

Quale futuro per i giovani medici?

Maria Cristina Parravicini

Nessuno, fino a qualche anno fa, si sarebbe posto una domanda come questa, ma oggi anche i dati forniti sia a livello nazionale che regionale mostrano buchi sempre più grandi negli organici di tante specialità

«*C*ome Ordine dei Medici di Milano – ricorda **Roberto Carlo Rossi**, Vice Presidente – noi constatiamo che diversi colleghi che si laureano in Medicina e si affacciano alla professione, per molti lunghi anni, pur lavorando, ricoprono mansioni anche molto impegnative, ma per compensi decisamente miseri. Non si tratta di un problema nuovo, ma la mia impressione è che il numero dei lavori sottopagati, come pure l'entità delle cifre che questi colleghi percepiscono, stia diventando preoccupante; conosco colleghi che lavorano a dieci euro lordi l'ora, come dire la remunerazione di una collaboratrice familiare. Va poi osservato che a fronte degli scarsi guadagni, spesso il peso delle responsabilità è molto grande: turni di notte pesantissimi, magari in Case di Cura per pazienti molto abbienti in cui, se durante il giorno l'assistenza è perfetta, durante la notte un gran numero di degenti viene lasciato nelle mani di un neolaureato che può avere delle difficoltà a seguire dei quadri complessi, e soprattutto viene pagato in maniera assolutamente non decorosa.

Esiste poi il problema relativo a quelli che io chiamo impropriamente "gettonasti"; si tratta di colleghi che hanno un contratto libero-professionale con delle grosse/medie strutture ospedaliere. Quello che colpisce è che questo fenomeno investe non solo le piccole realtà tipo Case di Cura, ma anche diversi grossi ospedali. Ad esempio, in Lombardia, è relativamente frequente l'usanza di fare contratti libero-professionali a colleghi che vanno poi a ricoprire incarichi molto delicati come il medico di Pronto Soccorso, trovandosi a percepire uno stipendio lordo appena decente, ma con fatturazione della prestazione su cui devono poi pagare il 20% di ritenuta d'acconto, la previdenza, etc. Se consideriamo che, vista la delicatezza dei lavori che fanno, questi Colleghi devono anche stipulare un'assicurazione particolarmente robusta, alla fine, non gli rimane attaccato niente e i soldi che percepiscono sono nettamente insufficienti per una vita dignitosa. Tutto questo fa sì che io sia veramente preoccupato come Vicepresidente dell'Ordine, sia pensando alla tutela del cittadino, sia alla tutela etico-

deontologica della professione. Infatti, io credo che un medico che viva questa condizione, sia un medico demotivato, un medico che corre il rischio di livellare al basso l'assistenza al paziente, non per sua colpa, ma per le pessime condizioni in cui lavora: è poco protetto dalla struttura, guadagna quattro soldi, si deve pagare la previdenza... e poi è ricattabilissimo. E tutto questo è molto grave in quanto è ovvio che il collega che è assunto nel senso vero della parola gode di giuste tutele contrattuali e quindi non vive quella condizione di ricattabilità del collega che viene assunto con un contratto libero-professionale e, proprio per questo, vive una situazione di precarietà. Se un medico si deve occupare di sbarcare il lunario, volente o nolente, nella necessità di fare altro, sarà stanco e demotivato. Tutti questi aspetti si ribaltano poi sull'assistenza che viene erogata al cittadino e, se pensiamo che spesso queste situazioni si verificano nei Pronto Soccorsi, si capisce perché bisogna essere preoccupati».

«Fatte queste considerazioni – prosegue Rossi – ritengo che bisognerebbe avere il coraggio civile,

da parte di tutti, di denunciare queste situazioni pubblicamente: l'Ordine può intervenire e fare la sua parte, ma solo se chi vive questa condizione di precarietà denuncia il suo disagio. Tuttavia, è necessario che soprattutto le istituzioni (la Regione e le ASL, che hanno il compito di controllare le strutture ospedaliere) intervengano una volta per tutte! Poiché il problema, ci tengo a ribadirlo, non è solo di carattere contrattuale/sindacale, ma è assistenziale e deontologico in quanto viene svilita la prestazione che si eroga e viene svilita la professione medica».

Durante e dopo la specialità

«Altro problema di carattere più spicciolo, ma non per questo meno importante, è quello delle borse di studio che, se per gli specializzandi (delle scuole quinquennali) sono state abbastanza rimpinguate, quelle per il triennio di formazione specifica in Medicina Generale, sono ancora largamente insufficienti e va oltretutto tenuto presente che questi giovani non possono praticamente lavorare (al più fanno qualche guardia medica durante i *weekend*). È ovvio che in queste condizioni o la famiglia si fa carico di questi giovani, o non esiste la possibilità di sbarcare il lunario. Da qui il mio invito a chiunque possa avere voce in capitolo, perché si faccia parte diligente affinché questi colleghi vengano pagati in modo decoroso, o almeno come i loro colleghi specializzandi quinquennali, perché non esiste alcun tipo di differenza nel percorso formativo».

Sfogliando il *cahier de doléances* della professione medica nella fase *in fieri*, Rossi osserva che, «un altro problema, e non di poco conto, è

UN PO' DI OSSIGENO DALLA GIUNTA DELLA REGIONE LOMBARDIA

Ospedali e ASL lombarde assumeranno nel 2011 complessivamente 3.233 nuovi dipendenti. Lo prevedono due nuove delibere approvate dalla Giunta, su proposta dell'assessore Bresciani, che dettagliano i piani di assunzione del personale medico e infermieristico a tempo indeterminato per l'anno in corso.

Inoltre, la Giunta ha deciso di sostenere, con un primo finanziamento di 2 milioni, l'attivazione di 40 contratti per medici specializzandi nelle Università, aggiuntivi rispetto ai posti fissati dal Miur. Stanziati anche altri 2.575 milioni per coprire i 31 contratti aggiuntivi già attivati nel 2010 con fondi SSR.

quello che riguarda alcune specialità che, stando alle notizie che ci arrivano, stanno diventando sempre meno appetite o appetibili per diversi motivi: perché il tipo di lavoro è considerato troppo gravoso e, in proporzione, poco remunerato. Dai numeri che ci arrivano dal territorio, la pediatria è una di quelle che registra un calo crescente di iscritti per ragioni che probabilmente vanno dalla lunghezza dell'iter per diventare pediatri di libera scelta, (raramente si apre qualche zona carente), oppure dalla scarsa disponibilità di posti nei reparti ospedalieri in cui si fa pediatria, con il rischio di percorrere un iter, a livello di specialità, lungo e gravoso, ma con scarsi sbocchi.

Ci sono poi una serie di specialità, come la chirurgia generale, in cui siamo di fronte a fenomeni assimilabili ai temi della medicina difensiva nel senso che queste specialità sono bersagliate dai contenziosi medico-legali e questo, inevitabilmente,

provoca una disaffezione da parte dei giovani medici che temono, in futuro, di andare incontro a problemi quasi sicuri. In questo senso, altro aspetto a sfavore è quello legato agli aumenti costanti dei premi assicurativi in relazione all'incremento dei contenziosi, cui si aggiunge una giurisprudenza che, a mio avviso, è, purtroppo, marcatamente schierata





Angelo Nespoli,
direttore della Scuola
di Specializzazione in
Chirurgia Generale
dell'Università degli
Studi Milano Bicocca.

a favore del paziente e molto meno del medico. Inoltre, per i giovani che frequentano una scuola di specialità è difficile, oggi come oggi, percorrere in Italia un iter paragonabile a quello che c'è all'estero.

Mi riferisco al fatto che la parte pratica della professione viene insegnata in maniera non sufficiente nella maggior parte degli Atenei. È un peccato, perché la preparazione teorica è eccellente ma i ragazzi devono in qualche modo strappare la professionalità dai colleghi già esperti. Non è colpa del singolo che non insegna al giovane, né che il giovane sia pigro e non voglia imparare dal vecchio, la colpa – a mio avviso – sta nel fatto che non si sono previsti dei percorsi obbligati in cui se uno non sa fare una cosa non viene “specializzato”. In teoria è già così, ma in pratica tutti, in maniera palese e chiara, dicono che per lo specializzando imparare il mestiere è difficile, per cui è il singolo discente che si deve dare da fare chiedendo e seguendo il collega anziano per cercare di avere gli insegnamenti su quello che fa». «Un cardiologo – esemplifica Rossi – dovrebbe uscire dalla scuola di specializzazione in cardiologia sapendo

fare un po' tutto, dalla cardiologia interventistica alla cardiologia ambulatoriale.

Oggi, è inutile nasconderselo, tutto questo di solito non avviene perché sembra mancare un sistema che preveda delle verifiche puntuali in base alle quali, per restare nell'esempio, il neo cardiologo debba saper fare uno studio elettrofisiologico, un cateterismo cardiaco, una coronografia ecc. Al momento, la maggior parte degli specializzandi con cui vengo in contatto, mi dicono che fanno veramente fatica ad apprendere perché manca un sistema che li metta al centro, nella fase dell'apprendimento, e non solo nella fase teorica».

«Se non saremo capaci di apportare di dovuti cambiamenti – sottolinea Rossi - noi formeremo degli specialisti inadeguati che passeranno i primi anni della professione a dover compensare quello che gli è mancato nel *cursus* della specialità e tutto questo avrà una ricaduta negativa sull'assistenza che si offre al paziente, oltre a formare dei professionisti con degli *handicap* di partenza che non saranno al passo con i loro colleghi europei e che rischieranno anche di più sotto il profilo medico-legale. Noi lombardi, quindi, dovremmo trovare il modo di avere una levata d'orgoglio e di pretendere che da oggi in poi le cose si facciano in modo diverso rispetto al resto della nazione. Bisogna che ci sia un reparto di scuola, un ospedale dove si impara, che tutto l'apprendimento sia davvero pratico e che ci sia un maggior numero di colleghi anziani disponibili a seguire i colleghi in formazione. La trasmissione del sapere, infatti, è fondamentale e, poiché nessuno è eterno, bisogna imparare

a mettere da parte – se c'è – il sciocco timore della concorrenza e passare tutto quello che abbiamo di buono a chi viene dopo di noi».

Medico o burocrate?

Procedendo nella disamina degli aspetti che possono indurre le giovani leve a non intraprendere il lungo percorso nella Facoltà di Medicina, Rossi si sofferma sulla burocratizzazione della professione che «incide a sua volta tantissimo nel senso che, se per i giovani è un aspetto in parte tutto da scoprire, vero è che ha un suo peso rilevante e che ha cambiato anche il lavoro del medico. I giovani sono forse avvantaggiati, non solo perché nascono praticamente con il computer in mano, ma anche perché si abituano facilmente all'utilizzo di sistemi informatici particolarmente complessi.

Ma al di là della complessità dei sistemi, oggi le cartelle cliniche informatizzate sono delle “Treccani”... Probabilmente per evitare contenziosi, si documentano tutti i passaggi in maniera quasi maniacale e le cartelle cliniche che impone la Regione Lombardia sono pacchi e pacchi di fogli. Certamente dietro a questa massa di documenti c'è la necessità di evitare dei contenziosi, ma è anche vero che queste attività portano via del tempo all'assistenza del paziente. C'è, a mio avviso, un aspetto nel percorso del medico giovane che è fortemente penalizzato da questi elementi e cioè, aumentando la parte burocratica, si corre il rischio che le incombenze di più basso profilo vengono scaricate soprattutto sugli ultimi arrivati colpendo ulteriormente la loro professionalità. Ma è un problema che

grava un po' su tutti: basti pensare ai MMG che non possono più fare a meno di confrontarsi con una serie di leggi e circolari che incombono praticamente nel quotidiano».

Di padre in figlio?

Se fino a qualche tempo fa "mestieri" come quelli del medico, dell'avvocato, del farmacista era prassi che si tramandassero di padre in figlio, secondo Rossi la «sensazione che mi viene parlando con tanti colleghi è che una volta, nella nostra professione, il figlio cresceva effettivamente nella bottega del padre, ed era frequente vedere un figlio medico di padre medico. Nei periodi difficili come quelli post bellici i soldi erano pochi e le famiglie risparmiavano molto per cercare di avviare i figli alla professione medica. Nella generazione successiva, la scelta di fare medicina è stata spesso per emulazione, perché esisteva la bottega del padre che garantiva stabilità economica nella sua qualità di professionista (quando ancora i medici facevano parte di una élite). Oggi sento spessissimo padri che cercano in tutti i modi di dissuadere i figli ad intraprendere la loro stessa professione, a indice del fatto che i rischi medico-legali stanno diventando enormi, i costi per poter usufruire di un buon iter di studi stanno diventando elevati, e dove il lavoro che si svolge non è più socialmente ed economicamente remunerativo. In Inghilterra è ancora così, nel senso che se un medico va in banca, ha immediatamente e senza problemi un'apertura di credito perché il livello professionale, sociale e remunerativo è ancora elevato. Se guardiamo le statistiche, l'Italia è l'ultimo paese

del mondo occidentale per quanto attiene la remunerazione dei medici di famiglia, e uno degli ultimi per quanto riguarda la remunerazione dei medici ospedalieri. Ed è un problema perché la nostra credibilità professionale e il nostro peso sociale si misura anche su questi parametri. Altro aspetto che vedo, e con estrema preoccupazione, è che aumenta il numero dei medici poveri: un fatto gravissimo che, una volta, riguardava solo quei pochi che potevano avere problemi di salute o di dipendenza. Oggi invece sono in contatto con una serie di colleghi che hanno bisogno di assistenza, anche nel cibo, ed è un fatto incredibile per delle persone che hanno nelle mani la salute degli altri. Anche il fatto che il livello sociale della professione si sia così ribassato si ribalta ancora una volta sui giovani per diverse ragioni: innanzi tutto perché la professione appare meno appetibile di un tempo, poi perché provoca anche il disamoramento di chi deve insegnare. Se neanche gli insegnanti del sapere medico ricevono delle remunerazioni sufficienti per un carico di responsabilità così gravoso e pesante è chiaro che nessuno avrà più voglia di trasmettere ciò che sa.»

Crisi di vocazioni in chirurgia?

Perde appeal la figura del chirurgo se, come emerge dai dati, su 278 borse di studio annuali in Chirurgia generale una su cinque non viene assegnata per mancanza di candidati. La ragione di questa emorragia, andata consolidandosi nel corso degli ultimi vent'anni, nasce da una serie di concause ma, come dichiara **Angelo Nespoli**, Direttore della Scuola di Specializzazione in Chirurgia



Roberto Carlo Rossi, vicepresidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano.

Generale dell'Università degli Studi Milano Bicocca, «il fenomeno non è solo italiano (negli USA accade altrettanto), il lavoro del chirurgo è diventato poco appetibile per i giovani perché ai sei anni di Università si vengono a sommare i sei anni di scuola di specialità, quindi un investimento a lungo termine. Fatta questa considerazione, aggiungo che non è vero che una volta diplomati non trovino lavoro in Chirurgia: quelli che abbiamo diplomato negli ultimi anni sono stati tutti praticamente assunti in qualche struttura. Il problema riguarda il tipo di lavoro che nei giovani ha poca corrispondenza: è un lavoro difficile, un lavoro di responsabilità e che impegna molto sotto il profilo della qualità della vita. Oggi, inoltre, il contenzioso medico-legale è diventato pressoché la norma, e anche questo incide notevolmente. Le previsioni dicono che entro il 2015 in Lombardia, ma presumibilmente anche in altre regioni a causa dei numerosi pensionamenti previsti, ci sarà una carenza di chirurghi. Anche questo è un segnale che deve far meditare e portare a mettere dei correttivi e, uno di questi correttivi dovrebbe essere la legittimazione

economica. Oggi infatti siamo di fronte a un appiattimento generale che vede sullo stesso piano professionisti con carichi di responsabilità assai diversi; un esempio per tutti i professionisti che lavorano nell'ambito di una branca internistica, quindi di tutta tranquillità, con un orario di servizio dal lunedì al venerdì pomeriggio, e professionisti come i chirurghi che hanno impegni di tutt'altro genere, da quello fisico, alle responsabilità, alle guardie, ai turni di notte e ai turni di sabato e domenica. E non finisce qui perché il chirurgo, una volta operato il paziente, anche se non è di turno si sente coinvolto, telefona, e se lo chiamano interviene: è evidente come tutto questo finisca con l'avere un impatto non indifferente sulla qualità della vita».

Venendo ai contenziosi medico-legali, Nespoli ricorda che «in termini numerici le specialità più esposte sono la ginecologia e l'ortopedia, mentre la chirurgia generale lo è di meno. Dal punto di vista assicurativo noi, come ospedale, abbiamo una buona assicurazione; esiste comunque la possibilità di fare una integrazione assicurativa, che si aggira intorno ai 500 euro l'anno, che è utile nel caso di greve responsabilità, ma raramente viene utilizzata. Le stesse linee guida, che in teoria dovrebbero cautelarci nel caso di contenziosi medico-legali, non si sono dimostrate sufficienti nel caso di ricorso in Cassazione, come ha dimostrato una recente sentenza, ed è sotto questo profilo che l'integrazione assicurativa trova la sua logica.

Personalmente sono cresciuto con una mentalità diversa, *male non fare, paura non avere*, ma certi episodi lasciano un po' di perplessità...».

Ma al di là delle forme cautelative

(medicina difensiva, assicurazioni, etc.), Nespoli osserva che «un aspetto molto importante è quello del rapporto di comunicazione con il paziente che deve essere molto personale e preciso, tale cioè da permettere di superare tanti problemi, a monte anche di un possibile contenzioso medico-legale. Come Direttore della Scuola di Specialità cerco di insegnare ai giovani questo aspetto, innanzi tutto con l'esempio: durante il giro in reparto, vedo il paziente, gli parlo e instauro un rapporto dialettico chiaro e mirato alla persona. Quello che vale per il paziente vale per i familiari, nel senso che bisogna saper spiegare in modo comprensibile e inequivocabile i problemi relativi all'intervento chirurgico, incluse le possibili complicanze che vanno al di là delle capacità tecniche del singolo operatore. E questo è il punto cruciale: una complicanza, tranne in casi eccezionali, non può essere considerata un errore ma un evento avverso. Anche se si cerca di agire sempre per il meglio, quando si presenta una complicanza bisogna saperla gestire, non solo sotto il profilo pratico e tecnico, ma soprattutto col paziente a cui vanno spiegate le ragioni, anche se a volte capita che nemmeno noi le conosciamo».

Terminata la scuola di specialità

Quante le possibilità per un giovane di ottenere un contratto a tempo indeterminato in una struttura ospedaliera? Pochissime come lamentano in tanti? «È molto relativo. In questo ospedale (San Gerardo, *n.d.r.*) avevamo tutta una serie di contratti libero-professionali (troppi); è stata fatta la richiesta alla Regione



di convertirli in rapporti a tempo indeterminato e la Regione ha acconsentito. Vorrei però precisare che un giovane appena diplomato dalla scuola di specialità, che viene assunto in una struttura pubblica, nonostante i sei anni della scuola di specialità non lo si può ancora considerare un chirurgo finito in grado di operare autonomamente.

Nel corso degli anni di specialità si viene maturando un percorso di crescita che permette di arrivare al diploma con un buon curriculum di esperienze vissute direttamente in sala operatoria in presenza di un tutor. Il regolamento delle scuole di specialità prevede infatti che lo specializzando arrivi all'esame di diploma con un certo numero di interventi fatti».



Conseguito il diploma di specialità, tra pubblico e privato, quali saranno le possibilità concrete di un lavoro a tempo indeterminato? «Nel corso degli ultimi anni – ricorda Nespoli - ho visto tanti giovani che hanno preferito andare a lavorare nel privato convenzionato per svolgere un'attività di nicchia, nel senso che anche lì non hanno le guardie, ma si occupano di un settore limitato della chirurgia, come ad esempio la chirurgia senologica, quella dei melanomi che sono meno complicate (la definisco «chirurgia di superficie») e dove è difficile che sopravvenga la complicità, la chiamata notturna perché il paziente operato durante il giorno sanguina, anche se certamente può succedere (5%)».

Numero programmato: i test d'ingresso

«Qui nella nostra Facoltà di Medicina (Milano Bicocca, *n.d.r.*) lavoriamo tutti gli anni con centinaia di ragazzi, di cui il 70% donne, e circa il 95% di questi ragazzi arriva alla laurea negli anni previsti dal corso. C'è una bassa percentuale di rinunce, ma si tratta di casi in cui lo studente si rende conto di non aver fatto una scelta ottimale e il cambio di facoltà avviene rapidamente. Tornando per inciso alla alta percentuale di donne iscritte, devo riconoscere che sono molto più motivate e mature rispetto ai colleghi maschi e qui, alla scuola di specialità, la metà degli specializzandi è rappresentato da ragazze molto determinate, che non si fermano davanti a nessun ostacolo. Quanto al numero programmato, è stata una necessità. Attualmente il Ministero ci ha più o meno imposto di aumentare il tetto e siamo arrivati al 30% in più su base nazionale. Il discorso però è un po' più complesso. Che ci voglia un test di ingresso personalmente lo ritengo indispensabile ma, quello che è criticabile, è la qualità dei test da tanti punti di vista. Io darei molto più spazio ai test di logica rispetto ai test di conoscenza perché quello che noi facciamo tutti i giorni nella professione è fare esercizi di logica; fare un ragionamento diagnostico è un test di logica in qualsiasi specialità. L'aspetto ancora critico è che il test di ingresso viene fatto nello stesso giorno, con le stesse modalità in tutta Italia. Noi, per esempio, vediamo presso la nostra Facoltà ragazzi che hanno ottime valutazioni ma che non entrano, e quegli stessi ragazzi che non sono entrati qui avrebbero potuto entrare in

altre Università. Esiste però un'ipotesi che sarebbe molto bella se attuata: che si facesse cioè una graduatoria unica nazionale, possibilità che, al momento, è inattuabile. È stato fatto un tentativo qualche anno fa per la Facoltà di Odontoiatria ma, dal punto di vista pratico, si tratta di un problema molto complesso nel senso che, se riusciamo a far partire il corso di laurea, a gennaio dell'anno successivo abbiamo fatto in fretta.»

Tornando al sistema dei test che resta tema di polemiche tra favorevoli e contrari, Nespoli osserva che, «quello che noi non potremmo mai fare con i test, è valutare l'attitudine a fare il medico e, nel caso della mia specialità, a fare il chirurgo. All'esame per la scuola di specialità quest'anno ho nove iscritti su quattro borse di studio, e questo da una parte mi fa piacere perché mi conferma che la mia scuola di specialità è molto ambita. Personalmente non mi pongo il problema di essere sotto il numero programmato, ma il fatto è che questo esame che è un test, e che io ritengo orribile, è una necessità. Come per l'iscrizione alla Facoltà di Medicina anche nel caso della Scuola di Specialità i test vengono dal Ministero e l'esame si svolge nello stesso giorno in tutte le scuole di specialità d'Italia, escludendo quindi la possibilità di tentare l'esame in sedi diverse. Il tempo che intercorre poi tra la prova dei test e quella di pratica è molto poco e questo toglie la possibilità di valutare questi ragazzi sull'attitudine: perché vuoi fare il chirurgo? Il mio maestro, Vittorio Staudacher, a noi giovani studenti diceva sempre «ricordatevi che non sono io che ho scelto voi, siete voi che avete scelto me». ■

Più formazione e investimenti

Federica Barberis

È l'impegno della S.I.G.M. perché non vengano disperse le motivazioni di quei giovani che hanno scelto quello del medico come percorso di vita

Secondo lo schema di Piano Sanitario Nazionale per il triennio 2011-2013 uno dei capitoli più critici è quello delle risorse umane: si stima, infatti, che entro il 2015 diciassettemila medici lasceranno ospedali e strutture territoriali per raggiunti limiti di età; di questi, una parte non verrà rimpiazzata a causa della crisi economica e tagli del personale, ma anche a causa della carenza di nuovi professionisti. La crisi, secondo il Ministero della Salute, avrà origine a partire dal 2012, anno in cui si registrerà il primo "saldo negativo tra pensionamenti e nuove assunzioni". Ma c'è una correlazione tra la carenza di nuovi medici e il numero chiuso per l'accesso alla Facoltà di medicina e chirurgia?

Per **Martino Massimiliano Trapani**, vice presidente del Segretariato Italiano Giovani Medici (S.I.G.M.), «non è corretto parlare di numero chiuso, ma ci si dovrebbe riferire più correttamente alla definizione di numero programmato nel settore sanitario, che dovrebbe essere in funzione del fabbisogno di salute espresso dalla popolazione. È infatti su queste basi che si dovrebbe effettuare una corretta programmazione delle nuove professionalità mediche da formare per soddisfare le carenze di organico. Un

discorso a parte meritano le modalità di selezione per l'accesso alle Facoltà Mediche, che dovrebbero mirare a valutare oltre che il livello di preparazione anche le attitudini alla medicina: i test di ingresso, dovrebbero essere ri-tarati, soprattutto sulla parte relativa alla cultura generale, che dovrebbe invece essere sostituita con quesiti più affini ai contenuti che sono oggetto di studio nel corso di laurea in Medicina e Chirurgia. Un'altra criticità da rimuovere è rappresentata dalla spesso non ottimale capacità professionalizzante del corso di laurea, a fronte invece di un eccessivo apporto contenutistico, il che costringe il giovane medico a colmare sul campo le lacune, una volta avuto accesso al mondo del lavoro. Il quadro appare più sconcertante se si pone un confronto a livello europeo: uno studio, pubblicato nel 2004 sul *Journal of Medicine & the Person*, evidenziava come l'attesa media di occupazione per uno studente italiano che si iscriveva al primo anno di Medicina era pari a 15-16 anni, con una tendenza a un ingravescente allungamento dei tempi di accesso all'esercizio della professione, soprattutto nelle Regioni sottoposte alle limitazioni introdotte dai Piani di Rientro, in ossequio al Patto della Salute sancito nel 2006 tra Governo e Regioni. Un pari età del

Regno Unito, invece, ha già acquisito una piena maturità e autonomia professionale. Tornando al contesto Italiano, dopo la laurea la strada si biforca: da una parte, troviamo il percorso della formazione specialistica, della durata di cinque o sei anni, cui si accede per concorso annuale a numero programmato, bandito dalle singole Università in maniera coordinata e congiunta sulla base delle direttive del MIUR, soggetto annualmente a ritardi nell'espletamento (a causa di uno stato di deroga connesso a una deriva burocratico-normativa), tanto che, in funzione della sessione in cui si consegue il diploma di laurea, si può "perdere" anche più di un anno per essere ammessi al concorso. Il paradosso infatti è che la programmazione del fabbisogno viene definita dal Ministero della Salute di concerto con le Regioni, mentre i posti da mettere a concorso sono decisi dal MIUR, che adotta come criterio le capacità formative delle scuole di specializzazione che, spesso, non corrispondono con le esigenze programmatiche del SSN. Dall'altra parte, si può optare per il corso triennale specifico di medicina generale, anch'esso a numero programmato, ma gestito dalle singole Regioni. Entrambi, il diploma di specializzazione e quello di medicina

generale, in ossequio alle Direttive Comunitarie sono requisiti indispensabili per accedere alla dirigenza medica, nel primo caso, e al rapporto convenzionato di medicina generale, nel secondo».

Proposte migliorative

Il S.I.G.M., in risposta delle predette criticità, si è fatto latore di proposte volte a migliorare la condizione dei giovani medici: adozione di un sistema a graduatoria unica su base nazionale e di criteri di valutazione quanto più possibile oggettivi e uniformi, ai fini dell'accesso alle scuole di specializzazione (da estendere per il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia), anticipazione nel contesto del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia del tirocinio professionalizzante dell'esame di stato (laurea professionalizzante) e rendere abilitante il concorso di accesso alla specializzazione (e il concorso annuale per l'accesso al corso specifico di medicina generale): i vincitori del concorso e i non vincitori, purché superino una soglia minima, conseguirebbero l'idoneità all'esercizio della professione. Tale sistema permetterebbe di abbreviare i tempi medi di accesso alla professione medica in Italia.

Trapani ricorda poi che «un altro



problema è la rete formativa delle scuole di specializzazione che, ai sensi della normativa vigente, dovrebbe aprirsi anche alle strutture non universitarie, pubbliche e private, in modo da offrire un numero di prestazioni atte a soddisfare una soddisfacente formazione tecnico-pratica. Purtroppo, molte scuole si sono adeguate soltanto sulla carta a tali incombenze e,

laddove invece si fossero adeguate in concreto, non risultano chiare le modalità di impegno dello specializzando che dovrebbe essere posto nelle condizioni di ruotare all'interno della rete formativa secondo un programma ben definito. Questo aspetto andrebbe quindi regolamentato per fare sì che lo specializzando non si "nutra" solo di teoria, ma possa fare la pratica richiesta, che è fondamento di una reale professionalizzazione.

Gli specializzandi, di contro, spesso vengono trattenuti nei Policlinici universitari per vicariare la carenza di personale strutturato.

Al fine di superare le predette criticità, il S.I.G.M. chiede che si provveda a una reale implementazione della rete formativa, che dovrebbe aprirsi tanto alle aziende ospedaliere, quanto ai vari presidi di cura del territorio: in tal modo si avrà un incremento dell'offerta formativa con un ottimale rapporto tra casistica e medici in formazione, oltre che mettere nelle condizioni il giovane medico di essere preparato a operare in tutte le articolazioni del SSR, a cominciare dal territorio che, in risposta all'incremento del bisogno di salute ascrivibile alle patologie croniche, cronico-degenerative e invalidanti, offrirà maggiori sbocchi occupazionali».

CARTA D'IDENTITÀ DEL S.I.G.M.



Nato dalle radici del S.I.M.S., Segretariato Italiano Medici e Specializzandi, si pone all'attenzione della comunità medica come realtà associazionistica (no profit) il cui scopo è dare un contributo qualificante alla formazione dei giovani medici, ai profili etici e sociali della professione medica, alla crescita intellettuale, professionale, deontologica delle nuove classi mediche. Obiettivo del S.I.G.M. è di affermare un modello di medico che abbia padronanza della propria professione in ogni condizione, oltre i confini geografici e culturali, aprendosi al confronto con le realtà assistenziali internazionali senza trascurare il miglioramento del

contesto nel quale opera. In quest'ottica il Segretariato offre ai propri iscritti servizi in termini di formazione, occasioni di lavoro e perfezionamento in Italia e all'estero, di accesso alla ricerca scientifica, curando una corretta informazione e formazione sugli aspetti tecnico-legislativi e intervenendo attivamente e criticamente sulle politiche sanitarie, professionali e previdenziali. Il S.I.G.M. ha inoltre prodotto il primo "Manuale del Giovane Medico" con tutte le informazioni per quanti si affacciano alla professione, e la rivista sul web "Capsula Eburnea" che pubblica articoli scientifici originali su argomenti di medicina, biomedicina, biotecnologie mediche, scienze motorie e psicologia medica. Il Segretariato ha anche realizzato la rivista "Giovani Medici", periodo di informazione a carattere tecnico professionale per giovani medici e professionisti della sanità a distribuzione nazionale. L'assetto organizzativo del Segretariato, ramificato sul territorio in sedi locali e provinciali, prevede un'articolazione in Dipartimenti autonomi ma coordinati da un direttivo rappresentativo delle differenti specificità. Attualmente il Segretariato è presente in 27 sedi distribuite sul territorio nazionale. Il S.I.G.M., da Statuto, ha individuato la FNOMCeO e gli Ordini Provinciali dei Medici e Odontoiatri quali referenti istituzionali e modelli organizzativi cui ispirarsi. Inoltre, i responsabili del Segretariato curano la gestione della moderazione del Forum dei Giovani Medici, spazi tematici a libero accesso e luoghi di incontri virtuali (www.giovanemedico.it).

Formazione post laurea

«È il momento in cui i nodi vengono al pettine per i giovani medici – dichiara Trapani che prosegue. – La tendenza che si sta consolidando è quella di offrire contratti a tempo determinato o rapporti di lavoro che alimentano un vero e proprio regime di precariato; ciò per consentire alle Aziende Sanitarie di risparmiare e restare nei budget assegnati. L'errore concettuale è proprio quello di non investire sui giovani, che rappresentano invece il futuro del sistema sanitario nazionale. Il momento attuale infatti vede l'adozione di contratti libero professionali molto flessibili,

contratti limitati a sei mesi, uno o due anni al massimo, mentre si registra una sola assunzione a tempo indeterminato a fronte, mediamente, di tre pensionamenti. Siffatta gestione delle risorse umane, oltre a non dare stabilità esistenziale ai giovani medici che hanno affrontato enormi sacrifici e investimenti per la loro formazione, crea l'effetto paradossale di non favorire il trasferimento delle conoscenze tra i professionisti più attempati, che presentano un prezioso bagaglio di esperienze, e i giovani». Trapani ricorda inoltre che «Stato e regioni dovrebbero porgere maggiore attenzione al fenomeno

della disoccupazione/sotto-occupazione giovanile trattenendo i migliori, anche se in alcune regioni c'è il blocco delle assunzioni e in altre ci sono difficoltà economiche; quando infatti il sistema scoppierà, le regioni, a fronte dei pensionamenti, prima o poi dovranno assumere qualcuno (salvo affidare tutto ai privati), con il rischio di privilegiare la quantità a scapito della qualità.

Il S.I.G.M., per evitare il ripetersi di questi fenomeni, punta sulla corretta programmazione, quali-quantitativa, del fabbisogno di professionalità specialistiche e specifiche di medicina generale. In risposta alla prospettiva di una carenza di professionalità mediche, il Ministero della Salute, dopo aver concordato col MIUR un incremento dell'offerta formativa delle Facoltà Mediche, applicato in itinere nel corrente anno accademico, ha adoperato l'unico strumento di cui dispone a tal proposito, predisponendo al punto 1.6 "Risorse Umane del SSN" dello schema di Piano Sanitario Nazionale (PSN) 2011-2013, l'innalzamento dell'attuale contingente dei contratti per la formazione specialistica dei medici, pari a 5000, che si può realizzare solo attraverso un aumento delle risorse», peraltro in recepimento delle esigenze prospettate dalle Regioni negli ultimi tre anni. Il nostro Segretariato, pur riconoscendo la validità di tale iniziativa, ritiene che sia indispensabile, al contempo, dotare da subito gli Assessorati Regionali della Sanità di strumenti ulteriori, utili a esercitare una piena *governance* della dotazione di professionalità mediche, superando il ricorrente stato emergenziale, e magnificando la dimensione regionale alla luce delle innovazioni introdotte dalla devoluzione in ambito di Sanità. Il S.I.G.M. ha avanzato nelle sedi Istituzionali la proposta di istituzione di un Osservatorio Nazionale sulla Condizione Occupazionale

dei Giovani Medici, e di omologhi Osservatori Regionali che insistano presso gli Assessorati Regionali della Sanità, con il compito di rilevare e analizzare quantitativamente e qualitativamente il fabbisogno di professionalità mediche, svolgere attività di monitoraggio sull'andamento occupazionale dei medici e proporre interventi ai Policy Makers. L'idea si fonda sul portare a regime un sistema integrato di flussi informativi occupazionali, che metta insieme il dato rilevato nel SSN attraverso le Regioni e le banche dati FNOMCeO e delle Casse previdenziali (ENPAM, INPDAP, INPS), nonché un ulteriore dato relativo al flusso di professionisti in incoming and outgoing. Gli obiettivi sono ambiziosi: ottenere un quadro completo e aggiornato dei medici in attività sul territorio nazionale, documentare eventuali carenze di professionalità e pianificare azioni adattative in funzione del bisogno di salute, che è in continuo divenire. Inoltre, tale sistema, se opportunamente messo a rete, potrebbe espletare una funzione di raccordo tra le Regioni al fine di monitorare le eventuali carenze o eccedenze di professionisti sulla base delle quali definire politiche di mobilità a garanzia di un maggior equilibrio a livello nazionale». «Altro settore in cui sarebbero opportuni degli interventi – sottolinea Trapani – è quello del privato. Circa l'occupazione nelle strutture sanitarie private, si dovrebbe avviare, su base regionale, un monitoraggio dell'impiego dei giovani medici: è noto, infatti, che esistono dei casi di prestazioni professionali mediche sotto retribuite. Si tratta di segnalazioni provenienti da giovani colleghi, i quali lamentano l'assenza di un tariffario ben definito per le prestazioni erogate nel privato. Siamo a conoscenza di retribuzioni pari anche a sette euro l'ora! Si tratta di cifre scandalose, se si tiene conto

dell'investimento dei giovani medici in anni di formazione, a cui si sommano i costi per la copertura assicurativa. A tal proposito chiediamo che sia la Regione che l'Ordine dei Medici prendano una posizione». Il quadro prima rappresentato rende ragione del trend in ascesa del numero di giovani medici italiani, tra questi i più motivati, che decidono di trovare asilo professionale presso altri Paesi, e talora di completare o addirittura intraprendere il percorso formativo post laurea. Quadro che viene confermato dai dati preliminari di un questionario sulla condizione occupazionale dei giovani medici, che il S.I.G.M. sta somministrando attraverso il Portale dei Giovani Medici (www.giovanemedico.it). Si stanno delineando i contorni di una vera e propria fuga di cervelli in sanità. Altri sistemi sanitari, infatti, peraltro in sofferenza per carenza di medici, garantiscono il raggiungimento in tempi molto più brevi di maturità e autonomia professionale, unitamente a maggiori possibilità di progressione di carriera quanto di arricchimento sociale e umano. Altri Paesi, dunque, in mancanza di interventi urgenti, si avvarranno di professionalità mediche formate a spese dello Stato Italiano e delle rispettive famiglie. Non si tratta, quindi, di una mera questione economica, per quanto gli stipendi per i medici in Paesi quali la Francia, il Regno Unito e la Germania siano molto più sostanziosi. È lecito peraltro interrogarsi sulla provenienza delle professionalità mediche a cui il nostro Paese dovrà ricorrere in futuro, a fronte della carenza prospettica di medici italiani.

Affrontare i cambiamenti nella sanità

Martino Trapani ribadisce che «la sanità sta cambiando e, cambiando la sanità, noi giovani medici possiamo essere



Martino Massimiliano Trapani, vice presidente del Segretariato Italiano Giovani Medici (S.I.G.M.),

l'opportunità per approdare a questo cambiamento, anche sotto il profilo culturale; il passaggio principale non è saper solo fare la propria professione, ma bisogna anche essere mentalmente aperti, più disponibili alle conoscenze informatiche e al cambiamento della società. Il vecchio management di una volta non c'è più e, almeno a livello ospedaliero, tutti si interfacciano con la tecnologia sempre più avanzata che offre la possibilità di diagnosi più certe e di terapie migliori. A livello di Medicina di base, quindi territoriale, si sta iniziando un percorso simile e già se ne vedono i risultati con i certificati medici on line e, a breve, anche la ricetta on line. Si tratta in parte di un progetto in fieri che andrà ampliato sul territorio. I nodi centrali che la politica deve affrontare sono le risorse destinate alla salute pubblica, la promozione di salute e prevenzione, l'assistenza agli anziani e ai cronici, la medicina territoriale, la motivazione e il ruolo dei medici. La strategia è quella del cambiamento graduale, del «miglioramento a piccoli passi, evitando inutili e pericolose decisioni di vertice e 'riforme' dei sistemi, spesso utopiche, mal studiate e mal gestite». Quindi nessuna rivoluzione azzardata, basata su «grandi e repentini cambiamenti senza una accurata valutazione preventiva dei vantaggi e degli svantaggi», ma piuttosto un percorso ponderato e serio. ■