



Roma, Ministero della Salute, 30/08/2018

Incontro Carenza Medici Specialisti - Formazione post Laurea

L'Associazione Italiana Giovani Medici (SIGM) esprime approvazione ed apprezzamento nei confronti del Ministero della Salute per l'attenzione ad un tema così delicato come la programmazione e il fabbisogno di Medici nel nostro SSN e il coinvolgimento di tutte le parti in causa.

In merito alla convocazione circa le questioni "Carenza Medici Specialisti" e Formazione Post-Lauream", dopo un'attenta analisi circa lo scenario attuale e quello futuro, cercando di guardare al sistema salute nel suo complesso, avanza le seguenti proposte:

- Conduzione di una puntuale analisi del fabbisogno professionale, basata non solo sul dato storico, ma sulle esigenze di salute del SSN del futuro e sui modelli assistenziali adeguati per renderlo sostenibile.
- Ridefinizione delle specialità e dei percorsi di formazione post-laurea, in conseguenza all'analisi di fabbisogno, con riduzione dei profili iperspecialistici ed eventuale accorpamento di specialità affini, eventuale semplificazione di alcuni percorsi di formazione post-laurea verso master o corsi di perfezionamento.
- Aumento di risorse stanziare in formazione post-laurea, al fine di formare un numero di Colleghi adeguato a rispondere alle sfide che un SSN in evoluzione pone.
- Unificazione del concorso per l'accesso alle Scuole di Specializzazione con quello previsto per l'accesso ai corsi di Formazione Specifica in Medicina Generale.
- Implementazione del sistema già avviato di accreditamento, definendo obiettivi non solo in termini di requisiti, ma anche in termini di competenze acquisite dallo specializzando e misurabili con appositi indicatori.

In sintesi, quanto si richiede è l'avvio di una seria e sistematica programmazione quali-quantitativa del fabbisogno reale di Medici in Formazione Specialistica e Formazione Specifica in Medicina Generale.

A tal fine appare essenziale porsi in una reale discontinuità con quanto fatto - o talora non fatto - dai precedenti governi, pur valorizzando eventuali punti di forza già introdotti con le precedenti riforme.



Razionale e Considerazioni

In tale ottica preme declinare più approfonditamente alcuni aspetti contestuali e di prospettiva che possano portare, dall'assunzione della consapevolezza di una workforce sempre più carente, a un miglioramento strutturale e complessivo del Sistema Salute.

Il Sistema Sanitario Nazionale: è necessaria una “Quarta Riforma”?

Celebriamo quest'anno il quarantesimo anniversario della nascita del Sistema Sanitario Nazionale. 40 anni di una storia fatta di molti successi di cui il principale è il mantenimento di un sistema universalistico, che nel tempo è divenuto un vanto del paese. Una storia parimenti fatta di altrettante criticità che oggi ne minano i presupposti.

Tali criticità non sono, però, solo determinate dai cambiamenti epidemiologici e demografici che dal '78 si sono ottenuti. Al netto delle miriadi di considerazioni che possono essere fatte, uno dei problemi che ha caratterizzato la storia del 'SSN è stata la sua compartimentalizzazione, professionale e organizzativa. Compartimenti stagni che finiscono ancora oggi con avere un forte impatto negativo sui cittadini/pazienti.

Emblematica appare, a tal proposito, la dicotomia tra sanità ospedaliera e sanità extraospedaliera, alias territorio. Troppo spesso due elementi distinti e separati, con scarsa o assente integrazione funzionale ed organizzativa, finanche caratterizzati da modalità di contrattualizzazione professionali radicalmente differenti (dipendenza vs convenzione). Ancora oggi si parla di riforme e riorganizzazione dell'una o dell'altra, di fabbisogno di medici ospedalieri o di professionisti per il territorio, ma fin quando non si affronteranno le criticità del sistema salute nel suo complesso e in maniera unitaria verranno attuate soluzioni o strategie parziali e pertanto (come spesso è accaduto) fallimentari o di scarso successo.

Seguendo un approccio più lungimirante, le recenti acquisizioni normative (Legge Balduzzi e DM n. 70 del 2015) hanno già tracciato in linea teorica un percorso virtuoso di riorganizzazione del Sistema Sanitario Nazionale, dando maggiore importanza alle strutture territoriali per la gestione delle cronicità, notoriamente caratterizzate da un burden in aumento, e razionalizzando, riqualificando al contempo, l'offerta assistenziale ospedaliera, fondata sul trattamento per intensità di cura (http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=64181).

Sulla scia della necessità di cambiamenti organizzativi, tenendo conto della specificità regionale dell'organizzazione sanitaria nel territorio italiano, non si può procrastinare



una coerente riforma della formazione medica e medico specialistica. Tali riforme devono però superare le classiche logiche politiche e consociative che hanno reso la professionalità medica eterotopica e disorganizzata, aliena dalla volontà di risoluzione dei problemi specie delle classi più giovani di professionisti, altra rispetto a dinamiche virtuose di integrazione professionale e valorizzazione delle giovani leve.

Ogni cambiamento dovrà essere approntato a un'ottica di allineamento agli standard formativi europei, alla crescita del medico come lavoratore, alla responsabilizzazione del professionista come guida dei processi complessi. Territorio e ospedale, devono essere l'una complemento dell'altra e i giovani professionisti, messi nelle condizioni di poter essere adeguatamente formati per affrontare i diversi palcoscenici di una professione unica.

Proprio per questo i Giovani Medici- SIGM sperano che il “governo del cambiamento” possa portare a un reale cambiamento anche nel sistema salute, valorizzando il merito, portando ulteriormente al centro le evidenze scientifiche, permettendo che il benessere del sistema Paese e la salute dei cittadini tornino al centro dell'agenda politica.

Il fabbisogno di Professionisti sanitari

Allo stato attuale, l'Italia è uno dei paesi in Europa con il maggior numero di medici per 1000 abitanti (3.8 medici/1000 abitanti rispetto alla media UE di 3.4 medici/1000 abitanti, fonte OCSE, rapporto Health at Glance, 2017). E' pur vero che l'età media di chi esercita la professione medica è molto alta e pertanto la “gobba demografica” di coloro che sono vicini alla pensione genera il timore che nel corso già del prossimo quinquennio l'offerta di Salute Italiana, in termini prettamente numerici, possa non essere sufficiente a soddisfare il bisogno della popolazione. Sempre nel rapporto OCSE, difatti, si illustra come la metà dei medici italiani sia stimato che abbia oltre 55 anni, ma allo stesso tempo viene sottolineato che l'aspettativa è che molti dei medici over 65 continuino la propria attività lavorativa una volta fuoriusciti dal SSN, in regime privato o convenzionato.

I giovani medici del SIGM intendono tuttavia sottolineare che la definizione del fabbisogno di medici per il SSN, solamente in relazione al numero dei colleghi pensionandi, è un esercizio anacronistico e non sufficiente. La complessità del nostro sistema sanitario in relazione ai mutati scenari epidemiologici e demografici bisogna di considerazioni differenti.

Tra i punti critici c'è sicuramente l'evoluzione della stessa professione medica, che va nella direzione del task shifting delle competenze. Molti “atti clinici” o organizzativi possono infatti giovare di figure professionali sanitarie non mediche lasciando al



medico il compito dell'elemento cardine di un team multidisciplinare, delle scelte ottimali per il paziente, della giusta distribuzione di oneri e responsabilità. Ancora, il numero di medici che lavorano nel privato anche dopo il pensionamento e la preponderanza di strutture private e convenzionate in alcune aree geografiche assorbono un numero di medici attualmente non stimabile numericamente. Tale fenomeno, associato ad una irrisoria programmazione del fabbisogno professionale sia medico che non medico, è alla base della presenza di un precariato diffuso tra i giovani abilitati e neo-specialisti. Sarebbe necessario, quindi, che le Istituzioni si dotino di strumenti atti ad aver contezza reale dell'intero panorama professionale sanitario nazionale. Tale contezza, però dovrebbe essere ottenuta tramite una stima del fabbisogno medico e sanitario, sia da un punto di vista qualitativo che quantitativo, come accade in altri paesi d'Europa.

Come poc'anzi accennato, non si può sottovalutare che è in corso una transizione demografica, epidemiologica e sociale rappresentata dall'invecchiamento della popolazione, dall'aumento delle cronicità, ovvero da un aumento della quantità di vita ma da una riduzione degli anni vissuti in salute, del ritardato accesso al mondo del lavoro e dall'impoverimento delle reti sociali. Tutto ciò sta determinando, e determinerà sempre più, una "domanda" in termini di salute della popolazione abbastanza differente rispetto a quanto espresso finora. In questo scenario le Cure Primarie e l'assistenza socio-sanitaria territoriale avranno un ruolo sempre più determinante, così come appare necessaria una maggiore attenzione alla promozione della salute, al prolungamento degli anni di vita in salute, dell'autonomia e dell'autosufficienza.

La sfida alla cronicità attraverso un approccio per intensità di cura e la risposta ai nuovi fabbisogni di salute rappresentano un'importante sfida per il SSN, una sfida che passa obbligatoriamente per il potenziamento delle cure primarie e per la valorizzazione del personale sanitario non medico attraverso il task-shifting.

Di conseguenza una corretta stima del fabbisogno di medici non può prescindere da un superamento delle criticità esposte al paragrafo precedente, ovvero un superamento della dicotomia ospedale/territorio e una riforma del Sistema Sanitario Nazionale verso un potenziamento ed efficientamento delle Cure Primarie. A tal proposito è opportuno nuovamente citare il rapporto OCSE del 2017: in Italia il numero di medici specialistici si attesta al 77% del totale dei medici, mentre i medici che si occupano di Medicina Generale è al 23%, a fronte di una media UE che vede un rapporto molto meno sbilanciato (38% di medici di Medicina Generale e 62% di specialisti).



A tal fine è opportuna una riflessione: è necessario un numero di specialisti così ampio? Quali sono gli indicatori utilizzati per prediligere la formazione di specialisti a scapito di Medici di Medicina Generale? Perché molti colleghi scelgono la formazione specialistica e non quella di Medicina Generale?

Evidentemente, c'è una carenza in termini di appetibilità di cui soffre il corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, che necessita immediatamente di una valorizzazione in termini di qualità dell'insegnamento e trattamento economico corrisposto, vista anche la necessità del nostro Paese di un deciso rinnovamento di queste figure professionali.

La carenza di medici specialisti

Prima di entrare nel merito dell'argomento la nostra Associazione vuole ribadire la sua contrarietà alla divisione che attiene alla formazione e alla professionalizzazione di una classe medica definita specialista e una ritenuta generalista, anche perché in Italia- contrariamente alla maggioranza dei paesi europei - la medicina generale non è una specializzazione e le divisioni, semantiche e di fatto, creano una differenza che nuoce al sistema salute nel suo complesso.

Ad ogni modo, in relazione al percorso storico e all'evoluzione della workforce medica, è comunque necessario analizzare le problematiche in termini numerici della classe medica nel suo complesso e, soprattutto, per la carenza di medici specialisti.

Si ritengono opportune alcune considerazioni di merito:

Innanzitutto, con il **DM 70/2015 sulla riorganizzazione della rete ospedaliera** le strutture ospedaliere vengono ridimensionate e suddivise sulla base dell'intensità di cura. Tra le innovazioni degne di nota, un'organizzazione della rete ospedaliera sul modello Hub & spoke, attenzione e valutazione dei volumi e degli esiti di una struttura per garantire una qualità adeguata dell'assistenza, nuova importanza ai servizi territoriali per la gestione delle cronicità. Una corretta applicazione del DM 70 ha determinato la chiusura o una revisione dei piccoli ospedali e delle strutture periferiche che, secondo i suddetti criteri, non avrebbero potuto garantire un'assistenza di qualità. In molte regioni questo è avvenuto a rilento a causa di resistenze da parte della politica locale, per differenti interessi strategici o, anche, per ridotte capacità regionali di management. Si vuole far notare, quindi, che l'applicazione più o meno parziale di questo decreto comporta inevitabilmente una contrazione delle strutture ospedaliere e di concerto una **contrazione del fabbisogno di specialità** prettamente ospedaliere.

Accanto a ciò la **transizione demografica, epidemiologica e sociale** in atto sta determinando, e determinerà sempre più, un fabbisogno di salute della popolazione



abbastanza differente rispetto a quello espresso finora. In questo scenario **le Cure Primarie e l'assistenza socio-sanitaria territoriale avranno un ruolo sempre più determinante, così come appare necessaria una maggiore attenzione alla promozione della salute, al prolungamento degli anni di vita in salute, dell'autonomia e dell'autosufficienza.**

Alla luce di ciò i dati forniti da alcuni studi (es. Fiaso), e lo spaccato di sanità reale che ne deriva, non considerando i fabbisogni di salute odierni e, soprattutto, quelli in prospettiva, sono importanti ma parziali.

Non viene inoltre considerato che la menzionata carenza di profili specialistici, seppur vera, riguarda meno di 10 specializzazioni mediche sulle 57 esistenti. Capita molto spesso, infatti, che giovani medici formati nelle branche specialistiche non citate nello studio vivano in una condizione di precariato trovando molte difficoltà ad accedere al mondo del lavoro per il settore in cui si sono formati.

Ci troviamo quindi di fronte ad un quadro in cui per poche specializzazioni esiste un deficit e per altre un surplus.

Per cui le nostre proposte, alla luce di un auspicabile reale stima del fabbisogno, sono:

- Riduzione dei profili delle Scuole di Specializzazione.
- Aumento dei contratti di formazione post-laurea, e conseguente redistribuzione degli stessi seguendo i dati relativi alla stima del fabbisogno di Medici nel SSN del futuro.
- Ai fini dello stanziamento di risorse aggiuntive per la formazione post-laurea, fondamentale appare l'opportunità di utilizzare investimenti regionali o di altri enti, purché l'intero percorso di formazione sia comunque intrapreso all'interno di un sistema di controllo di qualità, quale ad esempio quello introdotto con le normative relative all'accreditamento.

La Formazione Post-Lauream

La formazione medica post lauream rappresenta una delle maggiori criticità per il sistema salute in Italia, ma al contempo può e deve rappresentare una risorsa perché è da lì che si gioca il futuro della Sanità Italiana.

Le problematiche del sistema formativo possono essere analizzate tanto da una prospettiva occupazionale, che di seguito definiremo "quantitativa" poiché correlato ai numeri e risponde alla domanda "quanti medici?", quanto da una, parimenti importante, prospettiva culturale/formativa, che definiremo "qualitativa" dal



momento che si entra nel merito della formazione e delle competenze che devono essere acquisite in funzione dei fabbisogni di salute.

Le problematiche “quantitative”

In merito alla prima prospettiva, ovvero quella più oggettivabile, fatta di numeri e fredda matematica, come è stato sottolineato negli anni più volte dalla nostra associazione, tramite anche manifestazioni pubbliche e proteste di piazza quali il GiovaneMedicoDay

(http://www.giovanemedico.it/index.php?option=com_content&view=article&id=1620:giovani-medici-daycambiare-il-paese-per-non-cambiare-paese-riscopriamo-in-italia-lorgoglio-di-essere-medici&catid=1:generichecat&Itemid=142), **il problema reale è una scarsa se non completamente assente programmazione che ha riguardato la formazione medica e medico-specialistica nel corso degli anni.**

Ogni anno si permette l'accesso alle facoltà di medicina a oltre diecimila studenti che, con sacrificio personale e delle proprie famiglie, una volta compiuto il loro percorso di studi si trovano a poter aspirare ad entrare nella workforce del nostro SSN attraverso i concorsi di Specializzazione e di Medicina Generale.

Sommando i contratti di formazione e ricerca propri della formazione medico specialistica e le borse di studio regionali che permettono di ottenere i titoli di medici specialisti e medici di medicina generale rispettivamente, il computo finale è annualmente ben sotto le diecimila unità (in media, 6500 unità all'anno nel periodo 2001-2018, a fronte di una media di ingressi a medicina di 9400 unità nello stesso periodo, con un numero di laureati in media di circa 7000 unità ma in progressivo aumento, con una “gobba” prevista al termine del percorso formativo degli ingressi in sovrannumero di qualche anno fa). Ad onor del vero, il numero di laureati in medicina del nostro Paese è l'unico dato che rispecchia esattamente la media OCSE: il numero programmato va preservato e difeso, e va misurato annualmente secondo le esigenze del nostro Paese.

Il medico neoabilitato si trova pertanto di fronte ad uno sbarramento che non è frutto del concorso, nelle sue attuali modalità, ma è funzione di un processo che negli anni ha portato a una allocazione sbilanciata (a ribasso) di fondi per il capitolo di spesa della formazione medico specialistica.

Chiaramente la formazione è necessaria, in tutti i setting assistenziali: è necessario formarsi nelle università, sul territorio, negli ospedali metropolitani e di provincia. Tale necessità però, già oggetto di una riflessione adeguata e coerente con i bisogni formativi all'interno del **DM 68/2015**, teso alla valorizzazione delle reti formative e all'integrazione della conoscenza nei diversi setting assistenziali, non deve essere



utilizzata per sopperire ai deficit di bilancio delle regioni che, non assumendo medici formati, vorrebbero impiegare medici in formazione sul territorio per tappare i buchi di una sanità che diviene “malasanità” perché non performante e superficiale.

L'associazione Italiana Giovani Medici vuole su tale aspetto essere molto chiara: la proposta di impiegare i medici in formazione al di fuori dei setting formativi usuali a beneficio di setting assistenziali che oggi sono in affanno per deficit di risorse e mancanza di forza-lavoro è una proposta che potrebbe penalizzare fortemente il percorso formativo dei medici in formazione post-laurea. Peraltro tale proposta, tutt'altro che innovativa, riproduce per grandi linee quanto previsto dal Ddl delega ex art. 22 del Patto per la Salute, definito dal precedente Governo, su cui già la nostra Associazione ha evidenziato nella scorsa Legislatura che l'assunzione dei giovani medici privi di diploma di specializzazione nelle strutture ospedaliere, i rischi dell'attuazione dell'iniziativa avanzata dalle Regioni, sia a svantaggio tanto dei cittadini quanto dei medici, senza mancare di condannare il tentativo di **dequalificare la formazione post-lauream e, con essa, il ruolo dei medici nel SSN.**

La presenza di reti di formazione si è ottenuta già nel DM 68/2015, e ulteriori impieghi tesi solo a coprire parzialmente e temporaneamente carenze strutturali sono solo funzionali a una sanità che guarda al breve termine e che non ha una visione d'insieme del bisogno di Salute del nostro Paese, ancorandosi ad un approccio superficiale alla tematica.

Solo la superficialità può infatti portare a confondere la necessità di autonomia dei medici in formazione, la voglia di crescere culturalmente e professionalmente, la necessità di operare in tutti i possibili teatri della propria futura professione, con la risposta a una necessità organizzativa frutto di politiche sbagliate, di scelte manageriali dettate da una politica cieca e interessata, a dettami consociativistici e corporativi.

Ad oggi la situazione è questa: pochi contratti, poche borse, moltissimi studenti, molti medici, nessuna risposta ai bisogni epidemiologici della popolazione.

Come avviene oggi la definizione del fabbisogno di medici a livello nazionale? Quali sono le logiche che permettono la scelta di determinate figure piuttosto che altre? Conta ancora la risposta al bisogno di salute della popolazione o conta di più il peso di associazioni di categoria, società scientifiche, aristocrazie accademiche varie?



Oltre ai numeri oggi assistiamo ad un altro problema che è frutto invece di una delle innovazioni più importanti dello scorso decennio, ovvero il nuovo concorso nazionale che ha almeno provato a scardinare alcuni degli elementi di resistenza sopra citati.

Oggi la mancata concomitanza dei concorsi per l'accesso alla formazione medico specialistica e alla medicina generale è un (non il solo) elemento che dà luogo a perdita di borse e contratti. Molti medici che risultano in tempi diversi vincitori dell'uno o dell'altro concorso devono poi scegliere, con conseguente perdita di borse, a discapito di altri colleghi.

La stessa perdita di borse è oramai una costante nella realtà delle scuole di specializzazione e bisogna dire che troppo spesso si addita il concorso come causa, mentre un ruolo preponderante è giocato sicuramente dalla corrispondenza dei percorsi formativi delle scuole di specializzazione alle aspettative degli specializzandi. Se, da un lato, la programmazione del fabbisogno porta necessariamente ad avere, anno per anno, un numero chiaro e definito di professionalità necessarie al sistema; dall'altro questo porterà sempre a una mancata corrispondenza tra il reale percorso di formazione e quello auspicato. Un importante passo in avanti culturale va fatto, pertanto, in quanto il sogno di essere un buon medico si può realizzare a prescindere dalla specifica specializzazione e a tale aspirazione, in realtà è il semplice e legittimo "bisogno" deve rispondere una qualità formativa adeguata.

Inoltre, a questo cambiamento devono corrispondere con una modifica puntuale di alcuni elementi che ne definiscono il regolamento. Prioritario appare, ad esempio, l'unificazione dei percorsi di formazione Specialistica e Specifica in Medicina Generale. Con lo slogan di #CambiareilPaesePerNonCambiarePaese SIGM-Associazione Italiana Giovani Medici ha più volte colorato di bianco le piazze perché tali proposte fossero in primis ascoltate e, come accaduto per il concorso nazionale o per l'aumento delle borse nel 2014, attuate.

Ancora, inoltre, l'auspicio può e deve essere quello di regolamentare le modalità e le eventuali conseguenze dell'abbandono di un contratto di formazione: a tal fine potrebbe essere utile regolamentare, in fase di decreto ministeriale e di bando, opportuni deterrenti al salto da una specializzazione all'altra (ad esempio, come accade in maniera simile per il concorso in Magistratura, limitando il numero di contratti che nella vita può sottoscrivere il medico in formazione specialistica) e prevedere, con il sistema di competenze certificate tramite CFU, percorsi comuni tra specializzazioni affini (es. chirurgia vascolare e generale) in cui, uno specializzando che decida di passare da una specializzazione ad un'altra affine e riesca a posizionarsi in maniera utile nella graduatoria nazionale, possa vedere riconosciute le competenze



già acquisite e in tal modo ridurre in maniera proporzionale la durata del proprio percorso di specializzazione, con relativo risparmio di risorse da parte dello Stato.

In ultimo, l'omogeneizzazione dello svolgimento delle prove concorsuali, ancorate ancora a variabili "locali", soprattutto nella gestione della sicurezza nel corso delle prove concorsuali.

Problematiche qualitative

L'altro grosso nodo da affrontare riguarda gli aspetti meramente didattici e formativi dei percorsi di formazione medica post-lauream.

Per quanto riguarda la formazione specialistica notevoli passi avanti sono stati fatti da una serie di recenti acquisizioni normative, nello specifico dai Decreto Interministeriale 68/2015 e 402/2017. Con il DIM del 4 febbraio 2015 n. 68 sul "Riordino delle scuole di Specializzazione di Area Sanitaria" in cui si pone l'accento sulla necessità di implementare le reti formative delle scuole di specializzazione, mentre con il DIM 13 giugno 2017 n. 402 recante gli standard, i requisiti e gli indicatori di attività formativa e assistenziale delle Scuole di specializzazione di area sanitaria si istituisce il cosiddetto "Accreditamento" delle Scuole di Specializzazione per cui sono stabiliti dei requisiti minimi assistenziali delle reti delle varie Scuole.

Chiaramente l'importante passo in avanti segnato dalle rispettive normative, è ancora un passo parziale: la misura principale della qualità delle scuole è basata sul possesso di determinati requisiti, mentre appare evidente che, più affidabile del mero requisito, possiamo adottare strumenti di misura e stima dell'acquisizione delle competenze nella formazione specialistica.

Proprio per questo adesso occorre lavorare sugli obiettivi didattici e formativi, i quali non devono essere solo un fastidioso adempimento burocratico ma la stella polare delle scelte formative dei singoli specializzandi. Più qualità, migliore formazione, più possibilità di allargare i propri orizzonti culturali. Tutto ciò deve essere parte di una vera e propria rivoluzione culturale in termini di formazione: occorre muoverci da un sistema di accreditamento basato su "requisiti" ad uno basato su "competenze".

Da sempre la nostra associazione supporta la necessità di ampliare la rete formativa delle scuole di specializzazione di area sanitaria integrando le attività effettuate presso i poli universitari con quelle svolte presso strutture del Sistema Sanitario Nazionale, purchè queste rispondano ai criteri di accreditamento per la formazione specialistica, potendo pertanto garantire la qualità della formazione. In quest'ottica si inscrivono tutte le nostre iniziative volte a introdurre e supportare la riforma dell'accREDITamento delle scuole di specializzazione, condividendo l'esigenza di vigilare sulla sua corretta applicazione, a partire dalla rotazione degli specializzandi



all'interno delle reti formative. Tale riforma, infatti, ha già consentito di creare delle reti formative integrate tra Università e strutture del SSN. Nelle reti formative delle circa 1280 scuole di specializzazione attivate, infatti, insistono più di 9000 unità operative e servizi del SSN, ivi inclusi gli ospedali di insegnamento, pubblici e privati, esistenti sul territorio nazionale. Rinnoviamo, pertanto, il pieno sostegno al coinvolgimento di aziende ospedaliere e sanitarie nel percorso formativo degli specializzandi, purchè queste concorrano a migliorare la formazione dello specializzando e non sia lo specializzando a dover colmare le inadempienze legate alle mancate assunzioni da parte delle Regioni di dirigenti medici.

Se però per quanto riguarda la formazione specialistica si è già intrapresa la strada del cambiamento e del miglioramento della formazione, troppo poco è stato fatto negli anni per quanto riguarda la Formazione Specifica in Medicina Generale, che non gode di una normativa che attenzioni il monitoraggio della qualità formativa e il raggiungimento di determinate skills, umiliandosi in alcuni casi a mero diplomificio.

Da quando è stata istituita una formazione obbligatoria per chi dovesse svolgere il ruolo di Medico di Famiglia sono passati più di 25 anni, ma poco o nulla è cambiato negli anni.

La formazione per svolgere il Medico di Medicina Generale è stata assegnata alle Regioni, ai sensi del D.Lgs 368/99, ma subisce una straripante influenza da parte dei sindacati della Medicina Generale. Questo influisce pesantemente sulla didattica, sulla formazione e finanche sulle proposte di cambiamento della stessa

Se da un lato l'istituzione della Formazione Specifica in Medicina Generale in recepimento alle direttive europee ha permesso di creare una coscienza tra i giovani professionisti del settore circa le caratteristiche e le peculiarità della Medicina Generale come branca specialistica a se stante, d'altro canto l'assenza di un riconoscimento accademico e la gestione regionale a forte influenza sindacalista della formazione non ha permesso a questa disciplina di decollare.

Per via di un mancato interesse culturale da parte delle principali associazioni sindacali e non della Medicina Generale e di poco coraggio da parte degli scorsi governi in Italia, al contrario della stragrande maggioranza di Paesi d'Europa e del mondo, non esiste una Scuola di Specializzazione Universitaria di Medicina Generale.

Tuttavia con l'istituzione della Scuola di Specializzazione in Medicina di Comunità e Cure Primarie si è cercato di colmare questa lacuna culturale in seno al mondo accademico. Anche se poco diffusa sul territorio nazionale, presenta un trend crescente perché fornisce quelle competenze affini se non equivalenti al medico di medicina generale a cui si aggiungono anche delle competenze gestionali



amministrative e orientate alla comunità che possono essere l'arma vincente per le sfide che affronterà nei prossimi anni il nostro SSN.

Per tali motivi diversi stakeholder (Regioni, Università) si sono espressi circa la necessità di evolvere la Formazione Specifica in Medicina Generale in senso accademico. Secondo la nostra Associazione la strada percorribile nasce dall'unione dei due percorsi formativi con l'istituzione di una scuola di Specializzazione in Medicina Generale, di Comunità e Cure Primarie.

Il SIGM si auspica che il Governo del cambiamento, riesca a cambiare drasticamente la FSMG, istituisca la Scuola Di Specializzazione in Medicina Generale, di Comunità e Cure Primarie per la formazione dei futuri medici di famiglia. Venga innescato quel cambiamento positivo, già iniziato per la formazione specialistica, che porti luce nel mondo delle Cure Primarie Italiane.

Le sfide della transizione sociale, epidemiologica e demografica che si stanno abbattendo sul Sistema salute dell'Italia non possono fare a meno di Medici di Medicina Generale con le competenze adeguate per affrontarle, competenze che vanno acquisite attraverso un nuovo percorso formativo da creare sulla base delle evidenze presenti in letteratura e i fabbisogni di salute.

Come già affermato dalle direttive europee che nel 1986 hanno istituito la FSMG, la Medicina Generale non può essere acquisita esclusivamente sul campo. A maggior ragione se consideriamo che il "campo di lavoro" è caratterizzato da un'organizzazione della Medicina Generale inefficace e inefficiente ferma a logiche mutualistiche vecchie di 40 anni e che non rispondono ai fabbisogni di salute. Per cui riteniamo che le proposte di una estensione del titolo per esercitare la Medicina Generale solo sulla base dell'esperienza rischia di far ripiombare tutte le Cure Primarie, che sono le fondamenta e i pilastri di un SSN, nel buio di medici alla Tersilli.

Per ovviare all'aumentato fabbisogno di medici di Medicina Generale, in attesa dell'istituzione della Scuola di Specializzazione, il SIGM ha proposto di attivare il corso part-time ma previa selezione di modelli virtuosi in cui svolgere la formazione e con la guida e il tutoraggio tipiche di una formazione medica post-lauream, identificando quindi obiettivi formativi e competenze da acquisire.

Le Proposte del SIGM

Le proposte da attuare in tempi brevi, e di concerto al MIUR, sicuramente insistono sulla qualità della formazione e sull'incremento degli investimenti nella formazione Post-Lauream anche tramite la riduzione gli sprechi con opportuni accorgimenti, tra cui:



- Unione della graduatoria per il concorso per l'accesso alle Scuole di Specializzazione di Area Medica a quella per il concorso per l'accesso al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale al fine di ridurre gli abbandoni dovuti al disallineamento temporale delle prove;
- Valorizzazione formativa ed economica del corso di Formazione Specifica in Medicina Generale per prevenire la rinuncia al corso per l'accesso ad una più appetibile Scuola di Specializzazione;
- Parificazione del numero di contratti messi a bando nella globalità per la formazione post-lauream con il fabbisogno espresso dalla Conferenza Stato Regioni (almeno 9mila unità) con riequilibrio degli investimenti nella Medicina Generale e nelle Cure Primarie (almeno il 30% degli investimenti, come da Media UE) veicolando anche l'utilizzo di eventuali fondi regionali o di altri enti e lavorando per riconoscere le strutture ospedaliere e territoriali capaci di offrire alti livelli formativi a Medici in formazione post-laurea al fine di poterli includere nelle reti formative delle Scuole di Specializzazione, all'interno del percorso virtuoso delineato dalle normative relative all'accreditamento.
- Riconoscimento dell'acquisizione delle competenze e delle skills da parte degli Specializzandi mediante sistema di CFU e riconoscere percorsi comuni in specializzazioni affini al fine anche, laddove si verificasse l'abbandono di un contratto per una specializzazione affine, di ridurre la durata del nuovo contratto di specializzazione e relativo recupero di risorse.
- Implementazione e sviluppo modalità di accreditamento basato sulle competenze degli specializzandi. A tal fine, l'attivazione degli Osservatori Regionali per la Formazione Specialistica e il monitoraggio attivo della Qualità delle Scuole di Specializzazione (questionari anonimi, visite on site) non può più essere procrastinato;
- Prevenzione del rischio che lo specializzando possa essere adoperato dalle strutture stesse al fine di rispondere alle note carenze di organico, con compiti e mansioni che esulano dal percorso di formazione, con ricadute sulla formazione dello specializzando, sulla possibile assunzione di neospecialisti (risultando, di fatto, solo nel posticipo della precarizzazione) e, in ultimi ma più importante, sulla salute della popolazione.



Immagine 1. Periodo 2001-2018. Fabbisogno medici generici e specialisti, posti di laurea nel cdl in Medicina e Chirurgia e accesso alla formazione post-lauream

