SANITANOVA
Governance Learning Management

Il Sole 24 ORE

Sanità

SANITANOVA
Governance Learning Management

Anno XVII - n. 32-33
Poste Italiane Sped. in A.P.
D.L. 353/2003 conv. L. 46/2004,
art. 1, c. 1, DCB Roma

Settimanale
16-22 settembre 2014
www.24oresanita.com

MEDICI/ L'analisi e le proposte di «Anaao giovani» tra un passato fallimentare e un presente al buio

Perché la formazione è un flop

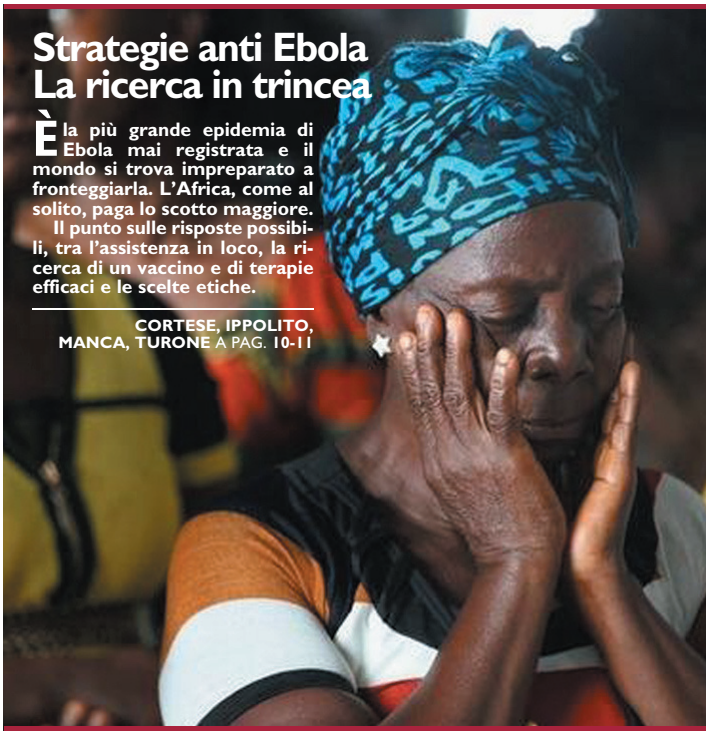
Le priorità: più programmazione, dati certi, nuovo test d'ingresso e teaching hospital

Una riforma del test d'ingresso legata al concetto di numero programmato e a quello più generale di «programmazione». Per offrire un valido sbocco professionale ai camici bianchi e frenare la «fuga» dei giovani. Ridefinire le modalità dei quiz con un'attenzione alla valutazione «vocazionale» e attitudinale, garantendo un rapporto ottimale tra studenti e strutture di formazione e modulato sulle uscite pensionistiche. Puntare sul tirocinio «professionalizzante» e sui teaching hospital per «imparare facendo». Riorganizzare la macchina dei contratti di specializzazione. Il tutto a partire dalla «cultura del dato», che rappresenta l'anno zero da cui ricominciare per analizzare il problema formazione medica in un'ottica di sistema. È la ricetta dell'Anaao giovani, che analizza i come e i perché del flop italiano.

A PAG. **2-3**

Rinuncia al ricambio decisa per decreto

SIMONETTI A PAG. **4**



Strategie anti Ebola La ricerca in trincea

È la più grande epidemia di Ebola mai registrata e il mondo si trova impreparato a fronteggiarla. L'Africa, come al solito, paga lo scotto maggiore.
Il punto sulle risposte possibili, tra l'assistenza in loco, la ricerca di un vaccino e di terapie efficaci e le scelte etiche.

CORTESE, IPPOLITO, MANCA, TURONE A PAG. **10-11**

LA MANOVRA

Ancora brividi da spending

Muro di Lorenzin e Governatori - Contratti, il blocco scotta

Renzi vuole una spending da 20 mld e la sanità trema, anche se Lorenzin e Regioni fanno muro. Mentre sul blocco dei contratti nella Pa per altri 3 anni i sindacati sono sul piede di guerra, pronti alla mobilitazione generale. Arriva un autunno caliente, in attesa della Stabilità 2015.

A PAG. **5**

Standard in corsia

Nell'inserto il Regolamento sulla definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi degli ospedali.

INSERTO A PAG. **I-XVI**

PROGRAMMA 2014

Linee guida di buon sangue

Produzione di plasmaderivati solo con l'accreditamento

Via libera dalla Stato-Regioni al Programma 2014 per l'autosufficienza del sangue e dei suoi prodotti. Il monito: i centri regionali provvedano ad accreditarsi entro dicembre, pena l'impossibilità di produrre plasmaderivati. Risorse per 2,2 mln.

A PAG. **7**

Il riparto dei fondi

870.409,00	ai centri regionali
596.188,00	all'emovigilanza
706.688,00	alla qualità

QUADERNO

IN ALLEGATO

Ricette salutari contro la crisi

Il faro domestico per un Ssn equo e solidale è quel Patto per la salute che nelle intenzioni di ministero e governatori dovrebbe rimetterci in carreggiata, tra appropriatezza, lotta agli sprechi, mix di riordini ed equità di accesso. Sempre che il Patto regga ai marosi della spending. E, che regga, c'è da auspicarlo. Anche perché le ricette dettate dagli esperti di oltrefrontiera dicono che quello, anche per l'Italia, sarebbe il giusto rimedio per fronteggiare la crisi.

Basta leggere l'ultimo paper, un vero e proprio saggio di politica sanitaria, sfornato dall'Oms Europa e dall'Osservatorio europeo sui servizi sanitari. Un'analisi impietosa delle scelte miopi, di breve periodo, dettate dall'alto (leggi troika), che hanno messo in ginocchio i servizi sanitari e minato la salute delle persone.

La strada - è il monito - è tutt'altra e chi la segue riesce non solo a fronteggiare meglio gli scossoni della crisi, ma anche a fortificarsi. Ma servono spalle larghe. Il che significa "vision" di lungo periodo, appropriatezza, lotta a sprechi e inefficienze, tutela delle categorie più deboli. L'Italia è avvertita. (B.Gob.)

A PAG. **5**

IN VETRINA

Le Camere e 7 leggi in stand by

Ddl Lorenzin, abusivismo e ludopatia prime sfide. Le commissioni di Camera e Senato ripartono con il vecchio arretrato. *(Servizio a pag. 12)*

▼ **Eterologa: il fai-da-te regionale e il nodo ticket**
Approvate le linee d'indirizzo sulla fecondazione eterologa, le Regioni pronte a organizzarsi. *(Servizio a pag. 6)*

▼ **Quelle cento candeline del fiorentino Careggi**
Storia di un ospedale: nel luglio 2014 la prima posa per la costruzione del Policlinico. *(Servizio a pag. 8-9)*

GUIDA ALLA LETTURA

Primo Piano	a pag. 2 - 4
Dal Governo	5 - 7
Dibattiti	8 - 9
Speciale	10 - 11
Inserto	I - XVI
In Parlamento	12
Aziende/Territorio	13 - 17
Mercati&News	17
Lavoro/Professione	18 - 19
La Giurisprudenza	19

A PAG. 14-15

Appalti

In tutte le Regioni gare «estive» per oltre 800 milioni: sui servizi sbanca Napoli

A PAG. 18

Fisco

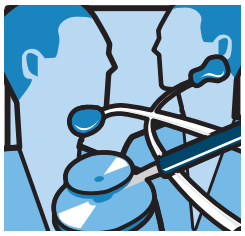
Rebus Imu per le Asl: senza istruzioni alle prese con l'invio telematico

A PAG. 19

Cassazione

Ginecologi senza scuse: vietato trincerarsi dietro i colleghi più anziani

Il Sole 24 ORE Sanità
è anche una APP
Scaricala gratuitamente



PIANETA MEDICI/ Dal numero chiuso al teaching hospital le proposte di Anaao giovani

Il labirinto della formazione

Flusso condiviso tra banche dati - Inserimento precoce nell'attività lavorativa

Per Anaao Giovani, la "cultura del dato" rappresenta l'anno zero da cui partire per analizzare il «problema formazione medica» in un'ottica di sistema. Le variabili che entrano in gioco sono molteplici. Basti pensare come oggi non esista una garanzia di un flusso informativo condiviso tra le diverse banche dati (Miur, Cineca, Alma Laurea, Regioni, Mef, Ordini professionali), come solida base per una lettura critica e propositiva del percorso professionale medico, dall'accesso all'Università sino al pensionamento. È del tutto evidente, dunque, che in mancanza di una centralizzazione delle informazioni, qualsiasi riforma strutturale della formazione risente di logiche del tutto estranee che comportano errori di valutazione che esitano a esempio in ricorsi al Tar, fino a "correre" ai ripari con emendamenti a leggi preesistenti.

I nodi della formazione medica sono una priorità da affrontare in modo razionale e sistematico. Un esempio di criticità riguarda una possibile riforma del test di ingresso al corso di laurea in Medicina e chirurgia, spesso al centro di discussioni per trasparenza e meritocrazia, sulla base del "modello francese", ovvero l'apertura del primo anno a tutti gli iscritti lasciando la "selezione" in un secondo tempo. Attualmente l'ammissione al primo anno di Medicina prevede il superamento di un concorso a graduatoria nazionale.

Il test d'accesso dovrebbe essere legato al concetto di numero programmato e a quello più generale di "programmazione", fondamentali per offrire uno sbocco professionale, e che attualmente mostra un forte gap dato dalla discrepanza tra numero di studenti che accedono alle scuole di Medicina e chirurgia (oltre 10mila e fino ad almeno 15mila se saranno accolti i ricorsi al Tar) e che si laureano con un trend in aumento fino a oltre 9.000 stimati nell'anno accademico 2016-17 con un tasso di laurea tra l'82-85% e numero di contratti di formazione specialistica che diminuiscono o aumentano sulla base delle risorse economiche disponibili (a oggi 5.504 inclusi i regionali e altri enti, A.A. 2013-14, figura 1).

Pertanto appare assurdo aprire il primo anno di Medicina a tutti quelli che volessero intraprendere la professione, nel 2014 circa 65.000 studenti (dati Cineca). Numeri che potrebbero mettere in seria crisi le università come strutture e ridurre drasticamente la possibilità di accesso a uno studio di qualità. Senza contare che il mancato introito della tassa di iscrizione metterebbe in seria crisi il fondo di finanziamento ordinario destinato alle università.

Mantenere il numero chiuso per un nuovo modello di insegnamento. Da ciò mantenere il numero chiuso sembra fondamentale, ripensato con modalità a test da definire, più inclini a una valutazione "vocazionale" e attitudinale, garantendo un rapporto ottimale tra studenti e strutture di formazione e modulato sulle uscite pensionistiche; si dovranno considerare il numero di docenti, gli standard ospedalieri e l'esigenza di acquisire un'esperienza attraverso un modello di rete formativa che per il percorso di studi pre e post laurea si delocalizzi dall'Università verso determinati Teaching hospital del Ssn.

Dall'analisi dei piani di studio di Università italiane ed europee, si nota un forte sbilanciamento tra preparazione teorica e pratica a sfavore proprio di quest'ultima. L'inserimento del tirocinio definito "professionalizzante" avrebbe lo scopo di ampliare la parte pratica di contatto con il malato (imparare facendo). L'obiettivo è quello di acquisire specifiche professionali in tutti gli ambiti della medicina, che devono essere stabilite e programmate nel corso dei sei anni, uguali per tutti gli studenti e verificate in itinere con prove quali il Progress test.

Imparare facendo: tutti i vantaggi del tirocinio professionalizzante

Resta cogente il precoce inserimento dei giovani medici nel mondo lavorativo attraverso una riforma dell'esame di Stato da svolgersi all'interno del percorso di studio del corso di laurea in Medicina e chirurgia con l'ottenimento di una "laurea in sé abilitante alla professione".

I dati e i costi delle fughe all'estero. Parificare il curriculum di studio italiano con quello dei colleghi del resto d'Europa rappresenta quindi oltre che un controllo sul "prodotto" finale, anche un'esigenza vista una mobilità lavorativa che sta diventando sempre più una realtà o meglio una necessità.

La figura 2 rappresenta il fenomeno della "fuga all'estero", mostrando il rapporto tra i flussi medi annuali di trasferimento all'estero dei medici (dati del Ced FnomCeo 2014 che registra la cancellazione dei professionisti dagli ordini provinciali) e la media annuale dei posti regionali a numero chiuso per l'accesso alle Scuole di Medicina e chirurgia (ovvero i potenziali futuri medici).

Tale prospettiva è da considerarsi approssimativa e fortemente sottostimante i reali flussi esteri in quanto molti professionisti mantengono comunque l'iscrizione al proprio ordine.

Inoltre il ministero della Salute, rilascia annualmente circa 1.000/anno certificati di onorabilità professionale che esprimono quantomeno l'intenzione del medico all'emigrazione in Europa (spesso Francia, Germania, Svezia, Regno Unito, Australia e altro).

Secondo il Ced FnomCeo il numero complessivo di trasferimenti esteri negli ultimi 5,5 anni (2009-14, per le fasce d'età 25->70) risulta essere stato di 625 medici, pari a una media annuale di 114 unità (il triennio di maggior espatrio è risultato esse-

Figura 1 - Numero di borse Mg, posti a numero chiuso, contratti di formazione specialistica e fabbisogni

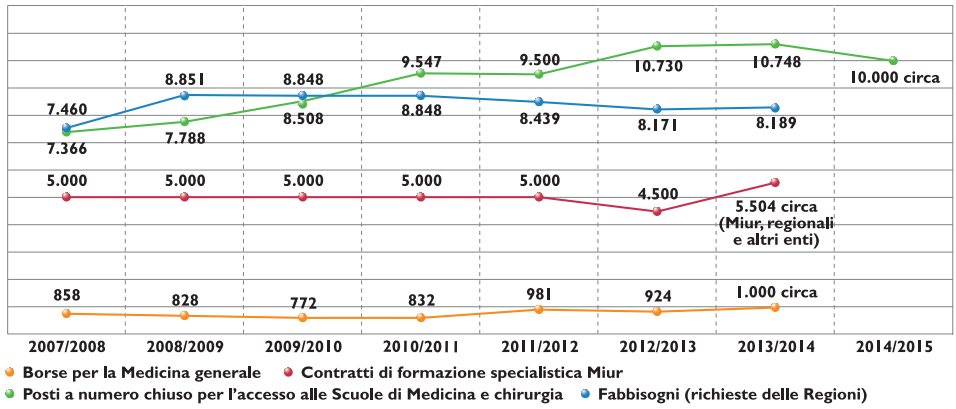
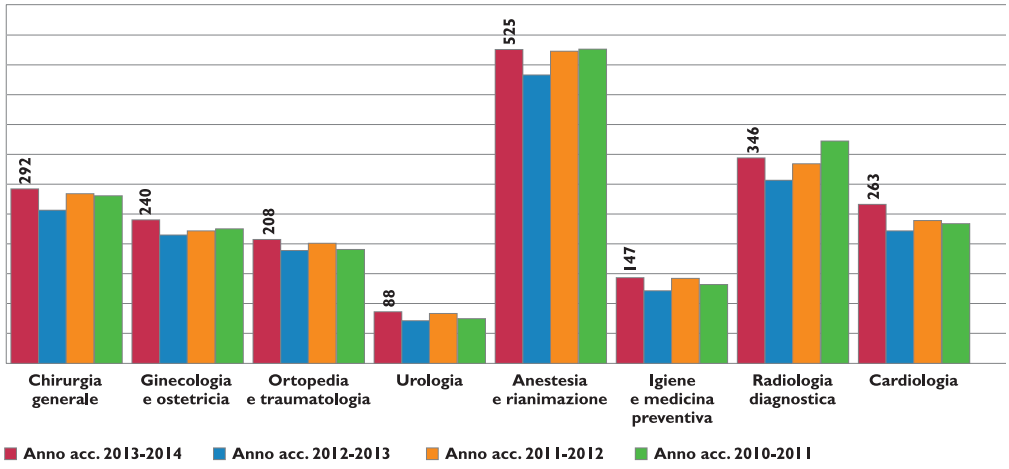


Figura 4 - Numero complessivo nazionale di contratti destinati alle principali specialità, riconosciute



PROPOSTE PER IL CONCORSO NAZIONALE: L'ALTERNATIVA DEL MODELLO SPAGNOLO

La proposta di strutturare l'esame nazionale per aree (medica, servizi, chirurgica), per sede e con una scelta massima di sei tipologie di scuole, non trova corrispondenza in nessun'altro sistema europeo, in cui l'accesso alle scuole di specializzazione avviene su base nazionale (es. Spagna e altri), valutando solo una conoscenza medica generale.

Per gli anni a venire si potrebbe ipotizzare una modifica del Dlgs 368/1999 che attualmente sancisce che il concorso di specializzazione si svolga per tipologia e guardare ad altre realtà europee come a esempio il Mir spagnolo, concorso nazionale effettuato attraverso un compito scritto costituito da 225 domande a risposta multipla con 5 opzioni, 25 delle quali vertono sulla diagnostica per immagini e le rimanenti 200 su argomenti di carattere clinico e preclinico.

Il Mir prevede anche 10 domande di riserva a cui i candidati devono rispondere per un totale di 235 domande, ogni anno modificate o rivisitate.

Questo sistema tiene conto del fatto che alcune domande se risultate ambigue vengano invalidate, ricorrendo a quelle di riserva. In Spagna esiste solo la media dei voti che pesa massimo quattro punti su un totale di 229 punti e la scelta della scuola di specializzazione e della sede universitaria avviene successivamente alla pubblicazione della graduatoria, convocando i candidati.

Se questa soluzione fosse opinabile si potrebbe scomporre il titolo di specialità in due livelli; previa ricognizione da parte delle Regioni dei minimi contingenti di medici specialisti, si identifica un percorso comune minimo universitario biennale o triennale con un contratto formazione-lavoro (già presente nel Dlgs 368/1999 e poi modificato dal Dlgs 266/2005) e successivamente la possibilità di proseguire il percorso formativo o presso l'Università e la rete formativa su cui insiste, o terminare il percorso presso una struttura ospedaliera (Teaching hospital) stipulando un contratto ad hoc di formazione medica abilitante a tempo determinato con l'azienda, conseguendo alla fine del percorso il titolo di specializzazione.

In questo modo verrebbero liberate risorse per nuovi contratti di specializzazione e si "supererebbe" il possibile contenzioso che nascerebbe se un medico europeo che può essere accettato in qualsiasi ospedale europeo per effettuare il proprio training formativo subito dopo la laurea (secondo normative contrattuali nazionali), venisse in Italia, dove, per accedere a un ospedale, devi essere già specialista.

Figura 2 - Rapporto % media n. medici trasferiti e numero posti a numero chiuso per l'accesso a Medicina

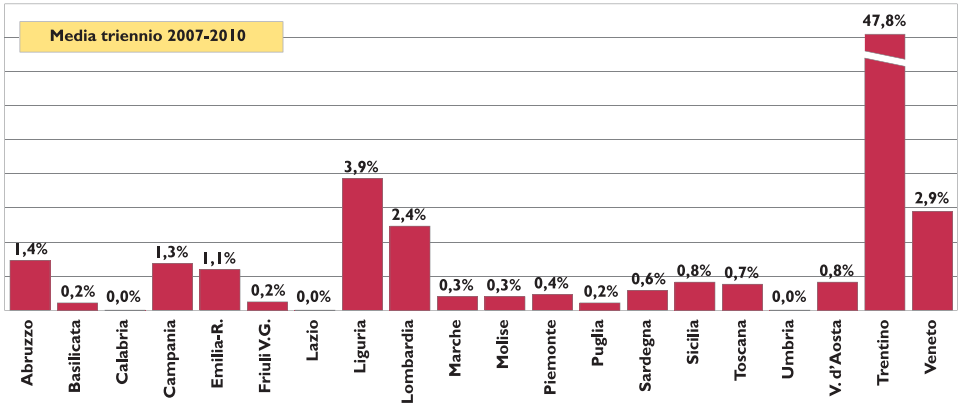
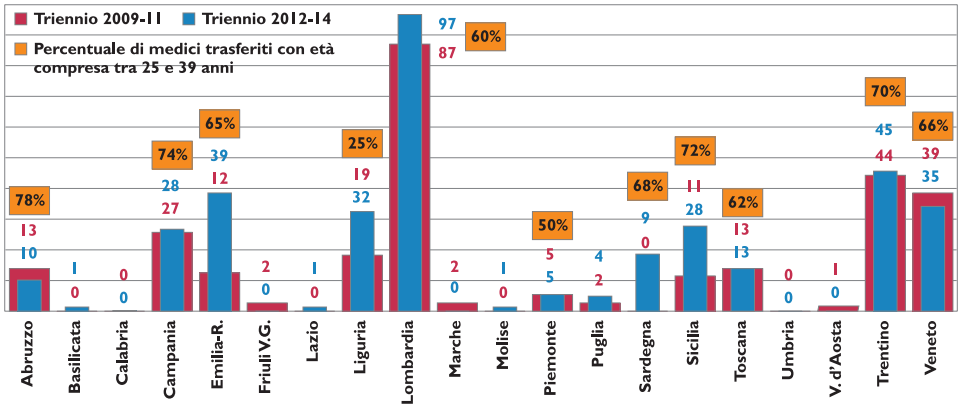
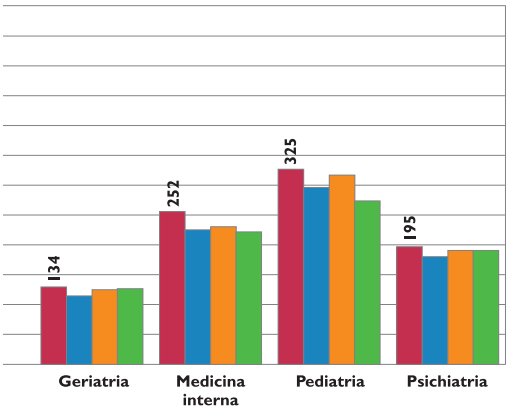


Figura 3 - Numero di medici trasferiti all'estero



come carenti, nei 4 ultimi anni accademici



re il 2012-13-14, con una netta prevalenza delle fasce d'età comprese tra i 25 e i 39 anni, per un totale di 348 unità, figura 3).

Pertanto è verosimile considerare, in quest'ultimo triennio, una migrazione che come numeri si pone intorno alle 674 unità, media tra il rilascio dei circa 1.000 certificati di onorabilità e il dato delle 348 unità nel triennio 2012-14.

La spesa dello Stato per i 6 anni di laurea come Fondo di finanziamento ordinario (Ffo) e per "specializzare" un singolo giovane medico ammonta a circa 24.800 euro e circa 128.000 euro rispettivamente, ovvero circa 152.800 euro per l'intero iter di 11 anni (fonte: IV rapporto costi atenei italiani 2013 di Federconsumatori, statistica Miur e Portali Atenei).

Il concorso nazionale per le scuole di specializzazione medica: modelli a confronto e criticità. È lodevole, come principio ispiratore, il tentativo di riorganizzare l'esame d'ingresso per le Scuole di specialità mediche, attraverso un concorso nazionale (decreto ministeriale 8 agosto 2014, n. 612) e utile la scelta di rideterminare la durata delle scuole di specializzazione dall'anno accademico 2014-15, con facoltà per chi è già nella scuola di optare per il nuovo ordinamento (escluso l'ultimo anno).

Si eviterebbero in questo modo contenziosi, verrebbe implementato il numero dei contratti e favorito un ingresso più rapido nel mondo del lavoro.

Purtroppo, per il concorso nazionale di quest'anno per titoli, sede e quiz (110, di cui 70 per la prova generale, 30 per area e 10 per la specifica scuola) viene scelta una metodologia discutibile che mostra numerose ombre, facilmente identificabili: la scelta della scuola di specializzazione e della sede universitaria avviene prima della pubblicazione della graduatoria, i candidati non conoscono come sono suddivise le specialità per aree (medica, chirurgica e dei servizi), la valutazione comparata (riguardo ai titoli) del settore disciplinare cui si riferiscono l'esame o i singoli corsi integrati nelle diverse Università non è omogenea e lascia spazio alla discrezionalità della commissione, il farraginoso scorrimento delle graduatorie che richiede diversi accessi informatici con possibilità di errori di valutazione da parte dei candidati, in particolare quando si parla di "posizione utile" su graduatorie di più scuole, la contestuale presenza di contratti di formazione regionali assegnati a determinate Regioni (nelle quali si è studiato) che possono comportare se non segnalati, scelte di sedi o specialità universitarie non desiderate e a prescindere dal punteggio, la sicurezza del concorso telematico in cui si identifica il candidato con il codice fiscale, l'appalto a "società esterne" per le prove concorsuali con il rischio di "aumentare" le fughe di notizie e con incrementi di spesa e per finire, ma si potrebbe andare avanti, la distribuzione dei contratti di specialità, assegnati attraverso un dato storico che non tiene conto delle realtà territoriali, ma dei soliti Atenei "forti". In questo modo verrebbe a cadere il principio di una competizione tra i migliori centri. Se volessimo considerare le principali specialità (pediatria, medicina interna, geriatria, cardiologia, chirurgia generale, ortopedia, ginecologia, anestesiologia, urologia, radiologia, psichiatria, igiene e sanità pubblica) del Sistema sanitario nazionale, noteremmo come non vi sia alcuna differenza nell'assegnazione negli anni accademici 2010-11, 2011-12, 2012-13 e 2013-14 (figura 4).

Fughe all'estero: nel 2009-14 114 «emigrati» ogni anno

Infatti, la distribuzione dei contratti per le principali specialità carenti del Sistema sanitario nazionale (studio Anaao 2014), quest'anno risente di un incremento medio regionale dello 0,7% che al netto dell'esclusione dei contratti regionali (inclusi nei 5.504), si avvicina all'anno accademico 2010-11, dimostrando di fatto una assegnazione storica, per di più sottostimata.

pagine a cura di
Domenico Montemurro
responsabile Anaao Giovani
Fabio Ragazzo
direttivo nazionale Anaao Giovani

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Dedalus HEALTHCARE SYSTEMS GROUP
FarmaSafe@
ABBATTIMENTO DEI COSTI E GARANZIE PER IL PAZIENTE
Strumento efficace
a supporto dell'appropriatezza prescrittiva
www.dedalus.eu