

RIFORMA DEL PERCORSO FORMATIVO PROFESSIONALIZZANTE PRE-POST LAUREAM IN MEDICINA



LA PROPOSTA DEI GIOVANI MEDICI

Introduzione

La moderna formazione di un medico richiede una complessa opera pedagogica sia sul piano culturale che tecnico-scientifico, con non indifferenti ricadute sul versante civico e sociale, rispetto alla quale occorre condividere responsabilità, esperienze e competenze di tutti i soggetti portatori di legittimi interessi, chiamati a corrispondere al fine ultimo di tutelare la centralità del paziente. Ne consegue che l'obiettivo primario della formazione medica è fornire ai futuri medici conoscenze, competenze, comportamenti e valori adeguati per realizzare le migliori pratiche assistenziali e socio-sanitarie a tutela della salute dei cittadini, siano essi affetti da malattia o in buona salute, e più estesamente della popolazione tutta. La formazione del medico avviene per definizione sul campo e non può prescindere dal rigore metodologico della ricerca e della didattica applicata, riservando quindi il peso preponderante all'attività pratica professionalizzante.

Va considerato che è prerogativa della **Medical Education** fornire al discente gli strumenti per adattarsi alla rapida obsolescenza del sapere medico, nonché alle variabili esterne, ai mutamenti ed ai bisogni della comunità. Per raggiungere tale obiettivo le Istituzioni preposte alla formazione del medico devono parimenti essere capaci di adattarsi ai continui cambiamenti, giovandosi anche dello studio delle analoghe esperienze messe a punto negli altri Paesi Europei e non.

L'Europa senza confini è ormai una consolidata realtà sia per cittadini (Trattato di Schengen e successive Direttive Comunitarie) che per i medici (D.Lgs 368/99 di "Attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e delle direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CEE"), ma anche per i pazienti (Direttiva UE 24/2011 sulla cosiddetta cross-border Healthcare). Il tema centrale dei prossimi anni sarà rappresentato pertanto dalla competitività tra sistemi e modelli assistenziali e tra le professionalità mediche operanti nei differenti contesti UE.

Sulla base delle predette premesse, i Giovani Medici italiani auspicano che le Istituzioni che sovrintendono alla formazione medica vogliano realmente porre in essere una riforma del percorso formativo pre-post lauream che possa mettere le future generazioni di medici nelle condizioni di essere protagonisti della sanità del XXI secolo, con particolare riferimento alla continuità ed integrazione delle cure, all'aggiornamento professionale continuo attraverso l'accesso alle evidenze scientifiche ed all'addestramento sul campo, al confronto su base internazionale, all'approccio olistico ed alla riscoperta del rapporto medico-paziente.



Criticità del Sistema Formativo pre e post lauream in medicina

Si registra ormai da tempo tra i giovani medici Italiani 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 e dal sistema della contrattazione sindacale, direttamente ed indirettamente, rispettivamente nella selezione della dirigenza medica e nell'accesso al regime di convenzionamento all'interno del SSN.

La percezione di un trend in ascesa del numero di giovani medici, tra questi sovente i più motivati, che decidono di trovare asilo professionale presso altri Paesi, e talora di completare o addirittura intraprendere all'estero il percorso formativo post-lauream, sta assumendo sempre più i contorni di una vera e propria emorragia generazionale. Altri sistemi sanitari, infatti, garantiscono in maniera lungimirante il raggiungimento di una piena maturità ed autonomia professionale in tempi molto più brevi (investendo nella formazione a cominciare da un corso di laurea in medicina professionalizzante), unitamente a maggiori possibilità di progressione di carriera, quanto di arricchimento sociale ed umano. Ne consegue, pertanto, che altri Paesi, si avvalgono e si avvarranno sempre di più di professionalità mediche formate a spese dello Stato Italiano e delle rispettive famiglie.

Peraltro, le finora poco lungimiranti politiche professionali, unitamente alla mancanza di una corretta definizione del Fabbisogno di professionalità mediche, hanno favorito quello che la FNOMCeO ha definito come il "fenomeno della Gobba demografica": nella coorte di età compresa tra i 51 ed i 59 anni, infatti, insistono ben 115.000 dei 307.000 circa soggetti che compongono la popolazione dei medici italiani in attività¹.

A peggiorare tale situazione si aggiungono le conseguenze delle iniziative assunte in risposta al fenomeno della "Pletora Medica", ovvero al sovradimensionamento del contingente di medici in attività conseguente all'accesso incontrollato alle Facoltà di Medicina, registratosi a cavallo tra gli anni '80 e '90. Ne sono la riprova l'insieme dei provvedimenti orientati a creare un meccanismo ad imbuto per ritardare l'accesso all'esercizio della professione ed a rivisitare il percorso formativo post-lauream del medico più con finalità di ammortizzatore sociale, piuttosto che tendenti ad una reale qualificazione delle professionalità mediche. A questo proposito, infatti, in recepimento delle direttive comunitarie, è stato introdotto il requisito obbligatorio del diploma di specializzazione e del diploma di formazione specifica in medicina generale, rispettivamente per l'accesso al ruolo di dirigente medico del SSN e di Medico di Medicina Generale, tralasciando, però, a differenza degli altri Paesi UE, di conferire dignità professionale ai medici in formazione attraverso la prevista adozione dei contratti di formazione-lavoro.

¹ 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 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.



Tutto ciò ha portato, come dimostrato dallo studio pubblicato nel 2004 sul Journal of Medicine & the Person², ad un'attesa media di occupazione per uno studente italiano che si iscrive al primo anno di Medicina pari a 15-16 anni, con una tendenza ad un ulteriore allungamento dei tempi medi registrati (Figura 1).

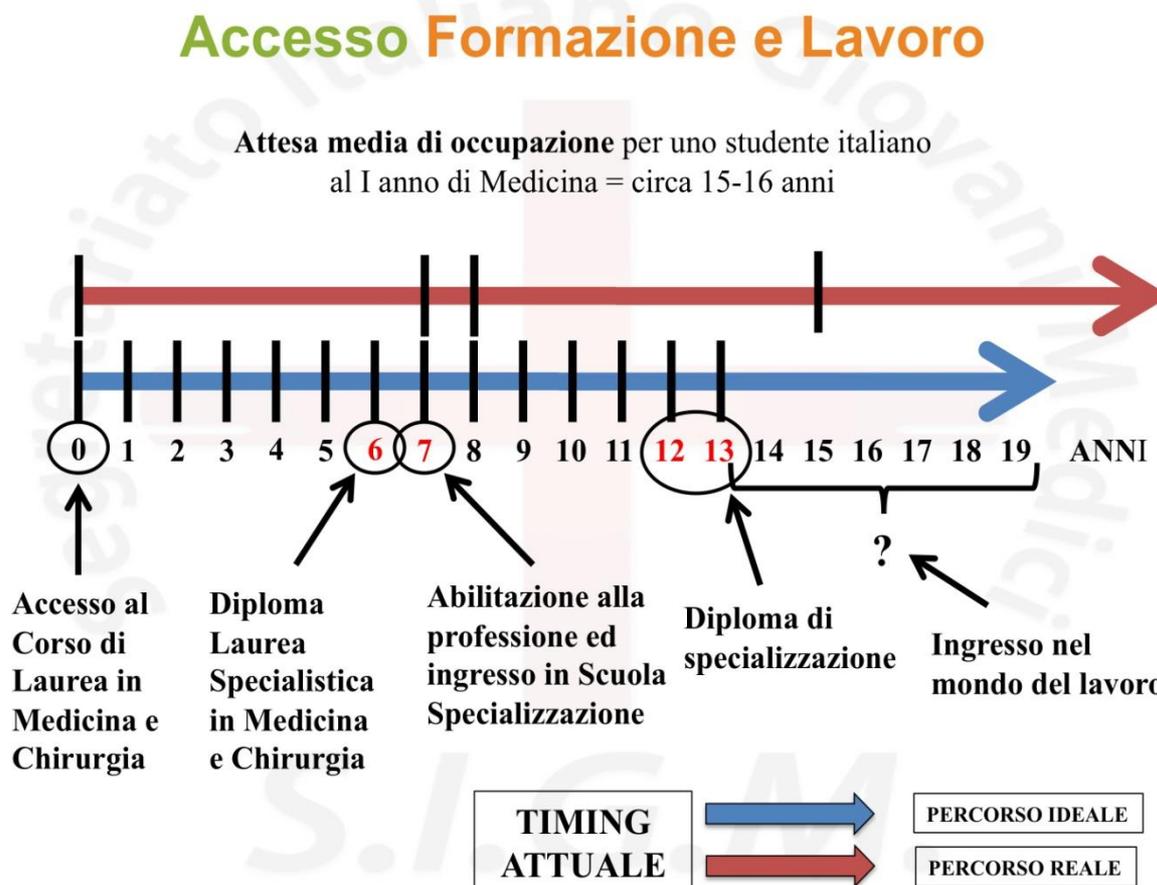


Figura 1 – Attesa media di occupazione per uno studente italiano dall'ingresso al primo anno del corso di laurea in medicina e chirurgia per l'anno 2003 (Latocca ed al. 2004).

Se si considera che lo studio citato analizzava un contesto antecedente alla sottoscrizione nel 2006 del Patto della salute tra Governo e Regioni, è conseguente immaginarsi lo scenario ancora più disagiato per i giovani medici nelle Regioni sottoposte ai giorni nostri alle limitazioni dei Piani di Rientro.

Per facilitare la comprensione della complessità delle problematiche prima richiamate, vengono riassunte in **Tabella 1** le principali criticità dell'attuale percorso formativo pre e post-lauream in medicina.

Per rifondare un siffatto sistema, poco incline al cambiamento, è sulle nuove generazioni che si dovrebbe investire al fine di avviare il rinnovamento culturale richiesto per affrontare le nuove sfide in Sanità.

² Latocca ed al. "Criticità della professione medica in Italia: confronto europeo e prospettive future". 2004 Journal of Medicine & the Person.



Tabella 1. Principali criticità dell'attuale sistema formativo pre e post lauream

Pre lauream	1. Laurea non adeguatamente professionalizzante e non abilitante: peso eccessivo dedicato ai saperi di base del triennio pre-clinico a discapito della componente clinica pratica di base.
	2. Rete formativa non adeguatamente aperta all'integrazione con le articolazioni assistenziali del territorio e dell'ospedale.
	3. Periodi di internati non sempre validati e certificati, limitati ad una casistica quasi esclusivamente universitaria, non sufficiente a garantire il corretto rapporto caso clinico/studente.
Post lauream	1. Sistema di accesso alle scuole di specializzazione a graduatoria per singola sede universitaria limitante e talora poco trasparente e non pienamente valorizzante il merito.
	2. Insufficiente implementazione della rete formativa delle scuole di specializzazione, spesso carente nell'integrazione con altre strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate e raramente aperta alle articolazioni assistenziali del territorio.
	3. Eccessiva durata di corso di alcune tipologie di scuole di specializzazione, alcune delle quali, di taglio ultraspecialistico, potrebbero essere accorpate ovvero convertite in master professionalizzanti.
	4. Assenza di adeguati e ben definiti criteri di razionalizzazione ed aggregazione delle scuole di specializzazione.
	5. Assenza di ben definiti criteri di attribuzione dei contratti ministeriali alle singole tipologie di scuole.
	6. Assenza di ben definiti criteri per l'attivazione delle scuole di specializzazione.
	7. Mancato adeguamento del capitolo del FFO destinato alla copertura dei contratti ministeriali alla luce della prossima attivazione degli ultimi anni aggiuntivi introdotti dal corrente ordinamento didattico che ha elevato la durata minima dei corsi di specializzazione a 5/6 anni.
	8. Impossibilità di riassegnare contratti non assegnati a seguito di indisponibilità di candidati idonei in graduatoria.
	9. Fenomeno dello "specializzando a vita" e dell'abbandono in corso di una tipologia di scuola per afferire ad un'altra tipologia a seguito di nuovo concorso.
	10. Criteri di accesso ai posti aggiuntivi delle scuole di specializzazione, riservati ai dipendenti del SSN, eccessivamente limitanti.
	11. Mancata rideterminazione del trattamento economico del contratto di formazione medico specialistica.
	12. Disomogeneità interpretativa ed applicativa delle normative vigenti in tema di funzionamento ed organizzazione delle scuole di specializzazione e di utilizzo degli specializzandi.
	13. Assente o non adeguato riconoscimento della docenza nelle scuole di specializzazione di area sanitaria.
	14. Mancata o non uniforme applicazione della frequenza congiunta tra scuola di specializzazione e dottorato di ricerca, ai sensi Legge n. 240/2010.
	15. Impossibilità di prendere un anno sabbatico durante la specializzazione per missione scientifica o con finalità di perfezionamento all'estero al di là dei 18 mesi consentiti dall'Accordo della Conferenza Stato - Regioni.
Pre - Post lauream	1. Deriva burocratico-normativa che è stata alla base di ritardi nell'indizione delle procedure concorsuali, peraltro differenziati di anno in anno, con ritardo nell'accesso alla formazione e disservizi di carattere organizzativo e presenza di tempi "morti" che contribuiscono ulteriormente a dilatare i tempi medi di accesso all'esercizio della professione e di ingresso nel mondo del lavoro.
	2. Mancanza di un sistema standardizzato per la definizione quali-quantitativa del fabbisogno di professionalità mediche espresso dal territorio.
	3. Carente attenzione all'insegnamento delle non-technical skills (Global Health, Medical Management, Leadership, Comunicazione in medicina, ecc.) ormai universalmente riconosciute come necessarie a formare medici utili al complesso scenario della Sanità dei nostri giorni.
	4. Tardiva piena applicazione delle funzioni dell'Osservatorio Nazionale Formazione Medica Specialistica con particolare riferimento alle attività di verifica della sussistenza degli standard e dei requisiti richiesti per l'accreditamento delle scuole di specializzazione.
	5. Osservatori Regionali della Formazione Medica Specialistica in talune Regioni ancora non attivi o attivi solo sulla carta.



Appare conseguente, dunque, che nell'agenda politico-sanitaria del nostro Paese sia posta tra le priorità l'adozione di politiche a sostegno dell'accesso dei giovani medici (e più estesamente delle giovani generazioni di professionisti tutte) alla formazione, alla ricerca ed all'esercizio della professione, al fine di dare un chiaro segnale di discontinuità rispetto al passato e ridare speranza ai potenziali futuri operatori del SSN; ma a fronte di ciò deve essere chiesto un eguale impegno ai fruitori degli investimenti a restituire prodotti che alimentino il sistema in maniera virtuosa, siano essi contributi tangibili piuttosto che conoscenze applicative.

Si ritiene indifferibile, pertanto, una generale e complessiva riorganizzazione dell'attuale sistema formativo-professionalizzante pre e post-lauream di medicina, creando una discontinuità rispetto all'approccio a compartimenti stagni che ha caratterizzato le varie riforme ordinamentali che si sono succedute nel tempo.



Proposte PRE LAUREAM

1. **Istituzione**, attraverso appositi decreti ministeriali, della **Laurea Professionalizzante in Medicina e Chirurgia**, con **anticipazione** in seno al corso di laurea **del tirocinio trimestrale valutativo** in atto incardinato nel post-lauream; conseguente adozione di una prova abilitante alla professione a ridosso della discussione della tesi di laurea.

Tale iniziativa contribuirà a soddisfare in parte l'esigenza di rendere il corso di laurea in medicina e chirurgia adeguatamente professionalizzante in comparazione alle altre esperienze UE.

In tal modo sarà possibile espletare il concorso per l'accesso alle scuole di specializzazione in data certa ogni anno entro il mese di dicembre con presa di servizio entro il mese di gennaio, eliminando i disservizi e le sperequazioni ascrivibili all'attuale sistema, registratisi negli ultimi 8 anni e puntualmente denunciati dal SIGM-SIMS (**Tabella 2**).

Tabella 2. Cronistoria dell'indizione delle prove di concorso per l'accesso alle scuole di specializzazione di area sanitaria (Periodo a.a. 2003/2004 - a.a. 2011/2012).

CONCORSO ACCESSO SCUOLE SPECIALIZZAZIONE		
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
2011/2012	14 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.

a) Conferimento di valenza professionalizzante ai tirocini valutativi. Alla fine dei tirocini dovrà essere attribuita una valutazione che contribuirà, assieme alla prova pratica finale di abilitazione, alla composizione del giudizio finale di abilitazione. Non sarà possibile accedere alla prova pratica finale di abilitazione senza aver totalizzato un punteggio minimo di ammissione.



b) Ridistribuzione dei crediti formativi universitari (CFU) assegnati a ciascuna materia. Per rendere maggiormente professionalizzante il corso di laurea in Medicina e Chirurgia appare necessaria una rivisitazione della struttura tradizionale *triennio biologico/triennio clinico* (**Grafico 1**) a favore di un modello che preveda un miglior bilanciamento integrato degli spazi assegnati agli insegnamenti pre-clinici del primo triennio a favore degli insegnamenti clinici e delle attività pratiche del secondo triennio, secondo modelli che hanno ampia affermazione in Europa e negli USA (**Grafico 2**). Si segnala che già alcune Università Italiane hanno attivato dei corsi di Laurea in lingua inglese il cui piano di studi ricalca l'organizzazione e l'offerta formativa dei modelli predetti, con la presenza di tirocini clinici già a partire dai primi due anni di corso.

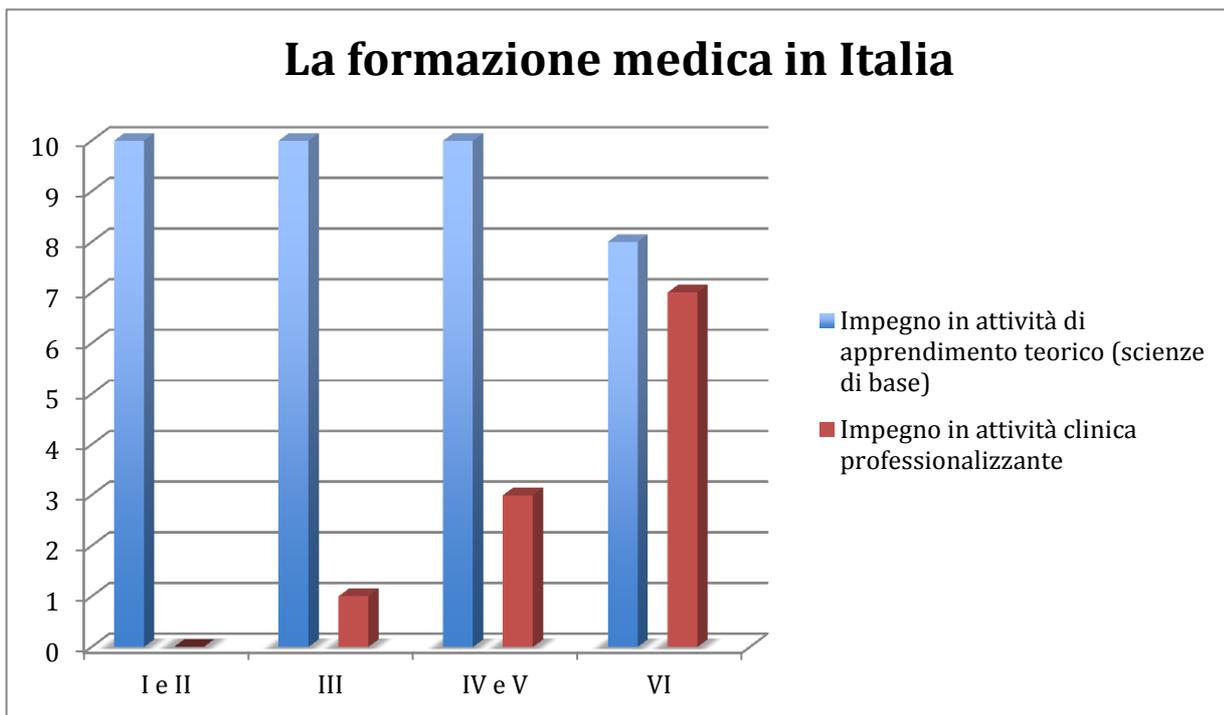


Grafico 1 – Distribuzione del peso degli insegnamenti pre-clinici e pratico-clinici durante i 6 anni del corso di laurea in medicina e chirurgia, modello Italiano.

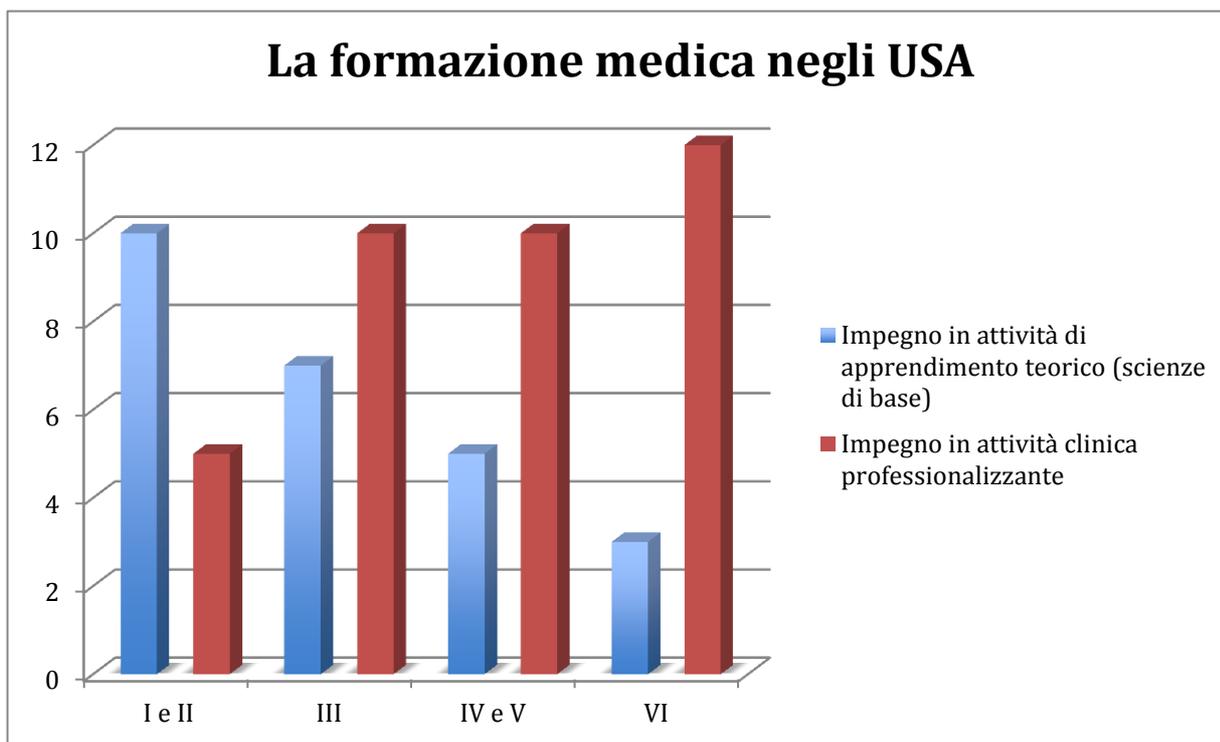


Grafico 2 – Distribuzione del peso degli insegnamenti pre-clinici e pratico-clinici durante i 6 anni del corso di laurea in medicina e chirurgia, Università di Pittsburgh (rielaborato da Torre DM, MD, MPH, PhD University of Pittsburgh).

2. **Maggiore integrazione del percorso di studi all'interno di una reale rete formativa** che integri e valorizzi le eccellenze di **Università, Ospedale e Territorio** sul modello di quanto avviene con successo in modelli sperimentati in altri Paesi EU come ad esempio l'Olanda. Fermo restando la centralità dell'Università, si registrerebbe per la parte pratica professionalizzante (tirocini valutativi professionalizzanti) una sensibile implementazione della disponibilità quali-quantitativa della casistica da utilizzare per l'ottimale addestramento dei formandi.

3. Istituzionalizzare il **riconoscimento obbligatorio mediante certificazione dei periodi di internato**, a cui poter accedere tramite procedura standardizzata e regolamentata, ai fini della valutazione dei titoli per l'accesso alle scuole di specializzazione e al corso specifico di medicina generale.

Proposte POST LAUREAM

1. **Rivisitazione dell'attuale regolamento che disciplina il concorso per l'accesso alle scuole di specializzazione di area sanitaria** attraverso l'adozione di **una graduatoria unificata su base nazionale** per singola tipologia di scuola (**o macro regionale**, sulla scorta di quanto già stabilito per l'accesso alle Facoltà di Medicina), predisponendo adeguati servizi a supporto dei medici in formazione meritevoli e non residenti nella sede di formazione. È inoltre auspicabile sia l'**abolizione della seconda prova** ovvero una **riduzione del peso attribuito** alla stessa, che presenta margini di discrezionalità, sia la **secretazione dei quiz della prima prova**, che dovrebbero essere riformulati e ricontrollati annualmente da un'apposita commissione al fine di evitare il verificarsi di errori e refusi. Infine si ritiene necessaria una **revisione del peso attribuito al curricula** dei candidati. Si tiene però a precisare che solo attraverso l'istituzione di un tavolo tecnico costituito da esperti in materia sarà possibile identificare la migliore modalità di riforma del concorso di accesso alle scuole di specializzazione.

2. Ampliamento **della rete formativa**, ponendo in essere una reale estensione al territorio, al pari delle strutture ospedaliere, ferma restando la centralità dell'Università, che detiene il primato della metodologia dell'insegnamento e della ricerca, entrambi elementi costitutivi della professione medica.

Si dovrebbe procedere con la reale implementazione della normativa vigente, introducendo ai fini dell'attivazione delle Scuole di specializzazione appositi criteri di valutazione del volume assistenziale (espresso in termini di prestazioni erogate dalle strutture afferenti alla rete), ovvero di indicatori di performance assistenziale, da documentarsi ex ante rispetto all'attivazione. Tali criteri dovrebbero essere adottati in particolare per le scuole chirurgiche.

La rivisitazione del **modello** assistenziale ospedale-centrico a favore di quello **integrato ospedale-territorio** dovrebbe trovare un corrispettivo nel percorso formativo professionalizzante; all'interno della rete formativa dovrebbero essere altresì valorizzate le strutture private accreditate ad elevata qualificazione. Solo l'estensione della rete ai nuovi modelli di assistenza del territorio potrebbe fornire ai discenti le necessarie competenze organizzative ed assistenziali atte a soddisfare prospetticamente il bisogno di salute espresso dalla popolazione.

3. **Riduzione della durata delle Scuole di Specializzazione** al fine di allineare al contesto UE i tempi medi di ingresso dei medici nel mondo del lavoro. Premesso che il tema centrale non è la quantità, bensì la qualità della formazione, la durata dei corsi di specializzazione dovrebbe essere riportata, seppur con le opportune eccezioni da valutare tipologia di scuola per tipologia di scuola, a quella adottata nel precedente ordinamento didattico. Per alcune tipologie di taglio ultraspecialistico si potrebbe valutare, invece, una riduzione a 3 anni, ovvero la conversione in **master professionalizzanti**.

Come ricordato in premessa, a differenza degli altri Paesi UE in Italia il momento della formazione specialistica è stato interpretato dal Legislatore come uno strumento di ammortizzatore sociale, piuttosto che come percorso finalizzato a elevare il neospecialista ad un livello di autonomia professionale ed assistenziale adeguato agli standard delle altre realtà. Pertanto, una comparazione tra sistemi formativi deve tenere conto di tali marcate differenze (**Tabella 3**).



Tabella 3. Comparazione sistemi formativi professionalizzanti pre e post-lauream di medicina

Nazione	Durata CdL (anni)	Tipologia corso di laurea in medicina e chirurgia e modalità di abilitazione alla professione medica	Durata corso Sc. Spec. (anni)	Status medico in formazione specialistica	Stima età media accesso professione (anni)
Italia	6	Corso di laurea non adeguatamente professionalizzante. L'abilitazione viene conseguita nel post-lauream. [^] L'esame di abilitazione si articola in una parte pratica (3 mesi di tirocinio pre-lauream e 3 mesi post-lauream) ed in una teorica; sono previste due sessioni per anno (luglio e febbraio).	5-6	Contratto di formazione specialistica.	30/31*
Francia	6	Corso di laurea adeguatamente professionalizzante, con tirocini simbolicamente retribuiti. Non esiste un vero e proprio esame di abilitazione, ma questa si acquisisce col conseguimento del diploma di specialista.	4-5 ^a	Contratto di formazione – lavoro con tutele paragonabili a quelle di un lavoratore dipendente.	24/26
Spagna	6	Per lavorare nel sistema sanitario pubblico è necessario conseguire l'abilitazione mediante il "MIR" (concorso di specializzazione abilitante con accesso a graduatoria nazionale). Tale abilitazione non risulta invece necessaria per lavorare privatamente.	4-5	Contratto di formazione specialistica	28/29
Germania	6	Corso di laurea realmente professionalizzante. L'abilitazione viene conseguita durante il corso di laurea. L'esame di abilitazione è suddiviso in due parti: la prima al termine del secondo anno e la seconda durante il sesto. Per fregiarsi del titolo di dottore in medicina è necessario discutere la tesi.	4-6	Contratto di lavoro a tempo determinato per i primi 6 mesi; successivamente, se confermato, contratto di lavoro a tempo indeterminato. ^b	25
Portogallo	6	Corso di laurea adeguatamente professionalizzante. L'abilitazione viene conseguita automaticamente (senza esame) dopo il superamento del secondo anno della scuola di specializzazione.	4-6	Contratto di lavoro a tempo determinato di due tipologie: a) "protocollato": esclusivo con la struttura ospedaliera in cambio di un bonus (circa 700 euro); b) "ordinario": possibilità di lavorare esternamente come libero professionista.	25
Olanda	6	Corso di laurea realmente professionalizzante. L'abilitazione viene conseguita contestualmente alla laurea (laurea abilitante).	4-6	Contratto di lavoro a tempo determinato.	25
Svizzera	6	Corso di laurea realmente professionalizzante. L'abilitazione viene conseguita contestualmente alla laurea (laurea abilitante).	5-6 ^c	Contratto di lavoro a tempo determinato. ^d	25
Gran Bretagna	4-6 ^d	Per ottenere la FULL REGISTRATION (analogia alla nostra abilitazione) presso il General Medical Council (GMC) ^e è necessario frequentare un programma specifico di un anno (Foundation Program 1).	7-10	Contratto di lavoro a tempo determinato.	26

a. Per diventare specialisti in alcune discipline (es. medicina legale) è necessario avere già una specializzazione ed effettuare un corso, denominato "études spécialisées complémentaires", di 2 anni.

b. Il titolo di specialista si consegue sul campo a seguito dell'effettuazione di un numero prestabilito e certificato di prestazioni.

c. Per ogni specialità esiste un programma di formazione in cui sono elencati: numero minimo di anni per completare il percorso, periodo minimo di frequenza obbligatoria presso un centro universitario (possibile rotazione presso altre strutture), corsi di perfezionamento da seguire, esami da sostenere e numero minimo di attività professionalizzanti da eseguire.

d. La durata media del CdL risulta in vero pari a 5 anni con un sesto anno facoltativo (a Cambridge e Oxford è pari a 6 anni); per chi ha già un'altra laurea la durata è pari a 4 anni.

e. Senza il Foundation Program 1 il medico può comunque esercitare, ma effettuando un numero limitato di mansioni (ad es. prelievi, medicazioni, ecc.).

* Dato sottostimato a causa dei piani di rientro che impongono alle Regioni delle limitazioni nelle assunzioni.

[^] unico sistema formativo che prevede un momento separato, con relativi tempi morti, per il conseguimento dell'abilitazione all'esercizio della professione.

Segretariato Italiano Giovani Medici

www.giovanemedico.it



Opera soggetta a Licenza Creative Commons "Attribuzione-Non commerciale-Non opere derivate" - versione 2.5 Italia

Dall'analisi comparativa presentata in Tabella 3, pur tenendo conto delle specificità e peculiarità dei vari sistemi formativi considerati, emergono in maniera incontrovertibile alcuni elementi critici: l'attuale sistema formativo pre e post lauream in medicina Italiano, se comparato a tutti gli altri sistemi formativi dei paesi UE e dei paesi terzi presi come riferimento, presenta un percorso pre e post lauream più tardivamente professionalizzante, essendo peraltro caratterizzato da "tempi morti" non più sostenibili in uno scenario di concorrenza che valica i confini nazionali ed europei (quello Italiano è l'unico sistema formativo UE che prevede un momento separato per il conseguimento dell'abilitazione all'esercizio della professione; in tutti gli altri l'abilitazione si consegue contestualmente alla laurea o al corso di specializzazione); ne consegue, pertanto, un tardivo inserimento nel mondo del lavoro con possibilità di esercizio di una piena maturità ed autonomia professionale.

4. Individuare ed adottare appropriati criteri di razionalizzazione ed aggregazione delle scuole di specializzazione.

La "Commissione di Esperti MIUR per la Razionalizzazione delle Scuole di Specializzazione di area sanitaria" ha recentemente proposto l'adozione dei seguenti criteri:

- a) **Regola del minimo di 3 iscrivibili:** nel minimo dei tre iscrivibili verrebbero ricompresi anche i *contratti aggiuntivi regionali* purché dichiarati prima della emissione del Decreto Ministeriale di attribuzione dei contratti. Questa misura consentirebbe di aprire un costruttivo confronto con le Regioni sulla rimodulazione e sulle regole di attribuzione dei fabbisogni alle diverse tipologie e concorrerebbe a rendere più razionale e trasparente la distribuzione dei contratti aggiuntivi regionali.
- b) **Regola della aggregazione delle scuole:** il modello aggregativo verrebbe abolito con l'attivazione di una "Scuola Unica" (ex Scuola Capofila o Sede amministrativa), alla quale le Scuole ex aggregate potrebbero partecipare attraverso convenzioni *ad hoc* come parte della rete formativa, nella quale gli specializzandi ruoterebbero per periodi definiti.

Si esprime approvazione per la semplificazione del panorama nazionale delle scuole attraverso l'estinzione del modello aggregativo, dopo il fallimento dell'esperimento delle scuole federate. Si raccomanda che 1) nell'individuazione della Scuola Unica la scelta ricada sulle realtà meglio titolate e qualificate (il che non sempre ha trovato piena corrispondenza nella sede capofila o amministrativa), 2) vengano date da subito precise indicazioni ai fini della uniforme regolamentazione della rotazione per periodi definiti degli specializzandi nelle strutture delle Scuole ex aggregate che comparteciperanno alla formazione delle Scuole uniche attraverso convenzioni *ad hoc*.

5. Individuare ed adottare appropriati criteri di attribuzione dei contratti ministeriali alle singole tipologie di scuole.

La "Commissione di Esperti MIUR per la Razionalizzazione delle Scuole di Specializzazione di area sanitaria" ha recentemente proposto l'adozione dei seguenti requisiti per la distribuzione dei contratti (minimo 3) e per la attivazione di una scuola:

- a) qualità e quantità dei docenti;

- b) dimensioni della rete formativa, risultanti dalla documentazione inserita in banca dati dalle Università, ma anche certificata a firma del Rettore con verifica a campione dell'Osservatorio Nazionale;
- c) dimensioni dell'utenza studentesca della sede determinata dal numero di immatricolati per anno, assegnati dal MIUR, al/ai corso/i di laurea in Medicina e Chirurgia.

N.B.: questa serie di parametri determinerebbe l'attivazione e l'assegnazione della Scuola ad una delle tre seguenti categorie: 3 contratti, 3-5 contratti, > di 5 contratti.

Fermi restando i criteri proposti, si raccomanda di valutare le specificità delle differenti macro-regioni, al fine di garantire una equilibrata copertura dell'offerta formativa sul territorio nazionale, bilanciando il criterio del numero di atenei con quello del numero di abitanti (in altri termini potrebbe esservi il rischio che alcune macro regioni, pur con un minore numero di abitanti rispetto ad altre, siano avvantaggiate dall'ospitare un maggior numero di atenei).

Dovrebbero anche essere opportunamente censite e valutate le infrastrutture a disposizione di ciascuna scuola sia per l'attività didattica che per l'attività di ricerca.

Per quanto concerne il numero di docenti di ruolo presenti nella scuola di specializzazione, per ciascuno di essi dovrebbero essere considerati i relativi indicatori bibliometrici oltre che numero e case-mix degli interventi effettuati con particolare riferimento alle scuole chirurgiche. In generale, il criterio della produttività in termini di volume di prestazioni e di case mix dovrebbe essere adottato quale elemento costitutivo di un meccanismo di premialità ai fini della distribuzione dei contratti ministeriali.

6. **Individuare ed adottare appropriati criteri per l'attivazione delle singole tipologie di scuole.**

La "Commissione di Esperti MIUR per la Razionalizzazione delle Scuole di Specializzazione di area sanitaria" ha recentemente proposto l'adozione dei seguenti criteri, in funzione della numerosità dell'attuale contingente di contratti calcolato sul fabbisogno nazionale di medici specialisti:

- **Per le scuole con contingente di contratti >120:** sarebbe attivabile una scuola per ogni ateneo, fermi restando i requisiti che verrebbero adottati per l'attribuzione dei contratti.

- **Per le scuole con contingente fra 50 e 120 contratti:** verrebbero attivate o meno le scuole ed assegnati i contratti con numerosità variabile secondo i predetti requisiti per l'attribuzione dei contratti, cercando di prevedere un minimo di una scuola per regione.

- **Per le scuole un contingente fra 20 e 50 contratti:** si utilizzerebbero i predetti requisiti per l'attribuzione dei contratti, cercando di prevedere un minimo di una scuola per regione o macro regione (Nord-Est, Nord-Ovest, Centro-Nord, Centro-Sud e Sardegna, Sud-Est, Sud-Ovest e Sicilia).

- **Per le scuole un contingente < di 20 contratti:** si istituirebbero scuole macro regionali o nazionali, secondo i predetti requisiti per l'attribuzione dei contratti.

Si reitera la proposta di introduzione ai fini dell'attivazione delle Scuole di specializzazione di criteri di valutazione del volume assistenziale (numero di prestazioni), ovvero di indicatori di performance assistenziale, da documentarsi ex ante rispetto all'attivazione e da mantenersi nel tempo. Tale approccio, fermo restando la centralità dell'Università, faciliterebbe l'implementazione della rete formativa con le realtà assistenziali del territorio e dell'ospedalità.



7. Adeguare il capitolo del Fondo di Finanziamento Ordinario (FFO) delle Università destinato alla copertura dei contratti ministeriali.

Tale adeguamento appare urgente ed indifferibile, infatti, si ricorda che, pur volgendo al termine la fase sperimentale del primo ciclo post-riordino, rimane ancora irrisolto il problema del mancato adeguamento del capitolo di spesa destinato al finanziamento degli attuali 5000 contratti ministeriali, che in corrispondenza dell'anno accademico 2012/2013 non sarà più sufficiente a garantire il maggior impegno economico connesso all'estensione della durata minima di tutti i corsi di specializzazione a 5/6 anni.

8. Adozione di criteri utili a riassegnare i contratti di specializzazione non assegnati a seguito di concorso.

Alla luce del costante verificarsi della mancata attribuzione dei contratti a causa dell'assenza in graduatoria di vincitori di concorso, si propone l'adozione di iniziative e criteri utili a riassegnare i contratti non assegnati a seguito dell'indisponibilità o mancanza di candidati vincitori o idonei nelle graduatorie di merito.

9. Contrasto dei fenomeni dello “specializzando a vita” e dell'abbandono in corso di una tipologia di scuola per afferire ad un'altra tipologia.

La non ottimale programmazione del fabbisogno, con particolare riferimento ad alcune specialità, unitamente alle limitazioni imposte alle Regioni dai Piani di rientro ai fini dell'assunzione a tempo indeterminato di professionalità mediche nelle strutture del SSN, induce molti neospecialisti a “provare” nuovamente il concorso per l'accesso alle scuole di specializzazione, che mette in palio contratti di formazione che garantiscono un discreto sostentamento. Al pari, molti specializzandi entrati in scuole che non costituivano la scelta primaria, nel ricimentarsi nell'anno successivo nel concorso per la tipologia di scuola preferita, in caso di esito positivo della selezione, abbandonano in corso la scuola di provenienza per accedere alla nuova: ciò comporta la perdita del contratto interrotto. Si dovrebbero adottare iniziative atte a disincentivare il fenomeno dello “specializzando a vita”, favorendo nelle graduatorie i medici che partecipano per la prima volta al concorso di specializzazione: ciò limiterebbe al pari l'abbandono di un percorso formativo iniziato quale ripiego per accedere ad altra tipologia di scuola di specializzazione.

10. Revisione dei criteri di accesso ai posti aggiuntivi delle scuole di specializzazione di area sanitaria riservati al personale medico titolare di rapporto a tempo indeterminato con strutture pubbliche e private accreditate dal SSN diverse da quelle inserite nella rete formativa della scuola.

La regolamentazione vigente impedisce di fatto ai medici dipendenti di strutture pubbliche e private accreditate dal SSN diverse da quelle inserite nella rete formativa della scuola ad accedere alla formazione specialistica, nonostante a questi medici siano riservati dei posti aggiuntivi. Infatti, la struttura di appartenenza deve dichiarare di essere disponibile a privarsi del contributo del proprio dipendente per tutta la



durata della formazione, da espletare presso le strutture della rete della scuola di specializzazione, pur continuando a mantenere la piena retribuzione al “medico dipendente in formazione specialistica”.

Una possibile soluzione al fine di ovviare alle oggettive limitazioni poste dall’obbligo di frequenza dello specializzando già “strutturato” presso le strutture afferenti alla scuola di specializzazione potrebbe essere rappresentata dall’inserire la struttura di provenienza nella rete formativa della scuola di specializzazione, il che permetterebbe all’amministrazione di non privarsi della forza lavoro del medico in essa incardinato.

Altre criticità interessano i medici dipendenti di enti pubblici nazionali con finalità di ricerca (quali ad esempio il Consiglio Nazionale delle Ricerche, l’ENEA, le ARPA, ecc.), i quali sono di fatto impossibilitati ad accedere alla formazione specialistica in quanto i predetti enti non rientrano nella fattispecie delle strutture pubbliche e private accreditate dal SSN. La normativa vigente pone pertanto tali medici nella condizione di doversi licenziare dal proprio Ente di appartenenza per poter aspirare alla specializzazione. Anche per questi medici dovrebbero essere introdotte deroghe specifiche, ovvero potrebbero essere destinati loro dei posti aggiuntivi riservati.

11. Rideterminazione del trattamento economico del contratto di formazione medico specialistica.

Il trattamento economico dello specializzando, peraltro sottodimensionato rispetto ai pari di tutti gli altri Paesi UE, non è mai stato rivalutato dalla prima applicazione, intervenuta nel 2006; sarebbe opportuno rideterminarlo in funzione dell’incremento del costo della vita, prevedendo una gradualità di incremento della parte variabile dello stesso, valorizzando in particolare le discipline chirurgiche (per le quali più di tutte si registra una crisi di “vocazioni”). A tal proposito, dovrebbe essere attivata e regolamentata la possibilità di effettuare prestazioni in intramoenia, come previsto dal D.Lgs 368/99 e smi.

12. Definizione di uniforme interpretazione ed applicazione delle normative vigenti in tema di funzionamento ed organizzazione delle scuole di specializzazione e di utilizzo degli specializzandi.

A fronte di un quadro disomogeneo sul territorio nazionale, che è fonte di continua disparità di trattamento tra medici in formazione di differenti atenei, si reitera la richiesta di istituzione di una conferenza dei servizi tra le amministrazioni dei diversi Ministeri chiamati in causa nella formazione medica specialistica, al fine di fornire apposite note interpretative per l’applicazione univoca delle normative vigenti con particolare riferimento a rappresentanza dei medici in formazione specialistica, modalità di recupero assenze ingiustificate, assenze preventivamente autorizzate, malattia, congedo per gravidanza e paternità.

Altrettanto indispensabile appare l’elaborazione da parte della “Commissione di Esperti MIUR per la Razionalizzazione delle Scuole di Specializzazione di area sanitaria” ha di un regolamento comune per l’organizzazione ed il funzionamento delle Scuole, compresa la composizione del Consiglio di Scuola. Carattere di urgenza riveste la definizione delle medesime indicazioni nella gestione del transitorio, con particolare riferimento alle vigenti aggregazioni.



13. **Riconoscimento della docenza nelle scuole di specializzazione di area sanitaria.**

Si propone di riaffermare il principio del **riconoscimento della docenza nelle scuole di specializzazione di area sanitaria**, limitatamente ai ruoli universitari, ai fini dell'attribuzione del carico didattico istituzionale, previa adozione di opportuni meccanismi di pesatura rispetto alla docenza nei corsi di studio pre lauream. Ciò al fine di conferire alla attività di docenza nelle scuole di specializzazione il giusto riconoscimento che le si conviene in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale, ma anche per evitare che i docenti universitari siano costretti a distrarsi dalla loro attività di docenza nelle scuole di specializzazione per dare priorità alla docenza negli altri corsi di studio per ottemperare al carico didattico assegnatigli.

Similarmente, per gli strutturati dovrebbero essere introdotte modalità di valorizzazione del ruolo di docenza e di incentivazione del ruolo di tutorship.

Inoltre risulterebbe opportuno superare la criticità della **presenza di un unico ruolo di prima o seconda fascia del SSD caratterizzante ai fini della direzione delle scuole di specializzazione**: la scuola non può essere diretta da un profilo di un SSD affine o si rischierebbe di snaturare l'offerta formativa. Utile l'adozione di deroghe ovvero di estendere la possibilità di accedere alla Direzione anche ai ricercatori del SSD di riferimento, laddove in possesso di appositi requisiti.

14. **Consentire l'uniforme applicazione della frequenza congiunta tra scuola di specializzazione e dottorato di ricerca, ai sensi Legge n. 240/2010.**

Appare urgente **dissipare i dubbi interpretativi sulla frequenza congiunta di corso di specializzazione e dottorato di ricerca**, introdotta dalla Legge 240/2010 (Riforma Gelmini), alla luce della non uniforme applicazione della predetta norma nelle varie Università, con l'ingenerarsi di disservizi e disparità di trattamento (vedasi Allegato A - Relazione sullo stato dell'arte, pag. 19), che potrebbero essere oggetto di contenzioso in sede di giustizia amministrativa. Si ritiene opportuno, pertanto, che nel transitorio si adottino eventuali deroghe o provvedimenti ad hoc, atti a favorire il conseguimento dei titoli da parte di tutti i medici interessati dalla fattispecie.

Per quanto concerne l'applicazione della norma a regime, si ritiene utile suggerire che venga garantita la possibilità di indirizzare una parte (gli ultimi 2 anni) del corso di specializzazione in funzione delle attitudini alla ricerca.

15. **Introdurre la possibilità di interrompere gli studi per un anno per missione scientifica o per ragioni di perfezionamento all'estero**, al di là dei 18 mesi consentiti attualmente dall'accordo della Conferenza Stato - Regioni, laddove insistano motivate ragioni.

Proposte PRE e POST LAUREAM

1. L'introduzione della **Laurea Professionalizzante in Medicina e Chirurgia**, con anticipazione in seno al corso di laurea **del tirocinio trimestrale valutativo** in atto incardinato nel post-lauream e la conseguente adozione di una prova abilitante alla professione a ridosso della discussione della tesi di laurea, contribuirà a semplificare notevolmente l'attuale deriva burocratico-normativa ed ad eliminare i tempi morti che in atto caratterizzano il passaggio dal pre al post lauream.

2. Istituzione presso il Ministero della Salute di un Osservatorio Nazionale sullo Stato Occupazionale dei Giovani Medici (ONSOGM).

Negli ultimi anni accademici si è provveduto ad incrementare l'offerta formativa delle Facoltà di Medicina e Chirurgia. Da più parti si invoca l'aumento al pari della dotazione attuale di 5000 contratti di formazione specialistica a finanziamento ministeriale per contrastare la prospettiva di una carenza di professionalità mediche. In linea di principio, però, si ritiene che la definizione del contingente di posti da assegnare tanto alle Facoltà di Medicina, quanto alle Scuole di specializzazione di area sanitaria, dovrebbe essere effettuata attraverso un'adeguata programmazione e pianificazione del fabbisogno di professionalità, che è funzione del bisogno di salute espresso dalla popolazione, al pari di una corretta definizione delle piante organiche e prima ancora degli atti aziendali delle strutture ospedaliere e territoriali.

È indispensabile, pertanto, che le Regioni siano dotate di un **sistema standardizzato per la definizione del fabbisogno di professionalità mediche espresso dal territorio**, sotto il coordinamento di un **Osservatorio Nazionale sullo Stato Occupazionale dei Giovani Medici**.

Vengono di seguito elencati i principali obiettivi dell'**ONSOGM**:

- Svolgere attività di monitoraggio sull'andamento occupazionale dei medici;
- Rilevare e analizzare quantitativamente e qualitativamente i fabbisogni occupazionali, in funzione ai fabbisogni formativi;
- Realizzare studi, indagini, ricerche, rilevazioni sulla condizione occupazionale e sulle problematiche connesse alle difficoltà nell'accesso alla dirigenza medica del SSN;
- Istituire a mettere a regime un flusso integrato tra il dato rilevato nel SSN e le banche dati FNOMCeO e delle Casse previdenziali (ENPAM, INPDAP, INPS), al fine di ottenere un quadro completo dei medici in attività;
- Proporre interventi ai Policy Makers;
- Ideare e fornire alle Regioni adeguati strumenti (indicatori) per definire e monitorare i fabbisogni formativi ed occupazionali.

Nel suo sforzo conoscitivo l'Osservatorio dovrebbe contare su una rete di Osservatori Regionali, istituiti presso gli Assessorati Regionali della Sanità, che dovrebbero attivare dei flussi informativi intellegibili relativamente alla dotazione di professionalità mediche, per profilo specialistico, nelle aziende ospedaliere e



territoriali. Inoltre, sulla base del dato integrato sullo stato occupazionale fornito dall'ONSOGC, al fine dell'ottimizzazione dell'assegnazione degli spazi occupazionali, gli Osservatori Regionali potrebbero concorrere all'istituzione di sportelli informativi, anche telematici, accessibili dai giovani professionisti.

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.

3. **Introduzione nel piano di studi** del corso di Laurea in Medicina e Chirurgia e delle Scuole di Specializzazione di Area sanitaria delle **non technical skills** (“*Management Clinico*” e “*Leadership*”, “*Global Health*”, “*Comunicazione in Medicina*”, “*Information Communication Technology applicata alla medicina*”, “*aspetti relazionali tra medico e paziente*”, ecc.) al fine di formare camici bianchi che documentino profili professionali in linea con le aspettative del sistema e della società del XXI secolo.

4. **Osservatorio Nazionale della Formazione Medica Specialistica.**

Garantire una sempre maggiore operatività dell'**Osservatorio della Formazione Medica Specialistica (ONFMS)** tramite l'incentivazione dell'utilizzo degli strumenti di valutazione della qualità della formazione erogata di cui lo stesso si è dotato negli ultimi 2 anni (survey annuale di verifica, progress test, visit on site, etc.). Nello specifico le visit on site dovrebbero essere percepite maggiormente come meccanismo virtuoso per premiare le best-practices, certificando in tal modo la qualità della formazione della scuola e, tramite il confronto, instaurare un circolo virtuoso che induca al miglioramento complessivo. Allo stesso modo la survey annuale ed i progress test, se accuratamente preparati e somministrati, rappresentano un valido strumento che permetterà da un lato allo specializzando di valutare anno per anno la propria preparazione nei vari ambiti di formazione della specialità e, dall'altro, darà la possibilità all'ONFMS di verificare la qualità delle Scuole permettendo finalmente confronti oggettivi tra sedi e l'individuazione di lacune nei vari piani formativi.

5. **Osservatori Regionali della Formazione Medica Specialistica.**

Garantire ed incentivare l'istituzione, la formazione e l'**operatività degli Osservatori Regionali sulla Formazione Medica Specialistica (ORFMS)** che rappresentano un insostituibile baluardo per garantire un supporto operativo all'azione dell'ONFMS: difatti, per valutare e verificare a regime la sussistenza degli standard e dei requisiti richiesti per l'accreditamento delle singole scuole di specializzazione è imprescindibile per l'Osservatorio Nazionale poter contare su Osservatori Regionale attivi ed operativi sul territorio regionale.

ALLEGATO A

Mancata o non uniforme applicazione della frequenza congiunta tra scuola di specializzazione e dottorato di ricerca, ai sensi Legge n. 240/2010.

Premessa. L'Art. 19 comma 1 lettera c delle Legge 240/2010 afferma che *“E' consentita la frequenza congiunta del corso di specializzazione medica e del corso di dottorato di ricerca. In caso di frequenza congiunta, la durata del corso di dottorato è ridotta ad un minimo di due anni”*. La predetta previsione normativa non contiene un rinvio ad atti normativi o regolamentari da adottarsi successivamente da parte del MIUR e pertanto l'attuazione della normativa viene di fatto rinviata agli orientamenti dei singoli Atenei, determinando un quadro disomogeneo di interpretazione sul territorio nazionale in tema di frequenza congiunta tra scuola di specializzazione e dottorato di ricerca. Inoltre, il comma 14, dell'articolo 1 della Legge 4 novembre 2005, n. 230, riconosce implicitamente la valenza della Scuole di Specializzazione di area sanitaria ai fini dell'acquisizione di esperienza di ricerca, affermando che: *«Per svolgere attività di ricerca e di didattica integrativa le università, previo espletamento di procedure disciplinate con propri regolamenti che assicurino la valutazione comparativa dei candidati e la pubblicità degli atti, possono instaurare rapporti di lavoro subordinato tramite la stipula di contratti di diritto privato a tempo determinato con soggetti in possesso del titolo di dottore di ricerca o equivalente, conseguito in Italia o all'estero, o, per le facoltà di medicina e chirurgia, del diploma di scuola di specializzazione, ovvero con possessori di laurea specialistica e magistrale o altri studiosi, che abbiano comunque una elevata qualificazione scientifica, valutata secondo procedure stabilite dalle università»*.

Proposta. Il Segretariato Italiano Giovani Medici (S.I.G.M.) intende rimarcare la necessità di dare piena applicazione a quanto previsto all'Art. 19, comma 1, lettera c, della Legge 240/2010, al fine di favorire l'accesso alla ricerca dei giovani medici, attraverso il riconoscimento dell'attività di ricerca svolta durante la frequenza delle Scuole di Specializzazione di area sanitaria, in modo da consentire la riduzione del percorso di Dottorato sino ad un anno. Lo scrivente Segretariato, peraltro, ha condotto un'analisi del quadro di riferimento rispetto alla materia in questione, documentando disomogeneità di interpretazione della norma sul territorio nazionale in tema di frequenza congiunta tra specializzazione e dottorato, ovvero il verificarsi di una disparità di trattamento tra medici dottorandi e medici in formazione specialistica nei diversi atenei. Nelle more dell'adozione degli atti regolamentari generali sul dottorato di ricerca, previsti dalla Legge 240/2010, si **CHIEDE** l'emanazione di una nota di indirizzo, di cui siano destinatarie le Università, che riconduca all'uniformità di interpretazione il quadro di riferimento, favorendo l'accesso dei giovani medici ai ruoli di ricerca ed ottimizzandone i tempi. Si ricorda a tal proposito che per il medico, alla luce della normativa vigente (D.Lgs n. 368/1999 e s.m.i.), il diploma di specialista rappresenta il titolo indispensabile all'accesso ai ruoli della dirigenza medica del Servizio Sanitario Nazionale corrispondenti alla tipologia della specialità. Il titolo di specialista, conseguibile a



seguito della frequenza delle scuole di specializzazione universitarie, della durata minima di 5 anni (6 per le scuole chirurgiche), che si aggiungono ai 6 anni di frequenza del corso di laurea in medicina e chirurgia ed ad un periodo di circa 6 mesi per il conseguimento dell'abilitazione alla professione, che si riverbera a sua volta, in un tempo di attesa da 6 fino ad 12 mesi per l'accesso alla scuola di specializzazione, risulta pertanto ambito anche a quanti abbiano una spiccata propensione alla ricerca scientifica. Alla luce di quanto evidenziato, l'intervento del MIUR e del Ministero della Salute appare urgente ed indifferibile sia per sanare le non sostenibili differenze di orientamento che si stanno registrando tra gli Atenei italiani, quanto le disparità fra specializzandi e dottorandi in materia di sovrapposizione, sia per garantire la corretta prosecuzione degli studi a coloro i quali stanno effettuando la frequenza congiunta ai sensi della richiamata Legge 240/2010. Inoltre, dovrebbero essere chiariti i rapporti tra il Collegio di Dottorato ed il Consiglio della Scuola di Specializzazione, anche ai fini dell'eventuale definizione degli obiettivi formativi dei corsi di specializzazione che contemplano e potrebbero implementare il coinvolgimento dei medici in formazione specialistica in attività di ricerca. A tal proposito il Ministero della Salute, per quanto di propria competenza, dovrebbe chiarire la natura delle incompatibilità, laddove sussistessero, tra il tempo pieno previsto per la formazione specialistica ed il dottorato di ricerca, che invece non contempla alcun obbligo di frequenza, tanto meno di incompatibilità, se non su base economica, ma esclusivamente per i dottorati con borsa.

Per favorire l'accesso alla ricerca e coltivare maggiormente gli interessi dei singoli sarebbe inoltre opportuno rendere possibile una modulazione dell'ultimo biennio della formazione specialistica verso un **percorso più orientato alla clinica ovvero alla ricerca.**



Relazione sullo stato dell'arte in tema di frequenza congiunta tra scuola di specializzazione e dottorato di ricerca

La **tabella A** mostra tutti gli Atenei italiani presso cui sono attive scuole di specializzazione di area sanitaria (colonna di sinistra). Nella seconda colonna è riportata per ciascun Ateneo l'effettiva applicazione della sovrapposizione di frequenza tra dottorato ed i corsi di specializzazione di area sanitaria ai sensi dell'Art.19 della Legge 240/2010, dedotta dai bandi di accesso alle scuole di specializzazione:

Legenda

"NO" = nel bando non ci sono riferimenti alla sovrapposizione, ma non è negata tale possibilità

"SI" = nel bando la sovrapposizione è esplicitamente prevista

"ESPRESSAMENTE NEGATA" = nel bando è esplicita negazione della possibilità di sovrapposizione tra frequenza di scuole di specializzazione e di dottorato

"/" = non è stato possibile reperire il bando on line sul web

TABELLA A

SEDE	Frequenza congiunta
Ancona	NO
Bari	NO
Bologna	SI
Brescia	NO
Cagliari	NO
Catania	NO
Catanzaro	NO
Chieti	ESPRESSAMENTE NEGATA
Ferrara	NO
Firenze	NO
Foggia	ESPRESSAMENTE NEGATA

Genova	NO
L'Aquila	NO
Messina	NO
Milano S. Raffaele	NO
Milano Bicocca	/
Milano Statale	NO
Modena	NO
Napoli Federico II	ESPRESSAMENTE NEGATA
Napoli SUN	/
Novara P.O.	NO
Padova	/
Palermo	NO
Parma	NO
Pavia	NO
Perugia	
Pisa	NO
Roma Campus Biomedico	SI
Roma Cattolica	NO
Roma Sapienza	NO
Roma Tor Vergata	NO
Sassari	NO
Siena	NO
Torino	/
Trieste	SI
Udine	SI
Varese	NO
Verona	SI



In sintesi, l'espressa negazione della sovrapposizione della frequenza congiunta è presente nei bandi di sole quattro sedi (Chieti, Foggia, Messina e Napoli Federico II), mentre sono quattro gli Atenei che la consentono espressamente (Bologna, Roma Campus Biomedico, Trieste ed Udine). Per tutti gli altri Atenei la frequenza congiunta tra dottorato e scuole di specializzazione di area sanitaria potrebbe risultare in essere, in quanto i bandi di accesso alle scuole di specializzazione non escludono tale possibilità.

La **Tabella B** rappresenta per converso il quadro ricostruito attraverso la consultazione dei bandi di dottorato del XVII ciclo e, rispetto alla tabella A, include una terza colonna relativa al diretto riscontro da parte del SIGM di casi in essere di sovrapposizione e/o frequenza congiunta. Le diverse fattispecie relative alla sovrapposizione di frequenza congiunta tra dottorato e specializzazione possono essere ricondotte alle seguenti cinque situazioni:

- 1) Prevista nel bando
- 2) Riportata nel bando l'esplicita incompatibilità della frequenza contemporanea delle scuole di specializzazione ESCLUSE le scuole di specializzazione di area sanitaria
- 3) Riportata nel bando l'esplicita incompatibilità della frequenza contemporanea delle scuole di specializzazione NON di area sanitaria
- 4) Riferimento esclusivo nel bando alla Legge Gemini senza specifica previsione per gli iscritti alle scuole di specializzazione di area sanitaria
- 5) Non prevista nel bando

Orbene, se per le prime tre fattispecie non vi è dubbio sulla possibilità di accesso per i dottorandi alle scuole di specializzazione (la seconda e la terza sono nei fatti sovrapponibili), così come non ve ne sono per la quinta in termini di impossibilità di accesso, i problemi si pongono con la quarta fattispecie, documentata ad esempio a Padova: si cita a tal proposito il caso di dottorando al quale, seppur vincitore di dottorato di ricerca, essendo a tre mesi dal conseguimento del diploma di specializzazione, non è stata consentita l'iscrizione al dottorato con perdita del diritto acquisito a seguito di ammissione e superamento di pubblico concorso. Per converso, emblematico è anche il caso rilevato alla Sapienza di Roma, dove ad un dottorando (senza borsa) vincitore di contratto di specializzazione sono stati congelati i tre rimanenti mesi di dottorato sino al conseguimento del diploma di specializzazione (durata 5 anni). Si precisa, infine, che sono stati analizzati solo i bandi di Università nelle quali sono presenti ed attive scuole di specializzazione di area sanitaria, ma in realtà non si deve dimenticare che uno specializzando può partecipare a concorsi per l'ingresso in dottorato anche in sedi dove le scuole di specializzazione non sono attivate (ad es. Università del Molise), ovvero dove non è presente la Facoltà di Medicina e Chirurgia.



TABELLA B

SEDE	Frequenza congiunta	Riscontro diretto
Ancona	Riportata nel bando l'esplicita incompatibilità della frequenza contemporanea delle scuole di specializzazione NON di area sanitaria	
Bari	Riferimento esclusivo nel bando alla Legge Gemini senza specifica previsione per gli iscritti alle scuole di specializzazione di area sanitaria	
Bologna	Riportata nel bando l'esplicita incompatibilità della frequenza contemporanea delle scuole di specializzazione ESCLUSE le scuole di specializzazione di area sanitaria	
Cagliari	Riportata nel bando l'esplicita incompatibilità della frequenza contemporanea delle scuole di specializzazione NON di area sanitaria	
Catania	Riportata nel bando l'esplicita incompatibilità della frequenza contemporanea delle scuole di specializzazione NON di area sanitaria	
Catanzaro	PREVISTA nel bando	
Chieti	PREVISTA nel bando	X
Firenze	PREVISTA nel bando	
Foggia	Riferimento esclusivo nel bando alla Legge Gemini senza specifica previsione per gli iscritti alle scuole di specializzazione di area sanitaria	
Genova	PREVISTA nel bando	
L'Aquila	PREVISTA nel bando	
Messina	NON PREVISTA nel bando	
Milano S. Raffaele	PREVISTA nel bando	
Milano Bicocca	Riferimento esclusivo nel bando alla Legge Gemini senza specifica previsione per gli iscritti alle scuole di specializzazione di area sanitaria	
Milano Statale	Riferimento esclusivo nel bando alla Legge Gemini senza specifica previsione per gli iscritti alle scuole di specializzazione di area sanitaria	
Modena	Riportata nel bando l'esplicita incompatibilità della frequenza contemporanea delle scuole di specializzazione NON di area sanitaria	
Napoli Federico II	Riportata nel bando l'esplicita incompatibilità della frequenza contemporanea delle scuole di specializzazione NON di area sanitaria	
Napoli SUN	NON PREVISTA nel bando	
Padova	Riferimento esclusivo nel bando alla Legge Gemini senza specifica previsione per gli iscritti alle scuole di specializzazione di area sanitaria	*
Palermo	Riportata nel bando l'esplicita incompatibilità della frequenza contemporanea delle scuole di specializzazione NON di area sanitaria	X

Pavia	Riportata nel bando l'esplicita incompatibilità della frequenza contemporanea delle scuole di specializzazione NON di area sanitaria	
Perugia	NON PREVISTA nel bando	
Pisa	Riportata nel bando l'esplicita incompatibilità della frequenza contemporanea delle scuole di specializzazione ESCLUSE le scuole di specializzazione di area sanitaria	
Roma Campus Biomedico	Riferimento esclusivo nel bando alla Legge Gemini senza specifica previsione per gli iscritti alle scuole di specializzazione di area sanitaria	
Roma Cattolica	NON PREVISTA nel bando	
Roma Sapienza	Bando non reperibile on line sul web	**
Roma Tor Vergata	Riferimento esclusivo nel bando alla Legge Gemini senza specifica previsione per gli iscritti alle scuole di specializzazione di area sanitaria	
Sassari	PREVISTA nel bando	
Siena	Riportata nel bando l'esplicita incompatibilità della frequenza contemporanea delle scuole di specializzazione NON di area sanitaria	
Torino	PREVISTA nel bando	
Trieste	Riportata nel bando l'esplicita incompatibilità della frequenza contemporanea delle scuole di specializzazione NON di area sanitaria	
Udine	PREVISTA nel bando	
Varese	PREVISTA nel bando	
Verona	Riferimento esclusivo nel bando alla Legge Gemini senza specifica previsione per gli iscritti alle scuole di specializzazione di area sanitaria	X
<p>* Caso di specializzando vincitore di dottorato che ha dovuto rinunciare nonostante a tre mesi da conseguimento diploma di specializzazione</p> <p>** Caso di dottorando (senza borsa) vincitore di contratto di specializzazione al quale è stato congelato il conseguimento del dottorato (rimangono soltanto 3 mesi) sino al conseguimento del diploma di specializzazione (durata 5 anni)</p> <p><u>N.B.: L'elenco in tabella non deve intendersi come esaustivo in quanto sono stati presi in considerazione solo gli atenei per i quali è stato possibile reperire on line sul web il bando di concorso relativo al XXVII ciclo.</u></p>		

