

Legislatura 18ª - 12ª Commissione permanente - Resoconto sommario n. 277 del 23/11/2021

ORDINI DEL GIORNO AL DISEGNO DI LEGGE

N. 2448

G/2448 Sez I/1/12 (testo 2)

Parente, Rizzotti, Boldrini, Lunesu

Il Senato,

In sede d'esame del disegno di legge recante Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024 (A.S. 2448),

premesso che:

il disegno di legge, al Titolo VI recante "Sanità", introduce una serie di misure atte a rafforzare il sistema sanitario nazionale;

la legge 21 ottobre 2005, n. 219, recante "Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale di emoderivati" afferma il principio basilare dell'autosufficienza nazionale del sangue, emocomponenti e farmaci emoderivati da donatori volontari associati;

come riportato dalla Federazione Italiana Associazioni Donatori di Sangue (FIDAS), lo scenario attuale, secondo dinamiche che antecedono la pandemia da Covid-19, mostra segni di debolezza e mancanza di uniformità del sistema, ovvero degli elementi di criticità per l'autosufficienza di cui sopra, derivanti da modifiche del contesto demografico e sociale della popolazione dei donatori di sangue, che rende necessaria l'introduzione di strumenti ad hoc, compatibili con le mutate condizioni del mondo del lavoro;

considerato che:

attualmente si assiste a una contrazione generalizzata della raccolta del sangue, a causa della quale sempre meno regioni riescono a raggiungere la soglia dell'autosufficienza, posta a 40 unità raccolte ogni 1000 abitanti per anno, da cui deriva, per le regioni che di norma trasferivano le loro eccedenze programmate, un'impossibilità di sostenere le regioni storicamente carenti;

ulteriori difformità critiche tra le varie regioni si registrano nella raccolta di plasma per la produzione nazionale di farmaci plasmaderivati, sia relativamente ai volmi di raccolta (da 6 a 23 Kg/1000 ab) sia nel contributo fornito dalle procedure di aferesi (da meno del 5% al 40%);

impegna il Governo:

al fine di garantire uniformi livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio nazionale e consentire di raggiungere l'indipendenza strategica prevista dalla legge 219/2005, a considerare, nel contesto dei ruoli già previsti e attribuiti agli attori del sistema trasfusionale dalla legge 219/2005, l'opportunità di intraprendere progettualità innovative per il rafforzamento del sistema trasfusionale pubblico, finalizzate all'incremento dei volumi di sangue e di plasma raccolti, alla attuazione regionale degli accordi sanciti, alla promozione del buon uso del sangue e degli emoderivati, al rafforzamento della medicina trasfusionale, rivolgendo particolare attenzione all'elaborazione di strumenti di sostegno per le regioni storicamente carenti, e ribadendo, quindi, l'obbligo di utilizzo prioritario del prodotto proveniente dalla lavorazione del plasma nazionale, anche attraverso misure volte a garantire e incoraggiare lo scambio delle eccedenze tra regioni.

G/2448 Sez I/9/12 (testo 2)

Zaffini

Il Senato,

in sede di esame del disegno di legge recante: "Legge di bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024" (A.S. 2448) ;

premesso che:

La pandemia da Covid-19 ha fatto esplodere le criticità legate alle carenze ormai strutturali di personale medico, soprattutto specializzato e medici di medicina generale.

Dal 2013 il numero dei contratti per la formazione specialistica è sistematicamente inferiore rispetto a quello dei medici laureati ed abilitati ed anche a quello del fabbisogno espresso dalle Regioni. È quello che in gergo tecnico viene definito «imbuto formativo», ovvero la differenza tra il totale dei laureati e i posti disponibili nei corsi di formazione post-laurea (specialità più corsi di formazione per medici di medicina generale). Negli ultimi dieci anni sono rimasti esclusi 11.652 neolaureati, e la beffa è che oltre a mortificare la loro professionalità, rientrano comunque nei conteggi del numero di medici che portano l'Italia ad avere 4 medici ogni mille abitanti al di sopra della media dell'Unione che è di 3,5.

Anche quest'anno dei 23.671 neolaureati in Medicina candidati per entrare in specialità soltanto 14.980 riusciranno ad aggiudicarsi i contratti di formazione finanziati dal Governo (e in parte minoritaria anche da Regioni ed enti privati) e quest'anno il numero di contratti di formazione è decisamente più alto rispetto all'anno precedente: più +75%. In crescita soprattutto le specializzazioni di cui l'emergenza Covid ha mostrato la carenza. Medicina d'emergenza passa da 458 a 975 contratti di formazione (+113%), anestesisti da 929 a 1.697 (+83%), Malattie infettive da 104 a 344 (+231%), microbiologi da 25 a 122 (+ 388%), Patologia clinica, cioè medici di laboratorio, da 86 a 226 (+ 163%), e medici statistici da 3 a 29 (più 867%).

Ogni anno circa 1500 laureati, ingabbiati nel limbo formativo in Italia, si trasferiscono in altri Paesi europei o anche oltre oceano per accedere a corsi di specializzazione, portando altrove titolo e competenze su cui lo Stato ha investito risorse ingenti, mentre gli ospedali restano sguarniti delle professionalità necessarie.

La relazione tecnica che accompagna la legge di bilancio chiarisce che "Viene finanziata la formazione specialistica dei medici, aumentando il numero dei posti a disposizione per le varie specializzazioni sino a circa 12.000 (0,19 miliardi per l'anno 2022, 0,32 miliardi per l'anno 2023, 0,35 miliardi per l'anno 2024 e importi crescenti negli anni successivi fino a 0,54 miliardi annui dal 2027)"

Tuttavia i numeri sopra citati e lo studio dell'Associazione medici dirigenti formazione post-lauream sul fabbisogno per l'abbattimento dell'imbuto formativo, ci dicono che tali misure sono del tutto insufficienti. In particolare il citato studio chiarisce che "*Il debito "puro" di 10.173 specialisti nel primo quinquennio 2019-2023 e` una rappresentazione sottostimata del debito previsionale atteso; quest'ultimo potrebbe salire fino a circa 23.700 specialisti considerando 6.225 specialisti mancanti in base al confronto con le dotazioni organiche dell'anno 2009, circa 4.000 specialisti aggiuntivi richiesti per l'incremento dei posti letto stabiliti nel Decreto "Rilancio Italia", in particolare in Terapia intensiva e Sub-intensiva, e una ulteriore quota di circa 3.300 unita` derivante da possibili cessazioni anticipate rispetto al criterio pensionistico dei 65 anni.*"

Strettamente connesso al problema all'imbuto formativo è l'aspetto dell'accesso programmato con i test di ingresso ai corsi di laurea e di laurea magistrale di area sanitaria.

Se è infatti vero che l'eliminazione *sic et simpliciter* dell'accesso programmato ai corsi di laurea e di laurea magistrale di area sanitaria sarebbe una scelta lontana dalle necessità e determinerebbe un peggioramento dell'imbuto formativo, oltre che uno spreco di risorse pubbliche valutabili in circa 130.000 euro per ogni studente che dal liceo arriva alla laurea, è anche vero che solo l'85% degli studenti arriva alla laurea, dato che impone una riflessione profonda sulla reale efficacia del numero chiuso così come attualmente strutturato.

E' un dato di fatto che troppi studenti restano esclusi dal meccanismo del numero chiuso, troppi sono i laureati che non possono accedere alla formazione specialistica e in mezzo si trova una percentuale rilevante di studenti che non riesce a conseguire la laurea.

La carenza strutturale di personale medico richiede un intervento urgente e altrettanto strutturale.

Sulla necessità di rivedere il sistema di accesso ai corsi a numero programmato - attualmente disciplinato dalla L. 264/1999 - attraverso l'adozione di un modello che assicuri procedure idonee a orientare gli studenti verso le loro effettive attitudini, si era già espresso il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca nel corso dell'audizione sulle linee programmatiche, svolta l'11 luglio 2018 nelle Commissioni congiunte 7[^] del Senato e VII della Camera, ed il medesimo obiettivo era presente tra le linee di intervento della nota di aggiornamento del DEF 2018. Il Ministro aveva del "Oggi il criterio per accedere a Medicina non è assolutamente meritocratico e quindi dobbiamo incidere su questo. Non è un criterio che selezione i migliori ma semplicemente chi ha più memoria". Così il ministro della salute Giulia Grillo, in merito all'abolizione del numero chiuso per accedere alla Facoltà di Medicina

Ricordiamo che l'approvazione della legge n. 264 del 1999 era stata preceduta da una sentenza della Corte costituzionale del novembre 1998, sulla questione di legittimità costituzionale promossa da alcuni studenti in merito ad una norma della legge 15 maggio 1997, n. 127, che aveva attribuito al Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica il potere di determinare limitazioni agli accessi ai corsi di laurea universitari. La Corte ritenne che, ancorché potesse essere «superato, in considerazione degli obblighi comunitari e nei limiti in cui essi sussistono, lo specifico dubbio di costituzionalità», appariva chiaro «che l'intera materia necessita di un'organica sistemazione legislativa, finora sempre mancata».

Anche la Seconda Sezione della Corte di giustizia dell'Unione europea, con sentenza n. 25851 del 2 aprile 2013, si è espressa sulle limitazioni applicate dallo Stato italiano all'accesso ai corsi di laurea (test di ingresso e numero chiuso) ritenendo che rispondono al fine legittimo di raggiungere alti livelli di professionalità nelle istituzioni didattiche di ordine superiore, e sono proporzionate allo scopo di garantire un livello di istruzione universitaria minimo e adeguato. Tuttavia si ritiene che i test di ingresso, siano un sistema del tutto obsoleto e inadeguato a garantire alti livelli di professionalità, esigenza alla quale si potrebbe invece meglio rispondere con un meccanismo selettivo degli studenti consistente nell'individuare quote minime di esami di profitto da superare durante il primo anno di corso, pena la decadenza dall'iscrizione. In tal modo la programmazione dei posti per i percorsi di area sanitaria verrebbe riferita non all'accesso al primo anno di corso (comune a tutti i percorsi dell'area), ma all'ammissione al secondo anno. Questo consentirebbe di avere una più ampia platea di aspiranti fra cui selezionare davvero i migliori, avendo il tempo di valutarne le effettive inclinazioni per la professione. La quota di ammissione al secondo anno dovrebbe prevedere, per il triennio 2022-2024, una percentuale incrementale annua del 25% partendo alle attuali quote di sbarramento in ingresso.

Impegna il governo a:

- migliorare le modalità di ingresso iniziale ai corsi di laurea e di laurea magistrale di area sanitaria attraverso l'introduzione di meccanismi maggiormente predittivi nonchè di rinnovate azioni di orientamento al fine di assicurare un maggior sostegno al percorso di preparazione dei candidati in ragione dei posti disponibili, anche nell'ottica di un progressivo aumento di questi;

- prevedere un incremento delle risorse per i contratti di formazione specialistica medica al fine di ridurre il cosiddetto imbuto formativo.