

## **“QUALE FUTURO PER IL SSN? E QUALE FUTURO PER I GIOVANI MEDICI NEL SSN?”**

### **LE 10 DOMANDE DEI GIOVANI MEDICI (SIGM) AI CANDIDATI AL PARLAMENTO**

Le risposte della Dott.ssa **Gabriella Bianchini**, candidata Regionali Lazio Lista **Rivoluzione Civile** ([www.gabriellabianchini.it](http://www.gabriellabianchini.it))

1) La crisi economico-finanziaria, grave e generalizzata, che avversa i paesi “occidentali”, pone al centro dell’agenda della politica il tema della sostenibilità dell’attuale modello di SSN pubblico, da sempre fondato su solidi principi di universalità ed equità nell’accesso alle cure, già gravato dagli effetti connessi all’invecchiamento della popolazione in assenza del superamento del modello ospedalocentrico a favore di quello integrato ospedale-territorio. In tale contesto, costellato da molteplici criticità, sembra passare in secondo piano la crisi generazionale che investe i giovani medici italiani, vittime incolpevoli di politiche sanitarie e professionali mosse da logiche gerontocratiche e raramente meritocratiche. Emblematiche sono le attuali modalità di selezione per l’accesso alle scuole di specializzazione mediche ed al corso di formazione specifica di medicina generale, che si prestano ad ampi margini di discrezionalità.

L’Associazione dei Giovani Medici (SIGM) si sta interrogando su quale sarà il futuro del SSN, ritenendo a ragione che le sorti dei giovani camici bianchi italiani siano strettamente connesse alla sostenibilità del sistema salute del Paese. Ed a tal proposito ha lanciato sul web la campagna “GIOVANI MEDICI LOVE SSN”. Difatti, anche il medico più preparato e motivato, se non adeguatamente sostenuto dal contesto organizzativo, difficilmente potrà essere in grado di esprimere il proprio potenziale ed ottenere la giusta gratificazione professionale. Peraltro, la prospettiva dei giovani medici è fortemente condizionata dal confronto con le realtà internazionali, oggi estremamente facilitato dalla mobilità oltre confine e dal web 2.0. Sono queste le ragioni che inducono migliaia di giovani medici, formati a spese dello Stato italiano e delle rispettive famiglie, ad emigrare in altri Paesi per trovare asilo in realtà assistenziali che offrono ben più allettanti prospettive di crescita professionale, umana e sociale.

**Quali politiche intende proporre per fermare tale emorragia di giovani cervelli?**

*R) Le attuali politiche restrittive di servizi del SSN sono purtroppo causate da una situazione di grave anomalia di funzionamento del SSN italiano rispetto agli altri paesi occidentali e che vanno tutte rimosse. Le anomalie sono: la nomina politica di tutte i vertici delle ASL e delle aziende sanitarie; l’esistenza di tre tipi diversi di sanità: pubblica, privata e convenzionata mentre negli altri paesi esiste una sanità pubblica e una privata; il numero incredibile di appalti per ogni tipo di servizio; la presenza di medici precari. A mio avviso questa situazione deve essere totalmente capovolta. In altri termini è necessario , per recuperare risorse economiche e consentire così ai giovani medici di essere assunti, con criteri meritocratici, a tempo indeterminato. Pertanto a mio avviso: a) la politica deve essere eliminata dalla gestione della sanità. ogni posizione, dirigenziale, amministrativa e primariale va ricoperta unicamente in base a criteri meritocratici tramite rigorosi concorsi pubblici; b) vanno eliminate tutte le convenzioni con ospedali religiosi e cliniche private causa di enorme spreco di danaro: le strutture, una volta eliminate la convenzione, vanno acquistate dallo stato e il personale medico e non, assunto dallo stato, ovviamente previa verifica; c) gli appalti di servizi vanno completamente eliminati; d) tutto il personale medico deve essere costituiti da medici dipendenti, assunti a tempo indeterminato.*

**Intende impegnarsi pubblicamente, ad esempio, per sostenere le recenti iniziative finalizzate all’adozione di modalità oggettive e trasparenti di selezione per l’accesso alle scuole di specializzazione?**

*R) Sì .*

[www.giovanemedico.it](http://www.giovanemedico.it)



2) Il corso di laurea in Medicina e Chirurgia, tradizionalmente strutturato in un triennio biologico ed uno clinico, è caratterizzato da una forte componente contenutistica; di contro, altri modelli formativi, che hanno ampia affermazione in Europa e negli USA, danno maggior peso alla componente professionalizzante, favorendo la presenza degli studenti in medicina in corsia già a partire dai primi due anni di corso. Per di più, i tempi di accesso all'esercizio della professione in Italia per un giovane medico sono i più elevati in assoluto nel panorama UE a causa di un ipertrofico ed a volte ridondante iter formativo (pre- e post-lauream), sia per gli effetti della non adeguata programmazione del fabbisogno di professionalità mediche.

I Giovani Medici (SIGM) ritengono che per rilanciare il SSN, ed ancor prima per concorrere al bene dell'intero Sistema Salute, sia necessario avere professionalità adeguatamente preparate e motivate, che siano in grado di esprimere il proprio potenziale a partire dal periodo più prolifico della vita professionale: in tal senso uno dei pilastri di un SSN solido e sostenibile è rappresentato dalla componente giovane della Professione Medica, laddove adeguatamente supportata e valorizzata.

Quali innovazioni dovrebbero essere adottate affinché l'attuale sistema formativo pre- e post-lauream di medicina possa "sfornare" medici professionalmente autonomi?

Che cosa propone al fine di sostenere il raggiungimento di una piena maturità professionale dei giovani medici in età sovrapponibile a quella dei loro pari degli altri Paesi?

*R) Adeguare la nostra normativa a quella degli altri paesi europei.*

3) Il Diploma di Medicina Generale è requisito essenziale per l'accesso al ruolo di Medico di Famiglia. Il Medico di Medicina Generale viene considerato il gatekeeper del SSN. Dovrebbe essere posto nelle condizioni di intercettare il bisogno di salute nel territorio, ma l'attuale sistema formativo, organizzato su base regionale, non conferisce alle giovani generazioni di MMG le competenze necessarie ad assolvere tale compito. Basti pensare che non esiste un core curriculum spendibile sul territorio nazionale e che insistono profonde differenze sia inter che intra regionali. La formazione specifica di medicina generale, dunque, presenta numerose criticità dal punto di vista formativo-professionalizzante, ma anche da quello dei riconoscimenti ai corsisti: durante il corso triennale viene corrisposta a ciascun corsista una borsa di studio pari a circa 800 euro mensili, da cui detrarre la tassazione IRPEF, le spese assicurative, la contribuzione previdenziale; inoltre, il corso è a tempo pieno ed è incompatibile con qualsiasi altra attività professionale. Tutto ciò ha trovato spiegazione nell'incardinamento del corso di formazione specifica di medicina generale in un sistema, che sembra più impegnato a costringere i giovani nella morsa di limitazioni ed incompatibilità, piuttosto che sostenerne la crescita formativa e professionale. Il paradosso è che i corsisti, pur non essendo titolari di contratto di formazione, sono assoggettati alle dinamiche del sistema sindacale.

Che cosa propone, quindi, per valorizzare il ruolo dei giovani medici corsisti in medicina generale?

Sarebbe d'accordo nell'istituire una Scuola di Specializzazione in Medicina Generale, come già avviene ad esempio in Spagna, Francia, Olanda, Germania e Inghilterra?

Quali soluzioni propone per rendere professionalizzante la formazione specifica di medicina generale e selezionare i docenti del corso sulla base del merito e delle competenze?

Ritiene che sia ancora attuale l'incardinamento del corso triennale nella contrattazione sindacale?

*R) Naturalmente la prima cosa da fare è emanare una normativa su base nazionale e non regionale per regolare la formazione dei giovani medici e sono anche d'accordo sull'uniformare la normativa a quella dei paesi europei più avanzati. L'Europa dovrebbe servire a mio avviso proprio a questo. A portare le normative di tutti i paesi sugli standard dei paesi più avanzati. A mio avviso durante tutti e tre gli anni di corso i giovani medici dovrebbero lavorare in ospedali universitari passando congrui periodi di tempo*

*presso le principali specialistiche mediche. Al termine di ogni periodo dovrebbero ricevere un giudizio condizionante il passaggio alla successiva branca specialistica. Per selezionare i docenti sulla base del merito e delle competenze dopo ogni corso i medici giovani dovrebbero dare delle valutazioni anonime dei docenti, sulla base delle quali l'Università potrà rinnovare o meno la possibilità di insegnare. Tutti i corsisti dovrebbero essere titolari di un contratto di formazione.*

**4) Assenza di un'adeguata definizione quali-quantitativa di professionalità mediche da formare. Progressivo innalzamento dell'età di pensionamento. Blocco del turn-over e proliferazione del precariato con l'offerta di contratti a tempo determinato ovvero di contratti atipici, senza diritti e senza garanzie di stabilizzazione. Progressivo incremento della sperequazione tra livelli apicali della dirigenza medica e neo assunti nel pubblico impiego. Sono solo alcuni dei motivi che limitano l'accesso dei giovani nel mondo del lavoro.**

**Come ritiene si possano allineare al contesto UE i tempi medi di ingresso dei giovani medici nel mondo del lavoro e favorire il ricambio generazionale all'interno del SSN?**

Risposta non pervenuta.

**5) Non si può certo affermare che viviamo in un Paese che sostiene l'accesso dei giovani medici alla ricerca: basti pensare alla concezione avvilente del dottorato di ricerca in Italia (utilizzato spesso come sociale ripiego o prosecuzione della specializzazione, senza prospettiva alcuna di accesso al ruolo universitario), al recente tentativo di imporre la tassazione IRPEF alle borse di studio universitarie, alle limitazioni sulla sovrapposizione di specializzazione e dottorato, fino all'incompatibilità per i medici tra il ruolo di ricercatore presso Istituti di ricerca (CNR, IRCCS, ARPA, ENEA, ecc.) e l'accesso ai posti non retribuiti delle scuole di specializzazione. Per non parlare del fatto che ad un ricercatore universitario neoassunto viene riconosciuto uno stipendio mensile di circa 1250 euro, a fronte di un contratto a tempo indeterminato. Di contro, i riconoscimenti economici sono un po' più sostanziosi per i titolari di contratti a tempo determinato, ma le prospettive di stabilizzazione sono di 1/7.**

**Quali iniziativa intende proporre per favorire e sostenere l'accesso dei giovani medici alla ricerca?**

**Ritiene che, stante la progressiva riduzione del finanziamento pubblico, si possa ricorrere al contributo del privato?**

*R) Io ritengo che la ricerca costituisca il vero volano per il progresso economico e culturale del Paese. pertanto investire nella ricerca è il miglior modo di investire i capitali. Per trovare i soldi necessari alla ricerca è sufficiente prenderli da alcuni grossi capitoli di spesa che a mio avviso lo Stato Italiano non ha nessun motivo per sostenere, tipo le spese per il Ministero della difesa che attualmente ammontano a 23 miliardi di euro l'anno, una cifra altissima che potrebbe, almeno per la metà essere destinata alla ricerca. Naturalmente anche il contributo del privato è bene accetto. La cosa importante è che si faccia ricerca.*

**6) Le giovani generazioni di medici, anche alla luce dell'entrata in vigore del sistema previdenziale contributivo, non potranno godere di pensioni degne di tale nome. Né le politiche previdenziali sono state lungimiranti ed equilibrate, con ripercussioni negative ai danni delle giovani generazioni, che versano i contributi per garantire le pensioni a quanti sono in uscita dal sistema. Emblematico è l'iniquo ed improduttivo inquadramento dei medici specializzandi nella Gestione Separata INPS (che peraltro a seguito della Legge Fornero subiranno l'incremento progressivo dell'aliquota fino a 24 punti percentuali da raggiungere nel 2018), imposto anni fa ed oggi disconosciuto dagli stessi che dichiarano di difendere i diritti ed il futuro dei giovani.**

**Atteso che i medici in formazione specialistica presentano da un punto di vista previdenziale un duplice inquadramento sia nella gestione separata INPS, sia nella Quota A del Fondo Generale ENPAM, quale soluzione propone per rimediare allo svantaggio di questa iniqua duplice contribuzione?**

**Quali iniziative intende proporre per riequilibrare la sperequazione previdenziale tra vecchie e giovani generazioni?**

R) Io ritengo che tutta la gestione ENPAM sia soltanto un grande carrozzone, uno dei tanti di cui purtroppo l'Italia è piena e come tale serve esclusivamente a sottrarre danaro ai contribuenti. Posso ben dirlo dall'alto degli 85 euro mensili, senza tredicesima (avete capito bene 85 euro) che ricevo dopo 34 anni di contribuzione. Ritengo pertanto che la quota A ENPAM dovrebbe proprio essere abolita per tutti i medici e a tutte le età.

La sperequazione tra vecchi e giovani generazioni si può riequilibrare o eliminare del tutto soltanto con una politica economica completamente diversa da quella seguita fino ad oggi, ridistribuendo le risorse in altro modo: eliminando i 50 miliardi l'anno che vengono regalati a fondo perduto alle imprese, eliminando le duplici, triplici o quadruplici pensioni di cui troppi godono; mettendo aliquote IRPEF dell'80% sulle pensioni superiori a 150mila euro l'anno; rimettendo la tassa sulle eredità che è stata eliminata da 12 anni; facendo una legge anticorruzione severa ecc.; eliminando la legge sull'8 per mille che quest'anno ha regalato al Vaticano 1,2 miliardi di euro, eliminando tutte le convenzioni con ospedali e cliniche ecc. ecc..

**7) Lo scorso autunno, al grido "Indipendenza, autonomia, responsabilità", i sindacati del mondo della sanità sono scesi in piazza per manifestare contro l'operato del Governo ed i tagli che stanno mettendo a repentaglio "un sistema di tutela della salute equo, universalistico, solidale e di qualità". Nonostante le ragioni della protesta siano state in linea di principio condivisibili, quello che ha destato forte perplessità nei Giovani Medici è stata la mancanza di una proposta, associata alla protesta, per il rilancio del SSN e del sistema salute in toto. Il tutto, per di più, in assenza di una franca analisi critica su eventuali corresponsabilità e/o sprechi e disservizi connessi alla cattiva gestione della sanità negli scorsi decenni ed alle ingerenze dirette della politica. L'iniziativa in questione, pertanto, ha assunto i contorni di una difesa ad oltranza degli assetti e degli equilibri esistenti, documentando una preoccupante carenza di visione prospettica da parte della Professione Medica.**

**D'altro canto, lo stato emergenziale, in cui si trovano ad operare i decisori, ha spinto gli stessi a ricorrere allo strumento dei tagli lineari, recentemente mascherati sotto la denominazione di spending review. Tagliare in maniera indiscriminata, ed in assenza di un progetto sostenibile di rilancio del SSN, non permette di distinguere, e quindi tutelare, i tanti settori produttivi e virtuosi del comparto sanitario, rispetto alle sacche di inefficienze e di sprechi, che trovano spesso la strenua difesa di dinamiche consolidate e profondamente radicate sino ai livelli decisionali centrali e regionali.**

**Per quanto la dotazione attuale del fondo sanitario sia inferiore alla media europea (7,1% del PIL vs 9% media UE), ampi rimangono i margini di recupero di risorse da disinvestire e reinvestire.**

**Quali sono, a suo parere, le fonti di spreco da estinguere e quali i settori sui quali investire in sanità?**

**Quale ruolo possono esercitare in tal senso la prevenzione e la medicina di iniziativa?**

**Ritiene opportuno declinare la salute in tutte le politiche?**

*R) Le fonti di spreco e di sperpero per corruzione nella sanità sono quelle di cui ho già parlato prima: 0) l'esistenza di 21 leggi sanitarie diverse nelle 21 regioni; 1) la scelta da parte dei politici di tutti i dirigenti delle ASL e degli Ospedali e persino dei primari, in assenza di qualsiasi criterio meritocratico ma esclusivamente su base politica: persone scelte in questo modo sono innanzitutto incapaci, non libere nelle*

*loro scelte e dedite esclusivamente alla corruzione e alla ricerca dei voti; 2) le convenzioni con i privati che pure provocano inefficienza e sperperi e corruzione; 3) il gran numero di appalti dei servizi concessi.*

*Non dobbiamo poi nasconderci che una fonte di spreco è anche la impreparazione dei medici che impedisce le diagnosi precoci e provoca spreco in esami inutili perché non necessari. Per ridurre questo tipo di sprechi bisogna investire sulla preparazione e sull'aggiornamento periodico dei medici, aggiornamento che deve essere effettivo e non formale come oggi purtroppo accade.*

*La prevenzione ha un ruolo limitato negli sprechi. Purtroppo è da tenere presente nel valutare le mosse dei vari governi che si sono succeduti negli ultimi anni hanno effettuato i tagli lineari con la precisa volontà di spingere la ricerca della salute verso la sanità privata.*

*Confesso che la medicina di iniziativa mi sembra in questo momento un po' utopica.*

**8) Mentre in tutte le altre nazioni evolute le politiche sanitarie hanno al centro il tema degli investimenti nella *primary health care*, in Italia si stenta ad innestare la riorganizzazione della medicina del territorio. Inoltre, il medico di medicina generale, a fronte dei sostanziosi riconoscimenti economici tributatigli in ragione del rapporto convenzionale, non sembra essere posto nelle condizioni di corrispondente produttività in termini di soddisfacimento del bisogno di salute, né, a differenza dei ruoli ospedalieri, sono previsti sistemi di valutazione delle performance assistenziali offerte dal medico di medicina generale. I modelli di aggregazione professionale funzionale sembra possano ottimizzare l'impiego di tali risorse e renderle più produttive, ma il comparto della medicina generale, già ampiamente premiato rispetto a quello degli ospedalieri, invoca il reperimento di risorse aggiuntive per sostenere tale modalità organizzativa. Né, infine, è chiaro il futuro impiego per i giovani medici, diplomati di medicina generale e specialisti, all'interno di tali aggregazioni.**

**Quali iniziative pensa di mettere in campo per riuscire a rilanciare l'assistenza nel territorio, ponendo al centro sempre il paziente?**

**Ritiene sostenibile l'attuale modello convenzionale e può suggerire da dove reperire le risorse aggiuntive richieste dal comparto della medicina generale?**

**Quali garanzie di inserimento all'interno delle aggregazioni funzionali si possono offrire alle giovani professionalità e come prevenirne il sottoutilizzo o lo sfruttamento dopo aver investito anni e risorse personali nella loro formazione?**

*R) Io penso che la medicina del territorio, come peraltro tutta la medicina, sia organizzata in modo sbagliato e ritengo che tutta la medicina italiana debba essere ristrutturata non inventandosi nulla di nuovo e soprattutto nulla di italiano, che significa sempre e soltanto burocrazia elefantiaca, spreco e mancanza di controllo. In definitiva penso che la cosa migliore, più rapida e più efficiente per tutti, medico e paziente a tutti i livelli, sia copiare il modello tedesco.*

**9) I vertici delle principali enti ed istituzioni di governo della professione medica (FNOMCeO e Fondazione ENPAM) vengono eletti col sistema dei grandi elettori (Presidenti degli OMCeO Provinciali per il Comitato Centrale FNOMCeO, a cui si aggiungono i consiglieri delegati dai fondi previdenziali per il CdA ENPAM). Ne conseguono due effetti facilmente documentabili: 1) l'età media dei componenti degli organi di governo della professione si aggira intorno ai 60 anni; 2) le possibilità di trovare rappresentanza per le fasce più giovani della professione, ovvero quelle che "subiscono" le politiche professionali, sono praticamente nulle, come dimostra l'esperienza.**

**Ritiene che si debbano porre dei correttivi a tale sistema di rappresentatività e quali?**

**Ritiene che si possa o si debba procedere alla razionalizzazione su base regionale del numero degli OMCeO, attualmente attivi su base provinciale?**

**Ritiene, infine, che le prerogative della Fondazione ONAOSI possano essere riassorbite dall'ENPAM, inglobando il personale amministrativo sino ad esaurimento dei ruoli ed eliminando i costi relativi agli organi di gestione dell'ente?**

*R) Ritengo che tutti gli aspetti burocratici italiani, come detto sopra, siano soltanto inutili, dannosi, fonte di corruzione, inciucio e quanto di peggio ci sia oggi nella politica italiana. Pertanto ritengo che tutta, dico TUTTA la medicina va inquadrata, anche nella rappresentanza, come lo è nella medicina tedesca. Per quanto si riferisce all'ONAOSI, penso che questa potrebbe essere assorbita tranquillamente dall'ENAPAM come detto nella vostra domanda.*

**10) Come è noto, l'Europa senza confini è una realtà consolidata, 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 successive direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE"), e presto lo sarà anche per i pazienti (Direttiva UE 24/2011 sulla Cross-border Healthcare, in vigore dall'ottobre 2013). Il tema centrale dei prossimi anni sarà rappresentato, pertanto, dalla competitività tra sistemi e modelli assistenziali e tra le professionalità mediche operanti all'interno del contesto UE.**

**Quali proposte ritiene si debbano mettere in campo per rendere competitivo il SSN nel confronto tra gli stati membri dell'UE ed evitare che il flusso di cittadini in "cerca" di cure adeguate sia soltanto in uscita dal nostro Paese?**

*R) Se la nostra sanità venisse gestita come viene gestita quella tedesca non ci sarebbe nessun motivo di cercare la sanità altrove.*