

TESI CONGRESSUALE

a cura di

DOMENICO
MONTEMURRO
DANIELA ATZENI
GIULIA BALBI
MAURIZIO CAPIELLO
NICOLA CARETTO
ALESSANDRO CONTE
VINCENZO COSIMATO
MATTEO D'ARIENZO
PIERINO DI SILVERIO
ANTIMO DI MARTINO
ANNA MARIA FODALE
NICOLA NEGRELLO
FABIO RAGAZZO
ANDREA ROSSI
NUNZIA VERDE

PROGRAMMAZIONE PLURIENNIALE DELLA FORMAZIONE MEDICO - SPECIALISTICA

Con la pubblicazione del DI 402/2017 Decreto Interministeriale recante gli standard, i requisiti e gli indicatori di attività formativa e assistenziale delle Scuole di specializzazione di area sanitaria finalmente il Governo sembra prendere atto della scarsa consistenza della formazione universitaria offerta ai giovani medici e la necessità di integrare il percorso universitario con una serie di reti ospedaliere territoriali, attraverso cui il medico in formazione possa raggiungere i volumi di prestazioni previsti dalla normativa.

Inoltre anche il DI 68/2015 Riordino scuole di specializzazione di area sanitaria detta con maggiore accuratezza quelli che sono i percorsi e le skills necessarie al medico in formazione per far sì che possa diventare uno specialista. Ma siamo ancora ben lontani dall'auspicata integrazione SSN/Università già evidenziate e discusse negli scorsi congressi dall'Anaa Assomed. Ancora colme di frizioni, conflittualità interne e contenziosi sono le strutture dove la realtà universitarie e quella ospedaliera coesistono. Se il problema fondato è la mission dell'assistenza per il SSN e della didattica e della ricerca per l'Università, l'inscindibile rapporto tra didattica, ricerca e assistenza, formula magica che ha aperto tutte le porte e i cordoni della borsa dei diversi servizi sanitari regionali, coniata in un tempo ormai troppo lontano, ha generato un intrico di norme spesso contraddittorie e incoerenti che hanno finito per mettere in aperta concorrenza i due sistemi. Il lungo excursus legislativo che ha cercato di definire la questione, si è rivelato inadeguato, di difficile applicazione e fonte di interpretazioni capziose lasciando il concetto dell'integrazione rappresentato da poche parole mentre la difesa dell'autonomia universitaria diveniva, di fatto, la certificazione della sua prevalenza nel sistema delle Aziende Miste, modello oggi maggioritario rispetto a quello dei Policlinici Universitari a gestione diretta che si dibattono in enormi problemi gestionali ed economici.

Tuttora i due sistemi sono, di fatto, estranei l'uno all'altro, scarsamente permeabili, con personale separato da prerogative e compiti differenti, in una condizione di concorrenzialità che rende sempre teso il rapporto fra i professionisti e difficile la collaborazione.

Le convenzioni regionali e quelle attuative locali nelle intenzioni del legislatore avrebbero dovuto garantire la convivenza tra SSN e Università, ma nella reale applicazione hanno mostrato limiti nel determinare un'effettiva mediazione tra le parti, e sono state contrassegnata da ricorsi, latenza nei rinnovi, inapplicabilità nella gestione corrente offrendo nella migliore delle ipotesi un modello di equilibrio ottenuto a prezzo di estenuanti compromessi e spesso diseconomiche duplicazioni delle funzioni, con risultati costosi e scarsamente produttivi in termini assistenziali e formativi. La conflittualità generata dall'avere affiancato – spesso negli stessi spazi fisici – strutture sovrapponibili per funzione, e quindi concorrenziali, ma divise da differenti stati giuridici del personale, diverse impostazioni del lavoro e diversa “mission” operativa, è logica derivazione di un contrasto, mantenuto e paradossalmente rafforzato dal meccanismo convenzionale che per il suo stesso essere ribadisce la differenza delle parti. Negli anni la situazione di conflitto si è acuita a causa della radicale trasformazione che ha interessato il SSN teso a recuperare, attraverso il processo di aziendalizzazione, efficacia, efficienza ed economicità, oggi più che mai, in un quadro di risorse predeterminate e finite. Nelle Aziende Mi-

ste e nei Policlinici questo fenomeno si è inserito in realtà aziendali nelle quali, nel corso degli anni, per la crescita dell'offerta formativa, non solo nella professione medica, ma anche in quelle sanitarie e infermieristiche, si sono moltiplicati i corsi e le sedi d'insegnamento. L'aver prima assegnato come compito istituzionale la formazione medica specialistica all'Università, ignorando le capacità e le potenzialità del SSN, e poi la successiva applicazione delle regole europee delle scuole di specializzazione, hanno ulteriormente accresciuto l'obbligo didattico di un corpo docente che negli anni, sia per i forti vincoli di bilancio che per una politica degli accessi disorganica si è ridotto di numero. Nel contesto attuale caratterizzato dalla forte riduzione dei finanziamenti statali all'università appare sempre più difficile che il corpo docente universitario possa garantire in modo autonomo ogni suo ruolo in termini di didattica e ricerca garantendo volumi adeguati di assistenza. Ciononostante l'apporto del personale laureato del SSN (previsto sin dal D.lgs n. 502 del 1992) - a distanza di oltre 20 anni e tranne rare eccezioni - appare ancora di scarsa rilevanza quali-quantitativa risentendo sia della "parsimoniosa" applicazione della legge da parte universitaria (e regionale), sia dell'assenza di elementi incentivanti, in termini economici e di carriera, per il personale ospedaliero che intenda fornire una funzione oltre che assistenziale anche didattica. Questo può rendere oggi più di prima indefiniti i confini della presenza universitaria entro le strutture del SSN e tale vaghezza dei limiti, fissati, e spostati, di volta in volta in sede di convenzione regionale, ove le richieste del mondo accademico non restano mai inascoltate, costituisce una mina vagante all'interno dell'organizzazione delle Aziende Miste. Il personale medico che si trova ad operare nelle Aziende Miste e nei pochi Policlinici Universitari, svolge, in moltissimi casi, mansioni del tutto sovrapponibili a quelle dei colleghi universitari e non, come alcuni vogliono ancora credere, relegate ad attività solo di tipo assistenziale in ruoli di sudditanza.

Arrivati alla concreta presa di coscienza che l'università così come oggi è strutturata non può più da sola colmare le esigenze della formazione post-laurea avendo necessità di integrarsi con reti ospedaliere del SSN e preso in considerazione che il DI 402/2017 richiede requisiti organizzativi e strumentali e volumi di prestazioni che in alcuni casi le università non sono state in grado di raggiungere neanche attingendo alle strutture territoriali regionali o delle regioni circostanti, quello che ci chiediamo è come voglia il governo garantire che tutta questa serie di convenzioni, strutture e volumi prestazionali essere realmente fruite dai medici in formazione. In merito al percorso formativo dei medici l'interesse più impellente diventa la riorganizzazione del libretto-diario formativo dei medici in formazione che ancora risulta un mero atto d'ufficio di scarso valore pratico e in merito alle strutture la certificazione di presenza del medico in formazione presso le strutture territoriali. In modo che nonostante lo scenario della grave crisi economica che stiamo vivendo, l'Università non continui a comportarsi come variabile indipendente del sistema, ma cominci a rendicontare in maniera puntuale l'offerta formativa realmente fornita ai medici in formazione specialistica. La ricetta che comporta l'effettiva risoluzione di tali criticità è una sostanziale revisione dell'assetto normativo, che non si può attuare lasciando che la garanzia della formazione del medico sia esclusivo appannaggio universitario.

La survey Anaaio Giovani condotta, non solo, per valutare l'indice di gradimento del sistema formativo italiano, ma soprattutto per avere una realistica ed attuale visione delle scuole di specializzazione, ha potuto evidenziare numerose criticità del sistema formativo. Gli endpoints, oggetto di studio della survey sono di seguito riportati:

- **giudizio sulla formazione fornita dalla scuola di specializzazione:** il 19% la reputa ottima o buona, il 44% la ritiene discreta o sufficiente, mentre ben il 36% giudica la formazione ricevuta come insufficiente o gravemente insufficiente. Infine, oltre uno specializzando su 3 reputa la qualità formativa al di sotto della sufficienza.

Pertanto, appare chiaro che poichè l'Università è controllata e controllore allo stesso tempo, non è in grado di individuare le problematiche si riflettono in un'erogazione non ottimale di modelli formativi.

- **organizzazione della formazione:** nel 27% "è tutto lasciato al caso e non vengono seguiti da nessuno". Il 31% dei responders afferma di svolgere pratica, il 15% seminari, l'11% audit clinici e solo il 17% lezione frontale, nonostante sia previsto da tutti gli ordinamenti didattici della totalità delle Scuole di Specializzazione.

Ciò significa che, dai dati della survey, l'Università, che si basa su un'organizzazione accentrata anche per l'insegnamento post-lauream, nell'83% dei casi non tiene le lezioni che dovrebbe.

- **"Nelle strutture universitarie ti viene insegnata / ti è stata insegnata l'arte chirurgica**

così da poter sostenere un intervento di media complessità chirurgica in autonomia alla fine della specializzazione?”, solo il 14% degli intervistati chirurgici ritiene di poter portare a termine un intervento di media chirurgia con gli insegnamenti delle strutture universitarie; il 34%, d’altro canto, sostiene di poter riuscire a fare la stessa cosa, ma solamente perché l’ha imparato nelle strutture ospedaliere o all’estero, mentre un preoccupante 52% non sarebbe in grado di operare al termine della specializzazione.

Dalle risposte a questo quesito emerge un quadro drammatico delle scuole chirurgiche italiane, che dovrebbero formare chirurghi già pronti almeno per gli interventi di media complessità, mentre più di uno su due, dopo 5 o 6 anni di specializzazione, non è in grado di fare quello che in teoria dovrebbe essergli insegnato dall’università.

- **Tale situazione viene confermata dalle risposte alla domanda successiva, riguardante il libretto formativo.** Per il 55% dei responders chirurgici esso riporta abbastanza fedelmente la realtà dei fatti, mentre per il restante 45% il suo contenuto è fittizio o addirittura il libretto non esiste nemmeno.

Da tale quesito emergono i grossi limiti di tale sistema di valutazione della formazione, che dovrebbe essere superato quanto prima, poiché non consente una chiara analisi e soprattutto tempestiva correzione degli errori formativi in itinere.

- **Ti è stato concesso di poter sfruttare la “rete formativa” italiana, frequentando strutture diverse da quella al quale appartieni?”**, solo il 48% dei responders ha risposto affermativamente. Il 52% dei partecipanti non è mai andato nella rete formativa; in questo sottogruppo, il 29% di essi non ha potuto accedervi nonostante una loro specifica richiesta al Direttore, che ha negato questa possibilità.

Emerge chiara la volontà universitaria di accentrare la formazione post-lauream autoproclamandosi unici erogatori di conoscenza, di fatto tagliando fuori strutture ospedaliere all’avanguardia.

- **Se hai frequentato una parte del tuo percorso formativo in un reparto ospedaliero, ritieni di aver raggiunto una migliore preparazione nel reparto ospedaliero o in quello universitario?”**, il 71% di chi ha avuto occasione di frequentare il reparto ospedaliero ritiene che sia stato formato meglio rispetto all’analogo universitario.

Questo dato è prova lampante che le strutture ospedaliere sono in grado di dare una formazione di massimo livello, spesso ben al di sopra dei reparti universitari, dando un’ulteriore conferma che la via maestra per risolvere i problemi del percorso di formazione post lauream è quella del doppio binario formativo che oltre a permettere a tutti i medici il raggiungimento del titolo di specialista, in associazione al percorso classico (contratti finanziati dal MIUR), avrebbe una qualità almeno pari se non superiore rispetto a quello esclusivamente universitario.

- **Ti sei mai trovato nella condizione di fare attività clinico-assistenziali in autonomia espressamente vietate dal tuo contratto di formazione specialistica (PS in autonomia, attività di consulenza per altri reparti, prime visite specialistiche)?”**, il 53% degli intervistati ha risposto affermativamente. Tale dato conferma che più di un medico in formazione su due svolge attività che dovrebbero essere svolte dal personale strutturato; tra questo sottogruppo, il 28% di essi si è opposto ma è stato obbligato dal suo superiore a svolgere comunque l’attività proibita.
- **La direttiva europea che prevede un periodo di riposo minimo giornaliero di 11 ore consecutive per ogni 24 ore lavorative, e un periodo di riposo settimanale minimo di 24 ore consecutive ogni 7 giorni, è purtroppo non rispettata per il 38% dei rispondenti, una percentuale molto alta che dovrebbe, invece, tendere allo zero.**
- **Preferiresti che le scuole di specializzazione fossero organizzate e gestite da...”**, il 42% preferirebbe una gestione da parte del Servizio Sanitario Nazionale/Regionale contro il 24% dell’Università, il 32% vorrebbe un coinvolgimento di un ipotetico nuovo ente al quale dovrebbero partecipare SSN, Università e Ordini dei Medici; il 12% preferirebbe una gestione da parte degli Ordini dei Medici.

Nelle risposte date alla domanda, emerge come sia necessaria una collaborazione stretta tra SSN e Università nella formazione post-lauream del medico.

- **Preferiresti che il contratto di formazione specialistica fosse...”**, solo l’11% dei responders lo vorrebbe esattamente uguale a come è ora.

Emerge invece una precisa volontà di avere un contratto di formazione-lavoro a tempo determinato per tutta la durata della specializzazione, con diritti e doveri al pari di un dipendente stata-

le a tempo determinato: ben il 58% dei colleghi è d'accordo con questa tipologia contrattuale.

Probabilmente il contratto di formazione specialistica viene percepito come non tutelante dai colleghi, che chiedono un cambiamento epocale nella tipologia contrattuale.

- **Il 43% dei Colleghi è interessato a un'esperienza lavorativa all'estero, la maggior parte di essi la svolgerebbe alla fine del percorso formativo. Preoccupante appare il dato sulla percentuale dei Colleghi al quale viene negato di recarsi all'estero per la formazione: il 28%.**

L'Università dovrebbe concedere questo periodo a tutti i richiedenti, ma spesso fa comodo sfruttare "forza lavoro" a basso costo, impedendo ai giovani medici di formarsi in strutture estere.

- **Sei favorevole a una più facile possibilità di trasferimento di sede in caso di richiesta specifica dello specializzando?"** oltre 2 responders su 3 risponde affermativamente (67%). Il 28% ritiene che il trasferimento debba essere concesso solo per gravi e comprovati motivi, mentre solo il 5% ritiene che debba essere negato in ogni caso.

Il trasferimento tra atenei è diventato più richiesto a partire dalla trasformazione del concorso per l'accesso alle scuole di specializzazione da locale a nazionale; molti colleghi, entrati in una sede lontana dalla loro residenza abituale, hanno dunque richiesto l'avvicinamento a una sede a loro più comoda logisticamente.

Sembra ormai che i tempi siano maturi per confrontarci ed adeguarci al sistema formativo che vige in molti paesi dell'unione europea che attribuiscono gran parte della formazione a quello che per noi rappresenta il SSN. In tale ottica, si inserisce il modello del "Teaching Hospital", modello integrato di insegnamento clinico, di ricerca medica e di assistenza. Attraverso la reale integrazione formativa è possibile costruire professionisti di qualità, avendo le strutture ospedaliere numero di prestazioni e numero di formatori tali da assicurare quella componente formativa pratica che ad oggi le Università oberate di studenti e di medici in formazione, e scarse di formatori e di pazienti non sono in grado di assicurare da sole.

La soluzione del "Teaching Hospital" potrebbe anche aumentare la qualità formativa, oggi percepita come insufficiente, soprattutto per la formazione chirurgica, creando una sorta di competizione tra l'istituzione universitaria e quella ospedaliera, poiché è risaputo che dove non c'è monopolio, la qualità aumenta. Il case mix ospedaliero medio infatti risulta essere maggiore di quello universitario, così come il rapporto medici/posti letto, l'indice di turn-over e gli altri indicatori di efficacia e di efficienza di sistema; peraltro in diversi atenei non risulta attiva un'attività di pronto soccorso. Il modello ideale sarebbe quello che prevede un'attività formativa, nell'ambito della quale il fulcro organizzativo sia spostato dalla gestione olistica universitaria a quello di un sistema di ricerca ampliato rispetto ai limiti oggi imposti con una vera "rete formativa". Ad oggi la rete formativa risulta essere applicata in modo eterogeneo, non organizzato e con vincoli organizzativi interni che by-passano le norme legislative.

Occorre invece prevedere una rotazione continua dei medici in formazione tra le strutture ospedaliere inserite nel percorso, attuando controlli più rigidi dell'operato del tutor, che deve dimostrare un'oggettiva e costante abilità formativa e controlli sulla qualità della formazione espressa rigorosi e puntuali, in cui il controllore non sia il controllato, sacrificando quella parte di formazione oggi dedicata al 'tronco comune' che appare essere, in molte realtà una mera ripetizione di lezioni universitarie teoriche.

Una rete dove le risorse assegnate e impiegate per l'assistenza, la didattica e la ricerca siano ben definite e trasparenti e valutate nei loro outcome con criteri che abbiano come unico obiettivo la qualità della formazione. L'integrazione ospedale/territorio, ricercata dal legislatore in termini di erogazione delle cure, deve partire dal percorso formativo.

Il contratto di formazione attuale non è abbastanza garantista riguardo i diritti dei giovani medici, soprattutto per quel che riguarda il rispetto dell'orario di lavoro e i limiti all'autonomia lavorativa degli specializzandi, facendo sì che si trovino in condizioni critiche di possibile imperizia nello svolgere un'attività specialistica senza averne ancora le competenze sia teorico/pratiche che burocratiche. Sarebbe auspicabile una trasformazione del contratto di formazione specialistica attuale in contratto di formazione a tempo determinato, con gli stessi diritti dei medici dipendenti del SSN, occorre peraltro una modifica normativa, anche ai fini medico legali e di responsabilità professionale, di quella che viene oggi definita "progressiva autonomia" del medico in formazione espressa fumosamente nel Dgls 368/99.

ALLEGATO 2

RIFLESSIONI RIGUARDANTI IL CANALE FORMATIVO ALTERNATIVO TEORIZZATO DALL'ACCORDO STATO-REGIONI DEL 28 FEBBRAIO 2018

MATTEO D'ARIENZO
DARIO AMATI

Il 28 febbraio 2018, a pochi giorni dalla scadenza della XVII legislatura nazionale, è stato siglato l'"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 formazione-lavoro a tempo determinato per tutta la durata della 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 nel comparto: una soluzione che, al solo sentirla, fa ancora rabbrivire.

Il testo dell'Accordo, così formulato, appare abbastanza sterile e generico, con tutta probabilità volutamente, in modo da avere più spazio di movimento al momento della fase legislativa regionale.

Tale Accordo, così come lo era l'art.22 del Patto per la Salute, potrebbe rappresentare una vera rivoluzione riguardo la formazione post-lauream dei medici, con importanti sequele "di sistema". Sancirebbe, di fatto, la fine del monopolio universitario sulla nostra formazione; inoltre avrebbe notevoli ripercussioni riguardo agli organici futuri, prevedendo, a lungo termine, la possibilità di avere più specialisti a disposizione soprattutto nelle discipline oggi arrancanti per carenza, come la pediatria, l'emergenza-urgenza, l'anestesia, l'ortopedia. È chiaro che, come ANAAO ASSOMED, preferiremmo un sistema di formazione misto Università-SSN così come teorizzato e formulato almeno dal 2014 (primi anni in ambito universitario, ultimo anno/biennio con contratto di lavoro a tempo determinato nei teaching hospital). Ma questo accordo sembra contenere comunque un modo, seppur alternativo, di risoluzione al grave problema dell'accesso alla formazione post-lauream, quindi va considerato attentamente e analizzato.

Qualcosa di positivo sembra esserci, ma sembrano esserci anche numerose insidie che potrebbero far ancor più rabbrivire rispetto all'ormai superato Patto della Salute.

Proviamo a mettere qualche paletto.

Il primo punto fermo e imprescindibile: **i medici in formazione non devono mai essere sostituiti 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 la pianta organica satura, semplicemente non potrà avere medici in formazione; questa è la regola dal quale nessuno potrà sottrarsi.

Il secondo punto, al quale non è ammessa replica: **il medico in formazione deve essere inquadrato nell'area della dirigenza medica, con la qualifica di "dirigente medico in formazione"**. 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" dovrà essere pari alla 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, ma potremo giudicare meglio solo quando verrà formalizzata una proposta più strutturata.

Sappiamo per certo che con i soli contratti di formazione specialistica del MIUR non è più possibile andare avanti. I nostri studi di programmazione parlano chiaro: in mancanza di un cambio di rotta, l'intero SSN è destinato a implodere per mancanza della figura cardine che lo rappresenta, ovvero il medico specialista. Le proposte per l'aumento dei contratti di formazione specialistica MIUR le abbiamo già fatte e le abbiamo pubblicate ormai "in tutte le salse". Se venissero rispettate le tre conditio sine qua non che abbiamo scritto in questo documento, la proposta del doppio canale diventerebbe davvero molto interessante. Attendiamo gli sviluppi dell'Intesa, ma lo scetticismo rimane.