

“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. Luigi D'Ambrosio Lettieri, candidato al Senato nella **Lista PDL, Collegio Puglia**

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. La grave crisi economico-finanziaria che ha colpito i paesi “occidentali”, pone come irrinviabile un serio dibattito politico-parlamentare sul tema della sostenibilità dell’attuale modello di SSN pubblico. Io sono convinto che i solidi principi di universalità, solidarietà ed equità che ispirano il nostro sistema di welfare non vadano messi in discussione ma sono altrettanto convinto che le tutele sociali che intendiamo salvaguardare dipendono da scelte responsabili. Sul piano delle risorse economiche va proseguita la crociata contro l’evasione fiscale, gli sprechi e la corruzione. Non è possibile tollerare che il denaro destinato alla sanità venga utilizzato con logiche faziose e clientelari per finanziare le carriere politiche di chicchessia. In proposito la Corte dei Conti ci consegna un quadro inquietante che deve diventare un monito! Eppoi è necessario proseguire la “rivoluzione culturale” per superare il modello ospedale-centrico a favore di quello integrato ospedale-territorio, anche attraverso un nuovo sistema di governance che garantisca prestazioni socio-sanitarie e assistenziali efficienti, appropriate, etiche ed economiche.

Le variabili demografiche, i costi delle biotecnologie e dalla ricerca, la crescente domanda di salute e la necessità di dare più impulso alla medicina preventiva, produrranno nel prossimo futuro un sensibile aumento della spesa e l’attuale stanziamento del FSN non è sufficiente, soprattutto dopo i severi tagli che ne hanno ridotto di circa 30 mld il finanziamento. Gli effetti dirompenti derivanti dall’invecchiamento della popolazione in assenza del superamento del modello ospedale-centrico a favore di quello integrato ospedale-territorio.

Durante il mio impegno politico ho sostenuto convintamente le proposte legislative del PdL a sostegno delle nuove generazioni: credo che i giovani rappresentino il miglior investimento per il futuro. La detraibilità delle risorse destinate alla ricerca, il cospicuo finanziamento della rete delle Università del Mezzogiorno disposto dal Piano per il Sud dell'ex Ministro Fitto sono sotto gli occhi di tutti.

Anche in sanità deve assumere una importanza sempre maggiore la figura del giovane medico a cui vanno garantiti un adeguato percorso formativo, strumenti e risorse per poter fare ricerca scientifica, criteri di selezione che riconoscano il primato del merito e l'introduzione di un concorso nazionale, come avviene nella maggior parte dei Paesi Europei.

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?

Risposta non pervenuta.

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?

E' necessario che anche l'Italia si adegui al resto dei Paesi della Comunità Europea, introducendo una Scuola di Specializzazione in Medicina Generale. In un'ottica di riorganizzazione e di rivalutazione della

medicina territoriale, reputo irrinviabile un congiunto impegno tra Ministero della Salute e Miur per giungere in tempi accettabili alla istituzione di un percorso formativo universitario che sappia costruire quel solido patrimonio di saperi e di competenze necessario ai medici di medicina generale per svolgere ancora meglio i compiti a cui sono chiamati in un progressivo potenziamento della medicina del territorio.

Nelle more dell'attuazione del percorso ministeriale di formazione specialistica in Medicina Generale, occorre conferire maggiore dignità al corso di formazione in Medicina Generale attraverso l'adozione di un contratto di formazione, che preveda una serie di attività professionalizzanti da svolgere all'interno del percorso formativo. Questo, si rende necessario per migliorare la qualità formativa del corso ai cui iscritti va riconosciuta la medesima dignità professionale ed economica che oggi è destinata ai medici specializzandi universitari.

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 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?

Risposta non pervenuta.

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?

Risposta non pervenuta.

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?

Risposta non pervenuta.

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. In questa legislatura appena conclusa abbiamo finalmente definito, dopo anni di inconcludenti discussioni parlamentari, un buon progetto di riforma degli Ordini rappresentativi delle professioni sanitarie. Il disegno di legge è stato approvato alla Camera ma non al Senato dove il PdL ha tentato senza successo di tralasciare il risultato proponendone l'assorbimento nel cd. Decreto Balduzzi.

Le forze politiche nella prossima Legislatura hanno il compito di completare l'iter del provvedimento che è necessario per rilanciare la funzione pubblicistica degli Ordini sanitari (medici, farmacisti e veterinari), assegnando un ruolo che non può essere più quello "notarile" che certifica il possesso del titolo abilitante. Si deve andare oltre: la certificazione deve riferirsi al possesso dei requisiti, dei saperi, delle competenze e delle abilità che si conseguono attraverso un costante iter formativo ben definito dal sistema dell'Educazione Continua in Medicina (ECM). Deve separarsi, inoltre, il ruolo svolto dagli organi elettivi che rappresentano la politica professionale da quelli che svolgono funzioni disciplinari. E' necessario, infine, istituire un livello di rappresentanza ordinistica di livello regionale e affidare agli statuti di ciascun ordine la garanzia per le minoranze, la parità di genere e la possibilità di istituire livelli di rappresentanza intermedia nei casi in cui il numero degli iscritti sia elevato.

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?

Risposta non pervenuta.