FORMAZIONE POST LAUREA

Domenico Montemurro - *UOC Medicina per Intensità di cure Ospedale San Bortolo (Vi)*

Affronterò questo argomento come membro **ANAAO GIOVANI** partendo da lanci di agenzia che fanno ben comprendere l'entità del problema e di sotto riportati:

Quotidiano Sanità 9 Giugno 2013

L'allarme Enpam: dal 2016 quasi un milione d'italiani resteranno senza medico di famiglia.

"..Queste le stime dell'ente di previdenza dei medici basate sul fatto che ogni medico oggi può assistere fino a 1.500 cittadini. Tra tre anni 1.499 medici di medicina generale andranno in pensione. Ma saranno rimpiazzati da meno di 900 giovani colleghi. E negli anni a venire andrà ancora peggio. Fino ad ora si è sempre parlato di un futuro con meno medici. Ma questo futuro sta sempre più diventando il presente. E a fotografare questa realtà è l'Enpam, l'ente previdenziale dei medici e dei dentisti. Nel 2016, secondo uno studio presentato dall'Ente in occasione della seconda edizione del Fimmg Progetto Giovani in corso a Gualdo Tadino, infatti, 1.499 iscritti al fondo di previdenza della medicina generale compiranno l'età del pensionamento (68 anni). Nello stesso anno, dalle scuole di formazione in medicina generale è prevista l'uscita di meno di 900 nuovi medici di famiglia (per il triennio 2013-2016 sono stati messi a bando 924 posti nelle scuole di formazione in medicina generale. Non tutti i medici in formazione arrivano alla fine del percorso di studi […] Allo stesso tempo in Italia migliaia di laureati in medicina rischiano di non avere accesso ai percorsi di post lauream perché, a causa dei tagli alle borse di studio, non viene messo a bando un numero sufficiente di posti nelle scuole di specializzazione e di formazione […] Ma anche dopo il 2016 la forbice continuerà ad allargarsi. L'Enpam sottolinea che il numero dei medici di medicina di famiglia che andranno in pensione ogni anno continuerà a crescere anche dopo il 2016 e raggiungerà un picco nel 2022 (quando saranno quasi 4.900 gli iscritti al fondo della medicina generale a compiere l'età di 68 anni) […]".

Quotidiano Sanità 9 Giugno 2013

Zonno (Fimmg Formazione): "Previsioni preoccupanti. Servono più borse di studio"

"Dal 2012 al 2013 i posti messi a bando per il corso di formazione specifica in medicina generale, già non sufficienti a garantire il ricambio generazionale, sono diminuiti di ben 57 unità pari al 6%, e i posti per le scuole di specializzazione del 10%. Le previsioni dell'Enpam non possono far altro che alimentare i nostri timori sul futuro della categoria". E' quanto afferma la coordinatrice nazionale di Fimmg Formazione, Giulia Zonno, commentando i dati diffusi dalla Fondazione Enpam in occasione della seconda edizione del Progetto Giovani in corso a Gualdo Tadino. "È per combattere la precarietà e per la sostenibilità di tutto il SSN che chiediamo al ministro della Salute Beatrice Lorenzin di aumentare i finanziamenti e il numero di borse per la formazione di nuovi medici di famiglia – sottolinea Giulia Zonno - Dall'altra parte il numero dei posti per l'ingresso al corso di laurea di medicina continua a crescere, negli ultimi 3 anni sono aumentati di più di 1000 unità. Il trend negativo di contrazione del numero di borse e contratti per la formazione post laurea, in barba alle richieste regionali , determinerà quindi ogni anno per i prossimi anni circa 1500-2000 medici neolaureati l'impossibilità di accedere ai corsi di formazione post laurea e quindi negherà loro la possibilità di avere un rapporto stabile con il SSN. Questi medici sono destinati perciò a essere precari[…]".

Quotidiano Sanità 3 Maggio 2013

Formazione. Federspecializzandi: "Molto preoccupati per 'stretta' alle specializzazioni"

"E' la richiesta contenuta in una lettera aperta destinata ai due ministri Lorenzin e Carrozza. I recenti tagli hanno determinato "una evidente strozzatura del percorso formativo medico destinata a determinare un grave danno sociale ed economico". La costituzione di un tavolo per discutere della riduzione del numero di nuovi contratti di formazione specialistica, della riforma del sistema di formazione medica e

dell'accesso al mondo del lavoro dei medici. E' la richiesta avanzata da Federspecializzandi in una lettera aperta indirizzata ai ministri Beatrice Lorenzin e Maria Chiara Carrozza.
Federspecializzandi osserva che il numero di nuovi contratti di formazione specialistica è passato dalle "5 mila unità, cifra stabile negli ultimi 6 anni, a 4500 unità, con un taglio pari al 10%. Complessivamente, i posti di formazione post laurea disponibili per il corrente anno accademico ammontano a 5424 unità, a fronte di un numero di laureati in medicina e chirurgia che, nel 2011, sfiora quota 6500". Numeri che destano quindi estrema preoccupazione e che indicano come "si stia aprendo un divario tra il numero di laureati in medicina e coloro che hanno accesso alla formazione post-laurea, attuale prerequisito per poter accedere alle posizioni lavorative del Servizio sanitario nazionale (Ssn)". Secondo Federspecializzandi, quella che si va configurando è quindi una "evidente strozzatura del percorso formativo medico destinata a determinare un grave danno sociale ed economico[…]".

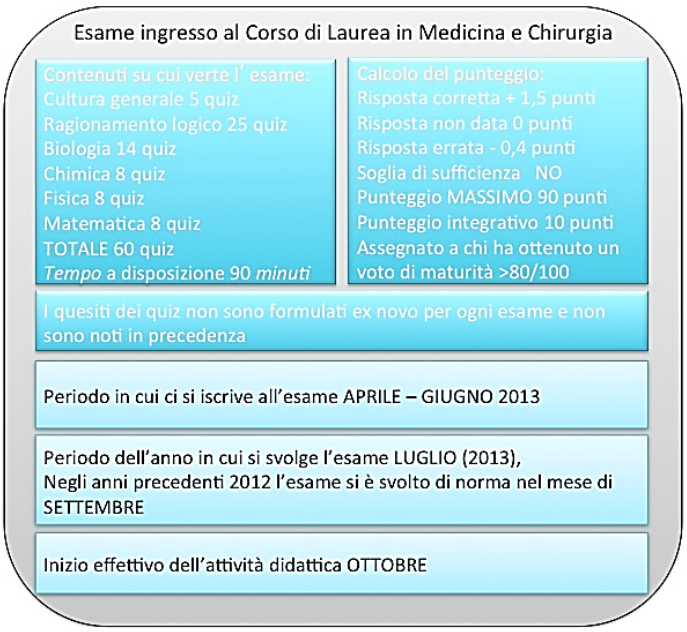
Quotidiano Sanità 8 Marzo 2013

8 Marzo. Anaao: "Migliorare le condizioni di lavoro delle donne del Ssn"

"L'appello del sindacato ai neo parlamentari e al futuro Governo per promuovere la parità salariale e di carriera, nonché le politiche a favore della conciliazione lavoro-famiglia, della flessibilità degli orari di lavoro, dell'adeguamento della normativa sul part-time, dell'estensione delle tutele ai contratti atipici". In occasione del 8 marzo l'Anaao-Assomed chiede ai neo parlamentari, e soprattutto alle numerose parlamentari elette, e al futuro Governo, di assumere tra i compiti prioritari un impegno concreto a sostegno della parità salariale e di carriera, di politiche a favore della conciliazione lavoro–famiglia, della flessibilità degli orari di lavoro, dell'adeguamento della normativa sul part-time, dell'estensione delle tutele ai contratti atipici. Alle donne parlamentari chiediamo di non dimenticare che sono proprio le donne l'asso nella manica delle nazioni più evolute, che lo sviluppo potenziale di un Paese dipende dal superamento del gender gap e che è fondamentale l'intervento dei Governi per ottenerlo", si legge in una nota dei sindacati che, citando i dati del Global Gender Gap 2012, il rapporto mondiale del World Economic Forum sulle differenze tra uomo e donna, che analizza le disparità di genere in 135 Paesi secondo quattro grandi parametri (la partecipazione politica, la salute, l'istruzione e la partecipazione economica) sottolinea come l'Italia sia all'80° posto della classifica generale, facendole perdere in un solo anno ben sei posizioni ("e non solo perché 'gli altri hanno fatto meglio'). Evidentemente – afferma l'Anaao - il nostro è un Paese che invoca equità, solidarietà e pari opportunità a parole, ma nei fatti poco riesce a fare per scardinare condizionamenti e radicati retaggi culturali di cui soffre. L'Anaao Assomed chiede quindi di "passare, senza ulteriori esitazioni, dalle parole ai fatti attraverso una revisione dell'organizzazione del lavoro e dei contratti di lavoro, la puntuale applicazione delle norme già esistenti a tutela di maternità, paternità, disabilità e la loro estensione alle lavoratrici e lavoratori precari".

L'ingresso e la didattica degli accessi al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, alle Scuole di Specialità Mediche, al Corso di formazione in Medicina Generale.

Le slides di sotto riportate sintetizzano molto bene i percorsi che il giovane aspirante in Medicina deve affrontare:



Esame di abilitazione alla Professione di Medico Chirurgo

Contenuti su cui verte l' esame:

Medicina Preclinica 3358 quiz
Medicina Clinica 3402 quiz

Tempo a disposizione 120 minuti

Calcolo del punteggio:

Risposta corretta 1 punti
Risposta non data 0 punti
Risposta errata -0,25 punti
Soglia di sufficienza 60 punti
Punteggio MASSIMO 100 punti

I quesiti sono scelti a sorteggio tra un pool di circa 6000 quiz

Periodo in cui ci si iscrive all'esame SETTEMBRE-OTTOBRE, FEBBRAIO-MARZO

periodo dell'anno in cui si svolge l'esame:
sono previste due sessioni FEBBRAIO E LUGLIO

Tempi di pubblicazione delle graduatorie 7-10 GIORNI

Esame ingresso al Corso di Specializzazione XXX

!a prova
Contenuti su cui verte l' esame:
medicina generale 40 quiz
Specialità 20 quiz
TOTALE 60 quiz
Tempo a disposizione 120 minuti

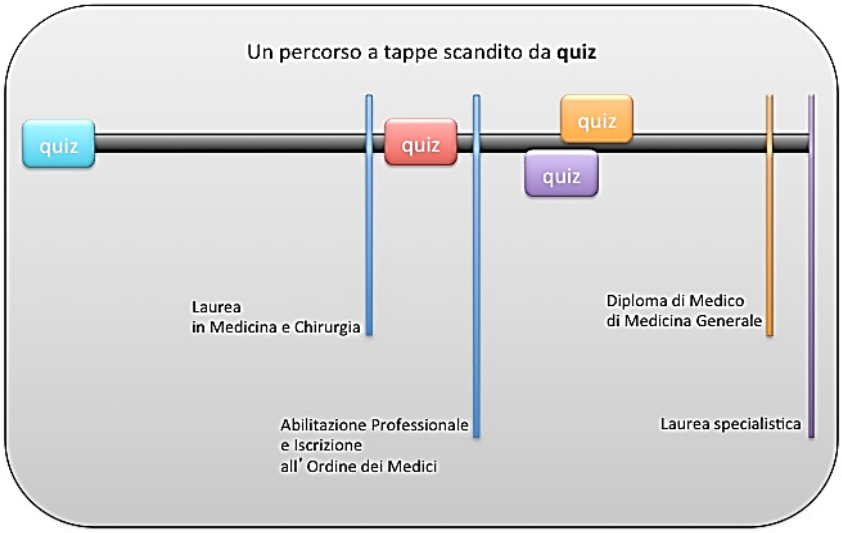
2a prova
Contenuti su cui verte l' esame:
Relazione scritta sintetica di interpretazione di dato clinico, diagnostico o analitico riferito a specialità

Calcolo del punteggio:
!a prova
Risposta corretta + 1 punto
Risposta non data 0 punti
Risposta errata – 0,25 punti
Soglia di sufficienza 48 punti
Punteggio MASSIMO 60 punti
2a prova
Punteggio MASSIMO 15 punti
Punteggio integrativo curricolare fino a 18 punti

Periodo in cui ci si iscrive all'esame MAGGIO-GIUGNO 2013

Periodo dell'anno in cui si svolge l'esame VARIABILE di anno in anno, LUGLIO 2013

Inizio effettivo dell'attività didattica LUGLIO-AGOSTO 2013



Per il conseguimento del **Titolo di Specialista** nelle tipologie di corsi di *specializzazione* compresi nelle classi area medica, chirurgica e dei servizi clinici è necessaria l'acquisizione di 300 CFU complessivi, articolati in 5 anni di corso (o 360 CFU per i percorsi formativi delle Scuole articolate in 6 anni di corso). Per ciascuna tipologia di Scuola è indicato il profilo professionale dello specialista e sono identificati gli obiettivi formativi ed i relativi percorsi didattici funzionali al conseguimento delle necessarie conoscenze culturali ed abilità professionali. **Gli obiettivi formativi ed i percorsi didattici sono identificati** da Attività formative indispensabili per conseguire il titolo. Le Attività sono a loro volta suddivise in Ambiti omogenei di sapere, identificati da Settori scientifico disciplinari. Le strutture didattiche individuano e costruiscono, per le Scuole di Specializzazione previste nell'ambito della Classe, specifici percorsi

formativi per la preparazione di ciascuna tipologie di figure professionali specialistiche, utilizzando i Settori scientifico disciplinari elencati negli Ambiti ritenuti utili alla preparazione dello specialista ed al raggiungimento degli obbiettivi formativi propri della singola Scuola. Le Attività formative indispensabili ed i relativi CFU sono così ripartiti: attività di base a cui sono assegnati fino a 5 CFU, attività caratterizzanti a cui sono assegnati almeno 270 CFU per le Scuole articolate in 5 anni di corso e 330 CFU per le Scuole articolate in 6 anni di corso, attività elettive a scelta dello studente a cui può essere assegnata una frazione dei CFU dell'Ambito specifico della Scuola, attività Affini, Integrative e Interdisciplinari a cui sono assegnati fino a 5 CFU, attività finalizzate alla prova finale a cui sono assegnati fino a 15 CFU, altre Attività a cui sono assegnati fino a 5 CFU, attività professionalizzanti a cui è assegnato il 70% dei CFU complessivi dell'intero percorso formativo.

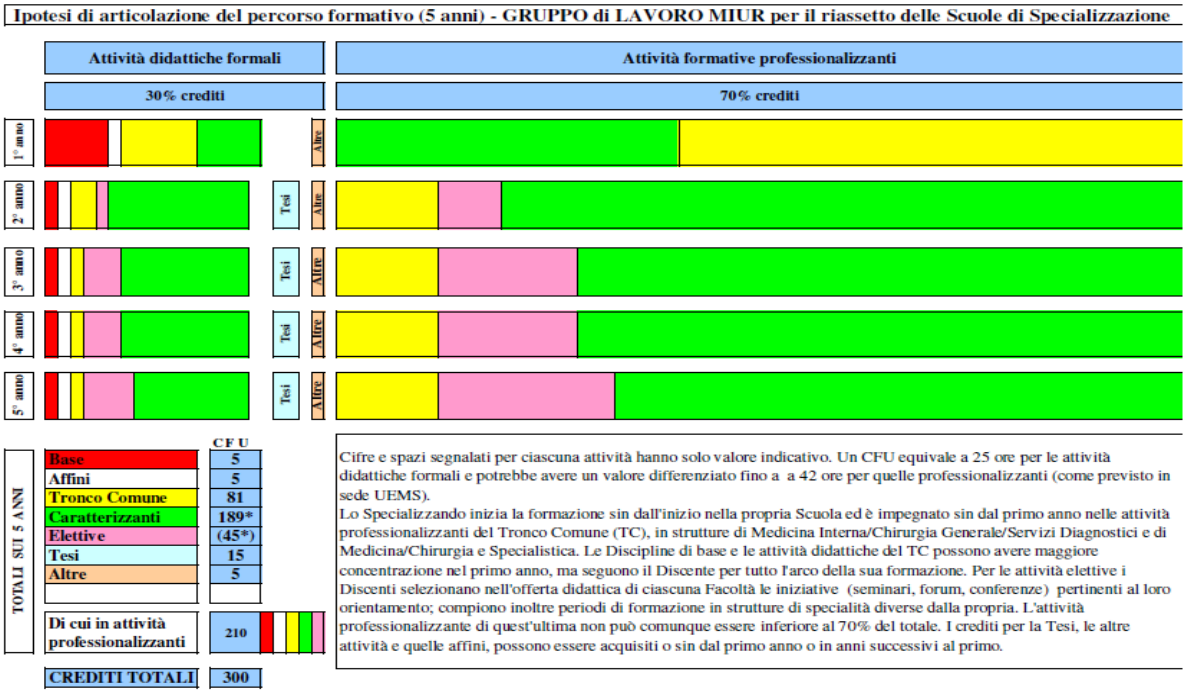
Le Attività di base comprendono uno o più Ambiti, ed i relativi Settori scientifico disciplinari, inerenti alle scienze generali pertinenti alla preparazione nelle varie tipologie di Scuole comprese nella Classe. Le Attività caratterizzanti di cui alla lettera del precedente sono articolate in almeno: un Ambito denominato **Tronco comune** identificato dai Settori scientifico disciplinari utili all'apprendimento di saperi comuni a cui sono dedicati il 30% dei crediti delle attività caratterizzanti (rispettivamente 81 CFU per le tipologie di Scuole articolate in 5 anni di corso e 99 CFU per le tipologie di Scuole articolate in 6 anni di corso), almeno 60 CFU (pari ad un anno di attività di studio) del tronco comune sono dedicati ad attività professionalizzanti. Di questi, nell'Area medica e nell'Area chirurgica, almeno 30 CFU devono essere dedicati ad attività professionalizzanti di tipo clinico rispettivamente di medicina interna e di chirurgia generale; i rimanenti 30 CFU devono essere dedicati ad attività professionalizzanti inerenti le specialità affini alle singole tipologie di scuola comprese nella Classe e a conoscenze di emergenza e pronto soccorso. Un Ambito denominato delle Discipline specifiche della tipologia identificato da uno o più Settori scientifico disciplinari specifici della figura professionale propria del corso di specializzazione a cui è assegnato il 70% dei CFU delle Attività caratterizzanti (rispettivamente 189 CFU per le Scuole articolate in 5 anni di corso e 231 CFU per le Scuole articolate in 6 anni di corso).

Le Attività Elettive a scelta dello studente comprendono uno o più Ambiti, identificati da Settori scientifico disciplinari utili alla predisposizione di specifici percorsi formativi di alta specializzazione. A tali Attività è assegnata una frazione di crediti compresi nell'Ambito delle Discipline specifiche della tipologia della Scuola. I Consigli delle strutture didattiche, possono dedicare alle Attività Elettive fino a 45 CFU per le tipologie di Scuole articolate in 5 anni di corso e 50 CFU per le tipologie di Scuole articolate in 6 anni di corso.

Le Attività Affini, Integrative e Interdisciplinari comprendono uno o più Ambiti, identificati da Settori scientifico disciplinari utili alle integrazioni multidisciplinari. Le Attività finalizzate alla prova finale si avvalgono dei crediti destinati alla preparazione della tesi di Diploma di specializzazione. Le Altre Attività si esplicano mediante l'utilizzo di crediti assegnati alla acquisizione di abilità linguistiche, informatiche, di gestione e organizzazione.

Le Attività formative professionalizzanti volte alla maturazione di specifiche capacità professionali mediante attività pratiche e di tirocinio comprendono almeno il 70% dell'intero complesso dei 300 o 360 CFU. A tali attività sono pertanto assegnati 210 CFU per le tipologie di Scuole articolate in 5 anni di corso e 252 CFU per le tipologie di Scuole articolate in 6 anni di corso. Gli ordinamenti didattici delle singole scuole determinano la frazione dell'impegno orario complessivo riservato allo studio individuale. Tale frazione, di norma non superiore al 30%, deriva esclusivamente dai CFU non dedicati alle Attività professionalizzanti e cioè rispettivamente 90 CFU per le tipologie di Scuole articolate in 5 anni di corso e 108 CFU per le tipologie di Scuole articolate in 6 anni di corso. I CFU di cui al presente decreto corrispondono a 25 ore di lavoro/studente. Il monte ore complessivo necessario per la formazione delle singole figure professionali deve essere comunque adeguato agli standard formativi disposti dalle normative e direttive dell'Unione Europea.

Gli Ordinamenti dei singoli corsi di studio provvedono all'eventuale incremento del monte ore complessivo, modulando il peso orario dei ai CFU dedicati alle attività professionalizzanti per adempiere alle prescrizioni dell'Unione Europea. Per semplificare al di sotto è mostrata la tabella del gruppo di lavoro **MIUR**:



Per il conseguimento del titolo di **Medico di Medicina Generale**, l'attivazione dei Corsi di Formazione Specifica in MG (CFSMG) e la determinazione dei posti disponibili per ciascuna Regione avviene d'intesa tra le Regioni e il Ministero della Salute in relazione al fabbisogno previsto e alle risorse disponibili. Il CFSMG si articola in 3 anni e comporta una frequenza a tempo pieno con obbligo della frequenza delle attività teoriche e pratiche. La formazione prevede un totale di almeno 4800 ore di cui 3200 rivolte ad attività formativa di natura pratica e 1600 ore rivolte ad attività teoriche. La formazione è interspecialistica e prevede l'approfondimento nelle seguenti aree (tabella):

Medicina Clinica→ 6 mesi

Chirurgia Generale→3 mesi

Pediatria→ 4 mesi

Ostetricia e Ginecologia →2 mesi

Pronto Soccorso→3 mesi

Medicina dei Servizi e Territoriale→6 mesi

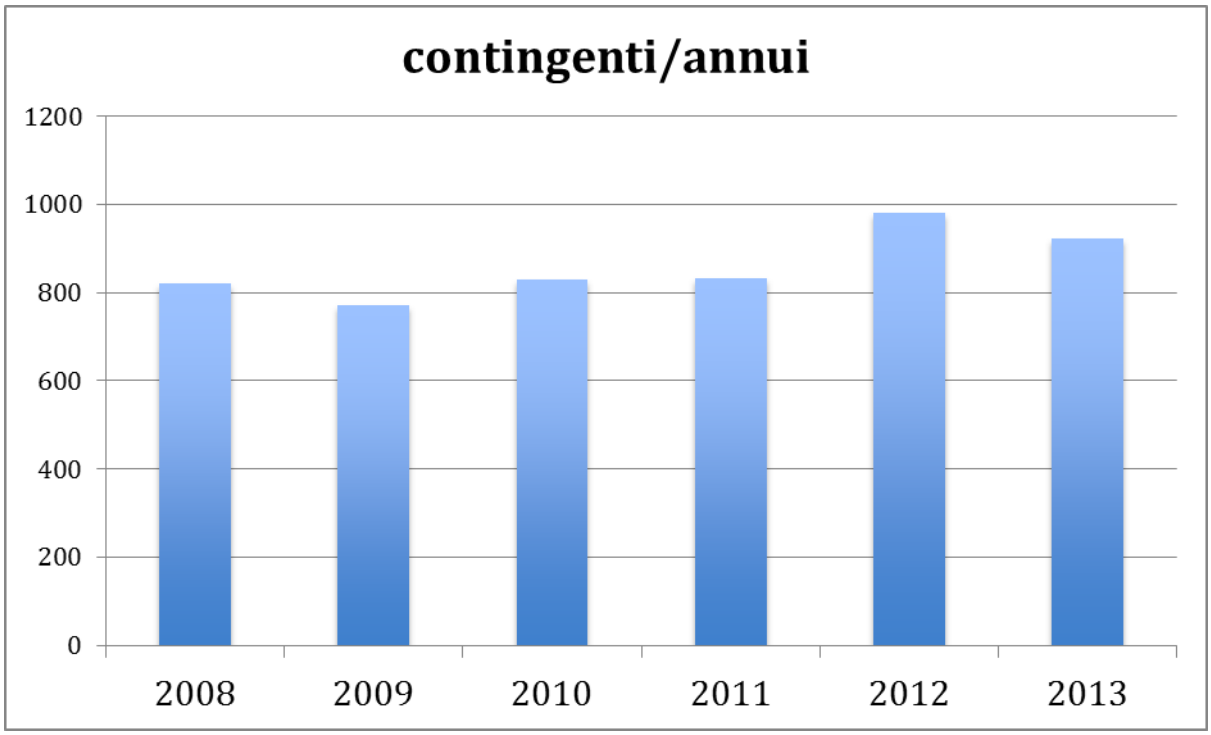
Ambulatorio Medicina Generale→ 12 mesi

Al termine dei 3 anni di formazione il medico deve redigere una tesi e al termine della discussione della stessa ottenere il Diploma di Medicina Generale.

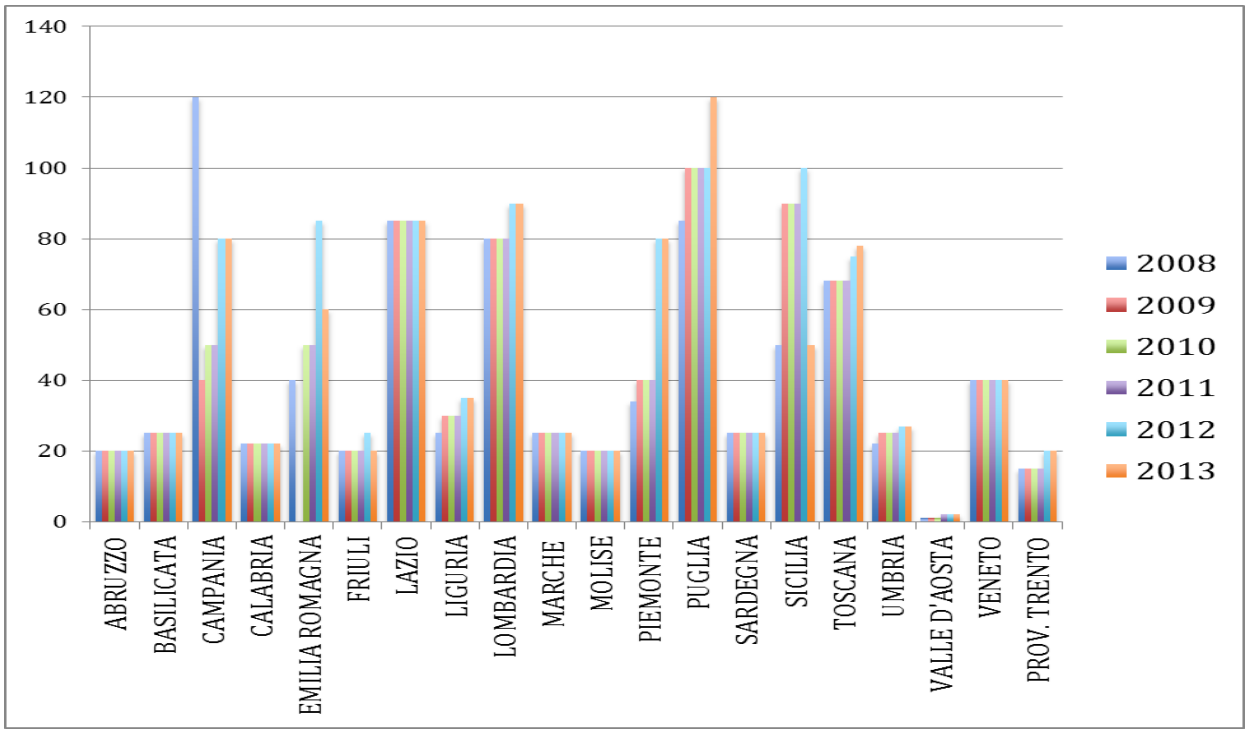
LA PROGRAMMAZIONE

Analisi dei trend degli accessi alla facoltà di Medicina e Chirurgia, al Corso di Medicina Generale (MG), ai Corsi di specializzazione, delle curve pensionistiche.

Dai dati presentati dalla FNOMCeO nel 2010, in un Convegno sulla formazione in Italia, gli **studenti in Medicina e Chirurgia**, per una percentuale che si aggira tra l'80-82%, si laureano in corso entro i 6 anni previsti e il relativo tasso di abbandono, rappresentato dal numero di studenti che non conferma l'iscrizione al secondo anno del corso di laurea si attesta intorno al 3,5%. Tale tasso di abbandono è notevolmente inferiore al 18-20% che si verifica in altre Facoltà. Occorre tener conto che è considerato solo l'abbandono tra il primo e il secondo, e non l'abbandono negli anni successivi e non sono rilevati trasferimenti ad altro Ateneo o la ripresa degli studi successiva.
Da una acquisizione dei dati dai B.U.R. condotta da **FIMMG Formazione**, si nota come i *contingenti stabiliti per gli ingressi ai Corsi regionali di Formazione Specifica in Medicina Generale dal 2009 al 2012* hanno avuto un costante seppur minimo incremento.



	contingenti/annui	posti per sovrannumerari
2008	**822**	29
2009	**771**	26
2010	**831**	50
2011	**832**	45
2012	**981**	33
2013	**924**	



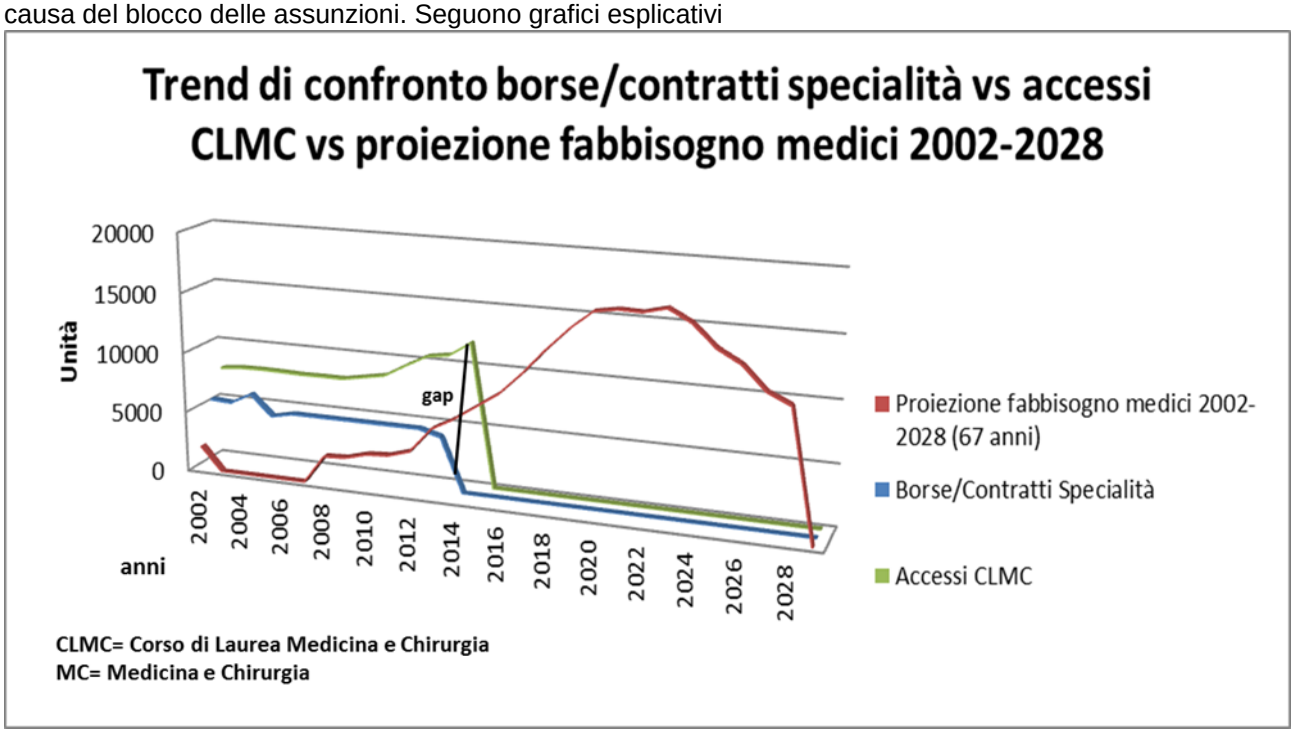
Il numero delle borse di studio messe a bando per l'ingresso al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale ha subito dal 2012 al 2013 una riduzione del 6,21%. Tale riduzione risulta di difficile interpretazione se si considera che i tagli sono stati a carico dei contingenti solo di alcune regioni. Scorporando i numeri e indicizzandoli regione per regione si nota in Sicilia un taglio netto del 50% dei corsisti (da 100 a 50), il Friuli Venezia Giulia un taglio del 20% (da 25 a 20) e l'Emilia Romagna una riduzione del 17,64% (da 85 a 60). A fronte di un incremento del 20% del numero di borse destinate alla regione Puglia. Altro dato difficilmente rilevabile e assoggettabile a programmazione è il numero dei medici che possono frequentare il corso come corsisti 'sovrannumero'; tale condizione prevista dall'art. 3 della legge n° 401 del 2000 consente a tutti i medici iscritti al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia prima del 31/12/91, e abilitati all'esercizio della professione, la possibilità di essere ammessi a frequentare il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale in sovrannumero, e cioè senza ammissione tramite concorso e senza percepire borsa di studio e con la possibilità di mantenere gli incarichi lavorativi. Alcune Regioni emanano annualmente un bando ad hoc per "sovrannumerari" mettendo a disposizione un numero di posti pari al 10% del contingente previsto dal regolare concorso di ammissione al CFSMG.

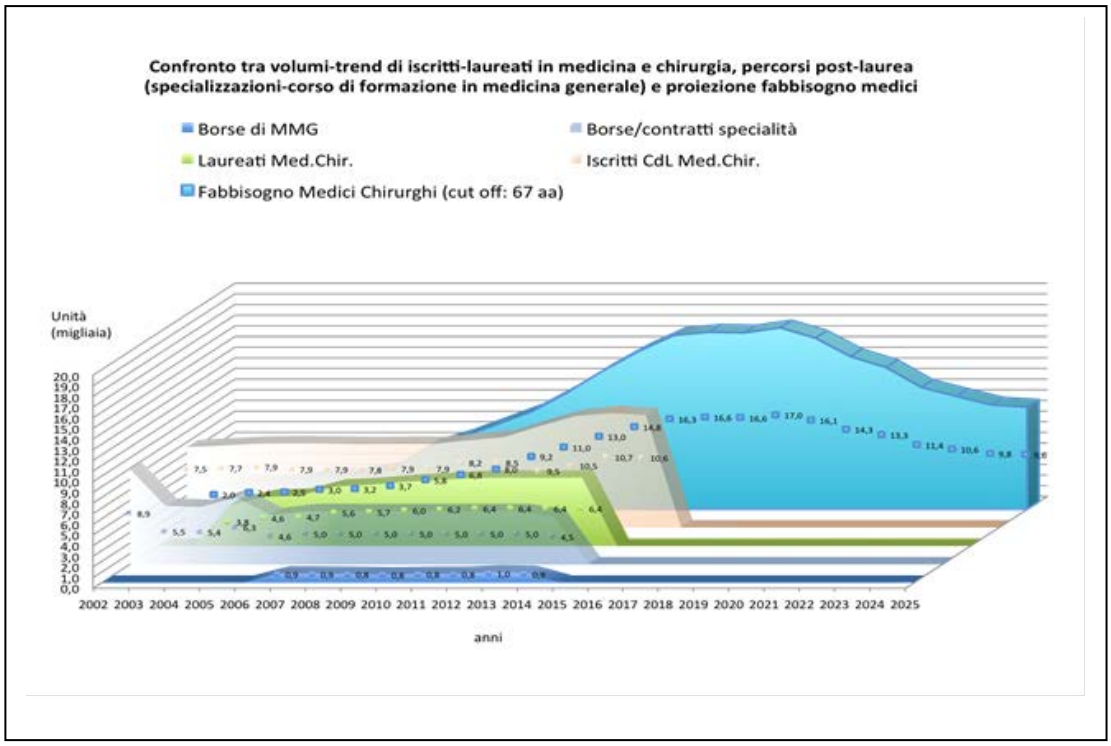
Nella seguente tabella sono riportati *gli iscritti al corso di laurea in Medicina e Chirurgia, i contratti di specialità e le borse di formazione in Medicina Generale messi a bando*.
Si evidenzia una riduzione di borse/contratti nell'ultimo anno, a fronte di un crescente numero di laureati in medicina e chirurgia.

Borse/Contratti Borse MMG Specialità	Iscritti CLMC	Anno Accademico	Laureati CLMC
- -	*10576*	2013-2014	6436(trend lauree 80-82%)
4500 924	*10730*	2012-2013	6441(trend lauree 80-82%)
5000 981	*10464*	2011-2012	6419
5000 832	9527	2010-2011	6382
5000 832	8508	2009-2010	6199
5000 772	8184	2008-2009	6013
5000 828	7858	2007-2008	5736
5000 858	7864	2006-2007	5158
4999 871	*7833*	2005-2006	4722
4615 -	7889	2004-2005	4597
6302 1427	7912	2003-2004	3809
5388 -	7880	2002-2003	4847(tasso d'iscritti Albi)
5500 1545(biennio)	7709	2001-2002	5397(tasso d'iscritti Albi)
8938 1869(biennio)	7533	2000-2001	4042(tasso d'iscritti Albi)

Fonte: Ministero dell'Università, Centro studi FNOMCe0, BUR regionali, Conferenza Regioni (CR)

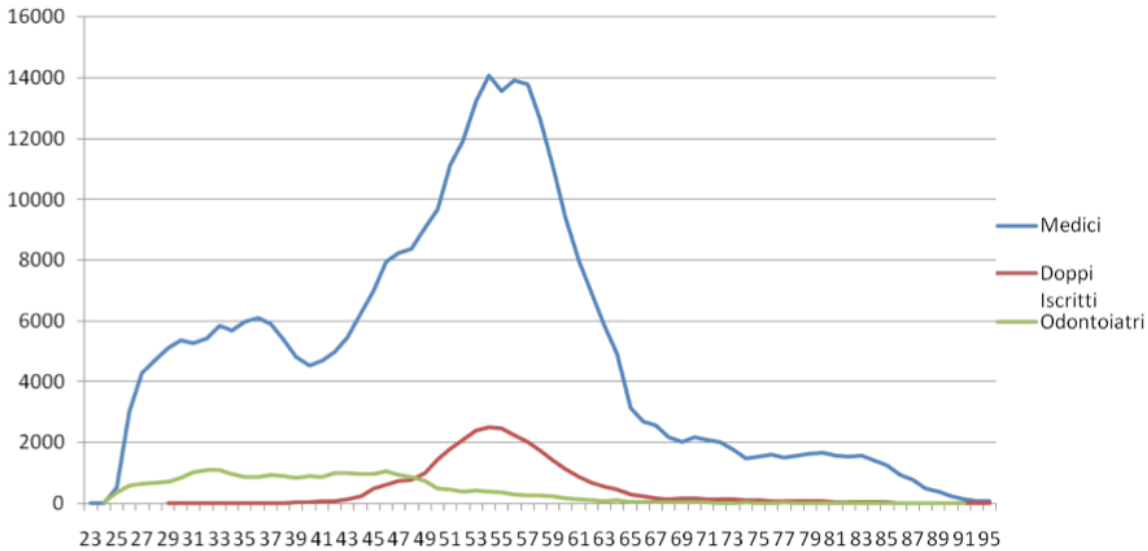
Si stima, inoltre, che *la forbice tra uscite ed entrate nel SSN tenderà ad allargarsi negli anni a seguire data la struttura per età ed il numero di immatricolazioni al corso di laurea in Medicina e Chirurgia*. Verosimilmente, tale scenario risulterà ancora più marcato nelle Regioni impegnate con i piani di rientro a causa del blocco delle assunzioni. Seguono grafici esplicativi

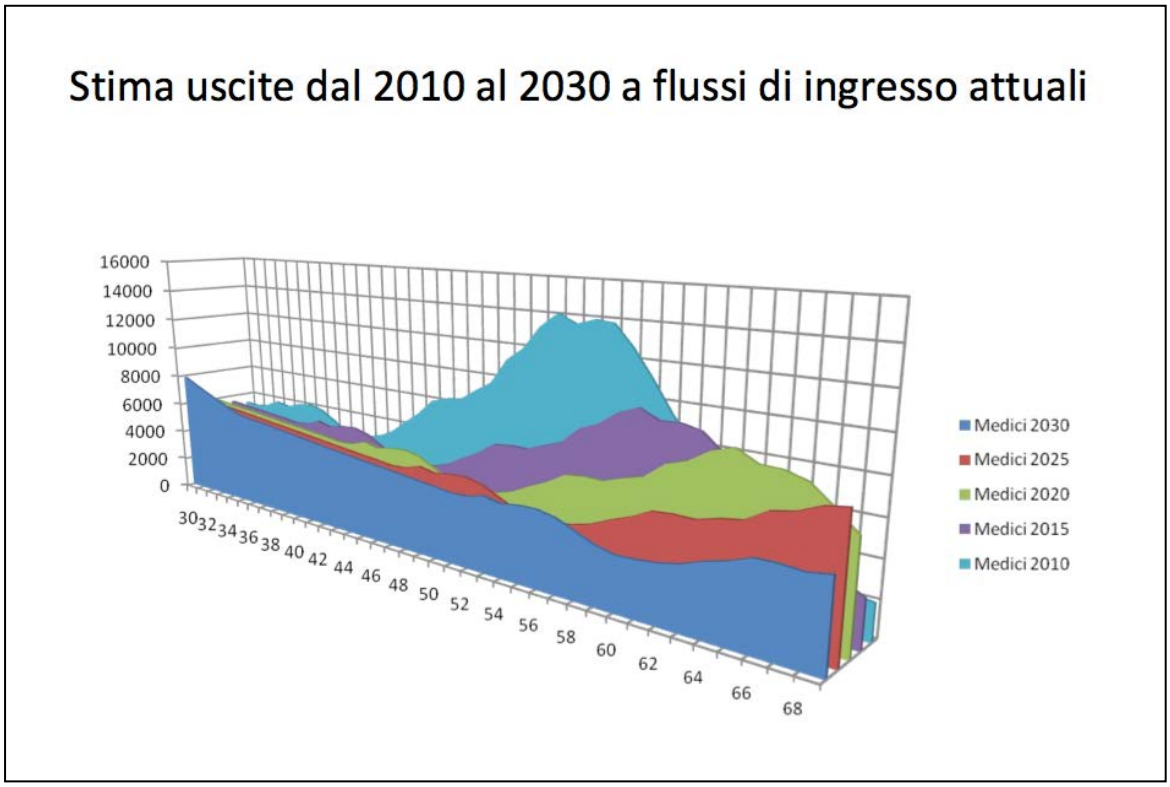




Nelle curve pensionistiche si stima che i medici nati dal 1947 al 1952, pari a circa 50000 medici, presumibilmente vadano in pensione nel breve; successivamente il ritmo di pensionamento subirà un forte rallentamento. Di seguito due grafici elaborati dalla FNOMCeO che mostrano la gobba pensionistica di medici e odontoiatri, e le curve di stima dei pensionamenti nei prossimi anni considerando i flussi d'ingresso attuali.

Curve demografiche degli Iscritti ad Ordini provinciali (le 106 autorità competenti) DATABASE Fnomceo 25/11/2010.

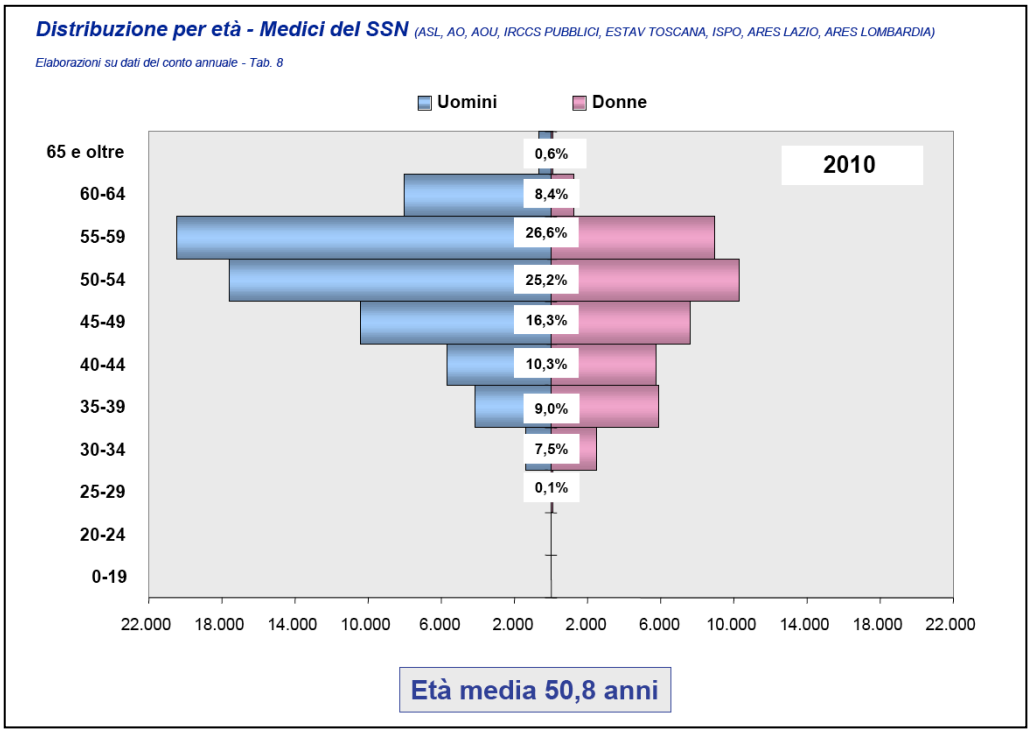




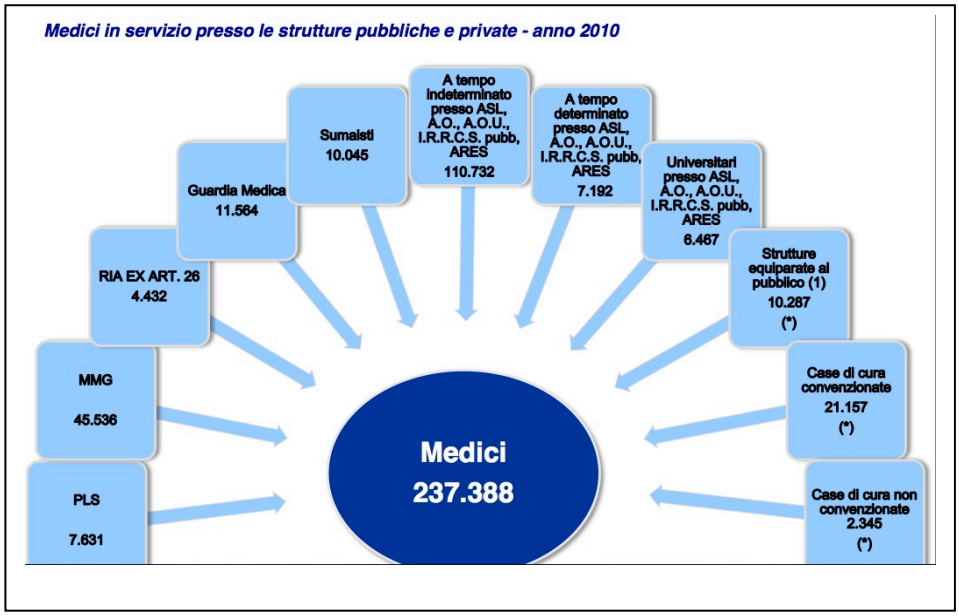
LE RISORSE UMANE DEL SSN

Il personale del Servizio Sanitario Nazionale è costituito dal personale dipendente e dai liberi professionisti convenzionati. Il personale dipendente opera nelle Aziende Sanitarie Locali (strutture territoriali ed ospedali), nelle Aziende Ospedaliere e nelle Aziende Ospedaliere Universitarie. Ad esso si aggiunge il personale dipendente dell'Università ma che opera presso le Aziende Sanitarie, il personale delle strutture equiparate al pubblico cioè dei Policlinici universitari privati, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, degli ospedali classificati, degli istituti qualificati presidi delle USL, degli enti di ricerca. Concorre all'erogazione delle prestazioni sanitarie per conto del Servizio Sanitario Nazionale anche il personale delle case di cura convenzionate rilevato attraverso i flussi informativi correnti (Ministero della Salute). Per quanto riguarda i servizi non ospedalieri, viene rilevato il personale delle strutture di riabilitazione ex art 26 legge 833/78, i medici di continuità assistenziale, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta. La gestione dell'assistenza territoriale è in gran parte affidata a personale che opera in libera professione convenzionata: 45.536 Medicina di Famiglia, 11.584 medici di Continuità Assistenziale, 7631 Pediatri di Libera Scelta, 10.045 Sumaisti. Dalle fonti informative disponibili (Ragioneria dello Stato-conto annuale 2010), nell'anno 2010 risultano 237.388 medici "censiti" ai quali bisogna aggiungere i medici in formazione specialistica (circa 25 mila), i medici in formazione di medicina generale (circa 2600 unità), i doppi iscritti per un totale di 30152, i pensionati e i contratti atipici che sfuggono a qualsiasi controllo informatico (oltre 6 mila) per un totale che arriva a circa **354.553** (fonte ENPAM 2012). Dai dati della Direzione Generale del sistema Informativo e Statistico Sanitario-2010, i medici attivi delle ASL, delle aziende Ospedaliere ed Universitarie, degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, delle ARES ed ESTAV pari a **110.732 (qualche migliaia di unità in meno nel 2013)** cioè 1,83 per mille abitanti, operano nell'area funzionale dei servizi con 28.365 unità di cui il 74% nelle specialità di anestesia e rianimazione, radiodiagnostica, igiene e medicina preventiva; nell'area funzionale di chirurgia con 25.635 unità di cui il 65% nelle specialità di chirurgia generale, ginecologia ed ostetricia, ortopedia e traumatologia; nell'area funzionale di medicina con 41.302 unità di cui il 57% nella medicina interna, cardiologia, psichiatria e pediatria. Poiché il dato relativo ai veterinari incide marginalmente su quello dei medici, è possibile stimare che circa 17.000 medici lasceranno il SSN entro

il 2015. L'età media è pari a 50,8 anni e si rileva una maggiore presenza del sesso femminile nelle classi più giovani. Segue grafico



Dall'analisi della piramide delle età è possibile osservare come la classe di età compresa tra 50 e 59 anni sia più numerosa e quella di età compresa tra 30 e 34 anni rappresenta la percentuale minore; per le femmine i dati mostrano le prime due fasce di età più numerose rispetto a quelle dei maschi confermando che la popolazione femminile medica è in aumento. Inoltre tra i medici di famiglia si registra una percentuale pari al 33 % delle donne e 64% tra i pediatri di libera scelta. Dall'analisi della distribuzione per aree geografiche emerge che i medici che operano nelle strutture pubbliche ed equiparate al pubblico (134.678 unità) sono presenti al Nord con una percentuale di oltre il 43%, al Centro di circa 22%, al Sud ed isole rispettivamente 23% e 9%. A livello nazionale si hanno 1,95 medici per 1.000 abitanti. Per la medicina specialistica ambulatoriale si annoverano 9.411 medici convenzionati (Sumaisti) di cui oltre il 10% per l'odontoiatria. Per i Sumaisti si registra al Nord una percentuale pari al 33% rispetto al numero complessivo, al Centro pari al 25,3%, al Sud pari al 34,5% e al 7,2% nelle Isole. Per i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta le percentuali si attestano ad oltre il 42% al Nord, 20% al Centro, 13% al Sud e 24% nelle Isole. Segue figura



Fonte Ministero della Salute, Direzione Generale delle Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del SSN; 2010

In considerazione dei dati mostrati sul numero medio di laureati in medicina e chirurgia per anno accademico (dal 2000-2001 al 2013-2014), la quota di questi che viene immessa annualmente nel SSN, il trend dei contratti di specialità assegnati dal MIUR (dal 2000-2001 al 2012-2013), gli iscritti al corso di Laurea in Medina e Chirurgia (trend in aumento in 14 anni accademici fino al 2013-14), i fabbisogni espressi dalla Conferenza Stato-Regioni negli anni accademici 2006-2007 (7003 unità vs 5000 contratti MIUR), 2007-2008 (7460 unità vs 5000 contratti), 2008-2009-2009-2010-2010-2011 (8848 unità vs 5000 contratti), 2011-2012 (8438 unità vs 5000 contratti), 2012-2013 (8170 unità vs 4500 contratti), 2013-2014 (8190 unità verso contratti ancora da assegnare), lo scostamento medio degli anni accademici considerati di 3083 contratti, la popolazione residente per Regione al 01-01-2012 (59.394.207 Istat), **ci si aspetta, a partire dal 2013, un saldo negativo tra pensionamenti e nuove assunzioni.**

CRITICITÀ E PROPOSTE PER IL CORSO DI FORMAZIONE IN MEDICINA GENERALE, LE SCUOLE DI SPECIALITÀ MEDICHE.

FIMMG Formazione per un **miglioramento del percorso di formazione in medicina generale** suggerisce interventi a vari livelli normativo, organizzativo-strutturale, di programmazione, in particolare in 3 ambiti:

1- Offerta formativa e qualità della didattica

- ✓ Rimodulazione dell'offerta formativa ospedale versus territorio
- ✓ Core curriculum nazionale di conoscenze e competenze da acquisire
- ✓ Internazionalizzazione e conoscenza del SSN italiano
- ✓ Criteri per l'individuazione del tutor MMG
- ✓ Valutazione della didattica con feedback
- ✓ Coinvolgimento dei medici in formazione nei CTS
- ✓ Creazione di strutture regionali dedicate alla formazione

2- Retribuzione e tutela del medico in formazione in MG

- ✓ Individuazione e politiche di accesso alle attività compatibili professionalizzanti
- ✓ Adeguamento della borsa di studio al tasso d'inflazione
- ✓ Eliminazione dei ritardi nell'erogazione delle borse
- ✓ Onere assicurativo a carico delle regioni o almeno adeguamento dei massimali
- ✓ Tutela della maternità e malattia

3- Riforma del sistema formativo per la sostenibilità del SSN

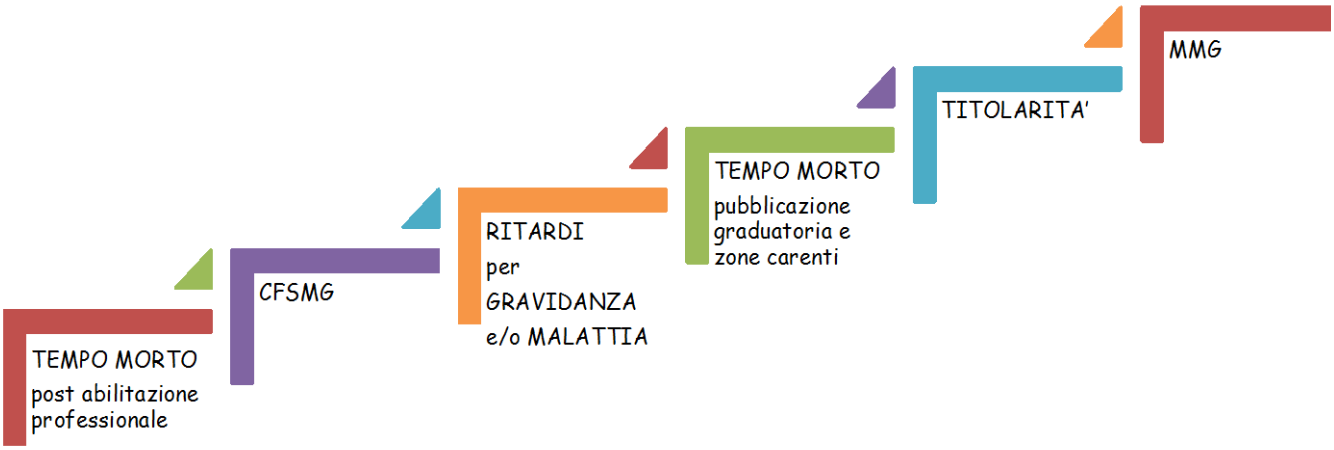
- ✓ Programmazione dei fabbisogni in considerazione degli accessi
- ✓ Abbassamento dell'età all'ingresso nella professione

Appare utile soffermarsi, in un'ottica di programmazione unica dei fabbisogni di professionisti soprattutto sul terzo ambito quello di riforma del sistema formativo per la sostenibilità del SSN.

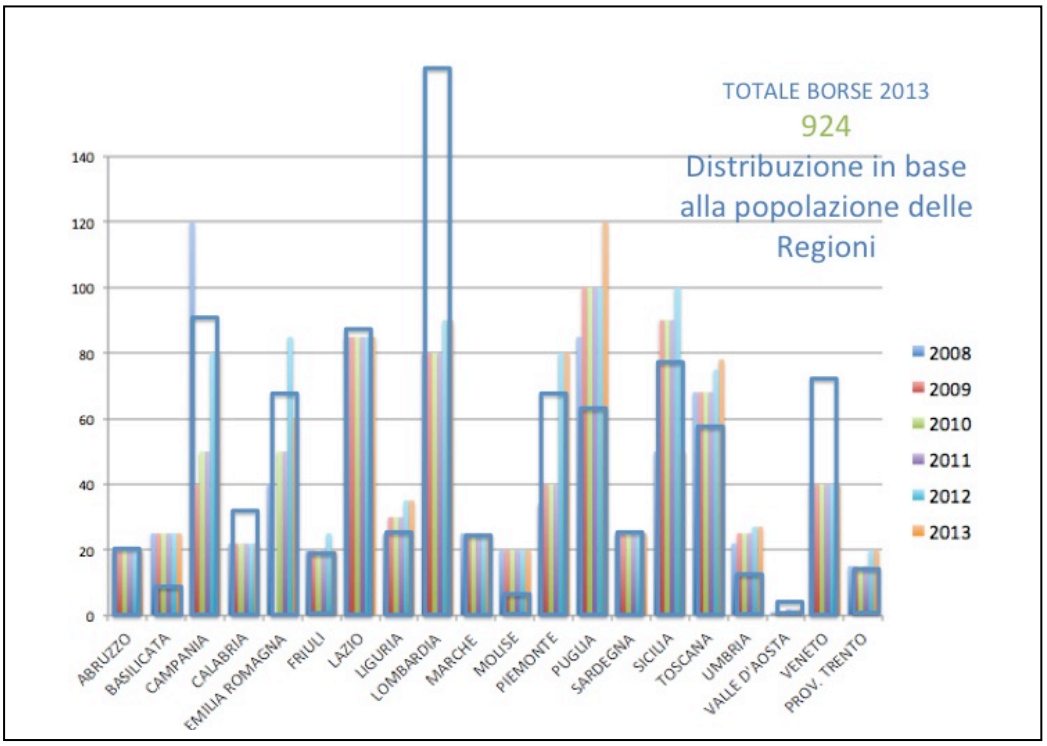
E' evidente che l'investimento di risorse nella formazione rende tanto più il professionista formato, che immesso nel mercato del lavoro ha una minore età anagrafica e una più lunga prospettiva di attività lavorativa.

A tal proposito si sottolinea come l'attuale sistema formativo preveda una serie di step consequenziali, ma come da uno step con l'altro vi sia soluzione di continuo con la presenza di quelli che potremmo definire tempi morti, che contribuiscono al ritardo dell'immissione nel mondo del lavoro.

Si ritiene utile riportare di seguito un'immagine esemplificativa dell'entità di tale problema in riferimento al percorso di formazione in Medicina Generale.



Il percorso di Formazione in MG non si limita al solo triennio formativo, è disseminato di ostacoli e rallentato da tempi morti. Un primo ritardo si determina nella necessità di essere abilitati al momento dell'iscrizione al concorso, tale iscrizione avviene in Aprile per un esame che si svolge a Settembre e un corso di formazione che non inizia prima di Dicembre dello stesso anno. Se durante il triennio un medico in formazione si assenta per gravidanza o malattia, indipendentemente dal numero di mesi di assenza, perde un anno, e ciò è penalizzante ai fini dell'inserimento in graduatoria per l'accesso alla professione. Dopo l'ottenimento del diploma, il neo medico di medicina generale effettua domanda per l'inserimento in graduatoria, i cui tempi di pubblicazione superano l'anno. A seguito della pubblicazione della graduatoria vi è un altro 'tempo morto' nell'attesa della pubblicazione degli ambiti carenti. Considerando ciò è evidente come il percorso di formazione sia gravoso per la sua lunghezza che va ben oltre il triennio del corso.
Come segnala FIMMG Formazione il percorso anche in quelle regioni in cui, per la carenza di professionisti, l'accesso alla professione è rapido, tuttavia il percorso ha una durata che va dai 5 anni e mezzo ai 7 -8 anni.
Siamo di fronte a un esempio di come sia necessaria una revisione dei percorsi, alla luce di una visione complessiva del sistema formativo che non si limiti a una considerazione frammentaria dei singoli cicli.
In tal senso si ricorda la proposta della FNOMCeO riguardo la laurea abilitante, che mira a rendere il ciclo di studi di 6 anni del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia già abilitante alla professione, senza necessità di ulteriori periodi di tirocinio.
Il numero di borse assegnate alle regioni per il Corso di Formazione Specifica in medicina generale non sembra apparentemente avere un criterio di distribuzione che tenga conto sia del numero degli iscritti alle graduatorie regionali per la medicina convenzionata ancora non occupati, sia delle previsioni dei pensionamenti dei medici in servizio ed alla verifica delle zone carenti e relativi posti disponibili, in base al rapporto ottimale previsto dagli accordi nazionali vigenti, come invece previsto dall'Art.1 e 2 DM 7/3/2006.
Considerata la carenza di medici, ormai da più istituzioni denunciata, soprattutto nelle Regioni del Nord e osservando la densità di popolazione delle regioni si nota un grande scostamento tra l'odierna distribuzione regionale delle borse di studio e l'ipotetica distribuzione delle borse in base alla popolosità regionale, a parità del numero totale di contratti assegnati. Ciò risulta ben visibile nel grafico sottostante dove sullo sfondo vi sono i contingenti regionali di borse assegnate dal 2008 al 2013, e in sovraimpressione vi è l'ipotetica distribuzione del numero totale di borse da assegnare nel 2013 distribuite in base agli abitanti per regione. Segue grafico.



Inoltre il numero di borse assegnate ogni anno è di gran lunga inferiore al numero di pensionamenti di medici di medicina generale che ogni anno avvengono, come è facilmente intuibile dalla tabella dell'annuario statistico del ministero del febbraio 2013 (dati 2010). Segue tabella

DISTRIBUZIONE DEI MEDICI GENERICI PER ANZIANITA' DI LAUREA E ADULTI PER MEDICO GENERICO

ANNO 2010

Regione	Numero Medici Generici per anzianità di laurea							Adulti Residenti per Medico Generico
	Da 0 a 6 anni	Da 6 a 13 anni	Da 13 a 20 anni	Da 20 a 27 anni	Oltre 27 anni	Totale	% Medici Generici Uomini	
PIEMONTE	16	60	705	1.065	1.489	3.335	65,8	1.173
VALLE D'AOSTA	_	2	15	25	48	90	68,9	1.235
LOMBARDIA	_	32	789	2.058	3.625	6.504	69,2	1.310
PROV. AUTON. BOLZANO	4	21	60	62	125	272	75,4	1.564
PROV. AUTON. TRENTO	1	6	64	125	199	395	73,2	1.138
VENETO	_	77	584	1.032	1.793	3.486	70,3	1.222
FRIULI VENEZIA GIULIA	_	21	140	342	466	969	68,1	1.124
LIGURIA	_	17	177	364	755	1.313	73,8	1.099
EMILIA ROMAGNA	5	58	341	867	1.941	3.212	70,3	1.199
TOSCANA	_	80	255	779	1.854	2.968	74,7	1.108
UMBRIA	1	13	82	205	461	762	76,8	1.040
MARCHE	5	45	141	336	701	1.228	76,9	1.112
LAZIO	_	125	724	1.609	2.373	4.831	69,7	1.023
ABRUZZO	_	17	94	259	772	1.142	75,4	1.030
MOLISE	_	_	11	96	162	269	74,3	1.052
CAMPANIA	39	15	300	1.472	2.389	4.215	76,4	1.170
PUGLIA	3	25	473	1.242	1.564	3.307	78,7	1.064
BASILICATA	_	2	47	165	296	510	70,6	1.010
CALABRIA	3	18	46	496	900	1.463	55,8	1.191
SICILIA	47	77	454	1.281	2.388	4.247	77,7	1.019
SARDEGNA	_	22	236	530	572	1.360	64,9	1.089
ITALIA	**124**	**733**	**5.738**	**14.410**	**24.873**	**45.878**	**71,8**	**1.143**

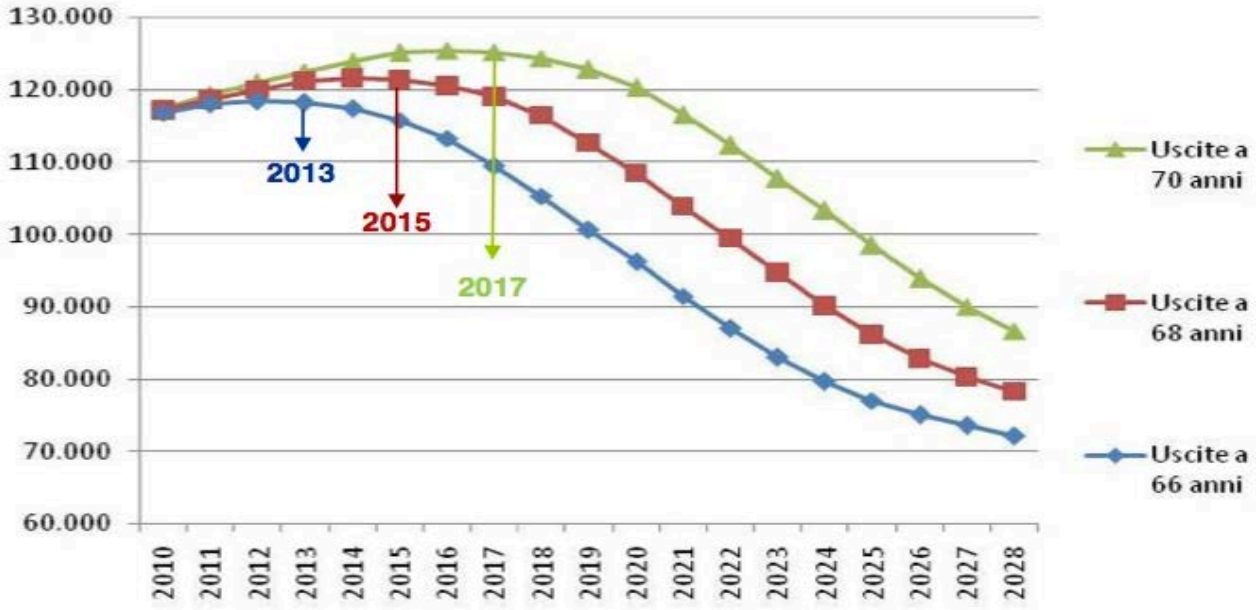
ASS_DIS_MED_01

Il riparto dei contingenti dei medici specialisti da immettere nel SSN

Fino ad ora si è sempre proceduto per la determinazione del riparto, tenendo in considerazione il tasso di turn over dei medici del SSN desunto dal Conto Annuale dello Stato e il fabbisogno regionale espresso in termini di variazione percentuale rispetto all'analogo dato riferito all'anno accademico precedente. Purtroppo visti questi criteri "bislacchi", i vincoli finanziari ed il blocco delle assunzioni, si è alimentata una sacca di inoccupazione dalla quale il SSN potrebbe attingere per assicurare un adeguato turn-over delle risorse umane. Inoltre la riforma pensionistica "Fornero" e la "spending review" hanno decisamente posto

un'ipoteca sulle possibilità di accesso nel mondo del lavoro per gli specializzati nei prossimi anni. Di fatto la riforma "Fornero" crea uno scalone nella curva dei pensionamenti dei dirigenti medici dipendenti del SSN. Le classi nate fino al 1951 manterranno i requisiti precedenti la riforma e rapidamente stanno uscendo dal sistema. I nati nel 1952 e anni successivi si vedranno spostare l'acquisizione dei nuovi criteri per il pensionamento in avanti di almeno 4 anni.
Così chi è nato nel 1952, non andrà in quiescenza dal 2012 ma dovrà aspettare almeno il 2015/2016. **La "spending review"** ha peggiorato ulteriormente la possibilità per i giovani specializzati di entrare nel mondo del lavoro. Infatti la continua decurtazione dei posti letto si porterà dietro l'esuberò di almeno 10.000-15.000 medici ospedalieri che dovranno per forza di cose essere riassorbiti. E' un dato di fatto, che non si riuscirà a colmare la gobba pensionistica già in atto e questo non solo per i motivi pocanzi spiegati ma anche perché il percorso formativo del giovane medico si conclude ottimisticamente dopo 12 anni e quindi occorrerà attendere ben oltre il 2020 affinché il maggior numero di laureati/specializzati sia disponibile sul mercato del lavoro. Questo ovviamente non deve scoraggiare chi intraprende la scelta di voler fare il medico, anzi servirà rimodulare il sistema formativo universitario rivedendo il percorso di laurea, i tempi morti sia con una revisione del diploma di abilitazione che comporta una sua abolizione per inglobarlo nella laurea abilitante, sia con una riduzione del percorso formativo del medico in formazione specialistica e calendarizzare in una unica data nazionale gli accessi ai diversi percorsi.
E' sicuramente necessario che il ricambio generazionale avvenga nell'immediato futuro, anche al fine di garantire un opportuno ed indispensabile trasferimento di competenze ed abilità che solo la pratica clinica può assicurare.

Questo grafico rappresenta la carenza dei medici dipendenti dal SSN che ci si attende nei prossimi anni, rapportata con il numero attuale di laureati:



Il numero dei laureati è stato considerato costante e pari a 6800 di cui si ipotizza che un terzo sia immesso nel SSN (fonte Ministero del Lavoro, schema di piano sanitari nazionale 2011-2013)

Da un'analisi dei dati sui medici specialisti iscritti agli ordini e forniti dal Centro Studi della FNOMCeO, è possibile fotografare negli anni 2005 e 2012, quali specialità saranno carenti oltre all'area della medicina generale; se il dato viene rapportato al fabbisogno medio espresso dalle Regioni negli anni accademici che vanno dal 2007 al 2009 con uno scarto di circa 500 richieste dall'ultima rilevazione (8190 unità 2013-2014), si può comprendere quali correttivi adottare nell'assegnazione dei contratti, utilizzando il rapporto abitante regione/contratti. Gli specialisti sono stati divisi per età <o> di 49 anni e ciò che immediatamente si evidenzia (area chirurgica) è una quasi parità dei numeri per specialità per età nel 2005 verso una inversione nel 2012 con specialità come **chirurgia generale, ginecologia e ostetricia, ortopedia e traumatologia, otorinolaringoiatria** che diventano "vecchie" a fronte di uno scarso ricambio generazionale con bassi numeri (rapporto medio 1:5). Anche per l'area medica valgono le stesse

considerazioni con un dato che mostra una quasi parità nel 2005 e una carenza di specialità e scarso turn-over generazionale per la **medicina interna, la cardiologia, la pediatria, la psichiatria** nel 2012 (rapporto medio 1:4). Per l'area dei servizi si assiste nel 2012 rispetto al 2005, ad una carenza delle specialità in **anestesia e rianimazione, in igiene e medicina sociale, in radiodiagnostica**. Inoltre la distribuzione per l'anno 2005 e 2012 degli specialisti nelle varie fasce d'età, mostra come nell'arco di 7 anni vi sia stata una dilatazione della fascia d'età 54-59 anni (dal 14% al 23%) e della fascia d'età 64-69 anni (dal 6% al 9%) a discapito delle fasce tra i 29-49 anni. Se i dati vengono corretti per la popolosità regionale attraverso i rapporti abitante/contratto specialità e abitante/specialità, appare in maniera evidente come ogni regione abbia quasi sempre richiesto molto di più rispetto al fabbisogno medio, che regioni con popolosità omogenea per caratteristiche socio-demografiche continuino a formare giovani medici precari, come molte risorse siano state impiegate per formare lo stesso specialista in più percorsi, come le Regioni con piani di rientro non possono chiedere di più, come anche il "territorio sia in sofferenza" e che le regioni benchmarking abbiano un rapporto abitante/contratto specialità e abitante/specialità tendente all'unità.
Un caso assestante è la Regione Lazio dove appare che le richieste servano come ammortizzatore sociale. Pertanto occorre rivedere i criteri metodologici che portano alla determinazione dei fabbisogni dei medici:

- considerare i rapporti abitante/contratto specialità e abitante/specialità
- ampliamento dell'offerta formativa, ossia del numero di immatricolazioni al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia che sia stimabile tra il 5-10% in una ottica però di programmazione triennale e non annuale.
- parametrare le effettive necessità assistenziali future (definendo il numero di medici specialisti necessario per singola regione), anche in funzione della capienza occupazionale del SSN e della effettiva pratica specialistica, rapportati a parametri demografici consistenti di popolazione (incidenza e prevalenza di malattia, mortalità, natalità, invecchiamento), a modelli di riorganizzazione sanitaria e di formazione, individuando centri di eccellenza universitari dove formare i medici, a nuovi bisogni di salute, a obiettivi di salute pubblica.
- inserire i medici in formazione (a partire dal 3° anno di specialità) negli ospedali di rete
- ridefinire con cadenza biennale, le necessità specialistiche nazionali e regionali, rimodulandole prima e non dopo la comparsa di criticità.

A titolo esemplificativo **alcune tabelle e grafici** che spiegano i dati e i percorsi logici dei commenti (fonte Ced-FNOMCeO-2012, Sole 24 h Sanità dicembre 2012, Annuario Statistico del Ministero della Salute-2010, Verbali Conferenza Stato-Regioni):

SITUAZIONE NAZIONALE SPECIALISTI E SPECIALIZZAZIONI A LIVELLO REGIONALE - ANNO 2012

REGIONE	SPECIALIZZATI	SPECIALIZZAZIONI
ABRUZZO	5.777	7.229
BASILICATA	1.686	1.986
CALABRIA	8.476	9.953
CAMPANIA	21.705	26.308
EMILIA ROMAGNA	17.880	23.311
FRIULI VENEZIA GIULIA	4.438	5.800
LAZIO	4.365	5.333
LIGURIA	8.835	12.000
LOMBARDIA	27.954	35.015
MARCHE	5.446	6.844
MOLISE	1.157	1.386
P.A. BOLZANO		
P.A. TRENTO	3.170	3.924
PIEMONTE	10.619	13.151
PUGLIA	13.961	16.606
SARDEGNA	7.793	9.008
SICILIA	19.994	23.680
TOSCANA	15.792	19.880
UMBRIA	3.402	4.202
VALLE D'AOSTA	339	432
VENETO	14.428	18.545
ITALIA	***197.217***	***244.593***

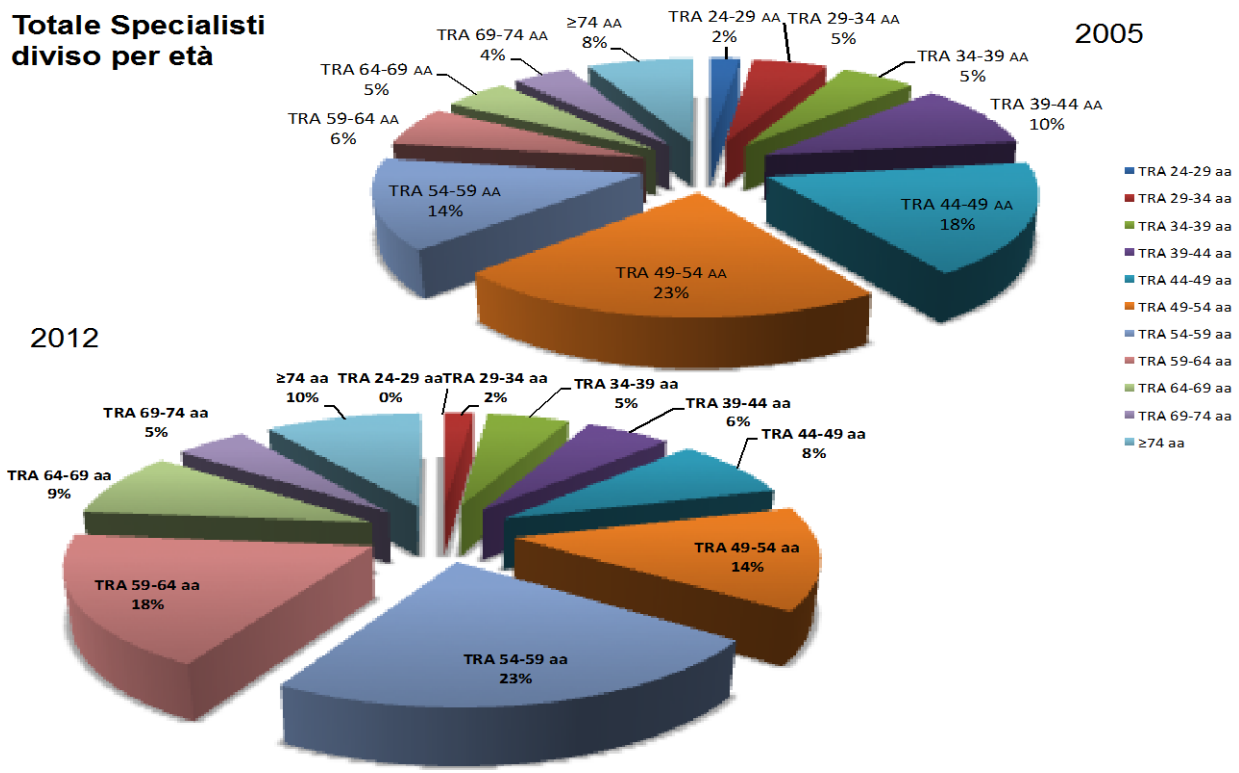
Elaborazione dati dicembre 2012

fabbisogno specialisti medio richiesto per regione (in 3 anni accad., 2007-8-9)

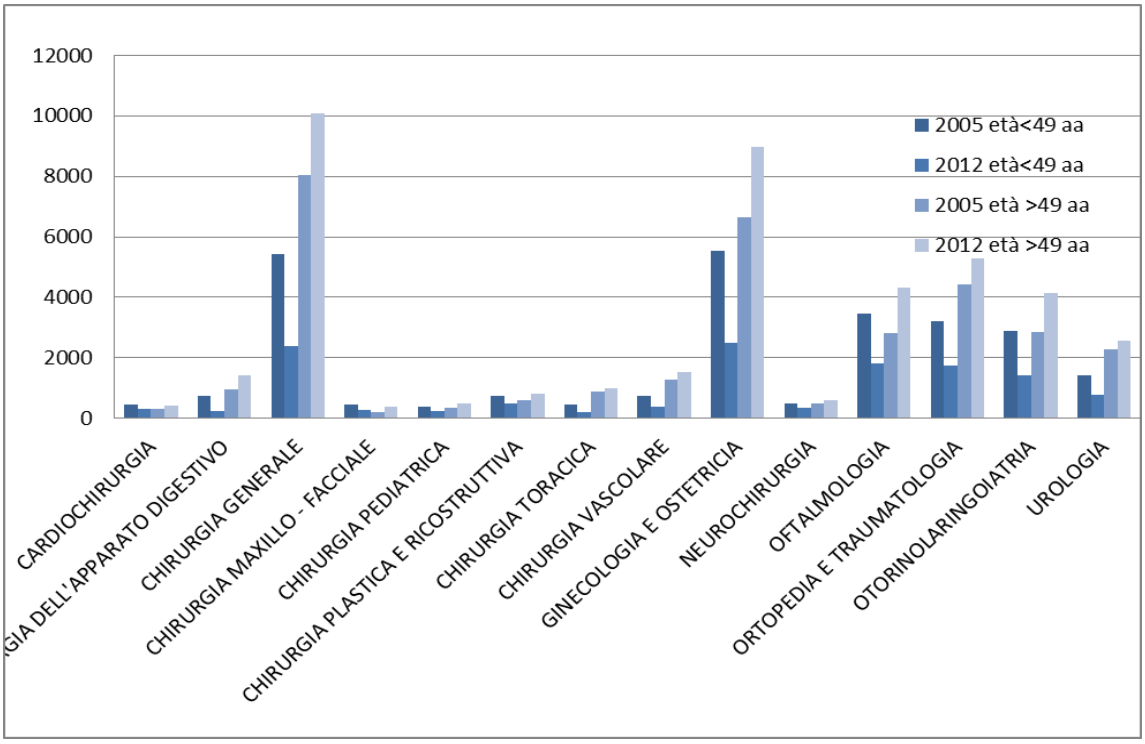
Abruzzo	346
Basilicata	279
Calabria	203
Campania	762
Emilia Romagna	514
Friuli V.G.	177
Lazio	1762
Liguria	215
Lombardia	706
Marche	135
Molise	93
P.A. Bolzano	49
P.A. Trento	16
Piemonte	545
Puglia	352
Sardegna	260
Sicilia	835
Toscana	404
Umbria	120
Valle d'Aosta	25
Veneto	388
ITALIA	7694

Rapporto popolazione/specialisti e popolazione contratti di formazione specialistica (dati 2012)

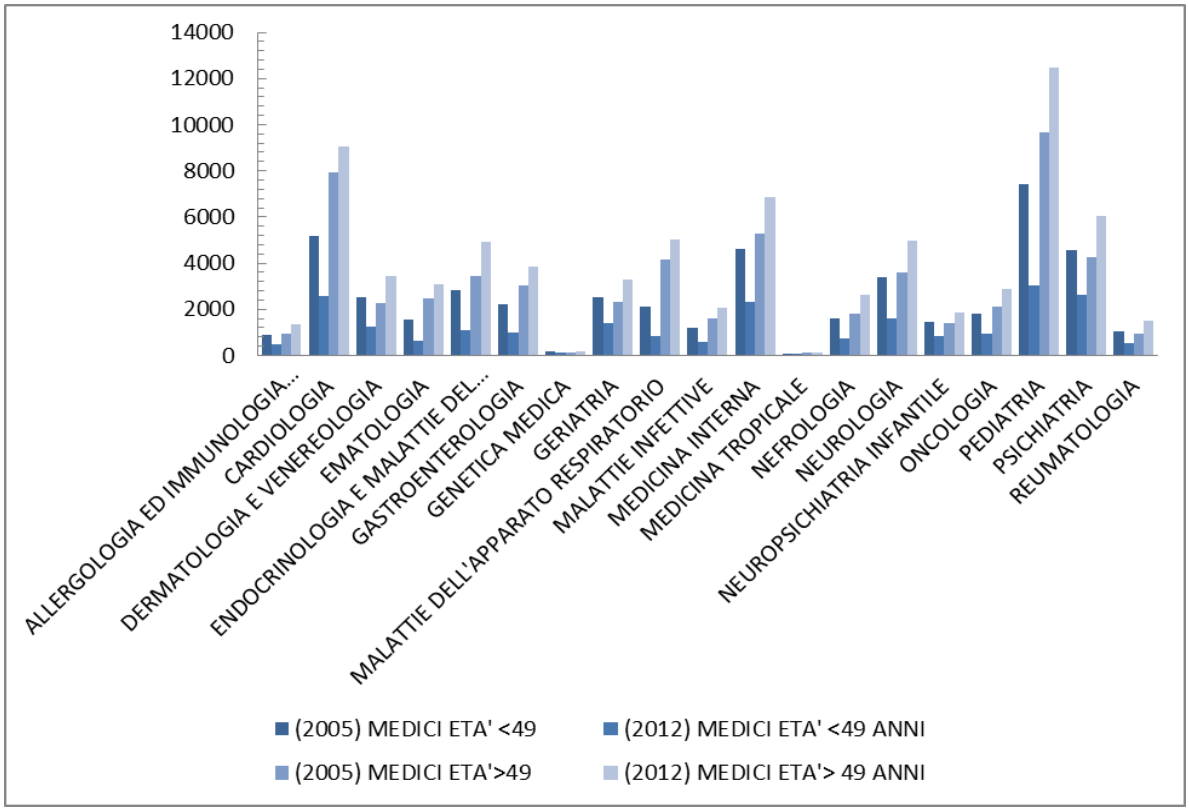
REGIONE	rapp. abitanti/specialista	rapp. abitanti/ specialità	Rapp. abitanti/contratti di specialità
ABRUZZO	232/1	185/1	3873/1
BASILICATA	349/1	297/1	2108/1
CALABRIA	237/1	202/1	9914/1
CAMPANIA	268/1	221/1	7644/1
EMILIA ROMAGNA	246/1	189/1	8552/1
FRIULI VENEZIA GIULIA	278/1	213/1	6959/1
LAZIO	1302/1	1065/1	3224/1
LIGURIA	183/1	135/1	7528/1
LOMBARDIA	352/1	281/1	13911/1
MARCHE	286/1	228/1	11524/1
MOLISE	277/1	231/1	3443/1
P.A. BOLZANO			10345/1
P.A. TRENTO	166/1	134/1	33500/1
PIEMONTE	419/1	338/1	8158/1
PUGLIA	293/1	246/1	11591/1
SARDEGNA	215/1	186/1	6432/1
SICILIA	252/1	213/1	6037/1
TOSCANA	236/1	188/1	9225/1
UMBRIA	265/1	214/1	7486/1
VALLE D'AOSTA	377/1	296/1	5184/1
VENETO	340/1	265/1	12672/1
ITALIA	***306/1***	***247/1***	***7842/1***



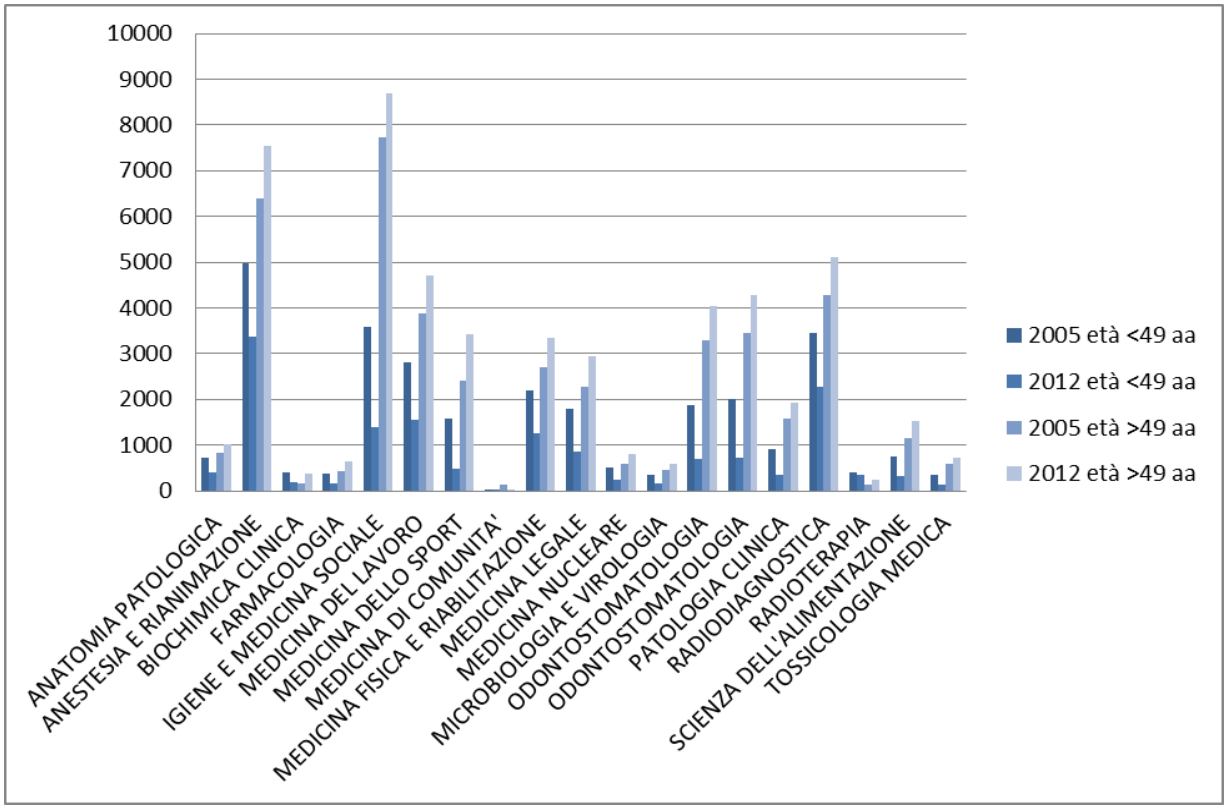
Confronto N. Specialisti Area Chirurgica divisi per fasce d'età (2005 vs 2012)



Confronto N. Specialisti Area Medica divisi per fasce d'età (2005 vs 2012)



Confronto N. Specialisti Area Servizi divisi per fasce d'età (2005 vs 2012)



ANAAO giovani per l'accesso alle **Scuole di Specialità di Area Medica**, in considerazione dell'analisi del numero di medici neo laureati che non riescono ad accedere ai Corsi di formazione specialistica, dei medici neo laureati che non riescono ad accedere ai corsi di formazione specifica in MG, del tasso di abbandono dei corsi formazione specifica in MG (circa il 10-20%), del confronto con i diversi sistemi Europei, propone di cambiare il sistema di concorso attualmente vigente.

Le criticità legate all'esame si possono così riassumere:

- la prima prova che è scritta comporta la presenza di commissioni giudicatrici locali che estraggono a sorte da un archivio nazionale, per ciascuna scuola, il giorno prima della data della prova, tre serie di quesiti per ciascuna tipologia. Il giorno della prova d'esame uno dei candidati sceglie tra le serie di quesiti presenti in tre buste, una sola verrà utilizzata per la prova d'esame che dura 90 minuti. Le domande dell'archivio nazionale sono rese pubbliche con le relative risposte e divise per specialità. E' chiaro che la mera memorizzazione non è un criterio di selezione sull'effettiva preparazione del medico, visto anche che la maggior parte dei candidati supera la prova.
- la seconda prova (pratica) è altamente "discrezionale" viste le tracce, formulate dalle locali commissioni, spesso diverse da candidato a candidato (bias) alle quali si aggiungono le valutazioni dei curriculum (voto di laurea, votazioni riportate negli esami attinenti alla specialità scelta, qualità e attinenza della tesi, attività didattiche elettive frequentate durante il corso di studi, pubblicazioni scientifiche prodotte prima della iscrizione al concorso), che offrono molta prassi soggettiva.
- Le conseguenze sono una anomala collocazione in graduatoria (discrezionale) e la scelta obbligata di pensare nel pre-lauream a quali attività orientarsi per una scelta futura con il rischio di essere penalizzati se si dovesse cambiare idea.

Le criticità legate alla programmazione si possono così riassumere:

- scelta di svolgere più percorsi formativi in serie, togliendo la possibilità di accedere a corsi di formazione post laurea a medici neo-laureati senza altri titoli.
- contrazione del numero di borse/contratti in relazione alla diminuzione delle risorse disponibili.
- ingresso nel mondo del lavoro non prima dei 33-34 anni.
- disomogeneità nella valutazione dei candidati attraverso la creazione di più graduatorie indipendenti.

Partendo dall'analisi di tali criticità si formula una proposta che vuole essere una **proposta quadro (perfettibile)** ispirata a principi di trasparenza nella valutazione dei candidati, universalità del diritto ad accedere alla formazione specialistica nella misura in cui solo tale titolo permette di ottenere un ruolo stabile nel SSN e ottimizzazione dell'investimento di risorse nel sistema formativo.

La data per l'esame di specialità deve coincidere con quella dell'esame per l'ingresso al corso di medicina generale per spingere i candidati a fare una prima scelta chiara rispetto alla propria carriera professionale. Inoltre la data deve essere collocata tutti gli anni sempre nello stesso periodo dell'anno per poter permettere ai medici neolaureati di programmare le tappe del proprio percorso. Si ritiene che in considerazione delle sessioni di laurea (giugno, ottobre, marzo) il periodo migliore sia giugno, con la possibilità d'inizio dei corsi a settembre. Tale considerazione nasce dal fatto che la proposta della laurea abilitante deve costituire un valido presupposto per una corretta calendarizzazione.
L'iscrizione all'esame deve prevedere l'iscrizione sotto condizione di ottenimento dell'abilitazione professionale per evitare tempi morti. Analogamente anche per l'esame di ingresso ai corsi di formazione specifica in medicina generale dovrebbe essere introdotta la possibilità di iscriversi sotto condizione. Considerando la discrepanza tra richieste regionali relative ai fabbisogni di professionisti e l'assegnazione dei contratti MIUR, tenendo conto della riduzione del numero di posti messi a bando, delle specifiche carenze di specialisti, si propone un accorciamento del percorso formativo dai 5-6 anni a 4-5 anni per le scuole di specializzazione. Tale decisione permetterebbe di mantenere pressoché invariato il numero dei contratti nei prossimi anni, recuperando le risorse necessarie dalla non erogazione per il V e VI anno. Analogamente anche per il corso di formazione specifica in medicina generale il percorso dovrebbe essere accorciato da 3 a 2 anni con il recupero immediato di un 30% di posti messi a bando. Dovrà essere previsto il riconoscimento dei titoli in Europa attraverso accordi tra paesi. Si ravvede la necessità di una graduatoria nazionale per mettere in competizione i candidati rispetto alla loro reale preparazione in termini di competenze e conoscenze, indipendentemente dall'ateneo di provenienza e dalla possibilità di essere coinvolti in pubblicazioni e partecipazione a congressi nella branca medica prescelta. Pertanto si propone di non considerare in alcun modo né il curriculum, né il voto di laurea. Si propone l'introduzione di una prova che preveda la risoluzione di uno o più casi clinici creati ex novo attraverso la risposta a 10 domande aperte con metodo di correzione chiuso (sistema francese ECN).

I parametri e i criteri su cui stilare la graduatoria nazionale sono:

- il punteggio ottenuto dall'esame
- il punteggio premiante di prima scelta: un punteggio aggiuntivo di 10 punti per chi non è in possesso di altri titoli oltre la laurea
- a parità di punteggio la precedenza data a chi ha una minor anzianità di laurea
- a parità di punteggio e di anzianità di laurea, la precedenza data a chi ha una minor età anagrafica
- difficoltà di allocare i contratti regionali, in ragione degli accorpamenti di Atenei

La graduatoria nazionale potrebbe essere strutturata da elenco di binomi (ateneo-specialità) per permettere ai candidati secondo un ordine di precedenza dettato dal punteggio ottenuto a scorrimento il binomio desiderato. Questo infatti permetterebbe al candidato di scegliere oltre che l'ubicazione geografica anche la scuola di specialità con l'indirizzo clinico-pratico più affine alla sua scelta professionale. Al termine dello scorrimento della graduatoria, i candidati che non hanno avuto accesso ai posti messi a bando, accedono **ad una graduatoria regionale** indicata in precedenza con l'aggiunta nel contratto di apposite clausole che riservino il relativo bando all'interno delle Regioni "di appartenenza",

anche se laureati altrove, e a chi giunge da altre zone extraregionali, purché usciti dalle Università presenti nelle regioni di appartenenza. La ratio sta nel fatto che le Regioni dovranno garantire la formazione specialistica dei propri medici, finanziando posti aggiuntivi e favorire la permanenza dei professionisti così formati nelle strutture e negli enti del Sistema sanitario regionale. L'altra clausola dovrà sancire il periodo di permanenza obbligatorio del medico in formazione specialistica a fine percorso formativo. Se un candidato rifiuta il posto ministeriale non può accedere a nessuna graduatoria regionale. Dalla graduatoria regionale, che viene ricostituita secondo gli stessi parametri e criteri della graduatoria nazionale, a scorrimento vengono assegnati i contratti messi a disposizione dalla relativa regione. Tali contratti dovranno essere della stessa durata e avere le stesse caratteristiche e tutele del contratto dei medici in formazione, ma l'attività formativa potrà esplicarsi in ospedali non universitari presenti sul territorio. La commissione nazionale predisposta al controllo dell'esame e della creazione della graduatoria dovrebbe essere a composizione mista con rappresentanti delegati universitari, rappresentanti delegati dalle regioni, delegati nominati dalle OOSS maggiormente rappresentative, delegati nominati dagli ordini professionali. Si ritiene altresì che per l'universalità del diritto allo studio la tassa di iscrizione debba essere unica e non superiore ai 30 euro pro capite.