



RIFLESSIONI DEI GIOVANI MEDICI ITALIANI SULLE TEMATICHE TRATTATE NELL'EVENTO CINQUE ANNI DI RIFORMA UNIVERSITARIA

a cura dell'Associazione Italiana Giovani Medici (SIGM)

La Riforma dell'Università voluta dalla Legge 240/10 (Riforma Gelmini) ha introdotto importanti mutamenti nel sistema universitario italiano e, per quanto riguarda la formazione medica post-lauream, altri interventi normativi hanno profondamente modificato il quadro di riferimento: l'introduzione del concorso a graduatoria nazionale per l'accesso alle scuole di specializzazione mediche da un lato (Decreto Legge n.104 del 12 settembre 2013) e il riordino delle scuole di specializzazione stesse dall'altro (Decreto Interministeriale 68/2015), difatti, negli ultimi anno hanno posto nuove basi e delineato nuovi orizzonti per la formazione medica.

Con questo breve documento, seguendo la struttura e i punti dell'evento organizzato dalla Conferenza Permanente dei Collegi di Area Medica "Cinque anni di riforma universitaria: considerazioni e proposte" in programma il giorno 12 ottobre 2016 presso la Sala della Regina della Camera dei Deputati, la nostra Associazione ha voluto tracciare brevemente alcuni dei punti maggiormente bisognosi di riflessione e intervento secondo il punto di vista dei giovani medici italiani, attori imprescindibili interessati a vario livello nella discussione.

- **Difesa dell'accesso a numero programmato ai Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia e miglioramento dei meccanismi di programmazione e pianificazione qualitativa dei profili medici e delle altre professioni sanitarie**

Il numero programmato per l'accesso a medicina è un valore e come tale va preservato. Desta preoccupazione la ricorrente messa in discussione dell'intero impianto dell'accesso programmato a medicina, per le sue ricadute sia sulla salute dei cittadini che sulle prospettive formative ed occupazionali dei futuri medici. Riteniamo, invece, fortemente necessario un aumento del numero delle borse di studio dedicate alla formazione medica post-lauream, nonché una riprogrammazione delle stesse. Difatti, quello della formazione medica pre e post lauream, rappresenta l'unico ambito in cui il diritto allo studio dello studente deve trovare un punto di equilibrio con la tutela del diritto alla salute del cittadino. L'addestramento professionale del medico, che è garanzia della tutela della salute del paziente, si fonda su un percorso formativo caratterizzato da un ottimale rapporto docente/studenti e sulla disponibilità di un'adeguata casistica clinica, reperibile all'interno delle strutture assistenziali accreditate alla formazione. Tale casista non è illimitata, per quanto presenti potenzialità di ampliamento attraverso l'effettiva implementazione di reti formative integrate tra Università, Territorio e Ospedale così come si sta attuando a seguito del DI 68/2015 per la formazione medica specialistica post lauream (ricordiamo a tal proposito la necessità di arrivare rapidamente alla definizione e implementazione del regolamento di accreditamento delle UU.OO con capacità formativa nonché della reintroduzione di un sistema di monitoraggio della qualità della formazione erogata dalle scuole di specializzazione di medicina a opera dell'Osservatorio Nazionale della formazione medica specialistica – cfr. iniziativa www.valutalatuascuola.net). Il sistema dell'accesso programmato in linea di principio garantisce tali condizioni e, pertanto, va salvaguardato.

Peraltro, osservando i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (2010) e di Eurostat (2015) relativi al rapporto tra medici e popolazione assistita, si evidenzia come l'Italia sia uno dei Paesi con il più alto numero di medici in assoluto e tra i più alti per rapporto di medici per abitante nell'EU (4,1:10.000, con una media EU che si attesta a 3,2:10.000), dato che richiama ulteriormente



l'attenzione sul tema della programmazione delle risorse umane del settore sanitario. A maggior ragione perché ai giorni nostri si deve tenere in debito conto anche il tema della compartecipazione di competenze professionali coi profili non medici. È quanto mai necessario, pertanto, avere un approccio di sistema ed effettuare un'adeguata programmazione del fabbisogno di professionalità mediche, non limitandosi agli aspetti quantitativi, ma avendo almeno pari attenzione per quelli qualitativi. Il progressivo invecchiamento della popolazione, unitamente ai mutati scenari epidemiologici, impongono il superamento del modello ospedale-centrico nel sistema integrato territorio-ospedale, rispetto al quale molte Regioni tardano ad adeguarsi.

- **Introduzione di progress del test all'interno dei programmi dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia mirati alla valutazione della formazione e alla preparazione del Concorso Nazionale per l'accesso alle Scuole di Specializzazione**

In molti Paesi, soprattutto quelli di matrice anglo-sassone, la valutazione progressiva della formazione è ritenuta la migliore modalità per fotografare l'acquisizione delle conoscenze e preparare gli studenti agli step successivi di selezione ai quali saranno sottoposti.

In Italia il progress test è da tempo stato introdotto dalla Conferenza permanente dei presidenti dei Corsi di Studio in Medicina e Chirurgia, alla quale aderiscono molti degli Atenei italiani. Il suo obiettivo naturale è di implementare una forma di valutazione routinaria del corso di laurea, e in particolare della progressione delle conoscenze acquisite e della loro persistenza nel tempo.

Tuttavia, stante la situazione venutasi a creare con la modifica di accesso alle Scuole di Specializzazione e l'introduzione del Concorso Nazionale, che basa la selezione sulla graduatoria di merito in parte rappresentata dai risultati di un quiz a risposta multipla, la sistematica introduzione dei progress test su scala nazionale, accompagnata da specifici momenti teorici seminariali di discussione e preparazione, potrebbe sanare un'importante mancanza delle Università tra la fine del corso di laurea e l'inizio del post lauream, diventato nel frattempo terreno fertile per iniziative private di supporto alla preparazione al concorso come già in precedenza accaduto in altri Paesi, che, per quanto legittime, non colmano sicuramente il senso di vuoto percepito dai giovani medici italiani.

Un'iniziativa volta a ripresentare il progress test nella nuova e duplice versione di strumento di valutazione e preparazione in itinere, oltre a diventare un ausilio importante per i giovani medici che arriverebbero maggiormente preparati ad affrontare l'accesso al Concorso Nazionale, diventerebbe un importante aiuto per i docenti al fine di ritrarre i programmi di insegnamento adeguandoli a fornire informazioni "irrinunciabili" alla formazione del medico, evidenziando, indirettamente, non soltanto le carenze degli studenti ma anche i motivi di queste carenze (una mancanza di nozioni o un modo inappropriato di insegnarle). A tal proposito la nostra Associazione ribadisce la necessità di una bibliografia nota per la preparazione al Concorso Nazionale, nonché di una revisione dello stesso a 3 anni dall'entrata in vigore (cfr. www.giovanimedico.it).

- **Laurea abilitante**

È noto come la carriera di un giovane medico specialista in Italia inizi soltanto dopo i trent'anni e, al netto di situazioni anagrafiche simili o peggiori che effettivamente si verificano in altri Paesi dell'Unione Europea, ciò che desta frustrazione tra i giovani medici è che questa situazione venga causata da una serie di imbuti burocratici e non tanto da una dinamica di formazione professionalizzante sul campo.

È necessario trovare meccanismi per superare l'attuale strutturazione dall'esame di Stato,



calendarizzato due volte all'anno. Difatti, al futuro medico neolaureato è richiesto di frequentare un tirocinio aggiuntivo di 3 mesi che fa seguito ai tirocini già previsti e strutturati da ogni Corso di Laurea (con la sola quasi generale eccezione della mancanza della formazione in Medicina Generale e Cure Primarie) e, successivamente, lo stesso giovane collega è chiamato a iscriversi e superare un test a quiz propedeutico all'abilitazione e alla successiva iscrizione all'Ordine. Questa trafila in particolari condizioni dovute al rapporto con le sessioni di laurea, a fronte di un percorso professionalizzante davvero poco significativo, può durare anche un anno.

È pertanto necessario chiudere una volta per tutte il percorso che conduce alla laurea abilitante valorizzando i momenti professionalizzanti (compreso quello di formazione nella Medicina Generale e nell'assistenza primaria) all'interno del corso di laurea.

Auspichiamo pertanto che il tavolo tecnico aperto al MIUR per l'istituzione della Laurea abilitante possa concludere quanto prima il proprio lavoro per permettere già agli studenti iscritti all'attuale ultimo anno e prossimi alla laurea di poter beneficiare di questo snellimento burocratico e di una velocizzazione della dinamica di progressione nel proprio iter formativo post lauream.

- **Valorizzazione della formazione in Medicina Generale e Assistenza Primaria (istituzione di un percorso di formazione specialistico post lauream in Medicina Generale e Cure Primarie)**

Già da quanto in parte sopra espresso appare necessario colmare il gap esistente, sia nella formazione pre sia nella formazione post lauream, riguardo la formazione in Medicina Generale e Assistenza Primaria.

Registriamo come la formazione medica di base rimanga quasi completamente ospedale-centrica con una mancanza di adeguato spazio per il territorio nonostante, come già detto, i modelli assistenziali del nostro SSN negli ultimi anni si stiano spostando verso il territorio per affrontare la sfida della cronicità.

Segnaliamo che il vissuto dei giovani medici italiani racconta di una crescente insofferenza a un approccio alla medicina troppo influenzato dal riduzionismo positivista che, se ben si adatta alla medicina ultra specialistica ospedaliera, è in parte insufficiente sul territorio, dove hanno importanza anche gli aspetti umanistici e antropologici, a oggi quasi totalmente esclusi nella formazione medica tradizionale.

Per questo motivo segnaliamo le seguenti difficoltà su cui riflettere e porre rimedio:

- Mancanza di una formazione post laurea di medicina generale, attualmente affidata a Corsi Regionali che subiscono ampiamente l'ingerenza del mondo sindacale; esperienze estremamente eterogenee e, ad oggi (30 anni dopo prima direttiva europea sul tema) privi di un core-curriculum unico a livello nazionale che certifichi le competenze da acquisire.
- Incapacità dell'Università di valorizzare le reti territoriali → mondo Universitario formatosi nell'ospedale e rispondente ai bisogni dell'ospedale.
- Impronta mono-professionale dell'insegnamento → formazione focalizzata sul medico e non sui sistemi multi-professionali e multidisciplinari. La formazione universitaria non dedica spazio per insegnare al lavorare insieme, fondamentale per cambiare la visione dell'assistenza primaria.
- È necessario riconoscere le esperienze positive, in tema di formazione e non solo, che vengono svolte in ambito extrauniversitario e al fine di essere capaci di utilizzarle quale



risorsa per implementare i propri modelli educativi, drammaticamente antiquati (es.: vedi formazione dei formatori per i tutor e coordinatori nell'ambito delle esperienze maggiormente evolute dei corsi di formazione specifica in medicina generale; vedi l'impiego di attori nell'utilizzo del paziente strutturato e simulato in alcuni corsi di formazione specifica).

A tal proposito avanziamo le seguenti proposte, frutto della discussione all'interno della nostra comunità e delle iniziative di ricerca volte a indagare i bisogni formativi e i desiderata dei giovani medici italiani (cfr. www.giovanimedico.it):

- Istituzione di una scuola di specializzazione per formare i medici di medicina generale a partire dall'esperienza universitaria più prossima al territorio, la scuola di medicina di comunità di comunità e delle cure primarie, ma al contempo, fondamentale, valorizzando le esperienze positive dei corsi di formazione specifica in medicina generale. Creare i presupposti affinché siano i medici di medicina generale a gestire la scuola e non a esserne sopraffatti (timore che di fatto allontana l'idea di università anche per i colleghi di buona volontà).
 - Implementare il curriculum della medicina del territorio nel corso di laurea, includendovi conoscenze umanistiche e sociali. Ridare un approccio olistico alla medicina del corso di base, diminuendo la quota ultra-specialistica.
 - Prevedere percorsi di formazione con gli altri professionisti sanitari e sociali al fine di implementare le capacità di lavoro in team e condividere strategie di problem solving.
 - Riportare l'Università alla realtà della medicina del XXI secolo, ricollocandola all'interno di reti integrate di formazione, coordinate dall'Università ma che considerino le migliori potenzialità formative di Ospedale e Territorio; è necessario superare le barriere e la struttura a silos di "Università – Ospedale – Territorio" che viene dal passato e non appartiene certo alle nuove classi di giovani medici.
- **La Legge 240/2010, le Facoltà Mediche e i Ricercatori di Area Medica**

Da diversi studi si evince che l'Italia vanta il primato di avere l'Università più anziana del mondo: dei 13.239 professori ordinari (pochi in assoluto rispetto ad altri paesi), nessuno ha meno di 35 anni e solo il 15% ha meno di 40 anni (A. Galdo, Ultimi, Torino, Einaudi, 2016).

Pertanto, se uno degli obiettivi della riforma Gelmini doveva essere quello di aprire le porte dell'Accademia a giovani ricercatori e docenti, ad oggi molto resta ancora da fare.

Per questo motivo segnaliamo le seguenti difficoltà su cui riflettere e porre rimedio:

- Coloro che hanno una più forte vocazione alla ricerca devono sottostare a una lunga "anticamera", condizionata dalla mancanza di progettazione (chi fa cosa e perché), dalla pochezza delle risorse economiche e da sconcertanti dinamiche concorsuali universitarie dei decenni scorsi;
- Nel percorso della cosiddetta riforma Gelmini resta da verificare se i 5 anni previsti come ricercatore a tempo determinato di tipo A (magari dopo un dottorato o a conclusione della scuola di specializzazione) rendano possibile il raggiungimento dei titoli che nella ASN erano richiesti per idoneità alla II fascia e che rappresentano di fatto un pre-requisito per



accedere a un posto di ricercatore di tipo B con tenure track per il ruolo di professore associato.

A tal proposito avanziamo le seguenti proposte, frutto della discussione all'interno della nostra comunità e delle iniziative di ricerca volte a indagare i bisogni e i desiderata dei giovani medici italiani (cfr. www.giovanimedico.it):

- Introduzione sistemica nella formazione pre-lauream del “programma MD/PhD”, su cui si dovrebbe procedere anche in Italia. Si tratterà, nella fase propositiva, di mantenere saldamente la barra su una “formazione generale alla ricerca scientifica di interesse biomedico”, con un curriculum appropriato sia rispetto alle finalità di un’attività medico-assistenziale, sia a quella di ricerca scientifica di tipo biomedico.
- Valorizzazione dell’importo delle borse di studio dei dottorandi al fine di garantire che l’impegno full-time nella ricerca sia adeguatamente compensato e retribuito.
- Rivalutazione dell’esistenza del dottorato senza borsa. Riteniamo che garantire il rispetto della ricerca passa dal passaggio obbligato che venga riconosciuto come un lavoro ed impegno costante.
- Riteniamo inoltre indispensabile valorizzare il ruolo professionale della ricerca e garantire anche a dottorandi e assegnisti la possibilità di accedere alla Dis-coll, perciò è necessario che l’emendamento approvato alla Commissione Lavoro della Camera riguardante gli assegnisti sia confermato e sia allargato anche ai dottori di ricerca.
- Identificare una strategia di programmazione per l’arruolamento di giovani ricercatori di tipo A che possano nel tempo rimpiazzare il turnover fisiologico accademico. Le ultime stime rilevano come l’Italia si trovi in grave carenza di docenti di ruolo per cui l’attuale piano di reclutamento di 1000 ricercatori di tipo b è del tutto insufficiente. Serve quindi un piano di reclutamento di 20000 posti di ruolo in 4 anni per compensare i 12.000 docenti persi negli ultimi anni dall’Università italiana e quelli che andranno in pensione nei prossimi anni.