

DOCUMENTO ANAAO ASSOMED. SINTESI DELLE CRITICITÀ E PROPOSTE PER MIGLIORARE IL SISTEMA DI FORMAZIONE PRE-POST LAUREAM.

Rev. Febbraio 2019

Indice dei contenuti:

[Riduzione dei tempi morti – Ottimizzazione esame di stato – Laurea Abilitante](#)

[Accesso ai percorsi/aumento posti/riduzione anni](#)

[Certificazioni delle competenze, conoscenze e abilità](#)

[Aspetti contrattuali/tutele e diritti/Aspetti previdenziali](#)

[Ruolo degli Osservatori \(nazionale e regionali\) per la formazione specialistica](#)

RIDUZIONE DEI TEMPI MORTI – OTTIMIZZAZIONE ESAME DI STATO – LAUREA ABILITANTE

La lunga sfida della laurea abilitante è negli ultimi tempi giunta ad un punto di svolta, con l’inserimento del tirocinio abilitante durante l’ultimo anno del corso di Laurea in Medicina e Chirurgia. Sfida vinta quindi? Non ancora. Lo slittamento dell’attuazione della norma infatti denota come questo auspicato provvedimento non sia stato calato in maniera funzionale nelle realtà degli atenei e soprattutto dimensionato alle esigenze degli studenti.

Se la strada sembra segnata rimangono aperte numerose questioni:

* Una revisione dei piani formativi almeno dell’ultimo triennio del Corso di Laurea, utile a creare uno spazio congruo per i tirocini e l’elaborazione della Tesi di Laurea libero da impegni ulteriori impegni accademici, in particolare i corsi. Ciò, ovviamente, non significa sabotare la preparazione teorica dei discenti, ma valorizzare pienamente quella formazione sul campo, oramai universalmente riconosciuta come imprescindibile nella formazione del medico.

* Una dotazione congrua di docenti al fine di raggiungere, specialmente negli Atenei di grosse dimensioni, un congruo rapporto docenti/discenti. L’obiettivo è ovviamente quello di valorizzare l’esperienza sul campo, sempre molto apprezzata negli anni passati, senza comprimerla o sminuirla nei sin troppo noti “codazzi” al giro visite. A questo scopo ci sembra auspicabile che l’idea di Teaching Hospital, con l’espansione delle capacità formative garantite dagli atenei grazie agli ospedali, ed al personale, delle reti formative. Si andrebbe così a creare un continuum tra la formazione pre e e post-lauream con un crescente coinvolgimento del mondo ospedaliero nella formazione.

Altri temi di ordine pratico:

* Normalizzazione dei costi per l’abilitazione tra i diversi atenei, che allo stato attuale differiscono in maniera spesso non comprensibile o giustificabile

* Tre sessioni di abilitazione per ciascun anno, generalmente corrispondenti alle sessioni di laurea, comunemente garantite dagli atenei.

Questi correttivi potrebbero instradare efficacemente quanto già deliberato perchè produca effetti benefici tangibili sull’inserimento nel mondo del lavoro e/o inizio dei percorsi di formazione post-lauream erodendo, almeno in parte, quella maggiore età con cui i medici italiani si affacciano agli scenari di domani.

ACCESSO AI PERCORSI DI FORMAZIONE/AUMENTO POSTI DISPONIBILI/RIDUZIONE ANNI

Accesso ai percorsi:

Negli ultimi tempi, è stata considerata la proposta di una possibile rivisitazione del numero programmato a Medicina e Chirurgia, proponendo una soluzione ispirata al modello di selezione francese con libero accesso al primo anno seguito da un successivo esame di sbarramento per selezionare gli studenti in grado di proseguire il percorso di studi. Tale modello non troverebbe semplice applicazione in Italia, in prima istanza sarebbe estremamente difficoltoso, se non impossibile, garantire una buona didattica con 60.000/70.000 matricole al primo anno e una stima di 20.000 studenti per quelli successivi, sia da un punto di vista logistico,

considerando che in Italia non esistono infrastrutture in grado di accogliere una tale mole di studenti, siaperla carenza del personale docente di ruolo e ricercatore scientifico in area disciplinare di scienze mediche in Italia. Infatti, secondo il report Anvur dell'anno 2017, vi è una riduzione pari a 8.944 unità, con un'età media di 52 anni (fonte: Statistica e Studi MIUR a.a. 2016/17), certamente inferiore alle richieste. In Italia, allo stato attuale i laureati in Medicina e Chirurgia sono in numero superiore rispetto alla media europea e rispetto alle reali esigenze di un sistema sanitario pubblico deficitario di specialisti. Pertanto, appare chiaro che il modello di selezione "alla francese", aggraverebbe a dismisura l'imbuto formativo post-laurea, con un aumento del fenomeno della "pletora medica". Solo nell'ultimo triennio le richieste di iscrizione al test per l'ingresso a Medicina sono lievitate 67.005 e i posti disponibili 9.779 con l'evidenza di un trend in ascesa di domande nell'ultimo triennio -nel 2015 60.639 iscritti per 9.530 posti -nel 2016 62.695 iscritti per 9.224 posti -nel 2017 67.005 iscritti per 9.779 posti Appare naturale pensare che una eliminazione del numero programmato attirerebbe molti più giovani laureati.

Riteniamo che debba essere presa in considerazione la proposta di riduzione del numero di accessi al corso di laurea in Medicina e Chirurgia a 7000 posti l'anno ed incrementato il numero dei contratti di formazione specialistica di almeno 3.000 unità l'anno (ovvero un minimo di 9.500 contratti l'anno) per cercare di compensare la carenza di specialisti. In considerazione della dettagliata analisi effettuata comprendente i numeri degli accessi commisurati alle esigenze del territorio, non sarebbe congruente né l'eliminazione del numero chiuso per l'accesso alla Facoltà di medicina e Chirurgia, né tantomeno alternative parallele quali slittamento tempistico della selezione che nuocerebbe ai giovani colleghi in termini di tempo perso e di preparazione acquisita.

Il "numero chiuso", che ha visto la sua traduzione legislativa con il decreto 264/99 nasce con una doppia finalità:

- "garantire la qualità e la continuità della formazione in base alle strutture che possono ospitare e formare gli studenti;
- "garantire l'occupazione per evitare inutili e dannose pletore già viste in passato" (Angelo Mastrillo, Segretario Conferenza Nazionale dei Corsi di Laurea delle professioni sanitarie).

Aumento dei posti

Negli ultimi 10anni, i posti programmati per la formazione post-lauream sono risultati sempre insufficienti rispetto anche al solo numero di laureati annuali (ad eccezione del 2015 e 2016). Con tale sbilanciamento tra domanda e offerta formativa specialistica, accedere alla formazione post-lauream è diventato sempre più difficile, proprio per l'accumularsi, anno dopo anno, degli esclusi. Purtroppo l'aumento dei posti a "numero chiuso" per l'accesso al corso di laurea in Medicina e Chirurgia senza una valutazione affidabile dei fabbisogni reali di medici e senza un conseguente adeguamento del numero di contratti di formazione specialistica, ha creato un aumento dell'imbuto formativo e la carenza di specialisti specie nel SSN, ad oggi resi ancora più insufficienti per la combinazione della gobba pensionistica e del blocco delle assunzioni. FIASO ha stimato l'ammacco di 11.800 medici specialisti nei prossimi 5 anni, anche con il totale sblocco del turnover. Ad invarianza di programmazione, il numero di esclusi dalle scuole di specializzazione è destinato ad aumentare annualmente sia per il progressivo incremento del numero programmato, sia per il sommarsi annuale degli esclusi stessi; in particolare nel 2020 e 2021 insisterà la pletora di neolaureati per i passati ricorsi TAR (9800 studenti in aggiunta agli ordinari stabiliti per gli anni 2013/2014 e 2014/2015). Nel triennio 2022/2024 si realizzerà un "plateau", con il numero di neo-laureati medici nell'imbuto destinato a rimanere pressoché costante, secondariamente all'aumento del numero degli accessi al corso di laurea in Medicina stabilito dal MIUR dal 2015 al 2017. Nel 2025 sarà previsto ancora un incremento, causato dall'ulteriore aumento degli accessi al corso di laurea in Medicina deciso per quest'anno. Si potrebbe prendere in considerazione la proposta di far svolgere l'ultimo biennio di specializzazione (triennio in caso di durata di 5 anni)in ospedali di insegnamento (Teaching Hospital, TH) per "imparare facendo", con un contratto di formazione-lavoro a tempo determinato, con competenze ed autonomie professionali crescenti, da svolgersi presso strutture del SSN validate. La nostra proposta prevedrebbe il passaggio della gestione della

formazione specialistica pratica dal MIUR al Ministero della Salute, con rilascio del titolo a carico dell'Università. L'Università continuerebbe a offrire la formazione teorica agli specializzandi, che verrebbero inquadrati contrattualmente sin da subito come lavoratori, con contratto di lavoro a tempo determinato a scopo formativo, e parteciperebbe al controllo della qualità del percorso. La formazione pratica si svolgerebbe in ospedali di apprendimento con volumi minimi soglia per ogni specialità, stabiliti dalle Regioni; tra essi sarebbero annoverati, se idonei, anche gli ospedali universitari, attualmente detentori esclusivi della formazione medica specialistica. Le tutele previdenziali e assistenziali sarebbero superiori a quelle odierne, essendo garantite da un contratto di lavoro e non da un contratto di formazione che considera i medici come studenti. Tale proposta rappresenterebbe una possibile soluzione sia all'imbuto formativo a medio-lungo termine (entro 7 anni si estinguerebbe), sia alla carenza odierna di specialisti (i medici in formazione degli ultimi anni garantirebbero alcune attività mediche di base in autonomia, liberando risorse per attività specialistiche). In questo modo inoltre si garantirebbe un più precoce ingresso nel mondo del lavoro ai medici in formazione, in linea con quanto già avviene nel resto d'Europa. Inoltre, ogni anno vi è una non trascurabile quota di borse perse per rinuncia dei vincitori, che ammontano a circa 500 borse l'anno, il cui recupero potrebbe finanziare nuove borse per la formazione post-lauream. Tra l'altro il Consiglio di Stato ha già accolto istanze di medici partecipanti ai concorsi di ammissione che chiedevano lo scorrimento delle graduatorie sui posti disponibili per sede richiesta (Ordinanza n. 2881 del 25 Giugno 2018). Da non trascurare, infine, l'accesso agli stessi fondi del bilancio statale che hanno permesso l'incremento per il 2018/2019 delle borse per la Formazione in Medicina generale. Si potrebbe facilmente incrementare l'offerta complessiva ad almeno 9.500 contratti annuali, innescando un rapido svuotamento dell'imbuto formativo che si completerebbe nell'arco di 5 anni.

Riduzione anni

La proposta di riduzione della durata dei percorsi formativi post-laurea potrebbe determinare una perdita di validità legale del titolo di specializzazione nell'ambito della Comunità europea.

CERTIFICAZIONI DELLE COMPETENZE, CONOSCENZE E ABILITÀ

È innegabile che la formazione medico-specialistica in Italia sia ancora dominio delle Università che, nonostante la teorica esistenza di una rete formativa ospedaliera, troppo spesso mantengono gli specializzandi all'interno della propria "campana di vetro", per motivi che purtroppo esulano dall'aver a cuore la formazione del giovane medico. Che fornisca un prodotto eccellente o un prodotto scadente, non ha importanza perché il medico che si vuole specializzare deve sempre e comunque "passare da lei". Anche nel processo di controllo della qualità formativa il controllore e il controllato sono lo stesso ente, sempre l'Università, e gli organismi preposti al controllo di "secondo livello", ovvero gli Osservatori Nazionali e Regionali, non funzionano come dovrebbero, oppure sono costituiti disattendendo alle normative vigenti o peggio non sono in molte realtà neanche costituiti. Sebbene negli ultimi anni qualche progresso è stato fatto, questo è ancora del tutto insufficiente, soprattutto guardando ciò che accade nel resto d'Europa. Come è noto, nel 2017 sono stati stabiliti i requisiti minimi di qualità per ottenere l'accreditamento e parametri rigorosi per valutare la qualità della formazione delle Scuole di Specializzazione. Il Ministero dell'Istruzione, di concerto con quello della Salute, ha accreditato 1.123 Scuole di specializzazione, dotate degli standard assistenziali necessari per garantire una buona formazione alla professione dello specializzando nell'ambito di competenza. Questo nuovo sistema di valutazione ha portato all'esclusione di 41 Scuole di specializzazione perché senza i requisiti minimi. Diverse sono le criticità che determinano una inadeguata formazione: carenza di pronto soccorsi, di una rete ospedaliera collegata all'università, numero di pazienti insufficiente a consentire il raggiungimento delle skills per ottenere il titolo e la competenza professionale di specialista. Ricordiamo che per essere accreditate le scuole di specializzazione devono garantire spazi e laboratori attrezzati, standard assistenziali di alto livello negli ospedali dove viene svolto il tirocinio e indicatori di performance dell'attività scientifica dei docenti. Ancora una volta togliere il pieno controllo all'Università ci sembra una scelta imprescindibile.

Per migliorare in modo tangibile la qualità della formazione post-lauream Anaa Assomed suggerisce da tempo due proposte atte a rilanciare il percorso formativo dei giovani medici al fine di raggiungere il più alto grado di preparazione che renda lo specialista all'altezza dei colleghi degli altri paesi europei: il modello dei teaching-hospital e il modello europeo in cui la formazione specialistica è completamente a carico del SSN.

Anaa Assomed ha già illustrato in passato la potenzialità di una vera integrazione tra ospedale ed università nello sviluppo dei percorsi post-lauream, con il modello dei teaching-hospital, con regole chiare che impediscano le storture attuali. La proposta prevede un ultimo biennio di specializzazione (triennio in caso di durata di 5 anni) da svolgere in ospedali di insegnamento (**Teaching Hospital, TH**) per "imparare facendo", con un contratto di formazione-lavoro a tempo determinato, con competenze ed autonomie professionali crescenti, da svolgersi presso strutture del SSN validate, con insegnamento della parte teorica a carico delle Università. Dopo i primi anni del "tronco comune" passati "tra le mura" universitarie, il percorso prosegue con il completamento obbligatorio della formazione per 24-36 mesi in strutture prevalentemente ospedaliere che abbiano specifici requisiti mediante la stipula di un contratto ad hoc, a tempo determinato, a scopo formativo e finanziamento regionale. Questa nuova tipologia di contratto assume caratteri migliorativi rispetto al contratto attualmente impiegato secondo il quale lo specializzando è più studente che lavoratore, con assai ridotti diritti e tutele. Dopo il primo semestre passato nel TH a "imparare" e sempre affiancato a un medico tutor, nei 18/30 mesi successivi lo specializzando acquisisce graduale e piena autonomia nelle attività di base del medico specialista (guardie diurne e notturne, attività di reparto). Un medico strutturato deve essere sempre presente o comunque raggiungibile nel caso il medico in formazione/lavoro ne richieda l'intervento. Progressivamente verrebbe impiegato in attività formative di alto livello, inizialmente tutorate poi in crescente autonomia (es. sala operatoria da primo operatore, visite specialistiche, consulenze, in base ai percorsi già previsti dalla normativa vigente). Entrambi i tipi di attività (di base e di alto livello) saranno descritte in un *log book* specifico e informatizzato, con griglie di apprendimento con previsione di non conformità, in modo da caratterizzarle al meglio, tutelare il medico in formazione e garantire un elevato standard di cura. Per alcune specialità come Anestesia e Rianimazione, Radiologia e altre dell'area dell'emergenza/urgenza, si dovrà definire in ogni caso una particolareggiata *job description*.

Lo svolgimento di queste attività sarà possibile solamente in strutture qualificate appartenenti al SSN, una sorta di "rete neurale", una vera rete formativa, non esclusivamente la casa-base universitaria, con i vari snodi, le strutture accreditate, che possono essere indifferentemente ospedalieri o universitari. Le strutture della rete formativa dovranno sottostare a rigide regole di accreditamento, avere volumi di attività compatibili con percorsi di qualità professionale, qualità del Piano Nazionale Esiti, Case Mix adeguato e anche una "patente" di affidabilità circa le modalità di impiego dei loro operatori, quali un numero di contratti atipici non superiore al 2%, dotazioni organiche al completo nei precedenti 6 mesi.

L'altra proposta è quella di un modello europeo in cui la formazione medico specialistica sia totalmente a carico del SSN. Infatti, l'Italia è l'unico paese europeo nel quale l'Università ha il monopolio della formazione medico-specialistica. Il giudizio della qualità formativa universitaria, a detta degli stessi specializzandi, è spesso insufficiente e, quando confrontata con quella delle strutture del SSN, è nettamente inferiore (*Fonte: Survey Anaa Giovani 2017*).

Guardando agli altri paesi europei, gli specializzandi sono integrati e spesso dipendenti dei servizi sanitari nazionali. In Italia, sono ibridi tra studenti e lavoratori, una figura assai difficile da inquadrare nell'ottica di diritti e doveri. La nostra proposta prevedrebbe il passaggio della gestione della formazione specialistica pratica dal MIUR al Ministero della Salute, con rilascio del titolo a carico dell'Università. L'Università continuerebbe a offrire la formazione teorica agli specializzandi, che verrebbero inquadrati contrattualmente sin da subito come lavoratori, con contratto di lavoro a tempo determinato a scopo formativo, e parteciperebbe al controllo della qualità del percorso. La formazione pratica si svolgerebbe in ospedali di apprendimento con volumi minimi soglia per ogni specialità, stabiliti dalle Regioni; tra essi sarebbero

annoverati, se idonei, anche gli ospedali universitari, attualmente detentori esclusivi della formazione medica specialistica. Le tutele previdenziali e assistenziali sarebbero superiori a quelle odierne, essendo garantite da un contratto di lavoro e non da un contratto di formazione che considera i medici come studenti. Attuando questa proposta il percorso di specializzazione verrebbe suddiviso in 3 step:

1) Il percorso di specializzazione: da medico in formazione post-lauream a specializzando (primo anno)

Il primo step formativo sarebbe assimilabile all'attuale tronco comune per area medica, chirurgica, dei servizi. Il primo anno servirebbe per un approccio del giovane medico al mondo del lavoro, per cominciare la pratica medica dopo anni di studio principalmente teorico. Il giovane medico non è ancora in grado di svolgere attività specialistiche in autonomia, pertanto svolge solo attività mediche di base, seguendo le direttive del proprio tutor. La parte teorica verrebbe fornita dall'Università.

2) Il percorso di specializzazione: da specializzando ad assistente (secondo e terzo anno)

Superato il primo anno, il giovane medico guadagna la qualifica di "specializzando". Esso partecipa alle attività specialistiche proprie della materia scelta, inizialmente sempre tutorate, poi con autonomia crescente a seconda della complessità delle attività. Al termine del terzo anno, guadagna la qualifica di "assistente".

3) Il percorso di specializzazione: da assistente a specialista (quarto e quinto anno)

La figura dell'assistente sarebbe assimilabile a quella di un "quasi specialista". Il giovane medico, dopo 3 anni di formazione continua e a complessità progressiva ma sempre affiancato da un tutor nelle attività specialistiche, è quasi formato come specialista.

L'assistente acquisisce graduale e piena autonomia nelle attività specialistiche. Un tutor deve sempre essere presente e comunque raggiungibile, nel caso l'assistente ne richieda l'intervento.

Lo svolgimento di queste attività sarà possibile solamente in strutture qualificate appartenenti al SSN.

Riassunto dell'iter formativo:

1) Medico in formazione post-lauream (primo anno): nessuna autonomia.

2) Specializzando (secondo e terzo anno): attività di base con progressiva autonomia, attività specialistiche sempre tutorate.

3) Assistente (quarto e quinto anno): attività di base e attività specialistiche in autonomia, con tutor sempre disponibile in caso di bisogno.

Dovrà essere prevista, durante l'iter formativo, la possibilità di formazione all'estero, con una borsa di studio ad hoc della durata massima di 12 mesi. A scelta del medico, sarà possibile prolungare la permanenza all'estero fino a 18 mesi, ma in regime di aspettativa senza assegno.

In questo nuovo sistema formativo il tutor rappresenta una figura chiave. Troppo spesso, nell'attuale modello formativo, il tutor è solo sulla carta, senza alcun potere decisionale sulla formazione del giovane medico, ostaggio del volere del Direttore di Scuola di Specializzazione. In questo caso il tutor sarebbe uno specialista con almeno 5 anni di specializzazione ed esperienza. Dovrebbe superare un concorso su base aziendale per poter esercitare la sua funzione. Tale attività sarebbe retribuita con una voce stipendiale specifica. La sua attività sarebbe giudicata dagli specializzandi stessi e dal Direttore di Struttura ogni 3 anni, potendo perdere la qualifica se ritenuto non più idoneo.

ASPETTI CONTRATTUALI/TUTELE E DIRITTI/ASPETTI PREVIDENZIALI

Il decreto legislativo 368/99, su cui si basa il contratto di formazione specialistica, recepisce quanto contenuto nella normativa europea 93/16/CEE.

La legge attualmente in vigore non regola in maniera precisa la tipologia di inquadramento normativo contrattuale dello specializzando, lasciando uno spazio eccessivamente ampio ad equivoche interpretazioni e non rispetto dei diritti del medico in formazione.

È infatti ormai palese che la realtà sia completamente differente da quella teorizzata dalla legislazione vigente: lo specializzando, in diverse circostanze, si ritrova a svolgere un ruolo sostitutivo del personale di ruolo per cause attribuibili a carenze croniche di organico delle aziende universitarie od ospedaliere, a non vedere rispettati i diritti lavorativi, a cominciare da quelli su malattia e di monte orari settimanale.

Essendo considerato al pari di uno studente, è in una posizione di netta inferiorità rispetto al Direttore di Scuola di Specializzazione e/o al tutore, dei quali spesso subisce le direttive e anche se non concorde, non ne esplicita la contrarietà, per paura di facili ritorsioni alla sua carriera agli esordi. Infatti lo studente-specializzando non ha alcun tipo di possibilità di difesa in quanto la legge, diversamente dai lavoratori, non ne prevede tutele. Non ha diritti propri del lavoratore perché non ha un rapporto di lavoro, eppure è tenuto a rispettarne tutti i doveri, soprattutto di responsabilità professionale.

A tal proposito, si sottolinea che la normativa vigente lascia un gap, tramutatosi in un vero e proprio vuoto interpretativo colmato da alcune sentenze della Cassazione, circa il concetto di autonomia vincolata, labile perimetro di operatività clinica e assistenziale del medico specializzando, tra figura tutoriale non sempre ben identificata, codificata e strutturata, e carenze croniche di personale in cui lo specializzando esercita de facto un ruolo assistenziale (medico chirurgico, e di responsabilità professionale).

Lo specializzando deve partecipare personalmente alle attività e responsabilità per ottenere il diploma di specialista.

L'art. 20 comma 1, del D.lgs 368/99), prevede che ***l'ottenimento del diploma di medico chirurgo specialista sia subordinato***, oltre che ad altre condizioni, ***alla "partecipazione personale del medico chirurgo candidato alla specializzazione, alle attività e responsabilità proprie della disciplina"***.

Per meglio definire il ruolo e le responsabilità legali del medico in formazione, interviene il d.lgs. 502 del 1992 il cui articolo 16, proprio in tema di formazione medica, sottolinea come la formazione medica comporti ***"la graduale assunzione di compiti assistenziali e l'esecuzione di interventi con autonomia vincolata alle direttive ricevute dal medico responsabile della formazione"***. La stessa norma stabilisce, inoltre, che la ***"formazione comporta l'assunzione delle responsabilità connesse all'attività svolta"***.

Nel contratto di formazione specialistica, all'articolo 3 comma 1, si evidenzia: ***L'Università e la Regione garantiscono al medico in formazione specialistica la partecipazione guidata alla totalità delle attività mediche dell'unità operativa presso la quale è assegnato, nonché la graduale assunzione di compiti assistenziali e l'esecuzione di interventi con autonomia vincolate alle direttive ricevute dal tutore, in coerenza al processo formativo"***. Si specifica: ***"L'attività del medico in formazione specialistica deve essere comunque coerente con il percorso formativo."*** Si rimarca: ***"In nessun caso l'attività del medico in formazione specialistica è sostitutiva di quella del personale di ruolo."***

Lo specializzando: un non lavoratore per il SSN, ma con un contratto annuale rinnovabile dall'Università, stipulato con Regione e Università.

L'art. 37 del D.lgs. 368/99 prevede **l'iscrizione alle scuole universitarie di specializzazione in medicina e chirurgia con la stipula di un contratto annuale, rinnovabile.**

Questo impianto rende lo specializzando sostanzialmente esposto a ricatti e soprusi. Infatti basta che il medico in formazione non superi l'esame annuale di passaggio all'anno successivo, per perdere la qualifica di specializzando ed essere di fatto espulso dalla specializzazione, perdendo e rendendo vano quanto fatto fino ad allora. Il Direttore è l'unico a decidere del giudizio dell'esame. Si evince, dunque, come il rapporto di forza tra Direttore di Scuola di Specializzazione e specializzando sia talmente sbilanciato a favore del primo, che difficilmente il secondo possa psicologicamente non accettarne le direttive, anche se incongrue al suo livello di perizia e diligenza o ai dettami della buona pratica clinica.

Il ruolo della Regione nella stipula del contratto di formazione specialistica è enunciato nell'articolo 2 comma 2, in cui ***“L'Università e la Regione si impegnano a far seguire il medico in formazione specialistica da un tutore, designato annualmente dal Consiglio della scuola, che non potrà seguire più di tre medici in formazione.”***

Tuttavia a tal proposito non si evidenzia come si espliciti questo impegno, se non ad un implicito “permesso” ad esercitare nelle strutture ospedaliere non universitarie della rete formativa, e alla possibilità che tale tutor non sia inquadrato nei ruoli universitari (professore associato, ordinario, ricercatore, assegnista, dottorando), e nell'articolo 3 comma 1, in cui ***“ l'Università e la Regione garantiscono al medico in formazione specialistica la partecipazione guidata alla totalità delle attività mediche dell'unità operativa presso la quale è assegnato, nonché la graduale assunzione di compiti assistenziali e l'esecuzione di interventi con autonomia vincolate alle direttive ricevute dal tutore, in coerenza al processo formativo”***. Università e Regione quindi si impegnano a far partecipare lo specializzando alle attività lavorative, ma non vi è una chiara e univoca esplicitazione dell'impegno che assumono nel far rispettare le condizioni lavorative nella rete formativa messa a disposizione (a cominciare da badge di riconoscimento, accesso alla mensa e ai parcheggi).

L'articolo 37 del Dllgs 568/99 inoltre precisa che **“il contratto [...] non determina l'instaurazione di alcun rapporto di lavoro.**

A tal proposito, si prefigurano le storture interpretative del contratto di formazione specialistica sui diritti lavorativi di un non-lavoratore sulla carta ma di un lavoratore de facto nelle strutture ospedaliere. A tal proposito si ricorda la recentissima nota Miur inviata ai Rettori, resasi necessaria per univocamente definire la differenza tra “assenze per motivi personali” e malattia, tanto era la differente applicazione tra Atenei e tra Scuole di Specializzazione.

Infatti l'articolo 1 comma 4 del contratto di formazione specialistica indica che ***“ Non determinano interruzione della formazione, né sospensione del trattamento economico, le assenze per motivi personali preventivamente autorizzate, che non superino i trenta giorni lavorativi complessivi nell'anno di pertinenza del presente contratto e che non pregiudichino il raggiungimento degli obiettivi formativi.”***

Il Miur ha dovuto specificare che: **“gli “impedimenti temporanei inferiori a quaranta giorni lavorativi consecutivi non rientrano tra le assenze per motivi personali [...] in quanto gli stessi, debitamente certificati, sono da ritenersi giustificati ex se in applicazione dei principi generali dell'ordinamento giuridico”**.

Lo specializzando non sostituisce il personale di ruolo

L'art. 38 del D.Lgs. 368/99 e l'articolo 3 comma 1 del contratto di formazione specialistica impongono la non sostituzione del personale di ruolo da parte dello specializzando: **“ In nessun caso l'attività del medico in formazione specialistica è sostitutiva del personale di ruolo”**.

Tuttavia non viene specificata né regolamentata la responsabilità del medico in formazione nel merito di guardie notturne e pronte disponibilità, se non per indiretta assunzione della costante presenza del tutor, e/o della insostituibilità del personale di ruolo.

Lo specializzando deve adempiere alle attività didattiche teoriche e pratiche.

Con la sottoscrizione del contratto, **il medico in formazione specialistica “si impegna a seguire, con profitto, il programma di formazione svolgendo le attività teoriche e pratiche previste dagli ordinamenti e regolamenti didattici [...]”**

Tuttavia non è prassi organica e abituale delle scuole di specializzazione né delle strutture ospedaliere organizzare attività di formazione teoriche e pratiche/simulate. Non esistono attualmente modalità omogenee e uguali di verifica e certificazione delle attività pratiche previste dai regolamenti didattici, creando delle disuguaglianze nella formazione pratica (problematica particolarmente accentuata nella Scuole di Specializzazione di Area Chirurgica).

L'articolo 4 del contratto di formazione specialistica indica , nel comma 1, che "Il medico in formazione specialistica si impegna ad assolvere un programma settimanale complessivo da ripartirsi tra attività teoriche e pratiche, secondo quanto stabilito dall'ordinamento didattico della scuola" e nel comma 2 che "L'impegno richiesto per la formazione specialistica è pari a quello previsto per il personale medico del Servizio sanitario nazionale a tempo pieno".

L'articolo 4 rappresenta dunque il punto del contratto sostanzialmente meno verificato, applicato e rispettato, alla luce della prassi quotidiana vissuta dalla maggior parte degli specializzandi, con distribuzione del fenomeno a macchia di leopardo sul territorio nazionale.

Infatti le attività teoriche non sempre vengono erogate, così come la possibilità di partecipare a convegni, seminari ed iniziative inerenti alla propria formazione.

Vien da chiedersi come si possa verificare il rispetto del monte orari settimanale dello specializzando se non vengono riconosciuti in modo uniforme sulle strutture ospedaliere nazionali l'utilizzo di badge per timbrare orari di ingresso e di uscita da parte degli specializzandi.

Lo specializzando e il tutore: l'autonomia vincolata.

Il ruolo del medico responsabile della formazione (tutore) è guidare lo specializzando in ogni attività formativa e assistenziale, fornire direttive mirate ad una graduale autonomia nell'esecuzione di compiti assistenziali e interventi.

L'articolo 38 del D.Lgs. 368/99 e il sopracitato articolo 16 del D.Lgs 506 impongono la figura del medico responsabile della formazione (o tutore), che esercita un ruolo attivo nella formazione e nell'attività svolta dallo specializzando e nella sua formazione:

"Ogni attività formativa e assistenziale dei medici in formazione specialistica si svolge sotto la guida di tutori [...]" (art. 38, comma 1).

Questa figura, indicata anche nel contratto di formazione specialistica all'articolo 2 comma 2: ***"L'Università e la Regione si impegnano a far seguire il medico in formazione specialistica da un tutore, designato annualmente dal Consiglio della scuola, che non potrà seguire più di tre medici in formazione."***

Quindi da un lato, si chiede la presenza costante del tutore, e dall'altro si evince come un tutore debba seguire non più di tre medici in formazione. È evidente quindi che se un tutore segue più di uno specializzando, almeno uno specializzando esercita in autonomia e senza la supervisione del tutor. La norma non distingue la differenza tra specializzando che necessita attività tutoriale intensa (primo anno) e specializzando ormai autonomo e pronto a svolgere attività assistenziale autonomamente, seppur sotto supervisione diretta o indiretta, verifica e pronta disponibilità del tutore ad intervenire per coadiuvare (quarto o quinto anno).

Il comma 3 dell'art. 38 inoltre precisa che **"la formazione del medico specialista implica la partecipazione guidata alla totalità delle attività mediche dell'unità operativa [...] nonché la graduale assunzione di compiti assistenziali e l'esecuzione di interventi con autonomia vincolate alle direttive ricevute dal tutore [...]"**.

Il medico specializzando non è un mero esecutore di ordini, ma è titolare di una posizione di garanzia nei confronti del paziente affidato alle sue cure e risponde degli eventi dannosi verificatisi per l'inosservanza delle leggi dell'arte medica, mentre il medico tutore risponde del mancato controllo delle attività svolte dallo specializzando sotto la sua direzione.

Il personale svolgimento di attività operatoria da parte dello specializzando comporta l'assunzione diretta, anche da parte sua, della posizione di garanzia nei confronti del paziente, condivisa con quella che fa capo a chi impartisce le direttive (secondo i rispettivi ambiti di pertinenza e incidenza), sicché anche su di lui incombe l'obbligo dell'osservanza delle *leges artis*, che hanno per fine la prevenzione del rischio non consentito o dell'aumento del rischio, con la conseguenza che non lo esime da responsabilità la passiva acquiescenza a una direttiva sbagliata, avendo egli l'obbligo di astenersi dall'operare.

Del reato commesso dal medico specializzando, esecutore materiale dell'intervento chirurgico, risponde anche il tutore cui lo specializzando è affidato, il quale, allontanandosi durante l'operazione, viene meno all'obbligo di partecipazione diretta agli atti medici posti in essere dallo specializzando a lui affidato.

Nonostante l'importanza dei tutori, questa figura non viene codificata con un inquadramento contrattuale preciso da parte delle aziende ospedaliere, né vengono sottoposti ad una selezione e formazione accurata, trasparente ed uniforme sul territorio nazionale, delegando allo spirito di servizio e di volontariato del personale ospedaliero l'onere di questa figura, spesso non vista dal personale medico come importante e di qualità, ma come un peso e un fastidio con cui convivere.

Non esistendo delle norme più precise e più stringenti in materia di autonomia e responsabilità nel rapporto tra specializzando, tutore, Università e struttura ospedaliera, è la giurisprudenza a colmare questo gap.

Per Cassazione, il medico specializzando risponde pienamente, secondo i criteri di colpa, della salute del paziente affidato alle sue cure, ed ha l'obbligo di rifiutare l'investitura di prestazioni rispetto alle quali si senta impreparato (Cass. Pen. Sez. IV 6 ottobre 1999, n. 13389).

Se lo specializzando accetta di svolgere ed espletare l'incarico, il concreto e personale espletamento dell'attività da parte dello specializzando "comporta l'assunzione diretta, anche da parte sua, della posizione di garanzia nei confronti del paziente, condivisa con quella che fa capo a chi le direttive impartisce".

Ne consegue l'obbligo, da parte del medico in formazione, di segnalare eventuali errori od omissioni e rifiutare di avallare terapie che, secondo il livello di perizia e diligenza da lui esigibile, appaiano palesemente incongrue (Cfr. Cass., pen., Sez. IV, 10 luglio 2008, n. 32424).

A rafforzare quanto già affermato dalla Cassazione, è intervenuta anche la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCEO) con la circolare del 25 maggio 2001, con la quale si afferma che "lo specializzando [...] non deve prestare passiva acquiescenza alla direttiva del docente qualora non sia in grado, per scarsa esperienza, di assolvere con competenza alla direttiva medesima".

Nell'art. 38 del D.Lgs. 368/99 si richiama la "graduata assunzione di compiti assistenziali e l'esecuzione di interventi con autonomia vincolata alle direttive ricevute dal tutore". Nello specifico per il medico in formazione si tratta di "autonomia vincolata", ovvero un'autonomia caratterizzata da limitati margini di azione e svolta sotto le direttive del tutore (Cfr. Cass., pen., Sez. IV, 10 luglio 2008, n. 32424). Se lo specializzando non si ritiene in grado di compierle, deve rifiutarle perché diversamente se ne assume la responsabilità (c.d. colpa "per assunzione").

Secondo quanto confermato dalla sentenza Cass. pen., sez. IV, 16 febbraio 2010, n. 6215, l'art. 20 del D.Lgs 368/99 «consente di affermare che il medico specializzando non è un mero spettatore esterno, un discente estraneo alla comunità ospedaliera; egli infatti partecipa alle "attività e responsabilità" che si svolgono nella struttura dove si svolge la sua formazione». Il ruolo "attivo" dello specializzando è dunque testimoniato dall'inciso «responsabilità» evocato dall'art. 20 del D.Lgs 368/99.

Riguardo alla figura del tutore, esso non deve solo fornire allo specializzando le sue direttive ma deve, altresì, controllarne le attività pur autonomamente svolte, deve verificare i risultati e consentirgli, quindi, di apprendere quanto la formazione è idonea per il futuro svolgimento autonomo della professione specializzata verificando la correttezza delle attività svolte. (Cfr. Cass., pen., Sez. IV, 10 luglio 2008, n. 32424).

Il medico in formazione appare dunque responsabile delle azioni che compie secondo i principi dell'*autonomia vincolata* e della *colpa per assunzione*.

Legge Gelli: lo specializzando ha responsabilità al pari del medico dipendente ospedaliero.

La recente Legge Gelli-Bianco (legge n.24 del 8/03/2017) che riforma la "responsabilità medica", il medico specializzando, al pari del medico dipendente ospedaliero, risponde per responsabilità di tipo extracontrattuale (spetta al paziente l'onere della prova) per colpa lieve, con possibilità di rivalsa da parte dell'azienda ospedaliera in caso di colpa grave; quindi è chiamato ad assicurarsi solo per colpa grave. Nel contratto di formazione specialistica, all'articolo 6 comma 4, si evince come "**L'azienda sanitaria, presso la quale il medico in formazione specialistica svolge attività formativa, provvede, con oneri a proprio carico, alla copertura assicurativa dei rischi professionali, per la responsabilità civile contro terzi e**

gli infortuni connessi all'attività assistenziale svolta dal medico medesimo nelle proprie strutture, alle stesse condizioni del proprio personale". Su questo aspetto quindi si rimarca come lo specializzando sia de facto equiparato al personale sanitario di ruolo in termini di rischio professionale e responsabilità.

Con la legge Gelli-Bianco emerge la *colpa per assunzione* che affonda le sue radici nel cosiddetto dovere di diligenza, che si applica a tutti i medici e di conseguenza anche ai medici in formazione: tale dovere impone un obbligo di astensione da una determinata azione, in quanto porla in essere comporterebbe un rischio elevato di realizzazione di reato colposo a causa di non sufficiente esperienza o competenza per espletare prestazioni o attività che richiedano particolari cognizioni tecniche. Per cui lo specializzando che incorra in errore operatorio, provocando la morte o una lesione al paziente, sarà chiamato a rispondere del reato di omicidio o della meno grave ipotesi lesiva, in quanto attore di una manovra che non era in grado di espletare in autonomia. La giurisprudenza ha più volte ed in diverse occasioni ribadito come la partecipazione da parte dello specializzando all'attività operatoria di cui all'art. 38 D.Lgs. n. 368/1999, sebbene si svolga sotto le direttive del docente, non esclude l'assunzione di responsabilità diretta da parte dello stesso specializzando secondo i rispettivi ambiti di competenza, pertinenza ed incidenza.

Dalle riflessioni qui sopra riportate, appare più che mai urgente una profonda revisione del contratto di formazione e di un decreto legislativo, il 368/99, che ha ormai compiuto 20 anni, e rischia, soprattutto alla luce delle nuove normative vigenti in materia di responsabilità professionale, di apparire obsoleto e non al passo con i tempi.

Contribuzione

Articolo 6 comma 2 del contratto di formazione specialistica: **"Il medico in formazione specialistica ai fini previdenziali è iscritto alla gestione separata di cui all'art. 2, comma 26, della legge 8 agosto 1995, n. 335"**.

A ciò si aggiunge la contribuzione ENPAM che lo specializzando versa in quanto iscritto all'Ordine dei Medici.

OLTRE IL D.LGS 568/99: LE SOLUZIONI ANAAO ASSOMED

1) Formazione-lavoro nei Teaching Hospital nell' ultimo biennio

L'ultimo biennio di specializzazione (triennio in caso di durata di 5 anni) viene svolto in ospedali di insegnamento (*Teaching Hospital, TH*) per "imparare facendo", con un contratto di formazione-lavoro a tempo determinato, con competenze ed autonomie professionali crescenti, da svolgersi presso strutture del SSN validate, con insegnamento della parte teorica a carico delle Università.

La proposta nello specifico prevede, dopo gli anni del "tronco comune" passati "tra le mura" universitarie, il completamento obbligatorio della formazione per 24-36 mesi in strutture prevalentemente ospedaliere che abbiano specifici requisiti mediante la stipula di un contratto ad hoc, a tempo determinato, a scopo formativo e finanziamento regionale. Questa nuova tipologia di contratto assume caratteri migliorativi rispetto al contratto attualmente impiegato (unicum tra i grandi paesi europei) secondo il quale lo specializzando è più studente che lavoratore, con assai ridotti diritti e tutele.

Dopo il primo semestre passato nel TH a "imparare" e sempre affiancato a un medico tutor, nei 18/30 mesi successivi lo specializzando acquisisce graduale e piena autonomia nelle attività di base del medico specialista (guardie diurne e notturne, attività di reparto). Un medico strutturato deve essere sempre presente o comunque raggiungibile nel caso il medico in formazione/lavoro ne richieda l'intervento.

Progressivamente verrebbe impiegato in attività formative di alto livello, inizialmente tutorate poi in crescente autonomia (es. sala operatoria da primo operatore, visite specialistiche, consulenze, in base ai percorsi già previsti dalla normativa vigente). Entrambi i tipi di attività (di base e di alto livello) saranno descritte in un *log book* specifico e informatizzato, con griglie di apprendimento con previsione di non conformità, in modo da caratterizzarle al meglio, tutelare il medico in formazione e garantire un elevato standard di cura. Per alcune specialità come Anestesia e Rianimazione, Radiologia e altre dell'area dell'emergenza/urgenza, si dovrà definire in ogni caso una particolareggiata *job description*.

Lo svolgimento di queste attività sarà possibile solamente in strutture qualificate appartenenti al SSN, una sorta di "rete neurale", una vera rete formativa, non esclusivamente la casa-base universitaria, con i vari snodi (le strutture accreditate) che possono essere indifferentemente ospedalieri o universitari. Le strutture della rete formativa dovranno sottostare a rigide regole di accreditamento, dovrebbero avere volumi di attività compatibili con percorsi di qualità professionale, qualità del Piano Nazionale Esiti, Case Mix adeguato e anche una "patente" di affidabilità circa le modalità di impiego dei loro operatori, quali un numero di contratti atipici non superiore al 2%, dotazioni organiche al completo nei precedenti 6 mesi.

I risvolti economici della proposta formativa sopradescritta

Si propone un cofinanziamento Stato/Regioni degli ultimi anni di specializzazione. Calcolando due anni (e valutando il numero medio di specializzandi per anno in 6110, media dei contratti MIUR degli ultimi anni), la proposta consentirebbe allo Stato il risparmio di 158,86 milioni di euro (79,43 milioni per anno, cioè il 50% del finanziamento attuale) che diviso 76.000 euro (nuovo costo statale di una borsa quadriennale) permetterebbe la stipula di 2090 nuove borse di durata quadriennale. In carico alle Regioni rimarrebbe il finanziamento della quota parte dei contratti di formazione lavoro conseguentemente all'impegno dello specializzando nelle strutture sanitarie.

L'inquadramento contrattuale

È chiaro che la proposta dovrebbe passare attraverso un nuovo inquadramento contrattuale dei medici in formazione, che garantisca loro piene tutele previdenziali e assistenziali, nell'area della dirigenza medica come "dirigente medico in formazione". La retribuzione potrebbe essere quella base del CCNL della dirigenza medica.

2) Il modello europeo: La formazione medico specialistica totalmente a carico del SSN

L'Italia è l'unico paese europeo nel quale l'Università ha il monopolio della formazione medico-specialistica. Il giudizio della qualità formativa universitaria, a detta degli stessi specializzandi, è spesso insufficiente e, quando confrontata con quella delle strutture del SSN, è nettamente inferiore (*Fonte: Survey ANAAO Giovani 2017*).

Guardando agli altri paesi europei, gli specializzandi sono integrati e spesso dipendenti dei servizi sanitari nazionali. In Italia, sono ibridi tra studenti e lavoratori, una figura assai difficile da inquadrare nell'ottica di diritti e doveri. La nostra proposta prevedrebbe il passaggio della gestione della formazione specialistica pratica dal MIUR al Ministero della Salute, con rilascio del titolo a carico dell'Università. L'Università continuerebbe a offrire la formazione teorica agli specializzandi, che verrebbero inquadrati contrattualmente sin da subito come lavoratori, con contratto di lavoro a tempo determinato a scopo formativo, e parteciperebbe al controllo della qualità del percorso. La formazione pratica si svolgerebbe in ospedali di apprendimento con volumi minimi soglia per ogni specialità, stabiliti dalle Regioni; tra essi sarebbero annoverati, se idonei, anche gli ospedali universitari, attualmente detentori esclusivi della formazione medica specialistica.

Le tutele previdenziali e assistenziali sarebbero superiori a quelle odierne, essendo garantite da un contratto di lavoro e non da un contratto di formazione che considera i medici come studenti.

Il percorso di specializzazione: da medico in formazione post-lauream a specializzando (primo anno)

Il primo step formativo sarebbe assimilabile all'attuale tronco comune per area medica, chirurgica, dei servizi. Il primo anno servirebbe per un approccio del giovane medico al mondo del lavoro, per cominciare la pratica medica dopo anni di studio principalmente teorico. Il giovane medico non è ancora in grado di svolgere attività specialistiche in autonomia, pertanto svolge solo attività mediche di base, seguendo le direttive del proprio tutor. La parte teorica verrebbe fornita dall'Università.

Il percorso di specializzazione: da specializzando ad assistente (secondo e terzo anno)

Superato il primo anno, il giovane medico guadagna la qualifica di “specializzando”. Esso partecipa alle attività specialistiche proprie della materia scelta, inizialmente sempre tutorate, poi con autonomia crescente a seconda della complessità delle attività. Al termine del terzo anno, guadagna la qualifica di “assistente”.

Il percorso di specializzazione: da assistente a specialista (quarto e quinto anno)

L’assistente, nella lingua italiana, è un “titolo di varie attività professionali o a queste assimilabili, che si esplicano in un’opera di coadiuvazione tecnica con il titolare o responsabile principale dell’attività stessa” (definizione tratta da *Vocabolario online Treccani*).

La figura dell’assistente sarebbe assimilabile a quella di un “quasi specialista”. Il giovane medico, dopo 3 anni di formazione continua e a complessità progressiva ma sempre affiancato da un tutor nelle attività specialistiche, è quasi formato come specialista.

L’assistente acquisisce graduale e piena autonomia nelle attività specialistiche. Un tutor deve sempre essere presente e comunque raggiungibile, nel caso l’assistente ne richieda l’intervento.

Lo svolgimento di queste attività sarà possibile solamente in strutture qualificate appartenenti al SSN.

Riassunto dell’iter formativo:

- 1) Medico in formazione post-lauream (primo anno): nessuna autonomia
- 2) Specializzando (secondo e terzo anno): attività di base con progressiva autonomia, attività specialistiche sempre tutorate
- 3) Assistente (quarto e quinto anno): attività di base e attività specialistiche in autonomia, con tutor sempre disponibile in caso di bisogno

Dovrà essere prevista, durante l’iter formativo, la possibilità di formazione all’estero, con una borsa di studio ad hoc della durata massima di 12 mesi. A scelta del medico, sarà possibile prolungare la permanenza all’estero fino a 18 mesi, ma in regime di aspettativa senza assegno.

La figura del tutor: il rilancio del medico del SSN

Il tutor è una figura chiave del nuovo sistema formativo da noi proposto. Troppo spesso, in quello attuale, il tutor è solo sulla carta, senza alcun potere decisionale sulla formazione del giovane medico, ostaggio del volere del Direttore di Scuola di Specializzazione.

Tutor sarebbe uno specialista con almeno 5 anni di specializzazione ed esperienza. Dovrebbe superare un concorso su base aziendale per poter esercitare la sua funzione. Tale attività sarebbe retribuita con una voce stipendiale specifica. La sua attività sarebbe giudicata dagli specializzandi stessi e dal Direttore di Struttura ogni 3 anni. Può perdere la qualifica se ritenuto non più idoneo.

3) Il doppio canale formativo

È una proposta “salvagente”, ovvero è quella, tra le tre elencate, che può servire a risolvere il problema dell’imbuto formativo ma che rischia di creare disequilibrio formativo tra gli stessi medici in formazione (una parte a carico del MIUR, una parte a carico delle Regioni).

Il 28 febbraio 2018, a pochi giorni dalla scadenza della XVII legislatura nazionale, è stato siglato un “accordo preliminare in merito all’intesa prevista dall’articolo 116, terzo comma, della Costituzione”, tra il Governo della Repubblica Italiana e le Regioni Lombardia, Veneto, Emilia Romagna. All’articolo 2 dell’allegato “Salute”, sono presenti numerose aperture riguardo a una maggiore autonomia delle Regioni riguardo la specializzazione dei medici. Oltre alla possibilità di aumentare i contratti di formazione specialistica “classici”, le Regioni potrebbero prevedere un “canale alternativo”, ovvero assumere medici con contratto di lavoro ed iscriverli in soprannumero alle scuole di specializzazione. Tale proposta, già presente nell’articolo 22 del Patto per la Salute di qualche anno fa, era stata accantonata per vari motivi, tra i quali spiccava l’inquadramento contrattuale dei giovani medici nell’area del comparto: una soluzione inaccettabile. Anaa

Assomed potrebbe prendere in considerazione la proposta, a patto che vengano rispettate tre *conditio sine qua non*.

Il *primo punto* fermo e imprescindibile: i medici in formazione non devono mai essere sostitutivi del personale di ruolo, ma sempre aggiuntivi ad esso. Se un'unità operativa dovesse rientrare nei canoni voluti dall'accREDITAMENTO per la formazione specialistica per adeguati volumi di attività ma non dovesse avere personale dedicato, semplicemente non potrà avere medici in formazione.

Il *secondo punto*: il medico in formazione deve essere inquadrato nell'area della dirigenza medica, con la qualifica di "dirigente medico in formazione", con retribuzione e job description definite nel CCNL. Una volta ottenuta la specializzazione, potrà accedere ai ruoli del SSN tramite concorso pubblico.

Il *terzo punto*: il numero di medici in formazione specialistica che accedono al "doppio canale" non può superare la differenza tra fabbisogni specialistici espressi ogni 3 anni dalle Regioni e contratti stanziati dal MIUR. Appare chiaro che il percorso deve prevedere aspetti di tipo formativo concordati con l'università per il principio di equivalenza dei titoli.

L'Osservatorio Nazionale verifica e monitora il possesso ed il mantenimento degli standard e requisiti delle Scuole di Specializzazione di area sanitaria e verifica la qualità del percorso formativo specialistico, di concerto con gli omologhi Osservatori Regionali, a cui le progressive modifiche della normativa hanno conferito sempre maggiori competenze nel censimento ed approvazione delle strutture inserite nelle reti formative sul territorio.

La valutazione quantitativa e qualitativa delle strutture e della rete formativa delle Scuole di Specializzazione consiste nella verifica del possesso nel tempo degli standard e dei requisiti stabiliti per le Scuole di Specializzazione, nonché nell'utilizzo degli indicatori per valutare l'attività formativa ed assistenziale di cui al comma 3 dell'Art. 3 del DIM n.68/2015.

RUOLO DEGLI OSSERVATORI (NAZIONALE E REGIONALI) PER LA FORMAZIONE SPECIALISTICA

L'osservatorio Nazionale del MIUR e le sue declinazioni regionali, istituiti con l'entrata in vigore della 368/99, hanno nei primi anni di attività (pur con alcune lampanti eccezioni, come il caso del Friuli Venezia Giulia dove, a più di 10 anni di distanza non è mai stato convocato una singola volta) lavorato con impegno e costanza. Risulta però evidente come questo slancio iniziale sia andato negli ultimi tempi disperdendosi. Alcuni osservatori regionali risultano, ad oggi, esistenti solamente sulla carta, mentre l'Osservatorio Nazionale è stato protagonista di frizioni importanti a diversi livelli, avvallando in alcune situazioni standard formativi totalmente distanti dalla realtà.

Perché questi organismi possano efficacemente svolgere la funzione loro assegnata, va necessariamente potenziato lo strumentario a loro disposizione, ivi inclusi:

- strumenti diretti (site visit) da eseguirsi NON a discrezione delle Università che li richiedono, ma con tempistiche, modalità ed ovviamente destinazioni individuate dall'Osservatorio stesso, ivi intesa anche la rappresentanza dei Medici in formazione, oltre che sulla base di segnalazioni RIPETUTE (anche in forma anonima) di criticità in una particolare scuola.
- strumenti indiretti come la somministrazione periodica ed a campione di questionari anonimi rivolti ai medici in formazione, volti ad intercettare l'effettivo utilizzo delle reti formative impiegate, i volumi di attività reali oltre che il rispetto di quanto previsto dalla 368/99 in materia di malattia, assenze giustificate, impiego delle risorse per la formazione aggiuntiva.

L'efficacia di questi strumenti di controllo non può prescindere dalla possibilità di convocazione frequente degli Osservatori stessi.

Si impone quindi la modifica dei regolamenti che prevedono convocazioni semestrali oppure "a la demande" qualora la maggioranza più uno dei componenti ne richieda la convocazione, dando maggior peso alle eventuali richieste di convocazione avanzate dai rappresentanti dei medici in formazione. Opportuno valutare la possibilità che in un numero definito di volte (una o due all'anno) gli Osservatori possano essere convocati sulla base della sola richiesta delle rappresentanze dei medici in formazione.

Si impone, inoltre, un censimento delle attività degli OR istituiti, convocati e realmente funzionanti per valutare eventuali correttivi a quelle situazioni di perdurante stagnazione, sino a valutarne lo scioglimento e sostituzione.

Per rendere quindi più efficaci le azioni degli osservatori si propongono modifiche al DM 68/2015 in materia di requisiti per le strutture accreditate alla formazione specialistica, col fine ultimo di migliorare la qualità tutta della formazione medica *post-lauream*; in dettaglio:

Articolo 1 Premesse Generali

Visto inoltre quanto previsto dall'art. 44 del D.lgs. 368/99 è richiesta l'istituzione ed il corretto funzionamento in tutte le Regioni sedi di Scuole di Specialità di Area Medica degli Osservatori Regionali per la formazione specialistica. I sopracitati osservatori andranno convocati con cadenza regolare nella misura minima di 4 incontri per ciascun anno solare. Essi, inoltre, potranno essere convocati ogni qualvolta almeno 3 dei suoi componenti ne facciano richiesta. La richiesta andrà presentata in forma scritta al direttore dell'Osservatorio Regionale (e per conoscenza al Direttore dell'Osservatorio Nazionale) ed andrà evasa entro 30 giorni. In assenza di convocazione entro i termini indicati il Direttore dell'Osservatorio Nazionale provvederà alla convocazione.

Articolo 6 Condizioni per l'istituzione e/o la conferma dell'accreditamento della Scuola di Specializzazione

DA

La consistenza della rete formativa viene certificata dal Rettore dell'Ateneo sede della Scuola, previa verifica delle condizioni indicate nel seguente prospetto:

A

La consistenza della rete formativa viene certificata dall'Osservatorio Regionale per la formazione specialistica di riferimento, con delibera **UNANIME**, su istanza del Rettore di Ateneo sede della Scuola, previa verifica delle condizioni indicate nel seguente prospetto...

Articolo 7 Monitoraggio periodico

Strumenti indiretti

I questionari elaborati di concerto tra i membri dell'Osservatorio Nazionale, dovranno avere l'approvazione della maggioranza dei componenti dell'Osservatorio Nazionale medesimo, oltre che della maggioranza dei rappresentanti dei Medici in formazione, per essere somministrati.

La somministrazione verrà effettuata tramite questionari digitali su portale del MIUR, con accesso che non preveda nessuna registrazione di dati diversi da quelli della sola compilazione, né dei dati di connessione (IP), ed i dati raccolti saranno accessibili, anche durante la fase di raccolta, a TUTTI i componenti dell'Osservatorio Nazionale.