



federspecializzandi

Confederazione Nazionale delle Associazioni degli Specializzandi
www.specializzandi.org

Dossier sulla Formazione Medica Specialistica

INTRODUZIONE

Questo Dossier nasce dai primi tre anni di lavoro di Federspecializzandi, anni dedicati ad ottenere un'adeguata formazione ed il giusto riconoscimento dei diritti lavorativi finora negati ai Medici in Formazione Specialistica.

La mancata applicazione del Decreto Legislativo 368/99, che prevede la stipula di contratti formazione lavoro per gli specializzandi, ci pone in condizioni lavorative estremamente precarie, derivanti dalla complessità e dalla contraddittorietà delle norme vigenti. La regolamentazione attuale delle Scuole di Specializzazione si presta infatti ad interpretazioni parziali e disomogenee nelle varie sedi, determinando trattamenti molto difformi per quanto riguarda le opportunità formative e i diritti lavorativi di base (maternità, ferie, malattia).

Le informazioni di seguito raccolte sono state ottenute dalla nostra analisi della normativa vigente, pertanto tale dossier non ha alcuna pretesa di ufficialità, ma rappresenta il primo tentativo di portare ordine in una situazione fumosa come quella della Formazione Medica Specialistica nel nostro Paese.

La Presidenza di Federspecializzandi

Dott.ssa Roberta Petrucci (Ferrara) - Presidente
Dott.ssa Maddalena Marasà (Pavia) - Segretario
Dott.ssa Maria Panzani (Torino) - Tesoriere
Dott.ssa Alessia de Stefano (Roma) - Vicepresidente
Dott. Giovanni Filocamo (Bologna) - Vicepresidente

Hanno collaborato al progetto:

Dott.ssa Chiara Bodini - Pavia
Dott. Francesco Ferrara - Modena
Dott.ssa Chiara Maniero - Trieste
Dott. Ardigò Martino - Bologna
Dott. Alexis Mongelli - Pavia
Dott.ssa Chiara Suzzi - Ferrara

Un grazie sincero ai soci fondatori:

Dott. Simone Fusaro - Pisa
Dott Stefano Magnone - Milano
Dott. Paolo Malvezzi - Pavia
Dott. Michele Russo - Roma

e a

Dott. Lucio Marinelli (Genova) – Webmaster

BREVE STORIA DEL MOVIMENTO DEI MEDICI SPECIALIZZANDI

di Simone Fusaro

L'autunno del 2002 è stato sicuramente uno dei più "caldi" per i Medici Specializzandi in Italia. Dopo anni di torpore, è stata messa in atto una mobilitazione forte, caratterizzata dall'astensione dall'attività assistenziale nell'ambito dello stato di agitazione nazionale dei Medici Specializzandi in ottobre-novembre, che ha avuto come momento forte una manifestazione nazionale a Roma il 19 novembre. In tale occasione sono scesi in piazza, per la prima volta, quasi diecimila camici bianchi. Si è trattato del momento più forte di un andamento ormai ricorrente da alcuni anni: in prossimità della legge finanziaria gli Specializzandi hanno cercato di far sentire la loro voce per sostenere l'entrata in vigore del Decreto Legislativo 368/99, che dovrebbe adeguare agli standard europei la formazione specialistica dei medici chirurghi italiani.

Il ruolo del Medico Specializzando è al momento ancora regolamentato dal Decreto legislativo 257/91 che lo definisce in pratica uno studente, titolare di borsa di studio ministeriale (il cui importo è rimasto invariato negli ultimi 13 anni), che di fatto lavora all'interno di strutture universitarie e ospedaliere per circa 800 euro al mese, senza contributi previdenziali, senza diritto a ferie e malattia e senza tutela della gravidanza. Nell'agosto 1999 è stato varato il D.lgs n. 368, quale recepimento della direttiva comunitaria in ambito di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli (93/16/CE). Nel dicembre dello stesso anno però il D.lgs 517 ha bloccato l'applicazione degli articoli dal 37 al 41 del D.lgs 368/99 riguardanti gli emolumenti dei medici in formazione specialistica, la copertura assicurativa per la responsabilità civile e la facoltà dell'esercizio della libera professione intramuraria. La legge finanziaria per il 2003 ha inoltre congelato ogni aumento delle borse di studio ministeriali degli Specializzandi fino al 2006. La sezione del D.lgs 368/99 relativa agli strumenti di verifica della formazione (osservatori nazionali e regionali) è invece entrata in vigore, ma tali strumenti, che comprendono anche la rappresentanza degli Specializzandi, di fatto non sono stati resi operativi. Tale aspetto risulta fondamentale, dato che la didattica e gli obiettivi formativi non sono accuratamente programmati e aggiornati, evidenziando una disomogeneità di contenuti e, spesso, uno scarso livello di approfondimento.

Il lavoro dei Medici Specializzandi all'interno delle strutture universitarie ed ospedaliere, sebbene finalizzato in teoria alla graduale acquisizione di competenze specialistiche, spesso sostituisce l'attività del personale di ruolo e si concretizza nella gestione quotidiana della degenza nei reparti (visita del paziente, gestione delle cartelle cliniche, guardie notturne, etc.), delle visite ambulatoriali, dell'esecuzione di diagnostica strumentale (ecografie, esami endoscopici etc), della gestione dei servizi (come autopsie in medicina legale o visite preventive in medicina del lavoro). A dimostrazione del reale ruolo degli Specializzandi l'astensione dall'attività (così denominata non essendo contemplato il diritto di sciopero) si è concretizzata nella riduzione degli interventi chirurgici ordinari, rallentamento delle attività ambulatoriali, prolungamento dei tempi di degenza e riduzione del numero di nuovi ricoveri ordinari, necessità di turni straordinari da parte dei medici strutturati.

La vita professionale di un medico chirurgo iscritto alle Scuole di Specializzazione ha oggi costi molto elevati: alle dodici mensilità bisogna sottrarre le tasse universitarie (pari a più di una mensilità), il pagamento della previdenza medica obbligatoria (pari a metà di

una mensilità) e l'iscrizione all'Ordine. A tali costi deve aggiungersi quello relativo alla polizza di responsabilità civile, che per alcuni medici in formazione, quali i ginecologi, può raggiungere od oltrepassare le due mensilità.

Accanto alla formazione, alla programmazione del percorso formativo-scientifico che serve a qualificare il medico chirurgo che diverrà poi specialista, è necessario un adeguato riconoscimento professionale tenendo conto che:

- gli Specializzandi sono medici chirurghi, abilitati all'esercizio della professione
- svolgono un lavoro all'interno delle strutture del Sistema Sanitario Nazionale, garantendo servizi e prestazioni sanitarie
- sono soggetti agli stessi rischi lavorativi dei colleghi strutturati
- la responsabilità del malato, con tutto ciò che ne consegue, grava in parte anche su di loro
- la comunità europea ha dettato delle direttive, che sono state disattese

Una valutazione a parte meritano le conseguenze meno tangibili della mobilitazione degli Specializzandi: ore di discussione, informazione reciproca, stesura di documenti e manifestazioni in strada, hanno contribuito ad una maggiore consapevolezza della realtà lavorativa. La presa di coscienza dei propri diritti fondamentali, la richiesta di formazione e di migliori condizioni lavorative non sono affatto scontate da parte di una categoria di lavoratori abituata a "non esistere" di fatto, e quindi a non fare sentire la propria voce. È stato un contributo non sempre maturo, per la scarsa abitudine al confronto assembleare in ambito professionale, ma si tratta comunque di una "discontinuità" in ambito medico, uno dei pochi esempi di medici che discutono, si confrontano e creano occasioni di dibattito tra Università, Sistema Sanitario, Enti Locali, pazienti e cittadini.

FEDERSPECIALIZZANDI

di Roberta Petrucci

Federspecializzandi nasce nel luglio 2003 come Confederazione Nazionale delle Associazioni Locali di Medici Specializzandi. Il progetto parte dal desiderio dei partecipanti di trovare nuove forme di collaborazione tra le diverse sedi per incrementare l'informazione e l'agire comune: obiettivo condiviso è la difesa dei diritti dei Medici Specializzandi per un'adeguata formazione e per il riconoscimento dei diritti lavorativi, finora negati, mediante l'ottenimento di contratti. La figura del Medico Specializzando sta subendo in questi anni profondi mutamenti, immersa nella contraddizione tra la "teoria" di una legislazione che ne delinea gli aspetti lavorativi e formativi e una "realtà" in cui tale legislazione non ha ancora visto l'adeguato finanziamento, relegando pertanto il Medico Specializzando alla condizione di studente. In questa situazione di ambiguità e precarietà i medici in formazione specialistica pagano l'alto prezzo della mancata tutela lavorativa e di una formazione non adeguata a quelli che sono gli standard europei; allo stesso modo la comunità paga l'altissimo prezzo di una politica miope che, non investendo in formazione medica, rischia in futuro di non poter garantire la salute dei cittadini e mette un'ipoteca sulla qualità del Sistema Sanitario Nazionale.

Per questo Federspecializzandi ha fatto della lotta per i diritti dei Medici Specializzandi il proprio scopo, con l'obiettivo di garantire una formazione ed un contratto lavorativo adeguati. La specializzazione, per quanto esperienza temporanea e necessariamente precaria, rappresenta per tutti i medici in formazione un'occasione di crescita professionale e umana che non possiamo permetterci di sprecare. Federspecializzandi agisce e investe i suoi sforzi affinché dalle Scuole di Specializzazione italiane escano dei professionisti competenti, adeguati ad affrontare i bisogni di salute della comunità, stimati in ambito europeo. Federspecializzandi intende porsi come soggetto autorevole nel dialogo con istituzioni (Università, politici, regioni, sindacati etc) garantendo alle singole associazioni confederate la libertà di decidere ed agire sulle questioni in ambito locale (tasse universitarie, accesso ai servizi, rappresentanza negli organi di governo dell'Ateneo, regolamentazione locale, etc).

In questi primi anni di intenso lavoro la Federazione si è ampliata coinvolgendo sempre più realtà locali e raccogliendo sempre più consensi investendo i propri sforzi e le proprie risorse in diversi progetti. L'assemblea che si svolge periodicamente, vede tra i propri impegni il rinnovo annuale della Presidenza, con la sostituzione dei membri che si sono recentemente specializzati, convinti che una federazione di specializzandi non possa che essere rappresentata e coordinata dagli specializzandi stessi, sempre in un'ottica di continuità e trasmissione delle esperienze accumulate. Le modalità di partecipazione si sono necessariamente allargate nel tempo estendendo la partecipazione ad Assemblea e Presidenza alle sedi che hanno aderito al progetto in un secondo momento. Il desiderio da parte di Federspecializzandi di allargare il consenso e la partecipazione ha portato alla creazione della figura dei referenti locali in quelle sedi in cui ancora non si è creata una vera e propria associazione ma in cui comunque è presente un movimento di specializzandi che fungono da rappresentanti per le questioni locali e che vogliono dare il proprio contributo ai progetti nazionali. L'aumento di risorse umane e l'intenso e fervente scambio di idee ed esperienze dei partecipanti ha permesso la nascita dei Gruppi di Lavoro, nuova modalità di azione della Federazione che speriamo saprà catalizzare nuove realtà locali ma anche singoli specializzandi che vorranno aderire ai progetti.

L'ASSEMBLEA

Da statuto “E’ il massimo organo deliberante della Confederazione e ne fa parte il rappresentante legale di ciascuna Associazione Confederata”. Attualmente l’Assemblea è costituita dai rappresentanti delle 10 associazioni che hanno aderito alla Federazione (Bologna, Ferrara, Genova, Milano, Modena, Pavia, Pisa, Roma, Torino, Trieste), che hanno diritto di voto durante l’assemblea annuale per l’elezione della Presidenza e riguardo alle principali questioni all’interno della Federazione. Ma il lavoro continua costantemente e quotidianamente durante tutto l’anno principalmente attraverso la mailing list a cui partecipano tutti i rappresentanti delle associazioni confederate che partecipano ai gruppi di lavoro nonché i Referenti locali delle sedi in cui ancora non è stata costituita un’associazione. La mailing list dell’assemblea è lo spazio virtuale attraverso cui nascono, si sviluppano e si verificano i progetti della federazione.

LA PRESIDENZA

“E’ l’organo esecutivo e di rappresentanza della Confederazione ed è composto da Presidente, Vice Presidente, Segretario, Tesoriere, nonché da altre cariche stabilite all’occorrenza dall’assemblea”. La presidenza rimane in carica un anno e vede la partecipazione ai suoi lavori anche dei membri della presidenza uscente per poter garantire continuità, coerenza e affidabilità del lavoro che viene svolto. Compito della Presidenza è coordinare i lavori che le diverse realtà della Federazione portano avanti, creare le condizioni affinché i progetti possano realizzarsi, mantenere i contatti con le istituzioni, e con tutti i terzi. Rappresenta la Federazione sia dal punto di vista legale che politico.

LA LEGISLAZIONE

In questo testo si farà riferimento alle seguenti normative:

- **Decreto del Presidente della Repubblica 162/1982** – “Riordinamento delle scuole dirette a fini speciali, delle scuole di specializzazione e dei corsi di perfezionamento”
- **Legge 428/1990** – “Disposizioni per l'adempimento di obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia alle Comunità europee legge comunitaria per il 1990”
- **Decreto Legislativo 257/1991** – “Attuazione della direttiva n. 82/76/CEE del Consiglio del 26 gennaio 1982, recante modifica di precedenti direttive in tema di formazione dei medici specialisti, a norma dell'art. 6 della legge 29 dicembre 1990, n. 428 (Legge Comunitaria 1990)”
Istituisce le borse di studio e il concetto di formazione specialistica a tempo pieno
- **Decreto Legislativo 502/1992** – “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421” e successive modificazioni (art 6 e 6 bis e ter)
La così detta Riforma De Lorenzo modificata successivamente dalla riforma ter e riforma Bindi con il decreto legislativo 229/99)
- **Decreto Ministeriale 11/5/1995 e Decreto Ministeriale 3/7/1996** – “Modificazioni all'ordinamento didattico universitario relativamente alle scuole di specializzazione del settore medico”
Fissano per ogni scuola di specializzazione i settori scientifico disciplinari e gli standard di addestramento, cioè i programmi
- **Decreto Ministeriale 17/12/1997** – Fissa i requisiti delle strutture per le scuole di specializzazione
- **Decreto Legislativo 368/1999** – “Attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e delle direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CEE”
Prevede la stipula del contratto di formazione lavoro e la costituzione degli Osservatori Regionali e Nazionale della formazione specialistica
- **Decreto Legislativo 21/12/1999 n°517, art 8 comma 3**
Blocca gli articoli dal 37 al 42 del DL 368/1999 fino allo stanziamento di fondi per la formazione dei medici specialisti.
- **Decreto legislativo 517/99** – Disciplina i rapporti tra SSN e Università
- **Legge 448/2001** – “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2002)”
- **Ddl Camera 4978** – “Interventi urgenti per fronteggiare situazioni di pericolo per la salute pubblica”

IL RUOLO DEL MEDICO SPECIALIZZANDO: DIRITTI E DOVERI

di Chiara Bodini

Il corso di formazione specialistica ha le seguenti caratteristiche (Art 20, comma 1, DL 368/99):

1. prevede un **insegnamento teorico e pratico**;
2. la formazione è a **tempo pieno** ed avviene sotto il controllo delle autorità o enti competenti; viene effettuata in un **ateneo universitario, in un'azienda ospedaliera o in un istituto accreditato** a tal fine dalle autorità competenti;
3. la formazione deve avvenire nelle strutture universitarie ed in quelle ospedaliere convenzionate, intese come strutture assistenziali tali da garantire, oltre ad una adeguata preparazione teorica, un congruo addestramento professionale pratico, compreso il tirocinio nella misura stabilita dalla normativa comunitaria (L 428/1990 e DL 257/1991) (DM 11/5/95);
4. lo specializzando deve **partecipare alle attività e responsabilità** proprie della disciplina in cui si specializza.

Diritti dello specializzando secondo la normativa attualmente in vigore:

- usufruire di un periodo complessivo di assenza giustificata non superiore a trenta giorni in un anno accademico, senza che ciò costituisca interruzione della formazione (DL 257/91);
- godere di una copertura assicurativa per i rischi professionali e gli infortuni connessi all'attività di formazione pagata dall'università, con l'importo del relativo premio detratto dalla borsa di studio (DL 257/91);
- ove sussista un rapporto di pubblico impiego, essere collocato in posizione di congedo straordinario (DL 257/91);
- ricevere, all'inizio di ciascun anno di corso, un programma delle attività comuni per gli specializzandi e quelle specifiche relative al tirocinio redatto dal consiglio della scuola (DM 11/5/95);
- essere guidato nel percorso formativo, per tutta la durata della scuola, da tutori designati annualmente dal consiglio della scuola (DM 11/5/95);
- svolgere parte della formazione specialistica, per periodi complessivamente non superiori ad un anno, in strutture sanitarie di Paesi della CEE, fermo restando quanto previsto dall'art.12 del Decreto del Presidente della Repubblica del 10 marzo 1982, n. 162 A (*"Ai fini della frequenza e delle attività pratiche va riconosciuta utile, sulla base di idonea documentazione, l'attività svolta dallo specializzando in strutture di servizio socio-sanitario attinenti alla specializzazione, anche all'estero o nell'ambito di quanto previsto dalla Legge 9 febbraio, n. 38, in materia di cooperazione dell'Italia con i paesi in via di sviluppo."*) (DL 257/91)
- richiedere l'autorizzazione al consiglio della scuola per un periodo di frequenza all'estero in strutture universitarie ed extrauniversitarie coerenti con le finalità della scuola per periodi complessivamente non superiori ad un anno (DM 11/5/95).

Doveri dello specializzando secondo la normativa attualmente in vigore:

- partecipare alla totalità delle attività mediche del servizio di cui fanno parte le strutture nelle quali si effettua la specializzazione, comprese le guardie e l'attività operatoria per le discipline chirurgiche, nonché assumere gradualmente i compiti assistenziali in modo da dedicare alla formazione teorica e pratica tutta l'attività professionale per l'intero anno (DL 257/91);

- superare per ogni anno una prova di esame finale, che può essere ripetuta una sola volta purché entro l'anno (DL 257/91);
- sospendere la specializzazione per servizio militare, missioni scientifiche, gravidanza e malattia, fermo restando che l'intera durata non può essere ridotta a causa delle suddette sospensioni (DL 257/91);
- astenersi dall'esercizio di attività libero-professionale all'esterno delle strutture assistenziali in cui si effettua la formazione e da ogni rapporto convenzionale o precario con il servizio sanitario nazionale [NdR: nel DL 368/99 si aggiunge: “o *enti e istituzioni pubbliche e private*”]; fermo restando il principio del rispetto del tempo pieno, fanno eccezione le sostituzioni a tempo determinato di medici di medicina generale convenzionati con il servizio sanitario nazionale e l'iscrizione negli elenchi della guardia medica notturna e festiva e della guardia medica turistica, occupati però solo in caso di carente disponibilità di medici già iscritti negli elenchi della guardia medica notturna e festiva e della guardia medica turistica (Ddl 4978, art. 2-octies comma 1) (DL 257/91);
- garantire un impegno almeno pari a quello previsto per il personale medico del servizio sanitario nazionale a tempo pieno (DL 257/91) [NdR: il DL 368/99 dice *pari*, non *almeno pari*];
- svolgere il tirocinio nelle strutture universitarie ed in quelle ospedaliere convenzionate, con esito attestato dai docenti ai quali sia affidata la responsabilità didattica, in servizio nelle strutture presso cui il medesimo tirocinio sia stato svolto (DM 11/5/95).

Questo invece è ciò che il DL 368/99 prevede ma la cui attuazione è bloccata dal DL 517/99 dall'articolo 37 fino al 42, cioè per quanto riguarda la realizzazione dei famigerati contratti (in neretto le parti più innovative):

1. all'atto dell'iscrizione alle scuole universitarie di specializzazione in medicina e chirurgia, il medico stipula uno specifico **contratto annuale di formazione specialistica** finalizzato esclusivamente all'acquisizione delle capacità professionali inerenti al titolo di specialista, mediante la frequenza programmata delle attività didattiche formali e lo svolgimento di attività assistenziali funzionali alla progressiva acquisizione delle competenze previste dall'ordinamento didattico delle singole scuole, in conformità alle indicazioni dell'Unione europea;
2. il contratto è stipulato con **l'università** ove ha sede la scuola di specializzazione e con la **regione** nel cui territorio hanno sede le aziende sanitarie della rete formativa della scuola;
3. al medico in formazione specialistica è corrisposto un trattamento economico annuo onnicomprensivo, **corrisposto mensilmente dalle università**, costituito da una **parte fissa**, uguale per tutte le specializzazioni e per tutta la durata del corso, e da una **parte variabile**, e determinato annualmente con decreto ministeriale;
4. sono causa di **risoluzione anticipata** del contratto la rinuncia da parte del medico, la violazione delle disposizioni in materia di incompatibilità, le prolungate assenze ingiustificate ai programmi di formazione o il superamento del periodo di comporta in caso di malattia, il mancato superamento delle prove stabilite per il corso di studi; in questi casi il medico ha comunque diritto a percepire la retribuzione maturata alla data della risoluzione nonché a beneficiare del **trattamento contributivo** relativo al periodo lavorato;
5. 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 sotto la guida di **tutori**, designati annualmente dal consiglio della scuola, sulla base di requisiti di **elevata qualificazione scientifica, di adeguato curriculum professionale, di documentata capacità didattico-formativa**. Il

numero di medici in formazione specialistica per tutore non può essere superiore a 3 e varia secondo le caratteristiche delle diverse specializzazioni;

6. le modalità di svolgimento delle attività teoriche e pratiche dei medici in formazione, ivi compresa la rotazione tra le strutture inserite nella rete formativa, nonché il numero minimo e la tipologia degli interventi pratici che essi devono aver personalmente eseguito per essere ammessi a sostenere la prova finale annuale, sono preventivamente determinati dal consiglio della scuola in conformità agli ordinamenti e regolamenti didattici ed agli accordi fra le università e le aziende sanitarie (articolo 6, comma 2, DL 502/92). **Il programma generale di formazione della scuola di specializzazione è portato a conoscenza del medico all'inizio del periodo di formazione ed è aggiornato annualmente;**
7. la formazione del medico specialista implica la partecipazione guidata alla totalità delle attività mediche dell'unità operativa presso la quale è assegnato dal consiglio della scuola, nonché la graduale assunzione di compiti assistenziali e l'esecuzione di interventi con autonomia vincolate alle direttive ricevute dal tutore, **di intesa con la direzione sanitaria e con dirigenti responsabili delle strutture delle aziende sanitarie** presso cui si svolge la formazione. **In nessun caso l'attività del medico in formazione specialistica è sostitutiva del personale di ruolo;**
8. i tempi e le modalità di svolgimento dei compiti assistenziali nonché la tipologia degli interventi che il medico in formazione specialistica deve eseguire sono **concordati dal consiglio della scuola con la direzione sanitaria e con i dirigenti responsabili delle strutture delle aziende sanitarie**. Le attività e gli interventi sono illustrati e certificati, controfirmati dal medico in formazione specialistica, su un **apposito libretto personale di formazione**, a cura del dirigente responsabile dell'unità operativa presso la quale il medico in formazione specialistica volta per volta espleta le attività assistenziali;
9. il medico in formazione specialistica, ove sussista un rapporto di pubblico impiego, è collocato, compatibilmente con le esigenze di servizio, in posizione di **aspettativa senza assegni**, secondo le disposizioni legislative contrattuali vigenti. Il periodo di aspettativa è utile ai fini della progressione di carriera e del trattamento di quiescenza e di previdenza;
10. gli impedimenti temporanei superiori ai quaranta giorni lavorativi consecutivi per servizio militare, gravidanza e malattia, sospendono il periodo di formazione, fermo restando che l'intera sua durata non è ridotta a causa delle suddette sospensioni. Restano ferme le disposizioni in materia di tutela della gravidanza (L 1204/71) nonché quelle sull'adempimento del servizio militare (L 958/86);
11. durante i **periodi di sospensione** della formazione, al medico in formazione compete esclusivamente la **parte fissa del trattamento economico** limitatamente ad un periodo di tempo complessivo massimo di un anno oltre quelli previsti dalla durata legale del corso;
12. nell'ambito dei rapporti di collaborazione didattico-scientifica integrata tra università italiane ed università di Paesi stranieri, la formazione specialistica può svolgersi anche in strutture sanitarie dei predetti Paesi, in conformità al programma formativo personale del medico e su indicazione del consiglio della scuola, fermo restando quanto previsto dall'articolo 12 del decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, 162;
13. **l'azienda sanitaria** presso la quale il medico in formazione specialistica svolge l'attività formativa provvede, con oneri a proprio carico, alla **copertura assicurativa per i rischi professionali, per la responsabilità civile contro terzi e gli infortuni connessi all'attività assistenziale** svolta dal medico in formazione nelle proprie strutture, alle stesse condizioni del proprio personale.

FORMAZIONE MEDICA SPECIALISTICA: RAPPORTI UNIVERSITA'– SSN

di Stefano Magnone

Nel 1991 con il D.lgs 257/91 lo stato italiano ha recepito, con 9 anni di ritardo e dopo una condanna della Corte di Giustizia Europea, la direttiva 82/76/CEE. Con questo provvedimento il Governo ha previsto che la formazione specialistica si svolga a tempo pieno, in modo che lo specializzando dedichi alla formazione tutta la sua attività professionale (art 1 e art 4).

Viene stabilito (art 7) che le strutture in cui gli specializzandi possono formarsi devono avere criteri fissati in funzione:

- della disponibilità di attrezzature e dotazioni strumentali per l'esercizio delle attività inerenti alla formazione specialistica;
- del numero dei posti letto e dell'organico di personale a fini assistenziali in relazione al numero degli specializzandi;
- della presenza di servizi generali e diagnostici collegati alla struttura dove si svolge la formazione;
- della tipologia delle patologie trattate e delle prestazioni eseguite annualmente;
- delle caratteristiche di professionalità del personale presente nella struttura.

Negli anni successivi vengono varati i decreti ministeriali che fissano, per ogni Scuola di Specializzazione, il percorso formativo da seguire e gli standard di addestramento professionalizzanti. In altre parole per ogni scuola vengono fissati degli obiettivi che gli Specializzandi devono avere raggiunto al termine del loro percorso formativo, in modo da dimostrare di avere acquisito la professionalità richiesta per il possesso del titolo di specialista. (DM 11 maggio 1995 e 3 luglio 1996).

Il decreto legislativo 368/99 rivoluziona (o meglio, avrebbe rivoluzionato se fosse stato applicato) la prospettiva e trasforma lo specializzando da studente a lavoratore in formazione. Infatti si prevede un contratto di formazione-lavoro (stipulato in maniera tripartita tra Università, Regione e specializzando) che garantisca allo specializzando che sia fornita la formazione che, si è visto con gli anni, non è stata garantita dalla borsa di studio. Una serie di meccanismi di valutazione sull'effettiva qualità della formazione ricevuta viene introdotta con l'istituzione dell'osservatorio nazionale e di quelli regionali della formazione specialistica. In tali organismi è prevista la presenza di rappresentanti delle università, delle regioni e degli specializzandi in maniera paritetica.

Tutti questi aspetti previsti con il D.Lgs 368/99 non hanno mai trovato applicazione in questi 6 anni per motivi meramente economici (è richiesto infatti un investimento di circa 300 milioni di euro).

In questo quadro normativo il rapporto tra Servizio Sanitario Nazionale e Università, essenziale alla corretta impostazione del percorso formativo degli specializzandi, è disciplinato in primo luogo dalla norma di riforma del SSN (cosiddetta riforma De Lorenzo, D.Lgs 502/92) e dalle sue successive modificazioni (tra cui anche il D.Lgs 229/9, cosiddetta Riforma Bindi). All'art 6 comma 2 è previsto che le università e le Regioni stipulino specifici protocolli di intesa per disciplinare le modalità della reciproca collaborazione. In attuazione di queste intese le singole ASL, IRCCS e Aziende ospedaliere stipulano appositi accordi. Inoltre sono previste all'art 6 bis norme che stabiliscano i requisiti delle singole strutture atte a consentire lo svolgimento dell'attività assistenziale degli specializzandi. In pratica si fissano i criteri che dovrebbero consentire o meno il convenzionamento delle strutture ospedaliere ed universitarie con la scuola per lo

svolgimento della parte pratica della specializzazione. Attualmente tali decreti risultano non emanati e pertanto rimane vigente il decreto ministeriale 17 dicembre 1997.

Infine all'art 6 ter si prevede che ogni anno venga emanato un decreto, da parte del Ministero della Salute, di concerto con la Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e la Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri e degli altri Ordini e Collegi professionali interessati circa il fabbisogno di medici chirurghi e delle altre figure professionali del SSN. Si specifica al comma 2 che tale decreto deve tenere conto, tra l'altro, dell'offerta di lavoro e della domanda di lavoro, considerando il personale in corso di formazione e il personale già formato e non ancora immesso nell'attività lavorativa.

L'ultimo provvedimento che disciplina i rapporti tra SSN e Università è il Decreto Legislativo 517/99. In esso vengono definite le caratteristiche delle Aziende Ospedaliere miste SSN-Università, dette aziende ospedaliero-universitarie. Viene prevista in questo provvedimento la stipula dei protocolli d'intesa tra ogni singola Regione e le Università in essa ubicate già citate nel D.Lgs 502/92 e succ mod. Viene ribadito all'art 2 comma 2 lettera d che tali protocolli hanno anche lo scopo di indicare i parametri per l'individuazione delle attività e delle strutture che tengano anche conto delle funzioni di supporto allo svolgimento dei corsi di diploma universitario e di specializzazione, nel rispetto delle attribuzioni del Servizio sanitario e delle università di cui di cui al Titolo VI del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, per quanto concerne la formazione dei medici specialisti.

Tutte queste norme costituiscono la base su cui si regolano i rapporti tra SSN (nella persona delle Regioni) e Università per quanto riguarda la formazione degli specializzandi. Dalla conoscenza di queste norme possono derivare vantaggi agli specializzandi, soprattutto quando ci si riferisce a strutture universitarie non adeguate per ospitare un gran numero di specializzandi che non possono, in queste strutture, arrivare ad acquisire una adeguata.

QUESTIONARIO INFORMATIVO SULLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE: ANALISI

DEI DATI

di Giovanni Filocamo e Ardigò Martino

Sono stati analizzati 1245 questionari, compilati tramite libero accesso *on-line* al sito internet www.specializzandi.org, raccolti nel periodo compreso tra il 12 febbraio e il 30 settembre 2005.

I 1245 questionari sono stati compilati da medici in formazione specialistica appartenenti a tutte le tipologie di Scuola di specializzazione, riportate nella tabella sottostante (Tab. 1).

Le domande proposte erano 33, organizzate in quattro parti e precedute da 4 domande di carattere informativo quali età, sede, scuola e anno di corso. Il primo gruppo di domande verteva su aspetti di carattere generale ed organizzativo della Scuola (Consiglio di Scuola, ore di frequenza, mobilità, responsabilità degli specializzandi). Il secondo ed il terzo gruppo di domande rispettivamente sulla formazione teorica e sulla formazione pratica, considerando anche il confronto con gli standard ministeriali attualmente in vigore. Infine un'ultima parte con qualche domanda di carattere pratico (assicurazione, mensa, camici).

Specializzazione	N.
Allergologia ed Immunologia Clinica	12
Anatomia patologica	12
Anestesia e Rianimazione	82
Biochimica clinica	4
Cardiochirurgia	16
Cardiologia	44
Chirurgia apparato digerente	7
Chirurgia d'urgenza	12
Chirurgia generale	112
Chirurgia maxillo facciale	8
Chirurgia pediatrica	14
Chirurgia plastica e ricostruttiva	22
Chirurgia toracica	7
Chirurgia vascolare	18
Clinica psichiatrica	1
Corso di formazione specifica in medicina generale	2
Dermatologia e Venereologia	12
Ematologia	14
Endocrinologia e Malattie del ricambio	17
Gastroenterologia ed Endoscopia digestiva	14
Genetica medica	5
Geriatrics e Gerontologia	22
Ginecologia e Ostetricia	46
Igiene e Medicina preventiva	40
Malattie dell' apparato respiratorio	14
Malattie infettive	21
Medicina del lavoro	33
Medicina dello sport	14
Medicina fisica e Riabilitazione	21
Medicina interna	83

Medicina legale e delle assicurazioni	16
Medicina nucleare	7
Medicina tropicale	3
Microbiologia e Virologia	3
Nefrologia	42
Neurochirurgia	20
Neurofisiopatologia	1
Neurologia	49
Neuropsichiatria infantile	27
Oftalmologia	22
Oncologia medica	19
Ortopedia e Traumatologia	51
Otorinolaringoiatria	13
Patologia clinica	13
Pediatria	73
Psichiatria	58
Psicologia clinica	4
Radiodiagnostica	40
Radioterapia	7
Reumatologia	6
Scienza dell'alimentazione	6
Tossicologia medica	5
Urologia	25
NULLE	6
Totale complessivo	1245

Tabella 1 : distribuzione questionari per scuola di specializzazione

I risultati analizzati rappresentano, seppur con tutti i limiti derivati dalla metodica di raccolta non scevra da errori, uno spaccato delle realtà all'interno delle nostre Scuole di specializzazione, facendo emerge in modo drammatico l'assoluta mancanza di omogeneità e di controllo sulla formazione medica-specialistica.

Dal confronto del numero di questionari compilati per anno di specializzazione (Tab. 2) è emersa una maggiore interesse soprattutto fra gli specializzandi dei primi anni di scuola, relazionabile sia al più alto numero di specializzandi nei primi 4 anni di Scuola sia alle minori aspettative dei colleghi più "anziani" nei confronti delle proposte per il miglioramento della formazione universitaria. Rilevante inoltre l'alto numero di risposte vuote, da mettere verosimilmente in relazione all'esigenza di molti di non essere riconoscibili.

Anno di specialità	N.	%
6°	9	1%
5°	79	6%
4°	157	13%
3°	227	18%
2°	226	18%
1°	105	8%
Bianche	442	36%
Totale	1245	

Tabella 2

Aspetti generali e organizzativi della scuola

Dal questionario emerge che nella maggior parte delle Scuole di non esistono veri e propri piani di organizzazione didattica rispondenti alle esigenze formative degli specializzandi, che risultano fra l'altro poco coinvolti nella programmazione didattica.

Circa la metà degli specializzandi non risulta neppure informato sullo Statuto delle Scuole. Il 42% è a conoscenza dell'esistenza e delle funzioni del Consiglio di Scuola, i rimanenti dichiarano che il predetto Consiglio non si riunisce (26%) o di non esserne a conoscenza (29%) e dunque di non essere coinvolti nelle riunioni e nelle decisioni di tale Consiglio, che si dovrebbe occupare della gestione e dell'organizzazione dell'attività formativa e dei fondi disponibili per l'attività didattica e formativa.

Solo l'8% dichiara la possibilità di partecipazione dei rappresentanti degli specializzandi alla gestione dei fondi destinati alle Scuole e solo 1/5 degli specializzandi ne ha potuto usufruire direttamente per congressi o materiale didattico.

A fronte di un regolamento che prevede un carico orario almeno pari a quello del personale strutturato (quindi 38 ore settimanali), il 50% degli specializzandi dichiara di svolgere più di 50 ore settimanali e che nel 40% dei casi tale attività non viene registrata. Inoltre dei 30 giorni totali annui disponibili "per assenza giustificate", e quindi ferie o malattia, il 40% degli specializzandi non ha la possibilità di usufruirne appieno.

Nel 60% dei casi non vi sono spazi destinati agli specializzandi.

Inoltre, un dato a che a nostro avviso risulta quantomeno sconvolgente considerando l'importanza fondamentale della formazione continua in medicina, per altro oggi giustamente riconosciuta a livello istituzionale anche per i medici strutturati, 1/3 dei medici in formazione specialistica non ha facilità di accesso a biblioteche o riviste informatiche.

Formazione teorica e pratica

Per quanto riguarda il percorso formativo, solo la metà degli intervistati dichiara l'esistenza di un programma annuale su cui verte l'esame di fine anno e solo nel 39% dei casi c'è il coinvolgimento degli specializzandi o dei loro rappresentanti nell'organizzazione del piano didattico.

L'attività didattica svolta è quantitativamente inferiore ai minimi previsti dai piani ministeriali nel 75% dei casi e giudicata di qualità scadente o insufficiente nel 60%.

Il tutor è una figura puramente formale e non guida lo specializzando nell'attività formativa nel 60% dei casi.

Nel 70% dei casi le attività professionalizzanti previste dalle tabelle ministeriali non vengono praticate. Il 60% ritiene la Struttura formativa inadeguata all'attività prevista.

Oltre la metà degli specializzandi svolgono attività in autonomia non previste dal piano didattico e che solo nel 20% dei casi sulla documentazione clinica risultano eseguite dal solo specializzando.

Unica nota positiva emersa è l'effettiva possibilità di fare esperienza fuori dalla propria sede o all'estero (>70%), che nella metà dei casi viene concordata con il tutor.

I risultati del questionario

1) Conosci il regolamento/Statuto delle Scuole di specializzazione?

Si	632	51%
No	588	47%
non risponde	25	2%
Tot	1245	100%

2) Nella tua Scuola di specializzazione si riunisce regolarmente il Consiglio di Scuola?

No	329	26%
non so	360	29%
Si	527	42%
non risponde	29	2%
Tot	1245	100%

3) Nel tuo Consiglio di Scuola è garantita la partecipazione dei rappresentanti degli specializzandi alla gestione e all'organizzazione dell'attività formativa?

Si	483	39%
non so	258	21%
non risponde	40	3%
No	464	37%
Tot	1245	100%

4) Nel tuo Consiglio di Scuola è garantita la partecipazione dei rappresentanti degli specializzandi alla gestione dei fondi disponibili per l'attività didattica e formativa?

No	749	60%
non so	366	29%
Si	99	8%
non risponde	31	2%
Tot	1245	100%

5) Hai usufruito dei fondi destinati all'attività formativa per congressi o materiali didattici?

no	957	77%
Si	250	20%
non risponde	38	3%
Totale	1245	100%

6) Nella tua Scuola esiste un programma annuale di formazione su cui verte l'esame di fine anno?

no	526	42%
Si	686	55%
non risponde	33	3%
Tot	1245	100%

7) A quanto ammonta il tuo orario di lavoro medio settimanale?

30<	28	2%	30<	28	2%
30-50h	562	45%	30-70	1047	84%
50-70h	485	39%	>70h	142	11%
>70h	142	11%	totale	1245	100%
non risponde	28	2%	non risponde	28	2%
Totale	1245	100%			

8) Come vengono attestate le tue ore di frequenza?

timbratura	335	27%
Firma	401	32%
in nessun modo	480	39%
Non risponde	29	2%
Tot	1245	100%

9) Hai potuto usufruire di tutti i 30 giorni di assenza giustificata annui (per ferie o malattia)?

No	472	38%
Si	740	59%
Vuote	33	3%
Tot	1245	100%

10) Hai dovuto assumerti responsabilità non contemplate dallo status di specializzando (guardie scoperte da strutturati, visite non supervisionate, prima reperibilità etc)?

No	521	42%
Si	676	54%
Vuote	48	4%
Tot	1245	100%

11) Se sí, risulta che la prestazione è fornita dal solo specializzando?

No	511	41%
Si	277	22%
Vuote	457	37%
Tot	1245	100%

12) Nella tua Scuola c'è la possibilità, prevista dallo statuto degli specializzandi, di fare esperienza in strutture esterne convenzionate con la Scuola?

No	293	23%
Si	913	73%
Vuote	41	3%
Tot	1247	100%

13) Se sí, la scelta è:

imposta	298	24%
facoltativa	645	52%
Vuote	302	24%
Tot	1245	100%

14) Nella tua Scuola c'è la possibilità, prevista dallo statuto degli specializzandi, di fare esperienza all'estero?

No	305	24%
Si	889	71%
Vuote	51	4%
Tot	1245	100%

15) Nella tua Scuola sono presenti spazi fisici dedicati agli specializzandi?

No	756	61%
Si	448	36%
Vuote	41	3%
Tot	1245	100%

16) Nella tua Scuola di specializzazione si svolge attività didattica formale (lezioni, seminari, corsi...)?

No	213	17%
Si	992	80%
Vuote	40	3%
Tot	1245	100%

17) La tua Scuola di specializzazione ti ha fornito una didattica formale di 200 ore l'anno?

No	935	75%
Si	271	22%
Vuote	39	3%
Tot	1245	100%

18) Hai la possibilità di scegliere, nell'ambito della tua specializzazione, corsi elettivi o attività didattiche di particolare interesse?

No	964	77%
Si	243	20%
Vuote	38	3%
Tot	1245	100%

19) Hai facile accesso a biblioteche o riviste informatiche?

No	400	32%
Si	810	65%
Vuote	35	3%
Tot	1245	100%

20) La tua preparazione teorica rispetta gli standard stabiliti per la tua Scuola (secondo le tabelle ministeriali)?

Si	346	28%
No	811	65%
Vuote	88	7%
Tot	1245	100%

21) Al termine della specializzazione la preparazione teorica è adeguata allo svolgimento autonomo della tua attività di specialista?

No	845	68%
Si	345	28%
Vuote	55	4%
Tot	1245	100%

22) Di che qualità giudichi la didattica formale?

scadente	315	25%
insufficiente	441	35%
sufficiente	277	22%
Discreta	136	11%
Buona	41	3%
Vuote	35	3%
Tot	1245	100%

sotto la suff.	756	61%
suff o sopra la suff	454	36%
Vuote	35	3%
Tot	1245	100%

23) Esiste nella tua Scuola di specializzazione la figura del tutor che guida la tua attività formativa e assistenziale?

No	722	58%
Si	484	39%
Vuote	39	3%
Tot	1245	100%

24) Durante il tirocinio hai eseguito tutte le attività professionalizzanti (compresa l'attività assistenziale) previste dagli standard stabiliti (standard di addestramento professionale per ogni singola Scuola secondo le tabelle ministeriali)?

No	874	70%
Si	308	25%
Vuote	63	5%
Tot	1245	100%

25) Se no, perché la Struttura non aveva i requisiti necessari?

Vuote	554	44%
No	381	31%
Si	310	25%
	1245	100%

o li aveva ma ti sono stati preclusi?

Vuote	530	43%
No	151	12%
Si	564	45%
	1245	100%

26) Ti senti autonomo nello svolgimento delle attività professionalizzanti suddette?

No	901	72%
Si	308	25%
Vuote	36	3%
Tot	1245	100%

27) È previsto e viene regolarmente compilato un log-book (un registro della attività pratiche eseguite) per ogni specializzando?

No	334	27%
Si	873	70%
Vuote	38	3%
Tot	1245	100%

28) All'interno della tua Scuola di specialità gli specializzandi svolgono attività di ricerca?

No	334	27%
Si	873	70%
Vuote	38	3%
Tot	1245	100%

29) Nella tua Scuola gli specializzandi che desiderano svolgere attività di ricerca sono messi nelle condizioni di farlo?

No	922	74%
Si	282	23%
Vuote	41	3%

Tot	1245	100%
-----	------	------

30) Ritieni la struttura dove lavori idonea alla formazione dello specializzando per quanto concerne la tua specializzazione?

No	718	58%
Si	487	39%
Vuote	40	3%
Tot	1245	100%

31) La tua Università prevede una copertura assicurativa per le responsabilità professionali?

No	276	22%
Si	908	73%
Vuote	61	5%
Tot	1245	100%

32) Hai accesso alla mensa a parità di condizioni di strutturati/universitari/personale dipendente dell'Azienda Ospedaliera?

No	727	58%
Si	478	38%
Vuote	40	3%
Tot	1245	100%

33) Hai a disposizione camici/tute da sala operatoria a parità di condizioni del personale dipendente dell'Azienda Ospedaliera?

No	395	32%
Si	813	65%
Vuote	37	3%
Tot	1245	100%

SITUAZIONE DEGLI SPECIALIZZANDI ALL'ESTERO

di Chiara Suzzi e Alexis Mongelli

L'Italia ha recepito la direttiva europea per la regolamentazione del lavoro dei Medici Specializzandi con una legge che, al contrario degli altri paesi europei, non è mai stata applicata. Il nostro perciò rimane l'unico paese europeo che continua a considerare i Medici in Formazione Specialistica come studenti e non come lavoratori. Questo comporta un'ambiguità nel ruolo professionale degli Specializzandi all'interno dei reparti dove svolgono la loro attività. Per capire come sia possibile conciliare la necessità formativa con il ruolo professionale dei giovani Medici in Formazione Specialistica è utile a nostro parere partire dall'esperienza dei nostri "vicini di casa europei".

Abbiamo analizzato le legislazioni ed i contratti dei Medici Specializzandi di Francia, Inghilterra, Spagna, Germania e Svizzera consultando le loro leggi ed intervistando direttamente i nostri Colleghi. Le diversità più clamorose riguardano sia l'aspetto contributivo (*grafico 1*) che i diritti contrattuali (*tabella 1*).

In tutti gli altri paesi esiste un sistema contrattuale tale da garantire uno stipendio fisso, che si incrementa negli anni con l'acquisizione di maggiore esperienza ed è spesso proporzionato al carico di lavoro svolto dal medico (le guardie sono infatti sempre retribuite). Il sistema contrattuale permette inoltre di godere di non ovvi diritti sindacali come gravidanza, malattia e previdenza.

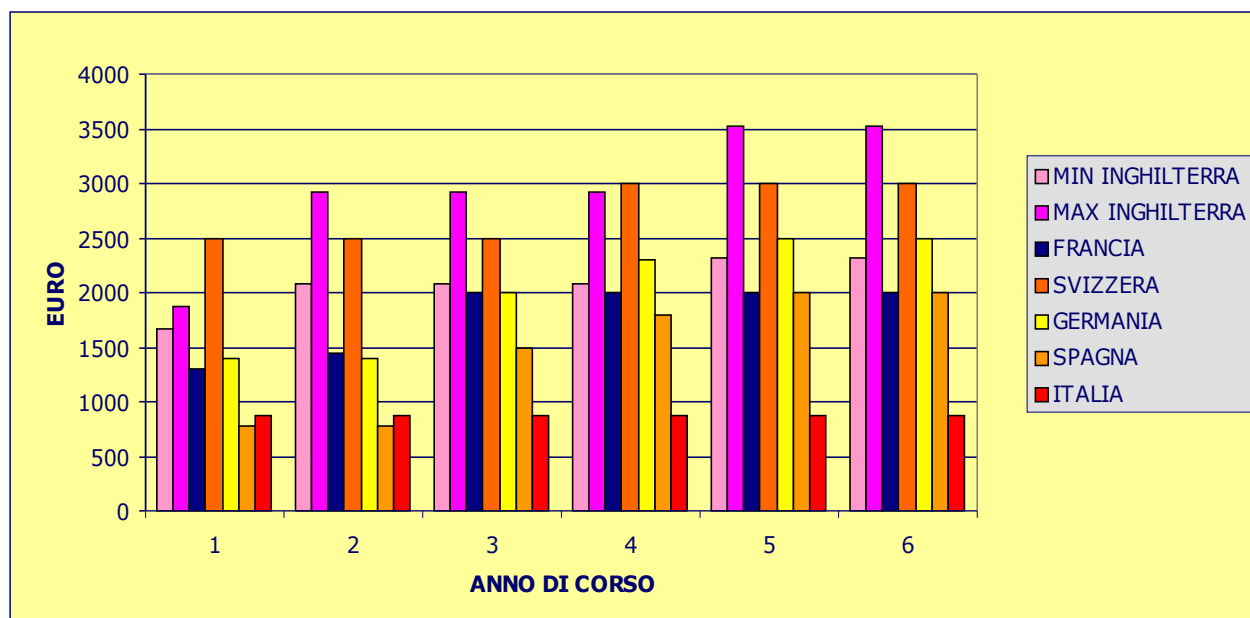
Nella maggior parte dei paesi europei vi è un tetto massimo di ore di lavoro a settimana fisso, cosa che nel nostro paese (ed anche in Spagna) rimane a discrezione del direttore dell'Unità Operativa in cui si opera, trovandosi pertanto gli Specializzandi costretti a turni di guardia estenuanti con quantità di ore settimanali non compatibili con una qualità professionale soddisfacente.

Altro tasto dolente riguarda la formazione. In Spagna esiste un sistema centralizzato di valutazione della formazione degli Specializzandi con commissioni esaminatrici che garantiscono il rispetto dei requisiti delle attività professionalizzanti svolte. In Germania viene osservato alla lettera il contenuto dei log-book, non esiste infatti un esame di valutazione annuale o finale, si è specialisti se in un numero determinato di anni vengono svolte un numero determinato di prestazioni specialistiche. In Francia non esiste un sistema centralizzato di valutazione, la qualità della formazione resta molto dipendente dalla struttura dove si svolge il percorso formativo; qui infatti la formazione dei futuri specialisti avviene mediante una rotazione semestrale (gestita da un insegnante con funzioni di coordinatore) in strutture convenzionate, deputate all'insegnamento teorico-pratico e alla valutazione di fine semestre. In Italia sosteniamo un esame annuale, e un esame finale con tanto di tesi e relativa discussione; nessuno ci garantisce però il completamento delle procedure specialistiche previste dai nostri ordinamenti, in quanto manca una supervisione centrale della nostra formazione.

Tabella 1. Paragone diritti lavorativi tra gli Stati europei

	UK	Francia	Svizzera	Spagna	Germania	Italia
Maternità	SI	SI	SI	SI	“SI”	NO
Malattia	SI	SI	SI	SI	SI	NO
Incremento economico durante la formazione	SI	SI	SI	SI	SI	NO
Ultimo rinnovo contrattuale	2004	2002	2005	2003	–	1991
Tirocinio post laurea retribuito	1665-1772 €	SI	–	–	–	NO
Retribuzione guardie	SI	SI	SI	SI	SI	NO
Limite massimo ore di lavoro	SI	SI	SI	SI	SI	NO

Grafico 1. Paragone contribuzione economica tra gli Stati europei



FORMAZIONE MEDICA SPECIALISTICA E IMPATTO SULLA SALUTE: BREVE

REVISIONE (ESSENZIALE) DELLA LETTERATURA

di Ardigò Martino

Società e formazione specialistica.

Sul British Medical Journal del luglio 2005 è comparso, nella sezione "Education and debate", un articolo intitolato "*Five Futures for the Academic Medicine: the ICRAM scenarios*" firmato dalla Campagna Internazionale per Rivitalizzare la Medicina Accademica, ICRAM appunto. Tale campagna è stata lanciata nel 2003 dal BMJ e da altri 40 partner a livello internazionale con l'intento di ridefinire i valori chiave della medicina accademica in ottica "evidence based". Dal 2003 in poi si sono susseguiti, sempre sul BMJ, numerosi articoli sul futuro dell'accademica, sul modo di insegnare la medicina e le possibili conseguenze di un suo mancato rinnovamento. L'articolo citato rappresenta un punto di arrivo dopo tanti dibattiti e delinea cinque differenti plausibili scenari futuri. Come mai questo articolo interessi anche i medici in formazione italiani dipende sostanzialmente da due considerazioni: in primo luogo anche in Italia la formazione dei professionisti sanitari (specializzandi compresi) dipende quasi completamente dal mondo accademico (sebbene le responsabilità dei decisori politici non siano di minore importanza, anzi), in secondo luogo gli scenari previsti sembrano pericolosamente vicini alla nostra realtà di specializzandi.

Gli autori sottolineano, in particolare, come la medicina accademica stia perdendo il suo potenziale e la sua responsabilità sociale, proprio in un momento in cui aumentano povertà e carico di malattia della popolazione mondiale ed assistiamo ad una inedita globalizzazione ed a una veloce innovazione tecnologica. Al contrario, la pratica sanitaria è stata molto influenzata da questi cambiamenti, con notevoli ricadute pratiche. La necessità di adeguare i vecchi modelli sanitari è stata chiara a partire dalla fine degli anni ottanta, agli albori della globalizzazione, ed a livello internazionale abbiamo assistito ad una serie di riforme sanitarie che non hanno risparmiato l'Italia (DL n.502/92 e DL n.299/99 e regionalizzazione). In questo periodo di rinnovamento è stato chiaro come l'effettività delle riforme e dei servizi dipendessero strettamente dalla riqualificazione del personale sanitario e da una adeguata formazione dei nuovi professionisti. Anche in questo caso i curricula formativi delle professioni sanitarie sono stati modificati in breve tempo praticamente in tutti i paesi occidentali. Al contrario in Italia si è riusciti a mettere mano al curriculum formativo degli studenti di medicina solo con grande difficoltà (cinque riforme: tabella 18, 18bis, 18ter, 18quater e nuovo ordinamento o tabella 19), mentre la riforma della formazione specialistica ha avuto la triste sorte che tutti conosciamo (e che vedrà probabilmente un ennesimo "restyling" di facciata mantenendo inalterata la sua drammatica sostanza).

Non c'è bisogno di grandi revisioni della letteratura per comprendere quanto sia drammatico l'impatto di specialisti non adeguatamente preparati sui sistemi sanitari, sulla spesa sanitaria e sulla salute dei pazienti. Se da un lato l'uso di studenti frequentatori e specializzandi come manodopera a basso costo può sembrare una buona soluzione per la riduzione dei costi negli ospedali universitari, questa strategia non è compatibile con la missione formativa delle scuole di specializzazione. Esiste un conflitto economico insanabile tra esigenze di risparmio ed investimento in formazione, e la formazione non può farne le spese. Anche i benefici dovuti al risparmio economico rischiano di essere una vittoria di Pirro in quanto il limitato beneficio momentaneo viene largamente compensato dall'aumento di spesa dovuto all'inappropriatezza diagnostico-terapeutica ed agli errori umani che sono conseguenza di una cattiva formazione¹. Questo dato fa ormai parte delle acquisizioni della medicina e non pare essere messo in discussione (su PubMed alla voce

“clinical governance” corrispondono 114 revisioni di letteratura; sulla riduzione degli errori umani segnalò il report dell’Institute of Medicine americano: *“To Err is Human: Building a Safe Health System”*). In letteratura sono riportati numerosi “effetti collaterali” legati alla formazione: la disomogeneità nell’assistenza sanitaria, la diminuita capacità di attuare programmi di prevenzione, un peggiore atteggiamento dei pazienti nei confronti del processo salute-malattia, un’approssimazione nel rapporto medico paziente, una diminuita propensione dei professionisti a lavorare sul territorio o in aree non vantaggiose del paese, oppure la diminuita propensione a fare ricerca²⁻³⁻⁴⁻⁶⁻⁷⁻⁸⁻⁹⁻¹⁰⁻¹¹.

La salute della collettività è messa a rischio, ad esempio, attraverso la minore efficacia nel rispondere ad emergenze mediche su larga scala o per un inadeguato controllo delle malattie infettive⁵, direttamente o tramite meccanismi come quello della farmaco resistenza (“Antibiotic prescribing and antibiotic resistance”: 100 revisioni di letteratura); attraverso la ridotta diagnosi precoce ed il conseguente incremento dell’incidenza di patologie gravi, aumento delle ospedalizzazioni, peggioramento nelle prognosi ed incremento del numero dei disabili, con la conseguente diminuzione di giorni liberi da infermità sperimentata dai pazienti ed infine una diminuzione dell’aspettativa di vita della popolazione. Le implicazioni etiche di questa impostazione didattica non possono essere sottovalutate, e dobbiamo anche chiederci se i nostri medici ed i nostri specialisti sono eticamente preparati? Per fare un esempio, alcune settimane fa due organizzazioni di area sanitaria, la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni e l’Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, hanno diffuso un appello (consultabile sul sito www.saluteglobale.it) in merito ai recenti fatti del CPTA di Lampedusa. Nell’appello, oltre ad esprimere solidarietà verso il giornalista che - fingendosi immigrato - è riuscito a denunciare le violazioni dei diritti umani compiute nel centro, si sottolinea un altro aspetto: nessuno dei medici civili del centro ha mai denunciato gli stessi fatti. Sebbene il ruolo dei medici nella difesa dei diritti umani sia richiamato da più parti (codice deontologico, giuramento di Ippocrate, Organizzazione Mondiale della Sanità, Associazione Medica Mondiale), non solo questo argomento è sconosciuto dalla maggioranza dei medici ma tanto meno i diritti umani compaiono nei curricula formativi della Facoltà di Medicina o delle Scuole di Specializzazione.

Uno sguardo al futuro

Nell’articolo del BMJ sopracitato, il secondo degli scenari prefigurati dall’ICRAM analizza con preoccupazione l’aumento del gap tra medicina accademica, pratica clinica e sanità vissuta nel quotidiano da operatori e popolazione. In un contesto in cui ricerca e pratica non vengono implementate, o - come accade in Italia - i medici specializzandi non vengono adeguatamente preparati, traspare la sensazione che la medicina accademica sia più interessata alle sue dinamiche interne rispetto alle esigenze della società. La società, d’altra parte, si disinteressa della medicina accademica non finanziandola e privandola del consenso. Il rischio concreto secondo l’ICRAM è che la medicina accademica venga abolita e che i processi di insegnamento, studio e ricerca vengano trasferiti direttamente nel *mainstream* dell’assistenza sanitaria. Sempre secondo l’ICRAM, stando così le cose questa trasformazione riscuoterebbe un ampio successo e sarebbe adottata in breve tempo su vasta scala. Riferendo lo scenario all’esperienza italiana nell’ambito della formazione specialistica e riportando esperienze aneddotiche, l’attività in strutture extra-universitarie viene mediamente giudicata dagli specializzandi come più formativa e di maggiore gradimento rispetto a quella nelle strutture universitarie. Infatti le ricadute dello scenario non sembrano particolarmente nefaste, le uniche note negative secondo l’ICRAM riguarderebbero il consenso e la stabilità intorno ai processi decisionali nonché la maggiore difficoltà degli elementi più brillanti di raggiungere posizioni di leadership.

Rispetto a quanto detto la capacità di reazione di studenti e specializzandi è molto limitata. Specialmente per noi specializzandi il non essere inquadrati come lavoratori ci pone in una condizione di precarietà e subalternità rispetto ai formatori. L'impossibilità di sindacalizzazione e rivendicazione unita ad un quadro normativo ambiguo trasforma gli specializzandi in soggetti facilmente sfruttabili.

Leggendo la realtà

Dai questionari di Federspecializzandi emerge che il 39% degli specializzandi non lavora meno di 50 ore settimanali (tra le 50 e le 70 ore), e che l'11% lavora non meno di 70 ore a settimana. Almeno il 50% degli specializzandi lavora quindi più delle ore previste a contratto per i medici strutturati e, sempre dai nostri dati, risulta che in circa il 40% dei casi l'orario di lavoro non viene in nessun modo registrato.

Il ricorso alla manodopera a basso costo per un numero elevato di ore va incrociato con il dato relativo alla domanda *"Hai dovuto assumerti responsabilità non contemplate dallo status di specializzando (guardie scoperte da strutturati, visite non supervisionate, prima reperibilità)?"*, domanda a cui il 54% degli specializzandi ha risposto in maniera affermativa.

La sovrapposizione di queste due condizioni ha un'enorme rilevanza sanitaria: tralasciando le problematiche relative alle responsabilità non contemplate dallo status di specializzando, che si commentano da sole, cercheremo di concentrarci sulle conseguenze degli elevati carichi di lavoro.

In letteratura è ben documentata¹² l'abitudine a spingere gli studenti e gli specializzandi a pesanti turni in ospedale, con la scusa che la formazione non possa fare a meno di un'attività pratica molto intensa. Lavorare 50-70 o più ore a settimana con turni di 24-36 ore consecutive non è un evento raro e, se è vero che durante i turni di notte è possibile dormire, il sonno è comunque spesso limitato e frammentato. Ne consegue che la fatica è un sintomo frequentemente lamentato da tutto lo staff sanitario¹². Esistono numerosi dati di laboratorio che dimostrano come la fatica e la privazione di sonno siano capaci di modificare gli equilibri fisiologici del personale sanitario. In un piccolo studio osservazionale pubblicato sul *Canadian Medical Association Journal*¹³, riguardante medici di terapia intensiva che lavoravano comunque sotto il numero di ore previsto dalle nuove linee guida sulla riduzione dei turni di guardia dell'Ontario, Parshuram ha dimostrato come già il solo stress del turno, in aggiunta all'aumentata attività fisica dei medici che mediamente percorrono circa 6.3 km a turno, è in grado di modificare l'attività cardiaca causando modificazioni del ritmo ed in alcuni casi aritmie cardiache. Gli autori hanno inoltre notato che in queste condizioni si verifica una scarsa attenzione del personale verso i propri bisogni primari, come ad esempio il bere, con conseguente rischio di disidratazione.

D'altra parte la correlazione inversa tra fatica, privazione di sonno e performance è studiata da tempo ed esiste una voluminosa letteratura che mostra, al di là di ogni dubbio, come la fatica peggiori le prestazioni¹⁴. Il motivo sembra risiedere nelle influenze dei cicli circadiani e del bilancio omeostatico del sonno sullo stato di vigilanza e le interazioni con gli stimoli interni ed esterni. Una performance neuro-comportamentale adeguata richiede l'attivazione dei suddetti circuiti. Quando adulti sani dormono meno di 5 ore per notte aumenta la loro propensione ad addormentarsi e diminuiscono le loro capacità cognitive e le loro abilità¹⁵. La severità nell'indebolimento neuro-comportamentale è simile nella privazione di sonno di breve durata ed in quella di lungo corso, ed è smentita la credenza che esista una tolleranza alla diminuzione delle ore di riposo¹⁵.

Dalla parte delle persone

Una letteratura altrettanto corposa ed inequivocabile è stata accumulata in questi ultimi 30 anni sugli effetti negativi della stanchezza e della privazione di sonno su studenti frequentatori, specializzandi, infermiere e medici esperti.

Come per le altre professioni, queste condizioni sono correlate ad una diminuzione delle capacità neuro-comportamentali dei soggetti, ad un peggioramento dell'umore, a depressione, ansietà, confusione, rabbia e compromissione della capacità psicomotorie¹⁶. In questi studi, oltre a misurare parametri fisiologici, i sanitari in una situazione di stanchezza o di privazione vengono testati per diverse abilità cognitive e manuali: invariabilmente le loro capacità risultano ridotte. Un interessante studio, pubblicato sul JAMA, investiga le capacità neuro-comportamentali di tirocinanti in ospedali universitari sottoposti a pesanti rotazioni di turno (vengono definiti "rotazioni pesanti" turni di una notte ogni 4-5 notti). Nello studio vengono correlate le loro performance con quelle di soggetti sottoposti a turni leggeri, a turni leggeri dopo ingestione di alcool ed a turni pesanti dopo ingestione di placebo. Tutti i soggetti sono stati sottoposti a batterie di test di 60 minuti ed i risultati hanno dimostrato come i turni pesanti siano comparabili all'assunzione di alcol e come i soggetti - in molti casi - non siano in grado di giudicare la propria condizione¹⁷.

Sempre su JAMA è apparsa, nel 2002, una completa revisione di letteratura intitolata "*Sleep loss and fatigue in residency training: a reappraisal*"¹⁸, che analizza nello specifico gli studi relativi alla relazione tra fatica, privazione di sonno e diminuzione delle abilità in vari settori medici e chirurgici, descrivendo in quali procedure è più solida l'evidenza scientifica sulla diminuzione delle abilità. Purtroppo però queste evidenze non sono così solide in tutti gli ambiti. Mentre infatti per altre professioni la fatica e la privazione di sonno sono state ampiamente studiate, in ambito sanitario si è ancora lontani dall'aver adeguatamente inquadrato il fenomeno. Per questo la comunità scientifica insiste molto sulla necessità di ulteriori studi specifici, specialmente in ambito clinico. In definitiva questi studi non dicono granché di nuovo: restrizioni nel numero di ore di lavoro sono state infatti da tempo adottate in diverse professioni critiche o rischiose (ad esempio lavorano con orari ridotti i guidatori professionali di autovetture, gli aviatori o i lavoratori delle centrali nucleari).

L'Istituto Americano di Medicina, nel rapporto precedentemente citato, ha messo in dubbio la capacità di questo approccio formativo nel garantire uno standard di assistenza soddisfacente e la sicurezza dei pazienti, soprattutto in riferimento all'aumento degli errori professionali in condizioni di fatica o privazione da sonno, come riconosciuto dai medici stessi¹⁹⁻²⁰. Questa percezione trova riscontro in numerosi studi²¹⁻²²⁻²³⁻²⁴⁻²⁵.

La diminuzione delle capacità neuro-comportamentali ha anche gravi conseguenze sulla salute degli stessi specializzandi. Esiste per esempio una robusta associazione tra fatica e privazione di sonno ed aumento di stress e depressione²⁶⁻²⁷⁻²⁸⁻²⁹.

Ma il più grande dei pericoli documentati correlati con l'iperlavoro è l'aumento del rischio di incidenti stradali. Molti studi hanno infatti dimostrato un significativo aumento del tasso di incidenti stradali gravi, in particolare dopo aver smontato da turni pesanti³⁰⁻³¹⁻³²⁻³³.

Tiriamo le somme

Negli Stati Uniti ed in Canada le evidenze raccolte sono state sufficienti a determinare un cambio nelle linee guida per i tirocinanti e gli specializzandi. Ad una prima drastica riduzione dei tempi di lavoro (da 100-120 ore settimanali ad 80) faranno probabilmente seguito nuove restrizioni (probabilmente 60 ore).

Nel caso italiano, se quanto rilevato dal questionario di Federspecializzandi venisse confermato da studi più rigorosi ed approfonditi, ci troveremmo ad affrontare il doppio problema di far gravare improprie richieste di prestazioni sanitarie su personale non adeguatamente formato e gravato da un eccessivo carico di lavoro.

Sicuramente non è compito di una revisione della letteratura (specialmente di questa) esprimere giudizi sul comportamento o sull'operato di istituzioni che devono

essere sottoposte al controllo democratico ed alla valutazione dell'opinione pubblica. Possiamo però segnalare all'opinione pubblica stessa ed ai decisori politici l'urgenza nell'accertare quale sia la situazione italiana. D'altra parte le istituzioni che si occupano della formazione dei medici e degli specializzandi dovrebbero avere chiaro qual è il loro ruolo e per quali responsabilità possono essere chiamati a rispondere all'opinione pubblica.

L'università, la medicina accademica, le scuole di specializzazione sono direttamente implicate nella qualità del servizio erogato all'interno del sistema sanitario nazionale, sono direttamente responsabili della salute e del benessere dei pazienti ed devono inoltre riconoscere la loro piena responsabilità nella tutela della salute dei loro specializzandi.

Bibliografia

1. Kohn KT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To Err Is Human: Building a Safer Health System*. Washington. DC: National Academy Press; 1999
2. *Acad Med*. 2004 Oct; 79(10):1003-6. *Advancing health care education and practice through research: the University of Toronto*, Donald R. Wilson Centre for Research in Education.
3. *Prehospital Disaster Med*. 2004 Apr-Jun; 19(2):S17-30. *Prehospital Disaster Med*. 2004 Jul-Sep; 19(3):186-7. *International standards and guidelines on education and training for the multi-disciplinary health response to major events that threaten the health status of a community*. Seynaeve G, Archer F, Fisher J, Lueger-Schuster B, Rowlands A, Sellwood P, Vandeveld K, Zigoura A; Education Committee Working Group, World Association for Disaster and Emergency Medicine.
4. *Gerontol Geriatr Educ*. 2003; 24(1):1-14. *Challenges of current geriatric education-inspired by the Nordic geriatric professors' meetings*. Jonsson PV, Gustafson Y, Hansen FR, Saks K, Pitkala KH.
5. *Lancet Infect Dis*. 2005 Jul;5 (7):440-9. *Postgraduate training in infectious diseases: investigating the current status in the international community*. Cooke FJ, Choubina P, Holmes AH.
6. *Bratisl Lek Listy*. 2005; 106(3):137-40. *The preparation of students of medical faculties and other public colleges for educative activities within the national programme of health support*.
7. Kukurova E, Bernadic M, Kralova E, Bernadicova H, Traubner P., Escarce JJ, Polsky D, Wozniak GD, Pauly MV, Kletke PR. *Health maintenance organization penetration and the practice location choices of new physicians: a study of large metropolitan areas in the United States*. *Med Care*. 1998 Nov; 36(11):1555-66. PMID: 9821943 [PubMed - indexed for MEDLINE]
8. Phillips S. *The social context of women's health: goals and objectives for medical education*. *CMAJ*. 1995 Feb 15;152(4):507-11. PMID: 7859198 [PubMed - indexed for MEDLINE]
9. Gannon L, Stevens J, Stecker T. *A content analysis of obstetrics and gynecology scholarship: implications for women's health*. *Women Health*. 1997;26(2):41-55. PMID: 9472954 [PubMed - indexed for MEDLINE]
10. Piyaratn P. *Doctors' roles in primary health care*. *Trop Doct*. 1982 Oct; 12(4 Pt 2):196-202. PMID: 7179451 [PubMed - indexed for MEDLINE]
11. Taylor CE. *The doctor's role in rural health care*. *Int J Health Serv*. 1976;6(2):219-30. PMID: 939619 [PubMed - indexed for MEDLINE]
12. Steven K Howard David Gaba trainer fatigue: are new limit on work hours enough (CMAJ March 16, 2004; 170 (6))
13. Parshuram CS, Dhanani S, Kirsh JA, Cox PN. *Fellowship training, workload, fatigue and physical stress: a prospective observational study*. *CMAJ* 2004;170(6): 965-70
14. Van Dongen HPA, Dinges DF. *Circadian rhythms in fatigue, alertness, and performance*. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, eds. *Principles and practice of sleep medicine*. 3rd ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 2000:391-9.
15. Dinges DF, Pack F, Williams K, et al. *Cumulative sleepiness, mood disturbance, and psychomotor vigilance performance decrements during a week of sleep restricted to 4-5 hours per night*. *Sleep* 1997;20:267-267

16. Gaba DM, Howard SK, Jump B. Production pressure in the work environment: California anesthesiologists' attitudes and experiences. *Anesthesiology* 1994;81:488-500
17. Landrigan C, Rothchild J, Cronin J, et al. Effect of reducing interns' work hours on serious medical errors in intensive care units. *N Engl J Med*. 2004;351:1838-1848.
18. Mitler MM, Dement WC, Dinges DF. Sleep medicine, public policy, and public health. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, editors. *Principles and practice of sleep medicine*. 3rd ed. Philadelphia: WB Saunders; 2000. p. 580-8.
19. Arnedt JT, Owens J, Crouch M, Stahl J, Carskadon MA. Related Articles, Neurobehavioral performance of residents after heavy night call vs after alcohol ingestion. *JAMA*. 2005 Sep 7;294(9):1025-33. PMID: 1614502
20. Sleep loss and fatigue in residency training: a reappraisal. Veasey S, Rosen R, Barzansky B, Rosen I, Owens J. *JAMA*. 2002 Sep 4;288(9):1116-24. Review
21. Sleeping surgeons: horror stories from doctors who say local hospitals illegally force them to work 36-hour shifts. *New York Post*. February 7, 1999:1-3)
22. Samkoff JS, Jacques CH. A review of studies concerning effects of sleep deprivation and fatigue on residents' performance. *Acad Med*. 1991; 66: 687-693.
23. Pilcher JJ, Huffcutt AI. Effects of sleep deprivation on performance: a meta-analysis. *Sleep*. 1996;19:318-326
24. Gaba DM, Howard SK. Fatigue among clinicians and the safety of patients. *N Engl J Med*. 2002;347:1249-1255.
25. Harrison Y, Home JA. The impact of sleep deprivation on decision making: a review. *J Exp Psychol Appl*. 2000;6:236-249.
26. Freidman RC, Kornfeld DS, Bigger TJ. Psychological problems associated with sleep deprivation in interns. *J Med Educ*. 1973;48:436-441.
27. Berkoff K, Rusin W. Pediatric house staff's psychological response to call duty. *J Dev Behav Pediatr*. 1991;12:6-10.
28. Pitts FN, Shuller AB, Rich CL, Pitts AF. Suicide among US women physicians 1967-1972. *Am J Psychiatr*. 1979; 136:694-696.
29. Reuben DB. Psychologic effects of residency. *South Med J*. 1983;76:380-383. e disturbi somatici
30. Valko RJ, Clayton PJ. Depression in the internship. *Dis New Syst* 1975;36:26-29. complicità della gravidanza 89. Osborn LM, Harris DL, Reading JC, Prather MB. Outcomes of pregnancies experienced during residency. *J Fam Pratt*. 1990; 31:618-622.
31. Wendt JR, Yen LJ. The resident by moonlight: a misguided missile. *JAMA*. 1988; 259: 43-44.
32. Steele MT, Ma OJ, Watson WA, Thomas HA, Muelleman RL. The occupational risk of motor vehicle collisions for emergency medicine residents. *Acad Emerg Med*. 1999;610:1050-1053.
33. Geer RT, Jobes DR, Tew JD, Stepsis LH. Incidence of automobile accidents involving anesthesia residents after on-call duty cycles. *Anesthesiology*. 1997; 87:A938.

I CONTRATTI DI FORMAZIONE SPECIALISTICA: STATO DELL'ARTE

di Stefano Magnone

Fin dal 2002, durante gli scioperi che dettero vita l'anno successivo a FederSpecializzandi, abbiamo seguito l'iter infinito dei contratti degli Specializzandi.

Partiamo dalla nostra piattaforma politica. FederSpecializzandi, nel quadro attuale di vuoto normativo legato alla mancata applicazione del D.L. 368/99 che prevedeva per gli specializzandi i contratti di formazione lavoro, ne chiede l'applicazione integrale. L'attuale disciplina delle borse di studio, oltre all'iniquità di un aggiornamento mai effettuato da 13 anni, è quanto di più lontano vi possa essere dalla reale situazione in cui gli specializzandi trascorrono il loro periodo formativo.

La disciplina prevista dal D.L. 368/99, sia sul versante dell'aumento del trattamento economico sia sul versante previdenziale, richiede un finanziamento di circa 300 milioni di Euro. L'attuale Governo e l'attuale maggioranza da cinque anni si trascinano in una malcelata assenza di volontà nel finanziare il provvedimento.

Da 3 anni è in discussione in Commissione Affari Sociali alla Camera dei Deputati il Disegno di Legge 3687, più volte emendato e stravolto rispetto al testo originario.

Da un'iniziale previsione di spesa di 200 milioni si è scesi a circa 48 milioni di euro, secondo il testo approvato dalla Commissione prima dell'estate 2005. In tale norma si prevede un contratto denominato di formazione specialistica, che non prevede un aumento del trattamento economico ma solo un'iniziale contribuzione previdenziale. Ovviamente la stipula di un contratto non soltanto concederebbe agli Specializzandi quel passaggio allo status di lavoratori in formazione che da tempo chiediamo, ma garantirebbe anche quella formazione che non è mai stata all'altezza delle norme, né tanto meno lontanamente paragonabile al livello presente negli altri stati dell'Unione Europea.

La spiegazione dell'opposizione ad un simile provvedimento, che FederSpecializzandi ha manifestato da sempre, risiede nel fatto che dopo tutti questi anni non è accettabile una soluzione al ribasso. Di fronte a proposte mirate ad una tutela previdenziale più consona alla nostra situazione abbiamo sempre ricevuto un silenzio assordante. Anche la disponibilità delle Regioni a partecipare alla modifica del provvedimento (anche se discutibile nel merito), resa nota fin dal marzo 2003, è stata lasciata cadere nel vuoto.

Nel settembre 2005, dopo un lungo ed estenuante botta e risposta, giunto fino alla rottura nel luglio precedente a causa della sordità di Governo e maggioranza di fronte alle nostre richieste, in Commissione il Disegno di Legge è stato stravolto. Un emendamento del Relatore approvato dalla maggioranza ha modificato il DDL fin dal titolo e ora prevede un aumento delle borse di studio di circa 130 euro al mese in attesa del varo dei contratti. La notizia è stata da noi colta come una gravissima presa in giro, posizione ribadita anche mediante contatti diretti con il Presidente della Commissione On Palumbo.

Il giorno successivo, al varo della Finanziaria, il Ministro Storace ma anche Tremonti, oltre a vari sottosegretari, si producevano in dichiarazioni che certificavano l'esistenza in Finanziaria di 300 milioni di euro per gli specializzandi. Di fronte al nostro stupore (e alla nostra incredulità) è iniziato un lavoro di studio del disegno di legge per capire ove fossero collocati i fondi. Allo stato attuale (inizio novembre 2005) risulta un finanziamento di 340 milioni di euro nel fondo del Ministero della Salute. Tale finanziamento però risulta coprire le spese per quattro provvedimenti di legge di diversa natura. Tra questi anche "le borse di studio" degli specializzandi. Nonostante contatti con i vari uffici del Ministero fino alla segreteria tecnica del Ministro non sono ancora state ottenute risposte circa l'effettiva esistenza dei 300 milioni come rivendicato dal Ministro.

INDICE

INTRODUZIONE.....	1
BREVE STORIA DEL MOVIMENTO DEI MEDICI SPECIALIZZANDI.....	3
FEDERSPECIALIZZANDI.....	5
LA LEGISLAZIONE	7
IL RUOLO DEL MEDICO SPECIALIZZANDO: DIRITTI E DOVERI.....	8
FORMAZIONE MEDICA SPECIALISTICA: RAPPORTI UNIVERSITA'– SSN.....	12
QUESTIONARIO INFORMATIVO SULLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE: ANALISI DEI DATI.....	14
SITUAZIONE DEGLI SPECIALIZZANDI ALL'ESTERO.....	22
FORMAZIONE MEDICA SPECIALISTICA E IMPATTO SULLA SALUTE: BREVE REVISIONE (ESSENZIALE) DELLA LETTERATURA	24
di Ardigò Martino.....	24
I CONTRATTI DI FORMAZIONE SPECIALISTICA: STATO DELL'ARTE.....	30

Ideato e realizzato da Federspecializzandi

Dicembre 2005

I dati contenuti potranno essere utilizzati previa autorizzazione di Federspecializzandi e con indicazione della fonte

foto di copertina: Gruppo Prometeo