

LA FORMAZIONE E L'IMPIEGO DEL PERSONALE MEDICO SPECIALISTICO NEL SSN: ANALISI E PROPOSTE DI INTERVENTO

(Audizione Anaa Assomed presso la Commissione Cultura Camera dei Deputati – 9 gennaio 2019)

ANAAO ASSOMED negli ultimi 10 anni, ed in maniera sistematica negli ultimi 5, ha ampiamente affrontato, attraverso studi descrittivi di settore, il problema della programmazione dei fabbisogni di medici specialisti operanti nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

L'elaborazione delle fonti informative presenti nei vari registri (MIUR, Ministero della Salute, ANVUR, Conto Annuale del Tesoro (CAT), FNOMCeO, ENPAM, ISTAT) ha consentito di dettagliare la relazione tra pensionamenti, accessi al corso di laurea in Medicina e Chirurgia e la formazione post-laurea (scuole/contratti di specializzazione), mettendo in luce i fenomeni già in essere, quali:

- **“imbuto formativo”**, ovvero il gap tra numero di accessi al corso di laurea in Medicina e Chirurgia, cresciuto negli ultimi anni e dilatato enormemente da sentenze cautelative del TAR tra il 2013 e il 2015, e l'insufficiente numero di contratti specialistici;
- **“imbuto lavorativo”**, ovvero la difficoltà di soddisfare un'alta domanda occupazionale prevalente post specialistica (necessaria per il sostenimento di qualità del SSN), per un rallentamento delle assunzioni nel SSN secondario al blocco del turnover legato ai piani di rientro delle Regioni con squilibrio di bilancio e alla norma della legge finanziaria del 2010 (Governo Berlusconi/Tremonti) che limita la spesa per il personale a quella del 2004, ridotta dell'1,4%.

Alle soglie del 2019 questi due fenomeni, considerati e dimostrati essere obiettivamente fonte di logorio del SSN e del processo di continuità formativa medica, risultano carichi di risvolti su qualità delle cure e su qualità formativa nel confronto con altre realtà europee.

IL PROBLEMA DELL'IMBUTO FORMATIVO: UN GRAVE DANNO GENERAZIONALE CON IMPORTANTI RISVOLTI SULLA PROFESSIONALIZZAZIONE DEL MEDICO

Ogni modifica al tempo zero del numero di accessi al corso di laurea di Medicina e Chirurgia porta ad un risultato a 10-12 anni di distanza; per tale ragione ogni intervento sul cosiddetto “numero chiuso” per l'accesso al corso di laurea richiede un razionale programmatico a 10-12 anni (termine dell'eventuale specializzazione con durata quinquennale, ovvero il percorso più lungo). Nel recente passato, la mancata considerazione di questa latenza temporale tra intervento ed effetto, ha minato una programmazione che ha omesso un preciso calcolo pluriennale delle necessità reali di medici specialisti per determinare il numero di accessi alle Scuole di Medicina e Chirurgia, basandosi piuttosto su esigenze “particolari” e non di sistema. Gli errori di questa “non programmazione” sono oggi più che mai drammaticamente manifesti

Gli accessi al corso di laurea in Medicina e Chirurgia

La “cattiva programmazione” degli ultimi decenni ha stabilito un ulteriore aumento dei posti a “numero chiuso” per il corso di laurea in Medicina e Chirurgia per l'anno accademico 2018/2019 (oltre + 7% rispetto all'anno precedente), nonostante il numero di accessi nel recente passato sia sempre stato sovrastimato rispetto alle reali necessità future di medici laureati, considerando anche l'ulteriore espansione per i ricorsi al TAR negli anni accademici 2013/2014 e 2014/2015.

Le attuali proposte di modifica del sistema di selezione all'ingresso della facoltà di medicina e chirurgia, per quanto iniziative ammirevoli, tuttavia non possono rappresentare un cavallo di Troia per liberalizzare gli accessi rinunciando alla programmazione dei futuri professionisti.

Si rischierebbe, se l'intento finale fosse questo, di trasformare l'intero percorso di laurea in una fabbrica delle illusioni.

Infatti, il “numero chiuso”, che ha visto la sua traduzione legislativa con il decreto 264/99 nasce con una doppia finalità:

- “garantire la qualità e la continuità della formazione in base alle strutture che possono ospitare e formare gli studenti;
- “garantire l’occupazione per evitare inutili e dannose pletere già viste in passato”

(Angelo Mastrillo, Segretario Conferenza Nazionale dei Corsi di Laurea delle professioni sanitarie).

Tale decreto legge, contiene in sé alcune positive prerogative, quali l’accesso misurato sulle capacità di assorbimento degli Atenei, che oggi sappiamo essere in Italia sottorganico e non dotati di requisiti tecnologici idonei ad una formazione di qualità, nonché la correlazione diretta tra fabbisogni di personale e posti a disposizione per formare i professionisti. Purtroppo tali prerogative sono da tempo solo cartacee e mai realizzate.

E’ altresì di assoluta verità quanto contenuto nel testo del progetto di legge 542 presentato alla Camera dei deputati del 18 aprile 2018 inerente la arbitraria valutazione delle capacità e delle attitudini di studenti alla facoltà di medicina chirurgia nonché la arbitraria capacità di inserimento dei futuri medici nel mondo del lavoro.

Tale arbitrarietà è dovuta però ad una non corretta programmazione dei fabbisogni piuttosto che a cause attribuibili al numero programmato.

La tabella 1 evidenzia come i posti programmati per la formazione post-lauream negli ultimi 10 anni (contratti specialistici), siano sempre stati insufficienti rispetto anche al solo numero di laureati annuali (ad eccezione del 2015 e 2016). Con tale sbilanciamento tra domanda e offerta formativa specialistica, accedere alla formazione post-lauream è diventato sempre più difficile, proprio per l’accumularsi anno dopo anno degli esclusi.

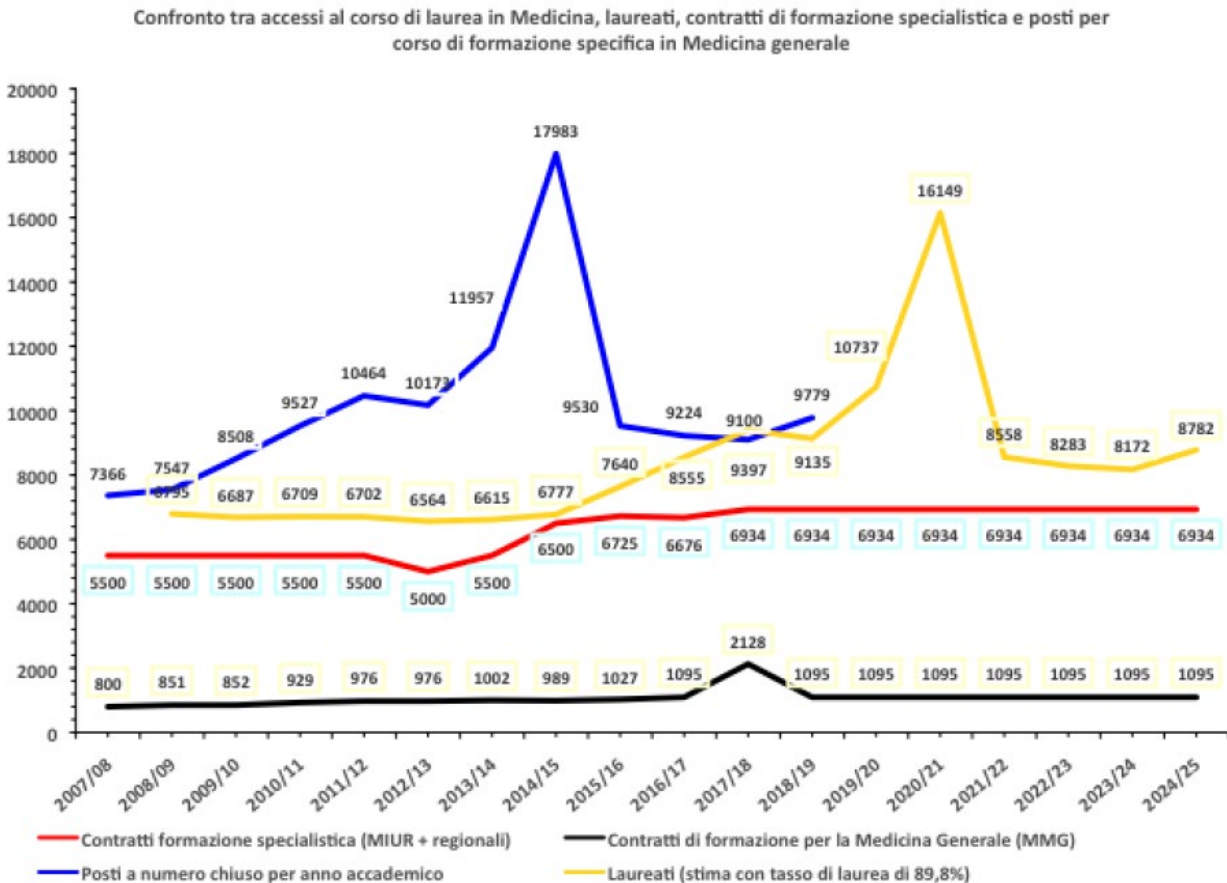
Purtroppo l’aumento dei posti a “numero chiuso” per l’accesso al corso di laurea in Medicina e Chirurgia senza una valutazione affidabile dei fabbisogni reali di medici e senza un conseguente adeguamento del numero di contratti di formazione specialistica, ha creato un aumento dell’imbuto formativo e la carenza di specialisti specie nel SSN, ad oggi resi ancora più insufficienti per la combinazione della gobba pensionistica e del blocco delle assunzioni.

FIASO ha stimato l’ammancio di 11.800 medici specialisti nei prossimi 5 anni, anche con il totale sblocco del turnover. Ma la realtà potrebbe essere ben più severa.

Tabella 1. I numeri della formazione post-lauream. I numeri in rosso sono stime, dal 2018/19 in poi ad invarianza di programmazione rispetto all'anno precedente. Le borse MMG aggiuntive deliberate per quest'anno sono state considerate "una tantum". La stima dei laureati è eseguita tenendo conto di un tasso stimato di laurea dell'89,8% degli studenti di Medicina entrati tramite concorso 7 anni prima (l'anno accademico dei concorsi è da sempre sfalsato di un anno rispetto a quello dei corsi di laurea; ad esempio uno studente entrato a medicina nell'AA 2012/13 che si laurea in corso, proverà i concorsi post-lauream dell'AA 2018/19 il prossimo anno).

Anno accademico	Posti a numero programmato corso di laurea in medicina e chirurgia	Contratti di formazione per la Medicina Generale (MMG)	Contratti specialistici MIUR	Contratti specialistici regionali	Laureati (stima con tasso di laurea di 89,8%)	Posti post-lauream totali	Percentuale di laureati che non possono accedere a formazione post-lauream
2008/09	7547	851	5000	500	6795	6351	6,5%
2009/10	8508	852	5000	500	6687	6352	5,0%
2010/11	9527	929	5000	500	6709	6429	4,2%
2011/12	10464	976	5000	500	6702	6476	3,4%
2012/13	10173	976	4500	500	6564	5976	9,0%
2013/14	11957*	1002	5000	500	6615	6502	1,7%
2014/15	17983**	989	6000	500	6777	7489	0,0%
2015/16	9530	1027	6133	592	7640	7752	0,0%
2016/17	9224	1095	6105	571	8555	7771	9,2%
2017/18	9100	2128	6200	734	9397	9062	3,6%
2018/19	9779	1095	6200	734	9135	8029	12,1%
2019/20		1095	6200	734	10737*	8029	25,2%
2020/21		1095	6200	734	16149**	8029	50,3%
2021/22		1095	6200	734	8558	8029	6,2%
2022/23		1095	6200	734	8283	8029	3,1%
2023/24		1095	6200	734	8172	8029	1,7%
2024/25		1095	6200	734	8782	8029	8,6%
		*: include + 1800 ricorsi al TAR		**: include + 9000 ricorsi al TAR			

Grafico 1: Analisi grafica descrittiva della programmazione della formazione del Personale Medico Italiano, dal numero chiuso per l'accesso alle Scuole di Medicina e Chirurgia, ai contratti per la formazione specialistica post-lauream (MIUR + Regioni) e le borse di studio per la Medicina generale.



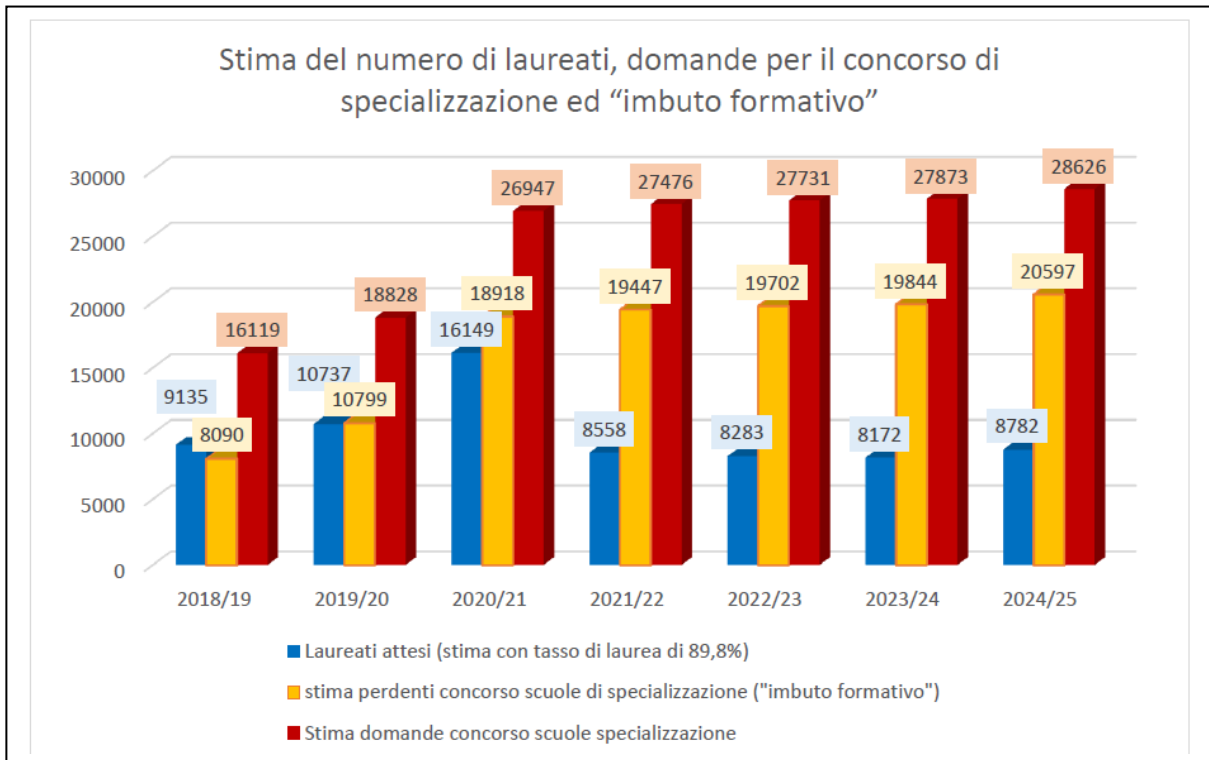
L'imbutto formativo obbliga annualmente giovani medici neolaureati a congelare il loro percorso formativo, non avendo a disposizione contratti di formazione specialistica. Ad invarianza di programmazione, il numero di esclusi dalle scuole di specializzazione è destinato ad aumentare annualmente sia per il progressivo incremento del numero programmato, sia per il sommarsi annuale degli esclusi stessi; in particolare nel 2020 e 2021 insisterà la pleora di neolaureati per i passati ricorsi TAR (9800 studenti in aggiunta agli ordinari stabiliti per gli anni 2013/2014 e 2014/2015) (Grafico 1).

In questo scenario, si innesta positivamente l'azione delle Regioni che quest'anno hanno contribuito all'aumento del numero di contratti di formazione specialistica, con maggior peso per il corso di formazione specifica in Medicina generale. Purtroppo, tale aumento è ancora ampiamente insufficiente per risolvere gli effetti dell'errata programmazione degli anni precedenti che, nell'anno accademico 2024/2025, vedrà nell'imbutto formativo oltre 20.000 medici, alla ricerca spasmodica di uno sbocco formativo e lavorativo nel SSN.

Pertanto, l'entità numerica dell'imbutto formativo è destinata a quasi triplicare nell'arco di 3 anni, per l'elevato numero dei laureati e soprattutto per i circa 10.000 ricorsisti al TAR entrati in sovrannumero nel corso di laurea in Medicina e Chirurgia tra il 2013 e il 2014.

Nel triennio 2022/2024 si realizzerà un "plateau", con il numero di neo-laureati medici nell'imbutto destinato a rimanere pressoché costante, secondariamente all'aumento del numero degli accessi al corso di laurea in Medicina stabilito dal MIUR dal 2015 al 2017. Nel 2025 sarà previsto ancora un incremento, causato dall'ulteriore aumento degli accessi al corso di laurea in Medicina deciso per quest'anno.

Grafico 2: STUDIO ANAAO 2018: stima del numero di laureati, domande per il concorso di specializzazione ed “imbuto formativo”, ovvero il numero di giovani medici che non troveranno accesso alla formazione post-lauream. La stima è eseguita tenendo conto del numero di posti 2017/2018 per la formazione post-lauream (contratti specialistici MIUR + regionali, borse di studio corso di formazione specifica in Medicina generale, ad eccezione dei posti aggiuntivi deliberati per quest’ultimo corso, considerati “una tantum” solo per quest’anno) con ipotetica invarianza di programmazione (contratti-borse/anno). La stima dei laureati è eseguita tenendo conto di un tasso stimato di laurea dell’89,8% (ultimo dato disponibile) degli studenti di Medicina entrati tramite concorso 7 anni prima. Il margine di errore dei progressi studi ANAAO rispetto al reale numero di domande per il concorso specializzazione, negli ultimi due anni, è stato inferiore al 2,5%, confermando la validità del metodo seguito.



LE PROPOSTE PER IL SUPERAMENTO DELL'IMBUTO FORMATIVO E DELL'ODIERNO DEFICIT DI MEDICI SPECIALISTI.

Premessa

Per poter arginare efficacemente il grave problema dell'imbuto formativo e della carenza di medici specialisti nel SSN, è fondamentale intervenire quanto prima proprio per i risvolti a lungo termine derivanti da ogni azione programmatica; a questo scopo si suggerisce di emanare un decreto legge ad hoc per le criticità occupazionali che richiedono un intervento urgente e un disegno di legge concordato con ministeri interessati, regioni e rappresentanti dei professionisti per il cambiamento del processo di formazione post-lauream.

ANAAO ha sviluppato proposte valide ed attuabili in tempi ragionevolmente brevi.

PROPOSTE PER IL PERCORSO PRE-LAUREA

In considerazione della dettagliata analisi effettuata comprendente i numeri degli accessi commisurati alle esigenze del territorio, riteniamo non congruente né la eliminazione del numero chiuso per l'accesso alla Facoltà di medicina e Chirurgia, né tantomeno alternative parallele quali slittamento tempistico della selezione che nuocerebbe ai giovani colleghi in termini di tempo perso e di preparazione acquisita.

Tale apertura non risolverebbe peraltro la problematica della carenza di medici specialisti aumentando di fatto la pleora di medici abilitati, già oggi superiore alle 10.000 unità, senza permettere loro l'ingresso nel mondo del lavoro.

Il decreto 264/99 tra i suoi punti fermi annovera la frequenza obbligatoria corroborata da attività di tutoraggio e tirocini per le facoltà mediche.

Tale prerogativa, elemento indispensabile per mantenere alti livelli di qualità formativa dei giovani medici, sarebbe resa inoltre di difficile mantenimento qualora si 'aprisse la possibilità di ingresso alla Facoltà di medicina e Chirurgia al nugolo di giovani diplomati.

Solo nell'ultimo triennio le richieste di iscrizione al test per l'ingresso a Medicina sono lievitate 67.005 e i posti disponibili 9.779 con l'evidenza di un trend in ascesa di domande nell'ultimo triennio

- nel 2015 60.639 iscritti per 9.530 posti
- nel 2016 62.695 iscritti per 9.224 posti
- nel 2017 67.005 iscritti per 9.779 posti

Appare naturale pensare che una eliminazione del numero programmato attirerebbe molti più giovani laureati.

Da non sottovalutare inoltre la problematica inerente alla impossibilità da parte degli Atenei di sopperire ad un sostanzioso aumento del numero di iscritti da formare.

A partire dalla istituzione dei corsi di laurea triennali le Università hanno visto incrementare il numero di studenti in maniera vertiginosa.

Il tutto in una condizione delle Università italiane di grande sofferenza in termini di organico e di infrastrutture come evidenziato dal rapporto biennale AnVUR 2018.

Basti pensare che, in rapporto al prodotto interno lordo (PIL), la spesa in istruzione terziaria è in Italia lo 0,9%; 0,60 punti percentuali al di sotto della media dei paesi OCSE e inferiore a quella di tutti i principali paesi.

Lo scarto in termini percentuali è del 40%, maggiore dello scarto stimato per la spesa per studente, l'**1,27%** nel quadriennio 2011-2014, molto al di sotto della media di Unione Europea e paesi Ocse e molto lontana dall'impegno preso nel 2007 con la firma del Trattato di Lisbona, che prevedeva di investire almeno il 3% del Pil in ricerca scientifica.

Per quanto di pertinenza del personale docente, l'università italiana ha perso per strada in sette anni 4.650 professori e ricercatori (il 7,9%): erano 58.885 nel 2010-11, sono 54.235 nel 2016-17.(rapporto biennale ANVUR).

In particolare, diminuiscono di quasi un quinto gli ordinari (da 15.169 a 12.156) e i ricercatori (da 24.530 a 19.737), mentre per effetto del piano straordinario, con le tornate di abilitazioni degli ultimi anni, gli associati segnano un più 16,7%.

E' Naturale che per creare un sistema formativo performante occorre prima di tutto investire in docenti ed infrastrutture.

Diverse criticità invece insistono sul meccanismo di selezione degli studenti di medicina ed è in tal senso che si deve operare.

LE PROPOSTE DI ANAAO SUL TEST D'INGRESSO ALLA FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

La rimodulazione del test:

Organizzazione di Corsi di orientamento alla scelta della facoltà di medicina e chirurgia

Come già sperimentato con successo dalla FNoMCEO, organizzare corsi che orientino gli studenti alla facoltà di Medicina e Chirurgia, consentendo agli stessi un primo approccio alle materie specifiche, sfatando miti esistenti e riconducendo alla realtà l'idea di essere medico.

Alla fine dei corsi previsione di un test di verifica con la possibilità che lo stesso possa avere valore nel test di ammissione.

Rilascio di un libro elaborato dal Ministero agli studenti dal quale poter attingere.

DESTINATARI: *Studenti del IV e V anno Scuole Superiori*

DOCENTI: *Dirigenti Medici*

DURATA DEL CORSO: 1 semestre

PERIODO: Febbraio – Giugno

Possibilità di far ‘respirare’ agli studenti le corsie di reparto attraverso stage estivi dopo l’ultimo anno di scuola secondaria, in cui gli stessi abbiano la possibilità di ‘vivere’ per un breve periodo di tempo l’ambiente medico.

Rappresenta la parte pratica del corso di orientamento svolto durante l’anno.

DESTINATARI: *Studenti del IV e V anno Scuole Superiori*

DOCENTI: *Dirigenti Medici*

DURATA DEL CORSO: 20 giorni

PERIODO: Giugno – Settembre

Organizzazione di corsi preparatori al test da parte del Ministero :

- Corsi in gestione agli Atenei;
- Contemporaneamente corsi in FAD;
- Programmi unici;
- Libri di testo: elenco di libri consigliati dai quali poter attingere;
- Implementazione piattaforma su cui lo studente può esercitarsi con simulazioni di prova;

Riorganizzazione del test d’ingresso:

- costituzione di una commissione con trasparenti criteri di scelta;
- 3 macrosesti.
- controlli nelle aule.

60 quesiti a risposta multipla (con cinque opzioni di risposta) così suddivisi:

- 2 di cultura generale: 1 punto per risposta corretta 0 per risposta errata
 - 18 di biologia: 1.5 per risposta corretta, -0.5 per risposta errata 0 per mancata risposta
 - 12 di chimica: 1.5 per risposta corretta, -0.5 per risposta errata 0 per mancata risposta
 - 8 di fisica e matematica: 1.5 per risposta corretta, -0.5 per risposta errata 0 per mancata risposta
 - 10 su corsi preparatori: 1.5 per risposta corretta, -0.5 per risposta errata 0 per mancata risposta
 - 10 su logica: 0,5 per risposta corretta 0 per risposta errata
- Attribuire maggiore peso specifico ad attività extracurricolari specifiche;
 - Bibliografia unica di riferimento per permettere una preparazione idonea di programmi trasparenti.
 - Minor peso specifico ai test psicoattitudinali (*in tal senso uno dei bias della legge 249/99 ci appare essere quello di basare una graduatoria su test di cultura generale*)
 - Organizzazione, da parte del Ministero, di corsi preparatori al test, sfruttando anche la piattaforma di cui già si dispone, al fine di eradicare il problema del mercato dei corsi di preparazione privati, problema denunciato nella proposta di legge 1301 presentata alla camera dei deputati il 24 ottobre 2018.

Infine, condividiamo quanto espresso dalla proposta di legge 1342 presentata alla camera dei deputati il 6 novembre 2018 inerente la necessità di abbreviare ulteriormente il tempo necessario all’ingresso del giovane medico nel mondo del lavoro rendendo la laurea abilitante per quanto riguarda i termini di selezione.

PROPOSTE DI SOLUZIONI CON LOGICA STRUTTURALE

1) Formazione-lavoro nei TH - ultimo biennio

L'ultimo biennio di specializzazione (triennio in caso di durata di 5 anni) viene svolto in ospedali di insegnamento (*Teaching Hospital, TH*) per "imparare facendo", con un contratto di formazione-lavoro a tempo determinato, con competenze ed autonomie professionali crescenti, da svolgersi presso strutture del SSN validate, con insegnamento della parte teorica a carico delle Università.

La proposta nello specifico prevede, dopo gli anni del "tronco comune" passati "tra le mura" universitarie, il completamento obbligatorio della formazione per 24-36 mesi in strutture prevalentemente ospedaliere che abbiano specifici requisiti mediante la stipula di un contratto ad hoc, a tempo determinato, a scopo formativo e finanziamento regionale. Questa nuova tipologia di contratto assume caratteri migliorativi rispetto al contratto attualmente impiegato (unicum tra i grandi paesi europei) secondo il quale lo specializzando è più studente che lavoratore, con assai ridotti diritti e tutele.

Dopo il primo semestre passato nel TH a "imparare" e sempre affiancato a un medico tutor, nei 18/30 mesi successivi lo specializzando acquisisce graduale e piena autonomia nelle attività di base del medico specialista (guardie diurne e notturne, attività di reparto). Un medico strutturato deve essere sempre presente o comunque raggiungibile nel caso il medico in formazione/lavoro ne richieda l'intervento.

Progressivamente verrebbe impiegato in attività formative di alto livello, inizialmente tutorate poi in crescente autonomia (es. sala operatoria da primo operatore, visite specialistiche, consulenze, in base ai percorsi già previsti dalla normativa vigente). Entrambi i tipi di attività (di base e di alto livello) saranno descritte in un *log book* specifico e informatizzato, con griglie di apprendimento con previsione di non conformità, in modo da caratterizzarle al meglio, tutelare il medico in formazione e garantire un elevato standard di cura. Per alcune specialità come Anestesia e Rianimazione, Radiologia e altre dell'area dell'emergenza/urgenza, si dovrà definire in ogni caso una particolareggiata *job description*.

Lo svolgimento di queste attività sarà possibile solamente in strutture qualificate appartenenti al SSN, una sorta di "rete neurale", una vera rete formativa, non esclusivamente la casa-base universitaria, con i vari snodi (le strutture accreditate) che possono essere indifferentemente ospedalieri o universitari. Le strutture della rete formativa dovranno sottostare a rigide regole di accreditamento, dovrebbero avere volumi di attività compatibili con percorsi di qualità professionale, qualità del Piano Nazionale Esiti, Case Mix adeguato e anche una "patente" di affidabilità circa le modalità di impiego dei loro operatori, quali un numero di contratti atipici non superiore al 2%, dotazioni organiche al completo nei precedenti 6 mesi.

I risvolti economici della proposta formativa sopradescritta

Si propone un cofinanziamento Stato/Regioni degli ultimi anni di specializzazione. Calcolando due anni (e valutando il numero medio di specializzandi per anno in 6110, media dei contratti MIUR degli ultimi anni), la proposta consentirebbe allo Stato il risparmio di 158,86 milioni di euro (79,43 milioni per anno, cioè il 50% del finanziamento attuale) che diviso 76.000 euro (nuovo costo statale di una borsa quadriennale) permetterebbe la stipula di 2090 nuove borse di durata quadriennale. In carico alle Regioni rimarrebbe il finanziamento della quota parte dei contratti di formazione lavoro conseguentemente all'impegno dello specializzando nelle strutture sanitarie.

Vi sono anche altre fonti di finanziamento, che saranno discusse più avanti, per la copertura di ulteriori contratti di formazione nel caso si decidesse di svuotare rapidamente l'imbuto formativo.

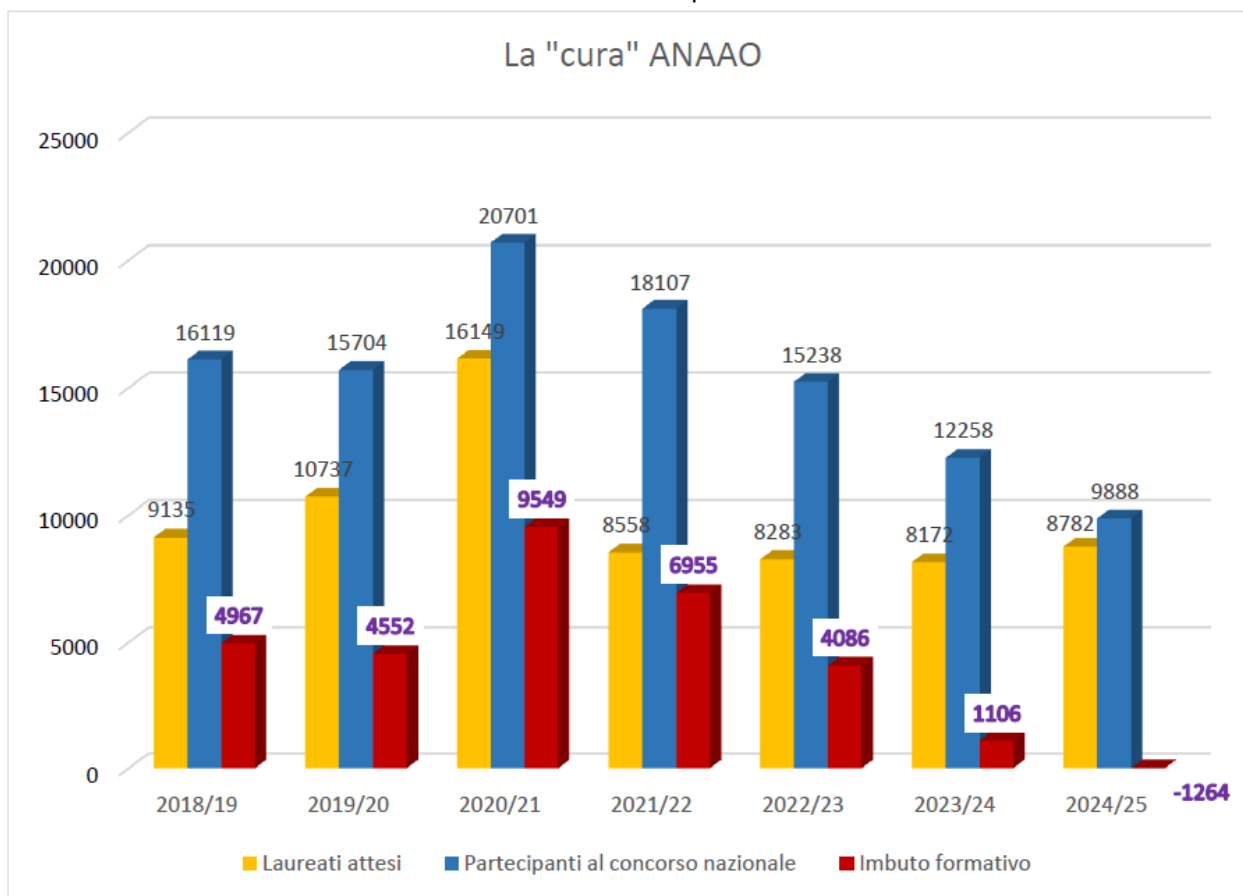


Grafico 3: La "cura" ANAAO: il fenomeno dell'imbuto formativo con i nuovi 2090 contratti di formazione specialistica/anno, a invarianza di programmazione degli accessi a Medicina per i prossimi 6 anni (9779 nel 2018/19) e dei posti a disposizione per il corso di formazione specifica per la Medicina generale previsti per quest'anno (2128).

La proposta sopra descritta è una possibile soluzione sia all'imbuto formativo a medio-lungo termine (entro 7 anni si estinguerebbe), sia alla carenza odierna di specialisti (i medici in formazione degli ultimi anni garantirebbero alcune attività mediche di base in autonomia, liberando risorse per attività specialistiche). In questo modo inoltre si garantirebbe un più precoce ingresso nel mondo del lavoro ai medici in formazione, in linea con quanto già avviene nel resto d'Europa. Comunque nel settore dei Dea e dei PS la carenza di personale medico è così ampia (circa 1200 unità secondo Simeu) e gli specializzandi in Medicina di Emergenza/Urgenza così pochi (740 le iscrizioni dell'ultimo quinquennio) che bisognerà immaginare soluzioni particolari senza superare il vincolo della specializzazione.

L'inquadramento contrattuale

È chiaro che la proposta dovrebbe passare attraverso un nuovo inquadramento contrattuale dei medici in formazione, che garantisca loro piene tutele previdenziali e assistenziali, nell'area della dirigenza medica come "dirigente medico in formazione". La retribuzione potrebbe essere quella base del CCNL della dirigenza medica.

2) Il modello europeo: La formazione medico specialistica totalmente a carico del SSN

L'Italia è l'unico paese europeo nel quale l'Università ha il monopolio della formazione medico-specialistica. Il giudizio della qualità formativa universitaria, a detta degli stessi specializzandi, è spesso insufficiente e, quando confrontata con quella delle strutture del SSN, è nettamente inferiore (*Fonte: Survey ANAAO Giovani 2017*).

Guardando agli altri paesi europei, gli specializzandi sono integrati e spesso dipendenti dei servizi sanitari nazionali. In Italia, sono ibridi tra studenti e lavoratori, una figura assai difficile da inquadrare nell'ottica di diritti e doveri. La nostra proposta prevedrebbe il passaggio della gestione della formazione specialistica pratica dal MIUR al Ministero della Salute, con rilascio del titolo a carico dell'Università. L'Università continuerebbe a offrire la formazione teorica agli specializzandi, che verrebbero inquadrati contrattualmente sin da subito come lavoratori, con contratto di lavoro a tempo determinato a scopo formativo, e parteciperebbe al controllo della qualità del percorso. La formazione pratica si svolgerebbe in ospedali di apprendimento con volumi minimi soglia per ogni specialità, stabiliti dalle Regioni; tra essi sarebbero annoverati, se idonei, anche gli ospedali universitari, attualmente detentori esclusivi della formazione medica specialistica.

Le tutele previdenziali e assistenziali sarebbero superiori a quelle odierne, essendo garantite da un contratto di lavoro e non da un contratto di formazione che considera i medici come studenti.

Il percorso di specializzazione: da medico in formazione post-lauream a specializzando (primo anno)

Il primo step formativo sarebbe assimilabile all'attuale tronco comune per area medica, chirurgica, dei servizi. Il primo anno servirebbe per un approccio del giovane medico al mondo del lavoro, per cominciare la pratica medica dopo anni di studio principalmente teorico. Il giovane medico non è ancora in grado di svolgere attività specialistiche in autonomia, pertanto svolge solo attività mediche di base, seguendo le direttive del proprio tutor. La parte teorica verrebbe fornita dall'Università.

Il percorso di specializzazione: da specializzando ad assistente (secondo e terzo anno)

Superato il primo anno, il giovane medico guadagna la qualifica di "specializzando". Esso partecipa alle attività specialistiche proprie della materia scelta, inizialmente sempre tutorate, poi con autonomia crescente a seconda della complessità delle attività. Al termine del terzo anno, guadagna la qualifica di "assistente".

Il percorso di specializzazione: da assistente a specialista (quarto e quinto anno)

L'assistente, nella lingua italiana, è un "titolo di varie attività professionali o a queste assimilabili, che si esplicano in un'opera di coadiuvazione tecnica con il titolare o responsabile principale dell'attività stessa" (definizione tratta da *Vocabolario online Treccani*).

La figura dell'assistente sarebbe assimilabile a quella di un "quasi specialista". Il giovane medico, dopo 3 anni di formazione continua e a complessità progressiva ma sempre affiancato da un tutor nelle attività specialistiche, è quasi formato come specialista.

L'assistente acquisisce graduale e piena autonomia nelle attività specialistiche. Un tutor deve sempre essere presente e comunque raggiungibile, nel caso l'assistente ne richieda l'intervento.

Lo svolgimento di queste attività sarà possibile solamente in strutture qualificate appartenenti al SSN.

Riassunto dell'iter formativo:

1. Medico in formazione post-lauream (primo anno): nessuna autonomia
2. Specializzando (secondo e terzo anno): attività di base con progressiva autonomia, attività specialistiche sempre tutorate
3. Assistente (quarto e quinto anno): attività di base e attività specialistiche in autonomia, con tutor sempre disponibile in caso di bisogno.

Dovrà essere prevista, durante l'iter formativo, la possibilità di formazione all'estero, con una borsa di studio ad hoc della durata massima di 12 mesi. A scelta del medico, sarà possibile prolungare la permanenza all'estero fino a 18 mesi, ma in regime di aspettativa senza assegno.

La figura del tutor: il rilancio del medico del SSN

Il tutor è una figura chiave del nuovo sistema formativo da noi proposto. Troppo spesso, in quello attuale, il tutor è solo sulla carta, senza alcun potere decisionale sulla formazione del giovane medico, ostaggio del volere del Direttore di Scuola di Specializzazione.

tutor sarebbe uno specialista con almeno 5 anni di specializzazione ed esperienza. Dovrebbe superare un concorso su base aziendale per poter esercitare la sua funzione. Tale attività sarebbe retribuita con una voce stipendiale specifica. La sua attività sarebbe giudicata dagli specializzandi stessi e dal Direttore di Struttura ogni 3 anni. Può perdere la qualifica se ritenuto non più idoneo.

3) Il doppio canale formativo

È una proposta “salvagente”, ovvero è quella, tra le tre elencate, che può servire a risolvere il problema dell’imbuto formativo ma che rischia di creare disequilibrio formativo tra gli stessi medici in formazione (una parte a carico del MIUR, una parte a carico delle Regioni).

Il 28 febbraio 2018, a pochi giorni dalla scadenza della XVII legislatura nazionale, è stato siglato un “accordo preliminare in merito all’intesa prevista dall’articolo 116, terzo comma, della Costituzione”, tra il Governo della Repubblica Italiana e le Regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna. All’articolo 2 dell’allegato “Salute”, sono presenti numerose aperture riguardo a una maggiore autonomia delle Regioni riguardo la specializzazione dei medici. Oltre alla possibilità di aumentare i contratti di formazione specialistica “classici”, le Regioni potrebbero prevedere un “canale alternativo”, ovvero assumere medici con contratto di lavoro ed iscriverli in soprannumero alle scuole di specializzazione. Tale proposta, già presente nell’articolo 22 del Patto per la Salute di qualche anno fa, era stata accantonata per vari motivi, tra i quali spiccava l’inquadramento contrattuale dei giovani medici nell’area del comparto: una soluzione inaccettabile. ANAAO potrebbe prendere in considerazione la proposta, a patto che vengano rispettate tre *conditio sine qua non*.

Il *primo punto* fermo e imprescindibile: i medici in formazione non devono mai essere sostitutivi del personale di ruolo, ma sempre aggiuntivi ad esso. Se un’unità operativa dovesse rientrare nei canoni voluti dall’accreditamento per la formazione specialistica per adeguati volumi di attività ma non dovesse avere personale dedicato, semplicemente non potrà avere medici in formazione.

Il *secondo punto*: il medico in formazione deve essere inquadrato nell’area della dirigenza medica, con la qualifica di “dirigente medico in formazione”, con retribuzione e job description definite nel CCNL. Una volta ottenuta la specializzazione, potrà accedere ai ruoli del SSN tramite concorso pubblico.

Il *terzo punto*: il numero di medici in formazione specialistica che accedono al “doppio canale” non può superare la differenza tra fabbisogni specialistici espressi ogni 3 anni dalle Regioni e contratti stanziati dal MIUR. Appare chiaro che il percorso deve prevedere aspetti di tipo formativo concordati con l’università per il principio di equivalenza dei titoli.

ALTRE FORME DI FINANZIAMENTO DI CONTRATTI AGGIUNTIVI

I fondi europei

L’Europa deve rappresentare una risorsa e non solo un obbligo di rispetto di direttive. In quest’ottica, si potrebbe richiedere un prestito sostanziale all’UE per la formazione in Italia di medici specialisti, italiani o europei. Questa riforma permetterebbe, quindi, una “formazione circolare”, ovvero la formazione dei medici specialisti dovrebbe essere vista da una prospettiva puramente europea; altro non sarebbe che un’attuazione 2.0 della direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici, ratificata 25 anni fa e che ha segnato uno spartiacque europeo del lavoro medico.

Con questa proposta, verrebbe rafforzato il concetto che la formazione, oggi più che mai, deve essere europea, in un’ottica di continuo ed esponenziale rafforzamento della qualità formativa nazionale ed extranazionale.

Le borse perse e nuove modalità di finanziamento

C'è poi la questione delle borse e dei contratti che ogni anno vanno sprecati, per rinuncia dei vincitori, per "fughe" verso specializzazioni più gradite o per altri motivi: un'emorragia di circa 500 borse l'anno (*fonte: Associazione Liberi Specializzandi – Fattore 2A*). Il cui recupero potrebbe finanziare nuove borse per la formazione post-lauream. Tra l'altro il Consiglio di Stato ha già accolto istanze di medici partecipanti ai concorsi di ammissione che chiedevano lo scorrimento delle graduatorie sui posti disponibili per sede richiesta (Ordinanza n. 2881 del 25 Giugno 2018).

Da non trascurare, infine, l'accesso agli stessi fondi del bilancio statale che hanno permesso l'incremento per il 2018/2019 delle borse per la Formazione in Medicina generale.

Un ulteriore incremento dei contratti di formazione è a portata di mano. Si potrebbe facilmente incrementare l'offerta complessiva ad almeno 9.500 contratti annuali, innescando un rapido svuotamento dell'imbutto formativo che si completerebbe nell'arco di 5 anni.

CONCLUSIONI

Il Decreto Legislativo 368/99 riguardante la specializzazione dei medici, con le sue successive modifiche e integrazioni, quest'anno compie 19 anni. L'attuale sistema formativo, in particolare nella parte specialistica post-lauream, se confrontato con quello degli altri Paesi Europei, appare obsoleto ed espressione di un arroccamento dell'Università che, pur di non perderne l'egemonia, è disposta a barattare la qualità formativa e la performance dell'intera programmazione di medici specialisti.

Si è giunti oggi ad un bivio ineluttabile: o si cambia direzione, o la sopravvivenza del SSN è in serio pericolo. Nei prossimi 5 anni usciranno dal sistema per raggiunti limiti pensionistici o scelte verso il privato, almeno 40.000/45.000 medici specialisti, tra medici dipendenti del SSN, universitari e ambulatoriali. Acquisiranno il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia almeno 52.000 degli attuali studenti. La capacità di formazione specialistica post-lauream è oggi limitata a 31.000 contratti di formazione nel quinquennio. Negli anni passati solo il 70-80% degli specialisti formati hanno accettato un contratto pubblico, come dipendente o convenzionato. Non mancheranno laureati in Medicina nel nostro futuro prossimo, mancheranno specialisti e il rischio di un regresso qualitativo della sanità pubblica è elevatissimo e rappresenta una vera emergenza nazionale. Tra 10/11 anni, nel 2028/2029, le curve di pensionamento dei medici specialisti entreranno in fase discendente, con quiescenze annuali che saranno il 50% di quelle attuali. Gli accessi al corso di laurea in Medicina e Chirurgia a partire dal 2019/2020 dovranno essere calibrati tenendo conto di questa prospettiva, per evitare sprechi di risorse da irresponsabili.

Le proposte di ANAAO possono rappresentare una soluzione reale ai problemi della mancanza di specialisti e del limbo formativo a cui sono destinati intere generazioni di laureati. Si tratta di rifondare le basi della programmazione formativa dei medici, con coraggio, e di accettare che l'attuale sistema non rappresenta la soluzione, ma solo una zavorra che impedisce il progresso.

E' in carica il cosiddetto "Governo del Cambiamento", le proposte ANAAO sono perfettamente compatibili con il contratto di governo stipulato tra i due partiti di maggioranza. Se cambiamento deve essere, che lo sia davvero, ANAAO è pronta da tempo.