

d!

d!rigenza medica

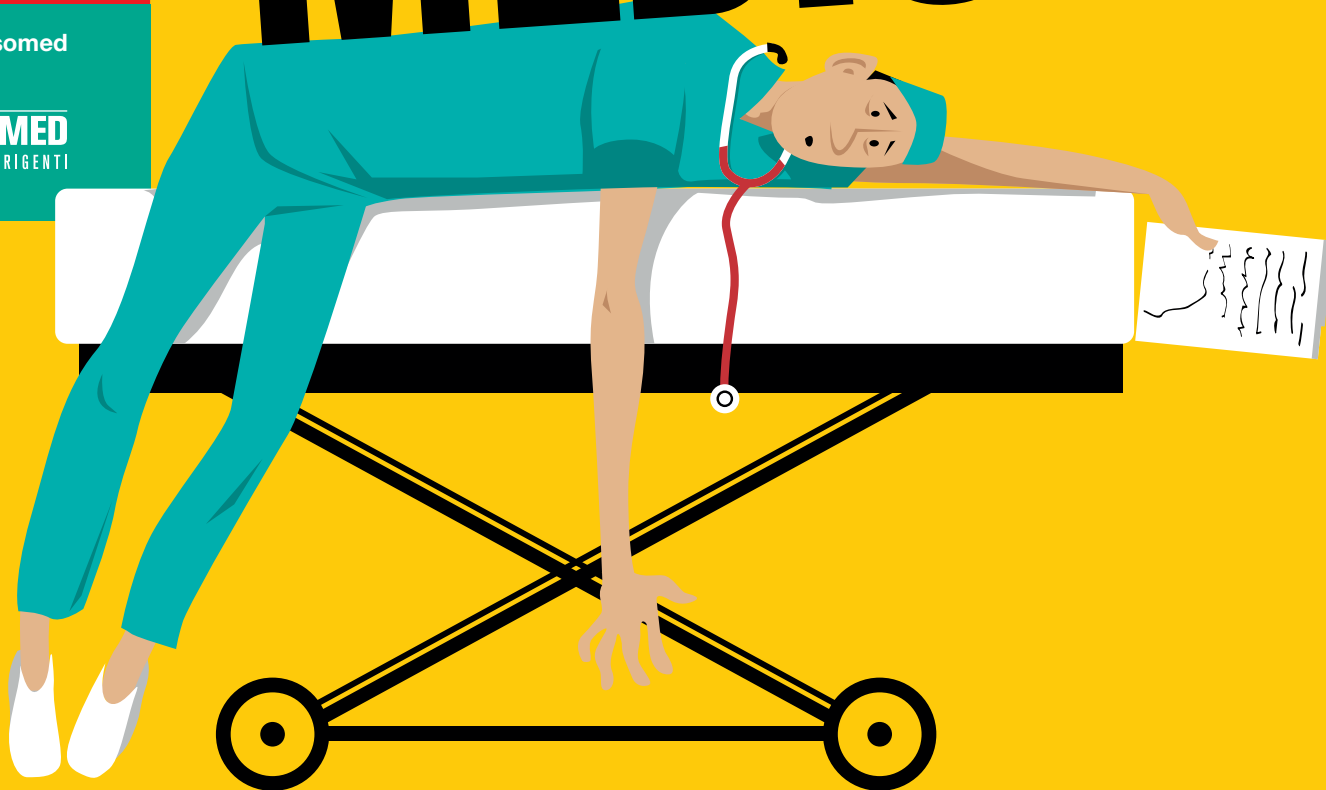
10 Anaaio Giovani
La crisi dell'area
dell'emergenza-urgenza

15 Regioni
Le diversità di genere nel
Sistema sanitario Toscano

Il mensile dell'Anaaio Assomed



CHE FATICA ESSERE MEDICI!



Le testimonianze di chi è rimasto e di chi se n'è andato.

**Dal qui al 2025 mancheranno
almeno 16.500 specialisti.
Lo studio Anaaio**

Pat Carra per l'Anaa Assomed



Guarda tutte le vignette nel video Anaa Web TV



Apri il lettore QR code del tuo dispositivo e inquadra il codice con il display per leggerne il contenuto.

IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

d!rigenza medica

Sede di Roma:
Via San Martino della Battaglia, 31
Tel. 06.4245741
Fax 06.48.90.35.23

Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27

dirigenza.medica@anaao.it
www.anaao.it

Direttore
Carlo Palermo

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

Comitato di redazione:

Claudio Aurigemma
Giorgio Cavallero
Pierino Di Silverio
Fabio Florianello
Gabriele Gallone
Filippo Gianfelice
Domenico Iscaro
Elisabetta Lombardo
Cosimo Nocera
Anita Parmeggiani
Alberto Spanò
Anna Tomezzoli
Costantino Troise
Bruno Zuccarelli

Coordinamento redazionale

Ester Maragò

Progetto grafico e impaginazione



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Editore

Edizioni Health Communication
Via Vittore Carpaccio 18
00147 Roma
Tel. 06.59.44.61
Fax 06.59.44.62.28

Stampa

STRpress, Pomezia (Rm)
Registrazione al Tribunale
di Milano n.182/2002
del 25.3.2002.

Poste Italiane S.p.A.
Spedizione in Abbonamento
Postale - 70% - DCB Roma

Diritto alla riservatezza:
"Dirigenza Medica" garantisce
la massima riservatezza dei dati
forniti dagli abbonati nel rispetto
della legge 675/96

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare
nel mese di aprile 2019

e!

editoriale

ALLARME CARENZA SPECIALISTI

Da qui al 2025 ne mancheranno
almeno **16.500**

L'analisi sulla "Programmazione del fabbisogno di personale medico regionale, proiezioni per il periodo 2018-2025: curve di pensionamento e fabbisogni specialistici nelle singole Regioni italiane" che abbiamo realizzato, come le tante precedenti che oramai da anni Anaao Assomed diffonde, dimostra come sia urgente affrontare il problema della carenza di specialisti. Recenti dati Eurostat evidenziano che in Italia negli ospedali nel 2016 operavano circa 213 medici ogni 100mila abitanti, mentre in Francia erano 264, in Germania 237 e in Spagna 227. Senza interventi in Italia nel 2025 si rischia di passare a 181 medici ogni 100mila abitanti.

La carenza è già oggi evidente nei concorsi deserti, nel ricorso ai cosiddetti "medici a gettone", nella chiusura di servizi sanitari.

Gli organici ridotti obbligano i medici a turni gravosi, surplus di orario, ferie non godute e in questa situazione di disagio crescente, la pensione diventa sempre più un traguardo agognato. Così "Quota 100", nonostante le penalizzazioni che prevede, potrebbe apparire come un'opportunità allettante, anche per chi ha sempre vissuto la professione con passione e ragione di realizzazione personale.

Ecco che in questa spirale perversa le carenze andranno ad amplificarsi, mentre i nuovi specialisti saranno formati tra diversi anni.

I gravi errori nella programmazione della formazione specialistica, che si protraggono da anni, li pagano, e li pagheranno ancor più nei prossimi anni, i professionisti e soprattutto i pazienti.

Diventa urgente trovare delle soluzioni. Razionali perché basate su un preciso calcolo dei fabbisogni, utili perché temporalmente corrispondenti alle necessità. Aumentare oggi gli ingressi alla scuola di Medicina e Chirurgia rappresenta una scelta irrazionale e lontana dalla realtà, oltre che uno spreco di risorse pubbliche. Gli attuali studenti sarebbero disponibili per il mondo del lavoro solo tra 11 o 12 anni, dal 2030 in poi, quando la curva dei pensionamenti sarà in forte calo e le necessità di specialisti per coprire il turnover ridotte di oltre il 50%. Ciò che serve oggi è pertanto incrementare i contratti di formazione specialistica portandoli a 10mila all'anno, recuperare tutti i contratti persi o mai assegnati dal Miur, nonostante i finanziamenti, favorendo il riassorbimento dell'imbutto formativo che vede circa 10mila medici in attesa di uno sbocco formativo, infine avviare rapidamente una vigorosa campagna di assunzioni nel Ssn, eliminando ogni anacronistico vincolo di spesa, semplificando le procedure concorsuali, prolungando la validità delle graduatorie e permettendo, nel caso di carenza di partecipanti ai concorsi, una entrata al lavoro anticipata agli specializzandi dell'ultimo anno.

È in gioco il nostro sistema sanitario e le poche risorse che abbiamo a disposizione non possono essere sprecate per incompetenza o per scelte demagogiche.

MATTEO D'ARIENZO
Consiglio Direttivo Cosmed,
Delegato Anaao Assomed

FABIO RAGAZZO
Direttivo Nazionale
Anaao Giovani

ANDREA ROSSI
Vice Segretario Regionale
Anaao Assomed Veneto

CHIARA RIVETTI
Segretario Regionale
Anaao Assomed Piemonte

ELENA MARCANTE
Medico in formazione
specialistica in Igiene
e Sanità pubblica - Università
degli studi di Padova

DOMENICO MONTEMURRO
Medico esperto di
programmazione sanitaria

CARLO PALERMO
Segretario Nazionale
Anaao Assomed

PREMESSA

I Medici dipendenti del Ssn oggi vanno in quiescenza con una anzianità in media intorno ai 65 anni di età. Nel 2018 è iniziata l'uscita dal sistema dei nati nell'anno 1953 (circa 7mila medici). Nel triennio 2019-2021, che interesserà secondo le regole "Fornero" essenzialmente i nati dal 1954 al 1956, sono previste uscite tra 6mila e 7mila medici l'anno, per un totale di circa 20mila unità.

Con la "Quota 100", in vigenza sempre tra il 2019 e il 2021, si acquisisce il diritto ad un pensionamento anticipato a 62 anni di età, visto che la grande maggioranza dei medici ha effettuato il riscatto degli anni di laurea e di specializzazione per il basso costo previsto tra la fine degli anni 70' e l'inizio degli 80' e sono in possesso del requisito dei 38 anni di contribuzione previdenziale. Quindi nel 2019, con l'anticipo di tre coorti, potrebbero lasciare i nati fino all'anno 1957, mentre quelli nati nel 1958 e 1959 raggiungeranno i 62 anni tra il 2020 e il 2021. L'anticipo potrebbe interessare nel triennio 2019/2021 altri 17mila / 18mila medici, per un totale di pensionamenti possibili di 38mila. È verosimile, comunque, che le quiescenze siano ridotte per le penalizzazioni che l'adesione alla "Quota 100" comporta: riduzione dell'assegno pensionistico, limitazione della libera professione e divieto del cumulo previdenziale. In definitiva, noi stimiamo che l'uscita per "Quota 100" sia limitata al 25%, in pratica circa 4.500 medici dei 18mila che acquisiranno il diritto. Anche i recenti dati Inps sembrano confermare tale previsione. Dal 2022, in base alle dichiarazioni di autorevoli esponenti dell'attuale Governo, dovrebbe entrare in vigore una ulteriore riforma pensionistica con la cosiddetta "Quota 41", riferita agli anni di contribuzione da raggiungere per ottenere la quiescenza, che prevede rispetto alla "Fornero", tutt'ora in vigore, una riduzione di contribuzione di 1 anno e 10 mesi per i maschi e 10 mesi per le donne.

Come già rilevato nel precedente studio, pubblicato il 7 gennaio 2019, tra il 2018 e il 2025 dei circa 105.000 medici specialisti attualmente impiegati nella sanità pubblica ne potrebbero andare in pensione circa la metà: 52.500. Un esodo biblico che richiede interventi immediati e fortemente innovativi per attenuarne le conseguenze sulla quan-

Studio **Anaao Assomed**

La mappa delle carenze di medici specialisti Regione per Regione

La carenza di personale medico nelle corsie ospedaliere e nei servizi territoriali rischia di subire una ulteriore brusca accelerazione con l'introduzione della "Quota 100" prevista nella Legge di Bilancio 2019 e in via di definizione con il cosiddetto "Decretono", con l'obiettivo politico del superamento dell'articolo 24 del DL n. 201 del 6 dicembre del 2011, la cosiddetta "Riforma Fornero".

tità e qualità dei servizi erogati ai cittadini. Del resto siamo di fronte ad una popolazione di professionisti particolarmente invecchiata a causa del blocco del turnover. Secondo i dati diffusi da Eurostat, l'Italia ha i medici più vecchi d'Europa con il 54% del totale che ha una età superiore a 55 anni. In un precedente lavoro (Anaao, 2016) avevamo evidenziato come la popolazione dei medici dipendenti del Ssn con età maggiore a 50 anni fosse nel 2015 addirittura il 68% del totale.

I nostri dati mostrano che non basteranno i neo specialisti a sostituire i quie-

scenti, per colpa dell'errata programmazione delle borse di specialità perpetrata negli anni passati, ma soprattutto è a rischio la qualità generale del sistema perché la velocità dei processi in atto non concederà il tempo necessario per il **trasferimento di conoscenze** dai medici più anziani a quelli con meno esperienza alle spalle. Si tratta, infatti, di competenze cliniche e capacità tecniche che richiedono tempo e un periodo di passaggio di esperienze tra diverse generazioni professionali per essere trasferite correttamente.

STIMA DELLA CARENZA DI SPECIALISTI PER SINGOLA SPECIALITÀ: PROIEZIONE AL 2025

Nel precedente studio abbiamo affrontato la carenza di specialisti a livello nazionale. Con l'attuale cerchiamo di fornire una stima di quanto impatterà quest'esodo di medici dipendenti del SSN, legato anche al pensionamento anticipato, sulle diverse specialità nelle diverse regioni italiane. Abbiamo calcolato una stima, incrociando la proiezione del numero di specialisti uscenti dalle Scuole universitarie nel periodo 2018/2025, con la previsione dei possibili pensionamenti di specialisti attivi nel Ssn nelle re-

gioni italiane. Dei circa 53mila contratti di formazione finanziati, abbiamo previsto che circa il 10%, quindi 5mila contratti, vengano perduti per rinuncia, trasferimenti di sede o cambiamento di Scuola di specializzazione nel periodo considerato (Associazione Liberi Specializzandi, 2019). Dato estremamente preoccupante, al limite dello spreco, considerata la carenza di specialisti che

ci attende. In aggiunta, abbiamo stimato che solo il 75% degli specialisti formati scelga di lavorare per il Ssn, optando nel 25% dei casi per altre attività lavorative (fonte: rapporto Fiaso 2018), come l'attività nel privato, sia in regime libero professionale che di dipendenza, la specialistica ambulatoriale in convenzione, la carriera universitaria, l'emigrazione verso paesi europei ed extraeuropei.

Proiettando al 2025 il numero di contratti di formazione specialistica previsti dal 2013/2014 al 2020/2021 (contratti di formazione specialistica Miur + contratti regionali), considerato il numero totale di dirigenti medici attivi presenti nella rete assistenziale delle singole regioni, abbiamo stimato i pensionamenti regionali per ogni branca specialistica da qui al 2025 (fonte: Cat 2017, Istat 2017, Cogeaps 2017), ipotizzando una uscita dal sistema intorno al 50%.

In sintesi abbiamo confrontato, per le principali specialità, i **flussi pensionistici nel Ssn in un periodo di 8 anni (2018/2025), con le capacità formative post laurea** nello stesso periodo di riferimento.

Abbiamo poi confrontato i fabbisogni di specialisti dichiarati dalle regioni con le carenze per pensionamento da noi stimate.

Si precisa che i numeri elencati non tengono conto delle carenze odierne, circa 10.000 medici al 2018, già drammaticamente rilevanti in alcune specializzazioni e regioni italiane.

“**Abbiamo confrontato, per le principali specialità, i flussi pensionistici nel Ssn in un periodo di 8 anni (2018/2025), con le capacità formative post laurea nello stesso periodo di riferimento**”

Per la stima del fabbisogno specialistico regionale nell'arco di 8 anni, si è proceduto a eseguire una media annuale del triennio 2018-2020 moltiplicandolo per 8 anni. Si ricorda che la formazione *post lauream* ha una durata di 4-5 anni, pertanto gli specialisti che si formano in un determinato anno sono espressione di un fabbisogno e di una disponibilità di contratti specialistici di 4-5 anni prima. Si consideri che le regioni hanno già espresso il loro fabbisogno fino al 2020. Si tratta di stime numeriche che esprimono un fenomeno, dandone una descrizione attraverso l'analisi della differenza tra fabbisogni espressi dalle regioni e contratti effettivamente assegnati dal MIUR.

VENETO

In Veneto, con i pensionamenti previsti con la Legge Fornero e la “Quota 100”, nel 2025 avremo un **ammancio netto di 501 medici**. Le carenze principali riguarderanno i pediatri con 227 specialisti mancanti, i medici dell'emergenza urgenza con 184, medicina interna con 92 e radiologia con 67.

I fabbisogni stimati dalla regione Veneto per il periodo 2018-2025 sono inferiori per tutte le specializzazioni rispetto alla stima dei fabbisogni da noi effettuata. Infatti, la regione richiede 4512 specialisti in 8 anni, il Miur (e la regione stessa con i contratti regionali) ne mette a bando 4927, con una differenza di 415 contratti. In particolare questa sottostima della regione avviene per anestesia e rianimazione (saldo -96), ginecologia e ostetricia (saldo -85) e medicina d'emergenza-urgenza (saldo -78). Appare quantomeno curiosa, invece, la richiesta ingente di igienisti, non giustificata dai fabbisogni: il Veneto richiede 40 contratti di igiene e medicina preventiva all'anno, più di medicina interna (35) e medicina d'emergenza-urgenza (20). Se tale fabbisogno fosse “soddisfatto” dal Miur, ci sarebbe un surplus di 174 specialisti in igiene nel 2025, senza una contestuale spiegazione sulle riorganizzazioni della sanità regionale.

Appare lungimirante il finanziamento regionale di alcuni contratti aggiuntivi di formazione specialistica nelle branche più in carenza: ad esempio l'anestesia e rianimazione, con ben 17 borse aggiuntive all'anno a finanziamento regionale. Nel 2025 il deficit stimato di specialisti sarà limitato in 32 unità e pertanto la carenza sarà meno importante che in altre regioni italiane. Appaiono comunque inspiegabili, se non contestualizzate in indirizzi strategici, alcune scelte di contratti aggiuntivi in specializzazioni che non solo non saranno in deficit, ma che addirittura saranno in surplus: è il caso dell'oncolo-

gia medica (5 borse aggiuntive regionali/anno, 24 specialisti stimati in surplus al 2025) e della cardiocirurgia (3 borse aggiuntive regionali/anno, 31 specialisti stimati in surplus al 2025).

EMILIA ROMAGNA

In Emilia Romagna, secondo le nostre stime, è previsto un **ammancio netto di 597 medici** al 2025. Le carenze principali riguarderanno la cardiologia, con un ammanco di 145 unità, la pediatria con 95, la psichiatria con 93, la radiodiagnostica con 91, la medicina dell'emergenza e urgenza con 76 e la medicina interna con ben 238 medici.

In generale il fabbisogno dichiarato dalla regione per il periodo 2018-2025 appare sottostimato in valore assoluto e pare congruo solo per alcune specialità, infatti sembra inadeguato per la medicina interna (422 pensionamenti a fronte di un fabbisogno espresso di 280 unità), e pediatria (fabbisogno di 512 medici contro 492 pensionamenti, ricordando che almeno il 25% degli specialisti sceglie di non lavorare per il Ssn).

È senz'altro lodevole lo sforzo della regione di finanziare contratti aggiuntivi nelle specialità con rischio di deficit al 2025. Infatti, grazie al suo intervento di 38 borse regionali aggiuntive/anno, l'anestesia e rianimazione non solo non sarà in negativo come la maggior parte delle regioni, ma addirittura in surplus di 83 specialisti, fatto non giustificato da un contestuale indirizzo sulle riorganizzazioni della sanità regionale; stesso discorso per la medicina d'emergenza-urgenza (25 borse aggiuntive/anno), il cui deficit sarà di “soli” 76 specialisti al 2025, e la pediatria (26 borse aggiuntive/anno), con deficit attenuato a 95 specialisti al 2025.

LOMBARDIA

In Lombardia, secondo le nostre stime, è previsto un **ammancio netto di 1921 medici**. Le carenze principali riguarderanno pediatria con 510 unità, anestesia e rianimazione con un ammanco di 315 unità, la chirurgia generale con 159, la psichiatria con 165, la medicina dell'emergenza e urgenza con 177, igiene e medicina preventiva con 127 e la medicina interna con ben 377 medici.

In generale il fabbisogno dichiarato dalla regione (1660 specialisti/anno), il più elevato d'Italia, appare più alto rispetto al fabbisogno reale per tutte le specialità, infatti i fabbisogni dichiarati sono maggiori rispetto ai pensionamenti previsti. Tale scostamento potrebbe essere giustificato dalla massiccia presenza del privato in questa regione, che richiede specialisti al pari del Ssn. La regione appare poco propensa



“ I nostri dati mostrano che non basteranno i neo specialisti a sostituire i quiescenti, per colpa dell’errata programmazione delle borse di specialità perpetrata negli anni passati, ma soprattutto è a rischio la qualità generale del sistema perché la velocità dei processi in atto non concederà il tempo necessario per il trasferimento di conoscenze dai medici più anziani a quelli con meno esperienza alle spalle

al finanziamento di contratti aggiuntivi: infatti, a differenza di Emilia Romagna (100 borse aggiuntive/anno) e Veneto (90 borse aggiuntive/anno), nonostante un più alto numero di abitanti regionali, il finanziamento è limitato a 53 contratti all’anno.

LAZIO

Il Lazio è l’unica regione italiana che nel nostro studio non presenterà deficit totale di specialisti. Infatti, considerando tutte le specialità, al 2025 avrà un surplus netto di 905 specialisti, senza una contestuale spiegazione sulle riorganizzazioni della sanità regionale. Ci saranno comunque carenze nelle singole branche, che riguarderanno la medicina dell’emergenza urgenza con 544 specialisti, più contenute per medicina interna, 40 unità, patologia clinica e biochimica clinica 53 unità, pediatria, 42 unità, e psichiatria, 48 unità. Il fabbisogno espresso dalla regione sembra gravemente errato per difetto (richiede solo 345 contratti/anno, ma ne servirebbero più del doppio), così come appare scarsamente razionale la gestione dei contratti da parte del Miur. Riguardo al fabbisogno regionale, se il Miur seguisse le indicazioni della regione Lazio, si creerebbe un deficit al 2025 nelle branche, oltre a quelle già riportate sopra, di anestesia e rianimazione (212 unità mancanti), chirurgia generale (293), cardiologia (119), medicina interna (250).

D’altro canto, il Miur finanzia talmente tanti contratti in questa regione da creare surplus importanti come in geriatria (127 specialisti in più rispetto al fabbisogno), cardiologia (+120), fisioterapia (+183 unità), neurologia (+104), neuropsichiatria infantile (+81), radioterapia (+109). Se si mettono a confronto tali surplus con il grave deficit in medicina d’emergenza-urgenza, appare chiaro come tali scelte siano gravi e apparentemente immotivate.

Per ultimo, la regione Lazio non finanzia neppure un contratto regionale, quando invece sarebbe utile aiutare le poche branche specialistiche in difficoltà.

TOSCANA

In Toscana, nel periodo 2018-2025 il bilancio tra neo specialisti e medici in uscita dal Ssr sarà **negativo di 1.793 unità**. Le carenze principali riguarderanno medicina d’emergenza ed urgenza con 344 medici, cardiologia con 99, ginecologia ed ostetricia con 96, chirurgia generale con 104, anestesia e rianimazione con 160, medicina interna con 202, ortopedia con 82, pediatria con 329, radiodiagnostica con 127 medici.

Da un confronto tra fabbisogni dichiarati dalla regione e previsione di medici in pensionamento nel periodo 2018-2025, appare sottostimata la richiesta di specialisti nelle branche di anestesia e rianimazione (-105), chirurgia gene-

rale (-86), ginecologia e ostetricia (-86), medicina d’emergenza-urgenza (-344), medicina interna (-119), pediatria (-89), radiodiagnostica (-89); appare invece sovrastimata la richiesta nelle branche di ematologia (+31), geriatria (+65) e igiene (+85). Non sembra dunque che la regione Toscana esprima un’ottimale fabbisogno di medici specialisti, anche considerando il numero assoluto, che se fosse esaudito dal Miur, porterebbe comunque a un ammanco di 1195 medici specialisti al 2025. È apprezzabile il finanziamento di 25 contratti regionali/anno nelle branche più in sofferenza, anche se a confronto con alcune regioni del Nord, la Toscana potrebbe fare di più.

CAMPANIA

Per la Campania, il saldo tra neospecialisti e medici in uscita dal Ssr entro il 2025 è **negativo di 1090 unità**. Le carenze maggiori riguardano l’emergenza/urgenza con 800 medici, pediatria con 278, chirurgia generale con 129, medicina interna con 119, ortopedia con 98, cardiologia con 69 e anestesia con 43 medici. Anche in Campania, così come in Lombardia, il fabbisogno dichiarato dalla regione è maggiore rispetto al fabbisogno reale fino al 2025 in quasi tutte le specialità, tanto da sembrare ingiustificato soprattutto in alcune branche come anestesia e rianimazione (surplus stimato di 321 medici al 2025), chirurgia generale (+138), geriatria (+242), fisioterapia (+129), oncologia (+132), radiodiagnostica (+288), radioterapia (+165). Come nel Lazio, nei fabbisogni c’è una grave sottostima del deficit di medici dell’emergenza-urgenza e dei pediatri. Appare privo di senso il finanziamento di contratti specialistici regionali aggiuntivi a “pioggia” in branche che non solo non saranno in deficit, ma addirittura saranno in surplus di specialisti, come la chirurgia plastica (6 contratti/anno), endocrinologia e medicina legale (3 contratti/anno cadauno), gastroenterologia (4 contratti/anno), fisioterapia, medicina legale e medicina nucleare (2 contratti/anno cadauno). Nonostante sia la regione che in Italia finanzia più contratti aggiuntivi (105), tale sforzo appare quantomeno inutile ai fini del ripianamento del deficit di specialisti nelle branche più in sofferenza.

D’altro canto, suscita una certa impressione confrontare i numeri di contratti MIUR per specialità: medicina d’emergenza-urgenza, branca che andrà in gravissima sofferenza, ha 10 contratti statali/anno, ma viene superata da specializzazioni come fisioterapia (12) e radioterapia (12), in questa regione entrambe in surplus di specialisti al

TOSCANA

-344
emergenza/
urgenza

-329
pediatria

-202
medicina interna

-160
anestesia

-127
radiodiagnostica

-104
chirurgia generale

-99
cardiologia

-96
ginecologia

-82
ortopedia

2025. Intervengono logiche autoreferenziali più che di sistema?

PIEMONTE

In Piemonte il saldo **negativo è di 2004 medici**, con carenze maggiori per medicina emergenza ed urgenza, 194 medici, anestesia e rianimazione, 213 medici, medicina interna, 154 medici, chirurgia generale con 148 medici, pediatria 274 medici, neurologia, 72 medici ed ortopedia 73 medici.

Da un confronto tra fabbisogni dichiarati dalla regione e previsione di medici in pensionamento nel periodo 2018-2025, si evince come il Piemonte esprima un fabbisogno che si avvicina molto al fabbisogno reale, a parte alcune eccezioni come la cardiologia (deficit di 40 medici al 2025), nefrologia (deficit di 47 medici), neurologia (deficit di 40 medici) e pediatria (surplus di 102 medici).

È purtroppo limitato a 10 contratti/anno il finanziamento regionale per la formazione specialistica, spalmato nelle branche più in sofferenza.

PUGLIA

In Puglia andranno in pensione 3.292 medici a fronte di 2.422 neo specialisti con un **ammanco di 1.686** negli ospedali e nei servizi del SSR. Le principali carenze riguarderanno la medicina d'emergenza e urgenza con 498 medici, cardiologia con 104 medici, chirurgia generale con 97 medici, anestesia con 93, ginecologia con 73, medicina interna con 78, ortopedia con 64, pediatria con 216 e radiodiagnostica con 77. Da un confronto tra fabbisogni dichiarati dalla regione e previsione di medici in pensionamento nel periodo 2018-2025, si evince come la regione Puglia esprima un'incongrua richiesta al ribasso di specialisti rispetto alla realtà, soprattutto per le branche più in sofferenza, mentre invece richiede troppi specialisti in altre discipline, che andrebbero a creare un surplus al 2025. Emblematico l'esempio di medicina fisica e riabilitativa: la regione chiede 16 specialisti/anno che, se "soddisfatta", porterebbe a un surplus di 66 fisiatra tra 6 anni, mentre ne chiede solamente 10 all'anno per la medicina d'emergenza-urgenza.

La regione finanzia 29 contratti all'an-



La regione Puglia finanzia 29 contratti all'anno, spalmandoli a "pioggia" su diverse discipline, rendendo vano il suo sforzo. Ad esempio, finanzia 3 borse/anno di neuropsichiatria infantile che porteranno a un surplus di 23 specialisti al 2025, mentre non aggiunge nemmeno un contratto ad anestesia e rianimazione, che pure andrà in profonda sofferenza

no, spalmandoli a "pioggia" su diverse discipline, rendendo vano il suo sforzo. Ad esempio, finanzia 3 borse/anno di neuropsichiatria infantile che porteranno a un surplus di 23 specialisti al 2025, mentre non aggiunge nemmeno un contratto ad anestesia e rianimazione, che pure andrà in profonda sofferenza.

LIGURIA

In Liguria è prevista una carezza complessiva di **853 specialisti**. Le carenze principali riguarderanno la medicina d'urgenza con 98 medici, l'anestesia e rianimazione con 99 medici, la medicina interna con 84, la pediatria con 102, la cardiologia con 53, la psichiatria con 63 e la chirurgia generale con 59. Da un confronto tra fabbisogni dichiarati dalla regione e previsione di medici in pensionamento nel periodo 2018-2025, i numeri assoluti evidenziano che la Liguria richiede più specialisti di quanti non ne vengano concessi dal Miur, ma sono comunque insufficienti secondo le nostre stime di pensionamento. Inoltre i numeri relativi espressi per le singole specializzazioni non appaiono congrui per le branche in deficit.

La regione contribuisce alla formazione specialistica con il finanziamento di 9 contratti regionali/anno.

CALABRIA

In Calabria è previsto un **ammanco di 1.410 medici**. Le carenze principali riguarderanno la medicina d'urgenza con 245 medici, l'anestesia e rianimazione con 63 medici, la ginecologia con 51 medici, la chirurgia generale con 90 medici, la pediatria con 150 medici e la psichiatria con 90 medici.

Da un confronto tra fabbisogni dichiarati dalla regione e previsione di medici in pensionamento nel periodo 2019-2025, i primi risultano sottostimati di 1093 unità. Incomprensibili alcuni numeri di fabbisogno espressi dalla regione: medicina d'emergenza-urgenza 0, medicina del lavoro 0, ematologia 0, ma contemporaneamente si richiedono ben 3 medici dello sport all'anno e 3 genetisti! Sono 9 i contratti di formazione finanziati dalla Regione, spalmati su branche non in sofferenza.

SICILIA

In regione Sicilia con i pensionamenti conseguenti all'abolizione della Legge Fornero avremo un **ammanco netto di 2251 specialisti** al 2025. Le carenze principali riguarderanno i medici dell'emergenza urgenza con un ammanco di 356 medici, igiene e medicina preventiva con 196, anestesia e rianimazione con 153, chirurgia generale con 141, medicina interna con 66, pedia-

tria con 471, psichiatria con 126, ginecologia con 180, ortopedia con 78 e radiologia con 67.

Da rilevare che i fabbisogni dichiarati dalla regione Sicilia per il periodo 2018-2025 per tali specialità sono inferiori rispetto alla stima da noi effettuata, in particolare per chirurgia (240 contro 337), ginecologia (160 contro 289), igiene e medicina preventiva (160 contro 276) e psichiatria (160 contro 241). In generale, la Sicilia sottostima di 1493 unità il fabbisogno al 2025.

La Regione finanzia 44 contratti regionali all'anno, distribuendoli a pioggia senza tenere conto dei fabbisogni.

SARDEGNA

Per la Sardegna è previsto un **ammanco di 1154 medici** con carenze importanti: anestesia e rianimazione 81 medici, chirurgia generale 116, medicina d'urgenza 153, medicina interna 73 e pediatria 259.

In valore assoluto, questa regione è quella che più si avvicina, nelle sue richieste di fabbisogno, alla situazione reale, seppur sovrastimando le richieste in alcune specializzazioni e sottostimando i numeri in altre branche, come pediatria e medicina d'emergenza-urgenza.

La Sardegna finanzia 29 contratti di formazione all'anno, distribuendoli su più specializzazioni, la maggior parte delle quali non particolarmente in sofferenza.

ABRUZZO

Per l'Abruzzo la carezza complessiva prevista è di **601 medici**, con un ammanco di 211 medici dell'emergenza urgenza, 46 chirurghi generali, 98 pediatri, 35 cardiologi e 37 anestesisti. I fabbisogni espressi dalla regione sono sottostimati di 751 unità totali al 2025. L'Abruzzo non finanzia alcuna borsa aggiuntiva.

MARCHE

Anche nelle Marche è previsto un **ammanco complessivo di 937 medici ospedalieri**. Le carenze principali riguarderanno medicina d'emergenza urgenza con 148 medici, pediatria 132, cardiologia 74, psichiatria 71, radiodiagnostica 64, anestesia e rianimazione 62 e chirurgia generale 53 medici. Da un confronto tra bisogni dichiarati dalla regione Marche e ammanco per il periodo 2018-2025, risulta sottostimato il fabbisogno totale. Tra le curiosità, la regione richiede 5 farmacologi all'anno e solo 5 ginecologi e 7 internisti: i farmacologi totali regionali che lavorano per il SSR sono 15. Le Marche finanzia solamente 6 contratti specialistici aggiuntivi.

Considerazioni generali

Le specialità per la quali la programmazione risulta più deficitaria, rispetto alle necessità determinate dall'entrata in vigore delle nuove modalità previdenziali, sono tuttavia la medicina d'emergenza urgenza e la pediatria, carenti sostanzialmente in tutte le regioni considerate



Dall'analisi delle curve di pensionamento e dei nuovi specialisti formati nel periodo 2018-2025, è previsto un ammanco di circa 16.700 medici. Il margine di errore è del 5% (+/- 835), in considerazione della complessità della stima. Le carenze più elevate si osservano in Piemonte e Lombardia al Nord (2004 e 1921, rispettivamente), Toscana al Centro (1793 medici), Puglia, Calabria e Sicilia al Sud e Isole (1686, 1410 e 2251, rispettivamente). Nessuna regione, con l'eccezione del Lazio, ma non in tutte le discipline, sarà in grado di soddisfare il disavanzo netto determinato dalla fuoriuscita di specialisti, accelerata dall'entrata in vigore di "Quota 100".

Da questa analisi vediamo che la gran parte delle specialità analizzate andranno in deficit, rischiando di impoverire la qualità dei servizi offerti dal SSN. Per alcune specialità la carenza rispetto al numero di specialisti formati sarà maggiore, andando a costituire una vera e propria emergenza, insostenibile già nel breve termine.

In tutte le regioni italiane risulta evidente una carenza di medici anestesisti e rianimatori, chirurghi generali, internisti e cardiologi, ma anche di ginecologi, psichiatri e ortopedici. Le specialità per la quali la programmazione risulta più deficitaria, rispetto alle necessità determinate dall'entrata in vigore delle nuove modalità previdenziali, sono tuttavia la medicina d'emergenza urgenza e la pediatria, carenti sostanzialmente in tutte le regioni considerate.

La nostra stima è basata sul confronto tra la quota di neo-specialisti prodotti dalle Scuole di specializzazione presenti in ciascuna regione ed il numero di pensionati per ciascuna branca specialistica e risente di alcune approssimazioni. Infatti, in particolare con l'introduzione del concorso per l'accesso alla For-

mazione Specialistica su base nazionale, solo in parte i neo-specialisti si fermeranno nella regione dove hanno acquisito il titolo. Per alcune branche specialistiche, è probabile che il medico rientri nella regione di origine o venga attirato dalle proposte di lavoro nel privato convenzionato o in Paesi europei, in grado di dare maggiori soddisfazioni economiche e professionali.

Le carenze da noi riscontrate, calcolate sui medici in uscita dal SSN, sono da considerarsi comunque prudenziali, dovendosi tener conto del fatto che le condizioni di lavoro nel pubblico sono in rapido deterioramento e i recenti vantaggi fiscali favoriscono il lavoro nel privato.

In linea generale, i fabbisogni di specialisti espressi dalle regioni ogni 3 anni appaiono per lo più sottostimati rispetto al fabbisogno reale. Anche il Miur non è del tutto "lineare" nella distribuzione dei contratti specialistici delle varie discipline, andando a favorirne alcune a discapito di altre.

La proposta del regionalismo differenziato, presentata da Veneto, Lombardia ed Emilia Romagna, potrebbe dilatare in modo significativo le differenze tra le regioni nell'accesso alla formazione post laurea e, in prospettiva, nella qualità dei servizi offerti. Come già ribadito, a parte poche eccezioni come il Piemonte e la Sardegna, le regioni ad oggi non sono capaci di esprimere un giusto fabbisogno che rispecchi la loro realtà sanitaria. Eppure, dati alla mano, si potrebbe eseguire una programmazione adeguata, partendo da questa analisi e cercando di essere coerenti con i dati sui pensionamenti stimati nei prossimi anni.

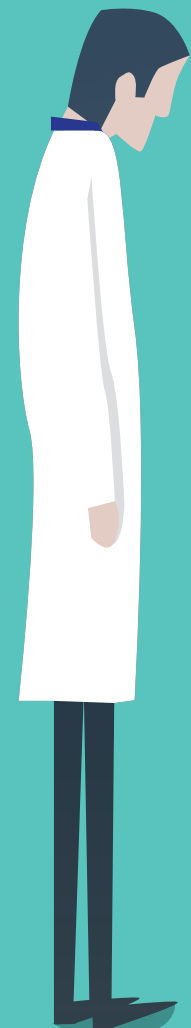
Andando avanti con questa programmazione davvero approssimativa perpetrata negli anni, si rischia di creare un imponente deficit di specialisti, ancor più grave di quello odierno.

Tabella 1 Carenze entro il 2025 delle principali specializzazioni suddivise per regione.

■ deficit superiori a 60 specialisti; ■ deficit uguali o inferiori a 60; ■ surplus di specialisti

SPECIALIZZAZIONI MEDICHE PIU' CARENTI	Veneto	Emilia Romagna	Lombardia	Piemonte	Liguria	Friuli Venezia Giulia	Valle d'Aosta	Trentino	Toscana	Marche	Umbria	SPECIALIZZAZIONI MEDICHE PIU' CARENTI	Lazio	Abruzzo	Molise	Basilicata	Campania	Puglia	Calabria	Sardegna	Sicilia	Totale Carenze
MEDICINA D'EMERGENZA-URGENZA	184	76	177	194	98	30	0	90	344	148	-17	MEDICINA D'EMERGENZA-URGENZA	544	211	0	106	800	498	249	153	356	4041
PEDIATRIA	227	95	510	274	102	20	13	38	329	132	82	PEDIATRIA	42	98	13	44	278	216	150	259	471	3394
MEDICINA INTERNA	92	238	377	154	84	120	8	45	202	53	28	MEDICINA INTERNA	40	25	19	25	119	78	30	73	66	1878
ANESTESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA	32	-83	315	213	99	76	22	47	160	62	49	ANESTESIA RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA	-14	37	16	60	43	93	63	81	153	1528
CHIRURGIA GENERALE	7	-9	159	148	59	29	11	29	104	53	47	CHIRURGIA GENERALE	-5	46	9	40	129	97	90	116	141	1301
PSICHIATRIA	31	93	165	52	63	39	6	11	17	71	19	PSICHIATRIA	48	0	12	5	32	15	90	49	126	944
MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE	15	145	60	69	53	21	2	8	99	74	29	MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE	-120	35	13	16	69	104	40	33	63	838
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	4	35	-22	55	26	-2	4	21	96	44	27	GINECOLOGIA E OSTETRICIA	-28	16	11	30	37	73	51	34	180	880
RADIOLOGIA	67	91	-8	54	50	4	8	22	127	64	16	RADIOLOGIA	-83	-17	-2	33	-32	77	43	38	62	612
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	33	0	59	73	17	4	7	17	82	13	-16	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	-91	1	8	20	98	64	46	38	78	530
IGIENE E MED. PREVENTIVA	-15	40	127	19	8	-29	6	-11	14	18	24	IGIENE E MED. PREVENTIVA	-85	7	0	15	0	59	57	25	196	478
NEFROLOGIA	7	-20	22	56	10	31	4	2	40	38	19	NEFROLOGIA	22	2	6	16	-37	33	44	61	10	386
OFTALMOLOGIA	30	17	4	56	14	-18	3	0	68	8	7	OFTALMOLOGIA	-35	5	7	12	-16	33	16	4	31	248

Una volta fare il medico era considerato una missione. Oggi, quella vocazione iniziale, lascia presto il posto a insoddisfazione, stress, burnout e soprattutto ad una gran voglia di fuggire all'estero.



La “fatica” di essere medici

Le prime avvisaglie di quanto i sacrifici di anni di studio non vengano ripagati, si hanno con l'accesso alle scuole di specializzazione. Chi riesce ad entrare al primo tentativo (ed è già molto fortunato) deve fare lo slalom tra molti doveri e pochi diritti. Come dimostra la testimonianza del giovane specializzando di Napoli che si chiede quanto la sua formazione sia finalizzata piuttosto alla copertura delle palesi carenze numeriche e talvolta qualitative, nutrendo molte perplessità sui risultati rispetto al costo impegno economico, di tempo e di partecipazione.

Una volta conseguita la specializzazione trovare un lavoro è un'impresa titanica, in un Paese che è riuscito a coniare una nuova forma di impiego: il precariato stabile.

Anche per chi riesce a entrare in ospedale non è tutto rose e fiori, anzi. La

testimonianza del medico di un pronto soccorso della capitale non lascia dubbi: la riduzione del numero dei medici e dei posti letto non è un esercizio statistico, ma una realtà che pesa come un macigno sui professionisti schiacciati da stress e burnout e sui pazienti ai quali sempre meno si riesce a garantire un'assistenza adeguata. Qualcuno ha trovato una via di uscita e non è proprio una buona notizia: andare all'estero. Il racconto del chirurgo emigrato in Francia ha i toni leggeri di chi, pur dando molto alla professione in termini di tempo e fatica, ha trovato la giusta ricompensa al sogno di diventare chirurgo: formazione, pratica, sala operatoria. “Volevo essere un chirurgo, un bravo chirurgo e avrei voluto esserlo a casa mia. Ma non tornerei in Italia. Sinceramente non ci sono le condizioni”.

SP

Le testimonianze dei protagonisti

La specializzazione? Un percorso ad ostacoli

Uno specializzando di Napoli

“L'apprendimento delle capacità professionali inerenti al titolo di specialista”. È questa la frase del contratto di specializzazione che mi ha colpito di più quando, poco più di un anno fa, ho firmato dopo aver vinto, con tanti sacrifici, il mio concorso di specializzazione. È tuttavia singolare quanto, in quest'anno, la mia visione della medicina sia cambiata. In tutta onestà, questa visione è cambiata già tante volte: durante gli studi, nella stesura della tesi, nel post laurea, e, soprattutto, nel periodo di lavoro tra sanità pubblica e privata prima del faticoso concorso.

All'ingresso nella mia Medicina Interna sono stato immediatamente coinvolto in una ultraspecializzazione che, probabilmente, non mi aspettavo. Ho scelto la mia Medicina Interna perché ero consapevole di scegliere di non scegliere (ancora) il mio destino da professionista. Da curioso patologico non avrei mai potuto fare altra scelta. Eppure sono stato chiamato a scegliere tra sei aree funzionali, da primo in graduatoria interna, quella più affine alle mie esigenze formative. Pensai che una valesse l'altra, tanto, poi, ero certo che avrei ruotato tra tutte.

La struttura in cui sono stato accolto, che non era quella che ha ospitato la mia epopea universitaria magistrale, è rinomata per essere fatiscente, in stato di abbandono manutentivo ordinario e straordinario. Di certo non mi aspettavo un impegno architettonico o design di fine gusto, ma lo stato di decadenza generale, di certo, non ha contribuito a dare un'impressione positiva. Difatti, mio malgrado, ho dovuto confermare tutto ciò che di infrastrutturalmente cattivo si possa pensare.

La programmazione annuale del mio impegno è stata accurata, sia degli appuntamenti teorici che delle attività pratiche, che, purtroppo, hanno dovuto spesso contrastare con i tortuosi iter burocratici dell'Azienda Ospedaliera Uni-

versitaria, ma senza colpe della Scuola in se. L'affiancamento al tutor spesso produttivo, sia in termini assistenziali che scientifici. Di certo il volume di pazienti è effettivamente enorme, ma ciò genera attitudine al pragmatismo, dote mai troppo carente in Medicina.

Quanto, quindi, ai doveri degli specializzandi, la scuola è fin troppo chiara: per iscritto o negli incontri la presenza dello specializzando è indispensabile. Ma i diritti?

“L'Università e la Regione garantisco al medico in formazione specialistica la partecipazione guidata alla totalità delle attività mediche dell'unità operativa presso la quale è assegnato, nonché la graduale assunzione di compiti assistenziali e l'esecuzione di interventi con autonomia vincolate alle direttive ricevute dal tutore, in coerenza al processo formativo”. Continua così il contratto che noi tutti abbiamo firmato. Tralasciando saltuari e – a detta dei tutor o chi per loro – “formativi” ruoli da infermieri ed operatori sociosanitari, mi chiedo spesso in quante scuole questo programma è finalizzato al generare autonomia per gli interessi formativi dello specializzando e quanto, invece, sia finalizzato alla copertura delle palesi carenze numeriche e, talvolta qualitative, che l'attività assistenziale cova nel suo intestino. Non ho ancora risposta a questa domanda, ma posso senza dubbio sollevare le mie perplessità riguardo la complessiva offerta data in cambio della mia costosa spesa di impegno, tempo e partecipazione.

Parto senza dubbio dalla scarsa formazione strumentale. La medicina, oggi, che sia d'urgenza o d'elezione, è strettamente legata all'utilizzo di apparecchiature diagnostiche, una su tutte l'ecografia. Nel 2005 veniva pubblicato l'allegato del Dm 1 agosto 2005 sul riassetto delle scuole di specializzazione in area sanitaria nei loro ordinamenti didattici, in cui veniva precisato, ad esempio, addirittura un numero preciso di esami ecocardiografici a cui partecipare. Tale obbligatorietà, ad oggi, non risulta pervenuta né promossa. Nei tempi antecedenti l'ingresso in specializzazione ho spesso ciò che avevo messo da parte per corsi ecografici di base ed avanzati, e mi aspettavo che la Scuola di specializzazione mi venisse incontro nelle mie esigenze intellettuali. Nel giro di pochi mesi, è stato chiaro che l'unico movimento sarebbe stato il mio verso le briciole formative. Sembra dunque un'attività ad appannaggio di poche aree funzionali, attorno cui si aggira

“

Le rotazioni interne, quelle che le disposizioni ministeriali danno come obbligatorie, in realtà risultano facoltative, soggette alla volontà di ruotare e all'autorizzazione del tuo tutor il quale, in corso di rotazione grossomodo semestrale, può chiedere uno o due giorni settimanali di rientro per le attività dell'area di appartenenza. Questo meccanismo, oltre che spezzare la routine settimanale delle aree di assegnazione, profuma della cara vecchia “appartenenza” dello specializzando

un alone di esclusività, tramandata in parte durante le reti formative all'interno della propria scuola.

Quello della rete formativa all'interno della mia scuola è sempre stato un tema cruciale. Le rotazioni interne, quelle che le disposizioni ministeriali danno come obbligatorie, in realtà risultano facoltative, soggette alla volontà di ruotare e all'autorizzazione del tuo tutor il quale, in corso di rotazione grossomodo semestrale, può chiedere uno o due giorni settimanali di rientro per le attività dell'area di appartenenza. Questo meccanismo, oltre che spezzare la routine settimanale delle aree di assegnazione, profuma della cara vecchia “appartenenza” dello specializzando. Nulla da eccepire sulle formazioni extra-rete formativa, sulle quali, ormai, sporadici sono i casi di tutor remittenti. In questi casi, però, è ancora forte il potere del diritto di diniego del tutor, così come significativo è il timore di ripercussioni nel caso in cui si voglia insistere.

In questo confuso quadro generale la gestione non è semplice. Nel mio caso, al Policlinico di Napoli si stima ci siano meno di 3000 medici, ed oltre 2500 specializzandi. Mi reputo uno degli ingranaggi che fanno muovere con tanta forza lo scricchiolante meccanismo. Non ritengo sia facile fare il Direttore di una Scuola di Specializzazione, ma ci terrei che il mio Direttore sappia che, oggi, non è facile fare lo specializzando. Si viene immersi a capofitto in una realtà complessa dove, certo, le responsabilità ufficiali sono ridotte, ma la professionalità è in esponenziale crescita. Le responsabilità dello specializzando, alla luce del recente DL Gelli-Bianco, aumentano in numero e severità. È quindi necessario un adeguamento importante, un livellamento verso l'alto dell'offerta formativa, della rotazione, dell'acquisizione di capacità e della creazione di eccellenza; in questo scenario l'idea europea del teaching hospital e la destituzione della figura dello specializzando studente possono essere grandi opportunità per creare la buona Sanità.

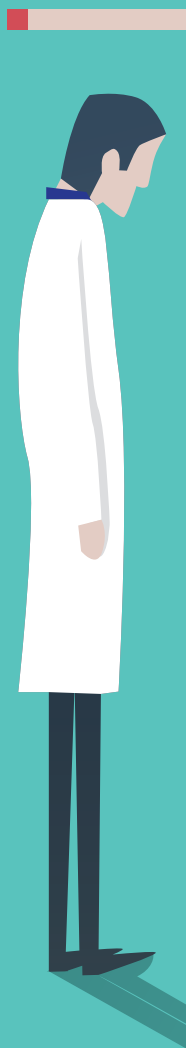
Volevo essere un chirurgo

Medico della Chirurgien Viscéral presso Grand Hôpital Est Francilien

M'iscrissi a Medicina e Chirurgia con un'idea ben precisa, che né durante il corso di laurea né la specializzazione è cambiata: volevo essere un Chirurgo. Volevo esattamente essere dove sono ora. Quanti e quali sacrifici questo sogno abbia richiesto, lo so io e lo sanno bene le persone che mi sono vicine. Forse il più grande è stato quello di lasciare l'Italia, di andare lontano da famiglia e amici ma è stata una scelta quasi obbligata. Sui motivi che mi hanno spinto ci sarebbe tanto da dire, troppo da scrivere. Mi limito a citare quello che ritengo il più importante: ho sempre avuto l'impressione che il percorso formativo in Italia, così come strutturato, non mi avrebbe mai permesso di essere pienamente autonomo.

Questo lo capii durante i primi anni di specializzazione. In Italia siamo forse i migliori sul piano teorico ma su quello pratico siamo molto in ritardo rispetto a paesi europei, come Francia, Inghilterra e Germania. Non mi fraintendete, ho avuto degli ottimi “maestri” che nel loro piccolo sono stati grandi, ma non era sufficiente, purtroppo. Ho sempre pensato che se non puoi mettere in pratica ciò che studi non potrai mai essere un buon chirurgo e le domande che più spesso mi assillavano durante la specializzazione erano: “Saprò operare una volta finita la specializzazione? Cosa? Come?” Non avevo quella sicurezza che permette ad un chirurgo di entrare in sala operatoria e fare il proprio lavoro, ben aldilà delle difficoltà mediche in primis e medico/legali poi. Sentivo che dovevo fare di più!

E per trovare risposte a queste domande, nel 2013 decisi di fare un periodo formativo fuori dall'Italia, che è poi diventato un percorso di vita. Lo feci, anche trascinato dalle esperienze di chi prima di me era partito e raccontava di un sistema centrato sulla formazione di futuri chirurghi. Scelsi la Francia, paese culturalmente molto vicino a noi e linguisticamente più accessibile. Arrivai a Parigi nel maggio 2013, per un periodo formativo di sei mesi, come facente funzioni di interno (l'interno è lo specializzando in Francia) e subito mi resi conto delle enormi differenze formative tra i due sistemi. In primis gli specializzandi sono dotati di autonomia decisionale e per questo responsabilizzati nelle scelte da prendere al letto del malato. Sono loro che in quasi totale autonomia gestiscono il reparto



e le urgenze. Gli chef (gli strutturati in Italia) sono sempre disponibili per dissipare dubbi, correggere o modificare eventuali diagnosi. L'errore, piccolo o grande che sia, è contemplato come facente parte del percorso formativo e mai vissuto o fatto vivere come un difetto o una mancanza. Se a questo, si aggiunge che poi in sala operatoria gli specializzandi non hanno ruoli da semplici gregari ma sono stimolati a operare con il supporto del chirurgo responsabile ed aiutati nel processo di crescita (si parte dagli accessi e si può arrivare ad operare un colon), si comprende bene che non c'è partita. Per fare un esempio, nei primi sei mesi in Francia, il bilancio è stato di 6 Sleeve gastrectomy, 18 appendicectomie laparoscopiche, 15 colecistectomie laparoscopiche e 4 colectomie, il tutto da specializzando! Naturalmente, non è tutto rosa e fiori.

Le difficoltà ci sono. Ti viene dato tanto ma ti viene anche chiesto tantissimo in termini di tempo e fatica. Però ne vale la pena perché la ricompensa è la formazione, la pratica, la sala operatoria, la capacità di saper scegliere cosa operare e cosa non operare. E dopo? Una volta finita la specializzazione? Sorpresa, nessun concorso, nessuna raccomandazione, solo, e scusate se è poco, una proposta dal mio primario per restare due anni come Assistente Specialista, perché avevo dimostrato di meritare quel posto. Mi hanno offerto un posto per meriti!

E in Italia? In Italia mi hanno proposto di lavorare come medico al Pronto Soccorso in una clinica privata. E poi concorsi, tanti concorsi da fare. Voi al mio posto cosa avreste fatto?

Oggi mi viene chiesto quali sono i vantaggi e gli svantaggi della mia scelta. Alla prima credo di aver risposto. Alla seconda, ancora oggi, non saprei precisamente come rispondere. So solo, che se ci penso mi sale una grande rabbia. Volevo essere un chirurgo, un bravo chirurgo, non uno conosciuto o riconosciuto dalla comunità scientifica, ma solo un bravo chirurgo e avrei voluto esserlo a casa mia, nel mio paese e non a 2000 km di distanza. Perché non sono rimasto? Perché è un gioco al massacro e non avevo voglia di giocare con il mio futuro.

Tornerei indietro? Tornerei in Italia? Sinceramente, adesso non esistono le condizioni, o quelle che io ritengo condizioni accettabili. Da un lato la mancanza di garanzie sul piano medico/legale, fenomeno ahimè sempre più dilagante, e soprattutto perché saprei che il sistema, non mi consentirebbe di svolgere la mia professione così come la svolgo in Francia (per maggiori delu-

dazioni chiedere a tutti quei colleghi che hanno avuto il coraggio di tornare). Per me resta il più bel lavoro al mondo. È difficile e bisogna amarlo, ma ancor di più bisogna continuamente esercitarsi e per farlo non si può pretendere di passare ore e ore solo a guardare qualcun altro fare. Questa naturalmente, è solo la mia esperienza, non so se migliore o peggiore di altre, quello che so è che da 5 anni svolgo il mio lavoro in piena autonomia, ho le mie complicanze e le mie soddisfazioni, non so se sono bravo, questo lo lascio giudicare a miei pazienti, quello che so è che i miei sacrifici sono serviti a qualcosa, ho raggiunto il mio obiettivo: Sono un Chirurgo!

“
Volevo essere un chirurgo, un bravo chirurgo, non uno conosciuto o riconosciuto dalla comunità scientifica, ma solo un bravo chirurgo e avrei voluto esserlo a casa mia, nel mio paese e non a 2000 km di distanza

“

È impossibile garantire una adeguata monitoraggio dei pazienti critici a causa della scarsità e faticenza degli elettromedicali presenti così come una adeguata igiene a causa della mancanza di servizi sufficienti (pochi e condivisi) per un'utenza cresciuta in modo esponenziale rispetto ai criteri con i quali era stata progettata la struttura

Stress e burnout, i nostri “compagni” in Pronto soccorso

Un medico di PS di un Dea di II Livello di Roma

Nel linguaggio comune la valutazione morale del proprio agire è chiamata coscienza. La nostra viene messa a dura prova dinanzi a scenari drammatici di ammalati ammassati, denudati, umiliati, tenuti per giorni in locali estremi, e con estremi racchiudiamo tutto il corollario di un estremo.

Tutto ciò è parte fondamentale dello stress di chi lavora in Pronto Soccorso ed è ciò che rende difficili i rapporti con l'esterno, il convitato di pietra nei contenziosi con i familiari.

I miei problemi condivisi da tutti i colleghi che lavorano in PS sono noti. Anzitutto la riduzione del personale con impossibilità di usufruire di periodi di riposo/aggiornamento adeguati con relativo burnout, stress estremo, condiziona in aggiunta all'elevato numero di pazienti presenti la possibilità di prestare adeguata assistenza, e rende talvolta impossibile ragionare sul paziente, ed in definitiva aumenta in modo esponenziale il rischio di errore medico. Il sentore dell'aumentato potenziale di rischio di errore crea una spirale perversa che eleva il grado di stress, determina scelte di medicina difensiva ed in definitiva ci costringe a far stazionare più pazienti all'interno dei locali di PS, aumentando la spesa e riducendo la prestazione sanitaria in termini di qualità. Promiscuità e sovraffollamento rendono più difficoltosa del dovuto la gestione delle emergenze e, se associati spesso alla costante presenza di più pazienti con potenziale patologia infettiva, limitano di molto gli spazi di ristoro adeguati puliti decorosi.

È impossibile poi garantire una adeguata monitoraggio dei pazienti critici a causa della scarsità e faticenza degli elettromedicali presenti così come una adeguata igiene a causa della mancanza di servizi sufficienti (pochi e condivisi) per un'utenza cresciuta in modo esponenziale rispetto ai criteri con i quali era stata progettata la struttura.

Pazienti che attendono per più giorni su una barella, un posto letto, necessitano di assistenza, così come i pazienti ad alto livello assistenziale (intubati) che continuano a sostare in locali inadeguati potenzialmente a rischio infezione.

Infine il problema della medicina difensiva, che colpisce tutti: dimettere in sicurezza a domicilio i nostri particolari pazienti, nelle condizioni caotiche in cui siamo costretti a lavorare quotidianamente, con il continuo coinvolgimento in contenziosi medico-legali in maniera irragionevole, velleitaria e francamente il più delle volte temeraria, non è cosa semplice.

Concorso Scuole di Specializzazione
A.A. 2017/2018

La crisi dell'area dell'emergenza-urgenza

Le scelte dei vincitori evidenziano la crisi dell'area dell'emergenza-urgenza e delle specialità chirurgiche

INTRODUZIONE

Le criticità legate al concorso per l'accesso alle scuole di specializzazione medica sono largamente attribuibili alla insufficienza del numero di contratti messi a concorso ed ai reiterati e perniciosi errori di programmazione (numero di contratti per specialità), imputabili sia al competente Ministero sia alle Regioni. Evidenti le conseguenze negative sia sui giovani colleghi fino a pregiudicare e mortificare le loro aspettative, personali e professionali, attraverso la interruzione di fatto del loro percorso formativo teso alla acquisizione del titolo di specialista, sia sul Ssn, alle prese con una carenza di medici specialisti destinata, nel breve e medio termine, in assenza di opportuni e specifici rimedi, ad accentuarsi vista pure la accelerazione del processo di pensionamento.

Il forte decremento di risorse professionali specialistiche rischia di non assicurare nel Ssn la accessibilità alle cure e la loro continuità.

OBIETTIVI E SCOPI

Il presente studio ha lo scopo di analizzare il grado di attrazione che le singole scuole esercitano sui vincitori del concorso, influenzando la loro scelta o non



**MARIA
GABRIELLA
COPPOLA**

*Commissione
nazionale
Emergenza
Urgenza
Anaa Assomed*

scelta (decaduti).

Esso ha utilizzato alcuni indicatori generati dal procedimento concorsuale, considerati quali elementi rivelatori delle dinamiche che hanno interessato il procedimento stesso, quali: livello di gradimento di ogni Scuola di Specializzazione; comparazione dei livelli di gradimento; percentuali di scelta per ogni Scuola; velocità di saturazione delle scelte per ogni Scuola; percentuali vincitori decaduti.

La elaborazione degli indicatori sopracitati ha permesso una analisi statistica-comparativa tesa a meglio leggere da una parte i risultati del concorso, dall'altra a fornire una maggiore comprensione dei suoi processi e delle sue criticità, ascrivibili alla sua discutibile impostazione, unico con graduatoria di merito nazionale unica, ed al suo lacunoso articolato tecnico-normativo.

MATERIALI E METODI

Il concorso per l'accesso alle Scuole di Specializzazione è oggi unico, con graduatoria di merito nazionale unica, strutturato su scaglioni di merito – ordinati in successioni numeriche finite e prestabilite – in cui sono utilmente collocati i candidati risultati vincitori che, in funzione della posizione acquisita, effettuano la scelta di tipologia e sede

della scuola (disponibilità di contratti permettendo).

Gli indicatori da noi considerati sono costituiti da:

- Numero delle scelte per Scuola di Specializzazione e per ogni scaglione (dal 1° al 14°)
- Valore percentuale delle scelte per Scuola
- Valore progressivo delle scelte della stessa Scuola
- Valore percentuale del progressivo delle scelte della stessa Scuola
- Numero dei contratti a concorso assegnati alla Scuola

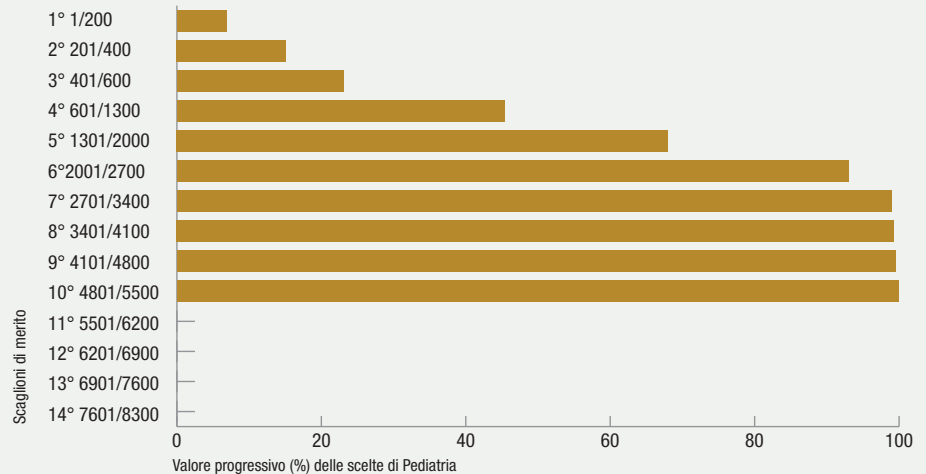
Tali indicatori sono propri di ogni Scuola essendo la diretta espressione numerica nonché il prodotto della stessa elaborazione matematica.

Da sottolineare la particolare importanza rivestita dal valore percentuale progressivo (d) che definisce, in forza delle grandezze di cui è funzione (contrassegnate dalle lettere e, c), la **misura dell'interesse per una Scuola di Specializzazione**. Tale indicatore (d), essendo una grandezza comune e propria di tutte le scuole, è stato assunto quale elemento di comparazione per rilevarne, attraverso la velocità di raggiungimento di un valore-soglia prefissato (95%) afferente al corrispettivo scaglione di riferimento, la saturazio-

Valore progressivo (%) delle scelte di alcune Scuole di Specializzazione rispetto al numero totale dei contratti a concorso di ciascuna Scuola

Grafico 1

Pediatria
488 contratti a concorso



ne delle scelte. Appare chiaro che quanto più piccolo/grande è il numero d'ordine dello scaglione di riferimento cui afferisce il valore/soglia prefissato (95%) tanto più rapida/lenta è la saturazione delle scelte.

In sintesi, lo studio consente di definire i livelli di gradimento di tutte le Scuole di Specializzazione, di effettuarne la comparazione nonché di quantificare quelle criticità che incidono sull'andamento del procedimento concorsuale. Per una maggiore e migliore comprensione della criticità "decaduti" - candidati che pur essendo vincitori del concorso non hanno esercitato la scelta di una Scuola di Specializzazione - ne abbiamo calcolato sia il valore percentuale per scaglione in rapporto alla numerosità dello stesso, sia il valore percentuale del progressivo in rapporto al numero dei contratti a concorso.

RISULTATI

L'analisi degli indicatori utilizzati ha permesso di determinare la differente velocità di saturazione delle scelte dei contratti a concorso, stabilendo di fatto il grado di attrattività delle Scuole stesse.

La Scuole maggiormente ambite sono risultate: Cardiologia (5° scaglione); Dermatologia (6° scaglione), Pediatria, Oculistica, Neurologia (7° scaglione); Chirurgia Plastica, Gastroenterologia, Endocrinologia (8° scaglione); Ginecologia (9° scaglione) ed in ordine decrescente Medicina Interna, Otorinolaringoiatria, Reumatologia; Radiodiagnostica (10° scaglione); Ematologia, Oncologia, Medicina Legale, Neuropsichiatria infantile (11° scaglione).

Le Scuole con bassa attrattività (scaglioni 12°-14°) sono risultate: le Scuole chirurgiche (fatta eccezione per la Chirurgia Plastica), Ortopedia, Igiene, Psichiatria, Anestesia e Rianimazione e Medicina d'Emergenza-Urgenza (**Grafici 1-10, Grafico 11**).

L'analisi dei "decaduti" -candidati che pur essendo vincitori del concorso non hanno esercitato la scelta di una Scuo-

Grafico 2

Cardiologia
340 contratti a concorso

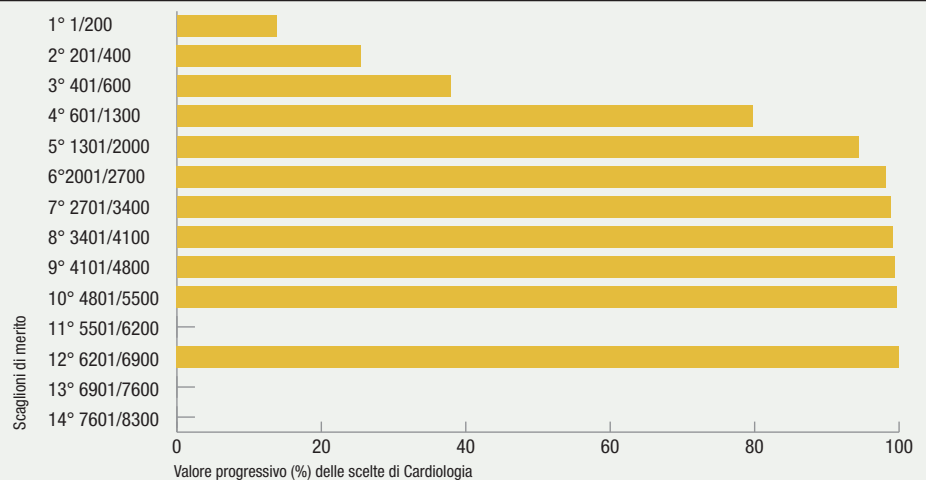


Grafico 3

Dermatologia
81 contratti a concorso

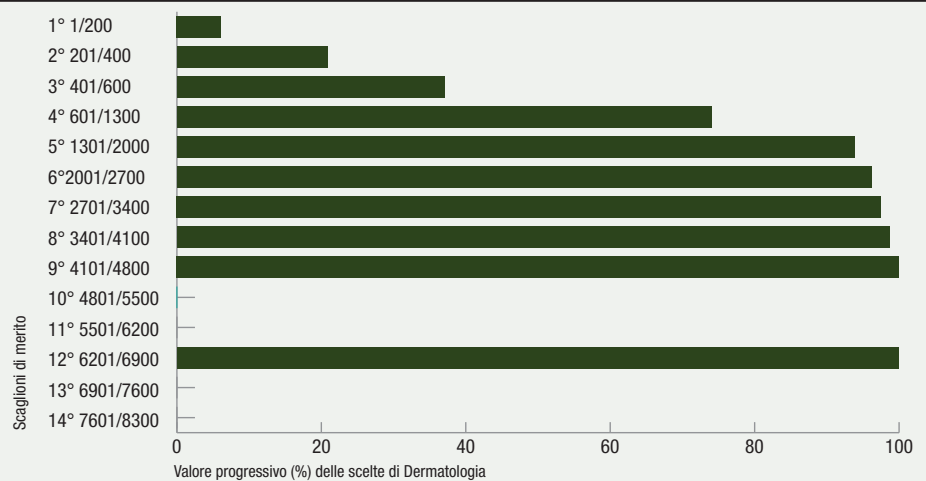
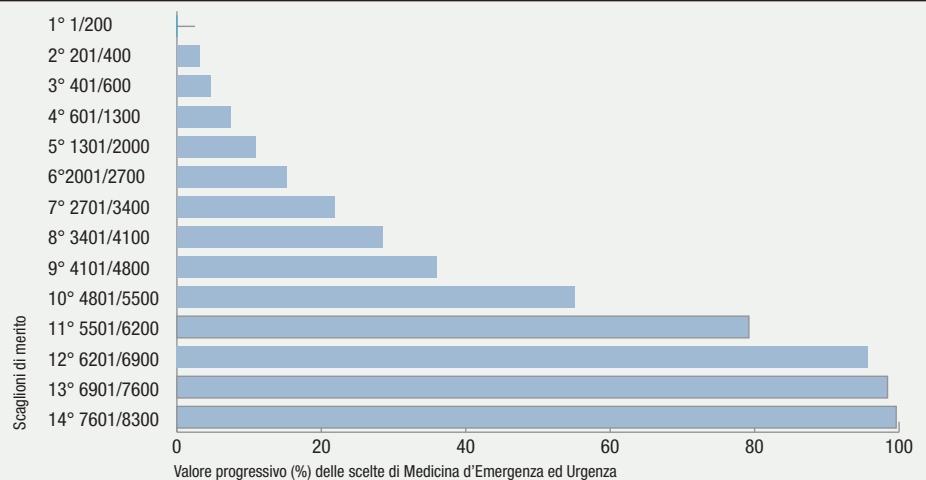


Grafico 4

Medicina d'Emergenza ed Urgenza
256 contratti a concorso



**Concorso Scuole di Specializzazione
A.A. 2017/2018**

la di Specializzazione- ha evidenziato che i valori delle loro percentuali nei primi 4 scaglioni sono esigui, in rapporto alla numerosità degli stessi, mentre sono consistenti negli scaglioni successivi fino a raggiungere al 14° scaglione la percentuale propria del 49,57%. Il valore della percentuale “progressivo decaduti per scaglioni” raggiunge al sopracitato 14° scaglione la percentuale del 16,78% rispetto al totale dei contratti (n. 6934) a concorso (Tabella Decaduti).

DISCUSSIONE

Alcune Scuole di specializzazione registrano rapidamente il tutto esaurito. Esse sono nell’ordine: Cardiologia, Dermatologia, Pediatria, Oculistica, Neurologia, Chirurgia Plastica, Gastroenterologia, Endocrinologia, Ginecologia. Le ragioni di questo fenomeno sono dovute all’attrazione che esse esercitano sui candidati, in quanto consentono percorsi professionali con migliori prospettive di carriera e maggiori remunerazioni, sia nel pubblico che nel privato, e con una migliore qualità di vita. All’opposto, evidenziano una bassa attrattività le Scuole afferenti all’area dell’Emergenza-Urgenza, tra cui la Medicina d’Emergenza ed Urgenza e la Anestesia e Rianimazione. Non meraviglia, quindi, che il Pronto Soccorso sia la struttura con il più urgente bisogno di specialisti, visto che molti concorsi per la copertura di posti vacanti vanno deserti o quasi, causa delle difficili e particolari condizioni in cui il personale medico opera. Turni lunghi e numerosi, specie notturni, eccessivi carichi di lavoro per carenza di organico, difficoltà di fruizione delle ferie, aggressioni fisiche e verbali, elevato rischio di contenziosi medico-legali, scarsa possibilità di attività libero-professionale disegnano condizioni di lavoro non attrattive per molti, come dimostra la bassa velocità di saturazione delle scelte di tale Scuola, che alla fine risultano di gran lunga numericamente inferiori rispetto al fabbisogno nazionale. Anche le Scuole afferenti all’area chirurgica-ad eccezione della Chirurgia Plastica- presentano una bassa attrattività (Chirurgia Generale, Chirurgia toracica, Chirurgia maxillo-facciale, Neurochirurgia, Cardiocirurgia, Chirurgia vascolare, Chirurgia Pediatrica), in ragione di un insieme di elementi negativi, tra loro correlati, quali: difficoltosa e lunga formazione professionale, difficoltà nel raggiungimento di una soglia di autonomia per interventi di me-

Grafico 5

Gastroenterologia
108 contratti a concorso

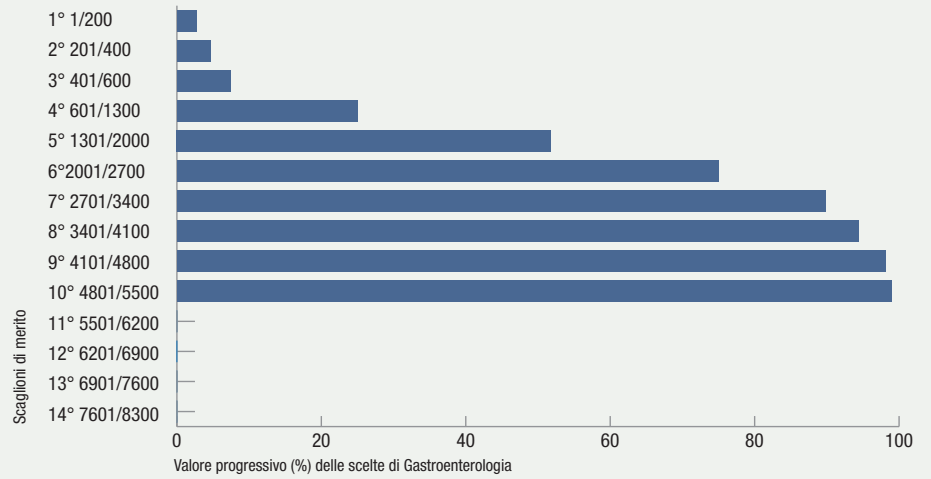


Grafico 6

Medicina Interna
353 contratti a concorso

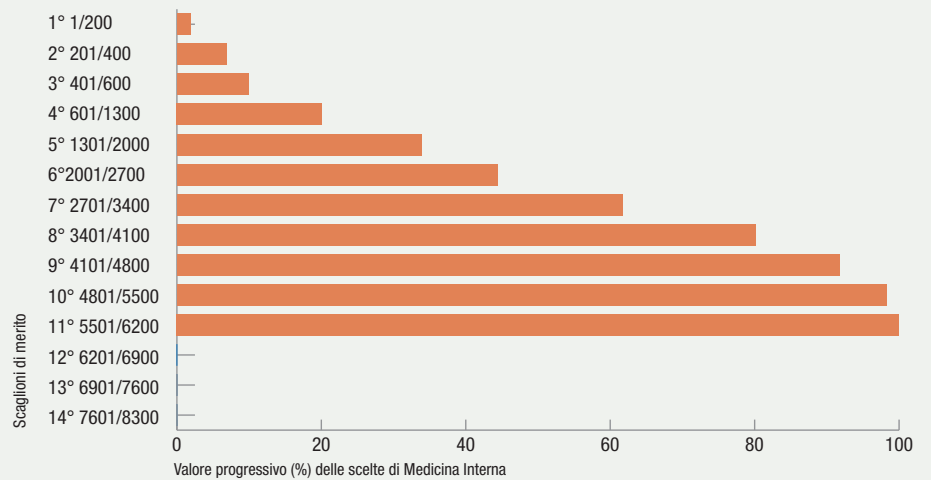


Grafico 7

Chirurgia Generale
379 contratti a concorso

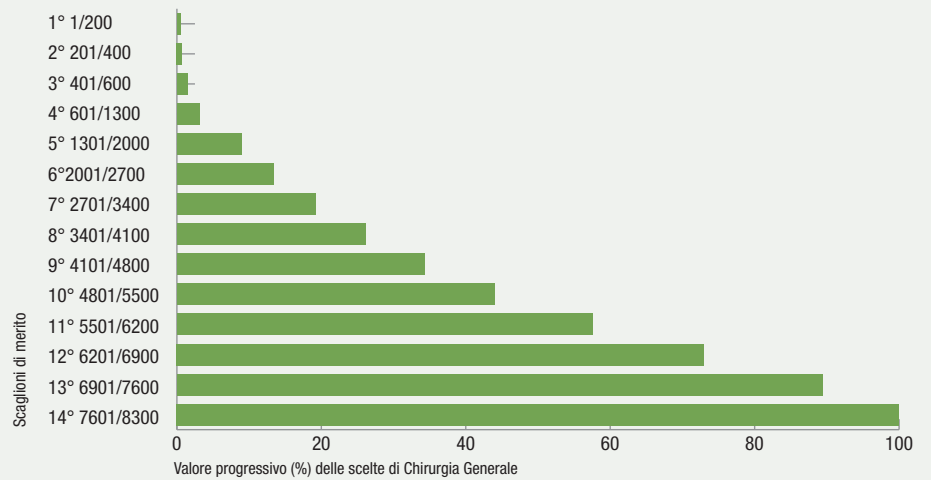


Grafico 8

Ginecologia
318 contratti a concorso

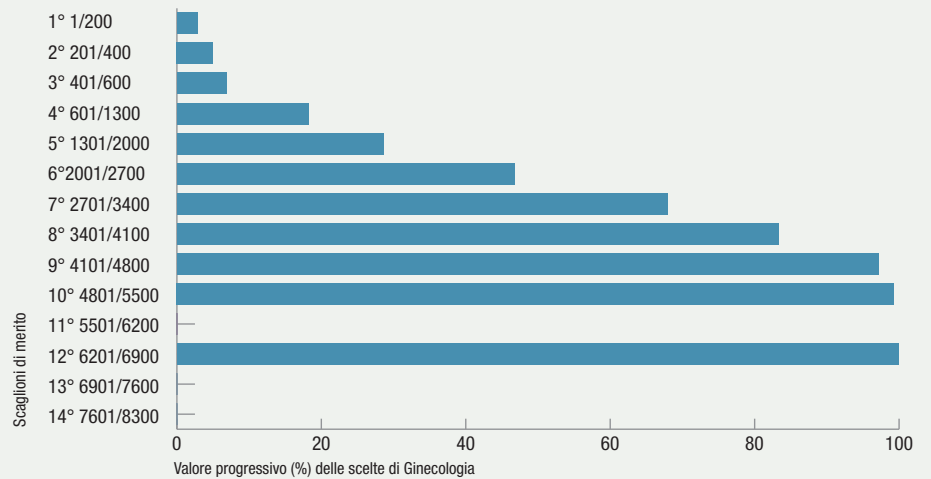


Grafico 9

Ematologia
99 contratti
a concorso

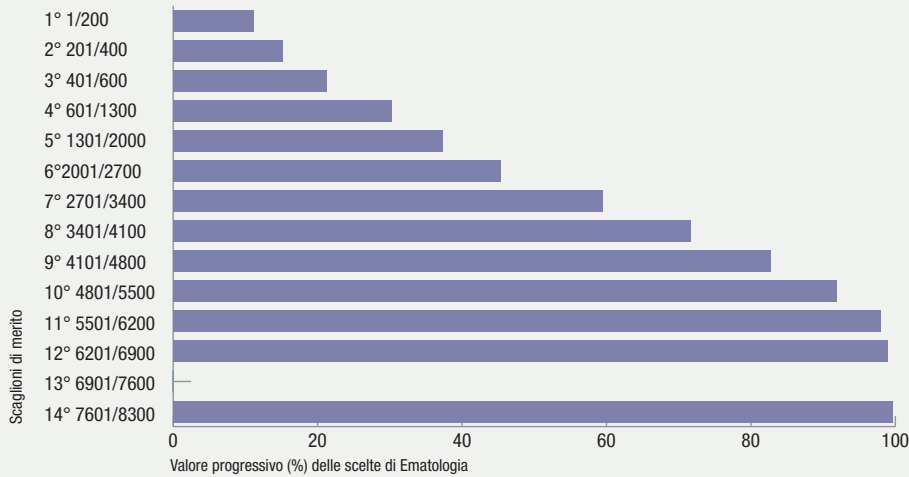


Grafico 10

Anestesia e Rianimazione
353 contratti
a concorso

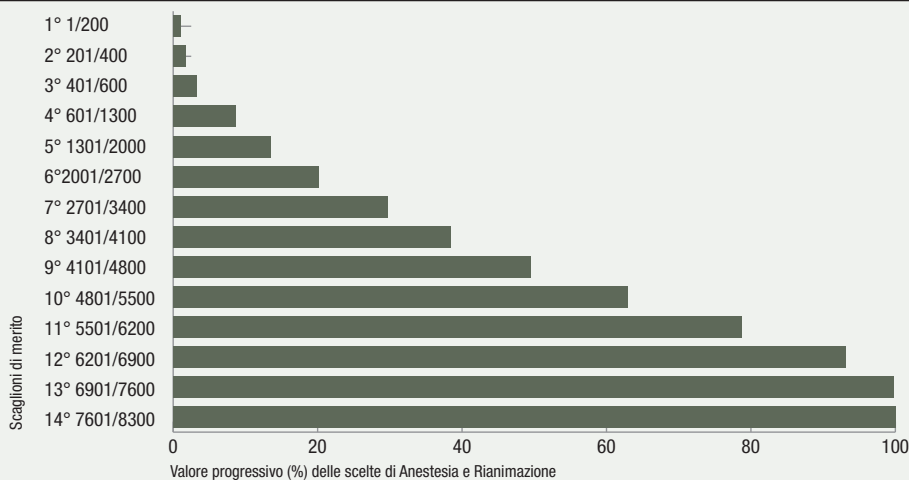


Grafico 11

Valore percentuale progressivo (con soglia prefissata al 95%) delle scelte delle scuole di specializzazione con scaglione di riferimento

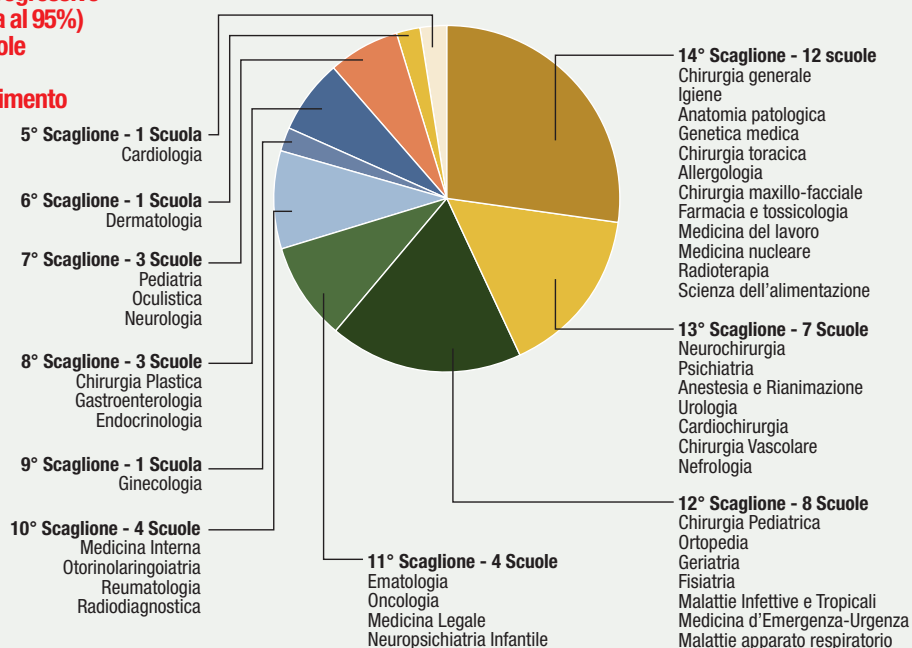


Tabella 1

Tabella Decaduti

Scaglioni di merito	Valore % decaduti per scaglione di merito rispetto alla sua numerosità	Valore % progressivo decaduti per scaglione di merito rispetto al totale contratti	Numerosità scaglioni di merito
1° 1/200	0,5	0,01%	200
2° 201/400	0	0	200
3° 401/600	0,5	0,02%	200
4° 601/1300	0,42	0,07%	700
5° 1301/2000	2,28	0,30%	700
6° 2001/2700	3,85	0,69%	700
7° 2701/3400	5,42	1,24%	700
8° 3401/4100	7,5	2,0%	700
9° 4101/4800	10,28	3,04%	700
10° 4801/5500	11	4,15%	700
11° 5501/6200	17,1	5,88%	700
12° 6201/6900	19,71	7,87%	700
13° 6901/7600	38,71	11,78%	700
14° 7601/8300	49,57	16,78%	700

dia complessità al termine della specializzazione, percorso lavorativo irto di difficoltà con raggiungimento della maturità professionale “chirurgica” spesso in tarda età (causa discutibili aspetti gerarchici ed aspetti organizzativi consolidati), alto livello di rischio clinico. È comunque opportuno sottolineare anche gli effetti preoccupanti generati dalla criticità “decaduti”, vista la sua dimensione. Le cause delle rinunce sono in via prioritaria attribuibili alla insoddisfazione per la impossibilità di scelta della Scuola preferita, anche in relazione alla sede ritenuta disagiata, e per la indisponibilità ad effettuare scelte ritenute residuali. Tali decaduti, loro malgrado, contribuiscono in maniera non indifferente, attraverso la scelta non effettuata, ad alimentare quell’ “imbuto formativo” in cui sono costretti tanti giovani medici neolaureati, impossibilitati a completare il loro percorso formativo per mancanza di contratti finanziati ed errori di programmazione.

I risultati ottenuti dallo studio possono essere considerati indicatori del preoccupante stato in cui versa il Sistema Sanitario Nazionale in riferimento alla disponibilità di risorse professionali. Per rimediare i competenti Ministeri (Miur, Ministero della Salute), insieme e di concerto con le Regioni, devono mettere in campo una riforma strutturale della formazione medica post laurea, atta a risolvere in modo efficace e duraturo le non poche criticità, a garanzia della sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale, come da tempo l’Anaa Assomed propone.

L'accreditamento Uni Cei En Iso/Iec 17025 nel laboratorio di genetica forense

Le tecnologie di sequenziamento ad alte prestazioni (Next Generation Sequencing, NGS) sono ormai diventate di uso comune nella ricerca biomedica, ma trovano sempre più spazio nella diagnostica, contribuendo fortemente alla realizzazione della medicina traslazionale e gettando le basi per la futura medicina "personalizzata".

L'impiego della genetica forense come strumento investigativo

L'analisi del Dna è oggi il sistema di identificazione personale più accurato utilizzato in ambito giudiziario, sia penale che civile. La genetica forense è una branca delle scienze forensi che si basa sull'applicazione di tecniche di genetica molecolare attraverso le quali è possibile caratterizzare, a partire da una traccia biologica, particolari marcatori genetici costituiti da polimorfismi di lunghezza del Dna (Dna microsatellite nucleare o Short Tandem Repeat) che possono assumere pesi molecolari diversi da individuo a individuo. L'insieme di un certo numero di questi marcatori ad alta variabilità inter-individuale viene detto profilo genetico. Si tratta quindi di un "impronta genetica" che consente di identificare in maniera sostanzialmente univoca una persona. Con i sistemi attuali, che utilizzano set di circa 20 marcatori, la probabilità che una persona presa a caso in una certa popolazione possieda un determinato profilo prefissato è nell'ordine di circa 10^{-28} (Random Match Probability). La sensibilità delle tecniche oggi disponibili è elevatissima, è possibile ottenere un profilo genetico completo a partire da 20-30 picogrammi di Dna genomico umano (equivalente al contenuto di Dna di quattro-cinque cellule diploidi). Le stesse tecniche utilizzate in ambito investigativo penale vengono inoltre impiegate anche nei casi di paternità controverse per stabilire con estrema affidabilità i legami di consanguineità. I sistemi per il sequenziamento massivo di nuova generazione, inoltre, stanno aprendo nuove possibilità, come la messa a punto di pannelli ibridi di analisi in grado di individuare, a partire da poche cellule nucleate, non solo il profilo genetico ma anche caratteristiche individuali com-



FRANCESCO BINNI

Sezione di Genetica Forense Uoc Laboratorio di Genetica Medica, Università La Sapienza Ao San Camillo-Forlanini, Roma



PAOLA GRAMMATICO
Direttore Uoc Laboratorio di Genetica Medica, Università La Sapienza Ao San Camillo-Forlanini, Roma

plesse come il colore degli occhi, il colore dei capelli e l'origine ancestrale del donatore.

L'adesione dell'Italia al Trattato di Prüm

Con l'adesione al Trattato di Prüm, nato per rafforzare la collaborazione transfrontaliera tra gli Stati membri dell'Unione Europea per il contrasto a terrorismo e criminalità, è iniziato, per l'Italia, il percorso parlamentare per l'istituzione di una banca dati nazionale del Dna (Bdn-Dna) conclusosi con il DPR nr 87 del 7 aprile 2016. La Bdn-Dna gestirà i flussi dei profili genetici ottenuti da soggetti sottoposti a provvedimenti giudiziari per reati non colposi, da tracce biologiche rinvenute sulle scene del crimine, da cadaveri a identità sconosciuta e da effetti personali (o da consanguinei) di persone scomparse. La Bdn-Dna diventerà quindi nei prossimi anni un potente strumento a disposizione degli organi di polizia nazionali e internazionali in grado, attraverso il confronto dei profili genetici, di identificare soggetti responsabili di atti criminali e di facilitare il riconoscimento di cadaveri non identificati.

Lo standard di qualità richiesto per le attività di scienze forensi: Uni Cei En Iso/Iec 17025

Gli Stati aderenti al Trattato hanno condiviso la necessità di definire uno standard di qualità di riferimento per tutti i laboratori che si occupano di scienze forensi e, in particolare, di analisi del DNA a scopo identificativo. Il Consiglio dell'Unione Europea, con la decisione quadro del 30 novembre 2009, n. 2009/905/GAI, ha stabilito che le strutture cooperanti (in Italia il Laboratorio Centrale del Ministero della Giustizia, i laboratori scientifici delle Forze dell'Ordine e gli Istituti di elevata specializzazione pubblici o privati operanti nel settore della genetica forense che intendano mettere a disposizione della magistratura i propri servizi) devono essere accreditate secondo lo standard tecnico internazionale Uni Cei En Iso/Iec 17025.

Significato dell'accreditamento

L'accreditamento è un processo attraverso il quale un ente terzo stabilisce l'imparzialità e la competenza di un laboratorio di prova. Dal 2009, l'Ente unico di accreditamento designato dal Governo italiano è Accredia, organizzazione che fa parte delle reti European co-operation for Accreditation (Ea), International Accreditation Forum (Iaf) e International Laboratory Accreditation Cooperation (Ilac). Lo standard 17025,

a differenza di altri livelli di norme ISO, contempla requisiti cogenti che riguardano tutti i fattori che possano influenzare l'affidabilità e l'accuratezza dei risultati. L'accreditamento a questa norma è quindi una garanzia di qualità del servizio offerto all'utente finale. Gli elementi principali tenuti in considerazione dalla norma 17025 riguardano la competenza tecnico scientifica degli operatori, la validazione e l'idoneità dei metodi di prova utilizzati, le procedure per la stima dell'incertezza di misura, la taratura periodica e certificata delle strumentazioni e le garanzie di qualità dei risultati delle prove. La Iso/Iec 17025 prevede inoltre che il sistema qualità sia gestito in conformità alla norma Iso 9001.

I requisiti strutturali

Il laboratorio che intende accreditarsi deve disporre di locali sufficientemente ampi con condizioni ambientali idonee allo svolgimento della prova. Allo scopo di limitare quanto più possibile contaminazioni da DNA esogeno il laboratorio deve separare fisicamente gli ambienti in cui vengono eseguite operazioni tra loro incompatibili, come ad esempio le fasi analitiche pre-amplificazione e post-amplificazione. Al fine di mantenere il massimo livello di performance delle strumentazioni soggette a taratura, quest'ultima deve essere effettuata da centri a loro volta accreditati.

Il personale

Il personale che opera all'interno del laboratorio possiede una formazione universitaria di base. Deve raggiungere una specifica competenza mediante affiancamento prima di poter essere abilitato all'esecuzione autonoma della prova. La competenza acquisita sul campo viene inoltre rafforzata da un programma di aggiornamenti periodici che ne consenta il mantenimento nel tempo.

Documentazione e tracciabilità

La Norma prevede la preparazione della documentazione relativa a istruzioni operative e protocolli per tutte le attività associate alla prova. Al laboratorio che richiede l'accreditamento viene richiesto, attraverso registrazioni dettagliate, di dare evidenza di tutto il processo operativo: dall'eventuale campionamento alla stesura del rapporto di prova finale passando per le varie fasi analitiche (estrazione del DNA, quantificazione, amplificazione in vitro ed elettroforesi capillare). Le registrazioni comprendono anche tutti i processi collegati alla prova come la documentazione fotografica dei reperti acquisiti e la loro

catena di custodia, i riferimenti ai lotti degli strumenti e dei reagenti utilizzati, i nominativi degli operatori che hanno eseguito la prova, le verifiche periodiche di performance del metodo mediante utilizzo di materiali di riferimento, i test per il monitoraggio delle contaminazioni ambientali e così via.

La validazione del metodo di prova

I metodi utilizzati dal laboratorio devono essere riconosciuti a livello internazionale, vengono sottoposti a validazione interna mediante materiali di riferimento certificati e la stima dell'incertezza di misura avviene attraverso prove effettuate dal laboratorio stesso su matrici biologiche diversificate. Non sono ritenuti sufficienti dalla Norma, infatti, i riferimenti sulla stima dell'incertezza di misura indicati nei manuali d'uso delle case produttrici dei sistemi utilizzati in quanto vi possono essere scostamenti causati da vari fattori come, ad esempio, la variabilità derivante dall'utilizzo di strumentazioni diverse. Conoscere l'incertezza di misura del metodo che si sta utilizzando è cruciale per identificare le fonti che la causano e minimizzare gli errori. È necessario che il laboratorio stabilisca sperimentalmente le soglie analitiche. È previsto l'utilizzo di controlli per il monitoraggio di ogni fase, come ad esempio l'inserimento di controlli negativi di estrazione del Dna, controlli negativi di amplificazione e Dna a profilo noto. È inoltre indicato definire dei piani di monitoraggio delle contaminazioni attraverso la creazione di *database di esclusione* contenenti i profili genetici dei soggetti che operano all'interno del laboratorio e dei visitatori che, opportunamente autorizzati e sotto supervisione, accedano a vario titolo all'interno delle aree tecniche (consulenti tecnici, periti e personale addetto alle manutenzioni). La Norma prevede la partecipazione ad almeno un *proficiency test* ogni anno con rilascio di certificato di superamento.

Il certificato di accreditamento

Il rilascio dell'accreditamento da parte di Accredia avviene attraverso due fasi: un esame documentale propedeutico ed una visita ispettiva in sede. Una volta conseguito, il certificato di accreditamento ha una durata di quattro anni durante i quali il laboratorio viene sottoposto a visite di sorveglianza con frequenza annuale. Prima della scadenza dei quattro anni il laboratorio può richiedere il rinnovo seguendo le stesse modalità previste per il primo accreditamento.

Riflessioni sull'indagine del Gruppo Donne della Segreteria Regionale Anaao Toscana sul lavoro delle donne medico

Le Diversità di Genere nel Sistema sanitario toscano

Autori

GRUPPO DONNE ANAAO TOSCANA

CONCETTA LIBERATORE
oncologa, membro segreteria regionale

GIOVANNA GREGORI
diabetologa, membro consiglio regionale Anaao Toscana

FRANCESCA CAROZZI
biologa, membro consiglio regionale Anaao Toscana

ROSSANA MANCINI
medico del lavoro, membro consiglio nazionale Anaao

CLAUDIA POZZI
geriatra, membro segreteria regionale

RICCARDA DEL BENE
cardiologa, membro consiglio regionale

CATERINA RANGO
pediatra membro consiglio regionale

SUSANNA GIOMI
internista

ALESSIO PELUSO
statistico, consulente Anaao Toscana

LORENZO TOFANI
statistico, consulente Anaao Toscana

LAURA MIGLIORINI
psicologa Università di Genova

SANDRA MORANO
ricamatrice Università di Genova, Osservatorio Nazionale professioni mediche e sanitarie al femminile Fnomceo

SONIA ALBANESE
cardiochirurgo pediatra, Anaao Lazio

PAOLA ROSIGNOLI
avvocata, consulente legale Anaao Toscana

PAOLA CARNEVALE
opinion leader legale Anaao Nazionale

GERARDO ANASTASIO
cardiochirurgo, membro segreteria regionale Anaao Toscana

Hanno collaborato

TANIA PICCHIONE
segreteria Anaao Toscana

ALDO TANI
Ufficio Stampa Anaao Toscana

SILVIA PROCACCINI
Ufficio Stampa Anaao nazionale

Ringraziamenti

ROBERTO MONACO
Segretario Nazionale Fnomceo

COSTANTINO TROISE
Presidente Nazionale Anaao Assomed

CARLO PALERMO
Segretario Nazionale Anaao Assomed

FLAVIO CIVITELLI
Segretario regionale Anaao Toscana



L'indagine ha coperto l'intero territorio regionale ed è stata realizzata tramite una piattaforma online. La compilazione dei questionari è stata mediata da un link di accesso univoco alla piattaforma e diffuso tramite mail aziendali, mail ordinistiche, social network, newsletters ed il sito Anaao Assomed

La femminilizzazione del lavoro medico è di fatto un fenomeno consolidato ed in crescente espansione. In Europa ed in Italia l'attuale forza lavoro complessiva sanitaria è composta principalmente da donne con un trend in crescita (incremento del 10% in Italia - OECD 2015). Una trasformazione di genere della sanità che provocherà un forte impatto sull'organizzazione del lavoro e sui modelli familiari in misura di certo non inferiore a quella determinata dalla stessa transizione demografica ed epidemiologica. Purtroppo l'assenza di concrete politiche

sociali e di organizzazione del lavoro, oggi molteplici e in parte inadeguate ma soprattutto non bilanciate tra i diversi Stati, impongono una profonda riflessione anche nel nostro sistema rispetto a quanto già in corso a livello europeo. In particolare, la mancanza di studi *ad hoc* sulla femminilizzazione in sanità e la tendenza a focalizzarsi prevalentemente sulla disparità economica, pur sussistente ancora, impongono la necessità di dare una interpretazione omogenea e univoca con riferimento alla qualità del lavoro della donna medico. Quest'ultimo diviene un concetto imprescindibile per le pesanti ricadute personali, familiari e sociali che un modello organizzativo sanitario ancora poco declinato al femminile si ostina a disconoscere e rispetto alle quali diviene necessario interrogarsi al fine di *ri-cercare* nuovi approcci nella gestione delle risorse umane che tengano conto del delicato equilibrio tra i bisogni percepiti e reali della donna medico e delle complessità esperienziali lavorative della stessa. Soprattutto, laddove le emergenti molteplicità e diversità che il lavoro medico impone, stan-

no diventando il principale ostacolo alla crescita lavorativa e professionale della donna medico.

Evidenze empiriche derivanti da indagini specifiche condotte a livello sindacale e ordinistico documentano ancora l'esistenza di un *gap gender* tra uomini e donne medico rispetto ai parametri di riferimento di un c.d. lavoro di qualità quali la dimensione economica e ergonomica in rapporto ai bisogni fisici e psicologici.

Si rendono noti i risultati definitivi scaturiti dal sondaggio online effettuato agli inizi dell'anno nel Sistema sanitario toscano, sulle condizioni lavorative delle donne medico dal Gruppo Donne della Segreteria Regionale ANAAO Toscana, con il patrocinio della Federazione Toscana degli Ordini dei Medici. Un vero e proprio screening socio-demografico, effettuato su un campione omogeneo e rappresentativo, selezionato per genere ed età (donne di età compresa tra 25 e 65 anni).

L'indagine ha coperto l'intero territorio regionale ed è stata realizzata tramite una piattaforma online. La compilazione dei questionari è stata mediata da un link di accesso univoco alla piattaforma e diffuso tramite mail aziendali, mail ordinistiche, social network, newsletters ed il sito ANAAO ASSOMED: 58 quesiti in totale, dei quali 41 hanno riguardato la tematica principale, vale a dire il disagio lavorativo percepito dalla donna medico nel modello organizzativo attualmente vigente nel Sistema Sanitario toscano, suddivisa per fenomeni d'interesse riguardanti la maternità, i carichi di lavoro, la conciliazione dei tempi di vita-famiglia-lavoro, i percorsi di formazione e di carriera, le discriminazioni, le molestie, mobbing, la rappresentatività e tutela del Sindacato e la conoscenza dei CUG (Comitati Unici di Garanzia), 17 invece, le variabili socio-demografiche finalizzate a tracciare l'identikit lavorativo e anagrafico della donna medico prevalente nell'attuale Ssr, rappresentato dalle tre nuove Aziende Unità Sanitaria Locale (USL) e dalle quattro Aziende Ospedaliero-Universitarie.

Hanno risposto 1358 donne medico delle 10981 iscritte all'OdM under 65 (12,4%), delle quali 952 hanno compilato il questionario per intero.

Dei 58 quesiti in totale, 41 concernevano il disagio lavorativo percepito dalla donna medico nel modello organizzativo sanitario toscano, suddiviso per fenomeni d'interesse relativi a: maternità, carichi di lavoro, conciliazione dei tempi famiglia-lavoro, percorsi formativi, discriminazioni, molestie, mobbing, rappresentatività, tutela del Sin-



“
Dall'analisi dei risultati emerge il ritratto di una professionista calata in un contesto organizzativo sanitario difficile, non più giovanissima, sposata con figli e assunta a tempo indeterminato negli Ospedali pubblici

dacato e conoscenza dei CUG (Comitati Unici di Garanzia); 17, invece, le variabili socio-demografiche per tracciare l'identikit lavorativo e anagrafico rappresentativo della donna medico nelle tre grandi aree (nord-ovest, centro, sud-est) in cui si identificano le nuove Aziende USL toscane e le quattro Aziende Ospedaliero-Universitarie. Rispetto alla distribuzione per area reale delle iscritte agli OdM vi è stata in proporzione una risposta più bassa nell'area nord (13% rispetto all'atteso 35%), lievemente più alta nell'area centro e nell'area sud rispettivamente del 58% rispetto all'atteso 41% e del 29% rispetto al 24%.

Il dato rispecchia la naturale composizione delle donne medico attualmente presente Toscana.

Circa il 65% delle donne intervistate lavora in Ospedali Pubblici (30% AO Universitaria, 32% Ospedali territoriali), il 24% nel Territorio. Il 65% delle intervistate ha un contratto a tempo indeterminato. Oltre il 60% delle donne medico rispondenti è coniugata. Oltre il 65% ha figli. Il 30% no. Il 58% delle donne intervistate ha la specializzazione in area medica, il 14% in area chirurgica. Delle donne in area medica il 58% ha figli, in area chirurgica il 68%, nei servizi clinici il 18%. Stratificando invece per le tre aree emerge la tipologia di donna medico con contratto a tempo indeterminato che lavora negli Ospedali territoriali, nell'area nord e sud, nella Azienda Ospedaliera Uni-

versitaria nell'area centro. Nel centro e nel nord prevale la donna medico che ha più di 45 anni.

Dall'analisi dei risultati emerge il ritratto di una professionista calata in un contesto organizzativo sanitario difficile, non più giovanissima, sposata con figli e assunta a tempo indeterminato negli Ospedali pubblici. Una donna, madre, medico che ancora incontra difficoltà nel conciliare i tempi di vita - lavoro e nell'organizzare la vita personale e familiare. Quasi il 50% delle intervistate riferisce di essersi dovuta assentare dal lavoro prevalentemente per accudire i figli. Se, poi, vi è un'estensione alle motivazioni di carattere organizzativo-familiare la percentuale aumenta al 70%. L'età emerge come uno dei fattori rilevanti nel contesto. Ad eccezione dell'area sud, dove la percentuale prevalente delle intervistate ha intorno ai 40 anni, nelle aree centro e nord della Toscana per oltre i 2/3 delle intervistate, la donna medico ha più di 50 anni e oltre la metà (circa il 60%) lavora in sedi distanti e non facilmente raggiungibili con i mezzi pubblici, circostanze che influiscono pesantemente sulle scelte di vita familiari e personali. I risultati emersi dall'indagine in tema di maternità sono assai rilevanti, considerato che il 69% delle intervistate ha figli. Confortante il fatto che ciò non impedisce di partecipare a corsi di aggiornamento (più dell'80% lo ha fatto).

Altro tema cogente è rappresentato dai carichi di lavoro conseguenti ai con-



gedi (maternità e parentale). Oltre la metà delle rispondenti è a conoscenza di mancate sostituzioni di maternità. Il 61% riferisce che le maggiori ripercussioni ricadono sui colleghi, mentre secondo 1/3 ciò ha conseguenze nell'organizzazione e programmazione dei turni e delle ferie. Il lavoro del medico è un lavoro di squadra. L'assenza di una dipendente per motivi correlati alla maternità, se non sostituita, materia tuttavia disciplinata *ex lege*, viene percepita negativamente provocando cattivi rapporti nell'ambiente di lavoro e alimentando l'ostilità nei confronti della collega assente.

Questo è un dato noto da tempo. Un'indagine effettuata nel passato dall'Anaao Assomed nelle Aziende sanitarie ha rilevato che la sostituzione delle donne in astensione dal lavoro è inferiore al 10% delle donne, con punte del 3% (ndr). Il 47% delle donne medico ha inoltre dichiarato di affrontare i turni di notte prima del compimento dei tre anni del figlio ed il 45% delle donne con figli, di lavorare più week end rispetto alla media durante il mese. Inoltre l'assenza dei nidi aziendali (inferiore all'1%), con il conseguente ricorso alla famiglia (il 31%) o ad esterni (maggiore del 40%), visto anche il basso contributo fornito dal padre (meno del 10%) rappresentano poi elementi di profonda riflessione: la famiglia rappresenta ancora il principale ammortizzatore sociale.

Fortunatamente, solo il 14% delle intervistate ha in carico una persona non autosufficiente. Significativi sono i ri-

sultati in relazione alla discriminazione: il 46% delle intervistate pensa di essere stata discriminata in quanto tale nella progressione di carriera, ma soltanto il 25% delle donne riferisce di essere effettivamente discriminata in concorsi e/o selezioni interne, mentre il 30% delle professioniste madri pensa di aver ricevuto discriminazioni al rientro dalla gravidanza. La maternità viene ritenuta ancora un ostacolo dal 30% delle intervistate (il 50% delle madri medico ha dovuto ridimensionare la carriera per i figli a differenza del 33% delle stesse che, comunque, si è dovuto sobbarcare il doppio del lavoro). Inoltre, nonostante che i 2/3 delle intervistate abbia un contratto con tutele in materia di maternità, il diritto all'astensione obbligatoria e facoltativa viene di fatto percepito come una concessione piuttosto che come un obbligo datoriale.

Sull'utilizzo del part time, i dati sono poi chiari: scarsa conoscenza e difficoltà di accesso legati alla discrezionalità del datore di lavoro e alla notevole riduzione della retribuzione. Di conseguenza più del 70% delle rispondenti riferisce di non averlo mai richiesto (il 13% perché frenata dalla perdita economica e l'8% dalle ripercussioni sulla carriera), mentre al 5% delle intervistate non è stato concesso.

In relazione alle molestie e mobbing il 15% delle intervistate ha dichiarato di esserne stata vittima sul luogo di lavoro, il 33% di aver subito mobbing ed il 22% di esserne state vittime in più occasioni.

Con riguardo ai C.U.G. - Comitati Unici di Garanzia - organo di garanzia per le pari opportunità, per la valorizzazione del benessere di chi lavora e per l'eliminazione delle discriminazioni previsti dall'art. 21 legge 183/2010, quale importante strumento in grado di condizionare il funzionamento organizzativo di una amministrazione pubblica, l'83% delle donne ha risposto di non conoscere la sua esistenza.

Quando si esplorano le differenze di genere in sanità rispetto all'opportunità degli uomini e delle donne di svolgere un buon lavoro e di poterne godere gli effetti, in ogni ambito, le donne presentano ancora maggiori svantaggi rispetto agli uomini. Le donne medico che lavorano sono penalizzate in termini di autonomia (minore possibilità di determinare l'intensità, le modalità e le condizioni del proprio lavoro), in ambito economico (retribuzioni ridotte, minore stabilità economica, maggiore precarietà lavorativa), con riferimento alla complessità del lavoro svolto (minori possibilità di partecipare ad attività formative on the job e di

carriera, maggiore incoerenza tra percorso formativo e posizione lavorativa ricoperta), per ciò che comporta il controllo del proprio lavoro (minore possibilità di partecipare ai processi decisionali e nel dare indirizzi per migliorare l'organizzazione del lavoro o i processi lavorativi). In Italia, infatti, sembra che i problemi di conciliazione tra vita professionale e privata siano ancora una prerogativa esclusivamente femminile. Le donne rinunciano frequentemente a percorsi lavorativi impegnativi che richiedono un importante investimento in termini sia di tempo che di responsabilità.

Si può ipotizzare dunque che vi sia per molte donne da una parte una rinuncia a priori nell'investire sulla costruzione di una carriera professionale e dall'altra la scelta, più o meno consapevole, di dare al proprio lavoro un ruolo di secondo piano nella propria scala di priorità di vita. I dati dell'indagine obbligano tutte le Istituzioni in campo ad una complessiva rivalutazione del Sistema sanitario e di coloro che vi lavorano (nello specifico della dirigenza medica), tenendo conto di due altri aspetti fondamentali: la sempre maggiore presenza di donne medico e la svalorizzazione sociale, almeno in Italia, della professione. È necessario quindi, oggi più che mai, vigilare ed intervenire sui nuovi modelli organizzativi perché favoriscano la conciliazione e l'introduzione di strumenti di flessibilità, sugli obblighi di sostituzioni per congedi di maternità e/o parentali, sulla previsione di nidi aziendali così come sulla estensione delle tutele ai profili contrattuali atipici. Non è forse privo di significato che la sempre crescente svalorizzazione di cui sopra sia accompagnata da anomalie contrattuali che vedono in prima linea precari privi di ogni tutela. È compito dello Stato e delle Regioni garantire tutele vere e fruibili che non incidano sul carico dei colleghi ma sul sistema in generale. Ogni norma che preveda una tutela sarà efficace solo se il legislatore prevederà chi e come riempirà lo spazio lavorativo lasciato libero in conseguenza del riconoscimento di un diritto che, soprattutto nel lavoro caratterizzato dalla continuità assistenziale, come quello ospedaliero, mette in crisi il microcosmo lavorativo ogni volta che si toglie un ingranaggio dalla macchina senza prevederne contestualmente la sostituzione. Per questo è necessario avviare quel cambiamento culturale necessario per arrivare ad una nuova concezione dell'organizzazione del lavoro e attuare quelle politiche di conciliazione che consentirebbero la realizzazione dell'equilibrio tra lavoro e famiglia.

“
Le donne medico che lavorano sono penalizzate in termini di autonomia, in ambito economico, con riferimento alla complessità del lavoro svolto, per ciò che comporta il controllo del proprio lavoro

Behuman



I SERVIZI DELLA TUA ASSOCIAZIONE

POLIZZA RC COLPA GRAVE

Per i nuovi iscritti la più completa POLIZZA RC COLPA GRAVE, comprensiva di responsabilità patrimoniale, al costo speciale di 195€ per un anno (per gli specializzandi 110€).

PRONTO AVVOCATO?

Gli iscritti hanno a loro disposizione GRATUITAMENTE legali convenzionati, per pareri, assistenza stragiudiziale, consulenza normativa, contrattuale, giurisprudenziale, previdenziale, assistenza nei procedimenti disciplinari. Contatta l'**HELP DESK TELEFONICO** 064245741 o scrivi a servizi@anaao.it.

POLIZZA TUTELA LEGALE

Per tutti gli iscritti POLIZZA TUTELA LEGALE GRATUITA con massimale a € 50.000,00.

FORMAZIONE

La piattaforma FAD della Fondazione Pietro Paci, la più ampia d'Italia, ti mette a disposizione **480 crediti ECM GRATIS**.

La **SCUOLA NAZIONALE PER LA FORMAZIONE DEI QUADRI SINDACALI** è **GRATUITA** per tutti gli iscritti. Imparerai ad apprendere la normativa contrattuale e gli strumenti per affermare i tuoi diritti.