

“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. **Luciana Pedoto**, candidata al Senato della Repubblica nella **Lista PD** (collegio Campania) (www.lucianapedoto.it)

1) La crisi economico-finanziaria, grave e generalizzata, che avversa i paesi “occidentali”, pone al centro dell’agenda della politica il tema della sostenibilità dell’attuale modello di SSN pubblico, da sempre fondato su solidi principi di universalità ed equità nell’accesso alle cure, già gravato dagli effetti connessi all’invecchiamento della popolazione in assenza del superamento del modello 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 formazione dei giovani medici, e dei giovani medici di MG in particolare, sarà il banco di prova del rinnovamento per la medicina Italiana, dalla specialistica alla medicina del territorio (quest’ultima la vera frontiera su cui si misurerà il cambiamento in sanità). Credo che accanto a tutti i provvedimenti in cantiere già delineati dal decreto Balduzzi sulla Salute, bisogna pensare alla formazione: i tempi di accesso all’esercizio della professione ed al mondo del lavoro in Italia per un giovane medico sono i più elevati in assoluto nel panorama UE; inoltre, la situazione è molto più grave per la formazione dei medici di medicina generale, laddove vige ancora un regime che possiamo definire discriminatorie: come se la medicina generale fosse la cenerentola della medicina, se confrontata con la specialistica. I giovani medici vanno concretamente valorizzati e sostenuti nel loro percorso anche al fine di compensare gli sforzi profusi dagli stessi e dalle loro famiglie.

Conosco, inoltre, la proposta di modifica delle modalità di selezione per l’accesso alle scuole di specializzazione. Ho incontrato una delegazione del Comitato Nazionale di giovani che la hanno promossa e sono già al lavoro in tal senso.

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. Di sicuro la lunghezza dell'iter formativo per diventare medico non è garanzia di per sé di qualità formativa. Anche se, vorrei ricordare, che i nostri medici all'estero sono sempre di più apprezzati per le loro competenze e per la qualità degli studi effettuati. Non esiste una sola soluzione per rendere definito un percorso formativo medico nell'età dei colleghi stranieri. Occorre rivedere l'impianto formativo universitario e aggiornarlo su parametri internazionali affinché i ragazzi italiani non siano svantaggiati, come è sempre stato, rispetto ai giovani professionisti stranieri. Il Pd non si tira indietro davanti a questa richiesta che riguarda non solo la professione medica, ma anche altri iter formativi.

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. L'emendamento (art. 1, comma 5, della legge 8 novembre 2012, n. 189) a mia firma al Decreto Balduzzi che "definisce nell'ambito del Patto della salute, le modalità, i criteri e le procedure vuole valorizzare nell'ambito della formazione specifica in Medicina Generale l'attività remunerata svolta dai medici in formazione presso i servizi dell'Azienda sanitaria e della Medicina convenzionata" apre una nuova via: valorizzare il ruolo dei giovani medici in formazione specifica di medicina generale attraverso

www.giovanemedico.it



l'integrazione della formazione convenzionale con attività professionalizzanti (sostituzioni, incarichi di guardia turistica, incarichi a progetto ecc.) remunerate in aggiunta alla borsa di studio, da espletare "presso i servizi dell'azienda sanitaria e della medicina convenzionata", con la finalità duplice di migliorare sia il percorso formativo in termini di professionalizzazione, sia di riconoscimento economico.

Si tratta di una piccola grande vittoria che rivendico e che è finalizzata a portare i futuri medici a essere parte di quel cambiamento virtuoso per la riorganizzazione della medicina del territorio che è uno degli obiettivi più importanti di questo decreto. Non più soggetti passivi ma parte attiva del cambiamento. Saranno infatti questi giovani, oggi ingiustamente discriminati nel loro percorso formativo rispetto ai colleghi di altre specialità, che contribuiranno a realizzare nel futuro prossimo la medicina del territorio. A queste migliaia di giovani medici occorre confermare un segnale di reale e concreta disponibilità. Certamente sono pronta a recepire le indicazioni risolutive dei giovani Mmg e pronta a un confronto aperto per migliorare la situazione esistente, che appare ancora discriminatoria rispetto a questo ambito medico. Quanto alla contrattazione sindacale reputo che sia da inquadrare in una più generale riforma universitaria, che rilanci pienamente il valore professionale di chi muove i primi passi nella professione medica.

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. Di sicuro si potrebbe pensare in tempi ragionevoli a un contratto di formazione e all'implementazione del corso specifico di attività professionalizzanti, che ricalchino il modello di integrazione delle cure primarie. In questo modo il giovane medico potrebbe essere già pronto a sostituire i medici in via di pensionamento, senza pesare in modo eccessivo sulle casse statali. Personalmente, e in linea con il PD, sono per mettere mano al blocco del turn over che ci priverà in pochi anni di migliaia di medici nel nostro SSN.

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 tassazione delle borse di studio è un errore giuridico tributario da cui si deve tornare indietro. Gli stipendi per i giovani assunti sono troppo esigui. La situazione è avvilente a fronte di un impegno formativo

www.giovanemedico.it



decennale. Molti auspicano che l'ingresso dei privati possa integrare le carenze pubbliche. Io sono a favore di una sinergia virtuosa col privato, che deve avere dei paletti per consentire alla ricerca pubblica di svolgere efficacemente il suo ruolo. Per questo dico sì a crediti d'imposta per i privati che investono nella ricerca. Una soluzione sostenibile, una via percorribile ripeto se correttamente indirizzata. Spesso in Italia il legame pubblico privato è portato a storture come la corruzione (che nella sanità pesa per 60 mld come ci ricorda la Corte dei Conti). Bisogna favorire il rilancio della ricerca con progetti innovativi e sostenibili. Anche l'ambito della Medicina generale può portare avanti efficacemente le sue proposte progettuali.

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. Riguardo alla riforma Fornero ci sono molti punti che dovranno essere soggetti a revisione. Uno di questi riguarda il punto da voi sollevato. I giovani professionisti non possono subire oltre al danno delle difficili condizioni d'ingresso nel mondo del lavoro anche aliquote vessatorie. Su questo occorrerà portare avanti un cammino di cambiamento già nei primi mesi di Governo.

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. Ho lavorato cinque anni in Commissione Affari Sociali e Salute e ho sempre anteposto a tutte le decisioni e discussioni un principio: la difesa del diritto costituzionale alla Salute. Su questo nessuno può pensare di tornare indietro. Vi sono numerose riforme che possiamo portare avanti, penso alle cure territoriali per esempio, ma non voglio che si rimanga fermi alla logica dei tagli. La spending review è stato un male necessario, ma ora dobbiamo voltare pagina. Posti letto, ospedali piccoli, pensionamenti: molto è stato fatto per ridurre gli sprechi. Ma ora dalla mannaia dobbiamo passare alle idee. La sanità di domani sarà sostenibile se continueremo a eliminare gli sprechi individuandoli con correttezza. I tagli lineari devono diventare un brutto ricordo. Salute è anche opportunità di guadagno per le casse pubbliche. Non dimentichiamoci mai che la sanità è un asset importante per la nostra economia. Spesso da più di quello che prende. Ma bisogna fare anche un gesto di riappropriazione di cittadinanza: reinvestire i 60 mld della corruzione in sanità per i cittadini. La salute pubblica non è un peso se riusciamo a definire con i territori le politiche da perseguire senza mai pensare che alcune regioni possono continuare a essere al top, lasciando indietro chi è in difficoltà. Si deve ripartire da politiche solidali e riformiste che abbiano l'obiettivo della crescita e del consolidamento dei cambiamenti virtuosi operati in questi anni.

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 non è infatti un caso che il citato decreto del Ministro Balduzzi punti tutto su questo tema. Il ripensamento delle cure sul territorio ci darà la svolta che auspichiamo da decenni. Solo grazie a un reale ripensamento e alla riorganizzazione territoriale sarà possibile mettere in pratica quelle politiche di efficacia, efficienza e qualità nei servizi che da anni ci ripetiamo, come un mantra.

La riforma delle cure territoriale è la grande possibilità che diamo al nostro paese per cambiare. Nei Paesi in cui il tema delle cure primarie è tornato in agenda, le cose sono migliorate. Il decreto balduzzi solo in parte assolve a questo compito. Il riordino delle cure primarie non può essere solo logica dei tagli, e in questo senso in pieno la posizione del Partito Democratico, il decreto non stanziava risorse. E dunque è come partire per la maratona con una gamba in meno.

Oggi è l'occasione per far il punto sull'innovazione in Sanità e il ruolo dei medici, ma anche degli altri professionisti sanitari, gioca la parte decisiva.

E penso all'assistenza h24 su cui gli ultimi provvedimenti hanno gettato un ponte da cui non si tornerà indietro. Ma per procedere servono una convenzione nazionale e le applicazioni regionali. E dunque ci vorrà tempo. Da parte mia resta alto l'impegno per sostenere la Sanità pubblica e il diritto alla salute del cittadino, come ho fatto in 5 anni di legislatura, e come continuerò a fare se sarò eletta, portando in primo

piano i temi legati ai giovani professionisti, della loro formazione. Perché il blocco del turn over, la mannaia dei piani di rientro regionali, tutti i provvedimenti di contenimento della spesa hanno mortificato una o addirittura due generazioni intere di medici e sanitari. Su questo dobbiamo essere riformisti a 360 gradi, il tempo delle attese è finito. Le cure primarie devono essere la reale leva per il miglioramento e l'uscita dallo stallo in cui la nostra Sanità è avviluppata da troppi anni.

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. Sono in linea di principio favorevole all'accesso dei giovani ai ruoli di governance, a maggior ragione se si tratta di organismi le cui decisioni si riverberano sulle future generazioni.

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. Risolvere le criticità affrontate nelle precedenti domande permetterà di valorizzare il ruolo delle giovani professionalità mediche. Avere giovani medici preparati e motivati sarà di certo un buon viatico per sostenere la competizione tra il nostro sistema delle cure e quello degli altri Paesi dell'Europa Unita.