

“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 del Sen. Prof. **Raffaele Calabrò**, candidato alla Camera dei Deputati nella **Lista PDL** (collegio Campania 1)

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. Prima di intraprendere l’attività parlamentare ero un docente universitario e non ho certo dimenticato, in questi cinque anni, le frustrazioni e i timori dei giovani medici che seguivano i miei corsi. Tra l’altro, la sanità, ancor più degli altri settori ha bisogno di personale giovane, adeguatamente preparato e motivato, insomma di energie nuove che con entusiasmo affrontino le crescenti difficoltà presenti nelle corsie e nei reparti dovute alle contrazioni alle risorse del SSN.

Se vogliamo personale adeguatamente formato e motivato, dobbiamo partire da una revisione dei criteri per l’accesso alle scuole di specializzazione, prevedendo dopo un confronto con le associazioni interessate, modifiche al sistema dei quiz poco rispondenti alla logica della meritocrazia e ipotizzando l’abolizione delle prove pratiche.

Tra l’altro a testimonianza del mio impegno a favore dei giovani medici ho recentemente presentato un’interrogazione al Ministro della Salute per sapere se sono previsti nuovi finanziamenti necessari a sostenere l’incremento della durata del corso di specializzazione in seguito all’innalzamento a 5 anni della durata delle Scuole.

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

www.giovanemedico.it



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. I tempi sono maturi affinché si proceda ad una revisione completa della tabella curriculare, dando maggiore risalto allo studio della fisiopatologia, della biologia e della genetica, ossia a quelle branche della medicina di base moderna. Dobbiamo, insomma, adeguare la formazione universitaria ai nuovi bisogni sanitari, dando maggiore peso alla componente professionalizzante negli ultimi 2 anni e con sostanziali modifiche al periodo post lauream, favorendo la pratica nelle corsie e nei reparti.

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. In un'ottica di riorganizzazione e di rivalutazione della medicina territoriale, è senz'altro opportuna ipotizzare una Scuola di specializzazione in Medicina Generale, con docenti che abbiano acquisito competenza sul campo e prevedendo la possibilità per gli specializzandi di lavorare fin dall'inizio sul territorio in collaborazione con le cooperative dei MMG. Non facciamo che ripetere nei dibattiti che il Medico di Medicina Generale gioca un ruolo determinante contro l'inappropriatezza, uno dei mali maggiori del nostro sistema, ma nei fatti è stato fatto ben poco per rivalutare questa professionalità.

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. Conosco bene da campano le problematiche per chi lavora nelle Regioni sottoposte a pieno di rientro e in particolare quanto il blocco del turn over stia penalizzando medici e diritti dei pazienti. Durante questa legislatura sono stato impegnato in un faticoso braccio di ferro con il governo per ottenere significative deroghe al blocco del turn over e per una stabilizzazione del personale medico precario. E continuerò a farlo. Per favorire il ricambio, sostengo da tempo la necessità di rivedere le piante organiche all'interno delle strutture sanitarie adeguandole e modificandole in base ai volumi delle singole discipline.

5) Non si può certo affermare che viviamo in un Paese che sostiene l'accesso dei giovani medici alla ricerca: basti pensare alla concezione avvilita 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. Possiamo e dobbiamo rivalutare il ruolo del dottorato, che non può essere ridotto a ripiego o a una modalità di parcheggio temporanea nel sistema universitario, ma titolo preferenziale per chi intende dedicare la propria vita alla ricerca. Per quel che riguarda i contributi del privato, in un periodo di esiguità di risorse, c'è da far poco gli schizzinosi. Anzi credo che occorra abbandonare ogni forma di pregiudizio contro idee di partnership pubblico-privato che invece possono costituire una leva per rilanciare la 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?

Risposta non pervenuta.

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. Alla domanda dove reperire le risorse, la risposta che vale per l’assistenza territoriale e per la sanità in generale, è a mio avviso netta: se si vuole salvare il SSN le risorse si trovano, è soltanto una questione di scelta politica.

Una forma di investimento, che a lungo andare, porterebbe risparmi significativi per il servizio sanitario, consiste nel dare risalto alla prevenzione, considerata la cenerentola della nostra sanità. Soprattutto in alcune Regioni, vanno incoraggiati i programmi di screening e una maggiore attenzione all’educazione sanitaria per incoraggiare corretti stili di vita.

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. Sappiamo bene che quella che il Ministro Balduzzi chiama opera di manutenzione straordinaria del SSN altro non è che una politica di tagli lineari che hanno duramente colpito il SSN. Ciò premesso, non nascondiamoci che alcuni sprechi esistono e vanno combattuti, come l’esistenza di piccoli ospedali ormai poco rispondenti ad una medicina che richiede tecnologia avanzata e centri di eccellenza. C’è senz’altro da combattere una cultura ospedalocentrica che ancora resiste nel nostro Paese e che può e deve essere contrastata con una riorganizzazione delle cure primarie. Ma senza risorse non si creerà quella rete

virtuosa tra territorio ed ospedale. Senza investimenti non riusciremo a creare quelle Cure primarie capaci di prendere in carica il paziente e continueremo a vedere i nostri ospedali, i nostri PS congestionati.

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?

Risposta non pervenuta.

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. Non dobbiamo temere la libera circolazione dei medici, ma considerarla come una sfida ed un'opportunità per puntare sui nostri centri di eccellenza, che non sono pochi al Nord come al Sud. Sì, anche il Mezzogiorno, dove le eccellenze devono comunque crescere, deve e può diventare centro di attrazione, soprattutto per i pazienti provenienti dagli altri Paesi del mediterraneo.