

## ***“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 Dott. **Paolo Parente**, candidato alla Camera dei Deputati nella **Lista FLI** (collegio Lazio 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. Una premessa: sono un giovane medico in formazione specialistica, ho 26 anni e le problematiche qui richiamate sono vissute in prima persona dal sottoscritto e dei miei amici e colleghi. Volge ormai al termine una campagna elettorale incentrata su tasse, IMU, e chi più ne ha più ne metta, fuorchè dei Giovani, della loro formazione e del loro Futuro. L’Italia ha bisogno di noi, e chiudere gli occhi di fronte a questa necessità porterà la nostra Nazione al collasso, anticipato dall’implosione del nostro SSN, se non si registrerà da subito una netta inversione di tendenza.*

*So bene cosa significhi affrontare il concorso per l’accesso alle scuole di specializzazione mediche: ho vissuto, soltanto l’anno scorso, i timori di non poter vedere ripagati i miei sforzi, non per scarsa preparazione o sfortuna, ma solo per quelle ragioni che hanno reso l’Italia il Paese vittima principale della crisi di valori e di identità che oggi viviamo. L’attuale sistema di valutazione delle conoscenze prima e delle professionalità poi, utile all’accesso al mondo del lavoro e della ricerca, sottostà a logiche datate, in cui il merito e la trasparenza sono spesso enunciati ma scarsamente praticati. L’evoluzione verso un sistema di valutazione su base nazionale, – sul modello spagnolo ad esempio - pensando anche alla laurea abilitante o anche all’accorpamento dell’esame di abilitazione a quello di accesso alla specializzazione, potrebbe, invece, essere uno strumento che utile per affermare la meritocrazia e per garantire un più facile e rapido ingresso nel mondo del lavoro per i giovani medici. Il mio impegno su questi temi sarà sempre maggiore, a*

*prescindere dall'esito quasi scontato delle elezioni, cercando di dare voce alle istanze dei giovani colleghi ed impegnandomi sino a quando, operando in Italia come medico, potrò sentirmi pienamente in Europa.*

**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. In Italia vige un sistema accademico ingessato in generale, ma in particolare per la medicina, caratterizzata da un iter formativo eccessivamente votato al nozionismo a discapito della proiezione occupazionale, che è funzione di una adeguata professionalizzazione. Nel nostro Paese si verifica il paradosso che il giovane medico, neolaureatosi in regola nella sessione di luglio, invece che essere premiato, esce dall'Università con la consapevolezza di non poter lavorare per almeno otto-nove mesi: questo a causa dell'obbligo del conseguimento dell'abilitazione alla professione che, in verità, rappresenta più un passaggio burocratico obbligato, piuttosto che un momento di arricchimento professionale, propedeutico al secondo, ben più temuto, scoglio dell'esame di specializzazione. Dall'Università si esce, poi, spesso preparati su di un piano elettivamente culturale, ma molto poco si sa mettere in pratica in maniera autonoma: si conoscono nozioni, informazioni, patologie rarissime, ma poco il paziente, l'approccio allo stesso, i sintomi ed i segni che rappresentano la base del "saper fare" in medicina. Ecco, io ripartirei proprio da qui: non un'innovazione o una "rivoluzione" futuristica, quanto riscoprire – almeno durante il percorso formativo – la centralità del paziente, la dedizione alla cura della persona, la riscoperta dei segni e dei sintomi, prima ancora che l'approccio diagnostico-terapeutico spinto. Inoltre, a mio avviso, un impedimento al conseguimento di una preparazione medico-chirurgica completa è dovuto all'"ansia della specializzazione", ovvero la mania di frequentare per anni un unico reparto, settorializzando la propria preparazione. Insomma, si è persa la visione di insieme della medicina e della professione medica. Nel post-lauream, se possibile, il quadro è ulteriormente più confuso: la formazione che si riceve è rivolta per lo più a tamponare un sistema povero di risorse umane, prima che economiche, che tende a "sfruttare" l'entusiasmo dei giovani medici per sopperire a carenze di personale e di organizzazione.*

**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**

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

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. L'adozione dei contratti di formazione per i corsisti di Medicina Generale, al pari di quanto già avvenuto anni orsono per la specialistica, si sarebbe dovuta attuare da tempo! Ritengo che chiunque sarà chiamato al Governo del Paese della Sanità non potrà che farsi carico della risoluzione di questa ingiustizia in un orizzonte temporale brevissimo. Inoltre, permettetemi di esternare il mio pensiero in libertà: è assurdo che nel 2013 dei medici si formino attraverso corsi erogati da docenti scelti per meriti "sindacali" e poche volte per meriti culturali o qualificazioni o competenze specifiche. Oltretutto, è un sistema, quello della formazione specifica di medicina generale, che ha portato ad una differenziazione eccessiva tra medici che fanno una scelta specialistica e medici che scelgono di dare il proprio contributo nella Primary Health Care, troppo spesso evocata senza mai essere conseguente, soprattutto alla luce dei fiumi di parole spesi per la reale e fattiva integrazione tra Ospedale e Territorio. Se si ritiene davvero che il modello dell'integrazione rappresenti l'optimum per rendere il SSN più snello, efficiente e compliant con le esigenze del paziente/cittadino, allora è necessario strutturarli in maniera adeguata a partire dalla formazione di chi ne sarà primo attore.*

**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. Mi fa rabbia vedere colleghi straordinariamente preparati, di 35-40 anni, che oggi in Italia non possono avere certezze professionali ed esistenziali, essendo proposti loro contratti di 3 o 6 mesi, che rendono impossibile metter su famiglia ed instaurano l'ansia di perdere da un momento all'altro il frutto di anni ed anni di sacrifici ed impegno. Questa è l'Italia che ci hanno lasciato in eredità specie coloro i quali oggi, in ottiche di sterile sindacalismo e conservatorismo antiprogressista, oppongono resistenze al cambiamento. L'accesso al SSN per i giovani medici dovrebbe essere veicolato da politiche di radicale evoluzione nella gestione e nell'organizzazione delle strutture sanitarie: meno sprechi, più efficienza, più risorse per investire nelle giovani generazioni!*

**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. La ricerca è il faro della medicina. In Italia si fa ricerca ad un livello eccellente, se si considerano le risorse disponibili, e basterebbe poco perché queste scarse risorse contribuissero ulteriormente a premiare la volontà, l'impegno, la genialità, l'intelligenza della maggior parte dei giovani ricercatori italiani: controllo, supervisione, trasparenza. Ridistribuire i fondi della ricerca, quindi, in modo da premiare solo chi, sottoposti a valutazioni limpide su out come conseguiti, sia riuscito a fare ottima ricerca traslazionale, ovvero concretamente trasferibile dalla teoria alla pratica clinica. Ed ancora, premiare il merito e considerare le università non come rocche di potere inveterato, ma come templi del sapere da promuovere e da condividere. Ricordo un aneddoto su un congresso di chirurgia, nel corso del quale un importante chirurgo tedesco ammonì i presenti sulla mancanza di condivisione dei risultati ottenuti, mossi dal fare una ricerca "personale" ed utilitaristica, piuttosto che rivolta al bene dei pazienti e del sistema salute. Il futuro non potrà che caratterizzarsi di sinergie virtuose tra docenti di esperienza consolidata, che tornino al loro ruolo di fonte di sapere, e giovani menti in cerca del giusto riconoscimento in Italia per il loro impegno e la loro dedizione al sociale ed alla medicina.*

**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. La duplice contribuzione è frutto di logiche finanziarie e nulla ha a che vedere con la prospettiva per i giovani medici di ottenere una pensione - appunto - degna di tale nome: trattasi di spillare ai giovani un po' delle poche risorse loro destinate per pagare le pensioni a chi va in quiescenza, nient'altro. Più serio e coerente, rispetto all'obiettivo di una previdenza e di un welfare intelligente, sarebbe unificare il doppio sistema contributivo, ovvero rendere univoca la contribuzione presso un singolo ente per snellire sia l'onere economico sia i vari arzigogoli burocratico-finanziari, che hanno portato alla riduzione prospettica, in soli 5 anni, di circa 150 € dalla busta paga degli specializzandi. Invece che adeguare gli stipendi al costo della vita, questi vengono abbassati a causa di una perversa imposizione previdenziale... La sperequazione tra vecchie e nuove leve interessa certamente il trattamento previdenziale, peggiorato nettamente per le giovani generazioni a causa del quasi obbligatorio ricorso al sistema "contributivo"; e la soluzione non può essere rappresentata da politiche di ritardo della fuoriuscita dal sistema dei "vecchi", ma deve fondarsi sul favorire l'accesso al mondo del lavoro dei giovani!*

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. Il rapporto patologico, che ha caratterizzato la politica e la Sanità negli ultimi decenni, ci ha proiettato in un presente in cui si mettono in discussione i LEA, spinti dall’esigenza di far quadrare i conti. Un Sistema Salute troppo burocratizzato e parcellarizzato, dove il privato è visto come un nemico e la conservazione dei propri privilegi appare come la priorità assoluta, è destinato ad implodere. Chi propone tagli lineari è orbo o è stato complice di questo declino ed oggi vuole rimediare sulla pelle di operatori e professionisti della salute. Una Sanità che abbia il suo core nel territorio, che rivaluti ed ottimizzi il ruolo dei MMG nella sua gestione, che sia sensibile alla complessità e alla fragilità, che si distacchi dalla politica e promuova il merito, in primis nelle scelte di chi ne determina gli indirizzi, non è solo auspicabile, ma è assolutamente necessaria. Investimenti se ne possono certamente continuare a chiedere, ma senza un’organizzazione seria e limpida, una governance consapevole ed orientata al futuro, una sensibilità rivolta a tutelare i giovani, questi non porteranno a risultato alcuno. Cambiare è possibile, ma è necessario voler davvero il cambiamento e non utilizzarlo come spauracchio per coprire interessi altri da quelli del sistema salute.*

*Per quanto riguarda la declinazione “politica” della salute, io credo che, se la Salute incide sensibilmente sulle spese statali, se la Salute è dalle persone considerata come assoluta priorità, se la Salute dà lavoro e speranza a miriadi di persone in Italia, se la Salute è e deve essere il motore dell’Italia nella ricerca, nello sviluppo, nel benessere ... bhè non può che essere declinata in tutte le politiche.*

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. E' ormai indifferibile una governance forte ed illuminata anche per i MMG, tale da definire le necessità dei singoli territori dove i MMG operano, nonché il fabbisogno di professionalità che possano con gli stessi operare. Aggregazioni di professionisti potranno essere utili solo se saranno specificati gli obiettivi delle stesse e si adotteranno dei sistemi di verifica sull'effettivo impiego delle risorse stanziare per una reale implementazione di tali modelli funzionali ed organizzativi. In quest'ottica, i giovani medici potranno essere parte integrante del processo di ristrutturazione del territorio, laddove verranno posti nelle condizioni di intervenire con specifiche competenze nelle cure di primo livello, nella medicina di iniziativa, nella prevenzione. Inoltre, sarebbe auspicabile sostenere i giovani medici e professionisti della salute, ad esempio, con lo strumento del microcredito nella creazione di poliambulatori ed aggregazioni professionali.*

**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. Per ottenere il cambiamento bisogna dar voce al cambiamento. L'idea delle quote "verdi", ovvero quote di seggi dedicate ai giovani negli organi della governance medica, potrebbe essere il motore per un ringiovanimento a catena dell'Italia. La nostra Italia non guarda al futuro perché governata da persone che per ragioni anagrafiche, la maggior parte delle volte, e per motivi di consenso politico, dato il sempre maggiore invecchiamento medio degli italiani votanti, guarda quasi fisiologicamente al passato. Le sovrastrutture presenti sono parte integrante di questa ottica retrospettiva: bisogna rendere più snello il sistema degli ordini, eliminare la burocrazia, semplificare (senza ardere i faldoni di leggi col lanciapiamme) il Sistema Italia prima che il Sistema Sanitario.*

**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. L'unica vera esperienza di Europa che ho vissuto nella mia vita è stato il Programma Erasmus. Molti dei candidati al Parlamento, forse, non sapranno nemmeno che c'è un'Europa che ogni anno si unisce nelle esperienze universitarie, negli scambi culturali, nel rendere concreto il sogno progetto Comunitario. Non bisogna temere l'apertura ai mercati Europei, né l'ottica di una competizione per migliorare gli standard di salute. Se potremo godere di cure migliori ben venga, se potremo condividere esperienze e best practice degli altri paesi d'Europa ben venga. Noi, da parte nostra, dobbiamo solo fare del nostro meglio: impegnarci ad essere i migliori nella cura dei pazienti, per garantire il benessere della popolazione e della nostra Italia. Il resto verrà da sé.*