

## **“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 dell'On. Prof.ssa **Paola Binetti**, candidata alla Camera dei Deputati nella **Lista UDC** (nei collegi Lazio, Abruzzo, Liguria)

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 ospedale-centrico 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?**

**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. Per fermare l'emorragia dei giovani medici (che valgono certamente più dei loro cervelli...)*

*credo che si debba intervenire in chiave multimodale, per esempio:*

- a) modificare il modello eccessivamente ospedale-centrico del nostro SSN e creare nuove tipologie di attività assistenziale, oggi sacrificate, soprattutto in chiave riabilitativa. La riabilitazione oggi riguarda pazienti che si collocano in un arco di età amplissimo e presentano una problematica a ventaglio fortemente diversificata. C'è poi tutto il nuovo campo della prevenzione legata agli stili di vita e quindi all'educazione alla salute dei cittadini. Sono ampiamente in ritardo tutte le forme di telemedicina qualificata che conferirebbe nuova qualità alla assistenza domiciliare, ecc. ecc.;*
- b) occorre creare reti di mobilità almeno a livello europeo che permettano ai giovani medici di spostarsi tra le diverse realtà europee per acquisire nuove forme di esperienza e offrire nuovi livelli di competenza, senza che tutto ciò appaia come una “fuga”, mentre in realtà è un investimento per tutti! E potrebbe contribuire davvero a creare l'Europa delle persone e non solo l'Europa dei trattati...*

*Sono sempre stata un grande sostenitore delle modalità oggettive e trasparenti di selezione dei giovani laureati in medicina per l'accesso alle scuole di specializzazione. Credo però che essendo oggi la laurea in medicina del tutto INSUFFICIENTE per l'esercizio della professione medica, dovremmo abituarci a considerare un percorso complessivo di 10 anni di formazione, evitando ripetizioni e frammentazioni... ma garantendo a TUTTI l'accesso alla specializzazione. Forse non sarà proprio quella desiderata.. ma tutti debbono avere questa opportunità, perché nessuno oggi può esercitare bene l'ars medica senza una adeguata e concreta specializzazione...*

**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. Anni fa la conferenza dei Presidenti di Corso di laurea in Medicina, sotto la guida illuminata del Professor Luciano Vettore, decise di elaborare il Core Curriculum degli studenti di Medicina in cui fossero chiaramente sintetizzati non solo i contenuti essenziali che i futuri medici dovevano conoscere, ma anche la qualità umane che dovevano avere e le abilità professionali considerate irrinunciabili al termine dei loro studi. Tutto ciò è stato pubblicato e potete trovare numerosi articoli in tal senso. Parte integrante del Core curriculum descritto erano anche le metodologie di insegnamento e di valutazione. Molti professori lo hanno tradotto in pratica; ma tanti altri hanno continuato a insegnare secondo una vecchia metodologia, senza coordinarsi con i colleghi e quindi finendo col ripetere spesso le stesse cose in corsi diversi. Per una piena autonomia dei giovani medici in ogni caso servono almeno tre ingredienti fondamentali: una voglia di imparare, che trasformi le difficoltà in opportunità; la prudente capacità di non avere paura di sbagliare e il coraggio di scegliersi maestri esigenti e non troppo compiacenti.*

**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. E' da tempo che propongo di considerare il Corso di medicina generale come una Scuola di Specializzazione in Medicina Generale, con gli stessi identici diritti-doveri di tutte le altre scuole: sia per i docenti che per gli allievi. Tanto è vero che abbiamo introdotto alcuni anni fa l'insegnamento della medicina generale nel piano di studi della facoltà di medicina e abbiamo inserito il mese di tirocinio in medicina generale come condizione essenziale per accedere all'esame di abilitazione. Ci sono università in cui questo è fatto in modo eccellente e altre in cui ci si limita ad un approccio burocratico. Ma non c'è dubbio sul fatto che TUTTI i medici debbano passare attraverso un'esperienza territoriale significativa prima di laurearsi e la scelta di fare il medico di famiglia debba essere posta su di un piano di pari dignità con quella di qualsiasi altra specializzazione. Per selezionare i docenti del corso sulla base del merito e delle competenze dovrebbero valere criteri analoghi alle altre scuole: esperienza professionale concreta, produzione scientifica nel proprio settore, disponibilità e attitudine alla formazione, un regolare concorso con una commissione oggettiva e competente... Troppo spesso invece prevale un criterio discrezionale di cui è difficile rintracciare le questioni di merito e di metodo....*

**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?**

*R. La risposta è semplice e non banale. Se il numero chiuso all'ingresso non è calcolato sulla effettiva necessità di ricambio della classe medica, a cosa serve? E quindi la risposta dovrebbe essere piuttosto lineare: dopo 10 anni di formazione, tempo minimo!, un laureato e specializzato DEVE trovare lavoro SUBITO. Non sarà sempre ciò che gli piace di più, nel luogo che preferisce con le prospettive che ha sempre sognato... Ma il lavoro deve esserci subito, dignitoso, responsabile e competente.*

**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. La ricerca costituisce la vera ricchezza di un Paese, definisce il suo livello di competitività internazionale ed è il suo termometro di qualità culturale e tecnico-scientifica. In Italia sono ormai molti anni che gli investimenti in ricerca si riducono e obbligano i ricercatori a rivolgersi ai fondi europei e internazionali, competendo spesso da posizioni di svantaggio iniziale. Ciò nonostante la produzione scientifica dei ricercatori italiani è molto buona se valutata alla luce degli attuali condizionamenti. Non c'è dubbio che sia necessario accedere anche a finanziamenti privati come accade negli stati Uniti, ad esempio, dove gli enti e le aziende che investono in ricerca hanno una serie di facilitazioni fiscali, proprio per incoraggiarle a muoversi in tal senso.*

**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. Bisogna ripartire da qui in modo chiaro e semplice, aiutando i giovani medici a comprendere bene questo problema fin dall'inizio della loro attività professionale. La contribuzione deve essere unica, con un unico ente previdenziale di riferimento, deve cominciare non oltre il 25 anno di età per poter consentire a tutti di raggiungere a 65 anni una pensione adeguata. Trattandosi di sistema contributivo e non retributivo i giovani medici con il trascorrere degli anni debbono poter monitorare attentamente la loro posizione pensionistica per valutare se e quando interessa loro sottoscrivere polizze integrative. Il vero rischio è all'inizio della carriera, quando i giovani considerano con una certa superficialità questi problemi e hanno invece bisogno di un orientamento sicuro, che non li inganni e non approfitti della loro ingenuità iniziale.*

**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. La salute deve essere considerata come un investimento e non come un costo, per questo va declinata in tutte le politiche, a cominciare da quelle del lavoro e dello sviluppo: basta pensare a quanto è accaduto in questi anni con l'Amianto, o con i rifiuti, tossici e non tossici e con le acciaierie dell'Ilva. D'altra parte il SSN richiede oggi una sostanziale revisione dei suoi modelli assistenziali, con uno spostamento dell'asse dall'Ospedale al territorio e con una opportuna selezione delle strutture ospedaliere quando non risultano sufficientemente sostenibili sotto il profilo economico. La proliferazione di piccoli ospedali se non è giustificata da adeguati livelli di specializzazione e di qualificazione dei servizi corre il rischio di convertirsi*

*in una emorragia di risorse mal investite. Basta pensare ai punti nascita che se non raggiungono un determinato numero di parti anno non sono neppure in grado di garantire sicurezza al bambino e alla madre. Servizi duplicati in un raggio di distanza limitato, inefficienze legate ad incompetenza amministrativo-gestionale, ma anche fatti concreti di corruzione, di speculazione e di conflitto d'interesse sottraggono al bene salute della comunità linfa vitale. Oggi l'etica della gestione delle risorse pubbliche è un vero e proprio imperativo categorico se si vuole tutelare il diritto alla salute dei cittadini, come lo richiede la nostra Costituzione.*

**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. Il recente Decreto Balduzzi propone servizi territoriali h 24. con formule di collaborazione e di integrazione dei servizi è una buona proposta in tal senso... speriamo che lo si possa far funzionare come si deve...*

**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. Il problema della **effettiva rappresentatività** degli organismo elettivi è un problema importante soprattutto per le giovani generazioni che possono muoversi in due modi:*

*a) chiedere una propria specifica rappresentanza negli organismi ufficiali generali*

*b) istituire un canale parallelo in dialogo strutturato con quello degli "anziani"*

*Ognuna delle due formule presenta luci ed ombre, basta esserne consapevoli. Ciò che non può mancare è il dialogo intergenerazionale, perché è sulle spalle delle nuove generazioni professionali che si costruisce il*

*cambiamento e la modernizzazione della professione. Loro ne sono le antenne più efficaci, che non possono in nessun caso essere ignorate.*

**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. Per evitare il flusso di cittadino verso l'esterno servono nel nostro SSN tre livelli di competenza ben strutturati ed integrati tra di loro:*

- a) competenza tecnico-scientifica ) quando qualità dell'assistenza, modello organizzativo e*
- b) competenza organizzativo-gestionale ) qualità umana sono realmente presenti: i pazienti*
- c) competenza umana e assistenziale ) stanno volentieri a "casa", in Italia, magari nella loro città*