

## **“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 Prof. **Walter Ricciardi**, candidato al Senato della Repubblica nella **Lista Con Monti per l'Italia** (collegio Lazio) ([www.walterricciardi.it](http://www.walterricciardi.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. Ritengo fondamentale e doveroso che i giovani medici si interrogino sul futuro del nostro SSN. Nei prossimi mesi si dovranno affrontare scelte difficili che richiedono un’inversione di tendenza culturale, prima ancora che istituzionale, anche nella Professione medica. Chi come me ha avuto la possibilità di formarsi ed ancora passa metà del proprio tempo lavorativo all’estero sa bene che il confronto con altre realtà, oltre che arricchire il patrimonio professionale, può stimolare una presa di coscienza di quali potenzialità di sviluppo possa avere il sistema salute nel nostro Paese. Non basta più essere medici preparati e motivati, ma è necessario che competenze e capacità possano esprimersi all’interno di un contesto che sostenga il professionista, cominciando dall’organizzazione.*

*Le nuove generazione di professionisti della salute, a mio avviso, sono uno dei pilastri fondamentali del rilancio di un SSN pubblico, equo, sostenibile, ed è un nostro dovere morale creare i presupposti affinché in Italia i giovani possano trovare le condizioni per crescere ed affermarsi professionalmente.*

*Conosco bene la proposta di modifica del Regolamento che disciplina l’accesso alle scuole di specializzazione mediche inviata dal MIUR al Consiglio di Stato: è sicuramente perfettibile ma indubbiamente raccoglie le istanze di trasparenza e meritocrazia avanzate dai nostri giovani. Recentemente, a margine di una conferenza, ho avuto modo di confrontarmi con una delegazione del Comitato Nazionale di studenti e neo laureati in medicina intervenuto alla manifestazione per richiedere, ai candidati del mondo sanitario intervenuti al dibattito, il superamento delle attuali modalità di selezione. A questi giovani colleghi ho espresso la mia solidarietà. Un concorso a graduatoria unica nazionale (o macroregionale, come quella già in vigore per l’accesso alle Facoltà di Medicina) rappresenterebbe un salto culturale importante e, per certi versi, rivoluzionario per il nostro Paese. Per questo ritengo che sia necessario contribuire al*

*cambiamento e sono pronto a sostenere tutte le iniziative che conducano ad aumentare i livelli di meritocrazia e trasparenza in sanità.*

**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. Molto spesso le soluzioni ai problemi sono molto più a portata di mano di quanto si immagini: quello che si dovrebbe fare da subito è dare piena applicazione alla normativa vigente ed ampliare la rete formativa delle Facoltà di Medicina e delle scuole di specializzazione alle realtà assistenziali ospedaliere e territoriali qualificate per offrire una casistica clinica tale da offrire al discente una panoramica del percorso assistenziale.*

*Visto il mio ruolo negli USA di membro del direttivo del National Board of Medical Examiners (NBME), l'ente che valuta la formazione medica in tutto il territorio degli Stati Uniti, non posso che confermare che in Italia il sistema negli anni si è probabilmente inceppato. Dai sei anni di corso di laurea difficilmente esce un "medico fatto" e, sicuramente, molte sono le nozioni che non può apprendere rispetto ai colleghi che studiano nei paesi anglosassoni: mi riferisco alle non-technical skills, come comunicazione e leadership, fondamentali per destreggiarsi tra le insidie della moderna sanità.*

*Da incentivare è sicuramente il confronto con l'estero: in Italia sono già attivi corsi di laurea in lingua inglese che ricalcano la struttura del percorso formativo di altre esperienze internazionali che prevedono la formazione sul campo, riservando un maggior peso alle attività professionalizzanti a discapito delle scienze di base. La Facoltà di Medicina dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, di cui mi onoro di essere Vice-Presidente, sta cercando di colmare queste lacune per venire incontro alle esigenze dei giovani e, con loro, della sanità del XXI secolo.*

**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. Uno dei miei allievi, sicuramente tra i più brillanti, ha scelto di rinunciare alla possibilità di accesso alla Scuola di Specializzazione che dirigo per partire per l'Olanda con l'obiettivo di frequentare un prestigioso corso di dottorato di ricerca. Dopo alcuni mesi dalla sua partenza dall'Italia, ho scoperto che nella top-five delle sue opzioni più immediate c'era proprio quella di frequentare la scuola di specializzazione in medicina generale in Olanda. Purtroppo, in Italia il percorso di formazione specifica di medicina generale per lungo tempo è stato visto come un ripiego e, talora, come un prolungamento degli studi dopo la formazione in assenza di sbocchi lavorativi. A mio avviso, è invece di strategica importanza investire nella formazione del futuro medico di medicina generale che dovrà essere addestrato per soddisfare nel territorio il crescente bisogno di salute si pensi all'assistenza dei pazienti cronici ed alla medicina di iniziativa. Anche per questa figura è necessario implementare la sul campo, oltre che superare alcune resistenze culturali: mi riferisco all'illogica separazione della formazione dei MMG dal contesto universitario. Serve creare un nuovo sistema per la formazione in Medicina Generale, dove trovare l'equilibrio tra tutti i vettori di formazione medica, come avviene ad esempio in Germania. È necessario poi entrare nell'ottica di sottoporsi alla misurazione e valutazione che non sono strumenti di limitazione della libertà o, peggio, punitivi bensì occasioni di crescita comune per tendere al miglioramento continuo sulla scia del confronto virtuoso.*

**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. Ritengo innanzitutto che l'attuale sistema che definirei "regionalista spinto" vada superato a favore di una vera autonomia responsabile a contorno di un forte livello centrale.*

*Le regioni dovrebbero essere dotate di strumenti e di un sistema intellegibile, metodologicamente strutturato, che permetta di effettuare una adeguata rilevazione del fabbisogno di professionalità mediche da formare. Infatti, concordo sul fatto che il problema non sia soltanto quantitativo, bensì prima di tutto qualitativo: il bisogno di salute è profondamente mutato rispetto agli ultimi decenni.*

*C'è un eccesso di profili specialistici non più attuali e, di contro, è documentata una carenza di alcune figure professionali nevralgiche quali i fisioterapisti, i geriatri, gli psichiatri, per non parlare dei medici di medicina generale... Concorrenza di competenze...*

*Inoltre, così facendo si preverrebbe il riproporsi di fenomeni conosciuti quale quello della "plethora medica"...*

*Non si può, inoltre, continuare ad ignorare che l'attuale timing del sistema formativo pre e post lauream si caratterizza per la presenza di "tempi morti" non più sostenibili.*

*Come si può constatare, i problemi che ponete sono complessi ed attuali; al di là delle parole e dalle proposte in clima elettorale, penso che quello che più conti sia il vissuto di ciascun candidato: nel corso della mia esperienza ho dato sempre fiducia ai miei giovani allievi, responsabilizzandoli e premiandoli a fronte del loro impegno profuso.*

*Inoltre, bisogna puntare sulle nuove articolazioni assistenziali del territorio, realtà, il cui sviluppo dovrà essere sostenuto fermamente, e nelle quali ci saranno ampi margini di sbocchi occupazionali.*

**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. Formazione e ricerca, se correttamente orientate, sono il binomio su cui investire per dotare il sistema salute di professionisti adeguatamente preparati e motivati, di presidi sanitari efficaci e di cittadini consapevoli e capaci di gestire il proprio stato di salute.*

*Essi possono poi rappresentare un volano per la crescita e lo sviluppo del sistema salute e di tutto il Paese. Paradossale, quindi, che un ricercatore universitario neoassunto venga trattato a queste condizioni. Quello che all'estero è "Il" titolo di prestigio per l'Accademia, in Italia si riduce ad essere il contratto a termine dell'Università più economico che si possa immaginare.*

*Per modificare questo e poter reinvestire copiosi soldi pubblici nell'Università, e chiederne anche da parte dei privati, serve però riordinare da dentro alcuni meccanismi che, negli anni, hanno portato il sistema ad essere poco accountable e troppo autoreferenziale.*

**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 materia previdenziale è complessa. Quello che è chiaro a tutti è che lo squilibrio demografico, aggravato da un quadro ormai cronico di recessione, impone di esplorare nuovi percorsi. Si potrebbe, ad esempio, ripensare alla mission stessa delle Casse Previdenziali, impiegando le risorse accantonate attraverso la contribuzione a sostegno della formazione e dell'avvio al lavoro delle giovani generazioni di medici. In tal modo si potrebbe istituire ed alimentare un circuito virtuoso a sostegno di chi si affaccia alla professione. Che è un po' quello che avviene negli USA, nulla di nuovo o pericoloso da sperimentare. Si tratterebbe di investire pesantemente sui giovani dandogli in mano le chiavi del proprio futuro, senza però dimenticare di trattenere una quota cospicua a garanzia dei più deboli e delle avversità che nel cammino qualsiasi persona può incontrare. Una quota di aiuto da sostenere ma che deve essere minoritaria a favore di un credito aperto verso i giovani, vera forza di spinta per il nostro Paese. Iniziative improntate all'utilizzo*

*del microcredito in sanità ed al social business potrebbero aprire nuove vie lavorative per i giovani e valore incrementale per la nostra sanità.*

*Sul problema del duplice inquadramento previdenziale in Enpam ed INPS ho avuto modo di confrontarmi coi miei specializzandi soprattutto a seguito dell'innalzamento della quota previdenziale INPS e sono convinto che per rendere utili questi versamenti sia opportuno ricondurre la contribuzione esclusivamente all'ENPAM.*

**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. Anche io ho guardato, prima con interesse e poi con sconcerto, a questa grande mobilitazione della sanità scesa in piazza per riaffermare i valori dell’universalismo, della solidarietà e della qualità dell’assistenza in Italia. Con interesse perché è necessario e di nostro interesse compattare tutti gli attori coinvolti nella sanità per far capire come la salute è alla base della crescita di una società e che investire in salute può significare abbattere molti dei costi inutili sopportati incoscientemente dalla collettività.*

*Una mole sempre più grande di studi di costo-efficacia sui programmi centrati sulla prevenzione delle malattie dimostra inequivocabilmente come i costi sanitari possano essere contenuti, in modo particolare se questi sono pensati anche per sanare le diseguaglianze nella dimensione sociale e per tutelare i cittadini più vulnerabili. La Salute dovrà essere sempre più perseguita in maniera sinergica da tutti i professionisti della Sanità e dai pazienti: miriadi di voci corali per il Bene ed il Benessere dei cittadini. Ciò che è bene per la Salute è bene per la nazione.*

*Dare ai cittadini il controllo della loro salute e dei suoi determinanti fortifica le comunità e migliora le loro vite. Una delle aree di azione caratterizzanti di un programma politico che voglia realmente investire sul sistema salute consiste nel dare priorità ad un approccio che coinvolga realmente il cittadino, rendendolo protagonista attivo e non più soltanto attore passivo.*

*Senza il coinvolgimento attivo dei cittadini, si perdono innumerevoli opportunità di promuovere e tutelare la loro salute e benessere.*

*Questo cambiamento culturale, che ha ancora molta strada da percorrere per poter mostrare tutti i propri effetti positivi, è frutto di un’evoluzione della scienza medica e delle politiche di sanità pubblica che ha visto nell’Unione europea un luogo sempre più fecondo per il confronto delle esperienze nazionali, lo scambio e la diffusione di buone pratiche, l’elaborazione di grandi strategie da realizzare nei singoli contesti nazionali. L’approccio “HiAP” (Health in All Policies; Salute in tutte le politiche), il programma Gaining Health (Guadagnare salute), il consolidamento dell’Evidence Based Medicine (la medicina basata sulle evidenze scientifiche) sono alcuni esempi noti di questo processo di europeizzazione della cultura e della politica sanitaria.*

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. La parola chiave del rapporto tra Primary Health Care e Sanità Pubblica è, e dovrà essere sempre più, integrazione: la costruzione di un equilibrio tra medicina territoriale e ospedale dove questi due aspetti possano complementarsi nel fornire al paziente, in virtù del grado e della complessità della sua condizione clinica, tutte le cure di cui ha bisogno e non più rimandabile.*

*Per fare questo la medicina territoriale ha bisogno di forme organizzative intorno alle quali costruire la rete e vanno in questo senso le iniziative nazionali e regionali indirizzate all'espansione della medicina di gruppo, all'assistenza domiciliare multiprofessionale, alla diagnostica diffusa. Una rete che deve avere nel distretto il centro di organizzazione di tali servizi e deve interfacciarsi con quella ospedaliera e dell'emergenza, oltre che con l'area dell'integrazione socio-sanitaria rivolta, in special modo alle non autosufficienze.*

*Una medicina territoriale di qualità è già una realtà presente in alcune regioni italiane con ottimi risultati, frutto di una programmazione attenta e non dell'improvvisazione del momento. Degli oneri ci saranno comunque, sarebbe difficile pensare che questo tipo di modello a pieno regime a tutta l'Italia sia a costo zero: l'unica certezza è che l'investimento che si farà ad hoc verrà ripagato da una riduzione al ricorso delle ospedalizzazioni in elezione, al ricorso al pronto soccorso, etc.*

*Quello che è sicuro è che i giovani potranno avere un ruolo centrale in questa riorganizzazione, a patto che vengano formati secondo le esigenze del nuovo e non del vecchio sistema.*

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. La rappresentatività dei giovani è cruciale, in ogni ambito, figurarsi se non lo fosse in ambiti di interesse diretto come l'organo di indirizzo della Professione e la previdenza. Quando vado nel Regno Unito e mi capita di essere invitato a qualche evento del Royal Society of Medicine vedo solo giovani coinvolti a ciclo continuo nelle attività, scientifiche e didattiche, di questo Ente che non ricopre lo stesso ruolo della nostra FNOMCeO ma a cui credo molti dovrebbero trarre ispirazione. Se così non fosse sarebbe opportuno nascesse anche in Italia un centro di cultura trasversale come quello.*

*Ad ogni modo qualsiasi organo, per essere pienamente rappresentativo, non deve discriminare nessuna categoria. L'età è una di queste e proporre la presenza di "quote verdi" credo possa essere un utile inizio.*

*Per quanto riguarda l'efficienza degli Ordini ed il loro impatto nella vita professionale credo possa essere utile una razionalizzazione su base regionale o, meglio, su macro-aggregati realmente rappresentativi del territorio, cosa che non riescono ad essere le attuali province.*

*La Fondazione ONAOSI ha avuto un importante ruolo nella storia del nostro Paese e molti medici le sono grati per il contributo offerto. Non so se la proposta di un assorbimento in ENPAM possa essere utile ma credo sicuramente che qualche meccanismo andrà rivisto. Mi riservo ad ogni modo di studiare meglio questa tematica per poter interloquire in maniera compiuta con Voi.*

**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. Nonostante gli slogan elettorali di qualcuno, per fortuna, l'Europa senza confini è una realtà ben presente nelle nostre vite ed i giovani sanno bene qual è il valore di questo gigantesco passaggio storico-culturale. Il tema dalla competitività tra sistemi e modelli assistenziali e tra le professionalità mediche operanti nei differenti contesti UE sarà pertanto centrale nei prossimi anni e, in questo contesto, l'Italia è in enorme ritardo, soprattutto per l'inadeguatezza del suo sistema di valutazione, accountability e comunicazione. È paradossale infatti che, a parità di qualità documentata e minor dispendio di risorse, i cittadini italiani abbiano una scarsa fiducia nel proprio SSN rispetto alla media europea.*

*La capacità di valutare, secondo standard condivisi è, difatti, snodo cruciale per la corretta programmazione di un sistema sanitario di qualità e, attraverso una corretta programmazione, i risultati delle valutazioni, che dovranno essere condotte secondo metodi condivisi e con il coinvolgimento degli stessi erogatori dei servizi, restituiranno feedback sia ai cittadini che a professionisti ed organizzazioni sanitarie.*

*Solo così sarà possibile creare e rafforzare i centri di eccellenza italiani in un'ottica di incremento dei flussi di cittadini da altri Paesi che, a partire dal 2013 potranno, ai sensi della Direttiva Europea 24, chiedere assistenza in ognuno dei 27 Paesi dell'Unione ed evitare che dall'Italia si dirami un esodo di cittadini e pazienti verso Paesi che già da tempo hanno adottato le adeguate tecniche di programmazione, organizzazione e gestione dei servizi sanitari.*