

RASSEGNA STAMPA

DELL'ORDINE DEI MEDICI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SASSARI

(DELLE PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO)

SABATO 6 DICEMBRE 2014

IN PRIMO PIANO

ORDINE DEI MEDICI DI SASSARI

PROVINCE DI SASSARI E OLBIA-TEMPIO

ANTONIO PINNA E' IL NUOVO PRESIDENTE DELLA CAO



Antonio Pinna, 68 anni, libero professionista di Alghero, già consigliere dell'Ordine, è stato eletto all'unanimità Presidente della Commissione Albo Odontoiatri per il triennio 2015-2017. Ad eleggerlo gli altri membri della Commissione: Nicolas Arnould, Carlo Azzena, Antonio Demartis e Roberto Pinna.

L'allarme di medici e manager Asl: "Ormai ogni paziente pensa di chiedere risarcimento per ogni evento avverso". Il convegno Anaao

"Diritto alla salute e rischio professionale", questo il titolo dell'incontro svoltosi a Roma che ha messo insieme medici, dirigenti, magistrati, avvocati, giudici. Sotto esame il passaggio apparentemente inarrestabile dalla "domanda di cura" alla "pretesa di guarigione". Ma le soluzioni ci sono

“Tra i pazienti si sta affermando l’idea di poter chiedere il risarcimento per ogni evento avverso”. E’ l’allarme lanciato da **Ilde Coiro**, direttore generale dell’A.O. San Giovanni Addolorata di Roma, in apertura del convegno ‘Diritto alla Salute e Rischio professionale’, organizzato dall’Anaao Assomed del Lazio presso l’ospedale romano. Una dinamica preoccupante, che però non assolve i professionisti dalle loro responsabilità, in quanto “troppo spesso sono poco attenti nell’atto di compilazione dei protocolli e delle cartelle cliniche”.

Il sistema rivela che “la maggior parte degli errori è dovuta a cause legate a fattori umani – ha osservato **Alberto Fiore**, responsabile Qualità e Accredimento del Policlinico Gemelli – In questi anni sono state individuate le cause degli errori e le relative soluzioni, tuttavia non ci sono i soldi per implementarle”. E’ comunque necessario sottolineare che l’ospedale “è un sistema estremamente complesso, caratterizzato dall’interazione tra molteplici fattori, come per esempio le differenti unità operative, la crescente presenza della tecnologia, l’interazione dell’uomo con le regole e l’ambiente di riferimento, i processi di comunicazione”. Questo quadro così intricato “genera errori di varia natura: di sistema, di pianificazione e di identificazione”. Il quadro, ha spiegato Fiore, è composto da **due tipologie di errori**. Ci sono quelli **attivi** che sono associati alle prestazioni degli operatori di prima linea: i loro effetti sono immediatamente percepiti e, dunque, facilmente individuabili. Si manifestano inoltre fallimenti **latenti** che sono associati ad attività distanti dal luogo dell’incidente, come le attività manageriali, normative e organizzative. Le conseguenze degli errori latenti possono restare silenti nel sistema anche per lungo tempo e diventare evidenti solo quando si combinano con altri fattori in grado di rompere le difese del sistema stesso.

Gli errori devono comunque costituire un campo da cui imparare per: identificare quali fattori contribuiscono all’errore; rivedere e modificare i sistemi per eliminare tali fattori; costruire un’analisi degli errori aperta e trasparente; condividere le informazioni con le persone coinvolte, compresi i pazienti; identificare i bisogni

formativi del personale. Le organizzazioni sono consapevoli che qualcosa può andar male e quindi: è necessario anticipare quello che potrebbe andar male; è necessario cercare opportunità per migliorare la pratica clinica e prevenire danni al paziente; bisogna individuare azioni correttive se qualcosa ha determinato un errore; bisogna definire un sistema di indicatori per valutare le attività e migliorarle; è necessario costruire la cultura della prevenzione all'interno della pratica clinica.

Il tema della responsabilità professionale del medico ha mostrato un preoccupante passaggio dalla dimensione di un sostanziale rispetto a quella di una responsabilità "quasi oggettiva". E' la dinamica segnalata da **Vania Cirese**, avvocato cassazionista e docente di Diritto Sanitario. Le cause del mutato atteggiamento dei giuristi sul tema della responsabilità medica sono da ricercarsi in molteplici aspetti: miglioramento delle terapie; aumento delle aspettative utenza e forme comunicazione allargata (internet); accresciuta consapevolezza dei propri diritti; mutata sensibilità sociale ed esigenze di tutela del soggetto più debole; venir meno del "metus" intorno al medico; evoluzione della nozione di "paziente".

La maggiore concentrazione di contenziosi si registra sul piano internazionale nei Paesi con i più elevati livelli di prestazioni sanitarie e in Italia nelle aree che paiono offrire servizi dagli standards medi più elevati (ostetricia, chirurgia, ortopedia, radiologia). Il professionista sanitario risponde a 3 tipologie di responsabilità: penale, civile e disciplinare. All'interno di questo quadro, ci sono tre condizioni per la risarcibilità del danno, anche nel penale: pregiudizio (evento lesivo della salute); colpa professionale (condotta del medico); nesso di causalità (danno).

La responsabilità professionale in ambito sanitario è un tema che desta costante preoccupazione, ha osservato Cirese, a più livelli: per l'ansia e l'incertezza del processo a carico del singolo; per il danno all'immagine e alla reputazione conseguente alla pubblicità della notizia; per il rischio di risarcimento del danno alla parte civile; per le gravi conseguenze sul versante assicurativo.

E le conseguenze sono sostanziose e dannose per i medici, in quanto generano: danni spesso devastanti per il prestigio; spiacevoli sorprese circa i limiti coperti dall'assicurazione; disdetta del contratto assicurativo e difficoltà nella stipula di una nuova polizza; perdita di serenità. Le cifre snocciate da Cirese evidenziano l'entità del fenomeno: in Italia in un anno sono oltre 31 mila le denunce dei cittadini per danni subiti in sanità e l'aumento dal 1994 al 2011 è stato addirittura del 200%. La "malasanità" costa tra 850 milioni di euro e 1 miliardo e 400 milioni all'anno.

Altro problema risiede nel fatto che In Italia, **ai sinistri conseguono numerosi casi di disdetta intimata dalle compagnie assicurative con nuove negoziazioni a condizioni estremamente gravose per i singoli professionisti (clausola claims made)**. Le attuali polizze assicurative coprono solo la responsabilità professionale del medico per sua negligenza, imprudenza, imperizia e non già quella diretta e autonoma dell'ente stipulante per deficit organizzativo.

A ciò bisogna aggiungere che in Italia la mediazione non è in grado di produrre effetti risolutivi in quanto **la procedura conciliativa non rappresenta una soluzione soddisfacente**: le spese fisse iniziali scoraggiano l'accesso e spesso il mediatore non conosce nel merito la vicenda. In altri Paesi europei come Belgio, Danimarca, Francia, Lussemburgo, Spagna, UK, Svezia, a differenza dell'Italia, i costi della mediazione sono sostenuti dallo stato o dalle strutture. Nell'UK addirittura tutto è gestito dalla NHS e solo il 2% dei casi procede giudizialmente.

E, altro elemento determinante, in Italia, nella ricostruzione giudiziaria della vicenda **non viene quasi mai preso in esame un disservizio o una disfunzione organizzativa della struttura sanitaria**. Si continua, invece, ad aprire indagini, sempre e comunque sulla colpa professionale del singolo medico o dell'equipe. Per Cirese è quindi indispensabile “introdurre la previsione di una responsabilità della struttura fondata su un titolo autonomo per ‘difetto di organizzazione’ e violazione dell'obbligo di ‘sicurezza nella erogazione delle cure’, fatto distinto, da quello che fonda la responsabilità del medico per propria negligenza, imprudenza, imperizia”. E, in caso di carenze strutturali, organizzative e di mancato approntamento del sistema di monitoraggio del rischio ad eventi avversi “occorre prevedere una responsabilità autonoma in capo ai legali rappresentanti delle strutture o loro preposti con precisi obblighi e sanzioni per inadempimento”.

A livello sistemico, Cirese propone l'implementazione di un sistema sanitario che contempli diversi profili di responsabilità, che includa un vero e proprio sistema (nazionale/regionale/locale) di gestione del rischio clinico e preveda obblighi e sanzioni in caso di inadempimento. Questo sistema deve essere in grado di tenere assieme armonicamente: l'Unità di rischio clinico a livello aziendale; le agenzie di raccordo a livello regionale; un Osservatorio nazionale presso il Ministero della Salute.

L'introduzione nell'ordinamento della responsabilità delle strutture “rischia però, combinata con l'obbligatorietà dell'azione penale che vige in Italia, di determinare una moltiplicazione dei contenziosi, ha ragionato **Stefano Aprile**, giudice presso il Tribunale Penale di Roma. Priorità riguarda invece “la definizione in modo chiaro di linee guida che tengano conto delle possibili dinamiche giudiziarie. Linee guida che però dovrebbero riguardare esclusivamente gli aspetti tecnici e non la sfera economico-gestionale”. Più che produrre norme ad hoc inerenti le responsabilità organizzative, “bisogna rafforzare la capacità di far emergere tali responsabilità in sede processuale, tenendo sempre conto della componente del lavoro in equipe”.

Calogero Caponetto, consulente assicurativo a Milano, ha tracciato le difficoltà connaturate al suo settore, ricordando che “le polizze mancano di sostenibilità ed è sempre più difficile coprire le strutture che ricorrono con elevatissima frequenza all'autoassicurazione”. Per invertire la rotta, sarebbe necessario “un incremento dei broker assicurativi specializzato nell'Rca dei medici”.

Nell'ambito dei procedimenti giudiziari è fondamentale "evidenziare con attenzione il nesso di causalità tra l'attività del medico e l'evento avverso", ha spiegato **Elisabetta Ceniccola**, Sostituto Procuratore presso il Tribunale Penale di Roma. La ricerca delle responsabilità "non può prescindere dalla valutazione dell'operato di ogni medico di turno che compone la filiera dell'assistenza". Tuttavia spesso accade "che le ricostruzioni dei professionisti contrastino tra di loro e ciò determina evidenti difficoltà in sede processuale". Altro problema nodale riguarda le perizie "che ovviamente portano ognuna acqua al mulino delle varie parti coinvolte, imponendo quindi la necessità di trovare una faticosa sintesi". Nel complesso la maggior parte dei procedimenti coinvolge "la chirurgia, la ginecologia e il pronto soccorso per la cardiologia".

In questo contesto la Legge Balduzzi "non ha prodotto effetti risolutivi, ma ha peggiorato la situazione", ha attaccato **Gabriele Gallone**, componente dell'esecutivo nazionale Anaa Assomed. La questione dirimente risiede "nelle dinamiche relative alla colpa civile finisce per toccare il patrimonio, imponendo quindi la necessità di assicurarsi all'interno di un quadro in cui è però sempre più difficile farlo". Come insegna l'esempio di altri Paesi, "è importante garantire tranquillità sia ai professionisti che ai cittadini e un'opzione efficace in questo senso corrisponderebbe all'affermazione del principio che il risarcimento venga garantito dallo Stato".

Odontoiatri. Un neolaureato su tre è precario. Renzo (Cao): "Da chiudere 30% corsi universitari"

La fotografia del Rapporto Eures-Cao. Italia vanta record in Ue di corsi di laurea (34) ma nonostante ciò solo 22 laureati in media per sede didattica (65 in Ue). Cala occupazione (-7%). Un neolaureato su tre è precario. Retribuzione media 1000 euro. 'Bocciato' l'esame di abilitazione da sostituire con la laurea abilitante. IL RAPPORTO

Vita dura per i neolaureati in odontoiatria. La fotografia a tinte fosche la traccia il secondo 'Rapporto Eures - Cao' su "Le sfide della crisi alla Professione Odontoiatrica, tra qualità delle prestazioni e distorsioni di mercato", condotta su circa 400 studenti e neolaureati, e presentato oggi a Roma. Nel rapporto si segnala il calo dell'occupazione e il lavoro, quando c'è, è sempre più precario e tutto ciò si riflette anche sulle retribuzioni. Nel 2013 la retribuzione media dei neolaureati in odontoiatria ad un anno dal conseguimento del titolo risulta pari a 1.058 euro mensili (1.176 euro tra gli uomini contro 876 euro tra le donne). Inoltre, rispetto all'Ue l'Italia ha il record di corsi di laurea (34) che 'sforano' però, appena 22 laureati per sede didattica contro una media Ue di 65. "Sono da chiudere il 30% dei corsi universitari" ha affermato il presidente della Commissione Albo Odontoiatri, Giuseppe Renzo. 'Bocciato' poi l'esame di abilitazione. Il 67,5% dei docenti lo ritiene poco selettivo (48,1% delle indicazioni), non costituendo un reale ostacolo per gli studenti che hanno affrontato positivamente il percorso di studi universitari o

“superfluo” (29,6% delle indicazioni), in quanto duplicato della verifica della formazione già posta in essere dal percorso di studi universitari. “La proposta – ha precisato Renzo – è di fare in modo che il 6° anno di studi sia professionalizzante e al termine del percorso si possa conseguire una laurea abilitante in sostituzione dell’esame”.

Qui di seguito la sintesi del Rapporto:

Scende l’occupazione dei neolaureati in Odontoiatria - Tra il 2012 e il 2013 il tasso di occupazione dei laureati in odontoiatria ad un anno dal conseguimento del titolo è sceso di 7 punti, passando dal 70,1% al 63,1%, evidenziando la forte difficoltà dei neo-odontoiatri ad inserirsi nel mercato. Tale contrazione è confermata anche dai dati relativi agli ultimi 5 anni (-7,2 punti a fronte di -5,8 per i laureati in medicina e -13,8 per quelli delle altre Facoltà). A tre anni dal conseguimento della laurea il tasso di occupazione dei dottori in odontoiatria raggiunge il 90,9%, con un calo di 1,3 punti percentuali rispetto a quanto rilevato nel 2010 (Fonte Indagine Almalaurea).

Un terzo dei neolaureati destinati alla precarietà e al lavoro nero - Tra i neo-odontoiatri che lavorano a un anno dalla laurea, se la maggioranza (61,8%) svolge un’attività autonoma, e il 2,4% un’attività subordinata a tempo indeterminato, molto significativa è la quota di quanti dichiarano di svolgere un lavoro intermittente (26,3%), attraverso contratti di collaborazione, formativi, parasubordinati, ecc, e di quelli che lavorano in nero (9,4%), ovvero presso terzi, senza alcun contratto; tale percentuale scende al 5,9% tra i medici, per raggiungere il valore più alto (13,5%) tra i neo-laureati delle altre Facoltà a ciclo unico.

Scendono le retribuzioni (-7,1%)... ma non le aspettative. Penalizzate le donne - Nel 2013 la retribuzione media dei neolaureati in odontoiatria ad un anno dal conseguimento del titolo risulta pari a 1.058 euro mensili (1.176 euro tra gli uomini contro 876 euro tra le donne), registrando una flessione del 7,1% rispetto alla rilevazione del 2009 (quando era pari a 1.139 euro). A tre anni dal conseguimento dal titolo la retribuzione sale a 1.568 euro (1.693 tra gli uomini e 1.384 tra le donne). Decisamente più ottimistiche risultano le aspettative tra gli studenti e neo-laureati intervistati, che prefigurano un guadagno di 1.500 euro mensili a 1 anno dalla Laurea (oltre 400 euro in più rispetto al dato effettivo), e di 3.500 euro mensili a 3 anni dal Titolo, ovvero un valore più che doppio rispetto a quello effettivamente percepito dai loro colleghi più anziani.

In Italia record di Corsi di Laurea: solo 22 laureati per sede didattica contro 65 in Europa. Meno di 15 laureati l’anno in 6 Corsi di Laurea - A livello europeo l’Italia risulta il Paese con il maggior numero di Corsi di Laurea attivi in Odontoiatria (ben 34), seguita dalla Germania (con 27 Corsi); il numero dei Corsi presenti in Francia e nel Regno Unito (16 in ciascun Paese) è pari a meno della metà di quello italiano, mentre in Spagna il numero delle sedi formative risulta ancora inferiore (pari a 13).

A fronte della pletorica offerta di sedi Universitarie, i laureati italiani in Odontoiatria (fonte Eurostat) sono stati meno di 800 nel 2012, ovvero 22 per sede formativa, a fronte di un valore medio tre volte superiore negli altri Paesi Europei (65). Il valore massimo di 180 laureati per sede formativa si registra in Romania (con 7 CdL), seguita dalla Grecia (177), dal Portogallo (120) e dalla Spagna (106). La Germania, con il numero più elevato di laureati in Europa (2.187) presenta un valore di circa 4 volte superiore a quello italiano (81 laureati per sede).

Nessun Corso di Laurea italiano si allinea agli standard europei: il valore più elevato si registra infatti a La Sapienza di Roma (con 57 laureati nell'A.A.2012/2013), seguita da Bari e Milano (49), mentre le più forti criticità si registrano nelle 6 Università che "licenziano" meno di 15 laureati l'anno: Ferrara (14), Foggia (12), Catanzaro e Parma (11), Pisa (10) e Perugia (soltanto 4 laureati nell'A.A. 2012/2013).

Visto il costo sostenuto dallo Stato per la formazione universitaria e la difficoltà di mantenere idonei standard qualitativi per tutti i Corsi di Laurea - sostenuta da alcuni testimoni privilegiati intervistati – appare dunque urgente una riflessione sulla sostenibilità economica di un sistema così frammentato.

30 mila euro spesi dallo Stato italiano per formare ogni laureato e 30 mila dalle famiglie - Il costo medio della formazione universitaria sostenuta dallo Stato Italiano per l'intero percorso formativo di un odontoiatra è stimabile in circa 30 mila euro (24 milioni complessivi per i Corsi di Laurea in Odontoiatria). Il Sole 24 ore stima inoltre una spesa di analoga entità a carico delle famiglie (23 mila euro per la formazione di 6 anni di uno studente universitario in sede – comprensivi di tasse, vitto, alloggio, spostamenti e materiali didattici - e 50 mila per uno studente "fuori sede"), una cifra, questa, che può rappresentare un criterio selettivo "ex ante" (gli studenti di Odontoiatria nel 69,9% dei casi vivono infatti in un contesto socio-economico elevato, avendo genitori che esercitano una professione altamente qualificata, che nel 43,1% dei casi attiene all'ambito medico o dentistico).

Il numero programmato: indispensabile ma da riformare - L'86,5% dei Docenti e l'87,8% degli studenti condivide l'esigenza del numero programmato per regolare l'accesso ai Corsi di Laurea in Odontoiatria (per gli studenti "perché serve a garantire maggiori spazi di mercato", e per i docenti "perché garantisce una migliore formazione/didattica"). Soltanto quote marginali (5,6% dei docenti e il 7,4% degli studenti) ritengono invece che l'attuale sistema di selezione basato su un test di cultura generale riesca a premiare i migliori, mentre le maggiori adesioni riguardano il "modello tedesco" (curriculum + test specifici di medicina e odontoiatria) che riceve il 38,9% delle preferenze dai Docenti e il 27,2% dagli studenti.

Meritocrazia negata per il 98,5% degli studenti (e per il 71,4% dei docenti) – Se l'Università rimane il punto di riferimento principale di qualsiasi percorso formativo di eccellenza, occorre tuttavia evidenziare il rischio di una sua gestione esclusiva delle fasi di selezione e riconoscimento del merito: il 98,% degli studenti e il 71,4% dei docenti ritengono infatti che esistano a tale riguardo evidenti distorsioni in tutte le

fasi del “ciclo di vita” universitario (accesso al corso, percorso di studi, riconoscimenti e risultati, ingresso nel mondo del lavoro), ed in particolare durante gli esami universitari (per il 25,7% dei docenti) o nei percorsi di carriera universitaria (per il 30,7% degli studenti), ovvero in quelle fasi del “ciclo formativo” gestite esclusivamente dall’Università. Soltanto il 20% dei docenti e il 25,4% degli studenti affermano invece che siano i Test di Ingresso a generare le maggiori distorsioni nel riconoscimento del merito, evidenziando una maggiore fiducia in uno strumento di controllo non di esclusivo appannaggio dell’Accademia.

L’esame di abilitazione: uno strumento inutile e ridondante - Se lo strumento del numero programmato accoglie una generale adesione degli intervistati, opposta è la valutazione sull’esame di abilitazione, “bocciato” da oltre i due terzi dei Docenti (67,5%) che lo ritiene poco selettivo (48,1% delle indicazioni), non costituendo un reale ostacolo per gli studenti che hanno affrontato positivamente il percorso di studi universitari o “superfluo” (29,6% delle indicazioni), in quanto duplicato della verifica della formazione già posta in essere dal percorso di studi universitari. Occorrerebbe quindi una totale revisione di tale strumento, attualmente considerato un’inutile ulteriore barriera all’ingresso nella professione.

Laureati a 28 anni: il ritardo dell’Italia rispetto all’Europa - La selezione attraverso il test di cultura generale oltre a non premiare i migliori, genera un ritardo nel percorso formativo dei giovani italiani, che soltanto in un terzo dei casi riescono a immatricolarsi appena diplomati (317 sono gli “immatricolati puri” sui 1.108 iscritti al 1° anno nell’A.A. 2013/2014), avendo cioè intrapreso altri percorsi nell’attesa di poter seguire il proprio obiettivo formativo. Attualmente (in base al vecchio Ordinamento che prevede una durata di 5 anni), l’età media alla laurea degli Odontoiatri risulta pari a 26,5 anni (avendo nel 12,1% dei casi ritardato il proprio ingresso all’Università di oltre 2 anni e nel 31,4% provenendo da altre Facoltà). Il prolungamento del Corso di Laurea a 6 anni lascia quindi presupporre un ulteriore allungamento dell’età media alla laurea, stimabile attorno ai 27,5 anni.

L’eccellenza formazione odontoiatrica in Italia: radiografia di un miraggio – Contrariamente al quadro idilliaco della formazione universitaria tracciato dai docenti Italiani, nessun docente straniero intervistato cita un Ateneo italiano come eccellenza formativa in Europa.

Tra gli intervistati Italiani le segnalazioni delle eccellenze riguardano soltanto una quota minoritaria dei CdL presenti: sui 34 complessivi i docenti intervistati ne segnalano infatti in maniera ricorrente (>5%) soltanto 9 (6 al Nord, 1 al Centro e 2 al Sud), e gli studenti 13 (8 al Nord, 3 al Centro e 2 al Sud). Più in particolare per i docenti ai primi 4 posti si collocano Trieste, Torino, La Sapienza di Roma e la Statale di Milano, mentre tra gli studenti, oltre a Torino, Milano e Trieste, anche la Libera Università “San Raffaele” di Milano.

A fronte di questo dato, e nonostante i Docenti collochino il proprio corso di Laurea “in linea con gli standard nazionali” nel 50,5% dei casi, e “al di sopra” nel 45,1%,

studenti e neolaureati denunciano numerose criticità nel sistema formativo italiano: tali segnalazioni riguardano in primo luogo l'inadeguatezza degli strumenti didattici (bocciati con un voto scolastico pari a 5,1), le insufficienti competenze nelle materie pratiche e specialistiche (voto: 5,4), nonché la conoscenza e pratica di tecniche innovative (5,2). Significative, al riguardo, le differenze territoriali, risultando complessivamente le valutazioni espresse dagli studenti del Nord superiori a quelle dei loro colleghi del Centro e del Sud.

Dopo la laurea... la formazione professionalizzante – In attesa di verificare gli effetti professionalizzanti del 6° anno del CdL (sul quale numerose perplessità vengono espresse dai rappresentanti delle Istituzioni e dell'Odontoiatria intervistati), il quadro attuale evidenzia una inadeguatezza dei Corsi di Laurea nel formare professionisti in grado di inserirsi nel mercato senza ulteriori necessità formative: ben il 72,5% dei Docenti e il 91,7% degli studenti ritengono infatti che, concluso il percorso di studi universitari, i neolaureati avranno bisogno di ulteriori esperienze professionalizzanti prima di poter esercitare la professione, a fronte di quote marginali convinte di essere pronte ad operare sulla salute dei pazienti.

Odontoiatria: che fare? – A fronte del quadro evidenziato, appare quindi necessario un ripensamento complessivo della formazione in odontoiatria e dei criteri di accesso alla professione, attraverso la collaborazione tra i diversi soggetti che operano in questo settore: occorre cioè mettere a sistema le competenze e le esperienze del mondo universitario e delle professioni, accanto alle Istituzioni, presidio indispensabile nella produzione di regolamenti e normative che mantengano la tutela della salute del paziente al centro di qualsivoglia intervento.

In un settore in cui la presenza pubblica continua ad essere del tutto marginale (inferiore al 5%), e destinata a rimanerlo, vista la cronica carenza di risorse, la capacità di autogoverno e di valorizzazione delle professionalità e delle competenze, molto al di là della sola prospettiva deontologica, deve rappresentare quindi il faro delle future azioni dei diversi protagonisti del sistema.

Quale futuro per formazione e lavoro medico?

In questi ultimi tempi sono venute alla luce vecchie e nuove problematiche. E anche vecchie e nuove proposte. Dalla possibilità di accedere al Ssn con la sola laurea e abilitazione, come avveniva fino al 1987, alla riduzione della durata delle specializzazioni. Tutte ipotesi da non scartare a priori ma che vanno affrontate con la consapevolezza che tra i nodi restano quello del rapporto Università-Ssn e quello del precariato "a vita"

I problemi della formazione medica in Italia sono sostanzialmente 4: 1) L'imbuto formato da numero di laureati, in crescita costante (almeno 16 mila accessi, questo anno, TAR-mediati, con un tasso di laurea stimato tra l'82-85%) e numero di contratti di formazione specialistica, in riduzione per carenze economiche, in cui migliaia di medici costituiscono un esercito di riserva nel limbo della disoccupazione o

sottooccupazione o “precariato stabile”; 2) La lunghezza del periodo formativo con tardiva età di ingresso dei giovani specialisti nel mondo del lavoro; 3) La qualità del prodotto universitario, ancora grezzo alla fine di cicli formativi di 5-6 anni; 4) Il monopolio della Università, unico caso in Europa, anche nel rilascio dei titoli.

Documenti ufficiosi di un tavolo Ministero della Salute-Regioni, ex art.22 del Patto della Salute, prevedono la possibilità di accedere al lavoro nel SSN con la sola laurea ed abilitazione, come, prima del 1987, sono entrati molti dei Medici e dirigenti sanitari attualmente in servizio. Una soluzione certo parziale, ma non da scartare a priori, consentendo di avvicinare l’incontro tra mondo formativo e mondo assistenziale, offrendo una possibilità di lavoro, e di mantenimento delle competenze professionali, a quanti non vincono il concorso per la specializzazione o un ricorso, e di formazione professionalizzante con standard, tutor e certificazione. Meglio dell’attuale precariato fuori controllo nei numeri, nelle tipologie e nella durata.

Una idea che però non può essere accettata a qualunque costo, in soluzioni tecniche confuse ed ambigue.

Non è accettabile se accompagnata da un inquadramento contrattuale di Medici, comunque abilitati a ruoli e funzioni mediche, nel comparto, o da una attribuzione ex lege di livelli retributivi predefiniti e, guarda caso, uguali a quelli dei caposala. Come se si trattasse di figure professionali intercambiabili. Tanto meno può essere condivisa una concomitante desertificazione delle piante organiche degli specialisti, a prescindere da fabbisogni, standard, modelli organizzativi, che, paradossalmente, taglia il numero di posti di lavoro proprio mentre si propone di fare crescere la platea dei possessori dei requisiti per occuparli. In una logica da supermercato del prendi 2 e paghi 1. L’operazione non deve ridurre gli spazi di reclutamento nelle piante organiche, mettendo i nuovi assunti in competizione con l’esercito di precari di corso più o meno lungo, che vedrebbero allontanarsi ogni prospettiva di stabilizzazione, o con i sottoccupati per la copertura del turnover.

Mi sembra però che il tavolo di discussione sia già stato sgombrato da queste questioni dalla azione tempestiva, fin dal mese di giugno, dell’Anaa e delle altre OOSS. Anche se, curiosamente, i commentatori della ultima ora fanno finta di non saperlo costruendo una inutile corona di no che mirano solo a nascondere l’intento di salvaguardare il monopolio universitario, con un pò di belletto pur di non cambiare niente.

In verità, Regioni e Governo non hanno chiarito se pensano a modalità di accesso con laurea ed abilitazione al mondo del lavoro, su posti liberati dal turnover, con contratti a tempo indeterminato ed inquadramento al primo scalino della carriera dirigenziale, un po’ come i vincitori di concorso per giudici che hanno prima un periodo di uditore giudiziario. Oppure, visto che si parla di accesso in soprannumero alle scuole di specializzazione, superando i limiti numerici attualmente previsti, a due canali di formazione, paralleli ma destinati ad incontrarsi, l’uno gestito dalla Università, l’altro dal SSN in un percorso formativo non di serie B ma tutelato sia nella responsabilità che nelle competenze. Nell’uno e nell’altro caso non si vede il

perché della riduzione contestuale della dotazione organica, che rischia di essere una costante periodica fino ad un sostanziale svuotamento ed un fattore di decapitalizzazione del lavoro specialistico.

L'ipotesi di una parte di formazione gestita dal SSN aprirebbe finalmente la strada ad un suo ruolo di co-protagonista in un processo centrale quale la formazione medica, prendendo atto che né la Università né il SSN sono in grado da soli di uscire dalle sabbie mobili attuali.

Certo, la introduzione nel sistema di una nuova figura professionale, sia pure in una prospettiva di formazione, quale il Medico laureato non specialista “con mansioni proprie della professione in coerenza con il grado di conoscenze e competenze acquisite”, richiede, per non farne una area di precariato, la contestuale indicazione delle modalità di ingresso (contratto a tempo determinato?) e della durata della permanenza in questo limbo (il periodo della formazione?), nonché una declaratoria dei livelli di autonomia e responsabilità professionale per mansioni che potrebbero sovrapporsi a quelle della dirigenza medica e sanitaria. Insomma, una vera job description che chiarisca anche le differenze rispetto al percorso professionalizzante degli specializzandi e le motivazioni per un livello retributivo diverso da quello degli specialisti. Agli oneri conseguenti si può fare fronte sia con la riduzione della durata degli studi che con le risorse economiche che le regioni già spendono per la formazione o con fondi europei, visto che i nostri vicini di casa assumono specialisti formati a nostre spese. Anche se un problema importante, come la qualità professionale dei futuri medici, potrebbe essere meritevole di un investimento economico, come è stato fatto per la scuola. Impossibili reali innovazioni ad invarianza di risorse, che certo non possono essere sottratte, ancora una volta, al personale in servizio. Altro che primariati ridondanti!

Attualmente va in pensione circa il 3% della dotazione organica medica ogni anno. Tra il 2016 e il 2017 le uscite saranno del 6-7%. Nel 2020 avremo più di 20000 laureati che si contendono l'accesso a circa 6000 contratti di formazione specialistica. Appare inevitabile l'aumento del numero dei contratti di formazione, in due canali o in quello tradizionale, che però non ha dato brillante prova di sé, fino ad assorbire tutti o quasi i laureati, insieme con una drastica riduzione degli accessi a Medicina, per alcuni anni a 4000-5000/anno, per recuperare la pleora attuale determinata dai ricorsi al TAR.

Per anticipare la età di ingresso nel mondo del lavoro, avvicinandola allo standard europeo, e migliorare la formazione professionalizzante, si potrebbe dividere il percorso formativo in due tronconi, il secondo dei quali, caratterizzato più sul versante lavoro che su quello formazione, affidato al SSN, contrattualizzato, o permettere l'accesso al concorso a tempo indeterminato fin dalla metà del percorso formativo, da completare successivamente ai fini della progressione di carriera.

Insomma, affrontare il rapporto mondo formativo-mondo assistenziale dal vertice della piramide formativa e non dalla base, viste anche le resistenze, di fronte alle quali anche il grande rottamatore si arrenderà, del mondo universitario, che recluta

allo scopo, in una versione inedita della sindrome di Stoccolma, anche le vittime del proprio fallimento. E persistendo il dubbio che le Regioni usino la possibilità di accesso con la sola laurea come tattica e non come ipotesi strategica per diventare co-protagoniste del sistema formativo, alibi per una rideterminazione al ribasso delle dotazioni organiche. Quello del tasso di occupazione dei medici e dirigenti sanitari è l'altra posta in gioco, misconosciuta, nella guerra delle professioni sanitarie.

Un modello di accesso al lavoro potrebbe essere costituito anche dalla riedizione del tirocinio, introdotto, per motivi simili, negli anni 80, retribuito e valido ai fini della anzianità di servizio, momento di passaggio per l'accesso alla formazione specialistica. Con gli stessi limiti, però, di cui si diceva prima.

L'insieme di tali considerazioni riguarda anche i professionisti sanitari non medici, considerati i differenti regimi attualmente esistenti tra formazione specialistica medica e sanitaria non medica, ed i corsi di medicina generale, una materia che meglio sarebbe trasformare in disciplina specialistica.

Dubito che il sistema formativo possa uscire dalla attuale emergenza, che ha ricadute tragiche sul lavoro medico, sulla credibilità e sulla stessa sostenibilità del SSN, con strumenti convenzionali. Tornare 30 anni indietro, pur rispettando alcune specificità e condizioni, potrebbe essere uno scossone anche per un corpo professionale, quale il nostro, stanco ed in attesa della fine pena. Ed una occasione per trasferire know how. Quello che è certo è che abbiamo bisogno di soluzioni capaci di tenere insieme gli interessi dei giovani e del SSN, non a caso dentro "tutte" le rivendicazioni e le parole d'ordine delle OOSS degli ultimi anni. Non certo di pasticci improvvisati in una logica gattopardesca e pagati al massimo ribasso. Il problema è il mantenimento o meno di un sistema che oggi dà più lavoro a giudici ed avvocati di quanto ne dia ai medici, palesemente inadeguato rispetto alle necessità, anche se molti sono quelli interessati a mantenerlo in vita.

Occorre partire da una seria analisi dei fabbisogni per garantire a tutti i laureati la possibilità di completare l'iter formativo, diminuendo la durata e riducendo il numero dei corsi di specializzazione e migliorando il prodotto finito attraverso un maggior coinvolgimento del SSN, per anticipare l'incontro con il mondo del lavoro. In gioco è il futuro di un SSN che rischia di impoverirsi di competenze professionali, marginalizzato alla assistenza dei poveri in un progetto di sanità duale che è sempre dietro l'angolo, anche nella versione soft dell'universalismo selettivo. Se non si cambia non c'è salvezza per nessuno: né per gli Ospedali, né per le Scuole universitarie di medicina.

Costantino Troise

Segretario Nazionale Anaao Assomed

Sempre più in bilico l'addio al test di Medicina. I rettori chiedono di confermarlo per il 2015

Non è un siluro al progetto di abolizione dei contestati test di medicina, ma poco ci manca. Ieri i rettori delle università, dopo averla votato all'unanimità durante l'ultima assemblea, hanno inviato una lettera al ministro dell'Istruzione, Stefania Giannini, per chiederle di confermare «almeno» per il prossimo anno accademico i quiz, magari «adeguandoli ai saperi» degli studenti delle scuole superiori. Da tempo è nota la contrarietà dei rettori preoccupati da una maxi invasione di matricole già dal prossimo anno, ma ora con questa lettera si aggiunge un nuovo segnale che rema contro il progetto del ministro. Che tra l'altro da diverse settimane ha fatto calare un pesante silenzio sulla vicenda. Il tempo per fare una riforma, tra l'altro, è sempre più stretto. Mentre gli studenti che aspirano a iscriversi a Medicina, sempre più disorientati, chiedono chiarezza.

La lettera della Crui. Confermare, certamente per il 2015-16, i test per l'accesso a Medicina «anche adeguandoli ai contenuti dei saperi acquisiti dai candidati nel corso degli studi superiori»; facilitare la preparazione degli studenti e ridurre «l'incongruo impatto economico» al quale sono esposte le famiglie con l'attuale modello di selezione; dare riscontro immediato alle famiglie circa il calendario e le modalità di selezione previste per il prossimo anno. Queste le proposte avanzate dai rettori in gran parte contrari alla riforma (soprattutto i Magnifici dei maxi atenei) in una lettera inviata ieri al ministro Giannini in cui riconfermano la propria disponibilità a fornire «ogni utile contributo» al dibattito in corso per la modifica dei criteri di ammissione ai corsi di laurea a programmazione nazionale, con particolare riferimento alle Facoltà e Scuole di medicina e chirurgia. Sottolineando l'esigenza di «prevenire possibili e ulteriori contenziosi attraverso la puntuale rivisitazione delle procedure di selezione», la Crui ribadisce di essere favorevole a criteri selettivi «che rispettino la programmazione nazionale e la sostenibilità accademica dei corsi, valorizzando il merito dei candidati». Riguardo alla regolazione degli accessi, i rettori esprimono «forti e motivate perplessità sulla possibilità di conseguire il libero accesso a un percorso formativo al cui esito finale subordinare le ammissioni ai corsi di laurea in Medicina e chirurgia». E nell'avanzare le loro proposte confermano la «massima disponibilità per la ricerca di condivise procedure che assicurino rigore, sostenibilità e tutela del merito dell'accesso agli studi di Medicina e chirurgia».

Il destino dei test. Il progetto originario del ministro Giannini, annunciato con grande enfasi già dalla primavera scorsa, era quella di procedere con l'abolizione del test di medicina già dal 2015 prevedendo al suo posto, sul modello francese, una forma di sbarramento alla fine del primo anno. Una soluzione questa per abolire da una parte la lotteria dei test e dall'altra per preservare il principio del numero chiuso.

A ottobre il ministro Giannini ha annunciato la composizione di una commissione straordinaria incaricata di studiare il dossier. Ma da allora è calato il silenzio. Al ministero i tecnici avrebbero già studiato una proposta di massima che poi dovrebbe tradursi in una proposta normativa da inserire a gennaio nel decreto scuola. Ma al momento manca un elemento essenziale: il placet politico. Non mancano infatti forti riserve al progetto del ministro, soprattutto all'interno del Pd. E mancherebbe ancora soprattutto il via libera del premier Renzi che sul punto non avrebbe sciolto le riserve. Fatto sta che i tempi tecnici per mettere in piedi una riforma che tra l'altro dovrebbe ridisegnare gli ordinamenti di alcune facoltà (da Medicina a Farmacia fino a Biologia che dovrebbero avere un tronco unico al primo anno prima dello sbarramento) sono sempre più stretti. L'ipotesi, quindi, che l'abolizione dei test quantomeno slitti al prossimo anno è sempre più vicina.

Censis: italiani sempre più diseguali

Le manovre sulla sanità, la spending review e i Piani di rientro nelle Regioni hanno contribuito all'ampliamento delle vecchie disparità e alla creazione di nuovi gap nelle opportunità di cura. Il 50,2% degli italiani è convinto che tali politiche di contenimento abbiano aumentato le disuguaglianze». Al capitolo su "Il sistema di welfare" il 48° Rapporto Censis sulla situazione sociale del Paese, presentato oggi a Roma, accende i riflettori sull'aggravarsi delle disparità tra gli abitanti di questo Paese "lungo e stretto", già minati da gap antichi ma particolarmente prostrati, ora, dai rimedi anti-crisi adottati negli ultimi anni. Tanto che il 48% degli intervistati indica tra i fattori più importanti, in caso di malattia, il denaro che si ha a disposizione per curarsi. Ma la funzione di ombrello che è propria del Ssn, è opinione di tutti, tanto più dev'essere preservata: per l'86,7% del campione è fondamentale per garantire salute e benessere. Sfida sempre più ardua: tanto che la crescita degli esborsi out of pocket per la salute si è arrestata nell'ultimo anno solo per l'esigenza di far fronte ad altre necessità.

Disorientati, come del resto sono rispetto al quadro complessivo del Paese e delle relazioni con le istituzioni e con la politica nazionale - nel pieno di una «profonda crisi della cultura sistemica» - il 41,7% degli italiani cercano in internet lumi sulla salute. Con effetti quasi sempre negativi dal punto di vista del rapporto medico-paziente: «Non di rado le informazioni reperite online vengono chiamate in causa al momento del confronto diretto con il medico e utilizzate - si legge nel rapporto - per discutere e confrontarsi sui risultati, ma anche per contestare al medico l'esattezza della sua diagnosi. In aumento è anche il ricorso a forum e blog per discutere di questioni sanitarie». Si cercano informazioni sul web principalmente per «capire meglio» quanto detto dal camice bianco nel 58% dei casi; e nel 55,3% per verificarne diagnosi e indicazioni. Come dire che l'alleanza terapeutica si sta incrinando. Sfiducia a parte, la sovraesposizione a un numero alto di contenuti non sempre correttamente veicolati e facilmente comprensibili determina «un'alterazione della percezione» sul proprio livello di conoscenze. Fenomeno già evidenziato dal Censis nel recente passato e di cui è emblematico lo svarione dei pazienti con fibrillazione atriale, di cui

solo il 58,8% ha correttamente definito l'ictus come malattia del cervello.

Altro campanello d'allarme suonato dal report, la bassa natalità. Si abbassa il numero delle donne in età fertile, certo. Ma a pesare oggi sono gli indicatori di precarietà lavorativa, che non a caso incidono maggiormente al Sud. Dove il tasso di disoccupazione per i 25-34enni sfiora il 30% e dove quello femminile è pari al 21,5% contro il 9,5% del Nord. È la crisi, bellezza. E se non si pone riparo al rischio scissione tra welfare e popolazione giovanile, anch'esso denunciato da quest'ultimo rapporto Censis, ci seppellirà.

RASSEGNA STAMPA CURATA DA MARIA ANTONIETTA IZZA

ADDETTO STAMPA OMCEOSS ufficiostampa@omceoss.org - 339 1816584