

On. Beatrice Lorenzin  
Ministro della Salute

Sen. Valeria Fedeli  
Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Dott. Antonio Saitta  
Coordinatore Commissione Salute delle Regioni

Dott.ssa Roberta Chersevani  
Presidente Fnomceo

Prof. Roberto Vettor  
Presidente Osservatorio Nazionale Formazione Medica Specialistica

Prot. n. 74/2017/Snrm  
Roma 4 aprile 2017

- SUL MANCATO RISPETTO DEL DECRETO LEGISLATIVO 66/2003 SULL'ORARIO DI LAVORO DEI MEDICI IN FORMAZIONE SPECIALISTICA.
- SULLA QUALITA' DELLA FORMAZIONE MEDICO-SPECIALISTICA.
- SULLE PROPOSTE DI MODIFICA DELLA METODOLOGIA DI ACCESSO ALLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE.
- SULL'INSUFFICIENZA DI CONTRATTI DI FORMAZIONE SPECIALISTICA CORRELATI AL NUMERO DI LAUREATI E AL FABBISOGNO DELLE REGIONI

A chi si occupa di formazione è ormai da tempo evidente l'esistenza di numerosi problemi riguardanti la specializzazione dei giovani medici. Alcuni di essi sono così tanto radicati nel tempo o nelle usanze, che la loro risoluzione appare come una chimera, eppure il nostro compito, così come il vostro, è quello di cercarne una soluzione, non aspettando che il cancro si trasformi in metastasi. In questa lettera procederemo per punti, trattando brevemente i quattro problemi più spinosi della formazione medico specialistica italiana.

### **1) MANCATO RISPETTO DEL DECRETO LEGISLATIVO 66/2003 SULL'ORARIO DI LAVORO DEI MEDICI IN FORMAZIONE SPECIALISTICA**

Continuano ad arrivarci segnalazioni di colleghi specializzandi costretti a lavorare per 24 ore consecutive, per 15 o 20 giorni ininterrottamente senza nessun giorno di riposo, per 60-70 ore di lavoro settimanale medio conteggiato nell'arco di 4 mesi. È evidente che tale comportamento, oltre ad essere totalmente illegale secondo il già citato D.lgs. 66/03, è gravemente rischioso per la salute dei pazienti e del professionista stesso. Come è ormai noto, il 25 novembre 2015 è entrata in vigore la legge 161/2014 riguardante la normativa europea in materia di orario di lavoro e riposi (D.lgs. 66/2003 – 2003/88/CE). Essa vale anche per i medici in formazione. Infatti l'art. 17, comma 2, D.lgs. 66/2003 prevede una possibile deroga alla normativa per i medici specializzandi; se tale legge prevede la possibilità di derogare alla regola del riposo minimo, con riferimento alle "attività dei medici in formazione", evidentemente ciò presuppone che la medesima regola sia normalmente vigente per tale categoria. Anche l'Osservatorio Nazionale per la Formazione medico-specialistica ha formulato un parere con il quale ha ribadito che "l'impegno richiesto per la formazione specialistica [...] è in ogni caso pari a quello previsto per il personale medico del SSN a tempo pieno e pertanto vanno considerati anche per il medico in formazione specialistica analoghi schemi di impegno orario giornaliero". Il parere di tale Osservatorio è purtroppo stato oggetto di bieca strumentalizzazione da parte di alcuni atenei italiani, che sono incredibilmente arrivati ad affermare, con congetture bizzarre e pindariche, che la normativa non valeva per i medici in formazione.

In data 11/03/2016 la nostra associazione ha ricevuto l'autorevole risposta del Ministero della Salute che mette una pietra tombale su ogni tipo di interpretazione machiavellica della norma: "Le disposizioni contenute nella direttiva sull'orario di lavoro 2003/88/CE, che consolida e sostituisce le precedenti direttive 93/104/CE e 2000/34/CE, si applicano anche ai medici in formazione".

Perdura invece il silenzio del Ministero dell'Università e della Ricerca, nonostante le ripetute sollecitazioni a prendere una posizione chiara e motivata in merito, ultima in ordine di tempo quella della scrivente associazione protocollata dall'ufficio di gabinetto il 20/12/2016 con numero 35943 del: 20/12/2016 - Registro Ufficiale AOOUFGAB e dall'ufficio affari legali il 28/12/2016 con numero 5498 Registro Ufficiale AOO AOOUFFLEG, che a tutt'oggi non ha trovato risposta.

Nonostante la norma esista e sia ormai in vigore da oltre un anno, in alcune Scuole la disapplicazione della stessa è sistematica. Occorre che vi si ponga rimedio.

## **2) QUALITÀ DELLA FORMAZIONE MEDICO-SPECIALISTICA**

L'attuale organizzazione degli standard delle scuole di specializzazione, introdotta con la legge del 2005, appare ad oggi inconsistente e parziale nella definizione degli stessi. E' in corso una rivisitazione dei suddetti standard rispetto alla quale è necessario fare riflessioni. Non è chiaro ad oggi il ruolo dell'AGENAS nella pianificazione degli standard. Verificare le reali capacità formative delle strutture ospedaliere non deve rappresentare solo un conteggio di prestazioni e posti letto, come nel Piano Nazionale Esiti. Infatti la valutazione delle capacità assistenziali per l'inserimento di strutture ospedaliere e territoriali in rete formativa non rientra tra gli obiettivi del Piano Nazionale Esiti, con il rischio di utilizzare indicatori di efficacia per identificare standard formativi. Al contrario, occorrerebbe modificare gli accorpamenti tra università di diverse regioni, che ad oggi ci consegnano una formazione frastagliata, costringendo i medici in formazione a vagare per l'Italia, dovendo dividersi tra sedi in cui non si svolgono i necessari interventi chirurgici e sedi che non hanno il pronto soccorso, ma che sono "collegate" burocraticamente. Infatti, secondo quanto esplicitato dal riassetto, basta che uno dei requisiti strutturali ed organizzativi richiesti per la sede "capofila" sia presente in quella collegata, affinché possa essere in quella sede ospitata la formazione. Le convenzioni stipulate tra strutture universitarie e strutture di rete formativa non prevedono inoltre controlli diretti se non in misura inconsistente da parte degli Osservatori, che svolgerebbero soltanto verifiche inerenti autocertificazioni da parte delle strutture stesse. Inoltre, il controllo dei requisiti minimi appare unilaterale, essendo compito dell'Osservatorio Nazionale e degli Osservatori Regionali, al momento non attivi in gran parte d'Italia e laddove attivi efficienti solo in talune realtà. Non esiste un ente terzo che fondi il controllo su sistemi indicatori di qualità oggettivi o standardizzati delle strutture che erogano formazione. Ad oggi controllore e controllato sono la stessa cosa. Riguardo alle skills che i medici in formazione dovrebbero acquisire durante il percorso formativo non esistono riferimenti a linee guida nell'individuazione e nella corretta definizione delle differenti prestazioni da svolgere. Sarebbe auspicabile ridurre il numero di prestazioni e di skills, ma assicurare che il medico in formazione possa realmente svolgere tali prestazioni. Ciò che appare indispensabile è una riorganizzazione qualitativa e quantitativa degli enti controllori, a partire dagli Osservatori e la relativa composizione degli stessi, che ad oggi appaiono mal definiti. Occorre che si inizi un percorso di apertura alle strutture ospedaliere, ormai parte integrante e imprescindibile, nei fatti, di una formazione medico-specialistica che può migliorare solo con una reale integrazione università-ospedale.

## **3) MODIFICA DELLA METODOLOGIA DI ACCESSO ALLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE**

Negli anni precedenti abbiamo ricevuto diverse segnalazioni di criticità riguardanti lo svolgimento delle prove di accesso alle scuole di specializzazione, alcune talmente gravi da far dubitare della regolarità stessa delle procedure concorsuali. Diverse sono le problematiche evidenziate nelle precedenti edizioni del concorso nazionale, tra queste spiccano:

- l'eccessiva numerosità delle sedi concorsuali e l'assenza di adeguati controlli, che comportano differenti condizioni ambientali tali da influenzare l'esito finale delle prove. Le segnalazioni pervenute alla nostra associazione hanno evidenziato come diverse aule, utilizzate per il test di accesso, non presentino i requisiti minimi per poter permettere un regolare svolgimento del concorso (assenza di divisori, non rispetto delle distanze minime tra le postazioni dei candidati, etc.). Tutto questo, insieme all'assenza di

un'adeguata vigilanza, ha determinato in alcune aule il raggiungimento di punteggi identici tra i candidati. Si rende necessario, dunque, ridurre il numero delle sedi concorsuali, individuando un limitato numero di aule predisposte a norma ed incrementando significativamente i sistemi di vigilanza;

- la valutazione dei titoli curriculari, considerati fino ad un valore di 15 punti, risultano difficilmente standardizzabili sul territorio nazionale e limitano il candidato partecipante, il quale diviene succube di uno scompenso valutativo, andando a snaturare il principio cardine di meritocrazia, sul quale dovrebbe fondarsi questo nuovo metodo di selezione. E' evidente che ogni singolo Ateneo Universitario sia una realtà a sé, con parametri di valutazione diversi e non uniformi su tutto il territorio nazionale. Per adottare un criterio di valutazione razionale di tutti i candidati, occorre eliminare questo parametro aggiuntivo oscillante nei valori e non obiettivo, che in base all'Ateneo di provenienza, va ad alterare l'esito finale della prova. Attualmente esiste una troppo stringente limitazione nel numero delle scelte di scuole che ogni singolo candidato può esprimere (solo tre a fronte di ben 50 possibili opzioni). Proponiamo di ampliare il ventaglio ad almeno 6 preferenze, eliminando il vincolo sulla scelta delle singole aree, nonché un miglioramento complessivo del sistema di scorrimento delle graduatorie. Posto che la via maestra dovrebbe essere l'instaurazione di una graduatoria unica nazionale, riteniamo che già a partire da quest'anno possa essere migliorato anche il sistema di scorrimento. Ci rendiamo inoltre disponibili, in separata sede, a illustrarvi altre importanti criticità del concorso da noi riscontrate e che sarebbero impossibili da trattare in breve in questa lettera.

#### **4) INSUFFICIENZA DI CONTRATTI DI FORMAZIONE SPECIALISTICA CORRELATI AL NUMERO DI LAUREATI E AL FABBISOGNO DELLE REGIONI**

L'aumento degli ingressi a medicina non è stato accompagnato da un aumento di contratti nelle scuole di specializzazione post-lauream. Si è dunque evidenziato il fenomeno del cosiddetto "imbuto formativo" e la conseguente creazione della "plethora medica" nel limbo post-lauream. La "tasca" nella quale finiscono i medici, una volta laureati, nel 2016 contava già 13.802 unità. Il divario tra neomedici e contratti per la formazione post-lauream è purtroppo destinato ad aumentare ancora. Si stima che, nell'anno 2026, ad invarianza di programmazione, saranno diventati 36.000 i colleghi che non riusciranno ad accedere alle specializzazioni e che dovranno sopravvivere con lavori saltuari e precari. Tutto ciò andrebbe ad incrementare ulteriormente la fuga dei camici bianchi all'estero in cerca di un futuro che l'Italia non sarà in grado di offrire, determinando una grave perdita di saperi professionali oltre che economici, contrariamente a quanto avviene nelle altre nazioni disponibili ad accogliere i nostri talenti, offrendo una remunerazione adeguata e una pronta disponibilità di accesso alla formazione. Questo trend è già stato evidenziato da un esorbitante incremento (+ 596%) del numero dei colleghi che hanno chiesto al Ministero della Salute la documentazione utile per esercitare all'estero (dati Istat del 2014). Lo scenario che si prospetta nei prossimi 10 anni nel SSN è drammatico: da un lato l'uscita dal sistema per pensionamento di circa 47.300 medici specialisti del SSN, dall'altro la mancanza di circa 7.300 medici specialisti. E' decisamente giunta l'ora di interrompere l'evoluzione da "incubo" a orribile realtà!

#### **COSA PROPONIAMO:**

1. Ferma presa di posizione di tutti i destinatari della presente lettera, sul rispetto della legge sull'orario di lavoro per i medici specializzandi.
2. Una rivisitazione dei numeri di prestazioni minime che il medico in formazione deve aver svolto al termine del percorso formativo, in considerazione delle reali capacità delle strutture in cui opera. Riteniamo importante individuare i centri in cui il medico in formazione può imparare ad eseguire prestazioni con alto indice di complessità e che come tali non possono essere svolte in tutte le strutture formative.
3. Occorre stabilire un percorso formativo definito, delineando steps temporali e di competenze da raggiungere, cadenzare tempistiche, obiettivi, tipi di tutoraggio e tipologie di strutture ospitanti la formazione.
4. Creazione di un organismo esterno di verifica della qualità delle strutture accreditate, con l'introduzione di indicatori oggettivi che valutino indici prestazionali al fine di assicurare le reali capacità formative con

parametri realmente oggettivi, come indici di occupazione di posto letto, indici di case-mix o altri indici atti a valutare l'effettiva qualità recettiva delle strutture. Appare indispensabile inoltre creare connubi con le società scientifiche e gli ordini dei Medici al fine di determinare in maniera approfondita e precisa le tipologie prestazionali e la complessità delle stesse.

5. Migliorare l'accesso alle scuole di specializzazione attraverso sostanziali modifiche delle regole sul concorso. Invitiamo gli organi preposti a valutare attentamente le nostre proposte e a discuterne assieme, per dare finalmente un assetto razionale e meritocratico all'accesso alle scuole di specializzazione.
6. Riduzione pluriennale degli accessi a Medicina e concomitante aumento considerevole dei contratti di formazione specialistica. Diventa necessario e imprescindibile un piano di formazione per i giovani medici privi di specializzazione, mediante adeguati finanziamenti, affinché venga eliminato il sistema ad "imbuto" e venga compensato il numero dei medici del SSN cessanti per quiescenza con un numero adeguato di neospecialisti. Sarebbe auspicabile che le Regioni contribuissero all'aumento dei contratti di formazione specialistica, diventando protagoniste nel cammino formativo dei medici specializzandi, considerate anche le loro richieste di fabbisogno specialistico. Con il loro aiuto e lo stanziamento, anche per un periodo transitorio, di ulteriori 1.000 contratti di formazione specialistica, e di un numero almeno pari di contratti di formazione in Medicina Generale, il gap tra laureati e posti a bando si ridurrebbe. Il costo complessivo, stimato in circa 130 milioni di euro, ammonterebbe a poco più di 6 milioni di euro per le 20 Regioni italiane, una cifra oggettivamente alla portata di ogni bilancio regionale, viste anche le sue finalità.

Crediamo fortemente che la soluzione delle problematiche dei medici in formazione debba passare obbligatoriamente attraverso la creazione di un tavolo tecnico, eventualmente permanente, sulle criticità della formazione medica post-lauream, al quale sarebbe auspicabile partecipassero tutti i destinatari della presente lettera assieme alle tre associazioni più impegnate sul fronte della formazione medica, al fine di garantire una visione completa del panorama formativo. Compito di tale tavolo deve essere anche un reale controllo della qualità formativa con l'introduzione di reali sanzioni.

Noi ci crediamo e auspichiamo che, mettendoci in gioco tutti insieme, si possa davvero arrivare ad un sistema formativo più moderno ed europeo, più attraente ed efficiente, più performante e meritocratico. Il futuro della Sanità italiana è in mano nostra, lavoriamoci sopra per migliorare. Insieme possiamo!

Certi di un vostro riscontro, porgiamo distinti saluti.

Il gruppo di lavoro ANAAO GIOVANI FORMAZIONE

Alessandro Conte  
Matteo D'Arienzo  
Pierino Di Silverio  
Annamaria Fodale