci si è resi subito conto della presenza di un quadro abbastanza eterogeneo a seconda della specialità indagata. Dall'analisi è emerso che alcune specialità consentono ai neospecialisti l'ingresso nel mondo del lavoro in tempi strettissimi ed altre, invece, co-

stringono i giovani medici a lavorare in branche affini, pronto soccorso, sostituzioni di medici di medicina generale o ancora a emigrare all'estero o in altre parti di Italia alla ricerca di occasioni migliori prima di ripiegare, magari, su una seconda specializzazione o sul corso di MG. È la fotografia dei giorni nostri, una fotografia che nessuno ci sarebbe aspettato di commentare solo qualche anno fa. Adesso però è giunta l'ora di cambiare rotta, cominciare ad investire risorse, non solo economiche, nel futuro della classe medica di questo paese, e come giovani professionisti, il nostro auspicio è che alle molteplici parole, nel più breve tempo possibile, possano seguire interventi concreti.

Come si può cambiare se l'obiettivo è sempre il “saldo a zero”?

Antonio Amendola

Aaroi Emac

*Il ricambio
generazionale*

RIGUARDO AL TEMA “Formazione ed accesso al lavoro” vorrei porre l’attenzione su pochi ma fondamentali punti. Il primo riguarda il cosiddetto ricambio generazionale che oggi viene affrontato con provvedimenti che comunque partono dal presupposto intoccabile di un saldo pari a quasi zero per quel che concerne l’impegno economico e quindi anche del numero di occupati, dando quindi per scontato che gli attuali occupati in sanità siano corrispondenti al numero necessario e ciò implica la sussistenza sia degli attuali carichi di lavoro che dell’attuale organizzazione del lavoro stesso, solo che tale attività ricadrebbe sui più giovani. È evidente come tale posizione contrasti con tutti i dati che evidenziano come in Italia, e ancor di più in alcune realtà regionali meridionali, il numero degli occupati in Sanità sia abbondantemente al di sotto di qualunque parametro europeo, per non parlare di eventuali rapporti tra tale numero e quello scaturente dall’applicazione di livelli minimi assi-

stenziali. Da ciò ne derivano tutta una serie di conseguenze: demansionamento, turni stressanti, mancato rispetto dei dovuti riposi, possibilità di errori, medicina difensiva, mancata congruità tra personale in servizio ed effettive richieste prestazionali e quant'altro. Causa di perdita di efficacia e qualità del sistema sarebbe quindi il mancato ricambio generazionale, quasi a sostenere che quello che non si può più chiedere ai sessantenni lo si può far tranquillamente svolgere ai giovani.

Inoltre si vuole assolutamente creare, in una situazione di carenza di professionisti medici, il contrasto generazionale partendo dall'assunto che le persone con sessanta o più anni costituiscano una sorta di disvalore, che esse rappresentino la "palla al piede" per cui ad esse spetta di dover fare un passo indietro in campo occupazionale, il tutto naturalmente senza considerare quali sono le vere cause del mancato ricambio generazionale nonché l'apporto che, in un sistema equilibrato quale quello italiano non è, da tali "anziani" può essere dato in termini esperenziali e senza considerare che tali anziani ormai non vedono l'ora di uscire da un sistema di cui per lo più non accettano i criteri organizzativi e gestionali.

Altro punto fondamentale è quello delle nuove competenze professionali, in particolare di quelle infermieristiche rapportate a quelle mediche, che se non opportunamente definite partendo da un presupposto solo in apparenza banale e cioè che diagnosi e cura sono campi esclusivi della professione medica, non possono che sfociare, così come ormai stanno sfociando, in un pericoloso conflitto tra professionisti nonché in una assegnazione di competenze mediche ad altri professionisti non medici, magari a più basso costo, con responsabilità ufficialmente in capo al medico anche di decisioni prese da altri e con conseguente voluto sostanziale ridimensionamento del numero di medici necessari. E qui non

*Le nuove
competenze
professionali*

Il nuovo Codice Deontologico

posso non evidenziare come tale punto avrebbe dovuto profondamente coinvolgere in primis gli Ordini e la loro Federazione, ma anche i Sindacati medici più rappresentativi.

Un brevissimo commento, poi, sul nuovo Codice Deontologico giustamente definito una “riedizione” proprio perché esso non segue una strada di innovazione deontologica della professione e della figura del medico, pur nel continuo divenire della realtà sociale e lavorativa in cui operiamo e con cui dobbiamo confrontarci senza trovare adeguate risposte normative e a cui si fa fronte, spesso con difficoltà, con il buon senso.

A tal proposito è importante tener presente il giudizio dei futuri medici o dei giovani colleghi, sempre teoricamente considerati a parole un punto di riferimento da tutti, in modo che alcuni di essi non possano magari pensare che “chi è più anziano non ha capito, dal momento che con i suoi limiti progettuali sta ipotecando il futuro della nostra Professione attraverso un mercato del lavoro incerto, una professione mal definita, una pratica medica ormai concepita prima di tutto come compatibile con i problemi della gestione e solo dopo con i bisogni del malato”.

Conclusioni

In conclusione, anche come Consigliere dell’Ordine dei Medici della Provincia di Bari, da tempo non vedo l’ora di rapportarmi con rappresentanti delle Istituzioni tutte che non operino in base a criteri populistici o di demagogica raccolta del consenso popolare, d’altra parte in termini assoluti sempre più scarso, ma sulla scorta di valori di democratico confronto e di vera difesa degli interessi comuni e quindi, nell’ambito prettamente medico, di riconoscimento sia delle specifiche competenze professionali che della dignità sociale del ruolo dei medici, ma ormai quest’ora, con gli attuali rappresentanti istituzionali, si rischia di non vederla più.

Sono però sicuro che il cittadino medio saprà, spero in mo-

do democratico, recuperare una degna rappresentanza delle proprie istanze che sappia tutelare i doveri e i diritti. In tale ottica ognuno di noi non può esimersi dall'impegnarsi per ridare un'anima, una speranza, un ruolo definito e il giusto peso sociale a questa pur sempre bellissima professione. Lo dobbiamo a noi tutti ma soprattutto ai nostri colleghi più giovani.

La formazione costa. Ma quanto costerà non averla fatta?

Carlo Palermo

segreteria nazionale Anaao Assomed

UN'ADEGUATA FORMAZIONE costituisce il prerequisito indispensabile per un competente ed efficace esercizio della professione medica, non solo nei suoi contenuti tecnici e direttamente operativi, in ambito sia ospedaliero che territoriale, ma anche nei suoi valori universali di solidarietà, socialità, equità e qualità.

Il diretto monitoraggio dei processi formativi e dei risultati costituisce un essenziale obiettivo nazionale di governo, ai fini della corretta allocazione di notevoli risorse, di attivazione di sinergie tra istituzioni eterogenee, di efficaci politiche sanitarie.

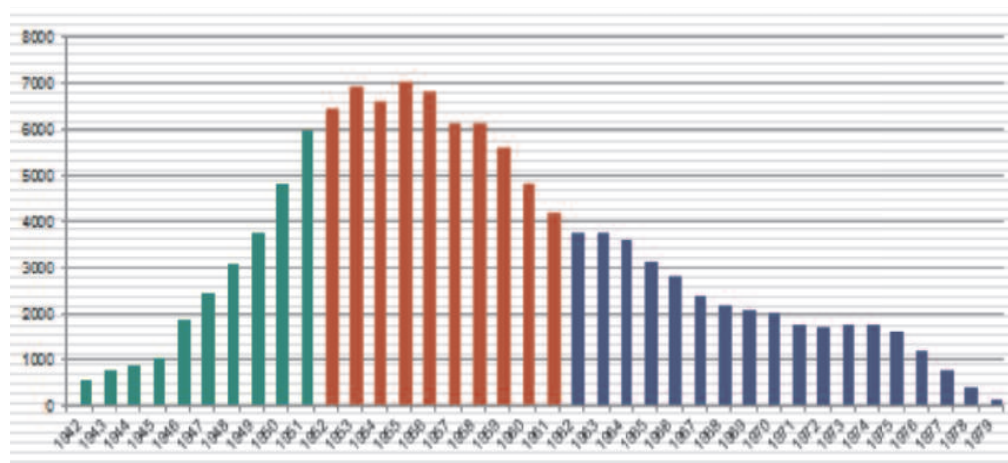
Vi sono almeno quattro punti programmatici sui quali è, a nostro parere, necessario intervenire.

1. Programmazione dei fabbisogni.

Entro i prossimi dieci anni vi sarà un profondo cambiamento degli assetti della professione medica e odontoiatrica a causa dei nuovi bisogni di salute e della necessità di nuovi modelli assistenziali. Avremo variazioni anche in termini nu-

merici derivanti dalla gobba demografica dei medici operanti nel Ssn e dalle conseguenti quiescenze. Il grafico 1 mostra la distribuzione per anno di nascita dei medici dipendenti del Ssn nel 2007. Le colonne rosse indicano il numero dei medici che acquisiranno i nuovi criteri di pensionamento una volta superato lo scalone previdenziale introdotto dalla riforma “Fornero”. Nel decennio 2017/2026 si può calcolare con buona approssimazione l’uscita dal Ssn di circa 60.000 specialisti, i nati tra il 1952 e il 1961.

GRAFICO 1 Distribuzione per anno di nascita dei medici dipendenti del Ssn (2007)



Un reale calcolo dei fabbisogni, compito delle Regioni, deve rispondere pertanto alle esigenze emergenti del sistema formativo adottando nuovi criteri di programmazione in funzione:

- delle effettive necessità assistenziali future,
- della capienza occupazionale del sistema sanitario,
- della effettiva pratica specialistica.

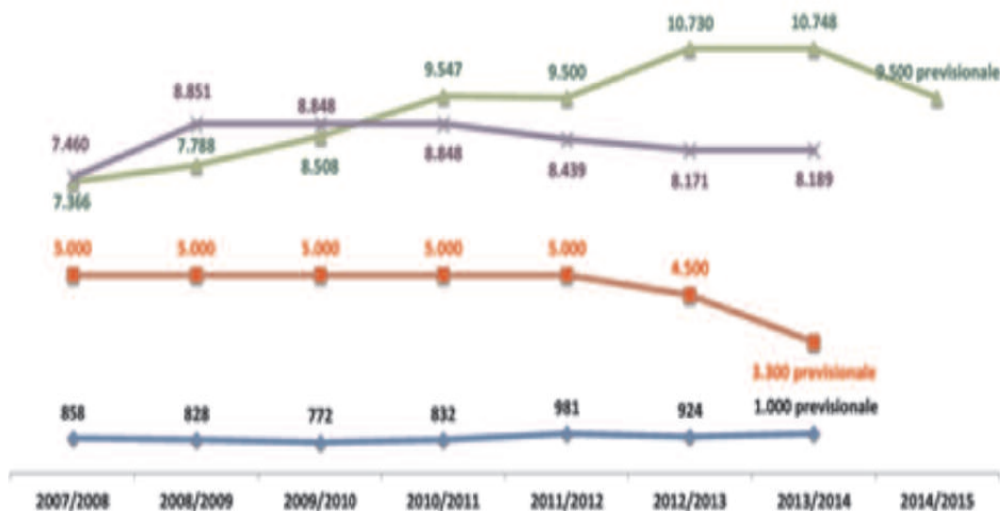
Tutto questo deve essere rapportato a:

- parametri demografici fondamentali di popolazione (co-

- me: mortalità; natalità; invecchiamento; prevalenza ed incidenza di patologie; etc),
- modelli di riorganizzazione sanitaria,
 - nuovi bisogni di salute,
 - obiettivi di salute pubblica e di sviluppo della ricerca scientifica.

Realizzare questo calcolo dei fabbisogni è necessario affinché non si verifichi più la vergognosa attuale disoccupazione di migliaia di colleghi, figlia di calcoli senza rigor di logica, attuati con la pretesa di avere circa 10.000 nuovi medici ogni anno e di fornire solo a 5.000 di loro la possibilità di accedere a un corso di formazione post-laurea (Grafico 2). Si deve inoltre realizzare un vero cambio di paradigma che chiami il Ssn a svolgere pienamente quel ruolo professionalizzante che la legge gli assegna mentre regioni e facoltà nei fatti gli negano.

GRAFICO 2 Confronto tra borse Medicina Generale, posti a numero chiuso, contratti di formazione specialistica e fabbisogni (richieste delle Regioni)



La valutazione complessiva del percorso formativo, compreso il Diploma di maturità, debbono avere un peso equilibrato nella valutazione di accesso. Se il sistema del test di ingresso deve essere mantenuto, le materie devono essere coerenti con il percorso formativo concluso e con i contenuti del corso da intraprendere. Non pensiamo che l'accesso libero, spostando la selezione alla fine del primo o del secondo anno in base ai crediti formativi acquisiti, rappresenti una soluzione praticabile. Le scuole di Medicina e Chirurgia non sono pronte ad accogliere 60/70.000 iscritti al 1° anno, il rischio, come ha detto qualcuno, è quello di creare fabbriche di illusioni e di danneggiare le altre facoltà scientifiche che vedrebbero ridursi gli accessi.

È necessaria una revisione del curriculum con tassativa riduzione del numero degli esami e valorizzazione di prove multidisciplinari in itinere (es. progress test e valutazione sul campo), ampliando la parte pratica di contatto con il malato (imparare facendo) ed individuando sedi aggiuntive di insegnamento accreditabili (Ospedali di Insegnamento). Occorre anche ampliare i contenuti deontologici ed umanistici, finalizzandoli all'acquisizione di “*non technical skills*” per mezzo di specifici moduli interdisciplinari. Se non si vuole rendere la laurea immediatamente abilitante, occorre rivedere le modalità di espletamento dell'esame di Stato, con l'adozione di nuovi strumenti di valutazione (progress test; presentazione e discussione di casi clinici seguiti durante il tirocinio) e l'inserimento nella Commissione di esame di una rappresentanza adeguata della Professione, al riparo da possibili conflitti di interesse.

La formazione specialistica del medico è un primario interesse di chi fornisce l'assistenza sanitaria pubblica per cui non può non coinvolgere il Ssn al quale il D.Lgs. 502/92 e s.m. attribuisce un ruolo rilevante.

Essa è, oggi, diventata una vera emergenza nazionale. Il bi-

2. Valutazione ai fini dell'accesso

3. Corsi di Laurea ed esame di Stato

4. Corsi di Specializzazione

sogno di professionisti sanitari non è più compiutamente soddisfatto, né per qualità né per quantità, dal modello centrato sul monopolio accademico, ed è necessario ed urgente cominciare a ragionare su nuovi luoghi della didattica medica recuperando il ruolo e le prerogative del Ssn in un processo cruciale per il futuro della Sanità pubblica. Per di più, il fallimento della programmazione ha creato un profondo gap tra numero di laureati, in crescita, e numero di posti nelle scuole, in diminuzione.

L'obbligatorietà del titolo di specializzazione come requisito per l'accesso al Ssn, non previsto nel resto della UE, ha allungato enormemente il periodo formativo, ritardando l'accesso al lavoro dei medici con tutte le conseguenze, previdenziali e di carriera, del caso. La eccessiva lunghezza di tale percorso, in molte discipline lontano dal garantire gli obiettivi previsti dalla UE e dalla normativa italiana, rischia di rendere inutilmente penalizzante, per i medici che completano la propria formazione in Italia, il mantenimento dell'obbligo della specializzazione per accedere alla dirigenza medica del Ssn.

Una alternativa alla possibilità di inserimento immediato del neolaureato nei posti vacanti del Ssn, laddove è, dai vigenti contratti, considerato come "Dirigente medico in formazione", potrebbe essere rappresentata dal considerare il secondo triennio come contratto di formazione lavoro da svolgere nelle strutture del Ssn con compiti e retribuzione, diretta ed indiretta, contrattualizzati.

Oggi, gli specializzandi costituiscono un'importante, ancorché occulta, risorsa delle strutture universitarie, in grado di assicurare i volumi produttivi che ne giustificano la esistenza. Non meraviglia se negli ultimi 15 anni il rapporto tra discipline specialistiche è rimasto sostanzialmente invariato ad onta della rivoluzione demografica ed epidemiologica che ha attraversato la medicina. La tabella 1 mostra quali speciali-

tà saranno nei prossimi 10 anni maggiormente carenti nel Ssn, considerando da un lato i medici dipendenti che acquisiranno i nuovi criteri di pensionamento e dall'altro i contratti di formazione proiettati a 10 anni (2014 – 2023) in base al numero e al tipo di specialità degli ultimi tre anni accademici (2010/11 – 2012/13).

TABELLA I **Specialità principali del Ssn: confronto tra pensionamenti e contratti di formazione**

SPECIALITA' CARENTI	Numero di Medici Specialisti dipendenti del SSN che con approssimazione acquisiranno nel periodo 2014+2023 i criteri di pensionamento (fonte: CAT 2010, Minist. della Salute 2012 e Ced FNOMCeO 2012)	Contratti di formazione estrapolabili nel periodo 2014-2023 (fonte MIUR: media ultimi 3 anni accademici 2010-2013)	differenza a invarianza di programmazione
Pediatria (inclusi PLS*)	6001	2900	-3101
Medicina Interna	4119	2280	-1839
Chirurgia Generale	3621	2710	-911
Cardiologia	2904	2480	-424
Ortopedia	2109	1900	-209
Ginecologia	2647	2160	-487
Anestesiologia	5481	5140	-341
Urologia	963	820	-143
Geriatria	1422	1280	-142
Psichiatria	2653	1820	-833
Igiene e sanità pubblica	1982	1400	-582
Radiologia	2943	3420	477

La formazione postlaurea è sottratta agli ospedali, a differenza di quanto accade in tutto il resto dell'Europa, e finalizzata più agli interessi dell'Università che a quelli del discente e del Ssn. Il risultato è che un medico, quando riesce a svolgere la professione nel Ssn, ha superato abbondantemente i 30 anni di età e la sua formazione specialistica, spesso, a quanto sostengono gli interessati, è modesta. Del resto,

Conclusioni

far svolgere le attività di gran parte dei 25.000 specializzandi presenti ogni anno nel sistema solo nelle sedi universitarie riduce la possibilità di un produttivo confronto con adeguate casistiche cliniche.

Il ricambio generazionale poi, è un evento quasi sconosciuto negli ultimi anni: il turnover dei medici ospedalieri è, nella migliore delle ipotesi, limitato al 50% per le restrizioni economiche imposte dalle leggi finanziarie, e spesso, sempre per i soliti motivi di risparmio, si ricorre ad incarichi precari. È evidente come, anche in questi casi, lo sviluppo professionale dei nuovi medici risulti limitato.

Di questo passo la qualità del sistema ne risentirà pesantemente, soprattutto nel prossimo futuro, quando un ampio numero di medici attualmente in servizio sarà giunto all'età della pensione ed il Ssn non sarà stato fornito dei necessari ricambi, in numero adeguato e con preparazione adeguata. Di fronte ad un costante aumento della domanda di assistenza sanitaria, ci attende, in queste condizioni, un peggioramento della risposta da parte del sistema, un aumento del contenzioso legale, un aumento dei costi per le coperture assicurative, e, soprattutto un aumento dei costi complessivi, dato che, in particolar modo in Sanità, la qualità significa risparmio.

Assumere dirigenti medici e formarli adeguatamente, costa. Ma quanto ci costerà, fra pochi anni, non averli assunti? Quanto ci costerà non avere ricambi adeguatamente formati?

Realizzare un vero progetto di ammodernamento della professione

Guido Quici

Vicepresidente nazionale vicario Cimo-Asmd

QUESTO CONVEGNO nazionale è una occasione unica per fare il punto della situazione in merito alle problematiche dei giovani medici: dall'accesso alla Facoltà di medicina, alle scuole di specializzazione, al sotto finanziamento delle borse di studio, fino alla migrazione di molti colleghi oltre frontiera; ma io aggiungerei alle gravi difficoltà nell'inserimento nel mondo del lavoro.

Ci troviamo, oggi, di fronte ad sistema universitario estremamente rigido e selettivo che non trova successivi sbocchi nel mondo del lavoro a causa del cronico blocco del turnover. Questo è uno dei motivi per i quali, da un lato, i giovani medici sono delusi e mortificati nelle legittime aspettative e, dall'altro, i colleghi più anziani sono stanchi di dover sostenere carichi di lavoro sempre maggiori in contesti sanitari spesso disorganizzati e sottodimensionati in termini di dotazione organica. Da un lato oltre 10.000 precari in attesa di un posto di lavoro stabile e di garanzie in termini pro-

fessionali, economici e previdenziali; dall'altro i medici dipendenti e convenzionati sommersi da contenziosi e da problemi medico-legali ed assicurativi.

Tutto questo in un Ssn non più universalistico e poco sostenibile che, in epoca di spending review, rende l'operato del medico sempre più gravoso con difficoltà nel poter conciliare i propri doveri deontologici con le responsabilità economiche e gestionali legate a budget.

È un problema nazionale che investe l'intera classe medica e che pone, come obiettivo prioritario, il voler riaffermare la centralità del medico nel Servizio Sanitario pur nella consapevolezza che occorre rivedere i sistemi di accesso e di formazione universitari e post universitari ed i rapporti con le altre Professioni Sanitarie.

*La mancanza di una
"politica del
personale"*

Manca, oggi, una "politica del personale" fatta di carichi di lavoro adeguati, stimoli professionali e sistemi di gratificazione e valutazione equi; esiste una politica del risparmio i cui principi si basano sulla riduzione del costo del personale, compreso la formazione. Solo due esempi : tra il 2009 ed il 2011 circa 4.000 medici dipendenti in meno mai sostituiti e, da qui, il proliferare di contratti di lavoro atipici sottopagati che espongono i giovani medici a responsabilità eccessive; mentre, in tema di formazione aziendale, i conti economici del quadriennio 2009-2012 mostrano una riduzione della spesa da 170 milioni a 71 milioni/anno che, nel complesso, significa solo lo 0,06% della spesa sanitaria nazionale.

In queste condizioni quali garanzie ha, oggi, il cittadino in tema di sicurezza delle cure? Ed i giovani medici in tema di stabilizzazione del lavoro e di previdenza? Ed i colleghi più anziani in tema di stress lavoro correlato? Ed i medici tutti in tema di valorizzazione della professione?

Come Cimo chiediamo che il Patto per la Salute preveda l'implementazione di standard assistenziali strettamente le-

gati a dotazioni organiche certe, proprio per consentire di coprire quelle carenze di personale che hanno dato origine al vergognoso fenomeno del precariato.

Altro aspetto interessa il rapporto con le professioni sanitarie che potrebbe vedere coinvolte le future generazioni di medici. Spesso si parla di tentativo di sopperire la carenza dei medici con le altre professioni, in realtà ci preoccupa la proposta di accordo tra le singole regioni e le Università di implementare, sulla scorta delle proprie necessità organizzative, clinico-assistenziali e, quindi, economiche, specifici percorsi formativi per lo sviluppo delle nuove competenze. Questo significa una balcanizzazione delle competenze sanitarie dove il confine tra compiti, ruoli e responsabilità diventa sempre più sottile.

Per la dipendenza pubblica Cimo ha presentato, di recente, un progetto sulla progressione di carriera del medico per sostenere sia il rilancio di una professione troppo appiattita da norme contrattuali, sia per creare nuovi stimoli professionali a chi entra nel Ssn, sia per rimarcare la centralità e la specificità del ruolo medico nelle strutture sanitarie. Cimo ipotizza, infatti, un ingresso nella dipendenza come specialista junior con progressione verso la figura di specialista senior. Da qui in poi la possibilità di un doppio percorso di carriera; ovvero uno gestionale, basato sui principi e gli strumenti di governo clinico delle attività ed uno professionale, incentrato su incarichi di eccellenza clinica ed alta specialità. Manca, oggi, un vero progetto di ammodernamento della nostra professione che dia maggiori sicurezze ai giovani medici perché è sempre più elevato il rischio che si concretizzi quel tanto temuto salto generazionale che, alla fine, danneggerà tutti cittadini compresi. Ma il progetto necessita un “patto di categoria”, ovvero di una alleanza tra medici per riportare la figura del “dottore” al centro delle cure.

Da Bari è possibile partire con un progetto condiviso su te-

*Il rapporto con le
professioni sanitarie*

*L'esigenza di un vero
progetto di
ammodernamento
della professione*

matiche che vanno dall'accesso al corso universitario di medicina e di specializzazione, al rapporto di lavoro con il Ssn, fino alle nuove esigenze in materia previdenziale ed assistenziale.

Come Cimo siamo aperti ad un immediato dialogo sulle questioni sollevate a condizione che si lavori per un effettivo rilancio della nostra professione.

Il fabbisogno di radiologi nel prossimo futuro

Gerardo Dessì

Fassid Giovani

PER QUANTO RIGUARDA l'Area dei Servizi esprimiamo forti preoccupazioni in merito al fabbisogno di specialisti nel prossimo futuro. A fronte delle proiezioni elaborate da parte del Ministero della Salute e della Società Scientifica Sirm che prevedono un numero di pensionamenti dei Radiologi ospedalieri compreso tra le 2.000 e le 3.000 unità nel prossimo decennio, a questi vanno aggiunti i lavoratori del privato e del privato convenzionato che rappresentano circa il 20% dei Radiologi specialisti. Fanno da contraltare a questi dati l'esponenziale crescita del numero delle richieste di prestazioni specialistiche di imaging da parte dei medici di base e dei pronti soccorsi a cui abbiamo assistito attoniti e impotenti nell'ultimo lustro ed il taglio secco del 25% dei contratti di formazione specialistica finanziati dal Miur verificatosi nello scorso anno accademico. Viene così a crearsi un ossimoro preoccupante per la nostra sigla sindacale: il nostro timore è che questo scenario possa indurre le Aziende Ospedaliere ad un futuro

massiccio ricorso a pratiche quali il See and Treat, l'outsourcing, il *task shifting* e alla Telerefertazione ed al Teleconsulto selvaggio. In merito al nostro modello di formazione chiediamo la vigilanza del rispetto degli standard formativi ai sensi del D.M.29.03.2006 (rispetto del numero minimo e tipologia di procedure diagnostiche terapeutiche e chirurgiche previste in ogni anno di corso di specializzazione) e proponiamo la progressiva responsabilizzazione degli specializzandi finalizzata alla capacità di poter operare in autonomia al termine della specializzazione tramite la frequenza dei pronti soccorso e la rotazione negli ospedali periferici (mediante la creazione della "rete formativa" attraverso la stipula di convenzioni ospedaliero-universitarie). Chiediamo un costante monitoraggio dell'accesso formazione specialistica con date di esame programmate con regolarità, numero complessivo e distribuzione localistica dei contratti di formazione relazionata ai fabbisogni del Ssn.

Il guanto di sfida che noi lanciamo in quest'aula comprende quattro proposte:

Le proposte Fassid

- rompere gli ancestrali schemi italici di monopolio "baronale" della formazione specialistica;
- inserimento in maniera capillare nel panorama delle problematiche dei giovani medici diffondendo tra loro la conoscenza delle norme legislative esistenti e colmando il gap generazionale;
- spezzare il clientelismo e nepotismo delle prove concorsuali post-specializzazione svolte su base locale;
- monitorare assieme alle società scientifiche la qualità della formazione e intervenire con pragmatismo laddove gli standard normativi vengono disattesi.

Concludo con una citazione pronunciata nel 1975 ma quantomai di attualità tutt'oggi: "Se i giovani si organizzano, si impadroniscono di ogni ramo del sapere e lottano con i lavoratori e gli oppressi, non c'è scampo per un vecchio ordine fondato sul privilegio e sull'ingiustizia".

Le criticità qualitative della formazione post-laurea medica

Cristiano Alicino

presidente FederSpecializzandi

MOLTE DELLE RELAZIONI del convegno odierno sono state incentrate sulla programmazione quantitativa del numero di contratti di formazione post-laurea, siano essi per la formazione medica specialistica o per il corso specifico in medicina generale, in relazione al numero dei laureati in medicina e chirurgia, del turn-over del servizio sanitario nazionale e delle aree di carenze. Tuttavia, parallelamente a una programmazione quantitativa del numero di specialisti e di medici di medicina generale, che dovrebbe ulteriormente tenere conto dei profondi cambiamenti che si stanno verificando - e che continueranno a verificarsi - nel profilo demografico, sociale, economico e quindi sanitario della popolazione così come nelle modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria, appare urgente affrontare le profonde criticità qualitative della formazione post-laurea medica.

In particolare, risulta doveroso cogliere le sfide proposte dalla Legge 128/2013 in cui si sancisce, oltre alla storica istitu-

*La sfida della Legge
128/2013*

zione del concorso di accesso alle scuole di specializzazione, la necessità di una revisione delle classi e delle tipologie delle scuole di specializzazione, oltre che della loro durata.

Sino ad oggi il dibattito si è concentrato unicamente sulla necessità di tagliare la durata delle scuole di specializzazione per ragioni di carattere meramente economico e sostenendo, erroneamente, che la formazione medica italiana fosse più lunga della formazione negli altri paesi europei. Tuttavia, in assenza di una riflessione sul ruolo della formazione medica post-laurea e di una rigorosa revisione degli ordinamenti didattici non può esistere alcuna riforma delle specializzazioni mediche.

In questo senso, è urgente definire con esattezza quali profili specialistici debbano essere messi al servizio del Servizio sanitario nazionale con una prospettiva di lungo corso, è necessario individuare quale profilo di conoscenze e competenze, tecniche e non, ogni singolo specialista debba maturare durante il corso di specializzazione e, conseguentemente, stabilire con esattezza quantità e qualità di attività pratiche debbano essere effettuate per maturare le suddette competenze, è essenziale individuare quali siano i luoghi più idonei per effettuare tali attività, e solo successivamente è possibile stimare quanto tempo serva per realizzare la formazione di ogni singolo profilo specialistico.

D'altro canto, la definizione più rigorosa dei percorsi di formazione specialistica, unitamente al superamento della discussione della tesi di specializzazione attraverso un esame nazionale che valuti il conseguimento delle conoscenze e delle competenze necessarie per essere qualificati come specialisti in una data disciplina, potrebbero essere utili per superare un annoso problema del nostro sistema di formazione: la grande disomogeneità della formazione ricevuta durante il percorso di formazione. Criticità tanto profonda e radicata per cui non solo due specialisti formati in due atenei di-

versi svolgono percorsi differenti, ma addirittura specialisti formati dalla medesima scuola di specializzazione del medesimo ateneo talvolta effettuano percorsi diversi.

La sfida proposta dalla Legge 128/2013 è irrinunciabile e deve essere giocata non solo in un'ottica di sostenibilità economica del sistema di formazione, ma anche e soprattutto in un'ottica di qualità della formazione e quindi dei professionisti che andranno ad operare nel Servizio sanitario nazionale

I grandi mali del Ssn

Giacomo Milillo

Segretario Generale nazionale Fimmg

FARÒ UN INTERVENTO BREVE MA INTENSO, utilizzando delle espressioni forti ma necessarie per descrivere la situazione in cui ci troviamo: ci sono molti mali non curabili nel nostro Servizio sanitario nazionale e nel Sistema formativo dei giovani medici che impediscono il progresso e le soluzioni di buon senso, in modo particolare in ambito della formazione pre e post-laurea.

La riforma del Titolo V della Costituzione ha dato il via ad uno di questi: le Regioni, e soprattutto il funzionariato regionale, che con i loro atti dimostrano di voler spersonalizzare la sanità, non pensando al bene dei pazienti ma solo ai propri obiettivi di budget.

Sono assolutamente d'accordo con quanto detto dal collega Stella: "Nel Corso di Formazione Specifica in MG: Università, no grazie". L'Università, infatti, è un altro tra i mali non curabili. Proprio per questo non capisco i giovani colleghi che scelgono a propri rappresentanti le associazioni che so-

no solo un'appendice dell'Università e che fanno soltanto il volere di quest'ultima invece che supportare la categoria che dicono di rappresentare.

Attualmente il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale è considerato di serie B soprattutto per quanto riguarda lo stipendio dei medici tirocinanti. Noi come Associazione vogliamo inserire delle attività professionalizzanti remunerate, che andrebbero quindi sia ad integrare la borsa di studio che a rendere il tirocinio più formativo per l'area specifica di appartenenza, nell'Accordo Collettivo Nazionale e finanziate da fondi già destinati alla Medicina Generale. Stiamo cercando di inserire le attività professionalizzanti nel Patto della Salute per poterle poi normare dal punto di vista organizzativo ed economico nel nostro ACN: il Ministero della Salute è con noi mentre troviamo forte opposizione delle Regioni e del funzionariato regionale.

Sono questi mali non curabili sui quali ci dobbiamo concentrare e che dobbiamo cercare almeno di curare per avere una possibilità di trovare delle soluzioni serie ai problemi ed alle criticità emerse dalle relazioni di questo Convegno.

*Inserire nella
formazione in MG
attività
professionalizzanti
remunerate*

Trasparenza, oggettività e meritocrazia

Andrea Silenzi

Vicepresidente nazionale vicario Sigm

L'ASSOCIAZIONE ITALIANA GIOVANI MEDICI (Sigm), libera associazione apartitica ed aconfessionale che negli anni ha cercato di dare il proprio contributo in Italia alla crescita culturale e professionale dei giovani camici bianchi, costruendo un tetto comune di matrice associazionistica e non sindacale per i giovani medici italiani – siano essi neolaureati, specializzandi, in formazione specifica di medicina generale, ricercatori e neo specialisti – ha accolto con estremo piacere l'organizzazione da parte della Federazione degli Ordini dei Medici ed Odontoiatri a questo Convegno.

Le iniziative Sigm

Accesso alla formazione post laurea basato sui pilastri della trasparenza, dell'oggettività e della meritocrazia, programmazione dei fabbisogni di professionalità mediche, generaliste e specialistiche, investimento di risorse a tutela del diritto alla formazione, valutazione di standard e performance delle Scuole di Specializzazione, qualificazione ed elevazione degli standard formativi nell'assistenza primaria ed in-

vestimento su reti formative realmente integrate. Questi alcuni dei temi al centro del dibattito politico-professionale negli ultimi mesi, dibattito a cui la nostra Associazione ha dato un contributo concreto e continuativo in termini di idee, proposte e momenti di protesta e sensibilizzazione, tra i quali ricordiamo:

- *Assemblea nazionale dei Giovani Medici*, che ha esitato le 10 proposte per rilanciare la professione medica a partire dalle giovani generazioni (Campagna WE LOVE SSN), del 28 ottobre 2012;
- primo *GiovaniMediciDay - Cambiare il Paese per non cambiare Paese* del 14 maggio 2013;
- *petizione a sostegno della richiesta di urgente implementazione dei capitoli di spesa relativi ai contratti ed alle borse di studio di formazione specialistica di area sanitaria a finanziamento ministeriale e di formazione specifica in medicina generale*, lanciata in data 4 ottobre 2013 (sono state raccolte e consegnate ai Ministri competenti più di 12.000 sottoscrizioni);
- manifestazione non sindacale “*Investire sui giovani della Sanità x investire sul futuro del nostro SSN*” del 7 novembre 2013;
- secondo *#GiovaniMediciDay* del 12 dicembre 2013;
- petizione *#MediciSenzaFuturo*, lanciata sul web in data 4 ottobre 2013 per chiedere investimenti adeguati per la formazione post laurea di area sanitaria (sono state raccolte e consegnate ai Ministri competenti oltre 40.000 sottoscrizioni);
- Campagna nazionale *#SvoltiAMolaSANITÀ* su tematiche di interesse e flash-mob nazionale in data 3 giugno 2014 a richiesta dell’implementazione del capitolo di spesa della formazione post lauream di profili medici e non medici di area sanitaria;
- *II Workshop nazionale sulla Formazione in Medicina*, te-

La formazione per difendere la sanità come bene universale

nutosi a Roma il 12 giugno 2014.

Per difendere il concetto di sanità intesa come bene universale, in un Paese come l'Italia che, strutturalmente, non dispone di ulteriori risorse da investire, né finanziarie né tecnologiche ma che, invece, dispone di un preziosissimo capitale umano, è necessario che la formazione e l'accesso al lavoro dei giovani medici siano concetti di manifesto e condiviso valore intrinseco. La sfida da vincere nel campo della formazione medica, ad avviso del Sigm, non lascia più spazio al perenne confronto tra Università versus Ssn, bensì riguarda la necessità di riuscire a mettere a sistema il meglio che possano esprimere i due ambiti, al pari di quanto avviene nella maggior parte dei modelli formativi in adozione in Europa. Occorre potenziare le reti formative integrate, che vanno aperte anche al territorio, oltre che agli ospedali, nonché adottare indicatori per valutarne le reali capacità formative ad opera di uno o più soggetti indipendenti (l'Osservatorio nazionale della Formazione Medica Specialistica per la parte degli standard formativi, attraverso l'azione puntuale e strutturata degli osservatori regionali, e l'Agenas, per il monitoraggio degli indicatori di performance delle strutture aderenti), rendendo pubbliche le performance formative e chiudendo quelle scuole di specializzazione che non documentino standard adeguati. Altra grande sfida è quella della Medicina Generale, primo livello di assistenza del nostro sistema sanitario, troppo spesso declassato a mero filtro della sanità specialistica. Per reggere la sfida delle complessità è necessario, invece, investire sulla Primary Health Care, in particolare sulla formazione dei medici di medicina generale di domani. Per farlo è necessario elevare gli standard formativi attraverso l'istituzione di una Scuola di Specializzazione in Medicina Generale ed Assistenza Primaria integrata Ssn ed Università che sappia prendere il meglio delle opportunità formative dei due mondi per plasmare professio-

nisti che sappiano essere realmente leader del primo livello di assistenza. Servono inoltre maggiori investimenti nella formazione delle giovani generazioni e serve l'adozione urgente di adeguati strumenti di programmazione dei fabbisogni di medici generalisti e specialisti.

Difatti, in merito all'annoso problema della programmazione dei fabbisogni di professionalità mediche, prendiamo atto con soddisfazione che, in modo trasversale in ambito politico, delle istituzioni e della professione, si cominci ad avere contezza dell'importanza delle ricadute di un'inadeguata programmazione quali-quantitativa delle risorse umane in sanità. Ciò dopo che, nel 2010, la Federazione Nazionale degli Omceo tenne una Conferenza nazionale sulla Professione Medica, espressamente dedicata a lanciare l'allarme sulla futura carenza di medici in ragione delle previsioni del pensionamento di migliaia di medici (senza, però, poter prevedere il blocco del turn over e dei pensionamenti, intervenuto nei mesi e negli anni a seguire, ma mancando di prendere in considerazione altre variabili fondamentali, che avrebbero portato a concludere che i fabbisogni futuri di medici sarebbero stati inferiori rispetto al dato storico; ciò in relazione alla riorganizzazione dell'assistenza ed ai nuovi bisogni di salute, all'innovazione tecnologica ed al fenomeno del *task shifting*, ovvero della fisiologica condivisione di competenze con gli altri profili non medici). A seguito della richiamata Conferenza le istituzioni competenti "corsero ai ripari", incrementando negli anni a venire gli accessi a medicina sino alle più di 10mila unità annue attuali, a netto degli effetti nefasti dei ricorsi ai TAR.

Col fine di aumentare la consapevolezza tra i giovani colleghi ed i cittadini la nostra Associazione si è spesa nella realizzazione e diffusione della Campagna #SvoltiAMOLA SANITÀ incentrata sulle di formazione ed accesso al lavoro sui cardini della meritocrazia, trasparenza, efficienza ed ac-

countability, strutturata specificatamente per informare colleghi e cittadini e per contribuire a formare una coscienza collettiva sempre più forte tra i giovani camici bianchi. Nel particolare, nell'ottica di una coscienza diffusa, che guarda alla sostenibilità del Ssn, il Sigm è convinto che le giovani generazioni di medici e di professionisti della sanità debbano saper cogliere la sfida della crescente "competitività" tra sistemi e modelli assistenziali e tra le professionalità mediche operanti nei differenti contesti UE, rispetto alla quale saremo chiamati tutti a confrontarci per effetto della Direttiva UE 24/2011 sulla cosiddetta cross-border Healthcare (che consentirà ai cittadini italiani di andare negli altri Paesi Membri per farsi curare alle stesse condizioni ed agevolazioni previste nel nostro Paese) e della Direttiva 2013/55/EU sulle qualifiche professionali (che riconfigura il sistema del reciproco riconoscimento delle qualifiche professionali in modo da rendere più agevole e sicura la mobilità dei professionisti all'interno dell'UE). Solo avendo riguardo per la sostenibilità del Ssn, attraverso la rimozione di sprechi, inappropriatezza, inefficienza, clientele e malaffare, nonché aumentando al contempo la "produttività" interna del sistema salute, sarà possibile creare la necessaria ricchezza (non solo materiale ma anche ideale) per garantire un futuro alle giovani professionalità all'interno di un Ssn pubblico, equo, universale e solidale.

Le criticità del nuovo Statuto Enpam

La responsabilità della rappresentanza ci obbliga in egual maniera ad occuparci seriamente della questione previdenziale al fine di riequilibrare il peso della componente di tutela lavorativa a quello della componente pensionistica. Di recente abbiamo sollevato le criticità relative alla nuova versione dello Statuto della Fondazione Enpam, Ente Previdenziale di riferimento dei Medici e degli Odontoiatri, prendendo posizione nei confronti dell'impronta gerontocratica e della permanenza indefessa dei vecchi assetti. In più occasioni ab-

biamo richiesto l'adozione del suffragio universale per l'elezione degli organi di governo della Fondazione, al pari di quanto avviene per le Casse Previdenziali private di altre professioni, ritenendo che tale iniziativa potesse favorire la partecipazione attiva delle giovani generazioni di contribuenti alla definizione delle politiche previdenziali dell'Enpam. Rimaniamo molto critici sull'istituzione di un Osservatorio Giovani con carattere consultivo i cui membri, 3 su 5 dei quali nominati, parteciperanno ad un Consiglio nazionale pletorico, composto da 170 componenti, per di più senza aver diritto di voto. Non solo ombre nel nuovo statuto, ma anche luci: bene lo snellimento degli organi di governo. Positiva l'adozione di un Codice della trasparenza e l'ineleggibilità non più solo dei condannati in via definitiva ma anche per chi patteggia per reati economici, contro la fede pubblica o contro la pubblica amministrazione.

Questa è la visione di sanità che vogliamo ed a cui tendere nell'ottica di un vero patto intergenerazionale ed intra-professionale: parole come Universitario, Ospedaliero e Medicina Generale, se intese come compartimenti stagni in perenne tensione tra loro, sono quanto mai obsolete. Inutili e dannose. Parole che appartengono ormai al XX secolo. Le parole del XXI secolo, secondo i giovani medici, sono integrazione, meritocrazia, trasparenza, valutazione, di performance e di competenze, multi-professionalità. Su questi pilastri crediamo sia possibile rilanciare non soltanto la Professione medica ma, attraverso di essa, siamo fermamente convinti sarà possibile rigenerare la nostra sanità declinando i paradigmi di sostenibilità ed innovazione a tutela dell'obiettivo comune, la salute degli individui e delle comunità nel presente e nel futuro prossimo.

Conclusioni

L'impegno degli specialisti ambulatoriali

Gabriele Peperoni

Vicepresidente nazionale Sumai-Assoprof

TUTTI NOI NEL MOMENTO IN CUI ci siamo laureati e/o specializzati abbiamo avuto la necessità, al di là del sociale bisogno aggregante, di avere una rappresentanza come giovani medici in formazione o comunque in attesa di entrare nel mondo del lavoro. I percorsi individuali sono stati diversi ma l'obiettivo comune era quello di affrontare e, se possibile, plasmare il nostro futuro, gettandoci nella professione con entusiasmo, competenza e determinazione affinché l'obiettivo naturale fosse quello di un'attività professionale che soddisfacesse le nostre aspettative. E questo è lo spirito che ho visto in questi giorni, in questa prestigiosa sede del Teatro Petruzzelli, da parte di tanti giovani colleghi.

Già nel 2009 la Federazione si era riunita a Bari ed era stato lanciato l'allarme della gobba di pensionamenti che si sarebbe realizzata in tutte le categorie tra il 2015 ed il 2025. Analizzando inoltre i flussi della popolazione medica tra entrate ed uscite era chiaro che il numero di accessi programmati alla facoltà di Medicina, all'epoca 8.000, stava rischiando di portare ad un differenziale negativo di accessi alla professione rispetto ai reali bisogni. Tale differenziale era ulteriormente peggiorato dal dato che riguardava il rapporto tra gli iscritti, che nel 2006 erano stati 7.651, ed i laureati, 5.158, quindi il 32% in meno; nel 2007 gli iscritti erano 7.673, i laureati 5.731, meno 25%; nel 2008 gli iscritti erano 8.364 i laureati 6.011, meno 28%. Quelli analizzati sono numeri forti: il 30% in media si iscrive ma non si laurea, bisognerebbe

*L'allarme del
Convegno di Bari del
2009 e la situazione
attuale*

approfondire i motivi di tali abbandoni. Fu calcolato che mantenendo quel tasso di iscrizione, inteso come media di iscritti negli ultimi dieci anni, circa 6.209 all'anno, risultava che la popolazione degli iscritti nel 2029 avrebbe subito un inevitabile invecchiamento, con una età media di 52 anni, oltre che una diminuzione di quasi il 20% di medici, in numeri assoluti un decremento di 63.000 unità. L'allarme servì a programmare, da parte del Ministero della Salute e delle Regioni, l'accesso alle facoltà mediche ed odontoiatriche con più attenzione, portando gli ingressi negli anni successivi a 10.000. A quello degli accessi alla facoltà oggi si associa un altro tema che deve essere affrontato al più presto: il 17% dei giovani colleghi rimangono fuori dalle scuole di specializzazione e dal corso di formazione in medicina generale, in altre parole rischiano di rimanere disoccupati. Quali sono state le novità dopo cinque anni? Anzitutto, come già detto, la presenza di giovani che hanno seguito con interesse il convegno, ma sono stati essi stessi protagonisti della mattinata con diversi interventi incisivi e di qualità. La vera notizia tuttavia è stata che si è passati dalla fase delle analisi a quella delle proposte. Come sempre interessante l'intervento fatto del presidente Fnomceo, Amedeo Bianco, che in modo chiaro ed articolato ha proposto la riduzione degli anni della specializzazione ma anche della laurea: per quanto la nostra sia una laurea complessa, sei anni per raggiungere il traguardo sembrano davvero troppi; se poi prevedessimo tre anni per le specializzazioni, con otto anni sarebbe possibile realizzare un medico specialista di buon livello professionale. E, devo dire con un tempismo sorprendente, proprio durante questa mattinata è arrivata la notizia che nella riforma della Pubblica amministrazione, presentata dal Governo, il Ministro Lorenzin è riuscita ad inserire sia l'aumento delle borse che la riduzione di un anno dei corsi di specializzazione. Voglio evidenziare quanto il Sumai ha fatto concretamente negli ultimi anni. Innanzitutto va sottolineata la naturale alleanza con i giovani medici specialisti che ancora oggi vedono nelle nostre graduatorie un'opportunità di inserimento in un mondo professionale di buon livello, inoltre in attesa dell'ingresso da sottoli-

neare la possibilità per gli aspiranti di cominciare ad operare con il meccanismo delle sostituzioni. Devo ancora mettere in risalto come durante la stesura dell'ultimo ACN abbiamo cercato di favorire l'inserimento dei giovani specialisti eliminando l'anacronistico punteggio che riconosceva l'anzianità di laurea per favorire, invece, chi si dedicava alle sostituzioni, attraverso un punteggio aggiuntivo. Ciò ha accentuato la semplicità per l'accesso agli incarichi. Cercheremo nel prossimo rinnovo contrattuale di estendere tale semplicità anche al meccanismo delle competenze.

*L'impegno del
Sumai*

Nel campo delle ipotesi, non irrealizzabili, voglio suggerire che non dovrebbe essere permesso di effettuare due specializzazioni o una specializzazione ed il corso di medicina generale, poiché tale meccanismo sta diventando sempre più una procedura di tipo assistenziale in attesa di un lavoro definitivo. Se proprio qualcuno si dovesse pentire del suo precedente percorso, cosa che può accadere a chiunque nella vita, potrebbe anche effettuare il corso di medicina generale o la seconda specializzazione purché senza retribuzione e in soprannumero, in modo da lasciare i posti a coloro che si affacciano per la prima volta al mondo dei corsi o delle specializzazioni. Un'altra ipotesi possibile, che voglio lanciare proprio da questo palco, è la rivalutazione del numero delle singole specializzazioni. Ve ne sono alcune che per le loro peculiarità non trovano facilmente sbocchi lavorativi per cui non è possibile pensare che tutte le Università abbiano nei loro corsi di studio tutte, o quasi, le specialità: meglio sacrificarne alcune di cui si sentirebbe meno la necessità aumentando quelle di cui vi è maggior bisogno e creano più opportunità lavorative. Tuttavia anche io, a conclusione di questo intervento, mi voglio spingere, come già fatto da altri colleghi, a formulare una ipotesi che, seppure allo stato attuale è probabilmente irrealizzabile, reputo indispensabile e da inserire tra le riforme a cui l'attuale Governo dovrebbe porre attenzione se si vuole veramente innovare la formazione in ambito medico e, più in generale, sanitario, con l'obiettivo di garantire il futuro della professione: una profonda riforma del sistema universitario italiano.

Appendice 1

Professione medica nel terzo millennio. Quale modello formativo

a cura del Centro Studi Fnomceo

Centro Studi Fnomceo

Coordinatore	Luigi Arru	
Componente medica	Luigi Arru	Nuoro
	Vito Gaudiano	Matera
	Franco Lavallo	Bari
	Teresita Mazzei	Firenze
Componente odontoiatrica	Giuliano Nicolin	Venezia
	Cesare Brugiapaglia	Ferrara
Esperti	Ivan Cavicchi	
Referente del Comitato Centrale	Sergio Bovenga	

I. INTRODUZIONE

Il Comitato Centrale della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri ha affidato al proprio Centro Studi e Documentazione il compito di elaborare un documento base, da discutere con tutti gli attori coinvolti nella formazione e nella educazione dello studente in medicina, con lo scopo di individuare le criticità del modello attuale e le possibili soluzioni, nel quadro complessivo della “Professione Medica nel terzo millennio”.

La scelta del gruppo di studio è stata di partire dai cambiamenti in corso nella nostra società, ridefinire il medico quale “agente”, definire le sue necessità formative e definire le caratteristiche di una nuova formazione.

Il Centro Studi ha individuato sei macroaree ritenute fondamentali per definire le competenze del futuro professionista, e ha avviato un percorso di ascolto al fine di individuare il razionale e le criticità e proporre soluzioni per il cambiamento.

Le macro aree sono:

- Questione Medica tra invarianza e cambiamento;
- Formazione;
- Formazione continua ECM – CPD;
- Responsabilità sanitaria, medicina difensiva e assicurazioni;
- Nuovi modelli di regolamentazione professionale: inquadramento giuridico e deontologia;
- Autonomia professionale e proceduralismo (EBM - Linee guida).

II. QUESTIONE MEDICA

La professione si trova tra grandi mutamenti sociali e antropologici e grandi mutamenti della struttura economica e deve mediare le esigenze della domanda di salute sempre più espansiva con le esigenze dell’offerta sanitaria sempre più restrittiva. Tutto questo rende più difficile prendere decisioni

sul bisogno del paziente e pone un problema di esponibilità della professione a esigenze tra loro spesso non conciliabili.

L'attuale contesto socio culturale è caratterizzato da:

- la socializzazione della medicina con conseguente mutamento del rapporto con il paziente in cui, oltre al medico, sono coinvolti altri attori quali le organizzazioni sanitarie, i decisori politici e le altre professioni sanitarie;
- la tecnologizzazione delle prestazioni di cura con significative ricadute economiche;
- le grandi transizioni epidemiologiche, demografiche e culturali della Medicina con conseguente necessità di ridefinire la prassi medica e il patto sociale con la collettività.

La professione, rispetto alla società che cambia, manifesta inadeguatezze non solo legate alla sua formazione, al rapporto medico-paziente, alla difficoltà di recepire il bisogno del paziente, ma anche alla trasformazione della figura tradizionale, da status di "beneficiario" diventa utente consapevole e titolare di diritti.

Nei confronti di questo cambiamento ci sono ritardi della professione nell'adeguarsi ai mutamenti sociali e responsabilità politiche per le strategie messe in campo in questi ultimi anni.

La professione è sempre più condizionata dai contesti organizzativi, dalle politiche economiche, dai rischi professionali, dalla qualità della formazione universitaria e dai conflitti crescenti con altre professioni sanitarie.

A fronte di quattro riforme del sistema sanitario che si sono succedute in questi anni, non si è mai pensato di fare una riforma, non tanto della facoltà di medicina, ma dei suoi paradigmi formativi. La questione strategica di fondo è il conflitto tra risorse e diritti (postwelfarismo), e la questione medica ha radici anche in questo conflitto.

Le politiche di compatibilità e di razionalizzazione adottate

si sono limitate a chiedere alla professione di adattarsi ai limiti finanziari con crescente inadeguatezza e insufficienza dei servizi sanitari.

Oggi bisogna adottare politiche che affrontino il problema del cambiamento dei modelli, compresi quelli dei servizi e delle professioni.

La possibilità di mantenere un sistema sanitario pubblico a base universalistica presuppone, secondo una diffusa e consolidata letteratura, che lo stesso si avvalga di tre pilastri:

- pubblico;
- privato;
- terzo settore (servizi sociali, volontariato e altro).

Ne consegue che deve essere superata la dicotomia professionale pubblico-privato, anche nella regolamentazione contrattuale della professione medica.

La necessità di ridefinire la prassi medica e un nuovo contratto sociale con la collettività pone il problema della responsabilità professionale.

Ridefinire la responsabilità, riferita sia all'utilizzo dei mezzi necessari per il raggiungimento degli obiettivi, secondo regole predefinite, che al raggiungimento degli obiettivi attraverso atti autonomi sottoposti a verifica, è un passo decisivo per recuperare la credibilità della professione.

*Tre pilastri per il
sistema sanitario
pubblico*

Nella ridefinizione della professionalità medica è necessario individuare un insieme di valori da tradurre successivamente in principi a fondamento dell'etica e della deontologia professionale. Valori specifici della professionalità medica sono autonomia e responsabilità, integrità, rispetto, coinvolgimento decisionale e competenza professionale.

Il costante aumento del numero delle donne nella professione medica, e nelle professioni di cura in generale, costituisce una opportunità per una riflessione interna alla classe medica sui modelli della cura e della sua erogazione: la relazione di cura, intesa quale relazione tra chi esprime un bi-

sogno e chi può soddisfarlo, presenta caratteristiche peculiari che sono più affini al genere femminile, e questo costituisce una ricchezza di cui tenere conto e un importante fattore di cambiamento per tutta la professione.

La Medicina è una vocazione in cui la conoscenza, le competenze cliniche e le decisioni del medico sono messe al servizio della tutela e del ripristino del benessere umano.

Questo obiettivo è realizzato attraverso una collaborazione tra medico e paziente basata sul rispetto reciproco, sulla responsabilità individuale e su una appropriata rendicontazione del proprio agire.

*I valori della
professione medica*

III. EVOLUZIONE E INVOLUZIONE DEL MODELLO FORMATIVO

La prima macro-area analizzata è quella della formazione, settore ritenuto prioritario in ragione della sua strategicità e importanza. Molti dei problemi della professione sono infatti riconducibili a una inadeguata formazione di base, e non può esserci evoluzione della professione senza evoluzione della formazione.

L'obiettivo di una nuova formazione è recuperare il divario esistente tra abilitazione alla professione e suo esercizio pratico e quindi rivisitare i rapporti tra teoria e pratica.

La nuova formazione dovrà formare il medico all'interpretazione dei bisogni del paziente dentro contesti complessi, contribuire a ridefinire una nuova identità professionale quale agente autonomo e responsabile, essere coerente con i principi della post modernità (ripensamento della razionalità tecnica e della relazione medico paziente, codecisionalità nei sistemi complessi, uso efficace della comunicazione).

È necessario inoltre, formare il futuro medico alle problematiche del post-welfarismo, in quanto qualsiasi atto medico dovrà essere deciso con il criterio della convenienza clinica, sociale e economica. Il medico dovrà considerare l'or-

ganizzazione parte integrante della sua operatività e il suo agire dovrà essere orientato alla cultura della responsabilità sia in ordine agli obiettivi da raggiungere che ai mezzi da impiegare. Definire una nuova formazione per il medico, nell'attuale contesto, significa pre-figurare una professione adeguata ai tempi; sino ad ora si è considerato il medico quale figura professionale invariante, pensando di conseguenza alla formazione come suo aggiornamento. Oggi, nel momento in cui la questione medica pone il problema della formazione del professionista, si tratta di predefinire il medico possibile e dedurne la formazione più adeguata.

La formazione rappresenta oggi uno strumento strategico al fine di definire il ruolo e l'identità del medico; è opportuno ripensare il modello nozionale, definendo un'altra tipologia di medico, disegnando un modello formativo più appropriato, per adeguare il medico ai cambiamenti di riferimento. I cambiamenti che servono non riguardano le conoscenze scientifiche, che sono automaticamente sottoposte a continui aggiornamenti, ma i modi di conoscere la malattia, il tipo di rapporto tra medicina e malato, gli atti pratici che derivano dall'uso delle conoscenze, il rapporto con i mezzi che si impiegano e le organizzazioni nelle quali opera il professionista. Si tratta di problemi che vanno oltre il contenuto scientifico e che interessano le concezioni culturali di malattia e di cura.

In pratica si tratta di partire dagli "agenti" di cambiamento (post modernità/postwelfare), ridefinire il medico quale "agente" e da esso ricavare le caratteristiche di una nuova formazione che passi dalla nozione alla cognizione, dalla conoscenza tout court a chi la mette in pratica, cioè all'agente. La nozione oggi ha una nuova complessità scientifica, sociale, culturale ed economica e in ragione di tale complessità va riconsiderata come cognizione.

La cognizione, infatti, è un atto di conoscenza più comples-

so che comprende contenuti gnoseologici (conoscenze teoriche), epistemologici (modi della conoscenza) e pragmatici (modi di fare) e non prescinde dalle qualità e dalle caratteristiche dell'agente che compie questo atto.

La formazione del medico in questi anni si è orientata a adeguare i contenuti scientifici a epistemologie e pragmatiche sostanzialmente invarianti. Oggi è necessario interconnettere i contenuti scientifici con nuovi modi di conoscere e di agire, cioè con altre epistemologie e altre pragmatiche.

Dal nozionale al cognizionale significa scommettere sulle capacità, sulle abilità e sulle sensibilità dell'agente, sul suo realismo pratico e sul suo pragmatismo, si tratta quindi di formare i medici a pensare e a decidere nella complessità.

IV. CRITICITÀ

Nell'ambito delle audizioni dedicate dal Centro Studi FNOMCeO alla formazione del medico nell'attuale contesto socio culturale sono emerse le seguenti criticità.

- I test di accesso alla facoltà di Medicina non servono a selezionare i più idonei a svolgere la professione di Medico Chirurgo; in altre nazioni i test sono realmente attitudinali e non solo cognitivi. Negli Stati Uniti l'AAMC, sta promuovendo, attraverso il Progetto Holistic Review, un superamento del tradizionale sistema MCAT (Medical College Admission Test) per la selezione degli studenti in medicina, attraverso una valutazione olistica del candidato che bilanci esperienze, caratteristiche e punteggio curriculare/scolastico. Un processo di revisione olistica enfatizza le qualità, inclusa la capacità di apprendimento, associate all'eccellenza professionale. Sarebbe necessario riformulare i test attraverso una squadra di veri esperti, ovvero introdurre più coerenza nel percorso di studi secondaria che precede i test. In altri termini occorre rimodulare il percorso della scuola secondaria o adattare i test al-

*Dal nozionale
al cognizionale*

l'attuale bagaglio culturale che il sistema produce. Il biennio aperto invece, soluzione adottata per esempio in Francia, potrebbe creare difficoltà al termine del biennio e soprattutto nessuna Università dispone di strutture capaci di ricevere 2.000/3.000 iscritti dei primi anni.

- Disomogeneità nella formazione, nonostante la formale omogeneità dei curricula dei diversi atenei. La disomogeneità è stata potenziata dall'abolizione delle facoltà e dai diversi modelli organizzativi conseguentemente adottati dai singoli atenei (scuola, facoltà, centri di raccordo).
- Numero eccessivo di ore di didattica frontale, a discapito di altre forme di insegnamento poco valorizzate.
- Il ruolo della tecnologica e della semeiotica nella formazione del medico: la semeiotica classica è insufficientemente valorizzata nell'insegnamento e nell'apprendimento, ed è scarsamente integrata con la semeiotica strumentale.
- L'insegnamento monodisciplinare della deontologia appannaggio di singole specialità e non integrato.
- L'orientamento precoce degli studenti in Medicina verso un ambito specialistico, che settorializza l'insegnamento e crea non dei professionisti, ma dei tecnici che non sapranno ricollegare i problemi e affrontare la complessità.
- Il modello attuale di formazione del medico prevalentemente ospedale-centrico, selezionato sullo standard dell'azienda ospedaliera-universitaria, sicuramente punto di riferimento per la qualità specialistica della formazione, ma non per la completezza. Tale modello ospedaliero-universitario tende a ignorare le problematiche della medicina del territorio (prevenzione e cronicità) e a fornire una preparazione settoriale nella storia naturale della malattia, prevalentemente ospedaliera e tecnologica, perdendone la visione complessiva.
- La riduzione progressiva delle risorse del sistema univer-

sitario con una diminuzione del numero di docenti, che entro pochi anni diventeranno insufficienti per una didattica moderna con sempre maggiori esigenze di complessità, evoluzione ed aggiornamenti.

- L'esame di Stato, che deve certificare l'idoneità del laureato all'esercizio della professione, è attualmente inadeguato, perché fondato sostanzialmente su una verifica ridondante di nozioni già acquisite e disciplinate nel corso di laurea. Inoltre il tempo d'attesa per sostenere l'esame è totalmente inutile, rappresenta un ulteriore collo di bottiglia con perdita di energie giovani.
- L'aumento del numero dei laureati e la diminuzione dei posti per la specializzazione lascia fuori dalla formazione specialistica e dalla medicina generale molti medici. Attualmente il numero dei laureati prevedibile è di circa 8.500, mentre le borse specialistiche sono scese da 5.000 a 4.500, e 800 sono i posti disponibili per i corsi di formazione in medicina generale, quindi un esubero annuale di circa 2.000 laureati in medicina.
- Il biennio di tronco comune delle scuole di specializzazione è una soluzione formativa condivisa, ma scarsamente applicata.
- Mancanza di percorsi formativi sulla lingua inglese generale e sull'inglese scientifico.

V. PROPOSTE

- Test di accesso realmente attitudinali e meno nozionistici, preparati da esperti in materia. Il biennio aperto può essere una soluzione valida e importante, adeguando però le strutture e mettendo in rete diversi Atenei.
- È necessario ridurre la disomogeneità, anche potenziando gli strumenti che misurano il grado di apprendimento degli studenti in medicina (progress test).
- Vanno valorizzate e implementate altre forme di insegna-

mento, quali la pratica al letto del malato, il “blended learning”, l'utilizzo dei social network nella didattica.

- Le procedure tecniche devono essere insegnate, con uso della “pratica deliberata” (deliberated practice) e non possono più essere apprese al letto del primo malato.
- La deontologia è la base della tutela della professione e dovrebbe far parte di una formazione integrata quale “etica della salute e della cura”, paradigma reale della vita professionale, e deve essere trasversale a tutte le discipline.
- Per favorire l'approccio alla complessità durante il corso di laurea è necessario ristrutturare il percorso formativo applicando concretamente l'ordinamento NODbis (D.M. 270/04) che prevede 3 soli esami teorici al VI anno (clinica medica, clinica chirurgica ed emergenze) ed almeno un intero semestre di sole attività pratiche che sarebbe del tutto sufficiente per l'acquisizione dell'abilitazione. Sul problema attività frontali, non si tratta di ridurre le ore o abolire discipline specialistiche ma, piuttosto, di armonizzare i programmi, con obiettivi maggiormente coerenti con la preparazione di un medico neo-laureato e generalista.

Sarebbe opportuno, istituzionalizzandolo, inserire nel sesto anno il tirocinio quale preconditione per una laurea abilitante, al fine di recuperare il periodo che intercorre tra laurea, esame di stato e ingresso nella scuola di specializzazione o corso di medicina generale.

- Bisogna potenziare gli ospedali di insegnamento, rendere possibile un percorso pratico clinico da parte degli studenti, coinvolgendo i medici del servizio sanitario nazionale, adeguatamente formati all'insegnamento dell'adulto e certificati.
- È necessario potenziare il sistema interno, trovando le risorse economiche e le capacità politiche, e allargare il numero degli attori in due direzioni: tramite gli ospedali di

insegnamento e tramite i dipartimenti di medicina territoriale (generale e specialistica).

- In riferimento al Modello KSA (knowledge, skills and attitude) si propone di potenziare le conoscenze curricolari articolandole in due componenti fondamentali, quelle classiche pre-cliniche e cliniche con quelle relative alla complessità, alla logica delle decisioni, alla epistemologia, alla organizzazione dei sistemi di erogazione delle cure; e di potenziare le attitudini della relazione di cura usando metodologie formative di tipo esperienziale.
- Bisogna rivolgere maggiore attenzione ai problemi del management sanitario, all'acquisizione di una competenza decisionale coerente con il buon utilizzo delle risorse disponibili e valorizzare, secondo le raccomandazioni dell'Advisory Committee on Medical Training dell'Unione Europea, quali componenti primarie del curriculum oltre le nozioni, le abilità, le attitudini (knowledges, skills, attitudes), anche i valori professionali (values).
A tal fine si dovrebbe ridurre il numero delle ore di formazione iper specialistica (oculistica, otorino, e altro) e alleggerire il nozionismo in generale. Si tratta non di aggiungere monte ore ad un monte ore già oneroso ma di ridistribuirlo nel corso dei sei anni previsti alleggerendo il nozionismo in generale.
- L'Ordine, adeguatamente riformato, potrebbe svolgere il ruolo di certificatore e garante delle competenze dei professionisti, incluse quelle formative, in collaborazione con le università e le società scientifiche. Sarebbe opportuno prevedere adeguati corsi di formazione dei tutor, selezionando gli stessi in base, innanzi tutto, alla loro reale disponibilità ad essere formatori.
- Prevedere durante l'intero corso di laurea l'insegnamento dell'inglese scientifico.

VI. CONCLUSIONI

Il documento elaborato dal Centro Studi vuole rappresentare un orientamento strategico e una impostazione culturale. Per quanto attiene la questione medica si potrebbe attivare un tavolo di lavoro con l'obiettivo di produrre un documento in cui siano individuati e definiti valori e principi di una nuova professionalità medica.

Per quanto attiene il percorso formativo sarebbe opportuno che quanto proposto venisse tradotto concretamente in un percorso sperimentale in grado di programmare, nell'arco di sei anni, contenuti e organizzazione necessarie ad avviare un nuovo modello formativo. Dopo l'approvazione dal Comitato Centrale sarebbe utile trasferire sul campo, in collaborazione con un'Università, un modello di formazione reale da poter poi trasformare in un progetto e/o proposta di legge da presentare alle istituzioni.

Appendice 2

Documento di riflessione e proposta sul sistema formativo medico italiano e sulla programmazione del fabbisogno di professionisti

A cura dell'Osservatorio Giovani Professionisti Fnomceo

Osservatorio giovani professionisti Fnomceo

Coordinatori	Giulia Zonno, Domenico Montemurro	
Componente medica	Pasquale Albanese	Catania
	Lorenzo Capasso	Chieti
	Alessandro Conte	Udine
	Virgilio De Bono	Roma
	Pierino Di Silverio	Napoli
	Giuliana Grossi	Taranto
	Laura Iorio	Como
	Domenico Montemurro	Padova
	Carlo Piredda	Cagliari
	Alice Pozzetto	Gorizia
	Valentina Repetti	Bergamo
	Celeste Russo	Roma
	Angelica Salvadori	Torino
	Marco Tescione	Calabria
	Luigi Tramonte	Palermo
	Antonio Velluto	Bari
	Giulia Zonno	Brescia
Componente odontoiatrica	Marcomaria Cappello	Varese
	Luca Di Loreto	Chieti
	Tiziano Palma	Ascoli Piceno
	Maria Amelia Pomarico	Taranto
	Valentina Solimando	B.A.T.
Esperti	Carla Fundoni	Sassari
Referente del Comitato Centrale	Roberto Stella	

Prefazione

Giulia Zonno e Domenico Montemurro

Coordinatori Osservatorio Giovani Professionisti

IL PRESENTE DOCUMENTO è frutto del lavoro dell'Osservatorio Giovani Professionisti della Fnomceo, istituito il 28 settembre 2012. Tale gruppo formato da giovani medici e odontoiatri, con paritaria rappresentanza di genere, è stato istituito al fine di ampliare la capacità di rappresentanza professionale della Federazione e degli Ordini, raggiungendo strati della professione medica e odontoiatrica ancora poco coinvolti nella vita attiva delle istituzioni professionali e conseguentemente dai loro orizzonti di valutazione e di intervento. Gli obiettivi di tale organismo sono:

- promuovere e valutare la qualità della formazione post laurea e specialistica, favorendo l'inserimento competente ed esperto dei giovani nel mondo del lavoro con tempistiche le più rapide possibile;
- vigilare sulle caratteristiche economico-normative e deontologiche delle prime occupazioni affinché siano coerenti ai profili di autonomia e responsabilità dell'esercizio professionale;

- favorire l'accesso ad attività formative integrative che soddisfino bisogni emergenti di know how, competenze e non technical skills idonei a favorirne l'ingresso nel mercato del lavoro professionale;
- promuovere e valorizzare energie e culture idonee a garantire la formazione di gruppi dirigenti professionali nell'ambito delle istituzioni ordinistiche.

Riteniamo che dalla sua istituzione nel settembre 2012 questo gruppo di lavoro abbia dimostrato di saper lavorare in squadra e affrontare in modo sistematico e serio tematiche complesse, relative a un sistema formativo lungo e in salita, che spesso non fornisce sufficienti competenze e non technical skills per accedere ad un mondo del lavoro che riduce sempre più le tutele, dilata le aree di precariato, e non favorisce la costruzione di un progetto professionale stabile.

Come mostrato nello schema che segue la materia con cui ci si è misurati è complessa. Da subito ci si è resi conto della necessità di reperire dati e numeri per avere precisa cognizione di flussi di ingresso, abbandono e uscita dei diversi percorsi formativi e delle possibilità di inserimento nel mondo del lavoro, con dati relativi a modalità e tempistiche. Un discorso a parte, anche se parallelo, meritano il percorso formativo e le criticità dell'avvio alla professione per i giovani odontoiatri. Su tali tematiche l'Osservatorio Giovani Professionisti potrà proseguire un lavoro di analisi e approfondimento. Tale documento è pertanto un fotogramma di un work in progress che non dovrebbe mai arrestarsi, perché di sostegno e tutela ai giovani professionisti che all'interno delle istituzioni cercano spazi di rappresentanza per le nuove generazioni. Siamo consci che i giovani professionisti debbano acquisire sempre più competenze tecniche per comprendere questi fenomeni e governarli. Riteniamo che questa avventura sia un'esperienza di crescita professionale e personale e ringraziamo tutta la Federazione per l'opportunità.

Introduzione

LE NECESSITÀ DI RINNOVAMENTO ed adeguamento agli standard europei, per quanto concerne il processo formativo di un giovane futuro medico, deve riguardare i seguenti punti:

- accesso al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia;
- ordinamento del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia;
- esame di abilitazione alla Professione di Medico Chirurgo;
- iscrizione all'Ordine dei Medici, stipula polizza RC Professionale, iscrizione all'ente previdenziale di categoria Enpam;
- accesso ai corsi di Formazione Specialistica;
- ordinamento dei corsi di Formazione Specialistica;
- confronto con i percorsi di formazione medica europei;
- normativa: metodologia teorica di definizione attuale dei fabbisogni;
- ritardo nell'ingresso nel mondo del lavoro, sovrapposizione di percorsi formativi.

*Accesso al Corso di
Laurea in Medicina
e Chirurgia*

L'attuale regolamentazione delle modalità di accesso al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia (CLMC) prevede il superamento di un concorso a graduatoria nazionale. Dall'AA 2013/2014, secondo quanto stabilito dal Decreto Ministeriale MIUR del 24 aprile 2013, n. 334, la prova di ammissione comporta la formulazione di un'unica graduatoria nazionale, redatta esclusivamente sulla base dei requisiti di merito di tutti i partecipanti. Il concorso per l'accesso ai Corsi di Laurea a numero programmato a livello Nazionale è regolamentato dal Decreto Ministeriale del MIUR 2 agosto 1999, n. 264. La prova di ammissione prevede un esame unificato per Medicina e Chirurgia e Odontostomatologia, tra cui il candidato dovrà indicare la sua preferenza. Inoltre, all'atto dell'iscrizione al concorso, il candidato deve indicare in ordine di preferenza le sedi universitarie per cui intende concorrere. Successivamente all'espletamento delle prove, il MIUR, supportato logisticamente dal CINECA, stilerà una graduatoria unica per tutto il territorio nazionale sulla base del punteggio ottenuto. Rispetto a tale graduatoria il candidato sarà messo in condizioni, in base alle scelte espresse nella fase pre-concorsuale e ai posti disponibili, di iscriversi in una sede universitaria ed al corso di laurea prescelto.

La prova di ammissione consiste nella soluzione di sessanta quesiti a risposta multipla, con 5 opzioni di risposta. Gli argomenti d'esame sono cultura generale (cinque quesiti) e ragionamento logico (venticinque quesiti); biologia (quattordici quesiti); chimica (otto quesiti); fisica (otto quesiti) e matematica (otto quesiti). La valutazione delle prove scritte tiene conto dei seguenti criteri: 1,5 punti per ogni risposta esatta; meno 0,4 punti per ogni risposta sbagliata; 0 punti per ogni risposta non data; per un punteggio massimo di 90 punti. Al voto della prova scritta va aggiunta la valutazione del percorso scolastico superiore per un massimo di 10 punti. Il punteggio viene attribuito esclusivamente ai candidati che

hanno ottenuto un voto di maturità almeno pari a 80/100, e viene calcolato in rapporto alla distribuzione in percentili dei voti ottenuti dagli studenti che hanno conseguito la maturità nella stessa scuola.

Il poter scegliere la sede universitaria, ed il poter confrontarsi con una graduatoria nazionale, determinano che il livello medio degli studenti sia omogeneo tra i vari atenei. Un'attenta analisi delle graduatorie degli ultimi anni, distinte in base all'ateneo, dimostra infatti una incongruità tra i diversi risultati, come viene mostrato nella tabella 1.

TABELLA I **Gli accessi nelle graduatorie degli ultimi anni**

Università	n.1 in graduatoria	n.100 in graduatoria	n. 200 in graduatoria
Bari aa.2011-12	66.25	50.75	47.25
aa.2010-11	67.25	49.25	45.25
Messina aa.2011-12	62.25	45.25	41
aa.2010-11	64.75	44.25 ↓↓	40.25
Cagliari aa.2011-12	63.25	46.25	42.25
aa.2010-2011	56.25 ↓↓	44.50	41
Napoli Federico II aa.2011-12	65.50	52.50	47
aa 2010-11	71.25	50.25	48.25
Pisa aa.2011-12	73.75	52.75	48.25
aa.2010-11	70.50	50.25	46.25
Roma Tor Vergata aa.2011-12	73.75	50	45.25
aa 2010-11	66.75	47.50	43.75
Siena aa.2011-12	74.25 ↑↑	48.25	43.25
aa-2010-2011	59.25	44.75	39 ↓↓
Perugia aa.2011-12	70	49.50	44.75
aa 2010-11	63.75	48.50	43.25
Pavia aa.2011-12	74.50	54.25	48.50
aa.2010-11	74	51.25	47
Parma aa.2011-12	70.25	51.25	46.75
aa.2010-11	61.50	46.50	42.75
Milano aa.2011-12	71.75	57.75 ↑↑	54.25 ↑↑
aa. 2010-11	68.50	56	52.25
Torino aa.2011-12	72.50	57	52.75
aa.2010-11	71.25	53	49.50

Risultati aa.2012-13 non acquisiti per singole Università, perché sedi aggregate

*Ordinamento del
Corso di Laurea in
Medicina e
Chirurgia*

La missione del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia si identifica con la formazione di un medico a livello professionale iniziale con una cultura biomedico-psico-sociale, che possieda una visione multidisciplinare ed integrata dei problemi della salute e della malattia, con una educazione orientata alla comunità, al territorio e fondamentalmente alla prevenzione della malattia ed alla promozione della salute. La classe ministeriale 46/s, descritta nel Decreto Ministeriale 28 novembre 2000 riguardante la “Determinazione delle classi delle lauree specialistiche”, riassume tutti i contenuti ritenuti indispensabili dal MIUR per la formazione di un giovane futuro medico. La direttiva 75/363/CEE, invece, pone le basi scientifiche, teorico-pratiche, metodologiche-culturali necessarie all’esercizio della professione medica in Italia, attraverso livelli di autonomia professionale, decisionale ed operativa, derivanti da un approccio olistico ai problemi della salute di persone sane e malate. I regolamenti didattici dei diversi Atenei si conformano alle prescrizioni di tale direttiva e dell’art 6. comma 3, del DM n 509/99. La classe ministeriale 46/s e l’art.12 del DM 270/2004, prevede che il Corso di Laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia sia della durata di sei anni per un totale di 360 CFU complessivi da acquisire necessariamente ai fini del conseguimento della laurea. Ad ogni CFU corrispondono 25 ore di lavoro per studente, di cui 20 ore di attività professionalizzante con guida del docente su piccoli gruppi all’interno della struttura didattica e del territorio e 5 ore di rielaborazione individuale delle attività apprese. Un minimo di 60 CFU dei 360 totali sono da acquisire in attività formative volte alla maturazione di specifiche capacità professionali nel campo della medicina interna, chirurgia generale, pediatria, ostetricia e ginecologia, nonché di altre specialità medico-chirurgiche, da svolgersi in modo integrato con le altre attività del corso presso strutture assistenziali. Il tirocinio può avvenire

nire presso Aziende Ospedaliere Universitarie, nelle Aziende Sanitarie, presso altra struttura del Sistema Sanitario Nazionale e, a tal fine sono stipulati appositi protocolli di intesa tra Regione e Università dopo valutazione e accreditamento della loro adeguatezza didattica da parte del Consiglio di Corso di Laurea ai sensi dell'art.2 comma 1 del Decreto interministeriale del 2.4.2001. La prova finale del percorso di studi è costituita dalla discussione di una tesi di ricerca. Il voto di laurea viene definito dalla media/110 del curriculum di studio a cui vengono aggiunti un certo numero di punti in relazione alla valutazione della tesi, per un massimo di 10 punti.

La tipologia d'esame di abilitazione alla professione del Medico Chirurgo è definita dal DM 19/10/2001, prevede un tirocinio formativo distinto in tre aree tematiche, area medica, chirurgica e medicina generale, della durata di 3 mesi totali sotto la supervisione di tutor e valutazione finale al termine di ogni mese del candidato. Il nuovo esame di stato prevede anche un iniziale allargamento dell'offerta formativa, rappresentata da ospedali convenzionati e studi di medicina generale convenzionati. Al termine del periodo di tirocinio viene sostenuto dai candidati l'esame che prevede una prova scritta che si articola in due prove a quiz a risposta, che vertono rispettivamente su argomenti pre-clinici e clinici. La commissione per la prova scritta è costituita da 2 docenti ordinari, 2 docenti associati e 4 componenti dell'OMCEO, nominati dalla Federazione. Ciascuna delle due parti consiste nella soluzione di 90 quesiti a risposta multipla estratti dall'archivio di cui al comma 4 dell'art.4 del decreto ministeriale 445/2001. Tale archivio, contenente almeno cinquemila quesiti, viene reso pubblico mediante pubblicazione sul sito del Ministero dell'Istruzione, almeno 60 giorni prima della data fissata per la prova scritta. Da questo archivio vengono estratti, con procedura randomizzata, che

*Esame di
abilitazione alla
Professione di
Medico Chirurgo*

garantisce la segretezza della prova, novanta quesiti per ciascuna parte della prova stessa. I candidati hanno a disposizione 150 minuti per completare la prova. La correzione avviene in forma anonima mediante lettura elettronica. La valutazione della prova scritta determina l'attribuzione di un punteggio di più 1 per ogni risposta esatta, di 0 per ogni risposta non data e meno 0,25 per ogni risposta errata. La prova viene superata se il candidato consegue almeno 60 punti in ciascuna delle due parti.

*Iscrizione all'Ordine
dei Medici, stipula
polizza RC
Professionale,
Iscrizione all'ente
previdenziale di
categoria Enpam*

Il superamento dell'esame di abilitazione professionale per Medico Chirurgo è condizione necessaria per l'iscrizione all'Ordine dei Medici. Generalmente gli Ordini dei Medici organizzano sedute di consiglio per l'ordinazione dei nuovi iscritti in tempi brevi rispetto alle sessioni dell'esame di stato per poter mettere nelle condizioni i giovani medici di esercitare la Professione.

Il giovane medico con l'iscrizione all'Ordine dei Medici è automaticamente e obbligatoriamente iscritto all'ente previdenziale di categoria Enpam.

Il giovane medico deve provvedere da sé medesimo alla stipula di una polizza assicurativa di Responsabilità Civile Professionale. Tale copertura assicurativa sarà obbligatoria a partire dal 13 agosto 2013 con l'entrata in vigore della legge 148/11 art.3 comma 5 lettera e per esercenti le professioni sanitarie dalla Legge 121/2012 all'art.5 comma 1 che ha prorogato l'obbligo determinato dalla Legge 148/11 art.3 comma 5 lettera e) ad Agosto 2013 per gli esercenti le professioni sanitarie.

*Accesso ai corsi
di Formazione
Specialistica*

Il Giovane Medico ottenuta la Laurea in Medicina e Chirurgia, superato l'esame di stato, ed iscritto all'Ordine dei Medici, può quindi lavorare come libero professionista: sostituendo saltuariamente medici di famiglia, svolgendo attività di guardia medica, o altre attività svolte in regime di libera professione, oppure continuare la propria formazione

in ambito specialistico.

Se tuttavia un medico desidera raggiungere una posizione stabile e un ruolo definito all'interno del Sistema Sanitario Nazionale, è necessario intraprendere un percorso di formazione post laurea. La formazione specialistica si suddivide in formazione specialistica in medicina generale, volta a formare nuovi medici di famiglia, e formazione specialistica di area sanitaria, volta a preparare professionisti nelle diverse branche della medicina di area medica, chirurgica o dei servizi.

Scuole di Specializzazione

Il concorso per l'accesso alle Scuole di Specializzazione dell'area sanitaria è regolamentato dal Decreto Ministeriale del MIUR del 30 giugno 2014, n.105. L'accesso è consentito ai cittadini italiani e comunitari, laureati in Medicina e Chirurgia, con obbligo, a pena di esclusione, di superare l'esame di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo entro il termine fissato per l'inizio delle attività didattiche delle scuole. Le indicazioni per l'ammissione di medici stranieri alle scuole di specializzazione mediche sono regolamentate dalla Nota 3 aprile 2013, protocollo n.7935. Le Scuole di specializzazione di area sanitaria afferiscono a tre differenti aree: Area Medica (22 scuole), Area Chirurgica (14 scuole) e Area dei Servizi Clinici (26 scuole). La prova d'esame è telematica, ed identica a livello nazionale con riferimento a ciascuna tipologia di scuola; consiste in una prova scritta che prevede la soluzione di 110 quesiti a risposta multipla. I primi 70 sono quesiti comuni a tutte le tipologie di scuola, sono in unica data e medesimo orario, in più sedi, a livello nazionale su argomenti caratterizzanti il Corso di Laurea e prevedono l'attribuzione di un punteggio pari a +1 per ogni risposta esatta, 0 per ogni risposta non data e -0,30 per ogni risposta errata.

Gli altri 40 quesiti prevedono un riferimento alla valutazione, nell'ambito di scenari predefiniti, di dati clinici, diagnostici e analitici, di cui 30 quesiti comuni a tutte le tipologie di scuola appartenenti alla medesima area e 10 quesiti specifici per ciascuna tipologia di scuola, svolti in una o più sedi, nella stessa data e allo stesso orario per tutte le scuole appartenenti alla medesima area; con un'attribuzione per i primi 30 di un punteggio pari +1 per ogni risposta esatta, 0 per ogni risposta non data e di -0,30 per ogni risposta errata; per gli ultimi 10 pari a +2 per ogni risposta esatta, 0 per ogni risposta non data e -0,60 per ogni risposta errata.

La stesura della graduatoria nazionale è definita dalle risultanze dei 110 quesiti a cui viene aggiunto il computo dei titoli valutati dalla Commissione d'esame. I titoli presi in esame sono costituiti dal voto di Laurea, per un massimo di 2 punti, e dal Curriculum degli studi universitari, per un massimo di 13 punti.

Si può concorrere all'accesso fino a due tipologie di scuole di specializzazione per ciascuna area e si deve indicare l'ordine di preferenza delle sedi universitarie per le quali si intende concorrere.

Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

La partecipazione al concorso ed al relativo corso triennale è riservata ai cittadini italiani e comunitari, laureati in Medicina e Chirurgia, abilitati all'esercizio della professione ed iscritti al relativo albo professionale. Tutti i requisiti devono essere posseduti entro la data della presentazione della domanda di partecipazione al concorso. Per i cittadini comunitari dell'Unione Europea è considerata valida l'iscrizione al corrispondente dell'albo di ogni Paese dell'Unione europea, fermo restando l'obbligo di iscrizione all'albo in Italia prima dell'inizio del Corso di Formazione. Il bando viene pubblicato annualmente sul BUR di ogni regione; deve es-

sere effettuata l'iscrizione entro 30 giorni dalla data della pubblicazione e l'esame si svolge a Settembre di quello stesso anno. L'ammissione al Corso avviene a seguito di concorso annuale che si svolge in data unica nazionale per tutte le Regioni e province Autonome. Il concorso consta di un'unica prova scritta di 100 quesiti a risposta multipla in ordine ad argomenti di medicina clinica, chirurgia e medicina legale e non è prevista una banca dati per le domande a cui il medico possa accedere e prepararsi all'esame. I quiz devono essere differenti per ogni edizione concorsuale e predisposti in modo tale da prevedere differenti livelli di difficoltà. Il tempo a disposizione per la prova è uguale su tutto il territorio nazionale e, comunque, non superiore a due ore. La commissione di esperti, incaricata di predisporre la prova di esame, provvede, altresì, alla redazione della griglia di risposte esatte, che è consegnata in busta sigillata al funzionario responsabile della regione o della provincia autonoma, unitamente alle istruzioni per l'espletamento della prova. La busta contenente le soluzioni è desigillata alla presenza di tutta la commissione d'esame, al momento della correzione degli elaborati.

Viene considerato idoneo il candidato che abbia totalizzato un punteggio di 60 risposte corrette. Il punteggio da attribuire durante la correzione è il seguente: le risposte esatte danno diritto ad un punto, mentre quelle errate o non date non danno luogo ad alcuna penalizzazione. Il punteggio che viene attribuito durante la correzione prevede che alle risposte esatte sia assegnato un punto, mentre quelle errate o non date non danno luogo ad alcuna penalizzazione. Non vengono presi in considerazione i titoli universitari.

L'attivazione dei Corsi e la determinazione dei posti disponibili per ciascuna Regione avviene d'intesa tra le Regioni e il Ministero della Salute in relazione al fabbisogno previsto e alle risorse disponibili.

Scuole di Specializzazione

L'Ordinamento didattico delle Scuole di specializzazione di area sanitaria è stato riformato nell'Anno Accademico 2008/2009 secondo quanto riportato nel Decreto M.I.U.R. sul Riassetto delle Scuole di specializzazione di area sanitaria. (*Gazzetta Ufficiale n. 258 del 5-11-2005- Suppl. Ordinario n.176*). Il nuovo ordinamento trae ispirazione dalle Direttive Comunitarie in tema di formazione medico specialistica. Tale decreto specifica l'elenco delle scuole di specializzazione di area sanitaria, il profilo specialistico, gli obiettivi formativi ed i relativi percorsi didattici suddivisi in aree e classi.

Il decreto stabilisce che le scuole di area chirurgica abbiano una durata di 6 anni per un totale di 360 CFU, mentre le scuole di area medica o dei servizi abbiano una durata di 5 anni per un totale di 300 CFU. Ogni anno lo specializzando dovrà ottenere 60 CFU suddivisi in 15/13 CFU frontali e 45/47 CFU professionalizzanti. Ogni CFU frontale corrisponde a 25 ore di studio di cui 7-10 ore sono costituite da didattica frontale. Mentre ogni CFU professionalizzante corrisponde a 32 ore di attività di tirocinio o pratica clinica. Almeno il 70% delle attività formative è riservato allo svolgimento di attività pratiche professionalizzanti, a cui corrispondono 210 CFU per lauree specialistiche quinquennali e 252 CFU per lauree specialistiche della durata di 6 anni. Il rimanente 30% dell'impiego complessivo dello specializzando è riservato ad attività didattiche di tipo formativo. Ruolo preponderante è affidato ad attività interattive rispetto all'insegnamento formale. Le attività formative, didattiche e professionalizzanti sono articolate in modo integrato e continuativo. L'attività formativa è affidata a docenti universitari e non. In particolare è stata istituita la figura del tutor articolata in tre diverse figure: a) docente-tutore ad personam; b) docente-tutore di gruppo; c) specializzando-tu-

tore. È stato individuato, inoltre, un campo di saperi fondamentali comuni denominato “tronco comune” che associa gruppi di scuole omogenee. Gli strumenti di verifica dell'apprendimento sono rappresentati dal libretto-diario, da prove in itinere e dalla discussione della tesi di specializzazione. Le modalità di svolgimento delle attività teoriche e pratiche dei medici in formazione, sono preventivamente determinati dal consiglio della scuola in conformità agli ordinamenti e regolamenti didattici. A ciascuna Scuola è assegnata una autonomia funzionale ed organizzativa.

Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

Il CFSGM si articola in 3 anni e comporta una frequenza a tempo pieno con obbligo della frequenza delle attività teoriche e pratiche. La formazione prevede un totale di almeno 4.800 ore di cui 3.200 rivolte ad attività formativa di natura pratica e 1.600 ore rivolte ad attività teoriche. La formazione è interspecialistica e prevede l'approfondimento nella seguenti aree:

- Medicina Clinica, 6 mesi;
- Chirurgia Generale, 3 mesi;
- Pediatria, 4 mesi;
- Ostetricia e Ginecologia, 2 mesi;
- Pronto Soccorso, 3 mesi;
- Medicina dei Servizi e Territoriale, 6 mesi;
- Ambulatorio Medicina Generale, 12 mesi.

Al termine dei 3 anni di formazione il medico deve elaborare una tesi e al termine della discussione della stessa ottiene il Diploma di Medicina Generale.

A differenza del percorso formativo di laurea e di laurea specialistica il corso di formazione specifica prevede il raggiungimento di un monte ore e non di un certo numero di crediti formativi.

*Confronto con i
percorsi di
formazione
medica europei*

Attualmente appare estremamente importante parificare i curriculum di studio italiani precedentemente riassunti con quelli dei colleghi del resto d'Europa. Tale necessità è sempre più evidente in quanto la mobilità lavorativa sta diventando sempre più una realtà o meglio una necessità anche in ambito medico-sanitario. Moltissimi sono i neolaureati che cercano lavoro fuori dai confini italiani, insoddisfatti dalle prospettive lavorative che l'Italia offre loro e dall'aspettativa di vita. Nella successiva tabella 2 è riassunto in maniera schematica un confronto tra il percorso pre e post laurea in Italia ed in altri stati europei, quali Francia, Spagna, Germania, Olanda e Svizzera.

Da questo confronto si evince che il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia in Italia, rispetto al resto d'Europa, non sia una laurea abilitante. Estremamente diversificati sono, invece, i percorsi formativi post laurea fin dalle modalità di accesso. È chiaramente evidente come l'età media dei medici una volta terminata la specializzazione in Italia sia la più alta in assoluto rispetto tutti gli altri stati presi a confronto.

TABELLA 2 Confronto tra percorsi pre e post laurea
nei Paesi europei

NAZIONE	FORMAZIONE PRE-LAUREAM		FORMAZIONE POST LAUREAM								ACCESSO ALLA PROFESSIONE
			SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE				CORSO DI FORMAZIONE SPECIALISTICA IN MEDICINA GENERALE				
	Corso di Laurea	Abilitazione	Accesso	Modalità	Durata	Contratto	Accesso	Modalità	Durata	Contratto	
ITALIA	6 anni	Esame specifico nel POST-LAUREAM	Concorso annuale	Livello locale (Università). Prova scritta (quiz) + prova pratica (caso clinico)	5/6 anni	Contratto di formazione specialistica	Concorso annuale	Livello Provinciale o Regione autonoma. Prova scritta.	3 anni	Borsa di studio	30/31 anni
FRANCIA	6 anni	Inclusa nel percorso formativo	Concorso annuale	Nazionale (ECN) Discussione dossier clinici + lettura critica di un articolo scientifico	4/5 anni	Contratto di lavoro con tutele paragonabili ad un lavoratore dipendente	Concorso annuale	Nazionale (ECN) Discussione dossier clinici + lettura critica di un articolo scientifico	3 anni	Contratto di lavoro con tutele paragonabili ad un lavoratore dipendente	24/26 anni
SPAGNA	6 anni	Inclusa nel percorso formativo	Concorso annuale	Nazionale (MIR) Prova scritta	4/5 anni	Contratto di formazione specialistica	Concorso annuale	Nazionale (MIR) Prova scritta	3 anni	Contratto di formazione specialistica	28/29 anni
GERMANIA	6 anni	Inclusa nel percorso formativo	Contattare il medico autorizzato alla formazione per ottenere la concessione del permesso di lavoro.		4/6 anni	Contratto lavorativo a tempo determinato per i primi 6 mesi e se confermato a tempo indeterminato.	Contattare il medico autorizzato alla formazione per ottenere la concessione del permesso di lavoro.		3 anni	Contratto lavorativo	25
PORTOGALLO	6 anni	Inclusa nel percorso formativo	Concorso annuale	Nazionale	4/6 anni	Contratto di lavoro a tempo determinato : protocollato:esclusivo con la struttura ospedaliera in cambio di un bonus(circa 700 euro) oppure ordinario:possibilità di lavorare esternamente come libero professionista	Concorso annuale	Nazionale	3 anni	Contratto di lavoro a tempo determinato	25
OLANDA	6 anni	Inclusa nel percorso formativo	Presentazione della domanda ai singoli Dipartimenti di Specializzazione		4/6 anni	Contratto di lavoro a tempo determinato	Concorso annuale	Simile all'UMSLE americano	3 anni	Contratto di lavoro a tempo determinato	25
SVIZZERA	6 anni	Inclusa nel percorso formativo	Contattare il primario di un reparto per il quale sia uscito un bando per medico assistente. Il candidato deve inviare la documentazione necessaria ed attendere un eventuale colloquio.		5/6 anni	Contratto lavorativo annuale rinnovabile	Contattare il medico referente, inviare la documentazione necessaria ed attendere un eventuale colloquio.			Contratto lavorativo	25

*Normativa:
metodologia teorica
di definizione attuale
dei fabbisogni*

La programmazione del fabbisogno di medici specialisti e medici di medicina generale viene effettuata mediante un percorso definito per legge. Per quanto riguarda la Medicina Generale le Regioni e le Province autonome emanano ogni anno, di norma entro il termine di cui all'art. 25, comma 2, del decreto legislativo n.368 del 1999, in relazione alle proprie esigenze ed alle necessità formative evidenziate nelle rilevazioni dei fabbisogni, i bandi di concorso per l'ammissione ai corsi triennali di Formazione Specifica in Medicina Generale. I bandi contengono, tutti, le medesime disposizioni, concordate tra le regioni e le province autonome. I contingenti numerici da ammettere annualmente ai corsi sono determinati, entro il 31 ottobre di ogni anno, dalle Regioni e Province autonome nell'ambito delle risorse disponibili e dei limiti concordati con il Ministero della salute. La determinazione dei contingenti consegue ad una previsione triennale del fabbisogno, effettuata sulla base delle effettive esigenze, correlate sia al numero degli iscritti alle graduatorie regionali per la medicina convenzionata ancora non occupati, sia alle previsioni dei pensionamenti dei medici in servizio ed alla verifica delle zone carenti e relativi posti disponibili, in base al rapporto ottimale previsto dagli accordi nazionali vigenti.

Per quanto riguarda il fabbisogno di medici specialisti l'art.35, comma 2 del D.Lgs. n.368/1999, prevede che il ministero della Salute di concerto con il ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e del ministero dell'Economia e delle Finanze, sentita la conferenza Stato-Regioni, determina il numero globale dei medici specialisti da formare annualmente per ciascuna tipologia di specializzazione, tenuto conto delle esigenze di programmazione delle Regioni e delle Province autonome di riferimento alle attività del Servizio sanitario nazionale.

Il sistema formativo attuale è costruito sulla tacita ipotesi che un neolaureato acceda a un corso di formazione specialistica e successivamente entri direttamente nel mondo del lavoro.

Invece alcuni medici dopo il primo percorso formativo scelgono di frequentare un altro percorso formativo ritardando di anni l'accesso alla professione e aumentando l'impegno economico per il sostegno della formazione del singolo medico.

Va tuttavia considerata l'ipotesi che la scelta di svolgere un secondo percorso formativo post laurea possa essere una scelta dettata dalla necessità di una maggior sicurezza economica seppur per un tempo determinato ma comunque superiore all'anno.

Nonostante la gran parte dei professionisti opti o per una scuola di specializzazione o per la formazione in medicina generale, una piccola percentuale di medici decide di svolgere un dottorato di ricerca. Probabilmente per la lunghezza del percorso formativo, per chi svolge specializzazione e dottorato di ricerca la normativa art.19 comma 6bis legge n.240 del 2010 e successive modifiche (art.7 DM 8 feb 2013 n. 94 del MIUR) prevede la possibilità di sovrapporre l'ultimo anno della scuola di specializzazione con il primo di dottorato nel caso si verifichino determinate condizioni.

Materiali e metodi

Analizzando i dati relativi al numero degli studenti che hanno avuto accesso alla facoltà di Medicina e Chirurgia dall'anno accademico 2006-07 al 2013-14, verificabili sul sito del MIUR, abbiamo calcolato l'incremento medio percentuale del numero dei posti negli ultimi sette anni, che è stato del 4,44%.

*Ritardo
nell'ingresso nel
mondo del lavoro,
sovrapposizione di
percorsi formativi*

*Ingressi a Medicina
e Chirurgia e tasso
di abbandono del
corso di studi*

TABELLA 3 Incremento dei posti messi a bando
nelle Facoltà di Medicina e Chirurgia

Anno accademico	Posti messi a bando ministeriale	Aumento percentuale rispetto al numero totale di ingressi dell'aa precedente
2006-2007	7.864	–
2007-08	7.858	+0,07%
2008-09	8.184	+4,15%
2009-10	8.508	+3,96%
2010-11	9.527	+11,98%
2011-12	10.464	+9,84%
2012-13	10.730	+2,54%
2013-2014	10.576	-1,43%

Questo è avvenuto in risposta all'analisi dei fabbisogni di medici, redatta dalla Fnomceo, ed al criterio anagrafico, al calcolo delle presunte quiescenze nei diversi settori professionali, alle disponibilità logistiche e formative universitarie ed agli obiettivi sanitari nazionali ministeriale relativa ai prossimi anni.

Il numero dei posti messi a bando nel 2013, in relazione all'area geografica, ha evidenziato i seguenti dati: Nord 3840, Sud 2828, Centro 2707, con differenze dovute soltanto alle dimensioni delle Facoltà. A questi posti messi a bando, si aggiungono circa 500 posti l'anno banditi per extracomunitari non soggiornanti in Italia. Negli ultimi anni, sono stati banditi posti per corsi in lingua inglese, in alcune Università italiane.

Un'analisi dettagliata dei dati presenti nella sezione Ufficio Statistico MIUR, confrontati con altri documenti elaborati dall'ISTAT e da altre Università Italiane, ci fa arrivare alla

conclusione che gli studenti in Medicina e Chirurgia, per una percentuale che sfiora l'80%, si laureano in corso entro i sei anni previsti e che il relativo tasso di abbandono, rappresentato dal numero di studenti che non conferma l'iscrizione al secondo anno del corso di laurea, si attesta intorno al 3,5%. Tale tasso di abbandono è notevolmente inferiore al 18-20% che si verifica in alle altre Facoltà.

Nell'interpretazione di questo dato analizzato dal MIUR, in collaborazione con CNSU, ANVUR ed altre competenti commissioni, bisogna tener conto che è considerato solo l'abbandono tra il primo e il secondo anno, e non l'abbandono negli anni successivi e non sono rilevati trasferimenti ad altro Ateneo o la ripresa degli studi successiva.

Un gruppo di studio dell'Unità di Bari, formato da diverse componenti universitarie, ha preso in considerazioni il dato relativo alle iscrizioni agli anni successivi, non portando però dati sostanzialmente diversi.

Il dato dell'abbandono, risulta essere abbastanza regionalizzato, infatti prendendo in considerazione gli atenei con più di 40.000 iscritti, si può notare come la percentuale di abbandono universitario in generale, si attesti al sud tra il 18,3% di Salerno ed il 30,1% di Palermo, ed al nord tra il 9,8% di Padova ed il 18,6% di Bologna. I dati in nostro possesso riguardano i 45 atenei, pubblici e privati, in cui è presente la Facoltà di Medicina e Chirurgia.

Prendendo in esame i dati in nostro possesso sul sito del MIUR, che riportano il numero dei laureati in medicina candidati all'esame di abilitazione dal 2008 al 2011, e mettendoli a confronto con i dati relativi agli abilitati negli stessi anni si nota uno scostamento non trascurabile, come mostrato nella tabella 4.

*Tasso di superamento
dell'esame di
abilitazione alla
professione*

TABELLA 4 **Esiti dell'esame di abilitazione**

Anno accademico	Candidati	Abilitati	Non abilitati (% non abilitati)
2011	7.054	6.766	288 (4,08%)
2010	6.901	6.588	313 (4,53%)
2009	7.003	6.848	155 (2,21%)
2008	7.146	6.780	366 (5,12%)

Non riuscendo ad avere dati attendibili riguardanti gli anni precedenti al 2003, quando era in vigore il DM 09/09/1957 e successive modifiche che regolava il vecchio esame di stato, risulta al momento non possibile trarre considerazioni rispetto alla maggior o minore percentuale di abilitazione tra il vecchio esame di stato e quello attuale.

*Ingressi ai Corsi di
Formazione Specifica
in Medicina
Generale e di
Formazione
Specialistica*

Nella tabella 5 sono riportati gli iscritti al corso di laurea in Medicina e Chirurgia, i contratti di specialità e le borse di formazione in Medicina Generale messi a bando.

Si evidenzia una riduzione di borse/contratti nell'ultimo anno, a fronte di un crescente numero di laureati in medicina e chirurgia.

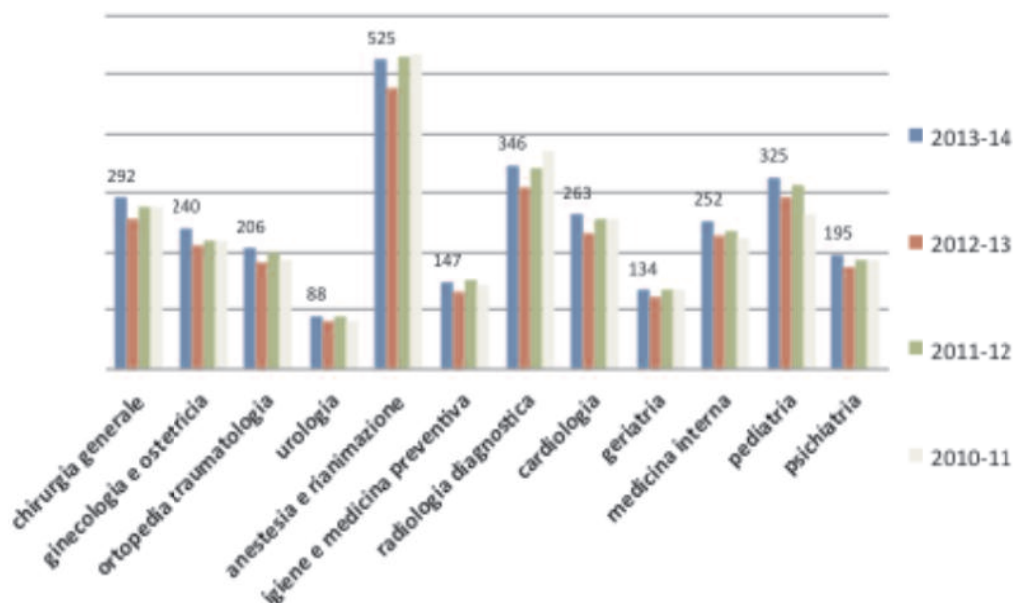
TABELLA 5 Confronto tra iscritti, laureati e posti di formazione post laurea

Borse/Contratti Specialità	Borse MMG	Iscritti CLMC e ricorsi	Anno Accademico	Laureati CLMC
		9.983+2.000+150	2014-2015	9.000 (trend lauree)
5.504	990	10.157+2.000+		
1.000		2013-2014	6.436 (trend lauree)	
4.500	924	10.730	2012-2013	6.441 (trend lauree)
5.000	981	10.464	2011-2012	6.419
5.000	832	9.527	2010-2011	6.382
5.000	832	8.508	2009-2010	6.199
5.000	772	8.184	2008-2009	6.013
5.000	828	7.858	2007-2008	5.736
5.000	858	7.864	2006-2007	5.158
4.999	871	7.833	2005-2006	4.722
4.615	-	7.889	2004-2005	4.597
6.302	1.427	7.912	2003-2004	3.809
5.388	-	7.880	2002-2003	4.847 (tasso d'iscritti Albi)
5.500	1.545(biennio)	7.709	2001-2002	5.397 (tasso d'iscritti Albi)
8.938	1.869(biennio)	7.533	2000-2001	4.042 (tasso d'iscritti Albi)

Fonte: Ministero dell'Università, Centro studi FNOMCe0, BUR regionali, Conferenza Regioni (CR)

I contratti di specializzazione sono rimasti piuttosto stabili negli ultimi anni ma considerando le principali specialità (pediatria, medicina interna, geriatria, cardiologia, chirurgia generale, ortopedia, ginecologia, anesthesiologia, urologia, radiologia, psichiatria, igiene e sanità pubblica) del Ssn (v. tabella 6), si può notare come non vi sia alcuna differenza nella assegnazione negli anni accademici dal 2010 al 2014, dimostrando di fatto una assegnazione storica, per di più sottostimata.

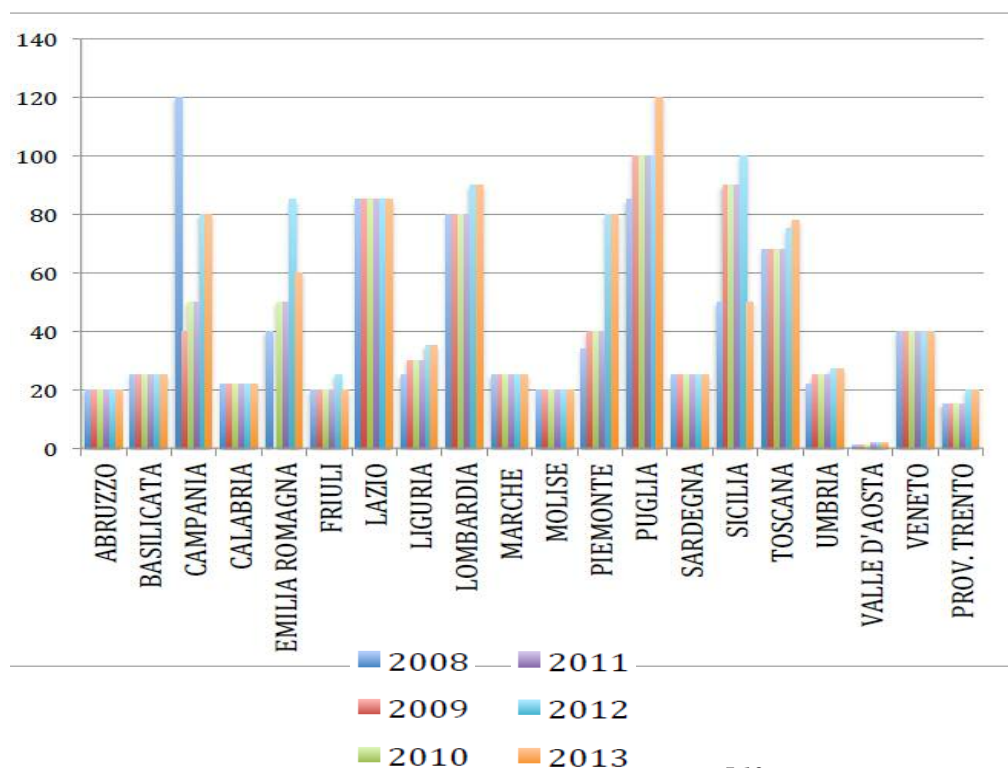
TABELLA 6 Contratti di specializzazione suddivisi per specialità



I contingenti stabiliti per gli ingressi ai Corsi regionali di Formazione Specifica in Medicina Generale dal 2009 al 2012 hanno avuto un costante seppur minimo incremento. Dato difficilmente rilevabile e asoggettabile a programmazione è il numero dei medici che possono frequentare il cor-

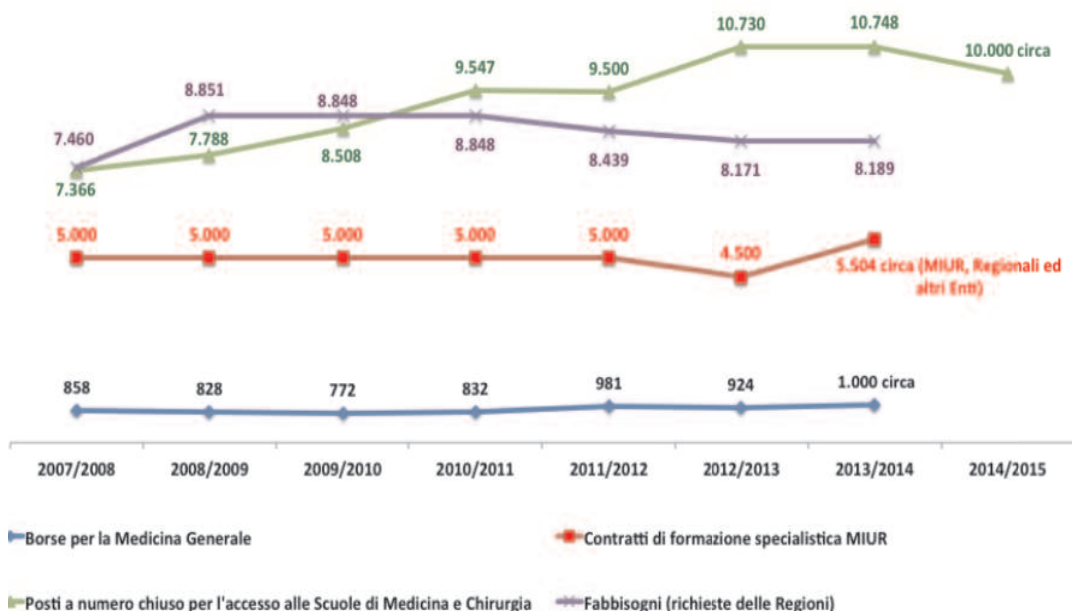
so come corsisti in “sovrannumero”; tale condizione prevista dall’art. 3 della legge n°401 del 2000 consente a tutti i medici iscritti al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia prima del 31/12/91, e abilitati all’esercizio della professione, la possibilità di essere ammessi a frequentare il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale in sovrannumero, e cioè senza ammissione tramite concorso e senza percepire borsa di studio e con la possibilità di mantenere gli incarichi lavorativi. Alcune Regioni emanano annualmente un bando ad hoc per “soprannumerari” mettendo a disposizione un numero di posti pari al 10% del contingente previsto dal regolare concorso di ammissione al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale. Tali dati sono stati raccolti dalle delibere regionali e bandi di concorso pubblicati sui B.U.R.

TABELLA 7 **Formazione specifica in MG, per Regione**



Il test d'accesso al Corso di Laurea dovrebbe essere legato al concetto di numero programmato e a quello più generale di "programmazione", fondamentali per offrire uno sbocco professionale, e che attualmente mostra un forte gap dato dalla discrepanza tra numero di studenti che accedono alle scuole di Medicina e Chirurgia (oltre 10 mila e fino ad almeno 15 mila se saranno accolti i ricorsi al TAR) e che si laureano con un trend in aumento fino ad oltre 9.000 stimati nell'anno accademico 2016-17 con un tasso di laurea tra l'82-85% e numero di contratti di formazione specialistica che diminuiscono o aumentano sulla base delle risorse economiche disponibili (ad oggi 5.504 inclusi i regionali e altri enti, aa 2013-14), come si nota dal confronto tra numero di borse medicina generale, posti a numero chiuso, contratti di formazione specialistica e fabbisogni (richieste delle Regioni) nella tabella 8.

TABELLA 8 Confronto tra numero di borse medicina generale, posti a numero chiuso, contratti di formazione specialistica e fabbisogni



Dalle graduatorie di accesso al CFSMG, disponibili sui Bollettini Ufficiali delle Regioni, è stata creata una tabella riassuntiva per il triennio 2012-2015 sulla percentuale di medici esclusi (tabella 9).

Medici neolaureati che non riescono ad accedere al Corso di Formazione Specifica in MG e tasso di abbandono

TABELLA 9 **Medici esclusi dall'accesso ai CFSMG**

Regione	2012-2015		
	n. posti	n. partecipanti	% esclusa
Abruzzo	20	92	78,3
Basilicata	25	57	56,1
Calabria	22	203	89,2
Campania	80	263	69,6
Emilia Romagna	85	249	65,9
Friuli Venezia Giulia	25	52	51,9
Lazio	85	395	78,5
Liguria	35	93	62,4
Lombardia	90	306	70,6
Marche	25	103	75,7
Molise	20	31	35,5
Piemonte	80	200	60,0
Puglia	100	286	65,0
Sardegna	25	65	61,5
Sicilia	100	475	78,9
Toscana	75	268	72,0
Trentino Alto Adige	20	92	78,3
Umbria	27	127	78,7
Valle d'Aosta	2	2	0,0
Veneto	40	175	77,1
Totale	981	3.534	72,2

Per stimare la percentuale di abbandono del corso di formazione specifica in medicina generale sono stati confrontati gli elenchi degli ammessi all'esame finale di fine triennio pubblicati sul BUR con i posti disponibili per quel determinato triennio nelle diverse Regioni (posti + eventuali sovrannumero).

TABELLA IO **Abbandono dei CFSMG**

Regione	2008-2011			Rinunce		2009-2012			Rinunce	
	ingresso	S	Tot	F-S		ingresso	S	tot	F-S	
Lombardia	80	0	80	54	33%	80	0	80	55	31%
Veneto						40	0	40	37	8%
Puglia	85	0	85	59	31%	100	0	100	79	21%
Campania	120	0	120	99	18%	40	0	40	35	12,5%
Toscana	68	0	68	57	16%	68	0	52	68	23,5%
Lazio	85	0	85	70	17%	85	0	85	71	16%
Piemonte	34	4	38	32	16%					

Tramite l'analisi di questi dati la percentuale di abbandono risulta essere intorno al 15-20%.

La percentuale di abbandono dei Corsi di Laurea specialistica è un dato difficilmente ricostruibile, ed in ogni caso di entità trascurabile.

*Popolazione
medica italiana
impegnata in
Dottorati di
Ricerca di Area
Medica*

Gli unici dati accessibili sulla popolazione medica censita impegnata in percorsi di dottorato di ricerca di area medica provengono dal dipartimento di statistica del Ministero dell'Università (statistica.miur.it)

I censimenti dal 2008 al 2011 non consentono l'applicazione di filtri predeterminati, in grado di restringere la ricerca ad i soli dottorandi di area medica. Pertanto, in questa fase analitica preliminare, si è consensualmente deciso di utiliz-

zare i dati risalenti al 2006/2007, per i quali sono disponibili filtri pre impostati per macroarea (Medicina e veterinaria) e settore (Scienze Mediche).

La ricerca con queste modalità ha individuato una popolazione di 6.792 dottorandi impegnati nei rispettivi percorsi di ricerca distribuiti su 6 cicli (dal XVII al XXII) per un totale di 503 Dottorati di Ricerca, nell'anno accademico 2006/2007.

Da tale popolazione sono stati quindi esclusi i dottorandi di area biologica, biomedica e biotecnologica, avvalendosi dei seguenti strumenti:

- bandi ufficiali, laddove reperibili, con informazioni riguardanti i destinatari del bando stesso;
- anagrafica Fnomceo per la verifica che dottorandi e dottorati dei rispettivi cicli appartenessero alla popolazione medica;
- curricula dei dottorati.

Si è giunti quindi all'individuazione del numero di Medici impegnati in Dottorati di Ricerca nell'anno 2006/2007 (sempre considerando 6 cicli) che è risultato ammontare a 3.623 unità (di cui 152 stranieri), in 26 Atenei sul territorio nazionale. I medici iscritti all'albo professionale nell'anno 2007 sono 359.343. Dalle medesime tabelle possiamo desumere che del totale degli iscritti circa 12.500 siano pensionati. Pertanto i medici iscritti agli albi professionali "in attività" sono 346.843 e i medici impegnati in dottorati di ricerca sono l'1.04%.

La percentuale delle borse di dottorato di ricerca di "area medica" erogate nell'anno 2007 (3.623) in rapporto al numero totale di borse di dottorato di ricerca (39.357) è pari al 9.20%. Assumendo che questa proporzione rimanga sostanzialmente costante, mentre il numero totale di assegni di ricerca registra una flessione proprio dall'anno 2007, possiamo, con ragionevole attendibilità, desumere tempora-

neamente il numero di medici impegnati in contratti di ricerca negli anni 2008 – 2011, come indicato nella tabella 11.

TABELLA 11 **Medici impegnati in dottorati di ricerca**

Anno	Borse totali	Borse “mediche”*	Pop.medica attiva	% dottorandi
2008	38650	3556	350.967	1.01
2009	38375	3530	355.061	0.99
2010	38343	3528	358.400	0.98
2011	36313	3341	360.278	0.93

NB: La popolazione medica attiva comprende anche i “doppi iscritti” come Medici Chirurghi ed Odontoiatri (circa 30.000 per anno dal 2007 al 2011), visto che nel computo delle borse di dottorato “mediche” alcune sono destinate anche ad odontoiatri e chirurghi maxillofacciali.

Nonostante i controlli incrociati con gli strumenti analitici sopraelencati il dato ottenuto soffre di un’importante bias riguardante il criterio di inclusione o esclusione all’interno del settore “Scienze mediche”, ciò fa sì che il numero individuato sia da reinterpretare come intervallo di confidenza compreso tra 1% e 0.9% del totale della popolazione medica analizzata.

Popolazione medica attiva

I dati Fnomceo relativi alla situazione degli iscritti del 12 novembre 2012 ci mostrano una popolazione medica in regola con l’iscrizione, presumibilmente attiva, di un totale di 378.703 medici sul territorio nazionale.

Tuttavia i dati Enpam definisce una quota di medici e odontoiatri attivi nel 2012 pari a 354.553.

Sulla base dei dati ISTAT, rilevati al 1° gennaio 2012, la popolazione italiana è di 59.394.207. Pertanto si calcola un rapporto medio nazionale pari a 5,97 medici ogni 1.000 abitanti.

Nella tabella 12 è indicato il numero di medici (iscritti agli

ordini professionali, attivi e non attivi) ogni 1.000 abitanti per ciascuna Regione italiana.

TABELLA 12 Rapporto tra medici abitanti, per Regione

Regioni	Popolazione ISTAT al 1° gennaio 2012	Numero di medici totali iscrizioni FNOMCeO al 12 novembre 2012	medici ogni 1000 abitanti
Piemonte	4357663	24101	5,53
valle d'aosta	126620	616	4,86
Lombardia	9700881	54652	5,63
Prov.autonoma di Trento e Bolzano	1029585	4927	4,78
Veneto	4853657	24290	5
Friuli Venezia Giulia	1217780	7329	6,02
Liguria	1567339	12286	7,84
Emilia Romagna	4341240	28467	6,56
Toscana	3667780	25040	6,83
Umbria	883215	6243	7,07
Marche	1540688	8675	5,63
Lazio	5500022	44123	8,02
Abruzzo	1306416	9497	7,27
Molise	313145	2135	6,81
Campania	5764424	37533	6,51
Puglia	4050072	23304	5,75
Basilicata	577562	3094	5,36
Calabria	1958418	14971	7,64
Sicilia	4999854	35107	7,02
Sardegna	1637846	12313	7,51
ITALIA	59894207	378703	6,37

Si stima che i medici nati dal 1947 al 1952, pari a circa 50.000 medici, presumibilmente siano prossimi al pensionamento nel breve periodo; successivamente il ritmo di pensionamento subirà un forte rallentamento. Di seguito due grafici elaborati dalla Fnomceo che mostrano la gobba pensionistica di medici e odontoiatri, e le curve di stima dei pensionamenti nei prossimi anni considerando i flussi d'ingresso attuali. Segue la tabella elaborata dal Ced-Fnomceo con una proiezione 2002-2028 del fabbisogno di medici chirurghi.

*Curve di
Pensionamento*

TABELLA I3 Curve demografiche degli iscritti agli Omceo

Curve demografiche degli Iscritti ad Ordini provinciali
(le 106 autorità competenti)
DATABASE Fnomceo 25/11/2010.

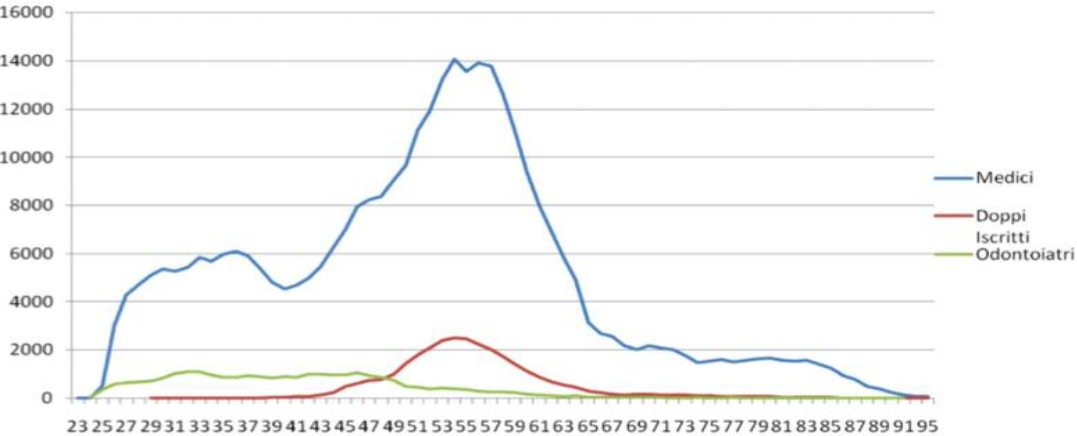


TABELLA I4 Stima delle uscite dal 2010 al 2030 a flussi di ingresso attuali

età	2002	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
< 50																								
50	14823																							
51	13009	16067	14324	13310	11432	10597	9780	9590	9192	8006	6952													
52	10985	17031	16067	14324	13310	11432	10597	9780	9590	9192	8006	6952												
53	9204	16560	17031	16067	14324	13310	11432	10597	9780	9590	9192	8006	6952											
54	7980	16618	16560	17031	16067	14324	13310	11432	10597	9780	9590	9192	8006	6952										
55	6756	16320	16618	16560	17031	16067	14324	13310	11432	10597	9780	9590	9192	8006	6952									
56	5779	14823	16320	16618	16560	17031	16067	14324	13310	11432	10597	9780	9590	9192	8006	6952								
57	3704	13009	14823	16320	16618	16560	17031	16067	14324	13310	11432	10597	9780	9590	9192	8006	6952							
58	3154	10985	13009	14823	16320	16618	16560	17031	16067	14324	13310	11432	10597	9780	9590	9192	8006	6952						
59	3026	9204	10985	13009	14823	16320	16618	16560	17031	16067	14324	13310	11432	10597	9780	9590	9192	8006	6952					
60	2524	7980	9204	10985	13009	14823	16320	16618	16560	17031	16067	14324	13310	11432	10597	9780	9590	9192	8006	6952				
61	2427	6756	7980	9204	10985	13009	14823	16320	16618	16560	17031	16067	14324	13310	11432	10597	9780	9590	9192	8006	6952			
62	2681	5779	6756	7980	9204	10985	13009	14823	16320	16618	16560	17031	16067	14324	13310	11432	10597	9780	9590	9192	8006	6952		
63	2580	3704	5779	6756	7980	9204	10985	13009	14823	16320	16618	16560	17031	16067	14324	13310	11432	10597	9780	9590	9192	8006	6952	
64	2476	3154	3704	5779	6756	7980	9204	10985	13009	14823	16320	16618	16560	17031	16067	14324	13310	11432	10597	9780	9590	9192	8006	6952
65	2260	3026	3154	3704	5779	6756	7980	9204	10985	13009	14823	16320	16618	16560	17031	16067	14324	13310	11432	10597	9780	9590	9192	8006
66	1941	2524	3026	3154	3704	5779	6756	7980	9204	10985	13009	14823	16320	16618	16560	17031	16067	14324	13310	11432	10597	9780	9590	9192
67	2048	2427	2524	3026	3154	3704	5779	6756	7980	9204	10985	13009	14823	16320	16618	16560	17031	16067	14324	13310	11432	10597	9780	9590
68	2120	2681	2427	2524	3026	3154	3704	5779	6756	7980	9204	10985	13009	14823	16320	16618	16560	17031	16067	14324	13310	11432	10597	9780
69	2126	2580	2681	2427	2524	3026	3154	3704	5779	6756	7980	9204	10985	13009	14823	16320	16618	16560	17031	16067	14324	13310	11432	10597
70	2235	2476	2580	2681	2427	2524	3026	3154	3704	5779	6756	7980	9204	10985	13009	14823	16320	16618	16560	17031	16067	14324	13310	11432
> 70	28894	2260	2476	2580	2681	2427	2524	3026	3154	3704	5779	6756	7980	9204	10985	13009	14823	16320	16618	16560	17031	16067	14324	13310
TOT	340738																							

Fonte Ced-FNOMCeO

Risultati e conclusioni

Dai risultati ottenuti attraverso una parziale disamina delle diverse fonti bibliografiche, appare quasi impossibile predisporre una corretta programmazione dei fabbisogni medici nelle diverse aree professionali e funzionali. Non si tratta di sottrarre prestigio alle fonti, tuttavia occorre sottolineare come sia stato difficoltoso il loro reperimento attraverso i motori di ricerca e all'interno dei siti ministeriali e regionali, come spesso vi sia stata una difficoltà nel comprendere la logica sottesa alla determinazione dei contingenti e come i diversi stakeholder abbiano indirizzato scelte di politica sanitaria che in alcuni casi sono apparse contraddittorie. L'Osservatorio Giovani Medici ha messo in luce qualcosa che forse era lapalissiano, ma come esercizio, ha tentato di ricostruire parzialmente i dati a disposizione, matchandoli e adoperandosi per creare un ragionamento logico sostenibile, utile all'osservatorio stesso e concreto per i decisori, se ritenuto attendibile e credibile.

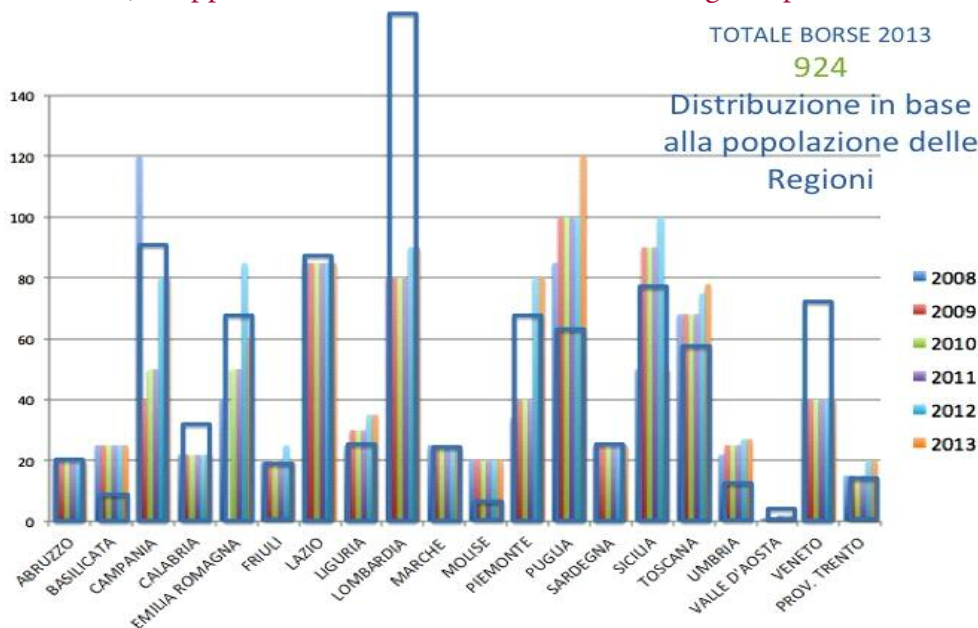
Analisi del problema

In considerazione dei dati mostrati sul numero medio di laureati in medicina e chirurgia per anno accademico (dal 2000-2001 al 2013-2014), la quota di questi che viene immessa annualmente nel Ssn, il trend dei contratti di specialità assegnati dal MIUR (dal 2000-2001 al 2012-2013), gli iscritti al corso di Laurea in Medicina e Chirurgia (trend in aumento in 14 anni accademici fino al 2013-14), i fabbisogni espressi dalla Conferenza Stato-Regioni negli anni accademici 2006-2007 (7.003 unità vs 5.000 contratti MIUR), 2007-2008 (7.460 unità vs 5.000 contratti), 2008-2009-2009-2010-2010-2011 (8.848 unità vs 5.000 contratti), 2011-2012 (8.438 unità vs 5.000 contratti), 2012-2013 (8.170 unità vs 4.500 contratti), 2013-2014 (8.190 unità verso contratti ancora da assegnare), lo scostamento medio

Programmazione dei fabbisogni a partire dalle curve di pensionamento

degli anni accademici considerati di 3,083 contratti, la popolazione residente per Regione al 1° gennaio 2010 (60.340.328 Istat), ci si aspetta, a partire dal 2013, un saldo negativo tra pensionamenti e nuove assunzioni. Il numero di borse assegnate alle regioni per il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale non sembra apparentemente avere un criterio di distribuzione che tengano conto sia al numero degli iscritti alle graduatorie regionali per la medicina convenzionata ancora non occupati, sia alle previsioni dei pensionamenti dei medici in servizio ed alla verifica delle zone carenti e relativi posti disponibili, in base al rapporto ottimale previsto dagli accordi nazionali vigenti, come invece previsto dall'art. 15 e 2 DM 7/3/2006. Considerata la carenza di medici, ormai da più istituzioni denunciata, soprattutto nelle Regioni del Nord e osservando la densità di popolazione delle Regioni si nota un grande scostamento tra l'odierna distribuzione regionale delle borse di studio e l'ipotetica distribuzione delle borse in base alla popolosità regionale, a parità del numero totale di contratti assegnati.

TABELLA 15 Rapporto tra abitanti e borse di studio assegnate per il CFSGM



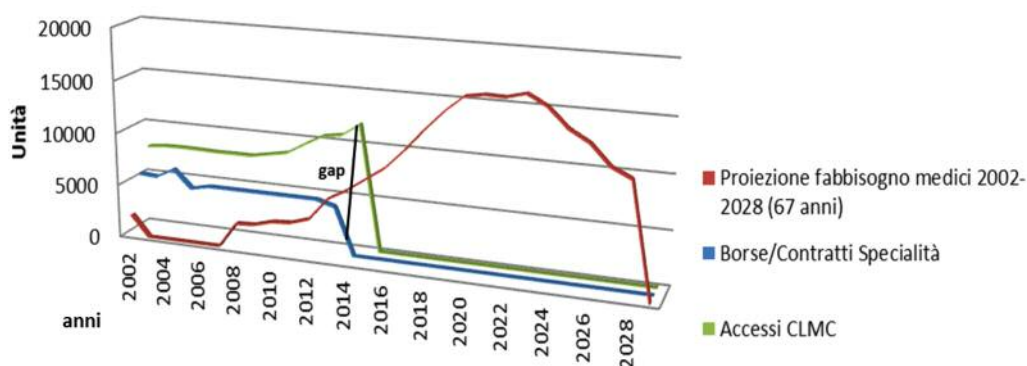
ANNO 2010

TABELLA 16 Anzianità di laurea dei mmg

Regione	Numero Medici Generici per anzianità di laurea							Adulti Residenti per Medico Generico
	Da 0 a 6 anni	Da 6 a 13 anni	Da 13 a 20 anni	Da 20 a 27 anni	Oltre 27 anni	Totale	% Medici Generici Uomini	
PIEMONTE	16	60	705	1.065	1.489	3.335	65,8	1.173
VALLE D'AOSTA	-	2	15	25	48	90	68,9	1.235
LOMBARDIA	-	32	789	2.058	3.625	6.504	69,2	1.310
PROV. AUTON. BOLZANO	4	21	60	62	125	272	75,4	1.564
PROV. AUTON. TRENTO	1	6	64	125	199	395	73,2	1.138
VENETO	-	77	584	1.032	1.793	3.486	70,3	1.222
FRIULI VENEZIA GIULIA	-	21	140	342	466	969	68,1	1.124
LIGURIA	-	17	177	364	755	1.313	73,8	1.099
EMILIA ROMAGNA	5	58	341	867	1.941	3.212	70,3	1.199
TOSCANA	-	80	255	779	1.854	2.968	74,7	1.108
UMBRIA	1	13	82	205	461	762	76,8	1.040
MARCHE	5	45	141	336	701	1.228	76,9	1.112
LAZIO	-	125	724	1.609	2.373	4.831	69,7	1.023
ABRUZZO	-	17	94	259	772	1.142	75,4	1.030
MOLISE	-	-	11	96	162	269	74,3	1.052
CAMPANIA	39	15	300	1.472	2.389	4.215	76,4	1.170
PUGLIA	3	25	473	1.242	1.564	3.307	78,7	1.064
BASILICATA	-	2	47	165	296	510	70,6	1.010
CALABRIA	3	18	46	496	900	1.463	55,8	1.191
SICILIA	47	77	454	1.281	2.388	4.247	77,7	1.019
SARDEGNA	-	22	236	530	572	1.360	64,9	1.089
ITALIA	124	733	5.738	14.410	24.873	45.878	71,8	1.143

Si stima, inoltre, che la forbice tra uscite ed entrate nel Ssn tenderà ad allargarsi negli anni a seguire data la struttura per età ed il numero di immatricolazioni al corso di laurea in Medicina e Chirurgia. Verosimilmente, tale scenario risulterà ancora più marcato nelle Regioni impegnate con i piani di rientro a causa del blocco delle assunzioni, come si evince dalle tabelle 17 e 18.

TABELLA 17 Trend di confronto tra borse/contratti di specialità e accesso ai Corsi di laurea in proiezione del fabbisogno di medici al 2028



CLMC= Corso di Laurea Medicina e Chirurgia
MC= Medicina e Chirurgia

Il fenomeno del precariato medico

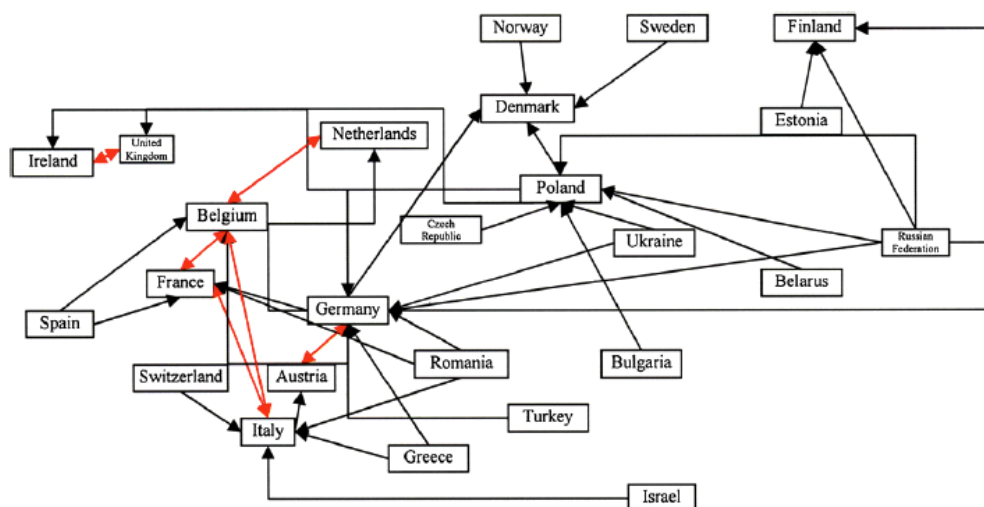
Il precariato medico è un fenomeno a cui non ci si può sottrarre dal fare considerazioni, infatti le domande da porsi sono: dove si lavora? quali rapporti vengono instaurati con gli altri colleghi? qual è il grado di preparazione “pratica”? quale copertura assicurativa e previdenziale? quali le loro prospettive di lavoro? quali i loro diritti? quale il loro impatto sulla medicina difensiva? ed altro ancora.

*La mancata
formazione
ospedaliera*

Se si volesse dare una definizione di precariato medico allora pensiamo alla “mancata formazione ospedaliera”, ossia l'esatto opposto di quell'ospedale di insegnamento ipotizza-

to dai decreti 502/92 e 517/93, oppure all'assenza di programmazione nella formazione universitaria in tutto il suo percorso. Se da un lato, esistono oltre 200 sotto-specialità, non riconosciute a livello europeo e con scarso mercato professionale, dall'altro, il blocco delle assunzioni mediche (da almeno sette leggi finanziarie successive) associato al massiccio pensionamento medico, ha creato evidenti buchi negli organici di molti reparti specialistici. Esiste oggi una programmazione schizofrenica votata alla risoluzione della contingenza. Una corretta programmazione, ridurrebbe il precariato medico, eliminando specialisti non richiesti dal moderno mercato sanitario, impedirebbe alle finanziarie annuali di alimentare carenze di personale a carenze di personale (imbuto formativo), avrebbe un impatto positivo sugli aspetti pensionistici perché ad esempio "l'assunzione del medico in formazione specialistica al terzo anno" allungherebbe di quattro anni la contribuzione pensionistica evitando ai medici ospedalieri di dover lavorare fino ad almeno 72-74 anni per raggiungere i 40 anni di contributi, consentirebbe di razionalizzare, a livello nazionale ma soprattutto regionale, le strutture specialistiche ospedaliere, contenendo le liste di attesa indotte anche da carenza di organico medico, favorirebbe l'integrazione in un unico sistema tra ospedale e territorio, perché i "vecchi specialisti" potrebbero lavorare sul territorio, senza quei buchi assistenziali che oggi vedono richiamare al lavoro con diverse tipologie contrattuali colleghi già in pensione. Appare evidente che bisognerà pensare alla creazione di una sola tipologia di contratto a tempo, che possa rappresentare solo l'apripista ad un'assunzione stabile, in dipendenza della produttività e del merito. Inoltre è sempre più evidente il fenomeno della migrazione dei professionisti medici nella zona euro, come mostrato nella tabella 19. Una programmazione efficace non può oggi prescindere dalla considerazione del sistema Europa.

TABELLA 19 Gli spostamenti dei medici in Europa



*Principali flussi
migratori dei
medici
tra i paesi della
zona euro*

La tabella 20 rappresenta il fenomeno della “fuga all’estero”, mostrando il rapporto tra i flussi medi annuali di trasferimento all’estero dei medici italiani (dati del Ced FNOM CeO 2014 che registra la cancellazione dei professionisti dagli ordini provinciali) e la media annuale dei posti regionali a numero chiuso per l’accesso alle Scuole di Medicina e Chirurgia (ovvero i potenziali futuri medici). Tale prospettiva è da considerarsi approssimativa e fortemente sottostimante i reali flussi esteri in quanto molti professionisti mantengono comunque l’iscrizione al proprio ordine. Inoltre, il Ministero della Salute rilascia annualmente circa 1.000 certificati di onorabilità professionale all’anno che esprimono quantomeno l’intenzione del medico all’emigrazione in Europa (spesso Francia, Germania, Svezia, Regno Unito, Australia ed altro).

TABELLA 20 La migrazione dei medici italiani

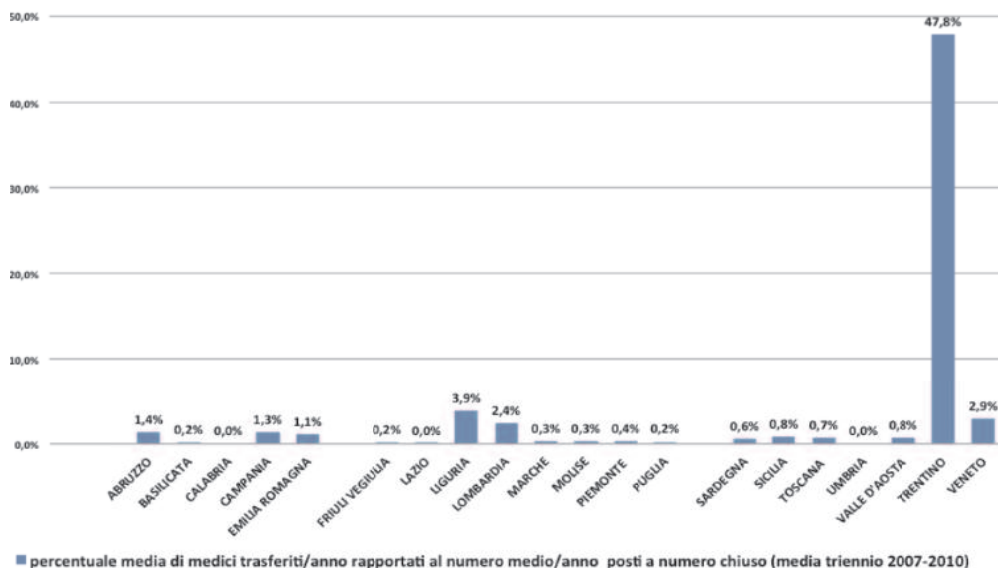
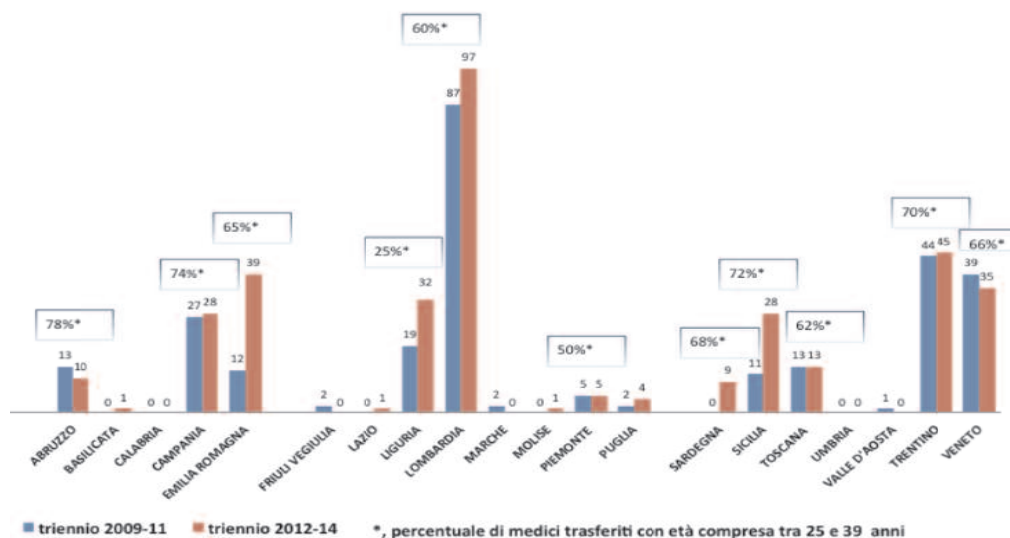


TABELLA 21 Trasferimenti all'estero (2009-2014)



Secondo il Ced Fnomceo (tabella 21) il numero complessivo di trasferimenti esteri negli ultimi 5,5 anni (2009-14, per le fasce d'età 25 - >70) risulta essere stato di 625 medici, pari ad una media annuale di 114 unità (il triennio di maggior espatrio è risultato essere il 2012-13-14, con una netta prevalenza delle fasce d'età comprese tra i 25 e i 39 anni, per un totale di 348 unità, come si nota nella figura sottostante).

Pertanto è verosimile considerare in quest'ultimo triennio, una migrazione che come numeri si pone intorno alle 674 unità, media tra il rilascio dei circa 1000 certificati di onorabilità e il dato delle 348 unità nel triennio 2012-14. La spesa dello Stato per i 6 anni di laurea come Fondo di finanziamento ordinario (Ffo) e per "specializzare" un singolo giovane medico ammonta rispettivamente a circa 24.800 euro e circa 128.000 euro, ovvero circa 152.800 euro per l'intero iter 11 anni (fonte: IV Rapporto costi atenei italiani 2013 di Federconsumatori, statistica MIUR e Portali Atenei).

*Criteri metodologici
adottati per
determinare
i fabbisogni di
specialisti e medici
di medicina
generale*

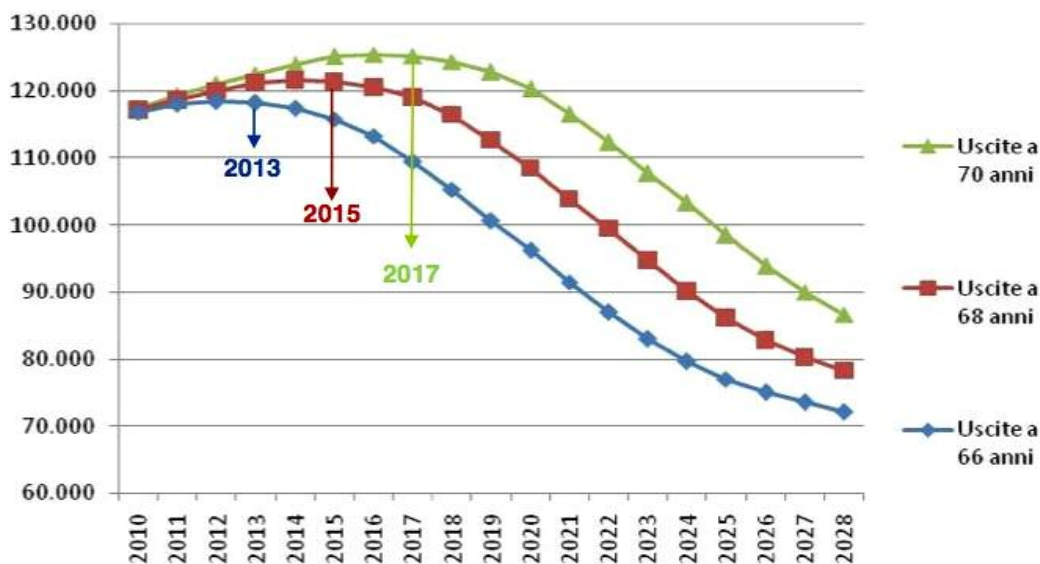
Fino ad ora si è sempre proceduto per la determinazione del riparto, tenendo in considerazione il tasso di turn over dei medici del Ssn desunto dal Conto Annuale dello Stato e il fabbisogno regionale espresso in termini di variazione percentuale rispetto all'analogo dato riferito all'anno accademico precedente.

Occorre un ampliamento dell'offerta formativa, ossia del numero di immatricolazioni al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia che sia stimabile tra il 5-10% come indicato dalla FNOMCeO in una ottica però di programmazione triennale e non annuale. Tale considerazione nasce perché negli ultimi anni i vincoli finanziari ed il blocco di assunzioni hanno alimentato una sacca di inoccupazione dalla quale il SSN potrebbe attingere per assicurare un adeguato turn-over delle risorse umane. Inoltre la riforma pensionistica "Fornero" e la "spending review" hanno decisamente posto un'ipoteca

sulle possibilità di accesso nel mondo del lavoro per gli specializzati nei prossimi anni. Di fatto la riforma “Fornero” crea uno scalone nella curva dei pensionamenti dei dirigenti medici dipendenti del Ssn. Le classi nate fino al 1951 manterranno i requisiti precedenti la riforma e rapidamente stanno uscendo dal sistema. I nati nel 1952 e anni successivi si vedranno spostare l’acquisizione dei nuovi criteri per il pensionamento in avanti di almeno 4 anni. Così chi è nato nel 1952, non andrà in quiescenza dal 2012 ma dovrà aspettare almeno il 2015/2016. La “spending review” ha peggiorato ulteriormente la possibilità per i giovani specializzati di entrare nel mondo del lavoro. Infatti la continua decurtazione dei posti letto si porterà dietro l’esuberò di almeno 10.000-15.000 medici ospedalieri che dovranno per forza di cose essere riassorbiti. È un dato di fatto, che non si riuscirà a colmare la gobba pensionistica già in atto e questo non solo per i motivi pocanzi spiegati ma anche perché il percorso formativo del giovane medico si conclude ottimisticamente dopo 12 anni e quindi occorrerà attendere ben oltre il 2020 affinché il maggior numero di laureati/specializzati sia disponibile sul mercato del lavoro. Questo ovviamente non deve scoraggiare chi intraprende la scelta di voler fare il medico, anzi servirà rimodulare il sistema formativo universitario rivedendo i tempi morti sia con una revisione del diploma di abilitazione (laurea abilitante), sia con una riduzione del percorso formativo del medico in formazione specialistica e del mmg, sia snellire la sovrapposizione di percorsi formativi (dottorato di ricerca) e calendarizzare in una unica data nazionale gli accessi ai diversi percorsi. È sicuramente necessario che il ricambio generazionale avvenga nell’immediato futuro, anche al fine di garantire un opportuno ed indispensabile trasferimento di competenze ed abilità che solo la pratica clinica può assicurare. La tabella 22 rappresenta la carenza dei medici dipendenti dal Ssn che ci si

attende nei prossimi anni. Il numero dei laureati è stato considerato costante e pari a 6.800, di cui si ipotizza che un terzo sia immesso nel Ssn (fonte Ministero del Lavoro, schema di piano sanitari nazionale 2011-2013).

TABELLA 22 **Curva dei medici dipendenti del SSN con numero attuale di Laureati**



Da un'analisi dei dati sui medici specialisti iscritti agli Ordini e forniti dal Centro Studi della Fnomceo, è possibile fotografare negli anni 2005 e 2012, quali specialità per area saranno carenti; se il dato viene rapportato al fabbisogno medio espresso dalle Regioni negli anni accademici che vanno dal 2007 al 2009 con uno scarto di circa 500 richieste dall'ultima rilevazione (8.190 unità 2013-2014), si può comprendere quali correttivi adottare nell'assegnazione dei contratti, utilizzando il rapporto abitante regione/contratti. Gli specialisti sono stati divisi per età <0> di 49 anni e ciò che

immediatamente si evidenzia (area chirurgica) è una quasi parità dei numeri per specialità per età nel 2005 verso una inversione nel 2012 con specialità come chirurgia generale, ginecologia e ostetricia, ortopedia e traumatologia, otorinolaringoiatria che diventano “vecchie” a fronte di uno scarso ricambio generazionale con bassi numeri (rapporto medio 1:5). Anche per l’area medica valgono le stesse considerazioni, con un dato che mostra una quasi parità nel 2005 e una carenza di specialità e scarso turn-over generazionale per la medicina interna, la cardiologia, la pediatria, la psichiatria nel 2012 (rapporto medio 1:4). Per l’area dei servizi si assiste nel 2012 rispetto al 2005, ad una carenza delle specialità in anestesia e rianimazione, in igiene e medicina sociale, in radiodiagnostica. Inoltre la distribuzione per l’anno 2005 e 2012 degli specialisti nelle varie fasce d’età, mostra come nell’arco di 7 anni vi sia stata una dilatazione della fascia d’età 54-59 anni (14%23%) e della fascia d’età 64-69 anni (6%9%) a discapito delle fasce tra i 29-49 anni. Se i dati vengono corretti per la popolosità regionale attraverso i rapporti abitante/contratto specialità e abitante/specialità, appare in maniera evidente come ogni regione abbia quasi sempre richiesto molto di più rispetto al fabbisogno medio, che regioni con popolosità omogenea per caratteristiche socio-demografiche continuino a formare giovani medici precari, come molte risorse siano state impiegate per formare lo stesso specialista in più percorsi, come le Regioni con piani di rientro non possono chiedere di più, come anche il “territorio sia in sofferenza” e che le regioni benchmarking debbano avere un rapporto abitante/ specialista e abitante/specialità sotto l’unità (questo non è ancora avvenuto). Un caso a sé stante è la Regione Lazio dove appare che le richieste servano come ammortizzatore sociale.

Pertanto occorre rivedere i criteri metodologici che portano alla determinazione dei fabbisogni dei medici ed è per que-

*Le proposte
dell'Osservatorio per
la determinazione
dei fabbisogni*

sto che l'Osservatorio Giovani Medici propone di:

- parametrare le effettive necessità assistenziali future (definendo il numero di specialisti necessari per singola regione), anche in funzione della capienza occupazionale del Ssn e della effettiva pratica specialistica, rapportati a parametri demografici consistenti di popolazione (incidenza e prevalenza di malattia, mortalità, natalità, invecchiamento), a modelli di riorganizzazione sanitaria e di formazione, individuando centri di eccellenza universitari dove formare i medici, a nuovi bisogni di salute, a obiettivi di salute pubblica;
- inserire i medici in formazione (a partire dal 3° anno di specialità) negli ospedali di rete e contrattualizzarli con uno stipendio integrativo;
- ridefinire con cadenza biennale, le necessità specialistiche nazionali e regionali, rimodulandole prima e non dopo la comparsa di criticità.

A titolo esemplificativo inseriamo le tabelle 23 e 24 che spieghino i dati e i percorsi logici dei nostri commenti (fonte Ced-Fnomceo-2012, Verbali Conferenza Stato-Regioni):

TABELLA 23 Specialisti divisi per età: confronto 2005-2012

**Totale Specialisti
diviso per età**

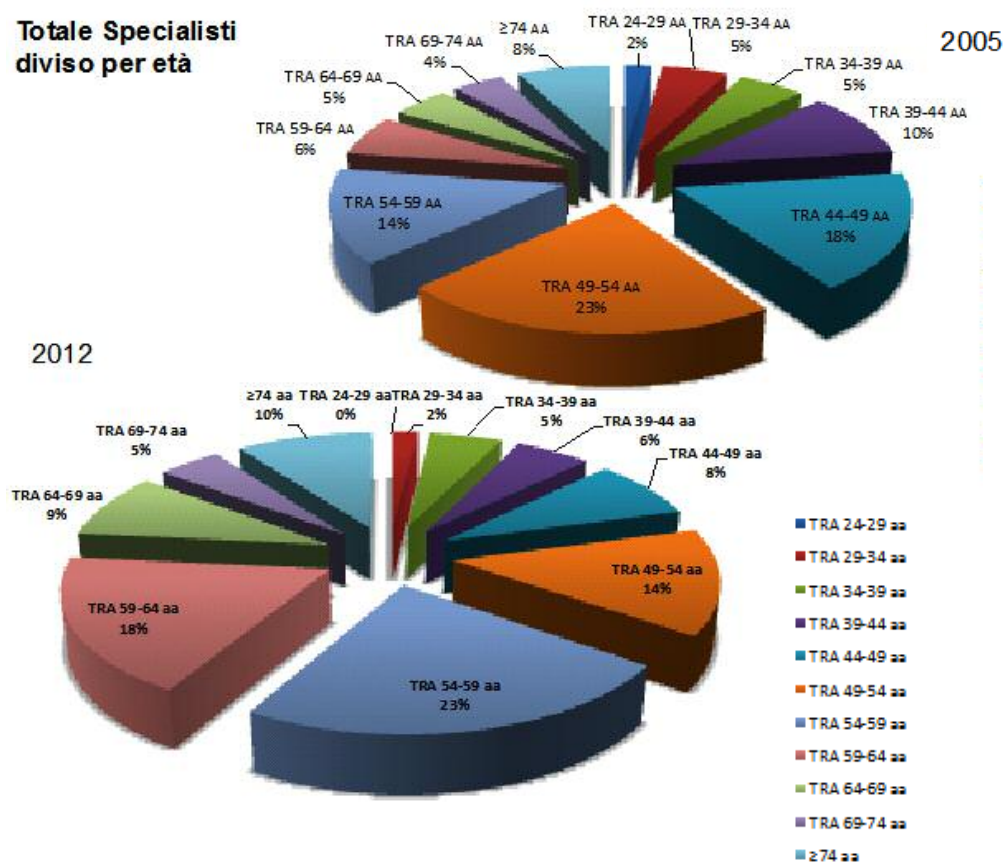


TABELLA 24 Rapporto tra specialisti e popolazione nelle diverse Regioni

REGIONE	rapp. abitanti/specialista	rapp. abitanti/specialità	rapp. abitanti/contratti di specialità
ABRUZZO	232/1	185/1	3873/1
BASILICATA	349/1	297/1	2108/1
CALABRIA	237/1	202/1	9914/1
CAMPANIA	268/1	221/1	7644/1
EMILIA ROMAGNA	246/1	189/1	8552/1
FRIULI VENEZIA GIULIA	278/1	213/1	6959/1
LAZIO	1302/1	1065/1	3224/1
LIGURIA	183/1	135/1	7528/1
LOMBARDIA	352/1	281/1	13911/1
MARCHE	286/1	228/1	11524/1
MOLISE	277/1	231/1	3443/1
P.A. BOLZANO			10345/1
P.A. TRENTO	166/1	134/1	33500/1
PIEMONTE	419/1	338/1	8158/1
PUGLIA	293/1	246/1	11591/1
SARDEGNA	215/1	186/1	6432/1
SICILIA	252/1	213/1	6037/1
TOSCANA	236/1	188/1	9225/1
UMBRIA	265/1	214/1	7486/1
VALLE D'AOSTA	377/1	296/1	5184/1
VENETO	340/1	265/1	12672/1
ITALIA	306/1	247/1	7842/1

*Le criticità legate
al percorso del
Dottorato di
Ricerca medico*

Come dai dati sopra descritti nel 2006/2007 la percentuale dei medici iscritti in dottorati di ricerca si aggirava intorno all'1.04%. Risulta rilevante analizzare il dato desumibile dai soli iscritti agli ultimi due cicli del 2006/2007, il XXI ed il XXII, che risultano 2.334, ovvero il 64,5% della popolazione totale dei dottorandi medici italiani. In Italia, in molti casi, il dottorato di ricerca sia per le disagiati condizioni di retribuzione economica, sia per la frammentazione dei percorsi di ricerca, è stato troppo spesso interpretato come un "parcheggio" temporaneo, con una elevata percentuale di "drop out" della popolazione in esso impegnata, che inevi-

tabilmente compromette ed impoverisce la qualità e la prospettiva del settore.

Individuazione della tempistica ottimale per la programmazione dei fabbisogni reali di medici/specialisti/medici di medicina generale ponderata sulle variabili insistenti sui percorsi di formazione post lauream e modalità di accesso alla professione

Il censimento della popolazione nel periodo post lauream soffre di un'importante vuoto informativo. La popolazione universitaria ante lauream è censita dal MIUR, come anche la popolazione dei medici specializzandi. Il numero dei medici impegnato nell'esame di abilitazione professionale è invece censito da Cineca. Alma Laurea invece, con campionamento randomizzato attraverso interviste telefoniche, produce dati sui livelli di impiego, retribuzione e formazione post lauream ad intervalli fissi 1/3/5 anni. La temporizzazione e l'intrinseca frammentazione degli strumenti di censimento, impedisce una fotografia puntuale che tenga conto delle diverse variabili del percorso (maternità, malattia, ritardi nella pubblicazione dei bandi ministeriali per le scuole di Specialità e regionali per la Medicina Generale e loro eventuale sovrapposizione con l'esame di abilitazione). Emblematico risulta in quest'ottica il bando ministeriale per l'accesso alle Scuole di Specializzazione, che, promulgato con tempistiche diverse negli ultimi 7 anni, quest'anno, per la prima volta include i Colleghi in via di abilitazione, introducendo nello scenario una novità imprevista e significativa, che risulterà ancor più evidente in termini di mancata occupazione se si tiene conto della contestuale riduzione delle borse ministeriali di 500 unità. Ciò considerato, si può ipotizzare che la programmazione, sin ad oggi effettuata a 36 mesi, in assenza di dati concreti che suggeriscano una valida alternativa, risulti sostanzialmente accettabile. Cionon-

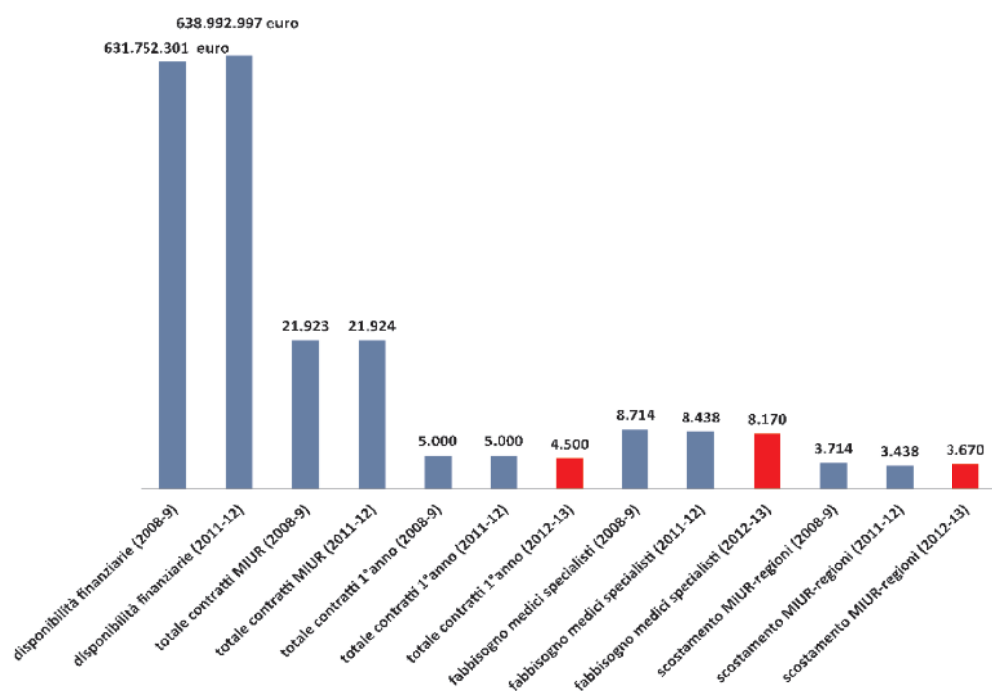
dimeno, per affrontare, a qualsiasi livello un discorso programmatico ponderato ed efficace, non si può prescindere, secondo noi, da dati numerici attendibili, standardizzati e completi. Risulta pertanto vitale per l'ottimizzazione delle risorse sanitarie oltre che per una lettura prospettica, rivolta sia ad una migliore politica gestionale che ad una maggiore consapevolezza della categoria stessa o di quanti vi vogliono accedere, la centralizzazione dei dati riguardanti la popolazione medica italiana. Solo un continuum informativo dall'accesso all'Università sino al pensionamento, senza frammentazioni tra diversi Enti, che contempli tutte le variabili (drop out, fuori corso, ritardo nell'abilitazione, mancato accesso alle Scuole di Specializzazione, conseguimento della Specializzazione) può fornire una base solida su cui costruire una lettura critica della situazione della Professione nel nostro Paese, da cui procedere con interventi mirati e concreti.

*Dinamiche
economiche a
sostegno della
proposta di concorso
nazionale per le
scuole di specialità
mediche*

Dalla tabella 25 è possibile evidenziare come le risorse economiche a disposizione del Ministero dell'Economia e Finanze (MEF) siano limitate (dati estratti dai Verbali della Conferenza Stato-Regioni). A supporto di questo, possiamo avanzare alcune osservazioni. La prima osservazione riguarda come, a fronte di una aumentata disponibilità finanziaria (anno accademico 2011-12 vs 2008-9), vi sia stata una contrazione dei contratti di formazione specialistica MIUR, definitivamente computati in numero di 4500 in previsione per l'anno accademico 2012-13. La seconda osservazione riguarda il finanziamento dei contratti di formazione specialistica da parte delle Regioni, numericamente calcolati sulla base dei fabbisogni e in diretta relazione alle risorse stanziare dal MEF per i contratti MIUR. Si può comprendere dall'analisi dei dati, come i fabbisogni calcolati su base regionale si modulino in modo complementare all'offerta MIUR. La terza osservazione evidenzia come vi sia un mec-

canismo di “bilancia” tra MIUR e Regioni, che non sembra volto a coprire il reale fabbisogno di contratti di formazione, calcolato su precisi parametri di turnover, di carenza in specifici settori specialistici, di rapporto abitanti/specialisti, di domanda di impiego. Il meccanismo che in realtà si evince, sembra costruito su una logica puramente economicistica basata sul risparmio e sulla reciproca copertura economica. Lo scostamento tra copertura contratti MIUR e fabbisogno espresso dalle Regioni che ne risulta (per l'anno 2012-13) è una ulteriore dimostrazione di questa “bilancia”. La logica di risparmio che si realizza attraverso la riorganizzazione della sanità regionale, non può prescindere dalla standardizzazione anche dei suoi fabbisogni.

TABELLA 25 Le risorse economiche per la formazione specialistica



Professionalizzazione del CLMC e ‘laurea abilitante’

Laurea abilitante e tirocinio professionalizzante sono due tematiche estremamente attuali e d’interesse. Esse costituiscono momenti fondamentali della formazione di un futuro medico.

L'Osservatorio Giovani Professionisti Fnomceo desidera fornire il proprio punto di vista, le proprie considerazioni, in merito a questo argomento e presentare una proposta.

Gli obiettivi del Corso di Laurea

Riteniamo che il CLMC debba permettere allo studente di:

- apprendere, tramite lezioni frontali e studio individuale;
- comprendere e far proprie le conoscenze con un approccio critico, che non sia pedissequo studio mnemonico;
- sviluppare con la frequenza delle realtà dei reparti, l’acquisizione di conoscenze pratiche, complementari allo studio individuale;
- saper fare, applicando da un punto di vista pratico le conoscenze acquisite durante lo studio.

Analizzando i piani di studi di diverse Università Italiane appare evidente che questi ultimi due punti: lo sviluppare con attività pratiche e il saper fare, sono gli aspetti presi in considerazione in maniera meno organizzata e strutturata.

Reputiamo che il CLMC italiano necessiti di alcune modifiche nella sua struttura per valorizzare questi due aspetti fondamentali per la formazione medica, in vista anche di un confronto e di una parificazione dei curriculum di studio italiani con quelli dei colleghi del resto d’Europa.

Le criticità attuali

Gli aspetti che ci sono sembrati più critici confrontando i piani di studio italiani con quelli di altri stati europei come Francia, Germania ed Inghilterra sono:

- inserimento e/o organizzazione di tirocini pratici;
- valutazione del tutor da parte dello studente;
- riforma dell’Esame di Abilitazione alla Professione Medica.

Proposte di Riforma per il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia

Comparando i piani di studio e le classi di appartenenza degli insegnamenti delle Università italiane (sono state prese in considerazione Università campione distribuite sul territorio italiano: Udine, Padova, Napoli, Roma) con quelli del resto d'Europa (per esempio in Francia l'Università di Tolosa), si nota che ciò che li differenzia è uno sbilanciamento, nell'organizzazione del CLMC italiano, tra la preparazione teorica e quella pratica a favore della prima. Ovvero emerge un'elevata preparazione teorica a discapito della formazione pratica. La realtà italiana, si scontra in questo modo con quella che è la situazione in altri Paesi d'Europa in cui gli studenti svolgono tirocinio in ambito sanitario con mansioni infermieristiche già durante gli anni di studio e, oltretutto a fronte dello svolgimento di tale tirocinio vengono minimamente retribuiti (ad esempio in Germania).

Appare evidente la necessità di incrementare l'approccio pratico alla disciplina medica ridistribuendo le ore teoriche e pratiche.

In questo contesto si inserisce la proposta dell'Osservatorio Giovani Professionisti Fnomceo:

- un tirocinio professionalizzante strutturato durante il corso di laurea, il cui obiettivo sia quello di acquisire specifiche professionalità nel campo della medicina interna, chirurgia generale, pediatria, ostetricia e ginecologia, nonché di specialità medico-chirurgiche.

Di seguito viene riportata la possibile strutturazione del CLMC con obiettivi e tempistiche.

1. Inserimento e/o organizzazione di tirocini pratici

1°-2° anno - Obiettivi: conoscenza della gestione medico-infermieristica del paziente

Gli studenti potrebbero avvicinarsi al mondo della pratica medica con tirocini infermieristici, in cui poter iniziare a prendere confidenza con l'ambiente ospedaliero e le problematiche relative, iniziare a capire cosa si intenda per rapporto medico-paziente, avere il primo approccio pratico.

Durante tale tirocinio lo studente è tenuto a :

-
- Seguire ed assistere l'infermiere durante le normali attività di reparto:
 - somministrazione terapia;
 - valutazione condizioni generali paziente;
 - assistenza paziente (comprensione dinamica infermiere-paziente).
-
- Partecipare ai momenti di passaggio consegne a termine turno:
 - comprensione organizzazione di reparto;
 - comprensione collaborazione tra colleghi.
-
- Partecipare al giro visite dei medici:
 - comprensione rapporto medico-paziente;
 - iniziale confronto con il paziente.
-
- Acquisire abilità pratiche di base, quali:
 - misurare PA;
 - misurare FC;
 - misurare FR,
 - misurare Saturazione O₂;
 - effettuare prelievi venosi;
 - incanulare catetere venoso periferico.

3° e 4° anno - Area Medica - Obiettivi: raccolta anamnesi completa ed esecuzione esame obiettivo

Gli studenti, suddivisi in gruppi di 4-5 persone, dovrebbero essere affidati ad un tutor. Il tutor si occuperà di selezionare dei pazienti per l'attività di tirocinio, meglio se nuovi accessi. Gli studenti dovranno raccogliere per iscritto le informazioni acquisite dal paziente e discutere il caso con il proprio tutor. Ogni studente verrà valutato nell'approccio con il paziente, nell'accuratezza della raccolta dei dati, nell'utilizzo della terminologia scientifico-medica, nell'accuratezza e ordine con cui i dati vengono riportati.

Area Medica

Abilità che lo studente è tenuto ad acquisire:

- approccio medico-paziente;
- raccolta anamnesi fisiologica, patologica remota, patologica prossima;
- esecuzione esame obiettivo completo;
- compilazione della cartella clinica con le informazioni ottenute da anamnesi ed esame obiettivo;
- presentazione del caso al proprio tutor.

Parametri valutati dal tutor:

- valutazione dello studente nell'approccio al paziente;
- valutazione dell'accuratezza nella raccolta dati;
- valutazione nell'utilizzo della terminologia medico-scientifica;
- valutazione di accuratezza ed ordine con cui vengono riportati i dati in cartella clinica ed esposti al tutor.

3° e 4° anno - Area Chirurgica - Obiettivi: esecuzione esame obiettivo chirurgico e manovre chirurgiche basilari, conoscenza strumenti chirurgici

Lo studente dovrà dimostrare di essere in grado eseguire manovre chirurgiche semplici come medicazioni, suture cutanee e conoscere i principali strumenti chirurgici.

Area Chirurgica

Abilità che lo studente è tenuto ad acquisire:

- approccio medico-paziente;
- raccolta anamnesi fisiologica, patologica remota, patologica prossima;
- esecuzione esame obiettivo completo;
- compilazione della cartella clinica con le informazioni ottenute da intervista paziente ed esame obiettivo;
- presentazione del caso al proprio tutor;
- eseguire manovre chirurgiche semplici come medicazioni e suture cutanee;
- conoscere i principali strumenti chirurgici della routine chirurgica.

Parametri valutati dal tutor:

- valutazione dello studente nell'approccio al paziente;
- valutazione dell'accuratezza nella raccolta dati;
- valutazione nell'utilizzo della terminologia medico-scientifica;
- valutazione di accuratezza ed ordine con cui vengono riportati i dati in cartella clinica ed esposti al tutor.

5° anno - Area Medica - Obiettivi: presentazione dei casi, programmazione e discussione di test diagnostici, creazione piano terapeutico

Lo studente continuerà con l'attività di raccolta anamnesi ed esame obiettivo. Inoltre seguirà da vicino alcuni pazienti, cercando di identificare i principali problemi clinici e indicare, con ordine di priorità, gli esami clinici, laboratoristici e strumentali necessari per giungere ad una diagnosi definitiva. Lo studente sarà tenuto a discutere i casi con il proprio tutor e potrà partecipare ai meeting di reparto e seminari clinici.

Area Medica

Oltre alle abilità acquisite negli anni precedenti in ambito medico, lo studente è tenuto a:

- seguire il percorso clinico diagnostico di alcuni pazienti a lui affidati;
- identificare i principali problemi clinici afferenti al paziente;
- indicare con ordine di priorità esami clinici, laboratoristici e strumentali utili a giungere alla diagnosi definitiva;
- creazione di programma terapeutico ad hoc;
- presentazione e discussione con approccio critico del caso con il proprio tutor;
- confronto con altri specialisti (ad esempio radiologi, medici nucleari, oncologi..);
- partecipare ai meeting medici di reparto ed a seminari clinici.

Parametri valutati dal tutor:

- valutazione nell'approccio al paziente;
- valutazione dell'accuratezza nella raccolta dati;
- valutazione nel management del paziente;

- valutazione di appropriatezza ed ordine del percorso diagnostico proposto;
- valutazione appropriatezza del programma terapeutico proposto;
- valutazione di un'eventuale partecipazione attiva ai meeting di reparto.

Durante tale periodo sarebbe auspicabile inserire un periodo di *frequenza in Dipartimenti di Radiodiagnostica*, una settimana per ciascuna tecnica a rotazione tra le sezioni:

- Radiologia Tradizionale,
- ECO,
- CT,
- Mx,
- RM,

dove poter seguire un tutor nella interpretazione delle indagini radiologiche (conseguimento di conoscenze generiche riguardo le diverse tecniche e soprattutto la comprensione delle indicazioni cliniche corrette a ciascun esame) e di medicina nucleare diagnostiche e terapeutiche.

5° anno - Area chirurgica - Obiettivi: Discussione casi clinici, programmazione e discussione esami diagnostici, endoscopia, definizione del piano terapeutico, inizio della frequenza in sala operatoria

Il tirocinante dovrà essere in grado di discutere con il tutor i casi e potrà partecipare ai meeting di reparto e seminari clinici; inoltre dovrà vedere e conoscere le diverse tecniche di endoscopia diagnostica e terapeutica conoscendo le indicazioni ed i limiti.

Area Chirurgica

Oltre alle abilità precedentemente acquisite in ambito chirurgico, lo studente è tenuto a:

- seguire il percorso clinico diagnostico di alcuni pazienti a lui affidati;
- identificare i principali problemi clinici afferenti al paziente;
- indicare con ordine di priorità esami clinici, laboratoristici e strumentali utili a giungere alla diagnosi definitiva;
- creazione di programma chirurgico-terapeutico ad hoc;
- presentazione e discussione con approccio critico del caso con il proprio tutor;
- confronto con altri specialisti (ad esempio radiologi, medici nucleari, oncologi..);
- partecipare ai meeting medici di reparto ed a seminari clinici;
- conoscere le tecniche di endoscopia diagnostica e terapeutica;
- frequenza in sala operatoria.

Parametri valutati dal tutor:

- valutazione nell'approccio al paziente;
- valutazione dell'accuratezza nella raccolta dati;
- valutazione nel management del paziente;

- valutazione di appropriatezza ed ordine del percorso diagnostico proposto;
- valutazione appropriatezza del programma terapeutico proposto;
- valutazione di un'eventuale partecipazione attiva ai meeting di reparto;
- valutazione della partecipazione attiva durante la frequenza di sala.

5° - 6° anno - Ambito Urgenza-Emergenza

Durante il 5° anno lo studente inizierà a frequentare le strutture del Pronto Soccorso dove potrà seguire il proprio tutor nella stabilizzazione e diagnosi del paziente in emergenza. Inoltre avrà la possibilità di dare la propria disponibilità per turni con i sanitari del 118, per procedure di emergenza sul territorio. Verranno insegnate delle procedure di emergenza. È richiesta la partecipazione al corso BLSD e PBLs. Tale frequenza proseguirà anche nel 6° anno.

Ambito Urgenza-Emergenza

Lo studente è tenuto a:

- Frequentare le strutture del pronto soccorso per almeno due mesi
 - Imparare i rudimenti della stabilizzazione e diagnosi del paziente in emergenza:
 - ventilazione;
 - massaggio cardiaco;
 - somministrazione O₂;
 - somministrazione farmaci in emergenza (vasopressina, dobutamina,..);
 - uso defibrillatore
 - frequenza sul territorio con i sanitari 118 (attività volontaria a discrezione dello studente, che può inserirla nel curriculum dello studente e viene valutata nel giudizio finale);
 - frequenza del corso e conseguimento del patentino BLSD;
 - frequenza del corso e conseguimento del patentino PBLs.
- Lo studente verrà valutato dal tutor affidatario riguardo le skills acquisite durante il periodo di frequenza.

6° anno - Area Medica - Obiettivi: stilare epicrisi-storia del paziente, stesura lettere di dimissione, 'copertura' turni di guardia ed attività ambulatoriale

Lo studente dovrà essere in grado di discutere le problematiche del paziente a lui affidato e stilare una breve epicrisi, riportando il ragionamento clinico-diagnostico che ha condotto ad una determinata diagnosi. Sarà tenuto alla frequenza degli ambulatori e ad affiancare i medici di guardia in turni notturni o festivi, soprattutto negli accoglimenti.

Area Medica

Oltre alle abilità precedentemente acquisite in ambito medico, lo studente è tenuto a:

- seguire il percorso clinico diagnostico terapeutico dei pazienti a lui affidati;
- stilare epicrisi-storia del paziente, riportando il ragionamento clinico-diagnostico che ha condotto alla diagnosi;
- stesura lettere di dimissione;
- frequenza ed attività ambulatoriale a rotazione:
- ambulatorio diabetologico;
- ambulatorio studio ipertensione;
- ambulatorio reumatologico;
- ambulatorio cardiologico;• ...
- copertura, in affiancamento al tutor, di turni di guardia nei weekend, notturni o festivi (soprattutto nell'attività di accoglimento);

Parametri valutati dal tutor oltre a quanto acquisito fin ora:

- valutazione nell'approccio al paziente;
- valutazione dell'accuratezza nella raccolta e sintesi critica dei dati e del percorso clinico diagnostico terapeutico del paziente;
- competenza e livello di autonomia nella gestione dei pazienti in ambito ambulatoriale;

- valutazione appropriatezza del programma terapeutico proposto durante le visite ambulatoriali.

Esperienza in pediatria

Al 6° anno è prevista la frequenza in pediatria. Obiettivo generale del tirocinio è quello di far acquisire allo studente le fondamentali competenze professionali e di comportamento e gestione del paziente pediatrico, indipendentemente dal tipo di malattia da cui il bambino è affetto, acquisendo consapevolezza delle peculiarità del processo clinico-assistenziale in ambito pediatrico.

In particolare è richiesto di:

- eseguire una accurata anamnesi attraverso il dialogo con la coppia madre-figlio;
- esame obiettivo del paziente;
- interpretare i dati clinici identificando le problematiche, al fine di arrivare ad una corretta diagnosi e successivi interventi terapeutici;
- ragionare su come integrare la raccolta anamnestica con strumenti diagnostici di primo livello:
- stick urine;
- tampone orofaringeo;
- esame otoscopio semplice;
- routine degli esami ematici.

Area Chirurgica

Obiettivi: frequenza in sterilità della sala operatoria, partecipazione come terzo operatore ad alcuni interventi.

Lo studente dovrà frequentare la sala operatoria e partecipare in veste di terzo operatore ad alcuni interventi.

Esperienza in ostetricia

Durante il 6° anno lo studente dovrà frequentare il reparto di ostetricia ed i suoi ambulatori, dovrà inoltre saper:

- raccogliere dati anamnestici inerenti;
- compilare una cartella clinico-ostetrica;
- assistere a visite ostetrico-ginecologiche;
- assistere ad almeno cinque travagli e parto e/o taglio cesareo;
- interpretare i valori cardio-tocografico ante-partum e in travaglio;
- frequentare un centro di ecografia prenatale per seguire l'evoluzione della gravidanza fisiologica nei vari periodi della gestazione.

Esperienza in ginecologia

Sempre al 6° anno è richiesto la frequenza del reparto e negli ambulatori del consultorio locale e di saper:

- effettuare l'esame obiettivo dei genitali esterni;
- fare una visita ginecologica (per lo meno su manichino);
- raccogliere dati anamnestici utili per valutazione di problemi ginecologici;
- effettuare il prelievo per PAP test.

Grazie all'inserimento nel curriculum di studi di un tirocinio ben strutturato durante i 6 anni di corso di laurea lo studente avrà modo di comprendere al meglio quali sono le modalità relazionali e la modalità del team work, inteso come gruppo di insieme dei vari ruoli professionali, finalizzato al comune obiettivo della salute del paziente. Aspetto fondamentale della routine medica che attualmente durante il corso di studi risulta poco enfatizzato.

I tutor per ciascuna attività vengono designati a livello locale, universitario-ospedaliero, attingendo da una lista di medici specialisti che hanno fornito la propria disponibilità. Le figure dei tutor ricoprono un ruolo di vitale importanza, nel creare le condizioni ideali per l'apprendimento, eliminando gli ostacoli tecnologici, gnosologici e psicologici.

La nostra proposta prevedere la valutazione da parte dello studente delle capacità ed attitudini all'insegnamento del tutor a cui è stato affidato (dopo essere a sua volta valutato), mediante scheda valutativa anonima. In caso di doppia valutazione negativa può essere decisa la sospensione o l'esonero dall'incarico del tutor da parte dei professori responsabili dell'organizzazione dell'attività di tirocinio.

2. Valutazione del tutor da parte dello studente

A completamento di questo progetto viene presentata, inoltre, la proposta di riforma dell'Esame di abilitazione alla Professione Medica, a tutt'oggi una delle poche occasioni previste formalmente per gli studenti per "fare pratica clinica". L'Osservatorio Giovani Professionisti ritiene che l'esame di stato dei giovani futuri medici possa svolgersi all'interno del percorso di studio dei sei anni di medicina, concordando con quanto già proposto dalla Fnomceo nel documento La laurea abilitante.

3. Riforma dell'Esame di abilitazione alla Professione Medica

In questo modo parte dei tirocini (almeno 6 mesi) svolti in maniera uniforme e verificabile in tutti gli atenei verrebbe a costituire la parte pratica dell'esame, acquisendo un valore aggiunto, e prima della discussione di laurea, come già accade per le professioni sanitarie (D.M. 14.09.1994), lo studente/futuro medico-chirurgo dovrebbe sostenere con successo la prova pratica di inquadramento diagnostico-terapeutico del caso clinico.

Il superamento dell'esame di stato diventerebbe vincolante per la discussione della tesi; se il candidato non supera le prove dell'esame di stato dovrebbe poi ripresentarsi all'appello

successivo e posticipare la propria discussione. Si delineerebbe così un percorso formativo in Medicina e Chirurgia che introduce da subito il neoprofessionista nel mondo del lavoro con l'ottenimento di una "laurea in sé abilitante alla professione".

*Proposta di
strutturazione
dell'esame*

Il tirocinio valutativo pratico che si tiene ora nel post-lauream si terrebbe durante il 6° anno, rimanendo di tre mesi, durante cui gli studenti a rotazione sarebbero tenuti a frequentare:

- un mese in un reparto Medico;
- un mese in un reparto Chirurgico;
- un mese in uno studio di MMG;
- prova pratica finale.

Il candidato, sotto la supervisione dei tutor, in conclusione dovrà superare una prova pratica finale costituita da due esami obiettivi completi al letto del paziente con:

- 20 min per anamnesi ed esame obiettivo di ciascun paziente;
- 10 min per ciascun paziente per compilare la cartella clinica, fare proposte di diagnosi differenziali e proporre un elenco di test diagnostici.

I tutor vengono designati scegliendo tra una rosa di specialisti che di sessione in sessione forniscono la loro disponibilità e ad ogni sessione ne viene valutato l'aspetto motivazionale.

Durante il periodo di tirocinio i candidati dovranno dimostrare di essere in grado di compiere:

- prelievi venosi;
- incanalamento venoso;
- posizionamento di catetere urinario;
- medicazione;
- dare e togliere punti di sutura semplici;
- posizionamento di sondino NG;

- esame otoscopico semplice;
- esplorazione rettale;
- esplorazione inguinale;
- bls-d su manichino;
- prelievo arterioso EAB;
- posizionamento di venflon per terapia infusiva.

I candidati durante il tirocinio pratico saranno affidati a dei tutor, uno per ciascun candidato. I tutor sono tenuti a seguire lo studente durante le attività ed a valutarne l'operato con una valutazione a metà del periodo di frequenza e una al termine.

I giudizi finali devono raggiungere la sufficienza per permettere al candidato di poter accedere alla prova finale del tirocinio pratico e successivamente quella scritta.

Al termine di ogni mese i tirocinanti sono invitati a valutare l'operato del tutor a cui sono stati affidati mediante schede di valutazione anonime. In caso di doppia valutazione negativa può essere decisa la sospensione o l'esonero dall'incarico del tutor.

In caso di superamento del tirocinio pratico si svolgerà il progress test, a ridosso della Tesi di Laurea.

Il progress test

Prova scritta costituita da quiz a scelta multipla e domande a risposta aperta:

- 100 quiz per valutare le conoscenze generali (chimica, fisica, biologia...);
- 200 quiz per valutare le conoscenze cliniche;
- 4 casi clinici standardizzati a risposta aperta, due di tipo medico e due di tipo chirurgico.

Tale impostazione permette di verificare le conoscenze medico-scientifiche del candidato ma anche la capacità di ragionamento.

Potrebbe essere utile iniziare a somministrare dei progress test che simulino il test scritto finale fin dal 3°-4° anno, in

modo che i candidati possano acquisire familiarità con la modalità di esame. Se non viene raggiunta la sufficienza, fissata al 60% di risposte corrette, in ciascuna prova il candidato non può proseguire nelle prove d'esame.

È auspicabile che, come già è avvenuto in molte Facoltà di Medicina e Chirurgia, i piani di studio siano in modo da far terminare le lezioni frontali il primo semestre del 6 anno, lasciando così libero il secondo semestre per tirocinio, frequenza in reparto e stesura tesi.

In caso di esito negativo di tali prove, non sarebbe possibile l'accesso alla Tesi conclusiva; in caso di esito positivo diventerà possibile espletare il concorso per l'accesso alle scuole di specializzazione in data certa, ogni anno entro il mese di dicembre con presa di servizio entro il mese di gennaio. Dal punto di vista temporale della si può prevedere una prima sessione di esame con l'espletamento del tirocinio trimestrale di valutazione nei mesi di giugno, luglio e settembre, il progress test ad ottobre, la tesi di laurea a novembre e l'esame per l'accesso alle scuole di specializzazione ai primi di dicembre di ogni anno (vedi tabella 26).

TABELLA 26 *La tabella dell'ultimo anno di Corso di Laurea*

	giugno	luglio	settembre	ottobre	novembre	dicembre
Tirocinio di valutazione						
Progress test						
Esame di laurea						
Esame di ammissione scuole di specializzazione e corso per MMG						

Si potrebbe prevedere una seconda sessione con la tesi di laurea nel mese di maggio, per dare la possibilità a chi non supera le prove di accedervi con le seguenti modalità:

- se non ha superato il tirocinio valutativo, lo ripete in gennaio, febbraio e marzo;
- se ha superato il tirocinio valutativo ma non il progress test, ripete il progress test in aprile ed in caso di esito positivo accede alla tesi in maggio.

Si ritiene necessaria la modifica della Commissione del progress test:

- quattro professionisti designati dall'Ordine dei Medici;
- quattro professionisti designati dalla facoltà di Medicina;
- un professionista designato dal Ministero della Salute;
- due professionisti designati dall'Assessorato Regionale della Salute tra i professionisti esperti presenti sul territorio di competenza della singola Università.

La Commissione del progress test

Riteniamo che ciò possa valorizzare il percorso di studi del giovane futuro medico essendo di stimolo al confronto e all'uniformazione dei percorsi di studi: allo stato attuale, infatti, i piani di studio si differenziano molto da ateneo ad ateneo ed i livelli di preparazione dei neolaureati non sono equivalenti in tutt'Italia, oltre che cercare di uniformare la preparazione dei giovani medici.

Creando un esame di stato con programma e contenuti codificati unici nazionali, si potrebbe far fronte, se non altro in parte, alla disparità esistenti tra ateneo ed ateneo, uniformando la preparazione dei giovani medici e rendendo più equi i successivi concorsi nazionali.

Inoltre rendere la laurea abilitante eviterebbe il ritardo, quantificabile mediamente in sei mesi, dell'inizio della professione dei neolaureati medici dopo l'ottenimento della laurea.

Proposta di Riforma per l'Accesso alle Scuole di Specialità di Area Medica

L'Osservatorio Giovani Medici della FNOMCeO, per l'accesso alle Scuole di Specialità di Area Medica, in considerazione dell'analisi del numero di medici neo laureati che non riescono ad accedere ai Corsi di formazione specialistica, dei medici neo laureati che non riescono ad accedere ai corsi di formazione specifica in MG, del tasso di abbandono dei corsi formazione specifica in MG (circa il 10-20%), del confronto con i diversi sistemi Europei, propone di cambiare il sistema di concorso attualmente vigente.

Le criticità attuali

Le criticità legate alla programmazione si possono così riassumere:

- scelta di svolgere più percorsi formativi in serie, togliendo la possibilità di accedere a corsi di formazione post laurea a medici neo-laureati senza altri titoli.
- contrazione del numero di borse/contratti in relazione al-

la diminuzione delle risorse disponibili.

- ingresso nel mondo del lavoro non prima dei 33-34 anni.
- disomogeneità nella valutazione dei candidati attraverso la creazione di più graduatorie indipendenti.

Partendo dall'analisi di tali criticità si formula una proposta che vuole essere una proposta quadro (perfettibile) ispirata a principi di trasparenza nella valutazione dei candidati, universalità del diritto ad accedere alla formazione specialistica nella misura in cui solo tale titolo permette di ottenere un ruolo stabile nel Ssn e ottimizzazione dell'investimento di risorse nel sistema formativo.

La data per l'esame di specialità deve coincidere con quella dell'esame per l'ingresso al corso di medicina generale per spingere i candidati a fare una prima scelta chiara rispetto alla propria carriera professionale. Inoltre la data deve essere collocata tutti gli anni sempre nello stesso periodo dell'anno per poter permettere ai medici neolaureati di programmare le tappe del proprio percorso. Si ritiene che in considerazione delle sessioni di laurea (giugno, ottobre, marzo) il periodo migliore sia giugno, con la possibilità d'inizio dei corsi a settembre. Tale considerazione nasce dal fatto che la proposta della laurea abilitante deve costituire un valido presupposto per una corretta calendarizzazione.

L'iscrizione all'esame d'ingresso ai corsi di formazione specifica in medicina generale dovrebbe essere introdotta la possibilità di iscriversi sotto condizione. Considerando la discrepanza tra richieste regionali relative ai fabbisogni di professionisti e l'assegnazione dei contratti MIUR, tenendo conto della riduzione del numero di posti messi a bando, delle specifiche carenze di specialisti, si propone un accorciamento del percorso formativo dai 5-6 anni a 4-5 anni per le scuole di specializzazione. Tale decisione permetterebbe di mantenere pressoché invariato il numero dei contratti nei prossimi anni, recuperando le risorse necessarie dalla non erogazione

*La proposta di
riforma dell'accesso
alla formazione
specialistica*

*Graduatoria
nazionale e
graduatorie regionali*

zione per il V e VI anno. Analogamente anche per il corso di formazione specifica in Medicina Generale il percorso dovrebbe essere accorciato da 3 a 2 anni, se il Medico tirocinante abbia svolto un anno in un centro riconosciuto in cui i medici dispensino cure primarie, con il recupero immediato di un 30% di posti messi a bando. Tali provvedimenti devono prevedere modalità di riconoscimento dei titoli in Europa attraverso accordi tra paesi, per garantire ai giovani professionisti la libera circolazione tra stati membri.

La graduatoria nazionale potrebbe essere strutturata da elenco di binomi (ateneo-specialità) per permettere ai candidati secondo un ordine di precedenza dettato dal punteggio ottenuto a scorrimento il binomio desiderato. Questo infatti permetterebbe al candidato di scegliere oltre che l'ubicazione geografica anche la scuola di specialità con l'indirizzo clinico-pratico più affine alla sua scelta professionale. Al termine dello scorrimento della graduatoria, i candidati che non hanno avuto accesso ai posti messi a bando, accedono ad una graduatoria regionale indicata in precedenza con l'aggiunta nel contratto di apposite clausole che riservino il relativo bando all'interno delle Regioni "di appartenenza", anche se laureati altrove, e a chi giunge da altre zone extraregionali, purché usciti dalle Università presenti nelle regioni di appartenenza. La ratio sta nel fatto che le Regioni dovranno garantire la formazione specialistica dei propri medici, finanziando posti aggiuntivi e favorire la permanenza dei professionisti così formati nelle strutture e negli enti del Sistema sanitario regionale. L'altra clausola dovrà sancire il periodo di permanenza obbligatorio del medico in formazione specialistica a fine percorso formativo. Se un candidato rifiuta il posto ministeriale non può accedere a nessuna graduatoria regionale. Dalla graduatoria regionale, che viene ricostituita secondo gli stessi parametri e criteri della graduatoria nazionale, a scorrimento vengono assegnati i contratti messi a

disposizione dalla relativa regione. Tali contratti dovranno essere della stessa durata e avere le stesse caratteristiche e tutele del contratto dei medici in formazione, ma l'attività formativa potrà esplicarsi in ospedali non universitari presenti sul territorio. Si ritiene altresì che per l'universalità del diritto allo studio la tassa di iscrizione all'esame debba essere unica e non superiore ai 30 euro pro capite.

Per chi non entra nel percorso formativo potrebbero essere previsti attività presso ospedali di insegnamento non universitari dove conseguire il titolo di specialista. Questo sistema comporterebbe un circolo virtuoso di competizione, selezionando le strutture universitarie e non, deputate alla formazione del giovane medico.

È anche in quest'ottica che si potrebbe inserire la riforma "Fazio-Gelmini" che prevedeva la riduzione degli anni di corso delle specialità mediche con recupero di somme da destinare per la creazione di nuovi contratti di formazione specialistica, destinati secondo criteri di seria programmazione (vedi sopra). In considerazione del possibile disagio creato dall'assegnazione di un contratto in altra regione, il medico specialista potrà, dopo l'ottenimento della laurea specialistica, accedere preferenzialmente all'assegnazione di un contratto presso una struttura ospedaliera della propria regione di residenza. Si propone di seguito un metodo di valutazione della formazione, in termini percentuali, delle diverse scuole di Specialità, per dare modo a chi vuole intraprendere il percorso specialistico di valutare a priori le sedi universitarie in cui fare richiesta: Il Test di progressione della Formazione Specialistica, unico a livello nazionale per tipologia di scuola, che può essere sostenuto da tutti gli specializzandi, a prescindere dall'anno di formazione, e va somministrato all'inizio di ogni anno di specialità.

Le sue finalità sono:

a) autovalutazione: per permettere agli specializzandi di iden-

*Test di progressione
della Formazione
Specialistica*

- tificare punti di forza e di debolezza nella preparazione specialistica generale al momento dell'esame, e renderli capaci di mettere a fuoco il proprio programma di studio personale e di indirizzare il futuro apprendimento;
- b) valutazione comparativa della didattica delle scuole di specializzazione;
 - c) indicatore di progressione della formazione globale e nei settori tematici dello specializzando nel tempo di anno in anno;
 - d) feed-back per i Direttori ed i Consigli delle Scuole identificando gli specializzandi con difficoltà nello sviluppare e organizzare le loro conoscenze di base e, dove necessario, fornendo suggerimenti e rimedi agli specializzandi stessi;
 - e) utilizzo dei risultati di diversi anni come misura della qualità della formazione offerta dai programmi delle Scuole;
 - f) creazione di una graduatoria delle Scuole con le migliori performance formative.

La Commissione che genera le domande per i test dovrebbe essere composta da un numero di 7-10 docenti/specialisti/esperti, disposti ad impegnarsi annualmente a generare tra 300 e 400 nuove domande, anche invitando a loro volta esperti nel ramo che possano contribuire in alcuni campi specifici.

Il Coordinatore di ciascuna Commissione è il Referente di Specialità del CUN.

Le domande devono essere a risposta multipla con 5 possibilità ed 1 sola esatta inequivocabilmente, con un tempo medio di risposta di 80 secondi per domanda, nozionistiche per il 30 - 40 % e deduttive per il 70 - 60 % (dal 15% al 25% delle domande dovrebbero contenere "immagini") per essere in grado di valutare l'applicazione di conoscenze, e non il semplice richiamo di singoli dati/informazioni mnemonicamente assunti.

Proposte per il percorso di formazione in Medicina Generale

Rispetto al percorso formativo in Medicina Generale gli ambiti in cui intervenire sono qualità formativa e qualità della didattica, retribuzione e tutela del medico in formazione in MG, riforma del sistema formativo atta a garantire i fabbisogni di professionisti per la sostenibilità del Ssn.

La revisione dei percorsi deve passare necessariamente attraverso una revisione della normativa con la modifica dei decreti attuativi o l'introduzione di altri strumenti normativi più agili che permettano di ridefinire il percorso e rendere il tirocinio più adeguato alle reali necessità formative dei futuri medici di medicina generale e agli obiettivi del corso. Due anni di formazione sul territorio, un semestre di formazione ospedaliera e un percorso integrato con l'università, un'attività di tirocinio completa ed operativa svolta secondo il concetto "dell'imparare facendo" che mettano già direttamente il tirocinante in condizioni di operare autonomamente sul territorio al termine del corso e, secondo quanto previsto dai modelli di integrazione didattica europea ed in conformità con quanto già avviene nella didattica universitaria italiana, l'introduzione dei crediti formativi (CF) quale espressione e misura del processo formativo del Medico di Medicina Generale. Questi aspetti costituiscono una proposta concreta di adeguamento del corso ed in tal senso l'Osservatorio Nazionale sulla Formazione Specifica in Medicina Generale ha già prodotto un documento di indirizzo che dovrebbe essere applicato nelle diverse regioni.

I provvedimenti da considerare per una miglior offerta formativa devono andare nella direzione di una *decentralizzazione della formazione sul territorio*. Lo spostamento dell'attività formativa dall'ambiente ospedaliero al territorio può essere attuata attraverso la frequenza in poliambulatori, strutture e servizi territoriali specialistici come consultori fami-

Offerta formativa e qualità della didattica

liari, studi di pediatria di libera scelta, centri psico-sociali e residenze sanitarie per anziani, in alternativa alla frequenza nei reparti ospedalieri universitari e sale operatorie. Il numero complessivo di borse per la medicina generale e la distribuzione di tali contingenti a livello regionali dovrebbe essere definito rispetto a un attento calcolo che tenga conto del numero di abitanti, della lunghezza delle graduatorie regionali, dei pensionamenti, delle necessità dei nuovi modelli organizzativi che la medicina generale sta adottando via via su tutto il territorio nazionale e delle caratteristiche demografiche della popolazione connessa con l'epidemiologia delle malattie che necessitano di assistenza territoriale per un contenimento della spesa.

L'Osservatorio Ministeriale per la Formazione Specifica in Medicina Generale che ha concluso i lavori il 1 ottobre 2012 ha proposto di inserire un sistema di valutazione dell'impegno formativo tramite Crediti Formativi, in analogia con gli altri percorsi formativi universitari. Durante il CFSMG è prevista una possibilità di assenza di 30 giorni/anno senza necessità di recupero. Dal Ministero attraverso le scuole regionali potrebbe esser data indicazione all'utilizzo di questi 30 giorni, per lo svolgimento di attività lavorative compatibili a cui dovrebbe, in considerazione del loro valore professionalizzante, essere dato riconoscimento ai fini del percorso formativo, tramite l'assegnazione di crediti formativi.

Oltre a permettere un'integrazione economica aggiuntiva della borsa di studio, ciò garantirebbe la partecipazione personale del candidato all'attività professionale e l'assunzione delle connesse all'attività svolta, come già stabilito dal comma 1 art. 27 D.Lgs 368/99.

*Il Core curriculum
nazionale delle
competenze e delle
conoscenze*

Vi è la necessità culturale e formale-organizzativa di redigere un documento che contenga un Core curriculum nazionale delle competenze e delle conoscenze, uniformato ed omogeneo per contenuti, obiettivi e programmazione da ac-

quisire imprescindibilmente per poter diventare Medico di Medicina Generale. Il Ministero in questo senso potrebbe essere promotore nella creazione di spazi per la condivisione e revisione dei programmi e della metodologia didattici, dei contenuti d'insegnamento e delle modalità organizzative del tirocinio, anche alla luce del ruolo sempre più centrale che la Medicina Generale sta assumendo nella gestione della epidemia dilagante delle patologie croniche.

La figura del tutor MMG ha una rilevanza strategica nella formazione del medico tirocinante. Per questo è opportuno che da un lato gli elenchi stabiliti con delibera regionale includano medici di medicina generale che svolgono un lavoro di qualità, che siano motivati nello svolgimento del loro ruolo di 'mentore', e che si orientino verso una Medicina Generale organizzata in gruppo e che tende ad offrire il miglior servizio possibile al paziente sul territorio. Essendo il CFSMG un corso di formazione per adulti professionisti, si ritiene che vi debba essere la possibilità di scegliere il tutor in relazione alle proprie esigenze formative, come già definito e previsto dalla Regione Lombardia. È opportuno che ciascuna scuola regionale elabori e si doti di un sistema di valutazione della didattica; tuttavia è fondamentale che per essere efficace tale sistema fornisca dei feedback sia a discenti che docenti. Ciascuna regione dovrebbe creare una scuola o una struttura deputata alla formazione. All'interno di tali strutture vanno creati Comitati Tecnico Scientifici, come spazi di confronto da tutor, coordinatori e medici in formazione. Ad oggi alcune regioni hanno già istituito organi tecnici cui è affidata la funzione di organizzazione della didattica, solo in alcune è previsto il coinvolgimento dei medici in formazione.

Sarebbe da prevedere una giusta retribuzione o, in alternativa, la possibilità di integrare il corso con attività lavorative professionalizzanti (già previste dalla Legge 158/2012 all'art.1 comma 5) nell'area delle cure primarie, sì da poter

*Retribuzione e tutela
del medico in
formazione specifica
in MG*

confidare su uno stipendio dignitoso a fine mese che permetta di dedicarsi serenamente alla propria formazione e portare avanti, su due binari paralleli, vita privata e vita professionale, senza dover sacrificare l'una a favore all'altra.

Tale proposta è stata avanzata da alcune associazioni di categoria di concerto con la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici al fine di rendere maggiormente professionalizzante il CFSGM e parzialmente di anticipare l'accesso alla professione, per avere oltre che la formazione teorica anche un coinvolgimento in attività lavorative da svolgersi nelle cure primarie che permettano un'assunzione graduale della responsabilità. Appare evidente come sia necessario considerare tali attività lavorative compatibili professionalizzanti (continuità assistenziale, sostituzioni di medico di medicina generale, guardia turistica) parte integrante del percorso formativo che debbano essere orientate e definite all'interno dell'ACN di categoria.

Lo svolgimento di tali attività permetterebbe:

- l'integrazione economica della retribuzione;
- la possibilità di preservare uno spazio di formazione retribuita (attraverso l'attuale borsa) spazio in cui il medico in formazione può dedicarsi esclusivamente alla propria crescita professionale;
- la possibilità di misurarsi con l'attività lavorativa all'interno di un percorso di confronto con i tutor e i colleghi;
- la possibilità di inserimento graduale nell'area professionale delle cure primarie già durante il triennio.

L'adeguamento della borsa di studio a quella dei colleghi in formazione specialistica sarebbe un segnale forte di fiducia e rispetto nei confronti dei professionisti che scelgono la medicina generale come loro professione; tuttavia sembra che le risorse per un adeguamento della borsa non siano disponibili e pertanto devono essere intraprese tutte le azioni politiche atte a permettere l'accesso ad attività compatibili pro-

fessionalizzanti nell'ambito delle cure primarie.

L'importo della borsa di studio pari a 11.603 euro/annui, già soggetto a tassazione IRPEF, è stato adeguato al tasso di inflazione dal ministro Livia Turco nel 2007, da allora non sono più stati previsti adeguamenti e ciò ha comportato una riduzione del potere d'acquisto della retribuzione del medico in formazione al limite della soglia di povertà.

È necessario che siano individuate le risorse necessarie a dare copertura alla rivalutazione della borsa di studio secondo gli adeguamenti ISTAT, per cui la borsa da 966 euro/lordi al mese raggiungerebbe i 13.182,01 euro/lordi mensili.

In molte regioni si verificano ritardi nei pagamenti e rispetto a tale problematica è necessario individuare le cause di tali inadempienze burocratiche per sanare questa situazione di estremo disagio per i medici in formazione:

- anticipazione della pubblicazione delle delibere CIPE così che coincidano con l'inizio del corso;
- eliminazione del regime di rendicontazione cui sono soggette le cifre stanziare per il finanziamento dei CFSMG;
- creazione di fondi regionali in cui far confluire gli importi delle borse di studio non erogate in caso di abbandono (tali fondi potrebbero essere destinati ad agevolazioni per i medici in formazione ex. Fornitura di camici, tariffe ridotte per il parcheggio, buoni pasto per la mensa).

A questo proposito va ricordato che il medico in formazione ha delle spese fisse, tra cui il premio dell'assicurazione obbligatoria.

La normativa, Decreto Ministeriale 7 marzo 2006 all'art 18 stabilisce che "i medici in formazione devono essere coperti da polizza assicurativa per i rischi professionali e gli infortuni connessi all'attività di formazione in base alle condizioni generali stabilite dalla regione. Le relative polizze sono stipulate direttamente dagli interessati o, a scelta del tiroci-

nante, dalla Regione o Provincia autonoma che provvede a detrarre i relativi premi dalla borsa di studio”.

Le Regioni pertanto hanno autonomamente deciso massimali diversi, anche inspiegabilmente molto alti, considerando che il tipo attività svolta non comporta specifiche responsabilità e rischi professionali. Nei casi in cui il medico in formazione svolga attività compatibili deve provvedere alla stipula di una seconda polizza RCP, determinando quindi un secondo onere a proprio carico.

Il Piemonte e la Provincia Autonoma di Trento, non richiedendo massimali e condizioni specifici per la copertura assicurativa delle attività svolte durante il Corso di Formazione, hanno determinato le condizioni favorevoli per l'abbassamento dei premi assicurativi, e nel caso il medico svolga attività di sostituzione di medico di MG o di continuità assistenziale durante il corso la necessità della stipula di un'unica polizza.

Essendo la condizione del medico in formazione assimilabile a lavoratore dipendente, l'onore assicurativo dovrebbe essere a carico dell'ente da cui si dipende, le regioni. Purtroppo questo non avviene.

Si ritiene che una nota ministeriale che suggerisca, sentite le Regioni, un tetto per i massimali assicurativi per le attività del corso a cui adeguare i massimali regionali secondo quanto previsto dall'art.18 DM 7/3/2006, che sia pari a una media dei massimali richiesti dalle varie regioni, potrebbe calmierare il rincaro dei premi assicurativi.

Attualmente durante il periodo di sospensione obbligatoria per maternità, la borsa di studio viene sospesa. L'ente previdenziale di categoria si fa carico dell'indennità per le colleghe che entrano in maternità.

Tuttavia non vi sono tutele o politiche di sostegno per il periodo dell'allattamento (fino a un anno di età del bambino). Infine a fronte di un periodo di sospensione di 5 mesi du-

rante il periodo di sospensione obbligatoria per maternità le colleghe ritardano di 12 mesi l'inserimento in graduatoria regionale, e conseguentemente l'accesso alla professione con notevole penalizzazione nella progressione di carriera.

Si ritiene che una nota ministeriale che specifichi la possibilità di attivazione di periodi corso a tempo parziale, secondo quanto previsto dall'art 12 del DM 7 marzo 2006, con erogazione della borsa in misura proporzionalmente ridotta in caso di gravidanza plurima, maternità anticipata, periodo dell'allattamento (fino a 1 anno di età del bambino) per le colleghe che decidano di farne richiesta. L'attivazione di brevi periodi di corso a tempo parziale 3-6 mesi permetterebbero una ripresa graduale delle attività didattiche e toglierebbero le incompatibilità lavorative, permettendo alle matri-medico di orientarsi verso lavori diurni, con orari flessibili analogamente potrebbe essere prevista la possibilità di attivazione di brevi periodi di corso a tempo parziale anche per i padri fino all'anno d'età del bambino.

La normativa non definisce in modo chiaro i criteri per la determinazione dei contingenti regionali delle borse di studio; all'Art.1 e 2 DM 7/3/2006 viene fatto riferimento a "esigenze regionali e necessità formative evidenziate nella rilevazione dei fabbisogni" e a una determinazione dei contingenti conseguente ad una previsione triennale del fabbisogno, effettuata sulla base delle effettive esigenze, correlate sia al numero degli iscritti alle graduatorie regionali per la medicina convenzionata ancora non occupati, sia alle previsioni dei pensionamenti dei medici in servizio ed alla verifica delle zone carenti e relativi posti disponibili, in base al rapporto ottimale previsto dagli accordi nazionali vigenti.

L'attuale sistema formativo determina un ingresso nel mondo del lavoro non prima dei 32-33 anni, con ritardo di 3-4 anni rispetto alla media europea.

L'efficacia dell'investimento di risorse nel sistema formativo

*Riforma del sistema
formativo per la
sostenibilità del Ssn*

ha una maggior rendita nel tempo tanti più anni di lavoro il pressioni sta formato ha davanti a sé.

Si ritiene che attraverso piccoli accorgimenti sia possibile andare ad eliminare i tempi morti di un percorso formativo troppo lungo, con l'obiettivo di un abbassamento dell'età all'ingresso nella professione, in particolare:

- dovrebbe essere prevista la possibilità di iscrizione all'esame di ingresso al corso sotto condizione di ottenimento dell'abilitazione professionale prima dell'inizio del corso come già previsto dall'art.5 DM 7 marzo 2006 per medici dell'Unione europea;
- dovrebbero essere previsti piani di recupero e sessioni straordinarie di diploma che permettano di non perdere un anno rispetto a interruzioni del corso per malattia superiore ai 40 gg e sospensione obbligatoria per gravidanza (5 mesi), e congiuntamente dovrebbe essere prevista e definita nell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la Medicina Generale l'iscrizione sotto condizione di ottenimento del diploma di medico di medicina generale alle graduatorie regionali per l'ottenimento della convenzione;
- dovrebbero essere previste politiche atte all'inserimento nella professione già durante il corso attraverso il riconoscimento di attività compatibili professionalizzanti ai fini formativi e asce di priorità definite dall'ACN e dagli accordi integrativi regionali per incarichi di sostituzione;
- si potrebbe prevedere l'iscrizione in graduatoria unica regionale, sotto condizione di ottenimento del diploma di medico di medicina generale già dal secondo anno di corso;
- in ottemperanza alla direttiva 2001/19/CE del 14 maggio 2001 e come indicato dall'Osservatorio Nazionale per la Formazione in Medicina Generale si dovrebbe inserire un insegnamento strutturato e omogeneo nei diversi atenei

italiani della Medicina Generale, quale materia di insegnamento obbligatoria, che preveda lezioni teoriche e attività di tirocinio pratiche professionalizzanti, che possa in un secondo momento essere riconosciuto come credito formativo nel CFSMG, utile ai fini dell'accorciamento del percorso di studi;

- ad oggi, sebbene recepita nei regolamenti universitari e tuttavia non ancora uniformemente attuata, la disposizione del DM del 07 marzo 2007, secondo cui è stato disposto di fornire ai laureati della classe LM41 (Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia) una adeguata conoscenza della medicina di famiglia e del territorio anche attraverso esperienze pratiche di formazione sul campo. Quando alla Medicina Generale verrà dato spazio all'interno del corso di laurea in Medicina e Chirurgia al pari delle altre discipline e in maniera uniforme sul territorio nazionale, si renderà necessario un ripensamento dell'accesso alla formazione specifica in medicina generale che costituisce un altro momento di rilevante importanza e che deve tener conto sempre più della scelta vocazionale e delle attitudini al ruolo. Oltre ai criteri fondamentali di trasparenza, equità e profitto, devono essere valorizzate l'attitudine professionale, la partecipazione durante il corso di laurea a esperienze universitarie di tirocinio presso studi di medicina generale, gli aspetti vocazionali e motivazionali verso la medicina generale rilevati anche attraverso prove multidisciplinari in itinere, la tesi di laurea su tematiche peculiari della medicina generale, partecipazione a corsi, convegni e altre attività formative nella stessa disciplina;
- la formazione in medicina generale, infine, deve proseguire il percorso di riconoscimento del titolo specialistico, all'interno del sistema sanitario formativo regionale, considerata la sua identità di corpus cognitivo e le sue pe-

culiarità di tipo clinico assistenziale, con il riconoscimento del proprio percorso formativo integrato tra scuole di formazione regionali e scuole di specialità, anche seguendo l'esempio di quanto accade nella maggior parte dei paesi europei.

BIBLIOGRAFIA

- Avviso 14 febbraio 2013, protocollo n.3188 Calendario delle prove di ammissione ai corsi di laurea e di laurea magistrale programmati a livello nazionale, a.a. 2013-14 e a.a. 2014-15.
- Bandi di per il test di abilitazione
- Bollettino Ufficiale Regione Autonoma della Sardegna suppl al n. 42 parte I e II del 27-09-2012 pag 3
- Bollettino Ufficiale Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia n.40 del 3-10-2012 pag 95
- Bollettino Ufficiale Regione Autonoma Valle d'Aosta n. 43 del 16 - 10 - 2012 pag 3482
- Bollettino Ufficiale Regione Basilicata n.35 del 1-10-2012 parte I pag. 10209
- Bollettino Ufficiale Regione Campania n. 75 del 10-12-2012 parte
- Bollettino Ufficiale Regione Campania n. 76 del 12-12-2011 parte I
- Bollettino Ufficiale Regione Lazio n.54 del 11-10-2012
- Bollettino Ufficiale Regione Liguria n.40 del 3-10-2012 pag 4
- Bollettino Ufficiale Regione Lombardia n. 6 del 6-02-2013 pag 18
- Bollettino Ufficiale Regione Lombardia n. 7 del 15-02-2012 pag 15
- Bollettino Ufficiale Regione Lombardia n.41 del 10-10-2012 pag 22
- Bollettino Ufficiale Regione Piemonte n. 18 del 3-05-2012
- Bollettino Ufficiale Regione Piemonte n.39 del 27/09/2012
- Bollettino Ufficiale Regione Puglia n. 151 del 18-10-2012 pag 34938
- Bollettino Ufficiale Regione Puglia n. 181 del 13-12-2012
- Bollettino Ufficiale Regione Puglia n. 187 del 1-12-2011 pag 34900
- Bollettino Ufficiale Regione Toscana n.41 del 10.10.2012 pag 7
- Bollettino Ufficiale Regione Umbria parte III n. 40 del 2-10-2012 pag 896
- Bollettino Ufficiale Regione Veneto n. 10 del 25-1-2013 pag 66
- Bollettino Ufficiale Regione Veneto n. 86 del 19 ottobre 2012 pag 18
- CED-FNOMCEO 2012
- Censimento 2007 – ISTAT
- Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome
di Trento e Bolzano. Rep n. 45/CSR del 25 marzo 2009
- Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome
di Trento e Bolzano. Rep n. 60/CSR del 15 marzo 2012
- Conte FNOMCeO. Laurea abilitante. Maggio 2012

- Decreto 19 ottobre 2001, n.445. Regolamento concernente gli esami di Stato di abilitazione all'esercizio della professione di medico-chirurgo. Modifica al decreto
- Decreto 22 ottobre 2004, n.270. Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, approvato con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509.
- Decreto 3 novembre 1999, n.509. Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei.
- Decreto Interministeriale 2 aprile 2001 (Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 6 maggio 2001 n. 128 - supplemento ordinario n. 136). Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie.
- Decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 modificato. (Attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e delle direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CEE).
- Decreto Legislativo 21 dicembre 1999, n.517. Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale e università, a norma dell'articolo 6 della legge 30 novembre 1998, n. 419.
- Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 42.
- Decreto Ministeriale 24 aprile 2013 n. 333. Assegnazione contratti di formazione specialistica a.a. 2012/2013.
- Decreto Ministeriale 24 aprile 2013 n. 334 Modalità e contenuti delle prove di ammissione ai corsi di laurea ad accesso programmato a livello nazionale a.a. 2013/2014.
- Decreto Ministeriale 28 novembre 2000 riguardante la "Determinazione delle classi delle lauree specialistiche", classe ministeriale 46/s.
- Decreto Ministeriale del MIUR 2 agosto 1999, n. 264.
- Decreto Ministeriale del MIUR del 30 giugno 2014, n.105. "Regolamento concernente le modalità per l'ammissione dei medici alle scuole di specializzazione in medicina ai sensi dell'art.36 comma 1 del Decreto Legislativo 368/99".
- Deutscher Akademischer Austausch Dienst DAAD Rom Journal of medicine and the person "la formazione specialistica in Germania".
- Direttiva 75/363/CEE del Consiglio, del 16 giugno 1975, concernente il coordinamento delle disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative per le attività di medico.

- Documento de Ambasciata della Repubblica Federale Roma aggiornata al 2013 “specializzazione medica in Germania”.
- Documento sulle Problematiche del Percorso di Formazione in Medicina Generale FIMMG Formazione giugno 2013
- Finnish medical association
- FMH swiss medical association.
- Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n 131 del 7-6-2012 pag 34
- Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n 154 del 4-7-2012 pag 14
- Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n 228 del 30-9-2011 pag 35
- Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n 83 del 11-4-2011 pag 65
- Gazzetta Ufficiale n. 258 del 5-11-2005- Suppl. Ordinario n.176. Riassetto delle Scuole di specializzazione di area sanitaria.
- Gazzetta Ufficiale Regione Sicilia n.18 del 26 ottobre 2012 pag 13
- http://accessoprogrammato.miur.it/2012/ME_HP.html e seguenti
- <http://attiministeriali.miur.it/anno-2013/aprile/dm-24042013.aspx> e simili
- [http://attiministeriali.miur.it/anno-2013/aprile/nota-03042013-\(2\).aspx](http://attiministeriali.miur.it/anno-2013/aprile/nota-03042013-(2).aspx)
- http://en.istat.it/lavoro/unilav/prima_parte.pdf
- <http://esame.miur.it/>
- <http://guides.library.utoronto.ca/content.php?pid=200886&sid=1687200>
- <http://hubmiur.pubblica.istruzione.it/web/universita/accesso-corsi-a-numero-programmato>
- http://outcomes.stat.unipd.it/sites/outcomes.stat.unipd.it/files/1_abb_vol7.pdf
- http://torino.repubblica.it/cronaca/2013/03/06/news/vado_a_lavorare_in_germania_ecco_i_giovani_pronti_a_emigrare-53950642/
- <http://www.bolognaprocess.it>
- <http://www.bur.it>
- <http://www.campus.rieti.it/jw/news/attualita/5803-rapporto-laurea-di-soccupazione-e-abbandono-universitario.html>
- <http://www.cng.sante.fr/Examen-classant-national-donnant,393.html>
- http://www.corriere.it/cronache/09_luglio_16/medici_bologna_e8bbb4b8-7250-11de-87a4-00144f02aabc.shtml
- http://www.dh.gov.uk/PublicationsAndStatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/PublicationsPolicyAndGuidanceArticle/fs/en?CONTENT_ID=4006614&chk=KINOTD
- <http://www.gmc-uk.org/doctors/plab.asp>

- <http://www.lastampa.it/2012/05/30/italia/cronache/giovani-la-grande-fuga-dall-italiadiecimila-all-estero-per-trovare-lavoro-7d6zVdDb7PE4Azc3DovKpM/pagina.htm>
- http://www.lg2g.info/index.php?option=com_content&catid=172&id=1475&lang=en&view=article
- <http://www.med.unich.it>
- <http://www.medicina.unina.it>
- <http://www.medicina.unipd.it>
- <http://www.medinews.it/news,11199> (Articolo FNOMCeO)
- <http://www.miur.it>
- <http://www.msc.es/> (Spagna)
- <http://www.nhscareers.nhs.uk/nacpme/nacpme-faq.doc>
- <http://www.remede.org>
- <http://www.statoregioni.it>
- <http://www.uniba.it>
- <http://www.unibs.it>
- <http://www.unicampus.it>
- <http://www.unicz.it>
- <http://www.unimi.it>
- <http://www.unipa.it>
- <http://www.unipd.it>
- <http://www.unipg.it>
- <http://www.unisi.it>
- <http://www.uniss.it>
- <http://www.uniud.it>
- <http://www.usmle.org/>
- <https://www.med.unipmn.it>
- L'abbandono degli studi universitari. Bruno Chiandotto, Caterina Giusti. Dipartimento di Statistica "G. Parenti" - Università degli Studi di Firenze
- Legge 19 novembre 1990, n.341 "Riforma degli ordinamenti didattici universitari."
- Nota 3 aprile 2013, protocollo n.7935. Scuole di specializzazione mediche a.a. 2012/2013 (indicazioni per l'ammissione di medici stranieri alle scuole di specializzazione mediche nell'anno accademico 2012/2013)
- Portal oficial da Ordem dos Medicos.
- PPT "Il riordino delle scuole di specializzazione dell'Area Sanitaria" 06/07/10, a cura del servizio formazione post-lauream; Maria Zanato (PD).
- Provincia Autonoma di Trento. Verbale di Deliberazione della Giunta Provinciale Reg.delib.n. 2074 Prot. n. U192

- Regione del Veneto. Giunta Regionale Allegato A al Decreto n. 182 del 03/10/2012 _
- Regione Emilia Romagna Determina del Responsabile del Servizio n. 12562 del 05.10.2012
- Regione Liguria. Determinazione Dirigenziale n. 72 del 22-1-2013
- Regione Marche. Decreto del Dirigente della P.F. Risorse Umane del SSR n. 10/SSR del 18/09/2012
- Registro dei Decreti dei Dirigenti della Regione Calabria n° 14439 del 12-10-2012
- Relazione fabbisogno fnomceo
- Report del Ministero della Salute- Il personale del sistema sanitario nazionale anno 2011
- RGS registration committee medical specialist registration in Netherlands (Royal Dutch medical Society)
- Statistica MIUR (<http://statistica.miur.it>)
- Ufficio statistico MIUR

LA PROFESSIONE

MEDICINA, SCIENZA, ETICA E SOCIETÀ

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

ANNO XVI • NUMERO II - MMXV

Presidente

Amedeo Bianco

Direttore responsabile

Eva Antoniotti

Gruppo di lavoro "Area della comunicazione"

Cosimo Nume (coordinatore, presidente Omceo Taranto)

Nicolino D'Autilia (referente C.C., presidente Omceo Modena)

Giancarlo Aulizio (consigliere Omceo Forlì Cesena)

Anna Rita Ecca (consigliere Omceo Cagliari)

Fausto Fiorile (consigliere Omceo Trento)

Bartolomeo Griffa (consigliere Cao Torino)

Alessandro Innocenti (presidente Omceo Sondrio)

Santo Monastra (consigliere Omceo Napoli)



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

Chiuso in redazione nel mese di marzo 2015

Finito di stampare nel mese di aprile 2015 con i tipi e gli impianti della
Cartostampa Chiandetti - Reana del Rojale (UD)

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

FNOMCEO

Centro elaborazione dati

Piazza Cola di Rienzo 80/A,

00192 Roma