



Sanità

Anno XXI - n. 3
Poste Italiane Sped. in A.P.
D.L. 353/2003 conv. L. 46/2004,
art. 1, c. 1, DCB Roma

Settimanale
30 gen.-5 feb. 2018
www.24oresanita.com

Le proposte di Anaao Giovani per superare l'imbutto formativo e definire una corretta programmazione

Medici, un algoritmo sui fabbisogni

Per realizzare il Dm 70 mancano gli specialisti: servono 3.228 contratti in più all'anno

In ambito di formazione medica, un'attenta e puntuale programmazione adeguata ai fabbisogni del Ssn è essenziale per la gestione ottimale delle risorse umane ed economiche, per poter propendere al top della qualità della sanità pubblica. Invece nell'ultimo decennio si è assistito a una pianificazione frettolosa, approssimativa ed errata, con risvolti allarmanti, quali la perdita della continuità formativa specialistica per molti neo-laureati in Medicina e Chirurgia e l'inesorabile scaldamento della qualità assistenziale medica del Ssn. Queste problematiche, se continuerà l'invarianza di programmazione, si aggraveranno di anno in anno fino a far collassare l'intero sistema sanitario. Le proposte di Anaao per intervenire su programmazione e fabbisogni.

A PAG. 2-4



Millennial, risorsa telemedicina

Millennial sono una porzione sempre più importante della popolazione attiva mondiale; di conseguenza, aumenta sempre più la loro influenza sull'economia globale. La posta in gioco per l'assistenza sanitaria.

A PAG. 5

LONG TERM CARE

Una Cabina per la cronicità

Insegiato l'organismo di monitoraggio previsto dal Piano

Si è insediata la Cabina di regia prevista dal Piano nazionale cronicità. Tra gli altri compiti, quello di coordinare l'implementazione del Piano e di monitorarne applicazione ed efficacia; di guidare e gestire gli interventi; di coordinare le attività per il raggiungimento dei singoli obiettivi; di monitorare la rea-

lizzazione dei risultati; di diffondere le best practice; di valutare sistemi di remunerazione dell'assistenza ai malati e formulare proposte; di produrre una Relazione sul Piano; di proporre l'aggiornamento e l'estensione ad altre patologie.

GOBBI A PAG. 6

ODONTOIATRIA

Il dentista investe sul digitale

Una tecnologia che riduce i costi e aumenta la precisione

L'impiego del computer in odontoiatria è ormai indispensabile, non solo dal punto di vista diagnostico e organizzativo ma anche per la produzione dei dispositivi protesici. Gli investimenti per adeguarsi alla digitalizzazione sono ingenti, in termini economici (sia per lo studio dentistico che per il laboratorio odontotecnico, dove si "fabbrica")

la protesi finita) e di formazione degli addetti ai lavori. Indubbiamente il digitale sta trainando la ripresa del settore odontoiatrico, per quanto riguarda l'industria, che trae utili dall'acquisto delle tecnologie e degli aggiornamenti, ma la ricaduta finale sui pazienti e sugli operatori qual è?

A PAG. 7

La guida FromCeo per i neo-dottori

NELL'INSERTO

QUADERNO



IN ALLEGATO

La qualità delle cure nel cruscotto

I dati ci sono, la tecnologia pure. I tempi sono finalmente maturi per fare le pulci alle performance, in termini di qualità e di quantità. Perché i dati di partenza gridano vendetta. L'84% dei centri che intervengono sul tumore alla mammella, la metà dei centri che trattano l'infarto, sono sotto-soglia. Non rispettano gli standard fissati dal Dm 70. Ancora quasi un quarto delle maternità ospita meno di 500 parti l'anno. Questo ha scoperto la Dg Programmazione della Salute, elaborando i dati che le stesse Regioni avevano inviato. Dal modello matematico alla chiarezza della ricetta, il passo è breve: serve una brusca inversione di mar-

cia, che si otterrà soltanto intervenendo "chirurgicamente" negli ospedali, fin nei singoli reparti, che mostrano anomalie. Le ventuno lettere spedite alle altrettante Regioni italiane stanno lì a dimostrare che questa volta non si tratta del classico "gradiente Nord-Sud": le insufficienze si annidano anche nelle realtà più virtuose e nessuna può sentirsi esentata da un'operazione di verifica serrata e di correzione di rotta. Al ministero la chiamano «governance amichevole». Noi la chiamiamo equità di accesso e sicurezza delle cure. (B.Gob.)

A PAG. 6

Precari, le istruzioni della Madia

La ministra per la Funzione pubblica, Marianna Madia, ha diramato una nuova circolare con indirizzi operativi sulle stabilizzazioni del personale precario. Luci e ombre della circolare n. 1 del 9 gennaio 2018.

SIMONETTI A PAG. 10

Fisco: donazioni a impatto zero

Medicinali e articoli di medicazione ceduti per solidarietà sociale senza impatto fiscale. La legge di Bilancio ha ampliato, infatti, il campo di applicazione della normativa che agevola le cessioni gratuite di prodotti attuate per fini solidaristici.

SANTI A PAG. 6

GUIDA ALLA LETTURA

Primo piano	a pag. 2 - 5
Dal Governo	6
Inserto	I - XVI
Dibattiti	7
Aziende/Territorio	8 - 9
Lavoro/Professione	10 - 11
La Giurisprudenza	11

A PAG. 8-9

Farindustria

Nelle imprese del Pharma si rafforza il progetto di alternanza Scuola-lavoro in filiera

A PAG. 11

Corte Ue/ 1

Avastin e Lucentis: gli impatti su concorrenza, sostituibilità dei medicinali e mercati

A PAG. 11

Corte Ue/ 2

Sì dell'Europa ai rimborsi per gli ex specializzandi dal 1982, a tempo pieno e non

Il Sole 24 ORE Sanità è anche una APP Scaricala gratuitamente





Le proposte di Anaaop per superare l'imbutto formativo e razionalizzare gli ingressi

Medici alla sfida dei fabbisogni

Specialisti ospedalieri in deficit: servono 3.228 contratti in più all'anno

La formazione medica specialistica in Italia è un punto fondamentale delle agende politiche sia nazionale che regionali, perché su essa si basa il futuro del nostro Servizio sanitario nazionale (Ssn), anche se purtroppo non riceve l'attenzione critica che meriterebbe.

L'iter di formazione di un medico è tra i più lunghi nell'ambito delle discipline scientifiche. Infatti, dopo il conseguimento di una laurea magistrale a ciclo unico (sei anni, unicum

tra le lauree), è obbligatorio, per accedere al Ssn, il superamento dell'esame di stato (circa tre mesi di tirocini obbligatori più la prova finale) e il conseguimento di un diploma di specializzazione o di formazione specifica in medicina generale (della durata variabile, a seconda del percorso scelto, dai tre anni fino a un massimo di cinque anni), con accesso alla formazione post laurea generalmente oltre un anno dopo dal conseguimento della laurea. Pertanto, un medico spe-

cialista impiega, nella maggioranza dei casi, circa 11-12 anni per poter lavorare per il Ssn.

«In ambito di formazione medica - spiega Carlo Palermo, vice segretario nazionale vicario Anaaop Assomed - un'attenta e puntuale programmazione adeguata ai fabbisogni del Ssn è essenziale per la gestione ottimale delle risorse umane ed economiche, per poter propendere al top della qualità della sanità pubblica. Invece nell'ultimo decennio si è assistito a una pianificazione

frettolosa, approssimativa ed erata, con risvolti allarmanti, quali la perdita della continuità formativa specialistica per molti neo-laureati in Medicina e Chirurgia e l'inesorabile scadimento della qualità assistenziale medica del Ssn».

«Queste problematiche - conclude Palermo - se continueranno, si aggraveranno di anno in anno fino a far collassare l'intero sistema sanitario».

pagine a cura di
Piero Di Silverio
Anaaop Giovani Campania
Alessandro Conte
Anaaop Giovani Friuli Venezia Giulia
Matteo D'Arenzio
Anaaop Giovani Emilia Romagna
Fabio Ragazzo
Anaaop Giovani Veneto
Daniela Atzeni
Anaaop Giovani Sardegna
Annamaria Fodale
Anaaop Giovani Toscana

© RIPRODUZIONE RISERVATA

FORMAZIONE E FABBISOGNI DI PERSONALE MEDICO

1. Il perché della programmazione

Come in tutti i bilanci, anche nella voce "Personale medico" del Ssn, esistono le "entrate", il numero di professionisti attivi e le "uscite". Fortunatamente, abbiamo possibilità di intervento sulla programmazione di tutte e tre le "voci di bilancio" ma, mentre le uscite sono difficilmente modificabili (sistema pensionistico), le entrate e il numero di professionisti attivi sono certamente pianificabili.

«Lo Stato sa di quanti medici ha bisogno - spiega **Domenico Montemurro**, responsabile nazionale Anaaop Giovani - e interviene programmando esso stesso gli accessi al corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e mettendo a bando contratti statali di formazione specialistica. È inutile formarne di più, perché farlo ha un costo non irrilevante. Pertanto, se si conosce il fabbisogno di medici specialisti (numero espresso dalle Regioni triennalmente), la programmazione della formazione medica diventa abbastanza semplice, almeno sulla carta».

1.1 Il problema della continuità formativa medico-specialistica (l'imbutto formativo)

Nonostante la facilità della programmazione teorica, la formazione medica attualmente presenta problematiche molto gravi.

● **Programmazione scorretta degli accessi al corso di Laurea magistrale in Medicina e Chirurgia;** ovvero il numero di posti di accesso alle Scuole di Medicina e Chirurgia non è ponderato in base ad una programmazione su scala almeno quindicennale, e risulta a oggi non solo sovrastimata, ma anche sovradimensionata dagli iscritti in sovrannumero grazie ai ricorsi Tar che si sono susseguiti negli anni.

● **Inadeguato stanziamento di Contratti di Formazione specialistica e di Medicina generale, largamente insufficienti rispetto al reale fabbisogno, con conseguente creazione di un imbutto formativo per i giovani medici.** Il risvolto consiste in una quantità insufficiente di neospecialisti rispetto alle reali esigenze del Ssn e in una formazione di una pleora medica non specialista potenzialmente disoccupata.

2. L'analisi della programmazione

2.1 Le uscite e il fabbisogno di specialisti

Ben tre studi di programmazione condotti da Anaaop Assomed a partire



dal 2010, di cui a seguire vengono ripresi alcuni dati descrittivi, hanno chiarito come vi sia un costante divario tra numero di pensionamenti nei prossimi 3 quinquenni e numero di neo-specialisti a disposizione per sostenere la riduzione del comparto medico del Ssn. Inoltre, nell'ottica di una corretta applicazione di nuovi standard sanitari (Dm 70) e della necessaria ridefinizione dei carichi di lavoro, si prospetta un ulteriore ammanco di Specialisti.

La stima complessiva delle cessazioni attese nei prossimi 3 quinquenni per tutte le categorie di Specialisti (dipendenti del Ssn/universitari/specialisti ambulatoriali) operanti nel Ssn, risulta come sotto riportato:

● quinquennio 2016-2020: circa 23.255 unità, pari a 4.651 unità x anno;
 ● quinquennio 2021-2025: circa 32.225 unità, pari a 6.445 unità x anno;
 ● quinquennio 2026-2030: circa 22.570 unità, pari a 4.514 unità x anno.

Nei futuri 10 anni i numeri previsti di contratti specialistici Miur, considerando la media degli ultimi 3 anni passati, garantiranno un equilibrio uscite-

entrate per le categorie degli Universitari e degli Specialisti ambulatoriali, ma non per la categoria degli Specialisti ospedalieri Ssn (non tutti i neo-specialisti infatti entrano nel Ssn, vedi calcolo specifico a seguire). Questo perché la componente ospedaliera dei cessati attesi sarà preponderante sulla componente degli universitari e specialisti ambulatoriali (47.284 cessati Ssn vs 8.196 cessati per le altre 2 categorie accorpate).

2.1.1 La prospettiva futura delle dotazioni organiche nel decennio 2016-2025:

● 47.284 medici dipendenti Ssn cessati = 4.728/anno;
 ● 42.550 neo-specialisti = 4.255/anno futuri medici specialisti disponibili per l'accesso alla dipendenza nel Ssn calcolati a partire dall'anno accademico di iscrizione alle Scuole di specialità 2011/2012 su una media previsionale degli ultimi 3 anni (6.079 contratti/anno per formazione post laurea); si considera che mediamente solo il 70% dei medici specialisti sceglie di lavorare nel Ssn

come dipendente. Scelte diverse sono: convenzionamento con il Ssn, libera professione, università/ricerca, privato accreditato e non accreditato, industrie del settore, lavoro all'estero).

Confronto cessati e neo-specialisti Ssn:
 ● 4.728 - 4.255 = 473/anno pari a 4.730 medici mancanti nei dieci anni.

2.1.2 Dm 70/2015 e carichi di lavoro: una reale ulteriore fonte di carenza di specialisti nel Ssn

Il Dm 70/2015 riporta standard relativi a posti letto, tasso di ospedalizzazione, degenza media e numero di Unità operative per branca di specializzazione.

L'obiettivo, nel Dm 70, è la standardizzazione di tutto ciò che esula dal "capitale umano medico". Il decreto ottimizza le risorse mantenendo posti letto per 1.000 abitanti pressoché invariati rispetto alla media nazionale attuale (3,0 vs 3,04 attuali per acuti) e prevede un aumento del carico di lavoro (tasso di ospedalizzazione per acuti

Tabella 1

Dm 70 del 2 aprile 2015, indicatori

- **Posti letto per 1.000 abitanti:** 3,7 di cui 0,7 riabilitazione-lungodegenza (compreso privato e privato accreditato, pari a 0,7 Pl x 1.000)
- **Tasso di ospedalizzazione:** 160 per 1.000 abitanti
- **Durata media della degenza per acuti:** 7 giorni
- **Definizione del numero di Unità operative per branca di specializzazione per milione di abitanti**

Formula 1

$$\text{Fattore H} = \frac{[\text{Tasso di ospedalizzazione al 2014}] \times [\text{Giorni di degenza media regime ordinario al 2014}]}{[\text{Posti letto per 1.000 abitanti al 2014}^*] \times [\text{Numero medici Ssn per 1.000 abitanti al 2014}]}$$

legenda: (*) posti letto per 1.000 abitanti, comprensivi di riabilitazione-lungodegenze, escluso privato e privato accreditato

Formula 2

$$\text{N. medici per 1.000 ab. ideale} = \frac{[\text{Tasso di ospedalizzazione Dm 70}] \times [\text{Giorni di degenza media regime ordinario Dm 70}]}{[\text{Posti letto per 1.000 abitanti regionale}^{**}] \times [\text{Fattore H Nazionale al 2014}]}$$

legenda: (**) posti letto per 1.000 abitanti, escluso privato e privato accreditato (pari a 0,7 Pl per 1.000 ab., fonte Istat 2015, Tav 4.5 annuario statistico Istat 2015)

verso il tasso medio nazionale di 131,5 per 1.000 abitanti al 2014), consentendo un minimo allungamento della degenza media per acuti, ovvero 7 gg vs 6,8 gg nel 2014 - 6,9 gg nel primo semestre del 2015, fonte: rapporto Sdo 2015 (si veda la tabella 1).

Lo "scenario futuro" si compone di alcuni elementi caratterizzanti il Ssn, quali:

- 1) numero di abitanti nazionale/regionale;
- 2) numero di dirigenti medici operanti nelle strutture pubbliche del Ssn e loro caratterizzazione (ad esempio: fasce di età/tipologia di contratto indeterminate-determinate/distribuzione regionale);
- 3) posti letto (Pl) regionali pubblici ed equiparati, escludendo il privato accreditato;
- 4) tasso di ospedalizzazione medio nazionale/regionale indicizzato per 1.000 abitanti;
- 5) durata degenza media nazionale in regime ordinario;
- 6) Dm 70.

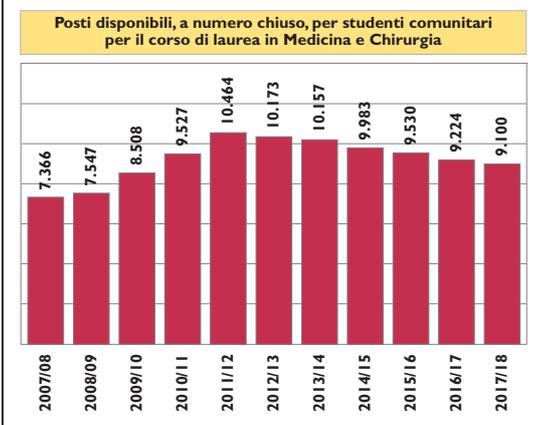


Tabella 2

Calcolo del numero di medici specialisti mancanti rispetto alla dotazione organica al 2014 del Fattore H sulla base degli ultimi dati disponibili del 2014; in evidenza la quota di medici mancanti risultante secondo il calcolo proposto, non considerando la quota attualmente esistente attiva dei medici ospedalieri a tempo determinato

Regione	Numero di abitanti	Tasso di ospedalizzazione	Degenza media ricoveri ordinari	Numero PI regionali pubblici ed equiparati	Numero PI indicizzato per numero di abitanti	N. di medici tempo det. e indet.	N. di medici indicizzato per numero di abitanti	Fattore H	Media naz. di n. medici ideale x 1.000 ab. stand. per Fattore H Nazionale (180,48)	N. assoluto regionale medici necessari per Dm 70, e Fattore H Nazionale	N. medici mancanti	% rispetto al numero medici 2014
Dato nazionale	60.782.668,00	131,49	7,3	178.707	2,94	109.955	1,81	180,48	2,02	131.484,00	21.529,00	19,6%

Grafico 1



L'Applicazione degli standard Dm 70 deve essere inserita in una ridefinizione del concetto di carico di lavoro medico.

«In sintesi, per poter applicare gli standard espressi nel Dm 70 senza intaccare la qualità della prestazione medica specialistica - continua Montemurro - va utilizzato un algoritmo semplice che consenta di esprimere numericamente il concetto di "carico di lavoro medico nazionale"».

Standardizzando successivamente tutte le Regioni ai principali standard del Dm 70 e al carico di lavoro calcolato come media nazionale, si ottiene dallo stesso algoritmo di calcolo, la quota di medici specialisti necessaria.

2.1.3 La proposta Anaao - Calcolo del "fattore human" quale espressione del carico di lavoro medico ospedaliero

È possibile definire un fattore chiamato per convenzione Human (H), che rappresenta una stima del carico di lavoro assistenziale medico sia a livello nazionale che regionale. Il Fattore H

deriva dalla combinazione di 4 variabili che determinano il lavoro medico.

Le variabili provengono da fonti verificate e accessibili quali: rapporto Sdo 2015, Cat 2014/15, annuario statistico Istat 2015 e statistiche ministero della Salute (si veda la formula 1).

Il Fattore H (Nazionale) deriva il carico di lavoro medico medio all'interno del Ssn al 2014 (Fattore H Nazionale = 180,48). Questo Fattore rappresenta un punto di partenza da cui poter ricavare uno standard quantitativo nazionale del numero di medici necessario per l'applicabilità dei nuovi standard Dm 70.

Per questo calcolo, si può immaginare di mantenere fisso il Fattore H Nazionale ottenuto al 2014, e ricavare il numero di medici necessario Regione per Regione per sostenere gli standard Dm 70, con una semplice inversione di formula e considerando poi le specifiche densità demografiche regionali e i posti letto per 1.000 abitanti corrispondenti Regione per Regione (si veda la formula 2).

Il calcolo del numero di medici ne-

cessario Regione per Regione per l'applicazione del Dm 70, standardizzando il carico di lavoro attuale di ogni Regione al carico di lavoro medio nazionale (Fattore H Nazionale: 180,48), da come dato complessivo nazionale:

● È necessario un aumento del comparto medico di 21.529 unità, pari a +19,6 per cento.

In conclusione: si rileva un ammanco di 21.529 medici ospedalieri (19,6%), che si riducono a 13.778 unità (12,5%, considerando il compenso dei contratti atipici (circa 7.000) a oggi suscettibili anche grazie alla riforma Madia di una rapida stabilizzazione. Questa quota di medici (+12,5%, pari a 2.755 medici/anno secondo un obiettivo di pareggio in 5 anni) si va a sommare al debito di 473 medici/anno derivante dalle cessazioni non bilanciate, nella decade futura.

«Quindi, in sintesi - spiega Montemurro - secondo un obiettivo di pareggio delle cessazioni nei prossimi 10 anni, e un obiettivo di applicazione standard su base Dm 70 a invarianza di "carico di lavoro medio nazionale", il numero di contratti di formazione specialistica attuali (media 6.100) devono essere incrementati nel prossimo quinquennio nell'ottica di potenziare le attuali assunzioni nel Ssn di 473 + 2.755 = 3.228 medici/annox.

2.2 Le entrate

2.2.1 I numeri di accesso a medicina

I candidati che nel 2017 hanno tentato il test di ingresso a Medicina sono stati 66.907 a fronte di 9.100 posti per residenti in Italia (fonte Miur). Il tasso di laurea è il più alto tra i vari corsi universitari italiani e tende all'incremento costante, poiché il test d'ingresso riesce a selezionare i giovani realmente motivati alla qualifica professionale di medico.

La percentuale di laureati è stata, nel quinquennio 2008-2012, pari all'89,8% (fonte: *Mastrillo su dati Miur*), ovvero ben 9 studenti su 10 ammessi a Medicina riescono a conseguire la laurea.

A partire dal 2010, sono stati au-

mentati in maniera considerevole i posti disponibili per il corso di Laurea in Medicina e Chirurgia (si veda il grafico 1), senza che fosse attuato un parallelo aumento dei corsi di specializzazione medica (fabbisogni) e delle assunzioni mediche nel Ssn.

Il numero chiuso per l'accesso alle Scuole di Medicina e Chirurgia è stato inoltre deformato in eccesso dalla pleora dei ricorsisti, ovvero quegli studenti di medicina diventati tali non per il superamento del test d'ingresso, ma per un'ordinanza del Tar al quale si erano rivolti per irregolarità concorsuali: si stimano essere circa 10.000 negli ultimi anni (8.000 per il solo anno accademico 2014/2015, fonte: *www.rainews.it, Mastrillo su dati Miur, stima Anaao*).

Gli ingressi totali alle Scuole di Medicina e Chirurgia dell'ultimo quinquennio sono stati circa 58.000, con un aumento di ben il 25% rispetto al quinquennio precedente 2009-2013 (circa 1.800 studenti in più).

Tale aumento non ha un chiaro fondamento programmatico, in quanto sproporzionato rispetto ai fabbisogni specialistici finanziati (fonte di gap formativo).

L'algoritmo per la programmazione del numero chiuso di accesso alle Scuole di Medicina si deve basare primariamente sull'ordinato e ponderato calcolo dei fabbisogni specialistici, calcolati per gli anni accademici 2021/22-2025/26, i quali concorrono infine a determinare il numero chiuso per l'accesso alle Scuole di Medicina e Chirurgia a partire dall'Aa 2017/18 (uno studente di medicina che comincia il suo percorso universitario, impiega mediamente 10 anni per formarsi come medico di medicina generale e 12 anni come medico specialista, pertanto chi è entrato nel quinquennio 2013-2017 sarà specialista solamente negli anni 2025-2029).

Il calcolo infine deve sempre prevedere una maggiorazione stimata indicativamente del 23% del numero dei fabbisogni da cui deriva, in considerazione del tasso di laurea (circa 89,9% degli

iscritti, fonte *Mastrillo*), del tasso di "rinuncia" alla specializzazione (circa 3%, stima Anaao) e delle borse per la scuola di Medicina generale (circa 10 per cento).

La proposta Anaao

La "cura" Anaao, che proclamiamo da anni, è semplice quanto efficace: ridurre gli accessi a medicina a 6.200/anno fino al 2022-2023 per assorbire gli eccessi degli iscritti in sovrannumero (fonte: *studio Anaao 2014*).

2.2.2 L'imbutto formativo

L'aumento degli ingressi a medicina non è stato accompagnato da un aumento di contratti nelle Scuole di Specializzazione post-laurea: il primo conviene solo agli Atenei, che vedono entrare nuovi fondi (in forma di tasse universitarie), il secondo invece prevederebbe un esborso da parte dello Stato in forma di contratti di formazione specialistica aggiuntivi e pertanto è molto più difficile da attuare.

Si è creato quindi il fenomeno del cosiddetto "imbutto formativo" e la formazione della "pleora medica" nel limbo post-lauream.

Infatti il Medico neo-laureato e abilitato ha scarse possibilità lavorative, in quanto il Titolo Specialistico costituisce un requisito indispensabile per poter lavorare in una Struttura sanitaria pubblica e nella maggioranza delle Strutture sanitarie private.

Esempio: La "tasca" nella quale finiscono i medici, una volta laureati, quest'anno contava 14.435 unità (ovvero i partecipanti al concorso per la scuola di specializzazione, somma tra i neo-laureati e chi riprovava il concorso, fonte *Miur*).

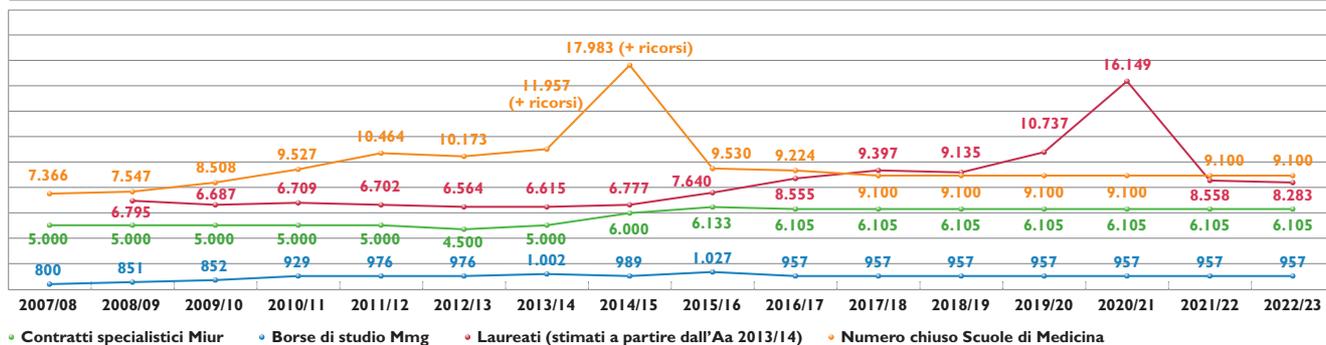
I posti messi a bando quest'anno erano 6.105, con l'aggiunta di poco più di 500 posti finanziati dalle Regioni e da altri Enti e circa 1.000 posti del corso di formazione specifica in medicina generale: pertanto circa il 50% dei giovani medici è rimasto escluso dall'accesso alle scuole di specializzazione e dal cor-

(continua a pag. 4)

(segue da pag. 3)

Grafico 2

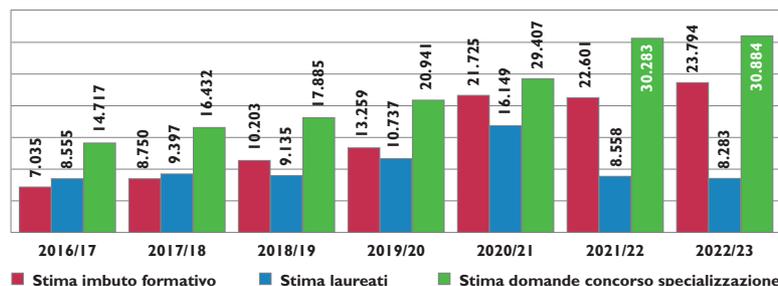
Confronto tra accessi al corso di laurea in Medicina, laureati, contratti di formazione specialistica Miur e posti per corso di formazione specifica in Medicina generale



Non sono indicati i contratti di formazione specialistica a finanziamento regionale e di enti pubblici o privati (circa il 10% del numero totale). Il concorso per l'accesso alle scuole di specializzazione è da sempre "sfalsato" di un anno accademico rispetto all'accesso a Medicina. Per gli anni successivi al 2015/2016, si è provveduto a stimare i posti disponibili per la formazione post-lauream, considerandoli a invarianza di programmazione. Note: i numeri riportati dal 2018 in poi, tranne che per il numero dei laureati, sono proiezioni a invarianza di programmazione

Grafico 3

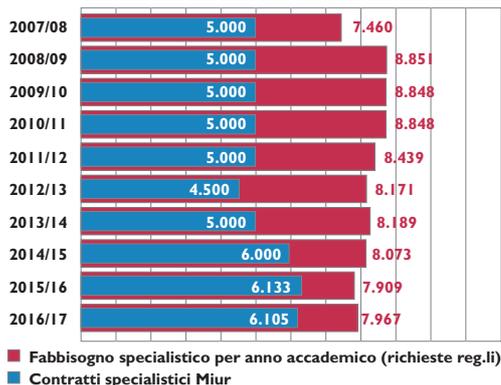
Stima imbuto formativo, laureati e domande concorso di specializzazione



Studio Anaa 2016: stima del numero di laureati, domande per il concorso di specializzazione e "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 2015/16 per la formazione post lauream (contratti specialistici Miur + regionali), borse di studio corso di formazione specifica in medicina generale) con ipotetica invarianza di programmazione (7.682 contratti-borse/anno). Il margine di errore rispetto al reale numero di domande concorso di specializzazione, quest'anno, è stato inferiore al 2%, confermando la validità della stima eseguita dallo studio Anaa 2016

Grafico 4

Confronto contratti specialistici Miur/fabbisogno specialistico per anno accademico (richieste regionali): da sempre i contratti specialistici sono sufficienti per coprire il fabbisogno



so di formazione in medicina generale. Saranno pertanto costretti a "sospendere il percorso formativo" dedicandosi a lavori saltuari, di basso profilo formativo e malpagati, in attesa del concorso del prossimo anno.

Il divario tra neomedici e contratti per la formazione post-lauream è purtroppo destinato ad aumentare ancora (si vedano i grafici 2 e 3).

Si stima che, nell'anno accademico 2022/23 e a invarianza di programmazione, saranno diventati quasi 24.000 i colleghi che non riusciranno ad accedere alle specializzazioni e che dovranno sopravvivere con lavori saltuari e precari, senza la possibilità di una continuità formativa fondamentale e professionalizzante.

La "tasca" aumenta a causa di un grossolano errore di programmazione, e lo scopo deve essere quello di passare da un "imbuto formativo" a un "cilindro formativo" ovvero un sistema di garanzia che preveda per ogni medico neolaureato l'accesso alla formazione post-lauream in un rapporto di uno a uno.

Appare evidente la necessità urgente di intervenire subito con una riduzione pluriennale degli accessi a Medicina e un aumento considerevole dei contratti di formazione specialistica.

Note: si ricorda che la formazione di un medico fino alla laurea costa allo Stato italiano ben 150.000 euro (stima). Pertanto ostacolare la continuità formativa per i medici, attraverso una mancata programmazione coordinata tra contratti di formazione post-laure-

am e numero chiuso Laurea di Medicina e Chirurgia, equivale a "buttare via" 150.000 euro di soldi pubblici per ogni nuovo medico che porta a termine il percorso di laurea.

3. Proposte Anaa di correzione programmatica

3.1 Premessa

La formazione post-laurea nei Paesi europei si effettua all'interno delle strutture ospedaliere, in genere pubbliche, ma come per la Germania, anche in strutture private autorizzate.

Un medico neolaureato, quindi, può chiedere di entrare in un qualsiasi ospedale, del suo Paese o di altri Paesi europei, con un rapporto legato alla normativa nazionale e compatibilmente con la presenza di posti disponibili, entrando in un programma formativo progressivo che lo porta a raggiungere l'esperienza e i titoli di Specialista nella materia.

Il programma formativo ricade sotto l'autonomia organizzativa dei singoli Paesi e non è legato, in alcun Stato europeo eccetto l'Italia, all'Università. La specializzazione, in Italia, si ottiene solo frequentando le scuole di specializzazione universitaria e il numero di medici in formazione ammessi nelle scuole italiane dipende prevalentemente dalla messa a disposizione dei finanziamenti statali per la loro retribuzione.

In Italia, solo dopo aver acquisito il titolo di specialista, un medico può entrare a lavorare in ospedale come dipendente.

Di conseguenza un medico neolaureato europeo può essere accettato in qualsiasi ospedale nazionale per effettuare il proprio training formativo come dipendente tranne che in Italia, dove, con il contratto di formazione specialistica (e non di formazione-lavoro) è un ibrido studente/lavoratore che non ha uguali nell'ambito di altre professioni.

La rete formativa deve rispondere alle reali necessità formative del Ssn, quindi il numero dei posti di specializzazione deve essere definito in base alle reali necessità del Paese, e la durata dei corsi in base alla media europea, non in base alle esigenze interne delle Università come spesso è avvenuto.

La nostra ipotesi di lavoro si basa sui presupposti di:

- 1) facilitare il precoce ingresso nel Ssn;
- 2) svincolare il percorso formativo dall'Università, almeno in parte;
- 3) confronto con l'Europa;
- 4) prevedere una forma di part time ospedaliero in cui il giovane medico, adeguatamente tutorato, gradualmente "sostituisc"e" l'over 60 che potrà su base volontaria lavorare nel territorio;
- 5) migliorare l'inquadramento previdenziale.

In un periodo di ristrettezza economica come questo, la nostra proposta ci sembra una delle poche vie percorribili per aumentare il numero di contratti e per non lasciare "in mezzo a una strada" centinaia di giovani neomedici.

I giovani hanno bisogno di risposte reali, non di utopie!

Sappiamo che la coperta è corta e i miracoli non sono possibili e cerchiamo, con i nostri interlocutori, una squadra che permetta di aumentare i posti mantenendo alto lo standard qualitativo-formativo.

Proposta

Almeno 6.105 contratti verrebbero pagati con l'attuale fondo statale per la formazione specialistica, che dovrà rimanere una costante nel tempo. È un punto di partenza imprescindibile e intoccabile. Sarebbe auspicabile che le Regioni contribuissero all'aumento dei contratti di formazione specialistica, diventando protagoniste della programmazione e del cammino formativo dei giovani medici specializzandi e della sostenibilità generale del sistema (si veda il grafico 4). Con il loro aiuto e lo stanziamento di ulteriori 1.862 contratti (differenza tra posti Miur e fabbisogno regionale calcolata sull'ultimo anno accademico), il gap tra partecipanti al concorso e posti a bando si ridurrebbe sensibilmente negli anni a venire.

Il costo complessivo è stimabile in quasi 190 milioni di euro (per specializzazioni di durata quadriennale), ammonterebbe a poco più di 9 milioni di euro per le 20 Regioni italiane, una cifra oggettivamente alla portata di ogni bilancio regionale. Pertanto, le Regioni dovrebbero farsi carico della differenza tra posti ministeriali e fabbisogno, che esse stesse devono indicare ogni 3 anni.

La recente legge Lorenzin prevede l'individuazione della rete formativa. Attraverso modalità negoziate dovranno essere individuati Teaching hospital deputati a una formazione "on the job".

Nel dettaglio, la nostra proposta prevederebbe, dopo i primi anni passati tra le mura universitarie, il completamento della formazione per 24 mesi in ospedali extra-universitari che abbiano specifici requisiti di "ospedali di apprendimento" come previsto dal DM sull'accreditamento delle Scuole di Specializzazione, mediante la stipula di un contratto ad hoc di formazione medica abilitante a tempo determinato, con finanziamento integrativo regionale, al posto dell'attuale contratto di formazione specialistica.

In alternativa l'integrazione di contratti a carico delle Regioni potrebbe essere destinato fin dall'inizio ad un percorso formativo post-lauream aggiuntivo a quello Universitario basato interamente sulla programmazione regionale, valorizzando l'immenso patrimonio culturale e di casistica presente negli ospedali del Ssn. «In pratica per i neolaureati - conclude Montemurro - è ipotizzabile un contratto di formazione-lavoro a tempo determinato a tutele crescenti, a invarianza della dotazione organica degli ospedali di rete, con insegnamento della parte teorica a carico delle Università e contestuale rilascio da parte della stessa con una valutazione finale che preveda la partecipazione del tutor ospedaliero».