



RIORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA FORMATIVO PRE E POST LAUREAM IN MEDICINA

Le osservazioni del S.I.G.M. sulla Proposta di Riforma Fazio-Gelmini

Dopo anni di iniziative e di proposte messe in campo al fine di sensibilizzare le Istituzioni competenti e la Professione nel senso di garantire alle future professionalità mediche un percorso formativo in linea con gli standard e coi modelli degli altri Paesi dell'Unione Europea (UE), le richieste avanzate dal nostro Segretariato sembrano trovare riscontro nella Proposta di Riforma del Sistema Formativo pre e post lauream in medicina, presentata dai titolari del Ministero della Salute e del MIUR nel corso di una conferenza stampa tenutasi a Palazzo Chigi in data 28 luglio 2011. Sono riportate di seguito le osservazioni del S.I.G.M. alla richiamata proposta, nell'auspicio di poter contribuire attivamente al cambiamento posto in essere dall'avvio di un processo di riforma.

1. Laurea abilitante in medicina e chirurgia.

L'istituzione di un Corso di Laurea abilitante in medicina e chirurgia, fortemente caldeggiata dal S.I.G.M., rappresenta un'opportunità da cogliere al fine di eliminare i tempi morti di attesa ed i disservizi registratisi negli ultimi otto anni tra il conseguimento della laurea e l'accesso alle scuole di specializzazione, ampiamente documentati dal S.I.G.M. (**Tabella 1**). Inoltre, l'anticipazione del tirocinio professionalizzante, in atto incardinato nell'esame di abilitazione alla professione medica, all'interno di un corso di laurea abilitante, sortirebbe l'effetto positivo di arricchire la formazione dello studente in medicina attraverso una più cogente implementazione della rete formativa integrata Università-Ospedale-Territorio (incremento del tempo da destinare alla frequenza della Medicina Generale e del Territorio, oltre che della rete dell'Emergenza-Urgenza e dei DEA, ecc.). Ma a fronte dell'implementazione della componente professionalizzante dovrebbe, al contempo, effettuarsi una contrazione degli spazi dedicati alla talora eccessiva formazione contenutistica, che caratterizza la formazione pre lauream in Italia a discapito del "saper fare".

1. Tabella riassuntiva della cronistoria dell'indizione delle prove di concorso per l'accesso alle scuole di specializzazione di area sanitaria, Periodo a.a. 2003/2004 – a.a. 2010/2011.

CONCORSO ACCESSO SCUOLE SPECIALIZZAZIONE AREA SANITARIA		
ANNO ACCADEMICO	INIZIO PROVE CONCORSO	Ritardo rispetto alla scadenza prevista dalla norma istitutiva
2003/2004	22 Aprile 2004	7 mesi
2004/2005	19 Aprile 2005	7 mesi
2005/2006	13 Giugno 2006	9 mesi
2006/2007	3 Luglio 2007	10 mesi
2007/2008	12 Febbraio 2008	5 mesi
2008/2009	9 Giugno 2009	9-11 mesi*
2009/2010	12 Aprile 2010	7 mesi
2010/2011	6 Giugno 2011	9 mesi

* Inizio attività nel settembre 2009 per i medici il cui accesso è stato congelato da Sospensiva dei TAR nei confronti degli Accorpamenti Federativi



2. Riduzione della durata dei corsi di specializzazione di area sanitaria.

Lo studio di Latocca ed al., intitolato “*Criticità della professione medica in Italia: confronto europeo e prospettive future*”, 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 fosse pari a 15-16 anni, con una tendenza ad un ulteriore allungamento dei tempi predetti nelle Regioni sottoposte alle limitazioni dei Piani di Rientro, applicati a seguito della sottoscrizione nel 2006 del Patto della Salute tra Governo e Regioni. La contrazione dei tempi della formazione e professionalizzazione dei giovani medici Italiani che si attesta, nella più rosea delle previsioni, intorno ai 12-13 anni, permetterebbe quindi di conseguire il duplice obiettivo di anticipare l’ingresso nel mondo del lavoro e favorire la costruzione di un più solido pacchetto previdenziale.

Si è già fatto riferimento ai benefici, in termini di eliminazione dei tempi morti di attesa, connessi all’introduzione della laurea abilitante in medicina e chirurgia. Ad integrazione di tale innovazione, appare di strategica importanza l’annunciata riduzione della durata dei corsi di studio delle scuole di specializzazione di area sanitaria, anche se la formulazione proposta dai Ministeri (**Tabella 2**): ad essa, infatti, conseguirebbe anche un accantonamento di risorse da utilizzare per finanziare contratti aggiuntivi. Ciò consentirebbe di utilizzare i fondi risparmiati centralmente per stanziare ulteriori 2.000 – 2.500 contratti ministeriali l’anno, ad integrazione degli attuali 5000 messi a concorso a fronte di un fabbisogno di circa 8.850 unità indicato dalle Regioni; in tal modo si farebbe fronte alla previsione della carenza di professionalità mediche conseguente al pensionamento di circa un terzo dei medici in attività nel giro di un decennio. Peraltro, così facendo, si preverrebbero i disservizi correlati al fatto che già dall’anno accademico 2012-2013 il capitolo di spesa dedicato non sarebbe sufficiente a coprire gli oneri dei contratti di formazione: a «invarianza dei fondi», infatti, dal 2013-2014, avrà piena realizzazione il DM sul Riassetto delle scuole di specializzazione di area sanitaria, che ha elevato la durata dei corsi a 5 anni (ed a 6 anni per alcune branche chirurgiche), con attivazione degli anni aggiuntivi. Entrando nel merito degli effetti della eventuale applicazione del punto in questione, in risposta a quanti associano ad una riduzione della durata dei corsi di specializzazione un peggioramento della già, per molti versi discutibile, performance della formazione destinata ai futuri specialisti, è possibile ribattere che la discriminante non è la durata temporale, bensì la qualità della formazione, sulla quale si dovrebbe investire a cominciare dal corso di laurea in medicina, scarsamente professionalizzante se comparato alle altre esperienze EU. Inoltre, in sintonia con l’implementazione di un Sistema Salute integrato Ospedale-Territorio, tale da garantire la continuità delle cure, anche la formazione post lauream del medico dovrebbe trovare una corrispondenza a tale modello, ampliandosi significativamente sia la casistica clinica che le prestazioni accessibili agli specializzandi, fermo restando il primato della metodologia dell’insegnamento e della ricerca appannaggio delle Università. È lecito ipotizzare, infine, che una riduzione del percorso formativo, ancorché minima, potrebbe innescare a ritroso un processo virtuoso di responsabilizzazione dei formatori, i quali dovrebbero rendere conto e ragione, in controtendenza rispetto al vigente sistema a finalità anche di ammortizzazione sociale, di licenziare un “prodotto finito” pronto ad esercitare con autonomia e competenza la professione medica. Un’ultima precisazione è d’obbligo in merito all’impiego degli specializzandi nella rete formativa, che dovrebbe prevedere **modalità di pari rotazione** degli stessi **nelle diverse articolazioni della rete formativa (ospedaliera e territoriale), senza ingenerare disparità di trattamento alcuna.**



2. Tabella comparativa durata corsi di specializzazione per area e singole tipologie.

Titolo di diploma	Durata minima stabilita da Direttiva 2005/36/CE	Durata stabilita dal DM 1° agosto 2005	Durata post riduzione
AREA MEDICA			
MEDICINA INTERNA	5	5	5
GERIATRIA	4	5	4
MEDICINA DELLO SPORT	-	5	3
MEDICINA TERMALE	-	5	3
ONCOLOGIA MEDICA	5	5	5
MEDICINA DI COMUNITÀ	-	5	3
ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA CLINICA	3	5	4
DERMATOLOGIA E VENEREOLOGIA	3	5	4
EMATOLOGIA	-	-	4
ENDOCRINOLOGIA E MALATTIE DEL RICAMBIO	3	5	4
GASTROENTEROLOGIA	4	5	4
MALATTIE DELL'APPARATO CARDIOVASCOLARE	-	5	4
MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO	4	5	4
MALATTIE INFETTIVE	4	5	4
MEDICINA TROPICALE	4	5	4
NEFROLOGIA	-	5	4
REUMATOLOGIA	4	5	4
NEURO FISIOPATOLOGIA	-	5	4
NEUROLOGIA	4	5	4
NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	-	5	4
PSICHIATRIA	4	5	4
PEDIATRIA	4	5	4
AREA CHIRURGICA			
CHIRURGIA GENERALE	5	6	5
CHIRURGIA DELL'APPARATO DIRIGENTE	5	5	5
CHIRURGIA PEDIATRICA	5	5	5
CHIRURGIA PLASTICA, RICOSTRUTTIVA E ESTETICA	5	5	5
GINECOLOGIA ED OSTETRICIA	4	5	5
NEUROCHIRURGIA	5	6	5
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	5	5	5
UROLOGIA	5	5	5
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE	5	5	5
OFTALMOLOGIA	3	5	4
OTORINOLARINGOIATRA	3	5	4
CARDIOCHIRURGIA	-	5	5
CHIRURGIA TORACICA	5	5	5
CHIRURGIA VASCOLARE	5	5	5
AREA SERVIZI CLINICI			
ANATOMIA PATOLOGICA	4	5	4
BIOCHIMICA CLINICA	4	5	4
MICROBIOLOGIA E BATTERIOLOGIA/VIROLOGIA	4	5	4
PATOLOGIA CLINICA	-	5	4
RADIOTERAPIA	4	5	4
MEDICINA NUCLEARE	4	5	4
ANESTESIA, RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA	3	5	4
AUDIOLOGIA E FONIATRIA	-	5	3
MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA (FISIATRIA)	3	5	3
TOSSICOLOGIA MEDICA	-	5	4
GENETICA MEDICA	4	5	4
SCIENZA DELL'ALIMENTAZIONE	-	5	3
FARMACOLOGIA	4	5	4
CHIRURGIA ORALE	-	4	3
ORTOGNATODONZIA	-	4	3
IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA	4	5	4
MEDICINA AERONAUTICA (E SPAZIALE)	-	5	3
MEDICINA DEL LAVORO	4	5	4
MEDICINA LEGALE	-	5	4
STATISTICA SANITARIA	-	5	3
FARMACIA OSPEDALIERA	-	4	3
FISICA MEDICA	-	4	3



3. Valorizzazione del ruolo dei giovani medici in formazione specialistica in seno al SSN.

Il S.I.G.M. si è fatto latore presso il Legislatore ed il Governo Nazionale di proposte che si prefiggono di valorizzare il ruolo dei giovani medici in formazione specialistica e specifica di medicina generale all'interno del SSN, attraverso forme di riconoscimento e di diretto coinvolgimento nei percorsi assistenziali in linea coi dettami della bozza di PSN 2011-2013. Nel particolare, al fine di **favorire l'allineamento al contesto UE dei tempi medi di crescita professionale**, il S.I.G.M. guarda con interesse alla proposta di **evoluzione del contratto di formazione medico specialistica in contratto di formazione-lavoro** in corrispondenza degli ultimi 2 anni del corso di specializzazione, che comporterebbe una crescente autonomia di esecuzione dei compiti assistenziali all'interno delle ASL e delle Aziende Ospedaliere, nonché l'introduzione di migliori tutele previdenziali e medico legali, oltre che di una maggiore tutela dei diritti fondamentali (quali ferie, malattia, gravidanza, riposo compensativo e radiologico, ecc.). Ciò consentirebbe, altresì, una più incisiva compartecipazione alla spesa da parte delle Regioni e una più cogente esigenza di regolamentare l'impiego dei medici in formazione specialistica all'interno delle strutture afferenti alla rete formativa integrata delle scuole di specializzazione di area sanitaria, ad integrazione dei Protocolli di Intesa di cui all'Art. 6, comma 2, del D.Lgs 502/92 e smi. Inoltre, tale determinazione permetterebbe di ipotizzare l'**attivazione, all'interno della varie articolazioni del SSN, di incarichi temporanei per "medici in formazione"**, con possibilità di cumulo di retribuzione, a supporto del personale strutturato ed ad integrazione di particolari servizi: gestione dei codici bianchi in atto afferenti alle area di emergenza-urgenza, ruolo attivo in programmi ed attività di prevenzione, coinvolgimento nell'istituto della medicina scolastica, che dovrebbe essere riattivato. Non si può celare, tuttavia, l'evidenza che su tale punto della proposta insistono le maggiori perplessità da parte della categoria. Il rischio è che le Regioni decidano di avvalersi dei medici in formazione specialistica degli ultimi 2 anni di corso, ribattezzati "strutturandi", quali professionalità in formazione, e quindi a basso costo e ad alto tasso di ricambio, evitando di mettere a concorso i posti di dirigente medico che andranno progressivamente liberandosi. Per di più, è noto che il turnover della dirigenza medica ospedaliera prevede di per sé una contrazione: ogni 5 pensionamenti saranno soltanto due i posti liberatisi messi a concorso. D'altra parte, però, è in previsione il potenziamento delle varie articolazioni assistenziali del territorio. Premesso che il S.I.G.M. non avallerà mai uno scenario potenzialmente svantaggioso per le giovani generazioni di medici, soprattutto per quanto attiene alle prospettive occupazionali, si ritiene che l'impegno degli specializzandi nel SSN potrebbe essere condiviso a condizione che 1) l'attività degli *strutturandi* rimanga integrativa e non sostitutiva di quella degli strutturati (non dovranno quindi figurare nella dotazione delle piante organiche) e che 2) il numero di *strutturandi* sia vincolato a quello degli strutturati in carico presso le Unità Operative sede di formazione, secondo un rapporto non superiore ad 1 a 5.

In conclusione, si ritiene che quanto proposto al presente punto debba essere considerato come obiettivo da conseguire a medio termine, al fine di elaborare una proposta pienamente condivisibile da parte della categoria dei giovani medici. Laddove, però, il Legislatore ritenesse non poter derogare ulteriormente i tempi di attuazione dell'innovazione contrattuale, il S.I.G.M. che pongano in essere tutti gli accorgimenti atti a 1) scongiurare il pericolo che sia limitato il ricambio generazionale della dirigenza medica del SSN attraverso l'utilizzo degli specializzandi in sostituzione degli strutturati ed a 2) valorizzare nell'ottica di un sistema formativo integrato Università-Ospedale-Territorio le eccellenze individuate attraverso l'adozione di stringenti criteri di accreditamento e successivo monitoraggio.



4. Incentivazione all'accesso dei giovani medici alla ricerca.

La Legge n. 240/2010 introduce la possibilità di riduzione di un anno del corso di dottorato di ricerca per quanti siano posti nelle condizioni di documentare di aver eseguito attività di ricerca durante la specializzazione. Tale innovazione rappresenta indubbiamente uno strumento utile a favorire ed incentivare l'accesso dei giovani medici alla ricerca scientifica, ma necessita di essere meglio regolato al fine di non lasciare spazio a differenti interpretazioni ed a consequenziali disparità di trattamento.

5. Inquadramento Previdenziale dei medici in formazione specialistica.

La necessaria rivisitazione normativa connessa alla rivisitazione del sistema formativo offre a considerare l'opportunità irripetibile di intervenire contestualmente per ridefinire l'inquadramento previdenziale dei medici in formazione specialistica. Il S.I.G.M. ha già proposto nelle sedi Istituzionali l'adozione di provvedimenti utili a **gettare le basi per costruire prima dei 70 anni il massimo pensionistico**, attraverso **agevolazioni dei riscatti degli anni in formazione**, in atto estremamente onerosi e di difficile accesso per i giovani medici, e l'**inquadramento previdenziale esclusivo in ENPAM degli specializzandi**. Per inciso, in atto i medici in formazione specialistica subiscono un iniquo ed oltremodo svantaggioso duplice inquadramento previdenziale: nella gestione separata INPS (quali titolari di contratto di formazione specialistica) e nella Quota A del Fondo Generale ENPAM (quali iscritti agli Albi degli Ordini Professionali). In sintesi, l'attuale imposizione del duplice inquadramento dei medici in formazione specialistica risulta particolarmente svantaggiosa per il futuro previdenziale in quanto: 1) la maggior parte dei medici dopo la specializzazione passa ad altra cassa previdenziale, il che espone i contribuenti ad ulteriori ricongiungimenti onerosi; 2) per quanto la Legge 247/2007 abbia modificato il limite originario della contribuzione da un minimo di sei anni a quello di tre anni, fermo restando la possibilità di effettuare il ricongiungimento a pagamento al di sotto di questo limite, permane comunque lo svantaggio connesso ai coefficienti di ritorno contributivo relativi alla gestione separata INPS, molto bassi (e soggetti ad inflazione) se rapportati a quelli di altre casse previdenziali (nella fattispecie alla Quota B ENPAM). Di contro, l'univoco inquadramento nel Fondo di Previdenza Generale ENPAM (Quota A quali iscritti agli Albi Professionali e Quota B quali di iscritti alle scuole di specializzazione) rappresenterebbe la soluzione migliore per garantire in ogni condizione l'ottimale utilizzazione ai fini pensionistici del flusso contributivo. In tal senso il S.I.G.M. ha predisposto e presentato in Parlamento una Proposta di Legge, in atto in esame presso la Commissione Lavoro della Camera dei Deputati, che, intervenendo a modificare il D.Lgs 368/1999 e s.m.i., disponga il trasferimento all'ENPAM della tutela previdenziale dei medici in formazione specialistica, prevedendo il versamento dei contributi alla Quota B del Fondo di Previdenza Generale, con l'aliquota contributiva pro-tempore vigente, direttamente da parte delle Università in cui sono incardinate le scuole di specializzazione. Il provvedimento prevede, altresì, che con apposita convenzione sia regolato il trasferimento all'ENPAM dei contributi già versati all'INPS in conformità alla previgente citata normativa. A tal proposito, si rileva come i medici iscritti agli ultimi due anni delle scuole di specializzazione di area sanitaria nell'anno accademico 2006/2007, ossia gli specializzandi interessati a corso di specializzazione già avviato dagli effetti dell'entrata in vigore del D.Lgs 368/1999 e s.m.i., rappresentino la fattispecie più penalizzata. Per questi ultimi, infatti, non è stato possibile maturare la continuità minima contributiva richiesta dalla gestione separata INPS e, conseguentemente, i contributi dagli stessi versati all'INPS non potranno essere oggetto di totalizzazione a titolo non oneroso, qualora non venisse predisposto il trasferimento all'ENPAM delle somme versate.



6. Programmazione del fabbisogno di professionalità medico specialistiche.

L'adozione in passato di non lungimiranti politiche professionali, unitamente alla mancanza di una corretta definizione del Fabbisogno di professionalità mediche, per o più esitata in base allo storico, contribuiscono a spiegare quello che la FNOMCeO ha definito "fenomeno della Gobba demografica": nella coorte di età compresa tra i 51 ed i 59 anni insistono ben 115.000 dei 307.000 circa soggetti che compongono la popolazione dei medici italiani in attività. Tale dato, se analizzato nel dettaglio, lascia intravedere una dotazione di professionalità mediche insufficiente a sopperire al turn over di medici che nel giro di un decennio circa interesserà il 48% degli occupati in regime di dipendenza dal SSN e dalle Università, il 62% dei Medici di Medicina Generale, il 58% dei Pediatri Libera Scelta ed il 55% degli Specialisti Convenzionati. Siffatta previsione, se associata al saldo negativo tra pensionamenti e nuove assunzioni che, a partire dal 2012, si registrerà in maniera crescente anno dopo anno, in assenza di opportuni correttivi esporrà il nostro Paese al serio rischio di trovarsi in uno stato di carenza di medici. Al fine di esitare una corretta e funzionale Programmazione triennale del fabbisogno di professionalità medico specialistiche, appare indispensabile predisporre tutti gli adempimenti necessari a porre in essere un riequilibrio dell'attribuzione dei posti di specializzazione in relazione ai reali fabbisogni delle Regioni, che sono funzione del mutato bisogno di salute in continuo divenire, e non più in base alla capacità formativa delle singole Università. 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 S.I.G.M., pur riconoscendo la validità di tale iniziativa, ritiene che sia indispensabile, al contempo, dotare da subito il Ministero della Salute, la Conferenza Stato-Regioni e gli Assessorati Regionali della Sanità di strumenti ulteriori, utili ad esercitare una piena governance delle professionalità mediche, superando il ricorrente stato emergenziale, e magnificando la dimensione regionale alla luce delle innovazioni introdotte dalla devoluzione in ambito di Sanità. In tal senso il S.I.G.M. avanza la **proposta di istituzione** ad opera della Conferenza Stato-Regioni, di concerto con il Ministero della Salute, 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 ed 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. Infine, il S.I.G.M.



ritiene che un altro elemento indispensabile per la definizione di un'ottimale Programmazione sia rappresentato dall'**adozione di un sistema a graduatoria unica su base nazionale**, oltre che di criteri di valutazione quanto più possibile oggettivi ed uniformi, ai fini dell'accesso alle scuole di specializzazione.

7. Azioni per contrastare il fenomeno della “fuga all'estero” e favorire il “rientro dei cervelli”.

Ai giorni nostri si registra tra i giovani medici un generale clima di sfiducia nell'attuale sistema gerontocratico e poco meritocratico, a partire dall'accesso alle scuole di specializzazione ed al corso specifico di medicina generale, per non parlare dell'eccessivo peso esercitato dalla politica, direttamente ed indirettamente, nella selezione della dirigenza medica all'interno del SSN. Se dovessimo rappresentare con una figura geometrica una simulazione prospettica della progressione della carriera professionale del giovane medico in Italia, la scelta ricadrebbe su un piano inclinato con una pendenza in salita che gradualmente lo accompagna sino alla soglia del pensionamento, ed anche oltre, se si considera che non sarà possibile contare su una dignitosa copertura previdenziale. La percezione di un 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 lauream, sta assumendo sempre più i contorni di una vera e propria fuga di cervelli. Altri sistemi sanitari, infatti, peraltro in sofferenza per carenza di medici, garantiscono il raggiungimento in tempi molto più brevi di maturità ed autonomia professionale, unitamente a maggiori possibilità di progressione di carriera quanto di arricchimento sociale ed umano. Altri Paesi, dunque, in mancanza di interventi urgenti, si avvarranno di professionalità mediche formate a spese dello Stato Italiano e delle rispettive famiglie.

Oltre a quanto già previsto ai punti precedenti, il S.I.G.M. nell'ottica di migliorare la condizione dei giovani medici Italiani, e quindi di **contrastare il fenomeno della “fuga all'estero” e favorire il “rientro dei cervelli”**, propone di

- **attribuire maggiore peso specifico nei pubblici concorsi ai titoli curriculari** (ivi comprese le esperienze di ricerca) rispetto alle valutazioni discrezionali appannaggio delle commissioni esaminatrici: dovrebbero essere valorizzate le esperienze certificate acquisite sul campo in Italia e parimenti all'estero;
- **decentrare e rendere più agevole il riconoscimento dei titoli conseguiti all'estero dai giovani Italiani**;
- **facilitare il riconoscimento formale dei periodi di tirocinio/internato**, oltre che delle esperienze lavorative maturate a qualsiasi livello, sia in Italia che all'Estero, ai fini dell'accesso alle scuole di specializzazione.

8. Conclusioni.

Se, da un lato, l'impianto della Proposta di Riforma appare condivisibile per gli effetti benefici connessi alla contrazione dei tempi, dall'altro, lo spirito sottinteso alla stessa, che appare primariamente orientato a logiche di bilancio e soltanto secondariamente finalizzato al miglioramento della formazione e della condizione dei giovani medici, presenta alcuni nodi da sciogliere sin dalla fase progettuale. In ultima analisi, una riforma della formazione medica appare quanto mai necessaria, se si vuole allineare il nostro Paese alle esperienze degli altri Paesi EU, ed a maggior ragione se si tiene conto del processo di riorganizzazione e rifunzionalizzazione che sta interessando il SSN in risposta all'aumento dell'aspettativa di vita alla nascita e delle patologie croniche, cronico-degenerative ed invalidanti, alla sempre più spinta innovazione tecnologia, a fronte della sempre più esigua disponibilità di risorse da destinare alla Sanità. Il S.I.G.M. si è dichiarato aperto al confronto, purché finalizzato al reale miglioramento della condizione dei giovani medici, che non può prescindere dall'implementazione degli standard formativo-professionalizzanti pre e post



lauream, e per questo crede nell'avvio di un confronto con le Istituzioni e **chiede l'istituzione di un tavolo tecnico** al quale siedano tutti i portatori di interesse, a cominciare dai delegati delle associazioni di categoria, con l'intento di coniugare l'esigenza di cambiamento con le aspettative dei giovani medici. Sebbene la complessità della Riforma, che dovrebbe intervenire su più livelli normativi, preluderebbe a tempi non brevi per la traduzione pratica del progetto – in ogni caso **è necessario prevedere che gli specializzandi in corso possano optare** per portare a termine i loro studi con le vecchie regole, preservando quindi i diritti acquisiti, ovvero afferire al percorso abbreviato – di contro appare opportuno investire da subito su coloro i quali subirebbero in pieno gli effetti della riforma, ovvero gli studenti in medicina, delle determinazioni conseguenti all'introduzione delle innovazioni annunciate. Soltanto attraverso un modello partecipativo sarà possibile ottenere una condivisione consapevole ed orientata di un processo di riforma che, per definizione, ingenera fisiologicamente ansia e diffidenza. Ma occorre un'assunzione di responsabilità da parte delle giovani e delle future generazioni di medici, non più delegando le decisioni a terzi ancorati a logiche gerontocratiche e sindacaliste, bensì facendo ricorso alle capacità adattative richieste per affrontare le criticità della Sanità del XXI secolo, al pari di quanto già in corso d'opera nelle Nazioni "concorrenti". Giunge al caso nostro, a tal proposito, una dotta citazione di un celebre postulato della teoria evuzionistica di Charles Darwin: *"Non sono le specie più forti a sopravvivere, né le più intelligenti, ma sono quelle che riescono a rispondere con maggior prontezza ai cambiamenti"*.