



---

## Segretariato Italiano Giovani Medici (S.I.G.M.)

### *Il Manifesto dei Giovani Medici Italiani*

#### **Premessa**

È sotto gli occhi di tutti la Crisi di Sistema che investe la Sanità Italiana, stretta tra la morsa, da un lato, della sfida Globale, dell'inarrestabile innovazione tecnologica e scientifica che pone problematiche assistenziali ed etiche prima inimmaginabili, delle sempre più marcate disuguaglianze di Salute, geografiche e sociali, e, dall'altra, dell'imperante esigenza di razionalizzare le risorse, nonché di una disarmante deriva burocratico-normativa.

La tenuta del Sistema Sanitario Nazionale, fondato su principi di equità ed uguaglianza di accesso alle cure, è messa a dura prova dal crescente bisogno di salute, ascrivibile all'aumento dell'aspettativa di vita ed al conseguente impatto assistenziale in termini di malattie cronico-degenerative ed invalidanti. A tal proposito, è stato ampiamente documentato un trend in ascesa della spesa sanitaria in gran parte dei Paesi OCSE, sia in termini relativi rispetto al prodotto interno lordo (PIL), sia in termini assoluti: nel particolare, in Italia, nel quinquennio 2002 - 2007 la percentuale di risorse dedicate alla sanità è passata dall'8.3% all'8.7% del PIL (incremento del 4.82%); inoltre, nel 2007 il 44.8% della spesa sanitaria totale è stato dedicato ai ricoveri ospedalieri (incremento dal 2002 al 2007 da 43.1% al 44.8%). A questi dati fa da contraltare l'evidenza che nel nostro Paese soltanto lo 0,1% del PIL è investito per la tutela della salute collettiva e, quindi, in prevenzione (anno 2007). Nel prossimo futuro, dunque, le politiche sanitarie dovranno orientarsi nell'investire maggiormente nel controllo dei fattori di rischio e nella prevenzione primaria, dedicando maggiori risorse all'assistenza territoriale, in innovazioni organizzative volte a sviluppare nuovi modelli assistenziali, promuovendo l'educazione sanitaria e cercando di limitare il ricorso a medicalizzazioni non necessarie.

Nonostante, dunque, il percorso sia tracciato ed i Governi stiano cercando di correre ai ripari, nel nostro Paese continuano a persistere forti resistenze nei confronti dell'improrogabile processo di rivisitazione del modello ospedale-centrico a favore di quello integrato ospedale-territorio; tali resistenze, rilevabili talora nelle Regioni virtuose e radicate in quelle costrette ad attenersi ad improcrastinabili Piani di Rientro, trovano origine in un atteggiamento culturale che caratterizza trasversalmente, e costitutivamente, operatori sanitari e cittadinanza, ancorché la classe dirigente. Di contro, sta maturando nella coscienza collettiva il convincimento degli effetti negativi ascrivibili all'eccesso di potere decisionale conferito alla politica ai fini della nomina dei vertici aziendali ed a cascata dei dirigenti medici: troppo spesso le competenze professionali ed il merito vengono mortificati a favore di un sistema clientelare che disconosce il concetto tipicamente anglosassone di *countability*. Responsabilizzazione e valorizzazione del merito dovrebbero, invece, essere i fari che guidano nei mari in tempesta il vascello Sistema Sanitario Nazionale verso il nuovo mondo dell'etica e della cultura di sistema.

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 non meritocratiche; si è, dunque, ingenerata una progressiva sperequazione tra vecchie e giovani generazioni di medici, col risultato per queste ultime di trovare difficoltà nell'inserimento nel mondo del lavoro, di attendersi un incerto futuro previdenziale e di vedersi limitare in maniera ingravescente gli investimenti in tema di





---

### **Segretariato Italiano Giovani Medici (S.I.G.M.)**

accesso a formazione e ricerca. La costante ascesa del numero di giovani medici Italiani, preparati e motivati, che decidono di emigrare in altri Paesi per trovare asilo in realtà assistenziali che offrono ben più allettanti prospettive di crescita professionale, umana e sociale, dovrebbe rappresentare motivo di ulteriore riflessione sul futuro della Sanità Italiana.

Per rifondare un siffatto sistema poco incline al cambiamento, è sulle nuove generazioni che si dovrebbe investire al fine di avviare il rinnovamento culturale richiesto per affrontare le nuove sfide in Sanità. Ma è lecito interrogarsi sul come conseguire tale obiettivo, coniugando le ristrettezze connesse allo stato di emergenza contingente con le rinnovate esigenze di rinnovamento e sviluppo, laddove è radicato nella nostra cultura il convincimento che qualunque trasformazione debba essere sostenuta da un obbligato impegno di risorse aggiuntive. In controtendenza rispetto a tale assioma culturale, dovrebbe affermarsi invece uno sforzo concettuale volto ad assimilare ed affermare tanto la cultura della valutazione, che è imprescindibile dal concetto di misurazione. In sanità razionalizzare non può essere in assoluto un sinonimo di tagli indiscriminati: bisogna certamente eliminare gli sprechi ed i finanziamenti a pioggia per convogliare le risorse esistenti su quelle realtà formative, assistenziali e scientifiche che si distinguono per produttività, ma è necessario anche avere il coraggio di reperire risorse aggiuntive ed investire in formazione, ricerca ed innovazione tecnologica. Appare conseguente, dunque, che nell'agenda politico-sanitaria del nostro Paese sia posta tra le priorità l'adozione di politiche a sostegno dell'accesso dei giovani medici (e più estesamente delle giovani generazioni di professionisti tutte) alla formazione, alla ricerca ed alla professione, al fine di dare un chiaro segnale di discontinuità rispetto al passato e ridare speranza ai potenziali futuri operatori del SSN; ma a fronte di ciò deve essere chiesto un eguale impegno ai fruitori degli investimenti a restituire prodotti che alimentino il sistema in maniera virtuosa, siano essi contributi tangibili piuttosto che conoscenze applicative.

Il Segretariato Italiano Giovani Medici (S.I.G.M.) nel 2008 ha intrapreso un percorso finalizzato a fornire ai futuri operatori della Sanità gli strumenti interpretativi per orientarsi, prendere coscienza ed essere partecipi delle dinamiche e dei processi che caratterizzano il contesto in cui si apprestano ad operare. Al nostro Segretariato, dunque, il compito di portare a sintesi le istanze di tutte le fattispecie che compongono la categoria dei Giovani Medici, creando un movimento di pensiero che rinnovi nello spirito e nelle idealità la Medicina Italiana, attraverso la promozione di un percorso culturale che valorizzi le giovani generazioni di professionisti all'interno del SSN e la realizzazione di iniziative informative, formative e proposte legislative; alle Istituzioni Politiche, Ordinarie, Accademiche ed al Sindacato il compito di interpretare e recepire il messaggio dei Giovani Medici Italiani, al fine di tradurre in atti concreti il rinnovamento della Sanità Italiana, che non potrà che fondarsi sulla valorizzazione dei giovani e futuri operatori del SSN.





---

## **Segretariato Italiano Giovani Medici (S.I.G.M.)**

### **Proposte dei Giovani Medici (SIGM)**

Vengono di seguito sintetizzate in 5 punti le proposte del S.I.G.M. che fanno parte integrante del presente Manifesto dei Giovani Medici Italiani.

#### **1) Definizione del Fabbisogno di professionalità mediche e futuro occupazionale**

Negli anni '80 ha preso forma il fenomeno della "plethora medica", ovvero un sovradimensionamento del contingente di medici operanti nel SSN. Un numero cospicuo di medici, sia per la mancanza di spazi occupazionali, sia per la non sempre qualitativamente ottimale formazione conseguente a oggettivi problemi di carattere organizzativo, hanno progressivamente perduto le motivazioni iniziali che li avevano spinti ad intraprendere l'impegnativo percorso della professione medica; tutto ciò a discapito della qualità delle prestazioni erogate e quindi della salute dei cittadini. L'accesso incontrollato alle Facoltà Mediche, frutto di una programmazione del fabbisogno di professionalità mediche e medico-specialistiche, fondata sulle capacità formative delle singole Università, o peggio sulla base del dato storico e delle invariate nel tempo risorse disponibili, si è pertanto dimostrata fallimentare, creando intere generazioni di medici, che sono stati sovente portati a reinventarsi e talvolta a cimentarsi in indirizzi diversi senza la dovuta formazione.

La disponibilità in tempo reale, ai giorni nostri, del dato epidemiologico e socio demografico, unitamente alla possibilità quindi di prevedere gli scenari di salute futuri, impongono una programmazione e pianificazione del fabbisogno di professionalità mediche che sia funzione del Bisogno di Salute espresso dalla popolazione, al pari di una corretta definizione delle piante organiche e prima ancora degli atti aziendali delle strutture ospedaliere e territoriali. Tale approccio dovrebbe essere adottato per la definizione sia del contingente di medici da formare all'interno delle Facoltà di Medicina e Chirurgia Italiane, che del numero di posti da riservare per l'accesso alle scuole di specializzazione di area sanitaria nonché al corso specifico di medicina generale. Una corretta definizione del Fabbisogno rappresenta, inoltre, la migliore garanzia possibile per offrire in futuro alle giovani professionalità mediche un ottimale sbocco occupazionale.

La previsione di un sensibile incremento dei pensionamenti di medici, ascrivibile tanto ad un fisiologico ricambio generazionale, quanto all'opportunità di non disperdere i vantaggi contingenti del trattamento di fine rapporto di lavoro, è alla base delle stime allarmanti prodotte dalla Fondazione Enpam in tema di fabbisogno di professionalità mediche, che raggiungerà il suo acme nel 2025 con la fuoriuscita di circa 145 mila medici dal SSN. Ad aggravare in quadro contribuisce il flusso emigratorio di giovani medici Italiani, formati a spese dello Stato Italiano, presso realtà assistenziali di Paesi Comunitari e non, che alimentano tale fenomeno, prima ancora che con significativi incentivi economici, con importanti prospettive di crescita professionale, umana e sociale. Al fine di prevenire il collasso del SSN, è necessario che si compia uno sforzo culturale volto a restituire centralità alla professione medica, in Italia eccessivamente assoggettata all'interferenza della politica ed oggetto di continue invasioni di campo da parte delle altre professioni sanitarie. Inoltre, appare di strategica importanza sensibilizzare le giovani generazioni di medici alla cultura della prevenzione, unitamente alla presa di coscienza del ruolo fondamentale e sempre più centrale che assumerà progressivamente la medicina del territorio, attraverso l'adozione di modelli assistenziali innovativi quali, su tutti, le Unità Complesse di Cure Primarie. Il territorio, dunque, quale nuova frontiera non solo per i diplomati del corso specifico di medicina generale, ma anche dei medici in possesso del diploma di specializzazione.





---

## Segretariato Italiano Giovani Medici (S.I.G.M.)

### 2) La formazione del futuro medico

Particolare enfasi deve essere posta nei confronti della condizione delle future generazioni di operatori sanitari, a partire dalla predisposizione di un adeguato sistema formativo-professionalizzante in linea con gli standard UE. Da più parti negli ultimi anni, nel guardare alle esperienze di altre realtà internazionali, che trovano fondamento nell'Etica e nella Cultura di Sistema, vengono chiamati in causa i concetti di affermazione e valorizzazione del merito. Ma, come hanno dimostrato i fatti, non può esservi merito senza metodo. L'organizzazione del percorso formativo del medico non può essere affrontata a compartimenti stagni, così come avvenuto in passato, ma dovrebbe essere il risultato di una visione di insieme, nell'ottica della messa a sistema del percorso pre e post lauream. Inoltre, il groviglio normativo-regolamentare che caratterizza costitutivamente il passaggio dal pre al post lauream, espone il discente ad una deriva burocratica non degna di un Paese civile, che ha ingenerato conflitti tra giovani generazioni, alcuni di questi traslati innanzi alla giustizia amministrativa.

Appare quanto mai indispensabile intervenire al fine di semplificare, riorganizzare e razionalizzare il sistema formativo pre e post lauream di area sanitaria: tale obiettivo dovrebbe essere conseguito attraverso un approccio integrato in sede di un Tavolo tecnico Interministeriale (MIUR - Ministero della Salute), a cui partecipino di diritto le rappresentanze dei portatori di interesse (Università, Ordini professionali, Sindacati ed Associazioni di categoria).

Sono di seguito descritti gli interventi proposti a partire dalle principali criticità che si sono evidenziate nel sistema formativo-professionalizzante del giovane medico.

**Rete formativa.** Il trinomio "Essere, sapere e saper fare" bene rappresenta come la medicina sia una scienza empirica, un'arte che si apprende sul campo, una missione di vita, prima ancora che una professione. La medicina è una professione che si fonda sulla pratica clinica quotidiana, pertanto, ai fini di un'adeguata formazione del medico è necessario avere un adeguato rapporto tra docenti e discenti, tra discenti e casistica clinica, diagnostica, operatoria ed ambulatoriale.

Purtroppo, l'attuale sistema formativo del giovane medico vigente nel nostro Paese conferisce un elevato apporto nozionistico e contenutistico, talora a discapito della componente professionalizzante.

Nel recente passato si è cercato di ovviare a tali criticità attraverso l'introduzione di un esame di abilitazione maggiormente professionalizzante ed attraverso l'ampliamento della rete formativa delle scuole di specializzazione ad ambiti assistenziali non accademici. In verità, il bilancio dell'adozione delle predette iniziative non si è rivelato per nulla positivo. Infatti, se, da un lato, il nuovo esame di abilitazione ha introdotto un utile trimestre da dedicare al tirocinio professionalizzante, dall'altro, si è prodotto l'effetto di ritardare ulteriormente l'accesso alle scuole di specializzazione e quindi alla professione.

Le innovazioni introdotte dal D.Lgs 368/99 e s.m.i, nonché dal Decreto Ministeriale sul "Riassetto dell'Ordinamento Didattico delle Scuole di Specializzazione di area sanitaria" (Decreto MIUR, 1 agosto 2005), si proponevano di allineare le scuole di specializzazione di area sanitaria agli standard europei, rendendo il percorso formativo del medico in formazione specialistica, almeno sulla carta, maggiormente professionalizzante (30% didattica frontale, 70% didattica professionalizzante). Sono stati, altresì, introdotti requisiti e standard formativi che devono essere





---

### **Segretariato Italiano Giovani Medici (S.I.G.M.)**

costantemente posseduti dalle scuole di specializzazione e, tra questi, un numero di prestazioni tali da poter soddisfare i bisogni formativi ed un rapporto ottimale tra docenti-tutor e discenti. Il “Riassetto”, oltre che trovare tardiva applicazione soltanto a partire dall’a.a. 2008/2009, stenta a recepire una reale implementazione della rete formativa universitaria, a causa di resistenze culturali e di interessi contrapposti interni ed esterni all’accademia.

Dovrebbe essere posto in essere un reale ampliamento della rete formativa, tanto per il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, quanto per le scuole di specializzazione. La rete formativa dovrebbe essere estesa al territorio, prima ancora che ai presidi ospedalieri, ferma restando la centralità dell’Università, che detiene il primato della metodologia dello studio e della ricerca, entrambi elementi costitutivi della professione medica. La rivisitazione del modello assistenziale ospedale-centrico a favore di quello integrato ospedale-territorio dovrebbe trovare un corrispettivo nel percorso formativo professionalizzante.

L’organizzazione della rete formativa dovrebbe essere mirata a sostenere e soddisfare il bisogno di salute espresso dalla popolazione; in tal senso, l’integrazione della rete formativa coi nuovi modelli di assistenza del territorio (Unità complesse delle cure primarie, Presidi territoriali delle emergenze) potrebbe fornire ai discenti le necessarie competenze organizzative ed assistenziali tipiche dei presidi territoriali finalizzati al trattamento tanto della patologia cronico-degenerativa ed invalidante, quanto delle emergenze di primo livello. L’implementazione della rete formativa dovrebbe trovare, infine, un giusto equilibrio nell’integrazione di quelle strutture ospedaliere, ed all’occorrenza delle strutture private convenzionate col SSN, che si caratterizzano per elevate o peculiari qualifiche assistenziali e professionalizzanti. Inoltre, il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia dovrebbe essere reso maggiormente professionalizzante, rispetto all’attuale conformazione, sia favorendo il contatto con la corsia, i laboratori e le sale operatorie a partire dai primi anni di corso, sia anticipando il tirocinio professionalizzante ed abilitante post lauream al sesto anno di corso; il conseguimento dell’abilitazione alla professione potrebbe conseguentemente essere effettuato tramite una prova snella a ridosso della laurea.

Un ulteriore contributo deve essere destinato alla istituzionalizzazione ed implementazione di un sistema di valutazione della sussistenza di standard e requisiti formativi espressi dalla rete. A tale proposito, si ritiene che le Regioni debbano essere chiamate in causa al fine di garantire una più capillare articolazione ed applicazione delle verifiche periodiche sul campo, nonché al fine di condividere la definizione dell’offerta formativa, che dovrebbe anche tenere conto delle politiche sanitarie e di sviluppo assistenziale dei singoli Sistemi Sanitari Regionali.

**Contenuti "non tecnici" della formazione delle professionalità sanitarie.** Definiti "non technical skills" con terminologia anglosassone, tali contenuti non sono in atto adeguatamente contemplati dai corsi di studio, non sono oggetto di analisi e ricerca, né durante il percorso formativo di base né in quello specialistico, e tanto meno vengono applicati correntemente nell’esercizio della professione. Come insegna la cultura della Gestione del Rischio Clinico, gli aspetti relazionali, il clima interno e i processi organizzativi sono altrettanto importanti tasselli del corredo formativo ed educativo di tutti i professionisti operanti in ogni sistema ad alta complessità quale il nostro Sistema Sanitario, né possono essere approcciati in maniera settoriale o ultraspecialistica; devono costituire invece patrimonio comune e piano di comune confronto professionale, come è richiesto nella gestione del percorso assistenziale che per definizione presenta criticità legate al contesto ed all’individuo.





---

### **Segretariato Italiano Giovani Medici (S.I.G.M.)**

#### **3) Diritto allo Studio ed Accesso alla formazione.**

Il Diritto allo studio (e più estesamente alla formazione dei futuri medici) trova un unico vero limite sostanziale nel rapportarsi al Diritto alla Salute, sancito dall'Art. 32 della Costituzione Italiana, e pertanto su queste basi è condivisibile l'adozione del numero programmato ai fini dell'accesso al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia ed ai corsi di studio post lauream, ferma restando la programmazione in funzione del fabbisogno formativo.

L'adozione di una graduatoria unica su base nazionale e di criteri di valutazione quanto più possibile oggettivi ed uniformi, ai fini dell'accesso tanto al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, quanto alle scuole di specializzazione, sarebbe l'optimum al quale aspirare, ma perderebbe di significato e di idealità qualora non venisse adeguatamente sostenuto dal supporto necessario ad eliminare le differenze di reddito ed a valorizzare i soggetti più motivati e capaci.

Per quanto concerne l'accesso al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, due potrebbero essere i modelli ai quali ispirarsi: 1) il modello francese, che contempla l'accesso libero al primo anno di corso alla fine del quale, in funzione del numero programmato, viene effettuata una selezione sulla base dei contenuti oggetto di studio; 2) il modello statunitense, che prevede biennio biologico trasversale dal quale poi avviarsi all'ospedale di insegnamento.

In ogni caso, dovrebbe essere seriamente valutata l'introduzione di un colloquio psico-attitudinale in sede di selezione.

Ai fini, invece, dell'accesso alle scuole di specializzazione di area sanitaria tramite un sistema di selezione a graduatoria unica nazionale, sarebbe necessario che tutte le università provvedano preliminarmente ad uniformare i criteri di valutazione dei laureandi, nonché il numero e la cadenza delle sessioni di laurea.

Infatti, siffatta modalità di selezione perderebbe di consistenza se non opportunamente supportata da scadenze amministrative definite e perentorie, da una semplificazione delle procedure, e dalla risoluzione dell'incongruenza tra tre sessioni di laurea, due sessioni di abilitazione alla professione medica ed una singola data di concorso per l'accesso alle scuole di specializzazione che insistono nell'anno accademico.

#### **4) Futuro Previdenziale**

Il conflitto intergenerazionale che si è posto in essere ai giorni nostri a seguito dello squilibrio demografico, avrà indubbe ripercussioni negative sul futuro previdenziale dei giovani medici. Basti pensare a titolo esemplificativo che quanto oggi versato dai giovani in termini contributivi serve in gran parte a garantire i diritti previdenziali di chi va in quiescenza. Per di più, un errore concettuale che si suole compiere consiste nell'interessarsi alla definizione del profilo previdenziale soltanto in prossimità del pensionamento.

Appare indispensabile, pertanto, creare una diffusa e condivisa cultura previdenziale nelle giovani generazioni di giovani medici, al fine di mettere in atto per tempo le opportune strategie utili a compensare il deficit del sistema pensionistico italiano.

A tal proposito, il SIGM è da anni stretto in una collaborazione intrapresa con la Fondazione ENPAM, l'Ente previdenziale di riferimento per i medici, che si è peraltro rivelata di fondamentale importanza per scongiurare il maldestro tentativo di imporre ai medici in formazione un'aliquota contributiva INPS maggiorata, senza che a ciò corrispondesse in prospettiva giovamento alcuno per la categoria.





---

### **Segretariato Italiano Giovani Medici (S.I.G.M.)**

Tra gli strumenti proposti al fine di correre ai ripari e compensare l'insufficiente pacchetto pensionistico che i giovani medici si vedranno restituire alla fine del percorso lavorativo a fronte dei contributi previdenziali firmati negli anni, il SIGM sostiene l'opportunità di sensibilizzare i giovani medici a ricorrere a sistemi pensionistici integrativi, quali il Fondo Sanità ([www.fondosanita.it](http://www.fondosanita.it)), che non è altro che un fondo complementare con enormi vantaggi e senza finalità speculative.

#### **5) Risorse**

È di fondamentale importanza il reperimento dei fondi necessari a sostenere l'accesso dei giovani medici alla formazione, alla ricerca ed alla professione. Razionalizzare non può essere sinonimo di tagli indiscriminati, laddove salute e formazione sono universalmente considerati beni primari in un Paese civile. Bisogna certamente eliminare gli sprechi ed i finanziamenti a pioggia per convogliare le risorse esistenti su quelle realtà formative, assistenziali e scientifiche che si sono dimostrate produttive, ma è necessario anche avere il coraggio di reperire risorse aggiuntive ed investirle in formazione, ricerca ed innovazione tecnologica.

Alla luce di quanto ricordato in premessa, l'adozione e messa in opera di un opportuno Piano di investimenti in Prevenzione non solo potrebbe contenere l'esponentiale incremento della Spesa Sanitaria, ma potrebbe permettere di recuperare significative risorse da investire in formazione, ricerca, tecnologia, servizi, implementazione del percorso assistenziale, spazi occupazionali.

Ma a fronte di questa impellente esigenza di investimenti deve essere compiuto uno sforzo concettuale e culturale volto ad assimilare tanto il concetto di valutazione, che è imprescindibile da quello di misurazione, quanto quello di cultura di Sistema. Concetti quali quelli di performance e di efficienza, di appropriatezza e di qualità delle prestazioni, non devono essere relegati ad una dimensione astratta, ma dovrebbero coniugarsi alla pratica clinica quotidiana, unitamente alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati in sede di programmazione. Grazie a tali strumenti si potrebbe ragionevolmente aspirare in futuro all'allocazione delle risorse in funzione della produttività e del merito.

