

**Documento AAROIEMAC  
richiesto in occasione della  
Convocazione Ministero Salute in data 30/08/2018  
ad oggetto:  
“Carenza Medici Specialisti – Formazione PostLaurea”**

**CONSIDERAZIONI PRELIMINARI:**

- 1) L'alta formazione dei MIF è competenza del Ministero della Istruzione, Università e Ricerca e, per l'area della Dirigenza medica e sanitaria, del Ministero della Salute, pertanto occorrerebbe forse un percorso previamente condiviso in sintonia tra i due Dicasteri.
- 2) L'attuale percorso formativo prevede la frequenza nella struttura di sede della Scuola di Specializzazione e nelle strutture Ospedaliere della Rete formativa, scelte in base a determinati parametri, permettendo ai MIF di avere esperienza in differenti sedi con elevati standard qualitativi, finalità particolarmente nel settore ARTID.

**La proposta delle Regioni e del Ministero riguardo all'inserimento dei Medici in Formazione (MIF) nel Sistema Sanitario Nazionale (SSN), così come percepita (in attesa di una stesura scritta) presenterebbe diverse CRITICITÀ, alcune delle quali richiederebbero sostanziali modifiche normative e legislative. Le principali, per sommi capi:**

- I. Ripercussioni comuni a tutte le discipline specialistiche con riflessi a medio e lungo termine sulla formazione universitaria, sulla funzione e sul ruolo della dirigenza medica del SSN (SSRR), sull'assetto organizzativo delle Aziende Ospedaliere.
- II. In riferimento alla Specializzazione in Anestesia e Rianimazione Terapia Intensiva e del Dolore (ARTID) si registrano criticità in molte articolazioni clinico-assistenziali, dal punto di vista normativo (che rispondono anche peculiari a competenze specialistiche acquisite nel rispetto degli attuali assetti ordinamentali universitari), giuridici, di responsabilità professionale e legale.
- III. In generale per tutte le SS, ma sempre in particolare in riferimento alla Specializzazione ARTID, gli attuali assetti del percorso formativo dei MIF: in particolare il Tempo di training formativo, attualmente di 5 anni per Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore (ARTID) e rispondente a normativa europea, rispettando una rotazione nei settori disciplinari indispensabili alla acquisizione delle competenze cliniche previste (documento EBA-UEMS).

**PERTANTO:**

- 1) La proposta di inquadramento dei MIF nel CCNL della Dirigenza Medica dovrebbe rispondere a criteri di uniformità e applicazione generale (e cioè riguardare in modo omogeneo tutti i MIF di tutte le Specializzazioni) e di temporaneità (colmare le carenze assistenziali attuali ma ponendo le basi per la soluzione alla carenza). Tale inquadramento dovrebbe pertanto essere obbligatoriamente associato ad un contestuale aumento del

numero dei posti retribuiti nelle Scuole ARTID, con il fine di iniziare concretamente a ridurre la carenza di specialisti entro i prossimi 5 anni (durata attuale dei percorsi formativi specialistici).

- 2) Sarebbe necessario codificare le attività assistenziali che i MIF potrebbero esercitare, secondo il crescente livello di autonomia e responsabilità, all'interno delle strutture del SSR e queste dovrebbero rispondere alle esigenze formative e a quelle di "produzione" sanitaria assistenziale.
- 3) L'incremento, considerata la progressiva sproporzione storica ed attuale tra uscite dal servizio di specialisti per vari motivi (preponderantemente quiescenze pensionistiche, ma non solo) e ingressi di nuovi specialisti e che vede da anni un numero di specialisti usciti dal SSN Ospedaliero maggiore rispetto al numero di rimpiazzati, non può essere sufficiente se limitato al solo "guadagno" costituito dal numero di MIF contrattualizzati grazie alla riforma ventilata (e quindi in qualche modo sostitutivi degli specialisti).
- 4) Per talune specializzazioni, come per ARTID, il progressivo diffondersi di richieste finalizzate ad un maggior comfort dei pazienti sottoposti a procedure sanitarie (p. es. invasive, ma non solo) per le quali in anni passati non veniva richiesto come invece accade oggi (e accadrà sempre di più) l'opera dello specialista, fa sì che la sproporzione suddetta sia ancora maggiore. Si pensi, per esempio, alla diffusione della richiesta di analgesia per il parto, il cui inserimento nei LEA non ha previsto alcun incremento di personale.
- 5) La disciplina ARTID patisce ulteriori carenze storiche dovute alla sostituzione, per le attività da doversi assicurare in urgenza, del servizio di guardia con quello di 'pronta disponibilità'.

**Senza i necessari correttivi alle problematiche riassunte nei punti 1-5 su esposti, anche nell'ipotesi di poter risolvere i nodi di cui alle CRITICITÀ I, II, III, nella disciplina ARTID con la sostituzione di medici specialisti con MIF acquisirebbe inevitabilmente, quanto al suo termine premesso a causa delle carenze emergenziali in atto di personale medico specialista, caratteristiche "sine die", e quindi incompatibili con tale termine necessario.**

**Inoltre ancora, emergono diversi ELEMENTI meritevoli di RIFLESSIONE, sempre in particolar modo per la disciplina ARTID. I principali:**

- a) I MIF non hanno competenze specialistiche in specifici ambienti ad alta criticità (Sale Operatorie e Terapie Intensive Polivalenti e/o Specialistiche) sufficienti a garantire la sicurezza nel percorso diagnostico, clinico, terapeutico e assistenziale e, in tali circostanze, deve comunque essere presente almeno un Tutor/Dirigente Medico strutturato. La progressiva acquisizione dell'autonomia sufficiente a garantire la sicurezza clinica del Paziente dovrebbe rimanere una determina della Direzione della Scuole Specializzazione ARTID sul singolo MIF, e non della Direzione Sanitaria o in generale di qualsivoglia struttura afferente alla Rete formativa. I MIF non possono decidere da soli un percorso clinico-terapeutico specifico su Paziente senza dividerlo in equipe con i Dirigenti medici specialisti della disciplina.
- b) Le attività dei MIF diverrebbero in sostanza equiparabili – almeno in teoria – a quelle dell'ex Assistente Medico (833/1978 e 761/1979) ma dovrebbero essere espletabili solo in Centri Ospedalieri-Universitari o Ospedalieri precedentemente certificati ed approvati per questa attività al fine di non interrompere il percorso formativo (come previsto da attuali ordinamenti). La Rete formativa non dovrebbe allargarsi a strutture cliniche che non fossero

già state considerate perché funzionali all'acquisizione delle competenze specifiche della disciplina.

- c) Alcune specifiche attività relative al percorso diagnostico, clinico, terapeutico ed assistenziale e loro sedi in ambito ospedaliero possono essere eventualmente considerate in base alle capacità individuali del MIF, precedentemente valutate.
- d) Il Paziente e i Familiari dovrebbero essere informati che il trattamento sarà effettuato da un MIF non ancora specialista con una dichiarazione specifica di Consenso Informato formulata in accordo con la Direzione della Scuola di Specializzazione ed Azienda Ospedaliera.
- e) La tutela legale ed assicurativa deve essere dedicata ai MIF e garantire loro la possibilità di non effettuare attività per le quali non siano in qualche modo formalmente e validamente (sotto tutti gli aspetti) ancora certificati sufficientemente autonomi.

Roma, 30 Agosto 2018

*Dr Alessandro Vergallo*  
*Presidente AARO I-EMAC*

*Dr Luigi Zurlo*  
*Referente Affari Legali AARO I-EMAC*

con il contributo di:

- *Prof. Paolo Pelosi*  
*Professore Ordinario Anestesiologia – Università di Genova*  
*Presidente eletto CPAR*  
*(Collegio dei Professori di Anestesia e Rianimazione)*
  
- *Prof. Antonino Giarratano*  
*Professore Ordinario Anestesiologia – Università di Palermo*  
*VicePresidente SIAARTI*  
*(Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva)*