



Il Manuale del Giovane Medico

Seconda Edizione

a cura del

Segretariato Italiano Giovani Medici

www.giovanemedico.it

www.sims.ms

in collaborazione con

www.futurimedici.com

www.giovanimedici.com

Autori

Walter Mazzucco, Giovanni Galati, Carlo Manzi,

Giovanni Checcucci Lisi, Thomas Manca, Filippo Narese, Francesco Cappello, Giovanni Li Volti,

Giuseppe Puccio, Francesco Macrì Gerasoli, Pierluigi Ingrassia, Martino Trapani, Silvio Tafuri, Marco Mafri,

Maria Elisa Di Cicco, Emilio Montemarano, Claudio Guerra, Domenico Merendino, Fabio Garofalo,

Gianluca Albanese, Antonio Carnì, Davide Matta, Claudio Guerra, Mario Chisari, Gaetano Salerno

1

Segretariato Italiano Giovani Medici (S.I.G.M.)

www.giovanemedico.it - www.sims.ms - www.juniordoctors.it



Hanno collaborato alla realizzazione del Manuale

Flavio Arcerito, Catania
Sara Calligaro, Novara
Lorenzo Capasso, Chieti
Salvatore Carfi, Catania
Gianfranco Cavaliere, L'Aquila
Sebastiano Cimino, Catania
Leonardo Citraro, Chieti
Onelia Correnti, Roma
Claudio Costantino, Palermo
Carmelo Genovese, Messina
Luigi Gianturco, Milano
Claudio La Scola, Bologna
Andrea Liguori, Roma
Giovanni Lo Piparo, Palermo
Gianpaolo Maietta, Cagliari
Riccardo Mandracchia, Agrigento
Daniele Maniaci, Pavia
Alessandra Marinari, Foggia
Gianni Marrapodi, Messina
Rossana Messina, Trapani
Salvatore Moscadini, Palermo
Giuliano Pesel, Trieste
Antonio Puccio, Verona
Alfredo Rizzuto, Catanzaro
Francesco Sanguedolce, Bologna
Erik Saporito, Catania
Filippo Sanfilippo, Catania
Davide Ventre, Brescia



Indice

Breve presentazione del S.I.G.M.	pag. 5
Premessa	pag. 7
ESAME DI ABILITAZIONE	pag. 8
PROSPETTIVE PROFESSIONALI	pag. 12
LA GUARDIA MEDICA (CONTINUITA' ASSISTENZIALE)	pag. 14
CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE	pag. 17
DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE	pag. 19
ACCESSO ALLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE	pag. 20
STATUS MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA	pag. 24
CONTRATTO DI FORMAZIONE	pag. 25
Schema-tipo del contratto	pag. 25
Adozione e sottoscrizione del contratto	pag. 25
Risoluzione anticipata del contratto	pag. 26
TRATTAMENTO ECONOMICO	pag. 27
DOVERI	pag. 28
DIRITTI	pag. 29
Aspetti Previdenziali	pag. 29
Aliquote contributive	pag. 29
Il futuro previdenziale del Giovane Medico	pag. 30
Assicurazione	pag. 32
Assenze autorizzate	pag. 32
Malattia e Gravidanza	pag. 32
Recupero obiettivi formativi	pag. 33
Modalità di verifica assenze	pag. 33
Sorveglianza Sanitaria	pag. 33
Radioprotezione e Rischio Radiologico	pag. 34
ATTIVITA' ASSISTENZIALE	pag. 38
Rapporto di pubblico impiego	pag. 38
Limitazioni	pag. 38
Deroghe alle limitazioni	pag. 38
ASPETTI MEDICO LEGALI	pag. 41
Rapporto di Garanzia	pag. 42
Responsabilità Civile	pag. 42

Responsabilità Penale	pag. 43
Responsabilità altri attori	pag. 43
FORMAZIONE MEDICO SPECIALISTICA	pag. 44
SPENDIBILITA' DEL TITOLO	pag. 44
NUOVO ORDINAMENTO DIDATTICO	pag. 45
Organizzazione delle Scuole e Rete Formativa	pag. 46
ELENCO SCUOLE PER AREA, CLASSE E TIPOLOGIA	pag. 48
Percorso formativo	pag. 51
SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DELLA DISTRIBUZIONE DEI CFU	pag. 53
Corpo Docente	pag. 55
Tutor e Funzione Tutoriale	pag. 56
VERIFICA APPRENDIMENTO, MONITORAGGIO E PROVA FINALE	pag. 56
Diploma di Specializzazione e Diploma Supplement	pag. 57
OSSERVATORI PER LA FORMAZIONE MEDICO SPECIALISTICA	pag. 57
Verifica e controllo Requisiti Scuole	pag. 60
Accorpamenti e razionalizzazione scuole specializzazione	pag. 61
VECCHIO ORDINAMENTO DIDATTICO	pag. 63
BIBIOGRAFIA E NORMATIVA DI RIFERIMENTO	pag. 66
APPENDICE ESTERO	pag. 67
FORMAZIONE ALL'ESTERO	pag. 68
GIOVANI MEDICI IN EUROPA	pag. 69
ACCESSO ALLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE IN SPAGNA	pag. 71
SPECIALIZZAZIONE NEL REGNO UNITO	pag. 76
AMMISSIONE DEI MEDICI STRANIERI ALLA SPECIALIZZAZIONE NEGLI USA	pag. 84
ALTRE OPPORTUNITA' PER I MEDICI STRANIERI NEGLI USA	pag. 87
FORMAZIONE IN SVIZZERA	pag. 89
APPENDICE RICERCA	pag. 92
DOTTORATO DI RICERCA	pag. 93
ASSEGNO DI RICERCA	pag. 96
RICERCATORE A TEMPO DETERMINATO	pag. 98
RECLUTAMENTO A PROGETTO	pag. 99
CAPSULA EBURNEA	pag. 102
ALLEGATI	pag. 108

BREVE PRESENTAZIONE DEL S.I.G.M.

Il **Segretariato Italiano Giovani Medici (S.I.G.M.)**, nato dalle robuste radici del Segretariato Italiano Medici e Specializzandi (S.I.M.S.), esperienza che negli ultimi anni si è affermata sul territorio nazionale quale riferimento per i medici in formazione specialistica, si propone all'attenzione della comunità medica Italiana in qualità di realtà associazionistica che si prefigge di portare a sintesi le istanze dei Giovani Medici Chirurghi Italiani.

Il S.I.G.M., associazione no profit, persegue il fine di dare un contributo qualificante alla formazione dei giovani medici, ai profili etici e sociali della professione medica, alla crescita intellettuale, professionale, deontologica delle nuove classi mediche; il tutto promuovendo relazioni operose fra le professionalità mediche Italiane e di ogni nazionalità, fra i medici e la società civile; svolge inoltre attività nei settori dell'istruzione medica generale e specifica, della formazione sociale e medica, della ricerca scientifica di particolare interesse.

Affermare un modello di medico che abbia padronanza della propria professione in ogni condizione, oltre i confini geografici e culturali, aprendosi al confronto con le realtà assistenziali internazionali senza trascurare di contribuire al miglioramento del complicato contesto nel quale opera, è il sogno del S.I.G.M.. L'impegno affinché non vengano disperse le motivazioni iniziali che hanno indotto i giovani ad intraprendere il lungo percorso formativo della medicina, salvaguardando l'attenzione alla cura della persona globalmente intesa, prima ancora che al paziente-utente, sintetizza lo spirito dell'Associazione.

In tale ottica il S.I.G.M. offre servizi, in termini di formazione, occasioni di lavoro e perfezionamento in Italia ed all'Estero, di accesso alla ricerca scientifica, senza mancare di curare una corretta informazione e formazione sugli aspetti tecnico legislativi e di intervenire attivamente e criticamente sulle Politiche sanitarie, professionali e previdenziali.

Il S.I.G.M. ha prodotto, inoltre, il presente "*Manuale del Giovane Medico*", nel quale sono reperibili tutte le informazioni di riferimento per quanti si affacciano alla professione medica, e la rivista sul web, "*Capsula Eburnea*", che pubblica articoli scientifici originali su argomenti di medicina, biomedicina, biotecnologie mediche, scienze motorie e psicologia medica. Capsula Eburnea (ISSN 1970-5492) è una rivista scientifica, ma anche uno strumento di formazione per giovani ricercatori.

Tutte le produzioni edite dal S.I.G.M. sono disponibili on line sui siti web di riferimento dell'associazione: www.sims.ms, www.giovanemedico.it.

L'assetto organizzativo del Segretariato, ramificato sul territorio in Sedi Locali e Provinciali, prevede un'articolazione in Dipartimenti, autonomi, ma coordinati da un direttivo parimenti rappresentativo delle differenti specificità.

L'Associazione vuole creare i presupposti per favorire il dialogo tra medicina universitaria, ospedaliera e territoriale, superando gli steccati posti in essere dalla ultraspecializzazione e dalla mancanza di una cultura di Sistema e di rete che quotidianamente produce carenze, disservizi e spreco di risorse.

In altre parole, il SIGM vuole rappresentare un movimento di pensiero, ma anche culturale, che rinnovi nello spirito la medicina Italiana.

Il SIGM, da Statuto, ha individuato la FNOMCeO e gli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri quali riferimenti Istituzionali e modelli organizzativi ai quali ispirarsi.

Inoltre, i responsabili del S.I.G.M. curano la moderazione del Forum dei Giovani Medici, spazi tematici a libero accesso e luoghi di incontro virtuale per i giovani medici Italiani, ospitati su www.giovanimedici.com.

Il S.I.G.M.-S.I.M.S. ha avviato da tempo una partnership con faturimedici.com, il portale degli studenti in medicina Italiani.

PREMESSA

Il presente Manuale si propone di rappresentare un valido strumento a supporto dei Giovani Medici Italiani, accompagnandoli dal momento del conseguimento del Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia sino all'ingresso nel mondo del lavoro ed oltre, ripercorrendo i principali momenti formativi e professionalizzanti: Abilitazione alla professione medica, Corso di Medicina Generale, Diploma di specializzazione (accesso alle scuole di specializzazione e Riforma dello status dei medici in formazione), Formazione all'Estero, Accesso alla Ricerca Scientifica, riferimenti normativi.

Una guida pratica al servizio dei Giovani Medici ai quali vengono presentate le informazioni rivedute e corrette alla luce delle esperienze acquisite sul campo dai pari.

Tale strumento, pubblicato on line sul Portale dei Giovani Medici (www.giovanemedico.it), sul sito www.sims.ms e sui siti web www.giovanimedici.com e www.futurimedici.com, verrà di volta in volta aggiornato ed implementato in corrispondenza delle nuove acquisizioni e del proseguimento dell'iter applicativo relativo alle normative di riferimento. Invitiamo pertanto il lettore a verificare periodicamente la data di aggiornamento riportata in copertina.

Il Manuale, in particolare, si propone quale importante punto di riferimento per la categoria dei medici in formazione (medici specializzandi), con l'intento di rendere fruibile la complessa materia normativa e procedurale che li riguarda alla luce dell'applicazione del D.Lgs 368 del 17 agosto del 1999, modificato dalla legge 266/2005 e del conseguente avvio del processo di contrattualizzazione.

Ciò nella convinzione che il ruolo delle associazioni di categoria debba essere quello di fare una puntuale e corretta informazione, di semplificare le problematiche in cui si imbattono i giovani medici nel percorso formativo e di indirizzare le energie verso iniziative utili e costruttive.

A corredo di tale Manuale troverete inoltre due Appendici, l'una relativa alle opportunità di formazione e lavoro all'estero, l'altra relativa al coinvolgimento dei giovani medici nella Ricerca scientifica biomedica, oltre che gli Allegati utili all'approfondimento normativo e regolamentare inerente agli argomenti trattati.

Chiunque volesse contribuire all'aggiornamento di tale produzione attraverso contributi o suggerimenti è invitato a scrivere a presidente@giovanimedici.com.

Gli Autori

ESAME DI ABILITAZIONE

Il superamento dell'esame di Stato per abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo è un passaggio obbligatorio, unitamente alla susseguente iscrizione all'Albo Provinciale dell'Ordine dei Medici chirurghi ed Odontoiatri, per l'esercizio della professione di medico chirurgo.

L'Esame di Abilitazione è definito da un apposito Regolamento (Allegato A). Possono accedere all'esame di abilitazione tutti coloro che siano in possesso, entro il termine stabilito per ciascuna sessione dai Rettori delle singole università, di un diploma di laurea in medicina e chirurgia conseguito ai sensi dell'ordinamento previgente alla riforma di cui all'art.17, comma 95, della legge 15 maggio 1997, n.127 e successive modificazioni, ovvero diploma di laurea specialistica afferente alla classe 46/S.

L'esame di Stato per abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo viene espletato in 2 differenti sessioni annuali e consiste in un tirocinio pratico e una prova scritta.

Il **Tirocinio Pratico** consiste in una Prova pratica a carattere continuativo della durata di tre mesi svolto presso le strutture di cui al comma 1, dell'art.2 del D.M. 445/2001: <<1. *Alla prova scritta di cui all'articolo 4 si accede nella prima sessione utile dopo il superamento di una prova pratica a carattere continuativo consistente in un tirocinio clinico della durata di tre mesi realizzati, dopo il conseguimento della laurea, presso policlinici universitari, aziende ospedaliere, presidi ospedalieri di aziende ASL o, ove costituite, aziende di cui all'articolo 2 del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n.517, nonché presso l'ambulatorio di un medico di medicina generale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale avente i requisiti previsti dal comma 3 dell'articolo 27 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368.* - 2. *Il tirocinio pratico viene svolto per un mese presso un reparto di medicina, per un mese presso un reparto di chirurgia e per un mese presso un medico di medicina generale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, ad integrazione delle attività formative professionalizzanti previste dalla classe 46/S di cui al decreto ministeriale 28 novembre 2000, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 18 del 23 gennaio 2001*>>.

La **Prova Scritta** si articola in 2 parti che si svolgono in un'unica giornata, in corrispondenza di ciascuna delle quali viene somministrato una prova a quiz a risposta multipla, dirette rispettivamente a valutare:

- a) le conoscenze di base nella prospettiva della loro successiva applicazione professionale, con particolare riguardo ai meccanismi fisiopatologici e alle conoscenze riguardanti la clinica, la prevenzione e la terapia;
- b) le capacità del candidato nell'applicare le conoscenze biomediche e cliniche alla pratica medica e nel risolvere questioni di deontologia professionale e di etica medica.

La prova include anche una serie di domande riguardanti problemi clinici afferenti alle aree della medicina e della chirurgia, e delle relative specialità, della pediatria, dell'ostetricia e ginecologia, della diagnostica di laboratorio e strumentale, e della sanità pubblica.

Ciascuna delle due parti consiste nella soluzione di 90 quesiti a risposta multipla estratti dall'archivio di cui al comma 4 dell'art.4 del decreto ministeriale 445/2001. Il predetto archivio, contenente almeno cinquemila quesiti, viene reso pubblico mediante pubblicazione sul sito del Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca (www.miur.it), almeno 60 giorni prima della data fissata per la prova scritta. Da questo archivio vengono estratti, con procedura automatizzata che garantisce la totale segretezza della prova, novanta quesiti per ciascuna parte della prova stessa.

Il M.I.U.R. si avvale del CINECA per la stampa e la riproduzione dei quesiti e la predisposizione dei plichi individuali contenenti il materiale relativo alle prove di esame, in numero corrispondente alla stima dei partecipanti comunicata dagli Atenei. Per ogni candidato vengono predisposti due plichi, ciascuno relativo ad una delle due parti della prova di esame. Ogni plico contiene: un modulo per i dati anagrafici che presenta un codice a barre di identificazione e che il candidato deve obbligatoriamente compilare; i quesiti relativi alla specifica parte delle prove di esame e due moduli di risposte, ciascuno dei quali presenta lo stesso codice a barre di identificazione posto sul modulo anagrafica; una busta vuota, provvista di finestra trasparente, nella quale lo studente al termine della prova inserisce solo il modulo di risposta ritenuto valido.

I bandi predisposti dagli Atenei devono indicare che il candidato deve, per la compilazione del questionario, far uso esclusivamente di penna nera; che ha la possibilità di correggere una (e una sola) risposta eventualmente già data ad un quesito, avendo cura di annerire completamente la casella precedentemente tracciata e scegliendone un'altra: deve risultare in ogni caso un contrassegno in una sola delle cinque caselle perché sia chiaramente manifestata la volontà del candidato, altrimenti si ritiene non data alcuna risposta; che al momento della consegna deve aver cura di inserire, non piegato, nella busta vuota il solo modulo di risposte ritenuto valido, destinato al CINECA per la determinazione del punteggio conseguito. I bandi devono indicare anche che l'inserimento nella busta del modulo anagrafica costituisce elemento di annullamento della prova.

A conclusione di ogni parte della prova la commissione ha cura, in presenza del candidato, di sigillare tale busta, che non deve risultare firmata né dal candidato, né dal presidente della commissione a pena della nullità della prova e di trattenere sia il secondo modulo non utilizzato o annullato dal candidato con una barra, sia i quesiti relativi alla prova sia il foglio anagrafica. Al termine delle prove di esame i presidenti delle commissioni redigono un verbale nel quale vanno indicati: il numero dei plichi sigillati loro consegnati; il numero dei candidati che hanno effettivamente partecipato alle prove; il numero dei plichi non utilizzati, che devono essere restituiti al M.I.U.R. ancora sigillati e accompagnati dai predetti verbali.

Ogni Università provvede, a cura del responsabile amministrativo, all'immediata consegna al CINECA esclusivamente delle buste contenenti le prove valide. Il CINECA assicura la determinazione dei relativi punteggi conseguiti e la comunicazione degli stessi ai responsabili del procedimento di ciascun ateneo ai fini della valutazione di cui all'articolo 5 del D.M 445/2001 da parte della Commissione di cui all'articolo 3 dello stesso decreto.

Valutazione e superamento delle prove

- **Prova pratica:** la certificazione della frequenza e la valutazione di ciascuno dei tre periodi avvengono sotto la diretta responsabilità e a cura del docente universitario, o del dirigente medico, responsabile della struttura frequentata dal candidato, e del medico di medicina generale, che ne danno formale attestazione sul libretto diario fornendo un motivato giudizio espresso con punteggio numerico sulle capacità e le attitudini del candidato.

La valutazione del tirocinio comporta l'attribuzione di un punteggio massimo di novanta punti, trenta per ogni periodo.

Ove il candidato non consegua un punteggio complessivo di almeno sessanta punti con un minimo di 18/30 per ciascun periodo, non è ammesso alla prova scritta, salva la possibilità di ripetere il tirocinio clinico. Ove il candidato stesso non superi la prova scritta, può presentarsi alla successiva sessione conservando il punteggio acquisito nel tirocinio.

Qualora non superi la prova scritta nemmeno nella sessione immediatamente successiva, deve ripetere entrambe le prove.

Qualora il candidato non possa partecipare alla prima sessione utile dopo il completamento del tirocinio per motivi personali gravi e documentati, conserva il punteggio acquisito nel tirocinio stesso per l'ammissione alla sessione immediatamente successiva.

- **Prova scritta:** dall'inizio di ciascuna parte della prova i candidati hanno a disposizione 150 minuti primi. La correzione avviene in forma anonima mediante lettura elettronica degli elaborati. La valutazione della prova scritta consistente in quesiti a risposta multipla determina l'attribuzione di un punteggio di più 1 per ogni risposta esatta, di 0 per ogni risposta non data e meno 0,25 per ogni risposta errata. La prova si intende superata se il candidato consegue almeno 60 punti in ciascuna delle due parti di essa.

Considerazioni

L'abilitazione alla professione di medico chirurgo è dunque divenuta un titolo indispensabile per la partecipazione al concorso di specializzazione, ingenerando nei fatti un posticipo dell'ingresso del giovane medico nelle scuole di specializzazione e quindi nel mondo del lavoro in qualità di specialista. D'altra parte,

inoltre, non sfugge ai più la considerazione relativa alla durata del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, che a fronte dei sei anni di corso, secondo il legislatore non è sufficienti a formare un professionista in medicina e chirurgia. Utile sarebbe proporre una laurea professionalizzante, sul modello di altre esperienze formative, con la riproposizione, come nel passato, durante il corso di laurea del tirocinio professionalizzante, con l'espletamento di un versatile esame di abilitazione, consistente in una prova a quiz, da svolgersi a stretto giro di posta dalla discussione della tesi di laurea.



PROSPETTIVE PROFESSIONALI

DOPO LA LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA E L'ABILITAZIONE

E' facile immaginare quali e quanti possano essere gli sbocchi professionali per un giovane laureato in Medicina e Chirurgia abilitato alla professione. Affinché però ogni prospettiva possa concretizzarsi, è opportuna una "programmazione" mentale che derivi da una sintesi fra proprie aspirazioni ed attitudini personali e la realtà lavorativa locale, nazionale ed internazionale. E' altresì necessario avere chiare quali possano essere a grandi linee le possibili vie professionali da percorrere.

La prima scelta si opera tra l'ingresso diretto alla professione medica, a seguito del completamento della formazione, accedendo alle Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria, piuttosto che al Corso specifico di Medicina Generale, e l'accesso alla ricerca in ambito universitario o extra accademico.

La scelta della specializzazione rappresenta di solito un passaggio propedeutico per rifluire nell'esercizio della professione medica in un settore specifico.

La scelta di diventare ricercatore può prevedere di proseguire la carriera per aspirare al ruolo di docente universitario o di dedicarsi alla ricerca, sia essa di base (in istituzioni scientifiche in Italia o all'estero) o applicata (CNR, ISS, ISPESL, IRCCS, industrie farmaceutiche, biotecnologiche, ecc.).

La professione medica

L'ingresso nella professione medica presenta quattro diverse opzioni:

1. esercitare come libero professionista
2. esercitare come convenzionato con il Sistema Sanitario Nazionale (SSN)
3. esercitare come medico dipendente
4. esercitare come consulente

1. La scelta di esercitare come libero professionista non richiede altre indicazioni ricordando tuttavia che esiste la libera circolazione dei professionisti nell'Unione europea.

2. L'opzione per la forma convenzionata prevede diverse possibilità:

- come medico delle cure primarie (medico di Medicina generale, pediatra di famiglia)
- come medico della guardia medica (oggi medico della continuità assistenziale)
- come medico specialista dei servizi territoriali
- come medico di cooperativa di servizi convenzionata con l'ASL

3. L'opzione per il rapporto di dipendenza comporta la scelta tra strade diverse:

- alle dipendenze del SSN
- alle dipendenze di altre istituzioni pubbliche nazionali
- alle dipendenze di istituzioni private accreditate
- alle dipendenze di istituzioni private for profit
- alle dipendenze di ONLUS e istituzioni non profit

La scelta di esercitare come **dipendente del SSN** può essere attuata:

- come dipendente del Ministero della Salute
- come dipendente di un Assessorato regionale alla Sanità
- come dipendente di ASL (con funzioni manageriali, come medico della struttura aziendale, come medico dei presidi e servizi direttamente gestiti)
- come medico di azienda sanitaria ospedaliera (con funzioni manageriali, come medico di U.O. o di dipartimento)
- come medico di IRCCS (con funzioni manageriali o come medico-ricercatore di U.O.)

La scelta di esercitare come **dipendente di altre istituzioni pubbliche nazionali** può essere attuata:

- come medico militare (sia nei reparti operativi, sia negli ospedali militari)
- come medico del Servizio Penitenziario
- come medico della Protezione Civile (per le emergenze nei primi 30 giorni)
- come medico dei servizi di emergenza (CRI e istituzioni connesse)
- come medico dell'INPS (nei servizi medico-legali e negli istituti termali)
- come medico dell'INAIL (nei servizi medico-legali o di riabilitazione e recupero)
- come medico del CIRM – Centro Internazionale Radio-Medico (per la tele assistenza alla navigazione)

La scelta di esercitare come **dipendente di istituzioni private accreditate**, in ruoli manageriali o come medico della struttura, può riguardare:

- strutture di ricovero e cura, strutture di riabilitazione per lungodegenti, hospice
- strutture specialistiche ambulatoriali di vario genere

Parimenti, la scelta di esercitare come **dipendente di istituzioni private for profit** (vale a dire esercitanti in regime libero professionale non accreditato), in ruoli manageriali o come medico della struttura, può riguardare:

- strutture di ricovero e cura, strutture di riabilitazione per lungodegenti, hospice
- strutture specialistiche ambulatoriali di vario genere

La scelta di esercitare come **medico di ONLUS e altre istituzioni no profit** può realizzarsi nelle molte modalità realizzate da iniziative di sussidiarietà locale o da organizzazioni internazionali (ad esempio Medici senza frontiere, Emergency, Amnesty internazionale, ecc.).

4. Anche la scelta di esercitare come consulente professionista può avere diversi indirizzi:
- consulente di assicurazioni
 - consulente di tribunali
 - consulente di studi legali
 - consulente di associazioni di tutela, ecc.

Ma c'è di più e le possibilità di realizzazione professionale vanno ben oltre quanto sopra esplicitato. E' possibile infatti lavorare come informatore scientifico di aziende farmaceutiche o di aziende protesiche, come giornalista di divulgazione scientifica o curatore di rubriche, come docente di scienze nelle scuole, come scrittore di romanzi a connotazione medica (sull'esempio di Frank Slaughter, Michael Crichton, e altri), come traduttore di testi scientifici.

E' dunque possibile aprirsi innumerevoli possibilità lavorative, stando alle proprie aspirazioni e con la giusta determinazione e motivazione caratteristica di chi ha scelto un percorso così variegato, ma ricco di emozioni qual è quello del medico, qualsiasi ruolo possa trovarsi a svolgere.

CONTINUITA' ASSISTENZIALE (EX GUARDIA MEDICA)

Il servizio di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica) è rivolto a tutti i cittadini residenti nell'ambito territoriale di appartenenza di un Presidio sanitario. Ha la funzione di garantire la Continuità assistenziale del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta nelle ore in cui il servizio non è garantito, ovvero dalle ore 20,00 alle ore 8,00 di tutti i giorni e dalle ore 10,00 del giorno prefestivo alle 8,00 del giorno successivo a quello festivo. Tuttavia è possibile che in alcune province possano esserci delle modifiche che dipendono dall'Azienda Sanitaria competente. Riassumendo:

- dal lunedì al venerdì: dalle ore 20,00 alle ore 8,00
- il sabato (o qualsiasi giorno prefestivo): dalle ore 10,00 alle ore 8,00 (22h)
- la domenica (o qualsiasi giorno festivo); dalle 8,00 alle 8,00 (24h).

Possono essere chiamati a coprire il servizio di Continuità Assistenziale tutti i medici in possesso dell'abilitazione alla professione medica. I compiti del medico sono gli stessi del medico di Assistenza Primaria (medico di famiglia) con l'unica differenza che il medico di Continuità Assistenziale opera in orari considerati "d'urgenza"; in altre parole la sua attività deve essere mirata a garantire la "Continuità assistenziale" del medico di famiglia (o pediatra di base) sia nelle ore in cui questi non è reperibile, che nel caso dei giorni feriali: si tratta di 12 ore (dalle 20,00 alle 8,00), ma può protrarsi anche per 3 giorni consecutivi (dalle 20,00 del venerdì alle 8,00 del lunedì) nel caso dei fine settimana. Secondo tale principio al medico di Continuità Assistenziale è consentita la facoltà di prescrivere farmaci ritenuti urgenti al solo fine di assicurare la Continuità terapeutica, ma anche di rilasciare certificati medici per lavoratori turnisti e di fornire tutte le prestazioni mediche che i cittadini possono richiedere e che non possono essere rimandabili al medico di famiglia (o pediatra). Pertanto ai fini prescrittivi è prevista la prescrizione di una sola confezione di qualsiasi farmaco ritenuto indispensabile o nel caso di antibiotici iniettivi un massimo di 3 scatole. Non è assolutamente prevista la prescrizione di visite specialistiche o esami strumentali in quanto non considerati "urgenti". Non è nemmeno prevista la prescrizione di un esame strumentale o visita per quei pazienti che la sera prima si accorgono di non trovarsi più la richiesta. Per ogni consulto ritenuto urgente il medico deve inviare l'assistito al pronto soccorso più vicino, utilizzando un apposito modulo, oppure deve utilizzare il servizio di emergenza/urgenza (118). Per quei pazienti che a causa di patologie siano impossibilitati a raggiungere il presidio, è contemplata la possibilità della visita medica domiciliare. A livello regionale (o provinciale) il sistema di Continuità Assistenziale può essere organizzato in modo diverso. Ad esempio in alcune Regioni è disponibile un numero unico attraverso cui mettersi in contatto con una centrale operativa e richiedere la prestazione medica con un medico addetto solo alle visite domiciliari.

In altre Regioni, invece, è lo stesso medico del presidio che valuterà la possibilità di recarsi al domicilio del paziente, lasciando temporaneamente scoperto il presidio di Continuità Assistenziale. Inoltre in alcune Regioni i Presidi sono localizzati nei centri più grandi con dotazione di diversi medici, mentre in altre Regioni i Presidi sono distribuiti in quasi tutti i centri abitati (anche i più piccoli), ma dotati di un solo medico. E' garantito il servizio di Continuità Assistenziale anche nelle Isole, dove è attivo 24h su 24h. Nel caso degli orari in cui il servizio di Continuità Assistenziale è attivo, il medico che assicura la continuità assistenziale deve essere presente, fin dall'inizio del turno in servizio attivo e rimanere a disposizione fino alla fine del turno, per effettuare gli interventi, domiciliari o territoriali.



CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

Il Corso di formazione specifica in Medicina Generale in Italia è stato istituito con la legge 30/07/1990 n. 212, in attuazione della direttiva n. 86/4/CEE. Con tale decreto, per l'esercizio dell'attività di Medico Chirurgo di Medicina Generale è necessario il possesso del titolo di Formazione Specifica in Medicina Generale. Tale titolo può essere per certi aspetti paragonato a quello conferito dai diplomi di specializzazione, in quanto definito dal Decreto Legislativo 17 Agosto 1999 n. 368, emanato in attuazione della Direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati e altri titoli. Il predetto decreto legislativo, infatti, ha trasformato l'attestato di formazione in "Diploma di formazione specifica in medicina generale". Tuttavia in deroga a quanto previsto dall'art. 21 della legge 368/99 hanno diritto ad esercitare l'attività professionale in qualità di Medici di Medicina Generale, i medici chirurghi abilitati all'esercizio professionale entro il 31/12/1994.

In altre parole oggi, tutti i medici laureati ed abilitati che ambiscono ad avere un proprio studio di Medicina Generale con i propri assistiti (ex mutuati), devono necessariamente conseguire il "Diploma in Medicina Generale". In tutte le regioni d'Italia l'accesso al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale è riservato soltanto ad un ristretto numero di medici. Il concorso viene bandito dal Ministero della Salute e rimandato agli Assessorati Regionali alla Sanità. Il concorso, solo per esame, viene bandito annualmente e la data è unica in tutta Italia. Le domande d'esami, a risposta multipla, sono 100 e sono ripartite fra tutte le specialità della medicina, dalla cardiologia alla gastroenterologia, dalla medicina legale alla neurologia ecc. Diversamente dall'accesso alle scuole di specializzazioni, non è prevista una banca dati di domande su cui studiare.

Ai vincitori della selezione viene attribuita una borsa di studio. Il corso comporta un impegno a tempo pieno con l'obbligo della frequenza alle attività didattiche teoriche e pratiche, da svolgersi sotto il controllo delle regioni e province autonome e degli enti competenti. Il Corso è articolato in 36 mesi distribuiti come segue:

- 6 mesi presso un reparto di Medicina Interna
- 2 mesi presso un reparto di Ginecologia
- 6 mesi presso strutture territoriali (poliambulatori ASL)
- 4 mesi presso un reparto di Pediatria
- 3 mesi presso un reparto di pronto Soccorso
- 3 mesi presso un reparto di Chirurgia
- 12 mesi presso uno studio di Medicina Generale

Al termine di ciascun periodo, i direttori dei vari reparti sono tenuti ad elaborare un voto ed un giudizio. Qualora fosse negativo il discente è tenuto a ripetere il periodo di formazione.

Al termine dei 3 anni, in caso di tutti giudizi positivi, ogni medico svolgerà un esame finale con elaborazione di una tesi, ed in caso di giudizio positivo, otterrà il diploma di formazione specifica in Medicina Generale il quale permetterà ai medici, non solo di entrare nella graduatorie regionale, ma di ottenere un punteggio base di 7,20, come sancito in sede di accordo collettivo nazionale.

Ogni anno gli Assessorati Regionali bandiscono le zone carenti di Medicina Generale, cioè le località in cui è richiesta una nuova figura di Medico di Medicina Generale (ex Medico della Mutua) e così come sancito dall'accordo collettivo nazionale, il 60-80% (tale percentuale varia entro tale range di regione in regione) dei posti disponibili deve essere riservato ai medici in possesso del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale. Chi fra i medici richiedenti il posto di Medico di Medicina Generale si troverà in una posizione più alta in graduatoria otterrà la convenzione col S.S.N..

Il corso richiede un impiego a tempo pieno, pertanto non è possibile contestualmente alla frequenza intrattenere rapporti di lavoro a qualsivoglia livello. Uniche attività compatibili sono le sostituzioni di guardia medica, ordinaria e turistica, nelle zone carenti e del medico di medicina generale.

Osservatorio Nazionale della formazione specifica di medicina generale

Il S.I.G.M. ha sostenuto la proposta della FIMMG Formazione finalizzata alla istituzione ed attivazione di un Osservatorio Nazionale della formazione specifica di medicina generale, che sovrintenda il processo formativo dei futuri medici di medicina generale, garantendo standards formativi e professionalizzanti uniformi sul territorio nazionale.

DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE

Il complesso istituto della Formazione medico specialistica si articola su 2 livelli, a cui fanno da contro altare due differenti riferimenti normativi.

Un primo livello definisce l'**Ordinamento Didattico** delle scuole di specializzazione istituite con Decreto del Presidente della Repubblica 10 marzo 1982, n. 162.

L'**Ordinamento Didattico previgente**, ai sensi del Decreto del Ministro dell'Istruzione, Università e Ricerca dell'11 maggio 1995: "*Modificazioni all'ordinamento didattico universitario relativamente alle scuole di specializzazione del settore medico*", superato a decorrenza dall'A.A. 2008/2009 per tutti i nuovi iscritti dal **Nuovo Ordinamento**, riveduto e corretto ai sensi del Decreto M.I.U.R. sul *Riassetto delle Scuole di specializzazione di area sanitaria*. (GU n. 258 del 5-11-2005- Suppl. Ordinario n.176).

Il secondo livello normativo definisce lo **Status del medico in formazione**, ai sensi del D. Lgs. 368/1999, modificato dalla legge n. 266/2005 (Allegato N).

La nota M.I.U.R. n° prot. 4149 del 31 Ottobre 2006, emessa dalla Direzione Generale per l'Università - Ufficio II (Allegato B), ha notificato alle Università l'entrata in vigore del D. Lgs. 368/1999, modificato dalla legge n. 266/2005, nonché l'abrogazione del D. Lgs. 257/1991 (norma che definiva il vecchio status di medici borsisti). Ciò a seguito dell'individuazione di un apposito capitolo di spesa ed al contestuale reperimento delle somme, pari a 300 milioni di euro, richieste per l'attivazione dei contratti di formazione specialistica, stanziati ai sensi dell'art. 300 della legge n. 266 del 23 dicembre 2005 (Finanziaria 2006), che ha modificato la normativa di riferimento (D. Lgs. 368/1999) apportando al contempo la sostituzione del «contratto di formazione-lavoro», previsto dal testo originario, con un «contratto di formazione specialistica».

Tutti i diritti/doveri connessi allo status di medico in formazione sono, quindi, entrati in vigore dal 1° Novembre 2006.

La Direzione Generale per l'Università - Ufficio II del M.I.U.R. (Allegato B), infatti, rispondendo con nota n° prot. 356 del 7 Febbraio 2007 ad alcuni dei *Quesiti posti dal S.I.M.S. con lo spirito di fare chiarezza in merito ad alcuni risvolti applicativi conseguenti all'entrata in vigore del D. Lgs. 368/1999, modificato dalla legge n. 266/2005*, ha precisato che:

- *Il D. Lgs. n. 368/1999 è entrato in vigore a decorrere dall'A.A. 2006/2007, quindi la normativa ivi contenuta deve essere applicata nel citato riferimento temporale.*
- *Il contratto di formazione specialistica non è altro che un contenitore formale di tutta la normativa esplicitata nel D.Lgs. n. 368/1999.*

ACCESSO ALLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE

Il concorso per l'accesso alle scuole di specializzazione è regolamentato dal nuovo "Regolamento concernente le modalità per l'ammissione dei medici alle scuole di specializzazione in medicina", DECRETO DEL MINISTRO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA del 6 marzo 2006, n.172 (Allegato L), pubblicato sulla GAZZETTA UFFICIALE - SERIE GENERALE N. 109 - DEL 12/05/2006, in vigore quindi nella sua formulazione rivisitata a partire dall'A.A. 2006/07.

Le principali novità introdotte dal nuovo regolamento sono riassunte di seguito:

- A) ridefinizione della data di inizio dell'A.A. (*<<è altresì indicata la data di inizio delle attività didattiche delle scuole di specializzazione>>*), che avrà luogo successivamente all'espletamento delle selezioni, e quindi subito dopo la pubblicazione delle graduatorie;
- B) introduzione, quale requisito necessario per l'ammissione alla prova, del conseguimento dell'abilitazione alla professione (*<<Al concorso possono partecipare i laureati in medicina e chirurgia in data anteriore al termine di scadenza fissato dal bando per la presentazione delle domande di partecipazione al concorso, con obbligo di superare l'esame di Stato prima della scadenza del termine per la presentazione delle domande di partecipazione al concorso medesimo>>*).
- C) Le altre modifiche riguardano la Prova Pratica (seconda prova) e la Valutazione dei Titoli.

Entriamo adesso nel merito delle procedure di selezione. Le prove di esame consistono in una **prova scritta** e in una successiva **prova pratica**. Alle risultanze di entrambe le prove, ai fini della stesura della graduatoria finale, vengono aggiunti i **titoli** valutati dalla Commissione.

VALUTAZIONE TITOLI

La commissione di esame può attribuire fino a:

- 7 punti per il Voto di laurea
- 18 per il Curriculum degli studi universitari.

Voto di laurea - max 7 punti:

-per voto di laurea inferiore a 100		punti 0
-per ciascun punto da 100 a 109		punti 0,45
-per i pieni voti assoluti		punti 6
-per la lode		punti 7

Curriculum - max 18 punti:

Esami - max 5 punti.

Gli esami utili per la valutazione, in numero di 7, sono scelti dal Consiglio della scuola tra i corsi integrati in statuto e indicati nel bando, con punteggio così attribuibile:

-per ogni esame superato con voti da 27 a 29/30		punti 0,25
-per ogni esame superato con la votazione di 30/30		punti 0,50
-per ogni esame superato con lode		punti 0,75

Crediti elettivi - 3 punti.

Uno per ciascuna attività riconosciuta

Qualità e attinenza della tesi alla tipologia di specializzazione - max 7 punti

(attribuiti in base alla qualità):

- nessuna/scarsa attinenza		fino a punti 3
- attinenza medio/alta		fino a punti 7

c) Pubblicazioni a stampa, o lavori in extenso che risultano accettati da riviste scientifiche attinenti la specializzazione – max 3 punti.

Per ogni pubblicazione o lavoro in extenso		fino a punti 0,50
--	--	-------------------

PROVA SCRITTA

La prova scritta consiste nella soluzione di sessanta quesiti a risposta multipla di cui n. 40 su argomenti caratterizzanti il corso di laurea di medicina e chirurgia e n. 20 su argomenti caratterizzanti la tipologia della scuola.

Una apposita commissione di esperti individuati dal Ministero, sentito il C.U.N. e il C.N.S.U., ha predisposto un archivio nazionale con almeno cinquemila quesiti, suddivisi in due distinti gruppi, rispettivamente di carattere generale e speciale, e provvede ad aggiornarli annualmente, sempre che motivi di necessità non inducano a revisioni anticipate.

Il M.I.U.R. cura la tenuta dell'archivio dei quesiti e ne assicura la pubblicità entro sessanta giorni dalla pubblicazione del bando. Entro la medesima data è reso pubblico ogni anno l'archivio aggiornato. Per quanto riguarda la prova con quesiti a risposta multipla, le commissioni giudicatrici estraggono a sorte

dall'archivio nazionale, per ciascuna scuola, il giorno prima della data della prova, tre serie di quesiti di cui al comma 1 per ciascuna tipologia e li chiudono in tre buste suggellate e firmate esteriormente sui lembi di chiusura dai componenti la commissione. Le buste sono consegnate, nelle date stabilite dal bando, al responsabile del procedimento concorsuale. I quesiti sono segreti e ne è vietata la divulgazione. Il giorno della prova d'esame uno dei candidati sceglie tra le tre buste quella che viene utilizzata come prova d'esame.

La valutazione della prova scritta di quesiti a risposta multipla consistenti in cinque risposte, determina l'attribuzione di un **punteggio di**
+ 1 per ogni risposta esatta
0 per ogni risposta non data
- 0,25 per ogni risposta errata.

La prima prova si intende superata se vengono totalizzati almeno 48 punti. I candidati che non abbiano conseguito tale punteggio sono dichiarati non idonei e non possono essere ammessi alla prova pratica. Attraverso la prova scritta è possibile totalizzare sino a 60 punti.

PROVA PRATICA

<<La prova pratica consiste nella valutazione da parte del candidato di un referto o di un dato clinico, diagnostico, analitico, da effettuarsi mediante relazione scritta sintetica. Omissis ... La prova pratica si intende superata se il candidato relaziona in modo corretto ed analitico il caso>> (Quanto introdotto differisce dal regolamento originario, laddove era previsto che il candidato rispondesse a tre quesiti ed in modo corretto, pena l'esclusione dalla graduatoria).

Le singole scuole predetermineranno un numero di prove pratiche in numero maggiore di uno agli ammessi alla prova stessa. Ciascun candidato sorteggia la propria busta (sigillata, numerata e firmata sui lembi dalla commissione), prima dell'inizio dello svolgimento delle prove, in modo che ciascuna busta sia abbinata ad un singolo concorrente.

Il superamento della prova comporta l'assegnazione fino ad un massimo di n. **15 punti**, secondo la qualità e la completezza delle risposte.

Non è ammessa, durante ambedue le prove del concorso, la consultazione di qualsiasi testo, pena l'esclusione dal concorso. Il risultato deve essere portato a conoscenza dei candidati entro i dieci giorni successivi all'espletamento delle prove scritte.

Programmazione

In linea generale, utile sarebbe la revisione delle procedure che istruiscono la Programmazione dei posti di specializzazione da mettere a bando, definita dal Ministero della Salute, sentita la Conferenza Stato – Regioni, che dovrebbe essere quanto più aderente alle reali esigenze di professionalità nel territorio nazionale. Su questa base interviene il M.I.U.R. al fine dell'assegnazione alle Università dei posti ministeriali da mettere a bando.

A nostro parere, tale rivisitazione dovrebbe intervenire nell'immediato, al fine di non incorrere in un futuro prossimo nella spiacevole situazione in cui versano alcuni Paesi dell'Unione Europea, Gran Bretagna in testa, che necessitano di reperire professionalità mediche in altri Paesi.

Considerazioni

È evidente come il legislatore abbia voluto sin dal principio, con l'emanazione della riforma del Regolamento concernente le modalità per l'ammissione dei medici alle scuole di specializzazione in medicina e con l'introduzione del nuovo Esame di Stato, scandire una pausa tra il conseguimento del titolo di laurea e l'accesso alla specializzazione, infrapponendo tra questi due momenti un periodo da dedicare esclusivamente all'esame di abilitazione.

Pur condividendo l'enfasi posta dal legislatore nei confronti dell'Esame di Abilitazione, l'esperienza acquisita in questi anni ha dimostrato nei fatti l'impraticabilità della soluzione sopradescritta, sia per i ritardi di volta in volta accumulati per inseguire i già di per sé innumerevoli step procedurali, la cui complessità è stata acuita dai problemi conseguenti alla prima applicazione delle nuove norme, sia per le disparità di trattamento che si è venuta di fatto a creare per i colleghi laureati nelle sessioni di laurea straordinarie, laddove previste ai sensi dell'autonomia dalle diverse Università. Infatti non sfugge a nessuno il percorso ad imbuto che nel corso dell'anno accademico ha come base tre sessioni di laurea (a cui aggiungere quelle straordinarie), 2 sessioni di abilitazione e la data unica del concorso per l'accesso alle specializzazioni.

Utile sarebbe l'adozione di un Concorso a graduatoria unica nazionale, abilitante e meritocratico, così come auspicato dal Consiglio Nazionale Studentesco (Allegato V), ma dovrebbero preliminarmente essere rimosse le disomogeneità esistenti tra le varie Università nell'attribuzione dei titoli valutabili, per non parlare dei gap organizzativi, strutturali e formativi insistenti sul territorio nazionale tra scuole della stessa tipologia.

Per ulteriori approfondimenti vi rimandiamo alla presa in visione della "Proposta S.I.G.M.-S.I.M.S. di Riforma del concorso per la selezione dei medici in formazione specialistica e riorganizzazione e razionalizzazione del sistema formativo professionalizzante post lauream del giovane medico" (Allegato Y).

STATUS MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA

Il Medico in Formazione specialistica, questo è l'esatto termine usato per definire tale figura, è un contrattista in formazione per il quale viene a configurarsi di fatto, oltre che con l'Università, un rapporto con la Regione presso cui insistono le aziende sanitarie, le cui strutture sono parte prevalente della rete formativa delle scuole di specializzazione.

Mentre in regime di D.Lgs 257/91, norma che definiva per gli specializzandi lo status di borsisti, l'interlocutore unico (datore di lavoro) dello specializzando era l'Università, adesso si configura un rapporto duplice con Università, a cui gli specializzandi continueranno a corrispondere le tasse, e le Regioni da cui dipendono le Aziende Sanitarie facenti capo alla rete formativa. Questa affermazione è suffragata ad esempio dal fatto che la copertura degli oneri assicurativi degli specializzandi è passata interamente a carico delle Aziende predette (con decorrenza a partire dal 1° Novembre 2006).

Dunque, al Medico in Formazione specialistica vengono per la prima volta riconosciuti, seppur parzialmente, diritti fondamentali quali assenze autorizzate (ferie atipiche), diritto alla malattia e gravidanza, diritti previdenziali (anche se su quest'ultimo aspetto resta molto ancora da ottenere), ma soprattutto quello che ci piace definire il "diritto al riconoscimento formale della presenza dello specializzando nelle varie unità operative e dipartimenti assistenziali" da parte delle Direzioni Sanitarie delle Aziende facenti capo alla rete formativa, con tutte le conseguenti implicazioni organizzative (documentazione presenza e monte orario) e di natura medico legale.

CONTRATTO DI FORMAZIONE SPECIALISTICA

Il contratto di formazione è 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. Il contratto non dà in alcun modo diritto all'accesso ai ruoli del Servizio Sanitario Nazionale e dell'Università o ad alcun rapporto di lavoro con gli enti predetti.

Schema-tipo del contratto

Lo schema-tipo del contratto (Allegato G) è definito con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'Università e della Ricerca, di concerto con i Ministri della Salute, del Tesoro e del Lavoro e della Previdenza Sociale, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

Il contratto è annuale ed è rinnovabile, di anno in anno, per un periodo di tempo complessivamente uguale a quello della durata del corso di specializzazione.

Lo schema-tipo del contratto di formazione specialistica è stato adottato, dopo il controverso passaggio in Conferenza Stato - Regioni del 19 Aprile 2007, con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 6 luglio 2007.

Adozione e sottoscrizione del Contratto

A decorrere dall'A.A. 2006/2007 è entrato in vigore il D.Lgs n. 368/1999, modificato dalla legge n. 266/2005 e quindi deve essere attuato il "contratto di formazione specialistica" previsto per tutti gli specializzandi in formazione; ovviamente il D.Lgs. n. 257/1991, viene abrogato.

La Direzione Generale per l'Università - Ufficio II del M.I.U.R. (Allegato C), rispondendo ad alcuni dei Quesiti posti dal S.I.M.S. con lo spirito di fare chiarezza in merito ad alcuni risvolti applicativi conseguenti all'entrata in vigore del D.Lgs 368/1999, modificato dalla legge n. 266/2005, ha precisato che: *"Il D.Lgs. n. 368/1999 è entrato in vigore a decorrere dall'A.A. 2006/2007, quindi la normativa ivi contenuta deve essere applicata nel citato riferimento temporale. Il contratto di formazione specialistica non è altro che un contenitore formale di tutte le normativa esplicitata nel D.Lgs. n. 368/1999"*.

La complessa definizione dell'iter contrattuale si articola in tre momenti, a cui fanno da contro altare nell'ordine i tre seguenti Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri: 1) D.P.C.M. relativo alla parte economica; 2)

D.P.C.M. relativo allo schema tipo del contratto; 3) D.P.C.M. relativo alla ripartizione delle somme alle Università.

Dal momento della pubblicazione del secondo D.P.C.M., tutta la procedura per la sottoscrizione del contratto di formazione è a totale appannaggio delle amministrazioni universitarie periferiche, che devono provvedere alla definizione e comunicazione dei tempi e delle modalità della sottoscrizione da parte di tutti gli iscritti, con precedenza a quelli dell'ultimo anno di corso, che si avviano a concludere il loro corso di studio, ed ai neoimmatricolati.

Risoluzione anticipata del contratto

Sono causa di risoluzione anticipata del contratto:

- a) la rinuncia al corso di studi da parte del medico in formazione specialistica;
- b) la violazione delle disposizioni in materia di incompatibilità;
- c) le prolungate assenze ingiustificate ai programmi di formazione o il superamento del periodo di comporta in caso di malattia (A tal proposito la Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 18 aprile 2007 ha auspicato che in caso di grave e giustificata assenza per malattia oltre il termine di anno, in presenza della dovuta disponibilità economica, si possano prevedere eccezioni alla norma tali da consentire il reinserimento senza incorrere nella risoluzione del contratto);
- d) il mancato superamento delle prove stabilite per il corso di studi di ogni singola scuola di specializzazione.

N.B.: In caso di anticipata risoluzione del contratto il medico ha comunque diritto a percepire la retribuzione maturata alla data della risoluzione stessa nonché a beneficiare del trattamento contributivo relativo al periodo lavorato.

TRATTAMENTO ECONOMICO

Al medico in formazione specialistica, per tutta la durata legale del corso, è corrisposto un trattamento economico annuo onnicomprensivo.

Il trattamento economico è corrisposto mensilmente dalle Università presso cui operano le scuole di specializzazione ed è costituito da una **parte fissa**, uguale per tutte le specializzazioni e per tutta la durata del corso, e da una **parte variabile**; è determinato annualmente con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della Salute e con il Ministro dell'economia e delle finanze, avuto riguardo preferibilmente al percorso formativo degli ultimi tre anni. In fase di prima applicazione, per gli anni accademici 2006-2007 e 2007-2008, la parte variabile non potrà eccedere il 15 per cento di quella fissa».

Il trattamento economico è rideterminato ogni tre anni nei limiti dei fondi previsti e delle quote del Fondo Sanitario Nazionale destinate al finanziamento della formazione dei medici specialisti.

In data 8 Marzo 2007 è stato emanato il primo Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, quello relativo alla parte economica, col quale è stato adottato il contratto di formazione specialistica per i medici specializzandi a decorrere dal corrente anno accademico 2006/07.

Il trattamento economico già quantificato in tempi non sospetti, come documentato in anteprima dal S.I.M.S. attraverso un documento risalente al 28 Febbraio 2007, richiesto ed ottenuto dal Ministero della Salute (Allegato D), per il triennio 2006/09, si basa su un impegno economico pari a circa 26000 euro annui (circa 2160 euro mensili lordi) per gli iscritti agli ultimi tre anni di corso, mentre per gli iscritti agli anni precedenti agli antecedenti agli ultimi tre, è pari a circa 25000 euro annui (circa 2080 euro mensili lordi).

Pertanto l'impegno economico risulta più che raddoppiato rispetto a quello che era necessario per la copertura della borsa, che ammontava a circa 11.600 euro annui circa.

Tabella relativa alla ripartizione delle risorse disponibili per la copertura dei contratti di formazione per l'A.A. 2006/07

A.A. 2006/2007	I anno	II anno	III anno	IV anno	V anno	VI anno	
quota fissa	22.700	22.700	22.700	22.700	22.700	22.700	
quota variabile	2.300	2.300	3.300	3.300	3.300	3.300	
contratto costo/unità	25.000	25.000	26.000	26.000	26.000	26.000	
Specializzandi	5.000	4.999	4.613	5.451	2.292	320	22.675
TOTALI	125.000.000	124.975.000	119.938.000	141.726.000	59.592.000	8.320.000	579.551.000

DOVERI

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.

L'impegno in termini di monte ore cui deve far fronte l'assistente in formazione è pari "a quello svolto da un medico del S.S.N. a tempo pieno per attività di servizio" e, come si evince chiaramente dall' art. 40, del D.Lgs. n. 368/1999 (in vigore dal corrente A.A.), l'attività dell'assistente in formazione non è in alcun modo sostitutiva di quella del personale di ruolo, tanto è vero che "le attività pratiche svolte dai medici in formazione specialistica devono essere eseguite sempre sotto la guida di un tutore"; per di più, "tali attività non sono assimilabili all'attività professionale autonoma del medico dipendente dall'azienda sanitaria ove si opera".

Così stanti le cose, con l'entrata in vigore in toto del D.Lgs. n. 368/1999 modificato, è stato dissipato l'equivoco di fondo talora perpetrato in regime di D.Lgs 257/91 (in regime di borse per intenderci), che vedeva gli specializzandi impegnati in attività assistenziali (ad es. guardie notturne o festive) senza la contestuale presenza fisica di medici strutturati Universitari o del S.S.R. (il medico reperibile non rientra in questa casistica, appunto perché non fisicamente presente).

Inoltre, le ore di attività assistenziale (che per definizione è connessa alla formazione), vengono assimilate all'impegno pari a quello in regime di tempo pieno del medico del S.S.N., laddove il tempo pieno, per definizione, come stabilito dal pacchetto normativo che configura la c.d Riforma "Bindi" e come ricordati dalla Nota del Ministero della Salute – Ufficio VII – Direzione Generale delle Risorse Umane e delle Professioni Sanitarie (Allegato E), inviata il 19 Marzo 2007 in risposta ai Quesiti posti dal S.I.M.S., è pari a 38 ore settimanali (4 delle quelli sono dedicate all'attività didattica frontale).

In tal senso è necessario che le previsioni relative all'orario di servizio siano attuate e garantite: a tal fine dovrebbe essere implementata una modalità oggettiva e standardizzata di verifica dell'orario di lavoro. Non è mistero infatti che i medici in formazione specialistica vivano in una situazione di sostanziale *deregulation*: alcuni di essi giovano della mancanza di controllo disertando attività cliniche e didattiche, molti altri sono sovraccaricati da orari settimanali che arrivano anche a 60-70 ore, oltre ogni limite di stress fisico e psicologico e senza possibilità di recupero delle ore in eccesso.

DIRITTI

Il medico in formazione nella sua attuale configurazione può essere paragonato, in ultima analisi, ad un lavoratore atipico, con un parziale riconoscimento dunque dei diritti fondamentali del lavoratore, soprattutto se paragonati a quelli connessi ad una tipologia di rapporto subordinato a tempo determinato ascrivibile ad un contratto di formazione-lavoro, inizialmente previsto dal D.Lgs 368/99 prima delle modifiche introdotte dall'art. 1, comma 300, lettera c) della legge 23 dicembre 2005, n.266.

Manifesta è l'esigenza dell'emanazione urgente di direttive uniformi e condivise in merito alle modalità di espletamento dell'impegno assistenziale in regime di tempo pieno da parte dei medici in formazione specialistica (con espresso riferimento a guardie ordinarie, notturne e festive), con particolare attenzione al rapporto tra Specializzando, Università ed Aziende Ospedaliere facenti capo alla rete formativa, alle modalità di esercizio del diritto all'assenza per malattia e gravidanza, alle modalità di inserimento dei medici in formazione presso le strutture afferenti alla Rete Formativa.

Aspetti Previdenziali

A decorrere dall'anno accademico 2006-2007, ai contratti di formazione specialistica si applicano le disposizioni di cui all'articolo 2, comma 26, primo periodo, della legge 8 agosto 1995, n. 335, e disposizioni correlate. I medici in formazione sono dunque incardinati nell'ambito della Gestione separata I.N.P.S. analogamente a quanto previsto per l'attività lavorativa autonoma e per i titolari di rapporti di collaborazione coordinata e continuativa (ex co.co.co. oggi co.co.pro.).

Aliquote contributive

La circolare n° 37 dell'8 febbraio del 2007 emanata dalla Direzione Centrale Entrate Contributive I.N.P.S. (Allegato H), specifica che "dovranno essere osservate le seguenti aliquote:

- per l'anno 2006 il 18,20% entro il limite di reddito di cui all'art. 3 della legge 14 novembre 1992, n. 438 fissato in € 39.297,00 e il 19,20% per la quota eccedente tale limite;

- per l'anno 2007 il 23,50%, così come precisato con circolare n. 7 dell'11/1/2007.

Qualora il medico in formazione specialistica sia già soggetto ad una tutela previdenziale obbligatoria ai fini pensionistici le aliquote saranno: 10% per il 2006 e 16% per il 2007".

D'altra parte, tutti i medici in formazione abilitati all'esercizio della professione ed iscritti all'Ordine professionale di riferimento per la provincia di residenza contribuiscono obbligatoriamente alla "QUOTA A"

dell'ENPAM. L'aliquota contributiva I.N.P.S. deve essere intesa quale integrazione alla sostenuta "QUOTA A" dell'ENPAM, ed essere pertanto quantificabile nel 17%.

Inoltre, l'onere contributivo è ripartito nella misura di un terzo a carico del medico in formazione specialistica e di due terzi a carico dell'Università committente.

Il futuro previdenziale del Giovane Medico

TUTELA PREVIDENZIALE DEI MEDICI IN FORMAZIONE SPECIALISTICA

Proposta di emendamento al D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368, redatta dall'ENPAM

Relazione illustrativa

L'art. 41, comma 2, del decreto legislativo n. 368/1999, come sostituito dall'articolo 1 comma 300, lettera c) della legge 23 dicembre 2005, n. 266, prevede che il medico in formazione specialistica sia iscritto, ai fini previdenziali, alla gestione separata INPS istituita dalla legge n. 335/1995 per i lavoratori autonomi ed i titolari di rapporto di collaborazione coordinata e continuativa.

La Fondazione Enpam, raccogliendo le pressanti richieste della categoria e, tenendo conto dell'asistematicità della vigente disciplina legislativa, intende sollecitare un intervento del legislatore inteso a devolvere la contribuzione di cui trattasi all'Enpam, Ente presso il quale tutti i medici, per il solo fatto dell'iscrizione all'albo professionale, detengono almeno una posizione assicurativa per l'intero arco della vita lavorativa.

A tale proposito si evidenzia che il medico, nel periodo in cui frequenta il corso di specializzazione, non conosce con certezza quale sarà la sua successiva collocazione professionale: potrà instaurare un rapporto di impiego presso le AASSLL, ospedali o altre Pubbliche Amministrazioni, con versamento contributivo all'INPDAP; potrà divenire titolare di un rapporto di dipendenza con una casa di cura o con strutture private, con versamento all'INPS; potrà svolgere un'attività convenzionata con gli Istituti del Servizio Sanitario Nazionale, con versamento ai Fondi Speciali dell'Enpam; potrà in ultimo dedicarsi ad un'attività autonoma, con versamento alla "Quota B" del Fondo Generale Enpam.

Ne discende che l'unica gestione alla quale tutti i medici sono obbligatoriamente iscritti dal momento dell'iscrizione all'Albo professionale sino al compimento dell'età prevista per il pensionamento di vecchiaia è il Fondo di Previdenza Generale, gestito dall'Enpam.

Pertanto, solo il versamento presso tale gestione della contribuzione in parola può garantire in ogni caso l'utilizzazione ai fini pensionistici del flusso contributivo, evitando la costituzione di spezzoni assicurativi di precaria valorizzazione.

Si rappresenta, inoltre, che la Gestione Separata, istituita presso l'INPS con legge 8 agosto 1995, n. 335 art. 2, commi 26-33, è stata prevista solo al fine di estendere la copertura previdenziale ed assistenziale obbligatoria ad alcune categorie di lavoratori autonomi o parasubordinati la cui attività non risulta coperta da assicurazione previdenziale.

Stante perciò la natura residuale della Gestione Separata INPS ed al fine di evitare una diseconomica dispersione delle risorse contributive, si ritiene opportuno che i contributi previdenziali dovuti sui compensi spettanti ai medici in formazione specialistica siano versati al Fondo di Previdenza Generale gestito dall'Enpam, il cui regolamento all'art. 3, peraltro, recita che sono soggetti a contribuzione presso l'Enpam -oltre ai redditi derivanti dall'esercizio della professione medica od odontoiatrica- *“i compensi che derivano dallo svolgimento di attività attribuite all'iscritto in ragione della sua particolare competenza professionale”*.

Premesso quanto sopra, l'unito schema di emendamento all'art. 41, comma 2, del D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368 dispone il trasferimento all'Enpam della tutela previdenziale dei medici in formazione specialistica, prevedendo il versamento del contributo da parte delle Università cui operano le scuole di specializzazione al Fondo di Previdenza Generale gestito dalla Fondazione, con l'aliquota contributiva pro-tempore vigente presso il predetto Fondo.

Il provvedimento prevede, altresì, che con apposita convenzione sia regolato il trasferimento all'Enpam dei contributi già versati all'INPS in conformità alla previgente normativa.

BOZZA DI EMENDAMENTO
(al D.Lgs. 17 agosto 1999, n. 368)

Il S.I.G.M. sostiene il presente emendamento che mira a sostituire, come di seguito, il comma 2, dell'articolo 41 del D.Lgs 368/99:

“2. A decorrere dall'entrata in vigore della presente legge i compensi corrisposti ai titolari di contratti di formazione specialistica sono assoggettati a tutela previdenziale presso l'Enpam. A tal fine, le Università presso cui operano le scuole di specializzazione provvedono al versamento dei contributi al Fondo di Previdenza Generale gestito dall'Enpam, contestualmente alla corresponsione del trattamento economico di cui all'art. 39, comma 4, applicando l'aliquota contributiva pro tempore vigente presso il suddetto Fondo.”

“2 bis. I contributi versati in conformità di normative previgenti sono trasferiti al Fondo di Previdenza Generale gestito dall'Enpam, previa convenzione fra gli Enti previdenziali interessati da stipularsi entro 180 giorni dall'entrata in vigore della presente legge.”

Assicurazione

Gli oneri derivati dalla copertura assicurativa per i rischi professionali, per la responsabilità civile contro terzi e gli infortuni connessi all'attività assistenziale svolta dal medico in formazione a partire dall'A.A. 2006/2007 sono a carico delle Aziende Sanitarie presso le quali viene svolta l'attività formativa, alle stesse condizioni del proprio personale (cfr.: c. 3, art. 41, D.Lgs. n. 368/1999).

Particolare attenzione deve essere fatta dai colleghi che vengono destinati dalla propria scuola ad un periodo di formazione presso una scuola facente capo ad una differente azienda sanitaria; in tal caso, essendo il contratto assicurativo stipulato cumulativamente, il passaggio ad altra scuola dovrebbe essere maturato prima della data del rinnovo del predetto contratto. In caso contrario gli oneri dovuti per la copertura assicurativa di un singolo medico in formazione potrebbero risultare troppo elevati e quindi svantaggiosi per l'azienda sanitaria, che si potrebbe rifiutare di corrisponderli.

Assenze autorizzate

Non determinano interruzione della formazione, e non devono essere recuperate, le assenze per motivi personali, preventivamente autorizzate salvo causa di forza maggiore, che non superino trenta giorni complessivi nell'anno accademico e non pregiudichino il raggiungimento degli obiettivi formativi. In tali casi non vi è sospensione del trattamento economico.

Malattia e Gravidanza

Gli impedimenti temporanei superiori ai quaranta giorni lavorativi consecutivi per 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 di cui alla Legge 30 Dicembre 1971, n. 1204, e successive modificazioni, nonché quelle sull'adempimento del servizio militare di cui alla legge 24 dicembre 1986, n. 958, e successive modificazioni (D.Lgs. n. 151/2001 congedo per gravidanza).

In altre parole, le assenze superiori a 40 giorni in riferimento a gravidanza e malattia devono essere totalmente recuperate. Infatti gli obiettivi formativi devono essere conseguiti dallo specializzando e le singole scuole devono dunque adottare i provvedimenti atti a favorire il predetto recupero.

Se quanto precedentemente affermato appare chiaro per la malattia, lo stesso non si può dire per la gravidanza: infatti, il MIUR con la nota del 31 Ottobre 2006 specifica che *“è opportuno prevedere per gli specializzandi in formazione, che l'assenza per maternità sia regolata ai sensi del D.Lgs. n. 151/2001, come peraltro previsto dal c. 3, dell'art. 40, del D.Lgs n. 368/1999”*. Ne consegue che le colleghe in stato di gravidanza possono richiedere un “congedo per gravidanza”, pari a 5 mesi, dunque oltre i 40 giorni di assenza continuativa. In tal caso, le colleghe in congedo di gravidanza potrebbero ad esempio concordare con il proprio

direttore di essere escluse dall'attività assistenziale, ma potrebbero seguire le lezioni teoriche, compatibilmente con loro stato di gravidanza, e conseguire al loro rientro dal congedo gli obiettivi formativi raggiungibili attraverso l'attività pratica; qualora tale recupero non potesse essere effettuato entro l'A.A. in corso, la scuola dovrà stabilire una sessione di esami di recupero per permettere alle colleghe di rimettersi in carreggiata.

Recupero Obiettivi formativi

Durante i periodi prolungati di sospensione della formazione tanto per malattia che per gravidanza, 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. Il periodo di sospensione viene interamente recuperato, unitamente ai relativi obiettivi formativi, in coda all'anno accademico in corso con remunerazione piena.

Modalità di verifica assenze

Il godimento dei giorni di assenza giustificata, unitamente all'esercizio del diritto all'assenza per malattia dovrebbero essere regolamentate in maniera analoga a quanto accade per i dirigenti medici. Le Segreterie delle Scuole di Specializzazione dovrebbero curare:

- la registrazione delle assenze autorizzate richieste e godute;
- la pianificazione del godimento delle assenze autorizzate non effettuate, che andrebbero in ogni caso godute entro i primi sei mesi dell'anno successivo e prima dell'esame finale di specializzazione;
- la ricezione dei certificati di malattia, attraverso l'istituzione di un protocollo riservato.

Sorveglianza Sanitaria

Tutti i medici in formazione devono essere sottoposti a Sorveglianza Sanitaria, ai sensi del D. Lgs. 368/1999, modificato dalla legge n. 266/2005, del D.M. 5 Agosto 1998, n. 363 (Regolamento recante norme per l'individuazione delle particolari esigenze delle Università e degli Istituti di istruzione universitaria ai fini delle norme contenute nel D.Lgs. 81/2008 (Testo Unico) e dispositivi correlati (ex D.Lgs 19 Settembre 1994, n. 626). Tale concetto è stato ulteriormente ribadito dal Ministero della Salute – Ufficio VII – Direzione Generale delle Risorse Umane e delle Professioni Sanitarie (Allegato E), attraverso una Nota inviata il 19 Marzo 2007 in risposta ai Quesiti posti dal S.I.M.S.: *“Per quanto riguarda la Sorveglianza Sanitaria, di cui al D.Lgs 626/1994, in materia di sicurezza sul lavoro si ritiene che anche i medici in formazione specialistica siano destinatari della norma”*.

Radioprotezione e Rischio Radiologico

Le attività che comportano l'impiego di radiazioni ionizzanti possono essere in via di principio rischiose per la salute degli operatori, perciò devono essere disciplinate da norme specifiche chiamate **norme di radioprotezione**. Inoltre in ogni ambiente in cui vengono impiegate radiazioni ionizzanti deve esistere un **regolamento interno** che stabilisce le modalità di esecuzione delle attività lavorative di quel settore al fine di ottimizzare la radioprotezione.

Le norme di radioprotezione sono discusse a livello internazionale da gruppi di esperti che costituiscono "**La commissione internazionale di radioprotezione**" (con un acronimo inglese Icrp). L'Icrp fissa delle linee guida tecniche a cui si uniformano i vari Stati emanando leggi che fissano gli adempimenti necessari al fine di realizzare di fatto la radioprotezione stessa.

In Italia le norme di radioprotezione sono dettate dal DL 230/95.

I principi su cui deve basarsi la radioprotezione sono fissati nell'art. 2 del citato DL che sancisce: "... **a) i tipi di attività che comportano esposizione alle radiazioni ionizzanti debbono essere preventivamente giustificati e periodicamente riconsiderati alla luce dei benefici che da essi derivano; b) le esposizioni a radiazioni ionizzanti debbano essere mantenute al livello più basso ragionevolmente ottenibile, tenuto conto dei fattori economici e sociali; c) la somma delle dosi ricevute ed impegnate non deve superare i limiti prescritti, in accordo con le disposizioni del presente decreto e dei relativi provvedimenti applicativi.**" In modo sintetico viene detto che la radioprotezione deve rispondere al principio di giustificazione, di ottimizzazione e di limitazione delle dosi.

Il principio di giustificazione è intrinsecamente soddisfatto quando si parla di uso delle radiazioni a scopo diagnostico terapeutico seppure l'idoneità dell'uso delle radiazioni ionizzanti deve essere avallata da medici specialisti (radiologo, radioterapista, medico nucleare).

L'ottimizzazione e la limitazione delle dosi alle persone che lavorano con radiazioni ionizzanti avviene mediante 3 mezzi che sono: **il tempo, la distanza e la schermatura**.

E' ovvio che limitando il tempo di permanenza in presenza di radiazioni ionizzanti si riduce la dose assorbita. Meno ovvio è comprendere come interviene la distanza soprattutto per quel che riguarda i raggi x e gamma che come abbiamo detto riescono a penetrare attraverso i materiali. Per comprenderlo basta riferirsi a quanto avviene per la luce. Se in una stanza esiste una sorgente luminosa e vogliamo illuminare una cartolina, più ci avviciniamo alla sorgente luminosa e più la cartolina risulterà illuminata anche se la luce si propaga in tutta la stanza, l'intensità risulta molto più elevata vicino alla sorgente anziché lontano. Lo stesso accade per i raggi x che abbiamo detto essere della stessa natura della luce: più ci allontaniamo dalla sorgente minore sarà la quantità di radiazione che arriva su una certa superficie.

Esistono infine le schermature che possono essere fisse o mobili. Per schermature si intendono dispositivi che vengono difficilmente attraversati dalle radiazioni.

I muri che circondano le sale contenenti sorgenti radiogene costituiscono spesso una schermatura sufficiente per la protezione degli ambienti circostanti: se necessario è possibile aggiungere alle pareti una ulteriore schermatura mediante pannellatura in piombo. Esistono inoltre una grande varietà di schermature di varie forme e dimensioni utili al personale che lavora con le radiazioni. Esempi di queste sono i grembiuli e i guanti in materiale piombifero e le paratie mobili.

Gli apparecchi radiologici portatili e soprattutto gli apparecchi moderni per scopia pulsata con intensificatore di brillanza costituiscono sorgenti radiogene nettamente più deboli rispetto agli impianti delle sale di radiodiagnostica.

Nel caso di attività lavorative che impiegano radioisotopi oltre ai pericoli legati alle azioni a distanza delle radiazioni ionizzanti sussistono pericoli legati alla possibilità di contaminazione. E' possibile che del materiale radioattivo, anche in piccole quantità, sfugga al controllo e cada sul pavimento, sui guanti dell'operatore, sul camice o su altri oggetti. Una contaminazione può essere dannosa, sia per l'azione ravvicinata della sorgente, sia perché parte del materiale contaminante può essere introdotto all'interno dell'organismo e irradiare particolari organi interni in cui il materiale può andare ad accumularsi.

Al fine di evitare il rischio da contaminazione durante il lavoro è necessario:

- a) attenersi alle modalità di esecuzione del lavoro e dei controlli contenute nel regolamento interno o impartite dal responsabile della struttura;
- b) indossare sempre gli indumenti di lavoro indicati per ogni tipo di lavoro (camici, guanti, ecc.);
- c) in caso di contaminazione attenersi alle indicazioni contenute nel regolamento interno.

Gli ambienti di lavoro dove si trovano sorgenti di radiazioni ionizzanti e in cui il lavoratore è tenuto a rispettare un regolamento interno di radioprotezione sono definite **zone classificate**.

Le zone classificate si dividono in **zone controllate** e in **zone sorvegliate**. La differenza fra le due zone è determinata dalla diversa entità dell'esposizione al rischio di radiazioni ionizzanti.

Una volta ottimizzate le modalità di lavoro con le radiazioni è possibile che permanga la possibilità che il lavoratore corra il rischio di assumere una dose di radiazioni ionizzanti.

A seconda dell'entità del rischio il lavoratore viene classificato in **categoria A** o in **categoria B**. Il lavoratore di categoria A è quello per cui l'ottimizzazione dell'organizzazione del lavoro non può impedire che corra il rischio di superare in un anno solare i seguenti valori di dose:

- a) 6 mSv per esposizione globale o di equivalente di dose efficace;
- b) 45 mSv al cristallino
- c) 150 mSv alla pelle

d) 150 mSv alle mani, avambracci piedi e caviglie.

I lavoratori esposti non classificati in Categoria A sono classificati in Categoria B. I lavoratori sono classificati in Categoria A o B a prescindere da fatto che operino o meno in zona controllata. La classificazione dipende dalle attività che debbono svolgere.

Vi sono alcune figure professionali deputate alla sorveglianza della radioprotezione del personale che utilizza radiazioni ionizzanti. Essi sono: **il Medico Autorizzato, il Medico Competente e l'Esperto Qualificato**.

Il Medico Autorizzato (per la Categoria A) e il Medico competente (per la Categoria B) verificano l'idoneità dei lavoratori che si espongono per ragioni professionali al lavoro con radiazioni ionizzanti. Tale idoneità viene controllata preventivamente all'atto dell'assunzione e verificata successivamente con periodicità semestrale (categoria A). Può essere revocata a causa del mutato stato di salute del lavoratore. E' fatto divieto al datore di lavoro adibire ad attività che esponano alle radiazioni ionizzanti i lavoratori che risultano non idonei alla visita medica preventiva.

L'Esperto Qualificato ha responsabilità fisica della radioprotezione ovvero deve procedere ad un esame preventivo su ogni installazione ed impianti che comportano pericoli di irraggiamento e deve rilasciare il proprio benessere prima delle esecuzione di trasformazioni sostanziali; deve verificare l'efficacia dei dispositivi di radioprotezione (controllo di schermature ecc.) ed effettua le valutazioni della dose assorbita dai lavoratori esposti. L'esperto qualificato classifica i lavoratori in Categoria A e B e determina le zone classificate definendo le zone controllate e le zone sorvegliate.

Presso i grossi presidi ospedalieri sono attivate le Unità di **Fisica Sanitaria** il cui personale tecnico collabora operativamente con l'Esperto Qualificato nell'attuazione dei controlli ai fini della radioprotezione. E' importante infine ricordare che le radiazioni ionizzanti sono comunque tra noi: esse ci giungono dal lontano spazio siderale e dai materiali edili che ci circondano nonché dall'interno di noi stessi dove radioisotopi esistenti naturalmente producono costantemente raggi gamma, beta e alfa.

Secondo le attuali norme di radioprotezione lo **specializzando di area radiologica**, in ragione dello stato di "apprendista e studente", rientra nella **categoria B** e quindi inferiore, come esposizione all'entità di rischio, alla categoria A nella quale sono inclusi il medico e il tecnico strutturato, ai quali è riconosciuto il diritto a percepire l'**indennità di rischio radiologico** (prevista dall'art.1, legge 460/1988, pari alle vecchie 200mila lira mensili lorde) ed il **congedo ordinario di 15 giorni** (ex art.5, legge 724/1994).

Ciò è messo seriamente in discussione dalla recente **sentenza n.584/2006 della Corte d'appello di Palermo** secondo la quale "quella del medico specializzando è una vera e propria attività professionale, sicché non v'è motivo di escludere chi la espleta dalla fruizione del congedo straordinario aggiuntivo e dell'indennità mensile di rischio radiologico"; con tale passaggio la suddetta Corte ha accolto il ricorso di alcuni specializzandi (ormai ex perché oggi specialisti) contro l'Università di Palermo, riformando la sentenza 438/2000 del tribunale

palermitano. Il tutto avvenne nel 1996 quando i medici in formazione della radiologia del policlinico universitario avevano chiesto al pretore, in funzione del giudice del lavoro, il riconoscimento di tali diritti che non erano previsti per l'ateneo, secondo il quale erano destinati solo ai dipendenti in quanto possessori degli "accordi unici di lavoro". Due anni più tardi, il giudizio è stato riassunto davanti al tribunale che ha accolto la tesi dell'università.

La Corte d'appello ha poi cambiato il giudizio di primo grado riconoscendo agli specializzandi il fatto che se la formazione specialistica implica la partecipazione alla totalità delle attività mediche del servizio in cui si effettua e soprattutto "la graduale assunzione dei compiti assistenziali" (art.4, DL 257/1991), la stessa, per i futuri radiologi, determina l'esposizione al rischio relativo continuamente perché essi svolgono "lo stesso orario di lavoro del personale sanitario strutturato" (come sostenuto in una nota dal direttore dell'istituto di radiologia).

Quindi dipendenti e specializzandi devono essere trattati allo stesso modo; indennità e congedo vanno concessi a tutti gli operatori sanitari "abituamente esposti ad un rischio da radiazioni ionizzanti" (Consiglio di Stato, decisione 623/1999). Anche per quanto concerne l'aspetto economico esiste un legame tra specializzando e personale strutturato: l'ammontare delle borse di studio è determinato anche in funzione dei miglioramenti degli emolumenti previsti per i medici dipendenti del Ssn, e, grazie a questa sentenza, ormai risulta chiaro che le stesse non possono essere considerate onnicomprensive, data la diversa funzione assolta dall'indennità.

Il carattere esecutivo della sentenza ha imposto all'ateneo siciliano di corrispondere ad ogni interessato le somme dovute, e in mancanza della possibilità di fruire del congedo, di una corrispondente indennità con interessi e rivalutazioni monetarie relative.

Ormai è evidente, con il passaggio dalle borse ai contratti, che tale diritto sia scontato perché il medico, presso l'azienda sanitaria dove svolge l'attività formativa, possiede le stesse condizioni del personale strutturato (DL 368/99).

L'Snr specializzandi sta supportando, in tutta Italia, i suoi iscritti nelle iniziative volte al riconoscimento del rischio radiologico.

Per informazioni: www.raggix.it o snr@raggix.it.

ATTIVITA' ASSISTENZIALE

L'attività assistenziale svolta dal medico in formazione è connessa per definizione alla formazione. Infatti, la formazione del medico 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.

Viene chiaramente specificato che in alcun caso l'attività del medico in formazione specialistica è sostitutiva del personale di ruolo, e che l'impegno richiesto per la formazione specialistica è parificato a quello previsto per il personale medico del Servizio Sanitario Nazionale a tempo pieno.

Il medico in formazione specialistica dovrebbe infine essere riconoscibile come tale dalle persone presenti nelle strutture sanitarie e, in particolare, dai pazienti che ricevono prestazioni diagnostiche o terapeutiche. A tal fine si propone che le Aziende Sanitarie provvedano a dotare gli specializzandi dei necessari strumenti di identificazione (cartellino con foto-tesserino di riconoscimento).

Rapporto di pubblico impiego

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.

Il periodo di aspettativa è utile ai fini della progressione di carriera e del trattamento di quiescenza e di previdenza.

Limitazioni

Per la durata della formazione a tempo pieno al medico è inibito l'esercizio di attività libero-professionale all'esterno delle strutture assistenziali in cui si effettua la formazione ed ogni rapporto convenzionale o precario con il servizio sanitario nazionale o enti e istituzioni pubbliche e private. L'impegno richiesto per la formazione specialistica è pari a quello previsto per il personale medico del Servizio sanitario nazionale a tempo pieno, assicurando la facoltà dell'esercizio della libera professione intramuraria (quest'ultima facoltà è stata recepita dallo schema tipo di contratto all'Art 5, comma 3: *E' assicurata al medico in formazione specialistica la facoltà dell'esercizio della libera professione intramuraria*).

Deroghe alle limitazioni

L'art 19, comma 11 della Legge 28 Dicembre 2001, n. 448 (Legge Finanziaria 2002), recita come segue:
“I laureati in medicina e chirurgia abilitati, anche durante la loro iscrizione ai corsi di specializzazione o ai

corsi di formazione specifica in medicina generale, possono sostituire a tempo determinato medici di medicina generale convenzionati con il Sistema Sanitario Nazionale ed essere iscritti negli elenchi di guardia medica notturna e festiva e della guardia medica turistica ma occupati solo in caso di carente disponibilità di medici già iscritti negli elenchi della guardia medica notturna e festiva e della guardia medica turistica”.

Essendo la predetta Legge Finanziaria posteriore al D.Lgs 368/99, quanto precedentemente ricordato deve intendersi attuale e pertanto in vigore.

Tali acquisizioni sono per di più chiaramente definite dall'Art 5, comma 2, dello schema tipo di contratto: *Il medico in formazione specialistica fermo restando il principio del rispetto del tempo pieno può, ai sensi dell'art. 19, comma 11, della Legge 28 dicembre 2001, n. 448, sostituire a tempo determinato i medici di medicina generale convenzionati con il Servizio sanitario nazionale ed essere iscritto negli elenchi della guardia medica notturna, festiva e turistica, ma occupato solo in caso di carente disponibilità dei medici già iscritti nei predetti elenchi.*

Il medico specializzando può iscriversi ai corsi di formazione specifica in medicina generale solo una volta terminato il corso di specializzazione o rinunciando al corso stesso.

Le attività predette possono essere espletate compatibilmente con gli obblighi propri della formazione specialistica e sono escluse dalla copertura assicurativa di cui gode lo specializzando in formazione.

La già richiamata *facoltà dell'esercizio della libera professione intramuraria**, prevista ai sensi dell'articolo 40 del D.Lgs 368/99 modificato, trova ulteriore sussistenza nella Risoluzione N. 254/E del 29 settembre 2009 emanata dalla Direzione Centrale Normativa e Contenzioso dell'Agenzia delle Entrate (Allegato U): “considerato che l'attività libero professionale intramoenia è esercitata dagli specializzandi sulla base della stessa disciplina amministrativa applicabile ai dipendenti e che le modalità di esercizio dell'attività sono le medesime, si ritiene che in relazione ai compensi percepiti per lo svolgimento dell'attività intramurale dai medici in formazione specialistica risulti applicabile la disposizione recata dalla lettera e) dell'articolo 50 del TUIR”.

* **N.B.:** Non costituiscono reddito da lavoro autonomo i compensi percepiti per l'attività intramuraria dai medici in formazione (Fonte: Unione Consulenti- www.unioneconsulenti.it).

E' quanto stabilito dall'Agenzia delle Entrate, con la risoluzione n. 254/E del 29 settembre, relativamente ad un'Azienda ospedaliera universitaria che ha autorizzato gli specializzandi a svolgere attività intramuraria. Ciò perché la libera professione è esercitata dagli specializzandi sulla base della stessa disciplina amministrativa che si applica ai dipendenti. In particolare, il policlinico universitario ricorda che la possibilità di esercitare l'attività intramoenia è stata espressamente riconosciuta ai medici in formazione specialistica dal decreto legislativo 368/1999 che, all'articolo 40, recita: "L'impegno richiesto per la formazione specialistica è pari a quello previsto per il personale medico del Servizio sanitario nazionale a tempo pieno, assicurando la facoltà dell'esercizio della libera professione intramuraria".

A differenza dei medici del Ssn, però, gli specializzandi non sono legati da un rapporto di lavoro dipendente con l'ospedale universitario presso cui prestano attività. Il loro contratto è infatti finalizzato esclusivamente all'acquisizione delle capacità professionali specialistiche e "non dà in alcun modo diritto all'accesso ai ruoli del Ssn e dell'università o ad alcun rapporto di lavoro con gli stessi enti".

Inoltre, tornando al caso in questione, il contratto di formazione non viene stipulato con l'Azienda ospedaliera ma con un soggetto giuridico diverso - l'Università - che corrisponde agli specializzandi il trattamento economico spettante, che non è non soggetto a tassazione ai fini delle imposte sui redditi. Ciò posto, l'istante chiede di sapere qual è il corretto trattamento fiscale che si applica ai compensi per l'attività libero-professionale intramuraria corrisposti ai medici in formazione specialistica: vanno tassati come redditi assimilati a quelli di lavoro dipendente o di lavoro autonomo? Nessun dubbio per i tecnici delle Entrate. L'articolo 50 del Tuir, comma 1, lettera e), spiega l'Agenzia, qualifica come redditi assimilati a quelli di lavoro di lavoro dipendente i compensi relativi a prestazioni rese in intramoenia, anche se definiti di tipo "libero professionale", se resi nel rispetto della relativa disciplina amministrativa (articolo 72 della legge 448/1998).

Posto che la disciplina applicabile ai dipendenti regola, con le stesse modalità, anche l'attività esercitata dagli specializzandi, i compensi percepiti da questi ultimi sono sicuramente da considerare redditi assimilati a quelli di lavoro dipendente e soggetti a tassazione come tali.

Neanche la circostanza che il contratto di formazione sia stipulato con un soggetto giuridico diverso rispetto al policlinico universitario, vale infatti a ricondurre i compensi in questione nel reddito di lavoro autonomo (articolo 53 del Tuir).

Riassumendo in maniera schematica, sono compatibili con il contratto di formazione di formazione specialistica le seguenti attività:

- Esercizio della **libera professione intramuraria**
- **Guardia medica**
- **Sostituzione di medico di base**
- **Guardia turistica**
- **Borse di studio per formazione all'estero**
- **Prestazioni occasionali libero professionali:** entro un reddito annuo integrativo massimo consentito pari a circa 5000 euro e quindi documentabile attraverso emissione di ritenuta d'acconto.

ASPETTI MEDICO LEGALI

È sovente imbattersi nella cronaca giudiziaria dei principali quotidiani locali e nazionali in casi di presunta mala sanità in cui si ritrovano coinvolti loro malgrado i medici specializzandi lasciati a ricoprire guardie senza il supporto del medico strutturato. Di seguito vengono riportati tutti gli elementi utili a suggerire ai medici in formazione i comportamenti corretti da adottare al fine di prevenire una loro sovraesposizione di interesse medico legale.

In generale si possono configurare tre differenti quadri operativi, cui corrispondono differenti graduazioni della responsabilità:

- 1) responsabilità totale: è il caso dello specializzando che assume pienamente ed autonomamente un compito che si conclude con evento infausto; in tal caso, la responsabilità è concretamente attribuibile allo specializzando che ha assunto la posizione di garanzia richiesta dalla giurisprudenza;
- 2) insussistenza di responsabilità: è il caso dello specializzando che agisce senza alcuna possibilità di scelta (né operativa, né scientifica) eseguendo semplici atti che, autonomamente, non incidono sull'intera attività terapeutica decisa dal tutor;
- 3) responsabilità graduata: l'ipotesi più ricorrente è quella dell'operazione effettuata in equipe; in tal caso si può ravvisare responsabilità in compartecipazione (ex art. 113 Cod. Pen.) da parte di tutti i singoli operatori, ma la minore esperienza del discente potrà incidere su una riduzione in sede di condanna.

Giova ricordare sin da subito l'esclusione dai compiti dello specializzando di qualsivoglia attività di tipo amministrativo, quale:

- Richiesta degli esami, in quanto atto rapportuale tra due strutture con risvolti economici
- Certificazione dell'esame obiettivo per gli usi di legge
- Emissione dei documenti di dimissione

Se l'impegno clinico, con finalità formative, è certamente incluso nei doveri dello specializzando, è di tutta evidenza che la sua funzione in quel momento ha dei limiti (quelli connessi con la componente amministrativa), che impongono quanto meno una collaborazione con chi è autorizzato a svolgerli.

Il medico in Formazione, in termini medico legali e giurisprudenziali, nel momento in cui "prende in carico" un paziente è responsabile degli atti conseguenti, ed in caso di esiti avversi, dunque, non potrebbe sottrarsi da responsabilità, adducendo a propria discolpa la giustificazione di non essere stato affiancato dallo strutturato/tutor, o di avere effettuato la prestazione oltre il monte ore stabilito dal tempo pieno.

Nessun atto medico deve quindi essere effettuato senza il supporto del tutor ed in ogni caso tanto per la compilazione della cartella clinica quanto per la richiesta di prestazioni diagnostiche lo specializzando deve limitarsi a controfirmare quanto sottoscritto dallo strutturato.

Lo specializzando inoltre ha il dovere di dissociarsi per iscritto in cartella se non dovesse concordare la prestazione decisa dallo strutturato; diversamente si assumerebbe di fatto la responsabilità dell'atto medico "imposto".

Il medico in formazione quindi non deve in alcun modo provvedere alla copertura delle guardie in assenza del medico strutturato divisionale fisicamente presente. Tale affermazione trova fondamento nelle seguenti citazioni:

- Art. 16 CCNL: *"Nelle ore notturne e nei giorni festivi, la continuità assistenziale e le urgenze/emergenze dei servizi ospedalieri è garantita ... mediante: la guardia medica di U.O. o tra U.U.O.O. appartenenti ad aree funzionali omogenee e dai servizi speciali di diagnosi e cura..."* **Il servizio di guardia è dunque assicurato da tutti i dirigenti medici in servizio.**

- Risposta del MIUR n° prot. 356 del 7 Febbraio 2007 a quesiti posti dal SIMS: *"Sull'espletamento del tirocinio pratico, previsto dall'ordinamento della scuola di specializzazione, il medico in formazione specialistica deve svolgere un numero di ore pari a quello svolto da un medico del S.S.N. a tempo pieno per attività di servizio. Inoltre le attività pratiche svolte dai medici in formazione specialistica devono essere eseguite sempre sotto la guida di un tutore, come peraltro prevede il D.M. 5/5/1995 e, altresì, l' art. 40, D.Lgs. n. 368/1999: infatti tali attività non sono assimilabili all'attività professionale autonoma del medico dipendente dall'azienda sanitaria ove si opera".*

Per ulteriori approfondimenti si rimanda all'Allegato M di codesto Manuale.

Rapporto di Garanzia

Lo specializzando, pur guidato e controllato da un tutor, deve sempre tener presente che stabilisce un rapporto col paziente, tecnicamente definito di Garanzia.

Il Rapporto di Garanzia si fonda sulla corretta comunicazione al paziente da parte del medico in formazione di come il proprio ruolo in quel momento sia finalizzato alla formazione e pertanto non sostitutivo del personale strutturato, unicamente titolo e preposto all'erogazione di prestazioni specialistiche; ciò nell'ambito di una più ampia informazione al malato intesa quale preciso diritto di questi, al fine di evitare che lo stesso paziente richieda prestazioni specialistiche a chi ancora specialista non è.

Responsabilità Civile

Si configura in relazione all'esecuzione di mansioni amministrative a qualsivoglia natura: non a caso il datore di lavoro (Aziende Sanitarie presso le quali viene svolta l'attività formativa) è tenuto a provvedere a una

copertura assicurativa degli specializzandi in termini completi con l'esclusione delle responsabilità derivanti da atti di valore amministrativo.

Responsabilità Penale

Il medico in formazione - come ogni medico abilitato alla professione - risponde personalmente secondo parametri di valutazione dell'imperizia, dell'imprudenza, della negligenza, nonché dell'inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline impiegati per ogni caso

Responsabilità degli Altri Attori

Il D.Lgs 368/1999 modificato stabilisce che *“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 presso le quali lo stesso svolge la formazione sulla base del programma formativo personale”*.

In relazione alle tipologie di evenienze sopra riportate, è ravvisabile pertanto l'addebito di Culpa in eligendo et in vigilando per i Responsabili delle U.U.O.O., per i Direttori Scuole, per la Direzione Sanitaria, tutti attori responsabili del percorso formativo-assistenziale professionalizzante del medico in formazione.

Osservatorio Medico Legale Giovani Medici

Il S.I.G.M. ha creato uno spazio interattivo dedicato al supporto dei Giovani Medici, in formazione ed operatori del SSN, per affrontare le delicate problematiche medico - giuridiche legate all'esercizio della professione ed alla Responsabilità professionale e per diffondere nella categoria la cultura della Gestione del Rischio Clinico.

Tutti gli utenti registrati al sito www.giovanemedico.it possono partecipare ad appositi forum tematici ospitati su www.giovanimedici.com, al fine di confrontarsi con i nostri consulenti medico legali e con colleghi di altre branche su esperienze personali, casi specifici e dubbi derivanti dalla pratica dell'attività medico-chirurgica; gli utenti possono inoltre inserire documenti, sentenze, riferimenti legislativi ed ogni altra informazione utile ad affrontare le specifiche tematiche trattate.

FORMAZIONE MEDICO SPECIALISTICA

Le Scuole di Specializzazione di Area sanitaria sono una parte integrante dell'intero percorso formativo del medico e degli altri operatori specialisti, necessaria al conferimento delle capacità professionali specialistiche. Ciò comporta sul piano organizzativo e formativo una inscindibile continuità con il Corso di Laurea (a ciclo unico o specialistico).

Il peso rivestito dall'aspetto professionalizzante rende d'altra parte necessaria una piena integrazione e compenetrazione con le attività assistenziali proprie delle strutture sanitarie, sia universitarie che extra universitarie. Le attività assistenziali devono assicurare un completo addestramento professionale pratico in conformità con le norme comunitarie. Per tali ragioni appare utile preliminarmente ricordare in maniera schematica l'impegno formativo professionalizzante del medico in formazione specialistica:

1. Lo *specializzando* è inserito a tempo pieno nelle attività formative della Scuola e prende parte attiva alle attività assistenziali.
2. L'attività assistenziale degli specializzandi è finalizzata alla *acquisizione di competenze professionali specifiche* con una progressiva assunzione di responsabilità personale nella esplicazione delle attività professionalizzanti fino a raggiungere la piena autonomia. Va peraltro assicurata *una adeguata formazione culturale* basata su una solida preparazione scientifica.
3. *L'attività dello specializzando* nelle strutture assistenziali e socio-sanitarie *non può essere considerata o utilizzata a fini vicarianti* le funzioni del personale di ruolo previsto dalla struttura.
4. Il pieno impegno dello specializzando nelle attività formative teoriche e pratiche richiede misure di armonizzazione con i vincoli, anche orari, previsti dal *contratto di formazione*.

SPENDIBILITÀ DEL TITOLO

Il titolo di specialista è spendibile nell'ambito dei Paesi dell'Unione Europea. Nei concorsi di accesso al profilo professionale medico il periodo di formazione specialistica è annoverato fra i titoli di carriera, come servizio prestato nel livello iniziale del profilo stesso nel limite massimo della durata del corso di studi.

ORDINAMENTO DIDATTICO

A) Nuovo Ordinamento Didattico

(in vigore dall'A.A. 2008/09)

L'Ordinamento Didattico delle Scuole di specializzazione di area sanitaria è stato riformato ai sensi del Decreto M.I.U.R. sul *Riassetto delle Scuole di specializzazione di area sanitaria*. (GU n. 258 del 5-11-2005- Suppl. Ordinario n.176). Il Nuovo Ordinamento è entrato in vigore a partire dall'Anno Accademico 2008/09, esclusivamente per i nuovi immatricolati, ed è ispirato alle Direttive Comunitarie in tema di formazione medico specialistica. È necessario ricordare preliminarmente, però, che il decreto sul Riassetto delle Scuole di specializzazione di area sanitaria afferma chiaramente che le Università assicurano la conclusione dei corsi di specializzazione ed il rilascio dei relativi titoli, secondo gli ordinamenti didattici previgenti, agli specializzandi già iscritti al momento dell'adeguamento del Regolamento Didattico di Ateneo. Pertanto i medici in formazione non saranno obbligati a transitare al nuovo ordinamento, nè potranno di converso optare per lo stesso.

Il predetto decreto individua le scuole di specializzazione di area sanitaria, il profilo specialistico, gli obiettivi formativi ed i relativi percorsi didattici suddivisi in aree e classi, stabilendo che le Università dovranno adeguare alla norma il proprio Regolamento didattico di Ateneo, di cui all' art.11 della Legge n.341/1990, entro diciotto mesi dalla data di pubblicazione del decreto sulla Gazzetta Ufficiale.

Il Nuovo Ordinamento è finalizzato al conseguimento di una piena e autonoma capacità professionale fondata su una solida base scientifica e si caratterizza per gli aspetti di seguito sintetizzati:

a) Coerentemente all'impostazione professionalizzante, un peso preponderante è assegnato alle attività formative che caratterizzano la specificità della Scuola. **Oltre due terzi dell'impegno orario dello specializzando sono riservati alle attività pratiche professionalizzanti.**

b) Un terzo dell'impegno complessivo dello specializzando è riservato alle attività formative didattiche, onde assicurare una solida preparazione scientifica. Alla *didattica interattiva* è assegnato un peso preponderante rispetto alla didattica formale, al fine di assicurare l'acquisizione critica del sapere attraverso un **impegno personalizzato e attivo dello specializzando.**

c) Le *attività formative, didattiche e professionalizzanti, sono articolate in un rapporto integrato e continuativo*, durante tutto il percorso della Scuola. In particolare, in armonia con l'impostazione della Scuola, non è prevista una distinzione né una cesura tra la cosiddetta formazione di base e la formazione pratica professionalizzante.

d) **Per gruppi di Scuole omogenee è stato individuato un ambito di saperi comuni denominato tronco comune**, inteso come complesso fondamentale di saperi che valga a supportare e integrare le attività formative specifiche di ciascuna tipologia.

e) L'attività formativa è affidata a *docenti universitari e docenti operanti in strutture non universitarie* inserite nella rete della Scuola. Particolare importanza è assegnata alla **funzione tutoriale** articolata in tre figure distinte: a) *docente-tutore ad personam*; b) *docente-tutore di gruppo*; c) *specializzando-tutore*.

f) La verifica della qualità dell'apprendimento è affidata a diversi strumenti, quali *le prove in itinere, il libretto-diario e la prova finale* (discussione della tesi di specializzazione integrata dalle valutazioni periodiche e dal giudizio dei docenti-tutori).

g) A ciascuna Scuola è assegnata una autonomia funzionale e organizzativa, *con afferenza alla Facoltà di Medicina e Chirurgia e l'integrazione in una rete formativa di strutture universitarie ed extra universitarie*, proporzionata al numero degli specializzandi e adeguata al conseguimento di un completo addestramento professionale, secondo gli obiettivi formativi della Scuola.

Organizzazione delle Scuole e Rete Formativa

Le Scuole di specializzazione di area sanitaria afferiscono a tre differenti aree: **Area Medica, Area Chirurgica e Area dei Servizi Clinici**. L'Area dei Servizi Clinici è suddivisa ulteriormente in due sotto-aree: **sotto-area dei Servizi Clinici Diagnostici e Terapeutici, sotto-area dei Servizi Clinici Organizzativi e della Sanità Pubblica** (vedi elenco pag. 48).

Nell'ambito delle singole aree le Scuole sono aggregate in Classi omogenee al fine di consentire una migliore utilizzazione delle risorse strutturali, didattiche, assistenziali.

Le Scuole di specializzazione pur avendo sede presso l'Università afferiscono alle Facoltà di Medicina e Chirurgia e possono essere attivate anche con il concorso di altre Facoltà, fatta salva la classe delle Specializzazioni in Farmaceutica che afferisce alle Facoltà di Farmacia.

Le Scuole di specializzazione operano nell'ambito di una rete formativa dotata di risorse assistenziali e socio-assistenziali adeguate allo svolgimento delle attività professionalizzanti, secondo gli standards individuati dall'Osservatorio Nazionale della formazione medica specialistica.

Il concetto di Rete Formativa viene definito per la prima volta dal D.Lgs. n. 368/1999 modificato, laddove si afferma che *“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 di cui al comma 1, ed e agli accordi fra le università e le aziende sanitarie di cui all'articolo 6, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni. 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 in relazione alle mutate necessità didattiche ed alle specifiche esigenze del programma di formazione del medico stesso”.

L'Osservatorio Nazionale dunque provvede alla determinazione degli standard per l'accreditamento delle strutture universitarie e ospedaliere per le singole specialità, verifica i requisiti di idoneità della rete formativa e delle singole strutture che le compongono, effettua il monitoraggio dei risultati della formazione, nonché per definisce i criteri e le modalità per assicurare la qualità della formazione, in conformità alle indicazioni dell'Unione Europea.

A tal fine le Scuole di Specializzazione possono essere istituite ed attivate anche in collaborazione con altre Facoltà di Medicina e Chirurgia di altre Università, al fine di assicurare una vantaggiosa utilizzazione delle risorse strutturali e del corpo docente, previa stipula di apposita convenzione. L'atto convenzionale individua la sede amministrativa della scuola, le risorse finanziarie, strutturali e di personale docente occorrenti al funzionamento della scuola stessa, anche per i fini di cui all' art. 3, comma 10, del D.M. 270/2004.

Le Facoltà di Medicina e Chirurgia possono istituire e attivare una sola Scuola di Specializzazione per ciascuna tipologia. Per ciascuna scuola il numero minimo di specializzandi iscrivibili non può essere inferiore a 3 per anno di corso. Ciò vuol dire che la Scuola deve garantire un volume formativo atto ad ospitare un numero minimo di specializzandi per anno di corso, ma che in realtà gli iscritti possono essere in numero inferiore rispetto a quello minimo definito.

Elenco Scuole per Area, Classe e Tipologia

AREA MEDICA

Classe Medicina clinica generale

- Medicina interna
- Geriatrics
- Medicina dello sport
- Medicina termale
- Oncologia medica
- Medicina di comunità

Classe Medicina specialistica

- Allergologia ed Immunologia clinica
- Dermatologia e Venereologia
- Ematologia
- Endocrinologia e malattie del ricambio
- Gastroenterologia
- Malattie dell'apparato cardiovascolare
- Malattie dell'apparato respiratorio
- Malattie infettive
- Medicina tropicale
- Nefrologia
- Reumatologia
- Medicina delle Emergenze e delle Urgenze*

*(di nuova istituzione, attivata a partire dall'A.A. 2008/09)

Classe Neuroscienze e scienze cliniche del comportamento

- Neurofisiopatologia
- Neurologia
- Neuropsichiatria infantile
- Psichiatria
- Psicologia clinica

Classe Medicina clinica dell'età evolutiva

- Pediatria

AREA CHIRURGICA

Classe delle Chirurgie generali

- Chirurgia Generale
- Chirurgia dell'apparato digerente
- Chirurgia pediatrica
- Chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica

Classe delle Chirurgie specialistiche

- Ginecologia ed Ostetricia
- Neurochirurgia
- Ortopedia e traumatologia
- Urologia

Classe delle Chirurgie del distretto testa e collo

- Chirurgia Maxillo-Facciale
- Oftalmologia
- Otorinolaringoiatria

Classe delle Chirurgie cardio-toraco-vascolari

- Cardiochirurgia
- Chirurgia Toracica
- Chirurgia Vascolare



AREA SERVIZI CLINICI

Sotto-area dei Servizi clinici diagnostici e terapeutici

Classe della Medicina diagnostica e di laboratorio

Anatomia Patologica
Biochimica Clinica
Microbiologia e Virologia
Patologia Clinica

Classe della diagnostica per immagini e radioterapia

Radiodiagnostica
Radioterapia
Medicina nucleare

Classe dei servizi clinici specialistici

Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva
Audiologia e foniatria
Medicina fisica e riabilitativa
Tossicologia Medica

Classe dei servizi clinici biomedici

Genetica medica
Scienza dell'alimentazione
Farmacologia

Classe delle specializzazioni in odontoiatria

Chirurgia orale
Ortognatodonzia

Sotto-area dei servizi clinici organizzativi e della sanità pubblica

Classe della sanità pubblica

Igiene e Medicina Preventiva
Medicina Aeronautica e Spaziale
Medicina del Lavoro
Medicina Legale
Statistica sanitaria

Classe della farmaceutica

Farmacia ospedaliera

Classe della fisica sanitaria

Fisica Medica

Percorso formativo

Il percorso formativo del medico in formazione ha adottato quale unità di misura dell'impegno formativo i **Crediti Formativi Universitari (CFU)**. Il medico in formazione deve acquisire 300 CFU complessivi, articolati in 5 anni di corso (o 360 CFU per i percorsi formativi delle Scuole articolate in 6 anni di corso). Per ciascuna tipologia di Scuola è indicato il profilo specialistico e sono identificati gli obiettivi formativi ed i relativi percorsi didattici funzionali al conseguimento delle necessarie conoscenze culturali ed abilità professionali. I percorsi formativi vengono articolati in attività formative e a queste vengono attribuiti i CFU.

Il monitoraggio interno e la documentazione delle attività formative, con particolare riguardo alle attività professionalizzanti, deve essere documentato dal libretto-diario delle attività formative nel quale vengono annotate, e certificate mediante firma, le attività svolte dallo specializzando con un giudizio sulle capacità e le attitudini espresso dal docente-tutore preposto alle singole attività.

I percorsi didattici sono articolati in **Attività Formative**, preordinate al raggiungimento degli obiettivi formativi utili a conseguire il titolo. Le Attività sono a loro volta suddivise in **Ambiti omogenei di sapere**, identificati da Settori scientifico disciplinari.

Le Attività formative ed i relativi CFU sono così ripartiti:

- a) **Attività di base** a cui sono assegnati **5 CFU**;
- b) **Attività caratterizzanti** a cui sono assegnati **almeno 270 CFU** per le Scuole articolate in 5 anni di corso e **330 CFU** per le Scuole articolate in 6 anni di corso;
 - b.1) **Attività caratterizzanti elettive** a scelta dello studente a cui può essere assegnata una parte dei CFU dell'Ambito specifico della Scuola;
- c) **Attività Affini, Integrative e Interdisciplinari** a cui sono assegnati **5 CFU**;
- d) **Attività finalizzate alla prova finale** a cui sono assegnati **15 CFU**;
- e) **Altre Attività** a cui sono assegnati **5 CFU**.

Almeno il 70% del complesso delle Attività formative è riservato allo svolgimento di Attività formative professionalizzanti (pratiche e di tirocinio), pari a 210 CFU per le tipologie di Scuole articolate in 5 anni di corso e 252 CFU per le tipologie di Scuole articolate in 6 anni di corso.

a) Le **Attività di base** comprendono uno o più Ambiti, ed i relativi Settori scientifico disciplinari, finalizzati all'acquisizione di conoscenze generali comuni per la preparazione dello specializzando nelle varie tipologie di Scuole comprese nella Classe.

b) Le **Attività caratterizzanti** sono articolate in almeno:

1) un Ambito denominato **Tronco comune** identificato dai Settori scientifico disciplinari utili all'apprendimento di saperi comuni, coordinato da un Docente che nell'Area Medica e nell'Area Chirurgica va identificato,

rispettivamente, nel docente di Medicina Interna e nel docente di Chirurgia Generale, mentre nell'Area dei Servizi Clinici corrisponde al titolare della disciplina prevalente in ciascuna classe.

Al tronco comune sono dedicati il 30% dei crediti delle Attività caratterizzanti da distribuire nell'intero percorso formativo (rispettivamente 81 CFU per le tipologie di Scuole articolate in 5 anni di corso e 99 CFU per le tipologie di Scuole articolate in 6 anni di corso).

Almeno 60 CFU del tronco comune sono dedicati ad attività professionalizzanti (pratiche e di tirocinio).

Nell'Area medica e nell'Area chirurgica, almeno 30 dei suddetti CFU devono essere dedicati ad attività professionalizzanti cliniche, rispettivamente, di medicina interna e di chirurgia generale. I rimanenti 30 CFU devono essere dedicati ad attività professionalizzanti svolte nelle specialità affini alle singole tipologie di scuola comprese nella Classe/Area e nelle attività cliniche di emergenza e pronto soccorso.

Nell'Area dei Servizi le attività professionalizzanti di Tronco comune sono differenziate per Classe.

2) un Ambito denominato **Discipline specifiche della tipologia** identificato da uno o più Settori scientifico disciplinari specifici della figura professionale propria del corso di specializzazione. Alle discipline specifiche della tipologia è assegnato il 70% dei CFU delle Attività caratterizzanti (rispettivamente 189 CFU per le Scuole articolate in 5 anni di corso e 231 CFU per le Scuole articolate in 6 anni di corso);

b1) le **Attività caratterizzanti elettive** a scelta dello studente comprendono un insieme di Attività identificate da Settori scientifico disciplinari, utili a costituire specifici percorsi formativi di approfondimento. A tali Attività è assegnata una frazione di crediti compresi nell'ambito delle Discipline specifiche della tipologia della Scuola (di cui al punto precedente). Possono essere dedicate alle Attività caratterizzanti elettive fino a 45 CFU per le tipologie di Scuole articolate in 5 anni di corso e 50 CFU per le tipologie di Scuole articolate in 6 anni di corso.

c) Le **Attività Affini, Integrative e Interdisciplinari** comprendono uno o più Ambiti, identificati da Settori scientifico disciplinari utili alle integrazioni multidisciplinari.

d) Le **Attività finalizzate alla prova finale** comprendono crediti destinati alla preparazione della tesi per il conseguimento del Diploma di specializzazione.

e) Le Altre Attività comprendono crediti finalizzati all'acquisizione di abilità linguistiche, informatiche e relazionali. Tra tali attività sono comprese, in particolare, quelle per l'apprendimento della lingua inglese a livello sufficiente per la comprensione di testi e la partecipazione a conferenze di ambito scientifico e clinico in quanto condizione indispensabile per l'aggiornamento e l'educazione medica continua.

Nota: Per l'Area Chirurgica, un successivo decreto del M.I.U.R., sentito il Ministero della Salute, detterà le disposizioni per l'individuazione degli interventi di piccola, media ed alta chirurgia, necessari per l'acquisizione delle specifiche abilità previste dall'ordinamento.

SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DISTRIBUZIONE CFU

TABELLA TIPO DELLE ATTIVITÀ FORMATIVE

ATTIVITÀ FORMATIVE				
Attività formative	Ambiti disciplinari	Settori scientifico-disciplinari	CFU	Tot. CFU
Di base	DISCIPLINE GENERALI PER LA FORMAZIONE DELLO SPECIALISTI	SSD	5	5
Caratterizzanti	TRONCO COMUNE	SSD	81 (99) ^a	270 (330)^a
	DISCIPLINE SPECIFICHE DELLA TIPOLOGIA*	SSD della tipologia	189** (231) ^a	
Affini, integrative e interdisciplinari	DISCIPLINE INTEGRATIVE ED INTERDISCIPLINARI	SSD	5	5
Per la prova finale				15
Altre	Ulteriori conoscenze linguistiche, abilità informatiche e relazionali.			5
TOTALE				300 (360)^a

^a CFU per le Scuole con percorso di 6 anni.
 * Ambito specifico per la tipologia della Scuola.
 ** CFU specifici per la tipologia della Scuola utilizzabili anche per le Attività caratterizzanti elettive.

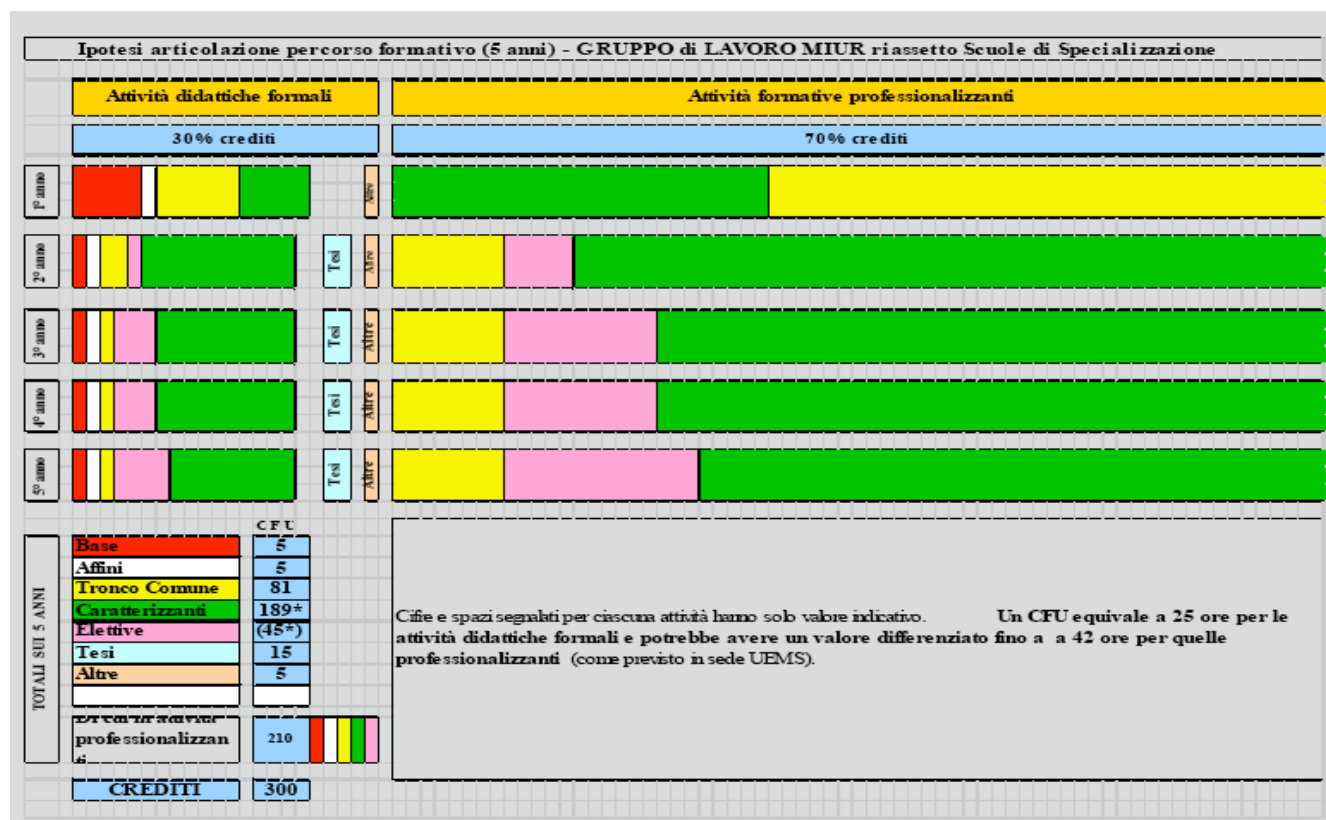
ATTIVITÀ CARATTERIZZANTI ELETTIVE				
Attività formative	Ambiti disciplinari	Settori scientifico-disciplinari	CFU	Tot. CFU
Attività caratterizzanti elettive a scelta dello studente	DISCIPLINE CARATTERIZZANTI ELETTIVE PER LE TIPOLOGIE DELLA CLASSE	Tutti i SSD ritenuti utili per l'attività elettiva	45* (50*) ^a	

^a CFU per le scuole con percorso di 6 anni.
 * I CFU derivano da quelli dell'Ambito specifico della tipologia.

ATTIVITÀ PROFESSIONALIZZANTI				
Attività formative	Ambiti disciplinari	Settori scientifico-disciplinari	CFU	Tot. CFU
Attività professionalizzanti	DISCIPLINE PROFESSIONALIZZANTI		210** (252) ^a	

^a CFU per le scuole con percorso di 6 anni.
 ** Il 70% dei CFU di tutte le Attività.

SCHEMA RIASSUNTIVO DISTRIBUZIONE CFU



Corpo Docente

Per rispondere alle esigenze dettate dal peso determinante delle attività professionalizzanti nelle Scuole di Specializzazione di Area Sanitaria, il Corpo Docente è primariamente composto da figure proprie della specificità della Scuola, con la piena utilizzazione delle figure professionali operanti nelle strutture universitarie e non universitarie inserite nella rete formativa. In particolare valgono le seguenti linee direttive:

- 1 Il corpo docente comprende *docenti universitari* (Professori di ruolo o fuori ruolo di I e II fascia e Ricercatori Universitari) e *docenti non universitari* operanti in strutture accreditate/convenzionate con la Scuola, nominati dalla Facoltà su proposta del Consiglio della Scuola.
2. Il corpo docente *comprende almeno un Professore di ruolo o fuori ruolo nel settore scientifico-disciplinare di riferimento della specialità* (per le Scuole per le quali non è identificabile un settore scientifico-disciplinare di riferimento, almeno un Professore di ruolo o fuori ruolo afferente ad un settore scientifico-disciplinare dell'ambito specifico della tipologia della Scuola).
3. La Direzione della Scuola è affidata ad un Professore di ruolo o fuori ruolo del settore scientifico-disciplinare di riferimento della Scuola.

Nel caso di multipli settori scientifico-disciplinari di riferimento la Direzione della Scuola è affidata ad un Professore di ruolo o fuori ruolo di uno dei settori compresi nell'Ambito delle attività formative caratterizzanti, specifico della Scuola. In entrambe i casi per esigenze particolari ed in via transitoria la Direzione della Scuola è affidata ad un Professore di ruolo o fuori ruolo di un settore scientifico-disciplinare identificato come affine.

4. Il corpo docente comprende almeno un docente universitario (Professori di ruolo o fuori ruolo di I e II fascia e Ricercatori Universitari) *per ciascuno degli Ambiti delle Attività formative caratterizzanti* e almeno un docente universitario per i settori scientifico-disciplinari degli altri ambiti *attivati* nelle diverse attività formative.
5. Per i settori scientifico-disciplinari compresi nelle *Attività di base e nelle Attività affini ed integrative è prevista la figura del Docente Consulente* che, pur rientrando nel corpo docente della Scuola, esplica la sua attività didattica a carattere interdisciplinare senza obbligo di uno specifico corso formale.
6. Ai *Docenti non universitari*, per i quali sarà predisposto un opportuno quadro normativo di riferimento, sono - su proposta del Consiglio della Scuola - affidati compiti di attività didattica formale, professionalizzante e tutoriale in rapporto con le esigenze formative della Scuola. L'affidamento richiede una certificazione e/o una verifica (da parte del Consiglio della Scuola) di esperienza didattica ed, ove possibile ed opportuno, il servizio di almeno cinque anni presso strutture specialistiche accreditate.

7. Per alcune specifiche competenze non presenti in ambito universitario o di strutture non universitarie accreditate/convenzionate con la Scuola, si potrà fare ricorso ad un limitato numero di *contratti per esperti* nel campo di interesse della tipologia della Scuola.

Tutor e Funzione Tutoriale

Ogni attività formativa e assistenziale dei medici in formazione specialistica si svolge 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.

L'attività tutoriale, ove svolta da dirigenti sanitari nei confronti dei medici in formazione specialistica, costituisce specifico titolo da valutare per il conferimento di incarichi comportanti direzione di struttura, ovvero per l'accesso agli incarichi di secondo livello dirigenziale.

Per la *funzione tutoriale* sono previste tre distinte figure (Allegato P):

- a) **Tutore ad personam**: individuato nel docente che segue e consiglia il singolo specializzando durante tutto l'intero corso formativo specialistico;
- b) **Tutore di gruppo**: individuato nel docente che segue un piccolo numero di specializzandi per lo svolgimento di specifiche attività formative professionalizzanti.

Le due precedenti distinte figure tutoriali configurano un vero e proprio compito didattico, affidato a docenti universitari e a docenti affiliati.

- c) **Specializzando tutore**: identificato nello specializzando anziano che, secondo quanto determinato dal regolamento della Scuola, guida l'attività degli specializzandi dei primi anni di corso

VERIFICA DELL'APPRENDIMENTO, MONITORAGGIO E PROVA FINALE

Ai fini delle periodiche verifiche di profitto è proposto l'uso di *prove in itinere* con cadenza scandita dai Regolamenti delle Scuole (art. 38, comma 2 del D.Lgs 368/99), basate su criteri definiti su base nazionale e modulate in rapporto con gli obiettivi formativi propri delle singole Scuole.

Il *monitoraggio interno* e la documentazione delle attività formative, con particolare riguardo alle attività professionalizzanti, è affidato all'uso del *libretto-diario delle attività formative* nel quale vengono annotate, e certificate, le attività svolte dallo specializzando con un giudizio sulle capacità e le attitudini espresso dal docente-tutore preposto alle singole attività. Le attività e gli interventi sono illustrati e certificati, controfirmati dal medico in formazione specialistica, a cura del dirigente responsabile dell'unità operativa presso la quale il medico in formazione specialistica volta per volta espleta le attività assistenziali previste dal programma formativo.

Fra le attività svolte deve essere comunque compreso l'apprendimento della *lingua inglese* a livello sufficiente per la comprensione di testi e la partecipazione a conferenze di ambito scientifico e clinico in quanto condizione indispensabile per l'aggiornamento e l'educazione medica continua.

La *prova finale* consiste nella discussione della tesi di specializzazione e tiene conto dei risultati delle valutazioni periodiche derivanti dalle prove in itinere nonché dei giudizi dei docenti-tutori.

Diploma di Specializzazione e Diploma Supplement

Al termine del corso di specializzazione lo studente consegue il diploma di specializzazione corredato dal **Supplemento al Diploma** rilasciato dalle Università ai sensi dell'art.11, comma 8, del DM 270/2004, che documenta l'intero percorso formativo svolto dallo specializzando e che indica le Attività Elettive che hanno caratterizzato lo specifico percorso individuale.

Le Università rilasciano una certificazione che documenti l'intero percorso formativo svolto dallo specializzando, indicando le Attività elettive che hanno caratterizzato lo specifico percorso individuale. In tal modo lo specialista qualificato per differenti abilità acquisite e certificate sarà valutato per competenze specifiche ai fini dell'accesso al ruolo di dirigente medico, tanto in ambito nazionale che europeo.

OSSERVATORI PER LA FORMAZIONE MEDICO SPECIALISTICA

Osservatorio Nazionale

Presso il M.I.U.R. è attivo l'Osservatorio Nazionale della formazione medica specialistica con il compito di determinare gli standard per l'accreditamento delle strutture universitarie e ospedaliere per le singole specialità, di determinare e di verificare i requisiti di idoneità della rete formativa e delle singole strutture che le compongono, effettuare il monitoraggio dei risultati della formazione, nonché definire i criteri e le modalità per assicurare la qualità della formazione, in conformità alle indicazioni dell'Unione europea.

Ai fini della determinazione dei requisiti di idoneità della rete formativa si tiene conto:

- a) dell'adeguatezza delle strutture e delle attrezzature per la didattica, la ricerca e lo studio dei medici in formazione specialistica, ivi compresi i mezzi di accesso alla lettura professionale nazionale e internazionale;
- b) di un numero e di una varietà di procedure pratiche sufficienti per un addestramento completo alla professione;
- c) della presenza di servizi generali e diagnostici collegati alla struttura dove si svolge la formazione;
- d) delle coesistenze di specialità affini e di servizi che permettono un approccio formativo multidisciplinare;
- e) della sussistenza di un sistema di controllo di qualità delle prestazioni professionali;
- f) del rispetto del rapporto numerico tra tutori e medici in formazione specialistica.

L'accreditamento delle singole strutture è disposto, su proposta dell'Osservatorio, con decreto del Ministro della Sanità di concerto con il Ministro dell'Università e della Ricerca.

L'Osservatorio nazionale è composto da:

- a) tre rappresentanti del MIUR;
- b) tre rappresentanti del Ministero della Sanità;
- c) tre presidi della Facoltà di medicina e chirurgia, designati dalla Conferenza permanente dei Rettori;
- d) tre rappresentanti delle Regioni designati dalla Conferenza permanente dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano;
- e) tre rappresentanti dei medici in formazione specialistica, eletti fra gli studenti iscritti alle scuole di specializzazione con modalità definite con decreto del Ministro dell'Università e della Ricerca. Fino alla data dell'elezione dei rappresentanti, fanno parte dell'Osservatorio tre medici in formazione specialistica nominati, su designazione delle associazioni nazionali di categoria maggiormente rappresentative, dal Ministro della Sanità di concerto con il Ministro dell'Università e della Ricerca, uno per ciascuna delle tre aree funzionali cui afferiscono le scuole di specializzazione.

L'Osservatorio propone ai Ministri della Sanità e dell'Università e della Ricerca le sanzioni da applicare in caso di inottemperanza a quanto previsto dalle normative vigenti.

Il giorno 27/3/2007, presso la sala CUN del M.I.U.R., si è insediato l'Osservatorio Nazionale della formazione medica specialistica, istituito, nella sua nuova composizione, con Decreto del Ministro dell'Università e della Ricerca in data 6/3/2007.

Il S.I.G.M.-S.I.M.S., in qualità di associazione nazionale di categoria tra quelle maggiormente rappresentative sul territorio nazionale, designa uno dei tre rappresentanti dei medici in formazione.

Le scadenze più incombenti a cui sta facendo fronte l'Osservatorio Nazionale si riferiscono all'applicazione della Riforma dell'Ordinamento Didattico e sono di seguito elencate:

- controllo degli standard per l'accreditamento delle strutture per ciascuna scuola di specializzazione, per l'elaborazione della proposta da trasmettere al Ministero della Salute, che potrà procedere alla redazione del decreto per l'accreditamento delle singole strutture, di concerto con il MIUR (cfr. c. 2, art. 43, D.Lgs. n. 368/1999);
- controllo dei requisiti di idoneità delle reti formative per ciascuna scuola di specializzazione, per poi procedere alla redazione di decreti direttoriali del MIUR per l'istituzione e attivazione delle singole scuole;
- determinazione del processo di verifica dei requisiti di idoneità della rete formativa della singola scuola;
- ricognizione degli Osservatori Regionali con l'acquisizione del provvedimento di nomina dei componenti;
- effettuazione del monitoraggio dei risultati della formazione e definizione dei criteri e delle modalità per assicurare la qualità della formazione, conformemente alle indicazioni dell'Unione Europea.

Osservatori Regionali

Presso le Regioni nelle quali sono istituite le scuole di specializzazione è istituito l'Osservatorio Regionale per la formazione medico-specialistica, composto, in forma paritetica, da docenti universitari e dirigenti sanitari delle strutture presso le quali si svolge la formazione nonché da tre rappresentanti dei medici in formazione specialistica.

L'Osservatorio è presieduto da un preside di Facoltà designato dai Presidi delle Facoltà di Medicina e Chirurgia delle Università della Regione. Nella commissione è assicurata la rappresentanza dei direttori delle scuole di specializzazione. L'Osservatorio può articolarsi in sezioni di lavoro. L'Osservatorio definisce i criteri per la rotazione e verifica lo standard di attività assistenziali dei medici in formazione specialistica nel rispetto dell'ordinamento didattico della scuola di specializzazione, del piano formativo individuale dello specializzando e dell'organizzazione delle aziende e strutture sanitarie, in conformità alle indicazioni dell'Unione Europea.

L'Osservatorio è nominato dalla Regione ed ha sede presso una delle Aziende Sanitarie della rete formativa dei corsi di specializzazione. L'organizzazione dell'attività dell'Osservatorio è disciplinata dai protocolli d'intesa fra Università e Regione e negli accordi fra le Università e le Aziende, attuativi delle predette

intese, ai sensi dell'articolo 6, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

L'Osservatorio fornisce altresì elementi di valutazione all'Osservatorio Nazionale.

In più occasioni il S.I.M.S. ha sollecitato i Ministeri della Salute e dell'Università e Ricerca affinché provvedessero all'istituzione d'ufficio presso ciascuna Regione "inadempiente" del corrispettivo **Osservatorio Regionale per la Formazione Medica Specialistica**, come previsto dall'art. 44, comma 4, del D. Lgs 368/99, in modo da rendere pieni poteri all'Osservatorio Nazionale. Allo stato attuale, infatti, solo un numero esiguo delle Regioni ha provveduto all'istituzione del rispettivo Osservatorio Regionale, rendendo di fatto più ostico il lavoro portato avanti dall'Osservatorio Nazionale.

In data 12 Aprile 2007 è stata inviata una lettera, a firma del Presidente dell'Osservatorio Nazionale, indirizzata agli assessori regionali alla Sanità, chiedendo notizie sulla costituzione degli Osservatori Regionali, previsti dall'art. 44. del D.Lgs. n. 368/1999, nonché l'invio di una copia del provvedimento di costituzione dell'organismo ed, eventualmente, una breve relazione sull'attività svolta. A seguito della scarsa adesione all'invito da parte delle Regioni, lo scorso nel mese di luglio 2008, il Ministro della Salute, recepita una ulteriore richiesta di intervento avanzata dall'Osservatorio Nazionale, ha comunicato alle Regioni inadempienti che, permanendo tale stato delle cose, provvederà d'ufficio all'istituzione degli Osservatori Regionali in questione.

VERIFICA E CONTROLLO DEI REQUISITI SCUOLE

Tutte le Scuole di Specializzazione attive, di vecchia e nuova istituzione, si sono sottoposte a procedura di Accredimento, documentando attraverso procedura informatica certificata la sussistenza dei requisiti minimi richiesti ai fini dell'esercizio delle competenze formative e professionalizzanti del medico in formazione specialistica.

Tale procedura ha inoltre permesso di quantificare il "Potenziale Formativo" di ciascuna scuola di specializzazione, inteso quale numero di specializzandi per anno di corso potenzialmente formabile all'interno della rete formativa facente capo alla scuola di specializzazione. Sulla base di tale parametro, inoltre, è stato possibile definire per ciascuna scuola il numero massimo di contratti di formazione specialistica (Ministeriali, Regionali, Privati) attribuibili per ciascun nuovo anno accademico in sede di bando di concorso.

Il Decreto Direttoriale MIUR del 21/7/2009 ha disciplinato il Procedimento di verifica e controllo relativi alla presenza dei requisiti minimi delle scuole di specializzazione (Allegato T), attribuendo all'Osservatorio Nazionale della Formazione Medico-specialistica tale incombenza. Nel particolare, l'Osservatorio Nazionale provvederà a verificare ed a controllare il possesso dei requisiti richiesti alla Scuola di Specializzazione, dei presupposti, delle condizioni, degli standard richiesti per l'accredimento e del rispetto dell'ordinamento didattico della scuola avvalendosi anche dell'opera di esperti appositamente designati e in collaborazione con gli

Osservatori regionali. La verifica avverrà con periodicità biennale, dando preavviso al responsabile della Scuola. Resta comunque salva la facoltà di effettuare controlli e verifiche, anche senza preavviso, indipendentemente dalla scadenza biennale.

In fase di verifica dei requisiti, l'Osservatorio Nazionale chiederà di provvedere all'adeguamento delle scuole ai requisiti prescritti. L'ottemperanza delle prescrizioni sarà oggetto di verifica nei termini fissati dall'Osservatorio Nazionale.

Qualora l'Osservatorio rilevi, a seguito di verifica, la difformità o il mutamento di uno o più presupposti, condizioni e/o di uno o più standard che avevano consentito l'accreditamento della struttura, oppure l'inosservanza di uno o più impegni assunti, o la difformità o il mutamento di uno o più requisiti, o il mancato rispetto all'ordinamento didattico della scuola provvede a segnalare (al Ministero) all'Università eventuali inadempienze, cui fa riferimento la Scuola di Specializzazione, eventuali inadempienze riscontrate e contestualmente invita la stessa a ripristinare, entro il termine indicato dall'Osservatorio, la conformità ai requisiti prescritti.

Entro lo stesso termine l'Università potrà produrre memorie scritte e documenti.

Decorso inutilmente il termine assegnato il Ministro dell'Istruzione adotta il provvedimento di sospensione della Scuola indicando le misure atte a garantire la continuazione e conclusione degli studi agli specializzandi. La sospensione non potrà in ogni caso essere inferiore a 10 giorni e non potrà superare i 6 mesi.

Qualora lo stato di difformità o di mutamento dei presupposti, delle condizioni, degli standard, dei requisiti o l'inosservanza degli impegni assunti permanga oltre il periodo di sospensione, il Ministero dell'università e della ricerca adotta il provvedimento di pronuncia di disattivazione della Scuola, provvedendo, nello stesso provvedimento, ad indicare le misure atte a garantire la continuazione e conclusione degli studi agli specializzandi.

Accorpamenti e razionalizzazione delle scuole di specializzazione

Col D.M. – MIUR dell'1 agosto 2005 viene introdotto ed istituzionalizzato il concetto di Rete Formativa costituita oltre che dalle strutture Universitarie anche dalle strutture Extra Universitarie (Aziende Ospedaliere, Aziende Sanitarie Territoriali, Case di cura, IRCCS, ecc.). L'Università, dunque, allarga i propri orizzonti formativi al fine di poter documentare, per ciascuna scuola di specializzazione attivata, gli standard ed i requisiti formativi previsti dal nuovo ordinamento didattico.

Con successivo D.M. – MIUR del 31 marzo 2009 si è dato il via ad un'azione mirata alla Razionalizzazione dell'eccessivo numero di scuole di specializzazione, circa 1500, insistenti sul territorio nazionale. A tal fine è stato introdotto l'istituto giuridico delle "Federazioni" tra scuole di specializzazione, con l'individuazione, per le scuole soggette agli accorpamenti federativi, di una scuola capofila, sede di tutte le

attività amministrative, e delle scuole federate alla capofila, queste ultime autonome rispetto alla sede capofila da un punto di vista dell'organizzazione e gestione della didattica. Il modello federativo, per quanto fortemente avversato dalla base, tanto per le modalità e la tempistica dell'introduzione, quanto per la mancata adozione di criteri oggettivi e condivisi per la definizione delle federazioni, è stato definito quale esperienza fallimentare da una Commissione di Esperti, nominata dal MIUR. Con una successiva Nota a firma del Capo Dipartimento del MIUR, datata 19 ottobre 2009 (Allegato Z), le federazioni sono state superate dalle "Aggregazioni" di scuole di specializzazione.

La predetta Commissione di Esperti, creata in vero per la verifica e controllo dei requisiti minimi e del monitoraggio dei risultati della qualità della formazione, è stata altresì incaricata di elaborare i seguenti Criteri per l'attivazione delle scuole di specializzazione a partire dall'anno accademico 2009/2010:

1) Scuole di specializzazione di carattere generale e di maggiore impatto per il SSN, attivate di base in tutti gli Atenei con Facoltà di Medicina e non soggette ad aggregazione, purché adeguate ai dettami del riassetto:

- Anestesia e Rianimazione
- Chirurgia Generale
- Ginecologia ed ostetricia
- Igiene e Medicina Preventiva
- Malattie dell'apparato cardiovascolare
- Medicina Interna
- Ortopedia e Traumatologia
- Pediatria
- Psichiatria
- Radiodiagnostica

2) Possesso dei seguenti requisiti, valutati nel loro complesso:

- a) Docenti della tipologia della scuola con adeguata produzione scientifica e documentata competenza professionale;
 - b) Volumi di attività della rete formativa, valutata sulla base delle soglie di attività e del case mix;
 - c) Adeguate dimensioni della Facoltà di Medicina e Chirurgia, in misura atta ad assicurare in termini di strutture e di docenza le risorse necessarie al tronco comune;
 - d) Pregressa attività della scuola, documentata dalla assegnazione media di almeno tre borse/contratti (nazionali e regionali), nel periodo compreso tra il 2003- 4 e il 2007-8
- 3) Le reti formative delle scuole di specializzazione prive dei requisiti precedenti non sono attivabili e integrano le reti delle scuole attivate.

B) Ordinamento Didattico Previgente

È stato definito ai sensi del DECRETO MINISTERIALE 11 maggio 1995: *Modificazioni all'ordinamento didattico universitario relativamente alle scuole di specializzazione del settore medico.*

Attraverso tale decreto sono state istituite nelle Università le Scuole di Apecializzazione dell'area sanitaria, eventualmente articolate in indirizzi, con lo scopo di formare medici specialisti nel settore dell'area medica.

Organizzazione delle Scuole

La durata del Corso degli studi per ogni singola Specializzazione è definito nell'Ordinamento didattico specifico della Scuola.

Ciascun anno di corso prevede di norma 200 ore di didattica formale e seminariale ed attività di tirocinio guidate da effettuare frequentando le strutture sanitarie delle Scuole universitarie e/o ospedaliere convenzionate, sino a raggiungere l'orario annuo complessivo previsto per il personale medico a tempo pieno operante nel Servizio Sanitario Nazionale. Tali ordinamenti delle singole scuole disciplinano gli specifici standards formativi.

Concorrono al funzionamento delle Scuole le Facoltà di Medicina e Chirurgia, i Dipartimenti e gli Istituti nonché le strutture ospedaliere eventualmente convenzionate.

Le strutture ospedaliere convenzionabili debbono rispondere nel loro insieme a tutti i requisiti di idoneità di cui all'art. 7 del D.L./vo 257/1991. Rispondono automaticamente a tali requisiti gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, operanti in settori coerenti con quello proprio della Scuola di Specializzazione. Le predette strutture non Universitarie sono individuate con i protocolli d'intesa di cui allo stesso art. 6, comma 2 del D.L./vo n. 502/1992.

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 D.L./vo 257/1991).

Fatti salvi i criteri generali per la regolamentazione degli accessi, previsti dalle norme vigenti, ed in base alle risorse umane e finanziarie ed alle strutture ed attrezzature disponibili, ogni Scuola è in grado di accettare un numero massimo di iscritti, determinato per ciascun anno di corso ed in totale.

Il numero effettivo degli iscritti è determinato dalla programmazione nazionale, stabilita di concerto tra il Ministero della Salute ed il Ministero dell'Università e della Ricerca, e dalla successiva ripartizione dei posti tra le singole Scuole. Il numero degli iscritti a ciascuna Scuola non può superare quello totale previsto dallo Statuto; in caso di previsione statutaria di indirizzi riservati a laureati non medici, lo statuto della Scuola indica il numero massimo degli iscrivibili.

Sono ammessi al Concorso di ammissione alla Scuola i Laureati del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, nonché, per gli specifici indirizzi, laureati non medici. Le lauree sono specificate nelle singole tipologie. Sono altresì ammessi al Concorso coloro che siano in possesso di titolo di studio, conseguito presso Università straniere e ritenuto equipollente dalle competenti Autorità accademiche italiane.

L'Università, su proposta del Consiglio della singola Scuola e del Consiglio della Facoltà di Medicina e Chirurgia quanto trattasi di più Scuole per la stessa Convenzione, può stabilire protocolli di intesa ai sensi del 2 comma, dell'articolo 6 del D.L./vo 502/1992, per i fini di cui all'articolo 16 del medesimo D.L./vo. L'Università, su proposta del Consiglio della Scuola, può altresì stabilire Convenzioni con Enti Pubblici o Privati con finalità di sovvenzionamento per lo svolgimento di attività coerenti con gli scopi della Scuola.

Rete Formativa

Ai sensi del D.M. 11 maggio 1995 (Art. 2, comma 3), concorrono al funzionamento delle Scuole le Facoltà di Medicina e Chirurgia, i Dipartimenti e gli Istituti, nonché le strutture ospedaliere eventualmente convenzionate.

Le strutture ospedaliere convenzionabili debbono rispondere nel loro insieme a tutti i requisiti di idoneità. Rispondono automaticamente a tali requisiti gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, operanti in settori coerenti con quello proprio della Scuola di Specializzazione.

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.

Viene dunque stipulata tra l'Università e la struttura afferente una CONVENZIONE PER L'UTILIZZO DI STRUTTURE EXTRAUNIVERSITARIE A FINI DIDATTICI INTEGRATIVI DELLA SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE.

Percorso formativo

Il Consiglio della Scuola è tenuto a determinare l'articolazione del Corso di Specializzazione ed il relativo piano degli studi nei diversi anni e nelle strutture precedentemente descritte.

Il Consiglio della Scuola, al fine di conseguire lo scopo e gli obiettivi previsti e specificati nelle apposite Tabelle A e B relative agli standards formativi specifici per ogni Specializzazione, determina pertanto, nel rispetto dei diritti dei malati:

- a) la tipologia delle opportune attività didattiche, ivi comprese le attività di laboratorio pratiche e di tirocinio;
- b) la suddivisione nei periodi temporali delle attività didattica teorica e seminariale, di quella di tirocinio e le forme di tutorato.

Il Piano di studi è determinato dal Consiglio di ogni Scuola nel rispetto degli obiettivi generali e di quelli da raggiungere nelle diverse aree, degli obiettivi specifici e dei relativi settori scientifico disciplinari riportati per ogni singola Specializzazione nella specifica Tabella A.

L'organizzazione del processo di addestramento ivi compresa l'attività svolta in prima persona, minima indispensabile per il conseguimento del Diploma, è attuata nel rispetto di quanto previsto per ogni singola Specializzazione nella specifica Tabella B.

Il Piano dettagliato delle attività formative è deliberato dal Consiglio della Scuola e reso pubblico nel Manifesto annuale degli Studi.

All'inizio di ciascun anno di corso il Consiglio della Scuola programma le attività comuni per gli specializzandi e quelle specifiche relative al tirocinio. Per tutta la durata della Scuola gli specializzandi sono guidati nel loro percorso formativo da tutori designati annualmente dal Consiglio della Scuola.

Il Tirocinio è svolto nelle strutture universitarie ed in quelle ospedaliere convenzionate. Lo svolgimento della attività di tirocinio e l'esito positivo del medesimo sono attestati dai docenti ai quali sia affidata la responsabilità didattica, in servizio nelle strutture presso cui il medesimo tirocinio sia stato svolto.

Il Consiglio della Scuola può autorizzare 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. A conclusione del periodo di frequenza all'estero, il Consiglio della Scuola può riconoscere utile, sulla base d'idonea documentazione, l'attività svolta nelle suddette strutture estere.

Conseguimento del Titolo

L'esame finale consta nella presentazione di un elaborato scritto su una tematica, coerente con i fini della Specializzazione, assegnata allo specializzando almeno un anno prima dell'esame stesso e realizzata sotto la guida di un docente della Scuola. La Commissione d'esame per il conseguimento del Diploma di Specializzazione è nominata dal Rettore dell'Ateneo, secondo la vigente normativa. Lo specializzando, per essere ammesso all'esame finale, deve aver frequentato in misura corrispondente al monte ore previsto, aver superato gli esami annuali ed il tirocinio ed aver condotto in prima persona, con progressiva assunzione di autonomia professionale, atti medici specialistici certificati secondo lo standards nazionale specifico riportato nelle Tabelle B.

Le Tabelle A e B, che definiscono gli standards nazionali per ogni singola tipologia di Scuola (sugli obiettivi formativi e relativi settori scientifico disciplinari di pertinenza e sull'attività minima dello specializzando per l'ammissione all'esame finale), sono decretate ed aggiornate dal Ministro dell'Università e della Ricerca, con le procedure di cui all'art. 9 della legge 341/1990). Gli standards sono applicati a tutti gli indirizzi previsti.

La Tabella relativa ai requisiti minimi necessari per le strutture convenzionabili è decretata ed aggiornata con le procedure di cui all'art. 7 del D.L./vo 257/1991.

BIBLIOGRAFIA E NORMATIVA DI RIFERIMENTO

D.Lgs. 368 del 1999, modificato dalla Legge n. 266/2005.

C. Puccini "Istituzioni di Medicina Legale", Casa Editrice Ambrosiana.

L. Macchiarelli et Al "Compendio di Medicina Legale", Edizioni Minerva Medica.

Sentenza del 24.11.99, Sez. IV della Cassazione Penale.

Sentenza del 20.01.2004, Sez. IV della Cassazione Penale.

Bollettino Ordine dei Medici della Provincia di Milano.

Codice Penale.

DECRETO MINISTERIALE 11 maggio 1995: *Modificazioni all'ordinamento didattico universitario relativamente alle scuole di specializzazione del settore medico*

Decreto M.I.U.R. sul Riassetto delle Scuole di specializzazione di area sanitaria. (GU n. 258 del 5-11-2005-Suppl. Ordinario n.176)

DECRETO DEL MINISTRO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA del 6 marzo 2006, n.172 "Regolamento concernente le modalità per l'ammissione dei medici alle scuole di specializzazione in medicina", pubblicato sulla GAZZETTA UFFICIALE - SERIE GENERALE N. 109 - in vigore quindi nella sua formulazione rivisitata a partire dall'A.A. 2007/08.

Decreto Ministeriale 445/2001

APPENDICE ESTERO

67

Segretariato Italiano Giovani Medici (S.I.G.M.)

www.giovanemedico.it - www.sims.ms - www.juniordoctors.it



Opera soggetta a **Licenza Creative Commons** "Attribuzione-Non commerciale-Non opere derivate" - versione 2.5 Italia

FORMAZIONE ALL'ESTERO

L'Art 40, comma 6 del D.Lgs 368/1999, modificato dalla legge n. 266/2005, stabilisce che *“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”*.

Inoltre, l'Art 4, comma 4, del vigente D.M. 11 maggio 1995 afferma che *“Il Consiglio della Scuola può autorizzare 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”*. A conclusione del periodo di frequenza all'estero, il Consiglio della Scuola può riconoscere utile, sulla base d'idonea documentazione, l'attività svolta nelle suddette strutture estere”.

In realtà è in discussione a seguito di un parere della Conferenza Stato – Regioni l'ampliamento di tale periodo fino a 18 mesi.

Il medico in formazione impegnato in un periodo autorizzato di formazione all'Estero può usufruire di Borse integrative per il sostentamento (spese di viaggio, vitto ed alloggio) limitatamente al periodo trascorso all'estero. Tale periodo è altra cosa rispetto la così detta “missione scientifica”, prevista in regime di borsa di studio (D.Lgs 368/99), laddove era possibile creare un periodo di discontinuità con la specializzazione (oggi non più consentito in regime di contratto di formazione), congelando la posizione dello specializzando all'interno della scuola, al termine del quale il borsista riprendeva il corso di studio dal punto in cui questo era stato interrotto.

Inoltre, allo specifico quesito *“se sia compatibile il contratto di formazione specialistica con l'attribuzione di una borsa di studio estera finalizzata ad integrare, con soggiorno all'estero, lo svolgimento dell'attività formativa, per un determinato periodo”* il MIUR ha risposto (Allegato Q) che si *“ritiene che possa essere applicato l'art. 6, c. 1, della legge n. 398/1989”* (Allegato R), che prevede la possibilità di cumulo con borse di studio erogate da istituzioni nazionali o straniere utili ad integrare l'attività di formazione o di ricerca di borsisti.

GIOVANI MEDICI IN EUROPA

 <p>AUSTRIA</p> <p>Medicina Generale: 3 anni</p> <p>Scuole di Specializzazione: 6 anni</p> <p>L'accesso alle scuole di specializzazione è demandato ai singoli ospedali.</p> <p>Maggiori informazioni</p>	 <p>GERMANIA</p> <p>Medicina Generale: 3 anni</p> <p>Scuole di Specializzazione: 4-6 anni.</p> <p>Non vi è un numero definito di posti nelle scuole di specializzazione.</p> <p>Maggiori informazioni</p>	 <p>FINLANDIA</p> <p>Medicina Generale: 3-4 anni</p> <p>Scuole di Specializzazione: 6-8 anni</p> <p>E' necessario trovare un professore che supervisioni il proprio programma di formazione</p> <p>Maggiori informazioni</p>
 <p>OLANDA</p> <p>Medicina Generale: 3 anni</p> <p>Scuole di Specializzazione: 4-6 anni.</p> <p>Chi aspira ad entrare in una scuola di specializzazione deve presentare la domanda ai singoli dipartimenti di specializzazione. Per alcune scuole la gestione delle domande è invece centralizzata (Committee for the Registration of Specialists - SRC)</p> <p>Maggiori informazioni</p>	 <p>SPAGNA</p> <p>Medicina Generale: 3 anni</p> <p>Scuole di Specializzazione: 3-5 anni</p> <p>L'esame è unico nazionale (MIR). Il numero di posti è determinato ogni anno e dipende dalla necessità di specialisti e dei posti disponibili negli ospedali</p> <p>Maggiori informazioni</p>	 <p>FRANCIA</p> <p>Medicina Generale: 2 e 1/2 anni</p> <p>Scuole di Specializzazione: 4-6 anni.</p> <p>L'accesso alle scuole di specializzazione è subordinato ad un esame organizzato dalle singole università.</p> <p>Maggiori informazioni</p>



REGNO UNITO

Medicina Generale: 3 anni

Scuole di Specializzazione: 6-8 anni.

Per conseguire il titolo di specialista bisogna superare l'esame del Specialist Training Authority (STA) of the Medical Royal Colleges for a Certificate of Completion of Specialist Training (CCST) solo dopo aver completato il training come Senior House Officer (2 anni) e Specialist Register (4-6 anni).

[Maggiori informazioni](#)



IRLANDA

Medicina Generale: 3 anni

Scuole di Specializzazione: 3-4 anni.

Diverse istituzioni supervisionano le scuole di specializzazione a cui è possibile accedere tramite concorso.

[Maggiori informazioni](#)



PORTOGALLO

Medicina Generale: 3 anni

Scuole di Specializzazione: 3-4 anni.

L'accesso alle scuole di specializzazione è subordinato al superamento di un esame nazionale (internato complementare).

[Maggiori informazioni](#)



SVEZIA

Medicina Generale: 21 mesi

Scuole di Specializzazione: minimo 5 anni.

Per poter intraprendere studi specialistici è necessario aver terminato il basic clinical training di 21 mesi.

[Maggiori informazioni](#)



GRECIA

Medicina Generale: 3 anni

Scuole di Specializzazione: 3-7 anni

Soltanto dopo un periodo di pratica obbligatorio della durata di 1 anno si può accedere alle scuole di specializzazione.

[Maggiori informazioni](#)



DANIMARCA

Medicina Generale: 3 e 1/2 anni

Scuole di Specializzazione: 4-7 e 1/2 anni

I diversi ospedali offrono "vacancies" retribuiti in diverse specializzazioni a seconda delle necessità formative

[Maggiori informazioni](#)

ACCESSO ALLE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE IN SPAGNA

II M.I.R.

L'esame MIR (Medico Interno Residente) o concorso per accedere alla scuola di specializzazione medica in Spagna è un esame nazionale unico per tutti. L'esame si svolge lo stesso giorno ed alla stessa ora nelle diverse città autorizzate. L'esame consiste nella risoluzione di 250 (+10 di riserva) quiz a risposta multipla riguardanti tutta la Medicina generale (dall'anatomia fino alla pediatria) prevalentemente presentati come casi clinici. Le domande sono rinnovate ogni anno, sono prodotte da decine e decine di docenti di tutto il Paese ed estratte casualmente. L'esame partecipa al giudizio finale per il 75%, mentre il restante 25% è calcolato in base alla media accademica (tutte le votazioni ottenute durante il corso di laurea). Il voto finale di laurea (inesistente in Spagna) non ha valore in questo calcolo. In base ai punteggi finali si realizza una graduatoria nazionale in cui chi ha ottenuto il massimo punteggio ottiene il numero 1 e così via.

Scelta della Scuola di Specializzazione

La scelta della Scuola di Specializzazione viene fatta a Madrid in modo pubblico e volontario dai candidati che hanno ottenuto un posto utile in graduatoria. Il Ministero di Sanità e Consumo convoca i primi 200 in graduatoria e a cominciare dal primo (colui che ha conseguito il punteggio 1) ciascuno deve presentare la sua scelta di Specialità, Città e Ospedale. Il giorno successivo vengono convocati i successivi 200 candidati vincitori sino ad occupazione completa dei posti a disposizione.

Cosa deve fare un Medico Italiano per sostenere l'esame MIR

Il primo passo per un Medico Italiano per potersi presentare al MIR è ottenere il riconoscimento in Spagna della sua Laurea in Medicina e Chirurgia, oppure ottenere l'omologazione della sua Laurea in Medicina e Chirurgia al corrispondente diploma spagnolo. Tutti i due modi danno accesso all'esame MIR.

1- Riconoscimento Professionale tramite Direttive Settoriali: *Il diritto alla libera circolazione dei lavoratori all'interno dell'Unione Europea si manifesta con l'esistenza di una serie di Direttive Comunitarie che regolano il sistema di riconoscimento dei titoli, agli effetti professionali, tra i diversi paesi membri dell'U.E. Per ottenere il riconoscimento bisogna fare domanda tramite modulo ufficiale allegando i seguenti documenti:*

- A-** Certificato di Laurea + Certificato d'Abilitazione Professionale.
- B-** Fotocopia della carta d'identità/passaporto, certificata da Consolato o Ambasciata di Spagna a Roma.

C- Traduzione “Ufficiale” in Castellano del certificato di laurea e del certificato d’Abilitazione professionale.

Il processo dura tra 3-5 mesi. E’ meglio consegnare la domanda o farla consegnare direttamente in Spagna (Ministerio de Educación y Ciencia. Subdirección general de títulos, convalidaciones y homologaciones. Consejería de títulos de la unión europea. Paseo del Prado, nº 28. 28071 Madrid).

Purtroppo nei diversi consolati non sono molto informati su documenti o tempistica necessaria.

Il modulo ufficiale lo trovate su: <http://www.mec.es/mecd/titulos/files/Anexo6.rtf>

2- **Omologazione al corrispondente diploma Spagnolo:** insieme al modulo ufficiale:

<http://www.mec.es/mecd/titulos/files/Anexo9-2.doc> presentare i seguenti allegati:

- A- Certificato di Laurea e degli esami sostenuti
- B- Fotocopia della carta d’identità/passaporto certificata da Consolato o Ambasciata di Spagna a Roma)
- C- Traduzione “Ufficiale” al Castellano del certificato di laurea con degli esami sostenuti

È possibile pagare la tassa di 88,63 euro al consolato oppure se si sceglie di presentare il tutto direttamente in Spagna bisogna consegnarlo insieme al modello 790:

<http://www.mec.es/mecd/jsp/plantilla.jsp?id=976&area=titulos>

Il processo dura tra 6-18 mesi. È compatibile con il dottorato di Ricerca in Spagna. Quello che è sicuro è che si può fare l’esame MIR e tutta la Specializzazione e lavorare come Medico in Spagna.

Il secondo passo è Ottenere il D.E.L.E. (Diploma de Espanol como Lengua Extranjera). Il D.E.L.E. richiesto per il MIR deve essere di livello intermedio o superiore. Non è più un requisito indispensabile, tuttavia occorre uno spagnolo fluente per il superamento dell’esame. Il diploma si ottiene dopo aver superato l’esame finale che si svolgerà in Italia presso l’Istituto Cervantes di Roma o Milano.

ROMA

MILANO

<http://roma.cervantes.es> tel.:39 06 853 73 61 <http://milan.cervantes.es> Tel.:39 02 720 23 450

N.B.: Occorrerebbe svolgere l’esame il prima possibile dal momento che sono previste solo due date all’anno.

Con il Riconoscimento Professionale/Omologazione più il DELE si è dunque in grado di presentare domanda per svolgere il MIR. Per completare la domanda al MIR occorre aspettare che il Ministero di Sanità e Consumo emetta il bandi sul B.O.E. (boletín oficial). Ciò avviene solitamente fra Agosto ed Ottobre di ogni anno. In questo B.O.E viene anche specificata la data dell'esame MIR. Negli ultimi anni tuttavia si è svolto sempre nel mese di gennaio.

Come preparare il MIR

L'esame MIR è un esame di elevato grado di difficoltà. La possibilità di scegliere una determinata Specialità in una determinata città dipende molto dal punteggio ottenuto. L'ultimo esame MIR prevedeva un totale di 6.517 posti; a svolgere l'esame sono stati ammessi 10.772 Medici. Fra questi 7568 erano Medici Spagnoli e 3.204 erano Medici Stranieri. Tra gli stranieri 418 erano Medici della Comunità Europea (170 Medici Italiani), la maggior parte sudamericani con doppia cittadinanza (argentini, uruguaiani, paraguaiani, brasiliani).

L'esame MIR prevede lo studio di tutta la Medicina Generale. I medici spagnoli si preparano all'esame in media da 8-14 mesi prima. E' possibile studiare autonomamente oppure affidarsi ad un'accademia che segue lo studente nella preparazione, di fatto incrementando i risultati.

Le Accademie

Le due accademie storiche, molto ricercate e che da sempre garantiscono i migliori risultati sono la Accademia CTO e la Accademia Mir Asturias. Ci sono anche delle accademie più recenti: l'Accademia AMIR e l'Accademia del Colegio de Medicos.

1- Accademia CTO

Quest'anno ha battuto ogni record in quanto a iscritti: più di 4000, ossia quasi il 50% dei partecipanti al concorso nazionale. Ha sedi in quasi tutte le principali città spagnole (ma anche in America Latina), prevede lezioni tutti i sabati, simulazioni di tests ogni due-tre settimane e fornisce manuali compatti e di facile consultazione. I corsi iniziano a ottobre, gennaio, aprile e luglio e le classi sono formate da 30-70 alunni. E' caratterizzata da docenti giovani, preparati, dinamici e simpatici, che riescono a far comprendere materie noiose nonostante le molte ore di lezione concentrate in solo giorno. Il suo pregio è anche il suo difetto: la presenza di classi molto piccole favorisce indubbiamente l'interazione docente-alunni, ma allo stesso tempo non garantisce una uniformità di formazione, che dipende molto dallo studio personale. Rappresenta l'Accademia ideale per chi riesce a gestire il proprio tempo da solo, studiando dal lunedì a venerdì per conto proprio, e preferisce andare a lezione una volta sola a settimana.

Costo dei corsi: intorno a 1700 euro

Indirizzo: <http://www.grupocto.es/web/medicina/index.asp>

2 - Accademia MIR Asturias

L'Accademia "storica", che per anni ha goduto di una supremazia pressoché incontrastata. Si serve di docenti molto seri e preparati, in media più anziani di quelli della CTO. Prevede lezioni tutti i giorni feriali, simulazioni di tests il sabato e fornisce manuali molto schematici ma estremamente completi. Il corso base (facoltativo) inizia a marzo, il corso intensivo (quello classico) a fine giugno. Cosa importante: le lezioni si tengono solo a Oviedo (la Udine spagnola), in due turni da 500 studenti l'uno.

Ideale per chi, o per caratteristiche personali, o perché non ha goduto di una preparazione esemplare durante l'università, preferisce essere seguito e guidato quotidianamente in questo difficile e lungo percorso. Ideale anche per chi crede nella collaborazione per superare questo scoglio e per chi ha bisogno di vivere in un posto estremamente tranquillo per prepararsi per l'esame.

Costo dei corsi: intorno a 2800 euro.

<http://www.curso-mir.com/>

3 - Accademia AEMIR

Offre la possibilità di pagare il costo del corso dopo l'inizio della specializzazione.

<http://www.academiamir.com/>

4 - Accademia del Colegio de Medicos (AULAMIR)

<http://www.aulamir.com/>

Links Utili:

Ministerio de Sanidad y Consumo

<http://www.msc.es/>

Ambasciata di Spagna a Roma

Palacio Borghese, Largo Fontanella di Borghese, 19

00186 Roma

Tel. 06 684 04 01 Fax. 06 687 22 56

<http://www.ambaspagnaufstampaitalia.com/home/index.asp>

Consolato Generale di Spagna a Genova

Piazza Rossetti, 1-4

16129 Genova

Tel. 56 26 69 / 58 71 77 Fax. 58 64 48

Consolato Generale di Spagna a Milano

Via Fatebenefratelli, 26

20121 Milan

Tel. 632 88 31 Fax. 657 10 49

Consolato Generale di Spagna a Napoli

Via dei Mille, 40

80121 Napoles

Tel. 41 11 57 / 41 41 15 Fas. 40 16 43

Consolato Generale di Spagna a Roma

Via Campo Marzio, 34

00186 Roma

Tel. 06 687 14 01 / 06 687 38 22 / 06 68 30 05 87 Fax. 06 687 11 98

Ambasciata di Spagna a Roma - Santa Sede

Palazzo di Spagna. Piazza di Spagna, 57 00187 Roma

Tel. 06 678 43 51/52/53/54 Fax. 06 678 43 55

Consulado Honorario en Florencia

Tel. 0552608606

SPECIALIZZAZIONE NEL REGNO UNITO (UK)

Introduzione

Il corso di formazione post-laurea in Inghilterra e Scozia ha subito delle profonde mutazioni nel corso degli ultimi anni.

All'interno dell'NHS vi sono molti medici provenienti dal Pakistan e dall'India che hanno sovraccaricato il Regno Unito, rendendo il sistema di reclutamento dei medici in formazione molto più competitivo che in passato. In oltre, è aumentato il numero dei cittadini britannici che sceglie di laurearsi in medicina.

Il governo inglese ha, pertanto, diramato nuove leggi che cerchino di salvaguardare i medici inglesi e quelli provenienti dalla Comunità Europea, ponendo questi in una posizione privilegiata rispetto ai colleghi extracomunitari. Quindi, se un pakistano ed un italiano presentano una domanda per entrare nel programma di formazione inglese, il medico italiano, indipendentemente dal curriculum del collega pakistano, avrà la priorità di scelta.

A dire il vero, chi scrive non condivide queste nuove determinazioni, nella misura in cui, nel lavorare a stretto contatto con medici dell'estremo oriente, ha potuto constatare che questi sono mediamente molto competenti, brillanti ed affabili.

Tuttavia, questo rappresenta un enorme vantaggio per chi proviene dalla Comunità Europea.

FOUNDATION PROGRAMME

Introduzione

Il programma post-laurea si articola in maniera completamente diversa da quello italiano. Il primo step è rappresentato dal cosiddetto **FOUNDATION PROGRAMME** (FP). Si tratta di un vero e proprio contratto lavorativo, della durata di due anni, in cui il candidato ruoterà, a scadenza quadrimestrale, attraverso aree cliniche diverse.

Ogni anno il candidato cambia ospedale, rimanendo all'interno dello stesso Deanery (per Deanery si intende un insieme di ospedali, in genere situati all'interno di una o più contee contigue, con una sede principale).

Esempio di articolazione di FP:

Deanery di appartenenza: Trent Deanery (sede principale Nottingham)

Foundation year 1 al Derby City Hospital:

- Chirurgia generale (4 mesi)
- Medicina interna (4 mesi)

- Pediatria generale (4 mesi)

Foundation year 2 al King's Mill Hospital:

- Chirurgia vascolare (4 mesi)
- Pediatria generale e neonatologia (4 mesi)
- Trauma ed Ortopedia (4 mesi)

Come potete notare, durante i primi due anni il candidato entra in contatto con realtà cliniche diverse.

Lo spirito del FP è quello di consentire, acquisendo una certa esperienza di base ma ad ampio raggio, di maturare quelle competenze necessarie (sia teoriche che pratiche) al fine di poter gestire il paziente acuto e/o critico in maniera indipendente o all'interno di un team prima di una trattamento definitivo (L'*Advanced life support course* è obbligatorio durante il FP, tanto per intendersi così come il nostro ALS).

Una volta conseguiti i requisiti minimi, al termine del FP si può accedere alle scuole di specializzazione.

Il FP non è più necessario per i medici Italiani che vogliono specializzarsi in Inghilterra, poiché per accedere al programma di specializzazione la legge europea in materia di libera circolazione e riconoscimento dei titoli consente di rilasciare la licenza alla pratica professionale (in realtà riconoscimento del titolo di laurea) direttamente dal General Medical Council (GMC).

Per l'ingresso nella scuola di Specializzazione il medico inglese deve attendere circa un anno, nel quale lavora ed acquisisce competenze con un guadagno medio (che può aumentare negli anni successivi a seconda del programma) di circa 2500 sterline al mese.

Dopo il FP, i medici anglosassoni potranno partecipare ai concorsi per accedere allo **SPECIALTIES TRAINING (ST)**, che ha durata fra i 6 ed i 10 anni, in base alla specialità scelta e dei percorsi formativi intrapresi, oltre che dal superamento delle prove di verifica previste. Al termine della Specializzazione, generalmente lo specialista inglese ha molte probabilità di trovare un contratto di lavoro stabile e ben retribuito.

Il concorso per lo ST è altamente competitivo; si tratta di un vero e proprio esame orale, in cui vengono testate le conoscenze nella disciplina in questione e le competenze cliniche acquisite durante il Foundation Programme.

Il candidato, che sceglie una specialità in base alle proprie aspirazioni ed attitudini (es. Chirurgia generale, Urologia, Medicina Interna), dovrà presentare domanda per l'ammissione allo ST sia alla struttura ospedaliera nel quale dovrà svolgere attività lavorativa e che prevederà la stipula di un contratto di formazione, che alla struttura universitaria (college) dedicata alla formazione teorica.

Al fine di chiarificare il tutto, se un medico inglese vuole accedere al concorso di specializzazione in Chirurgia dovrà dapprima iscriversi all'Albo dei Chirurghi (conosciuto il ROYAL COLLEGE OF SURGEONS) previo superamento di un esame chiamato MRCS. Tale esame può essere sostenuto dai colleghi inglesi solo dopo il Foundation Programme, mentre un medico italiano può sostenerlo direttamente. Una volta superato tale esame,

viene conseguito il titolo di MR che in Inghilterra equivale al titolo di Chirurgo. In seguito il candidato potrà proporsi nell'Ospedale e College prescelto, sotto la guida di un *tutor* della disciplina prescelta.

Durante lo ST lo specializzando (*resident*) ruoterà nuovamente ogni 4 mesi all'interno della specialistica.

Per esempio in un ST in Chirurgia si potrebbe delineare una situazione del genere:

- Chirurgia dell'apparato digerente superiore (4 mesi) con Mr. Hall (N.B. i primari, "consultants", nelle discipline chirurgiche vengono indicativo con l'appellativo di Mister o Miss, ritenuti più prestigiosi del convenzionale "doctor")
- Chirurgia colo-rettale (4 mesi) con Mr. Holliday
- Chirurgia vascolare (4 mesi) con Mr. Fairbrother

E così via. Quindi ogni 4 mesi non solo si cambia reparto, ma anche il primario ed il team con cui si lavora.

All'inizio del 4 anno il candidato sceglierà l'indirizzo in cui desidera sub-specializzarsi (per es. Chirurgia Epato-biliare) e trascorrerà i rimanenti anni nel dipartimento in questione, approfondendo le conoscenze pratiche e teoriche.

Durante lo ST lo specializzando dovrà sostenere degli esami scritti e teorici, al fine di conseguire il "Certificate of Completion of Specialty Training" (equivalente del Diploma di specializzazione) alla fine del corso.

Pertanto, l'intero percorso formativo dura dai 6 agli 8 anni, in base alla specialistica scelta.

Il Foundation Programme NON rappresenta un passaggio obbligatorio per gli Italiani.

Tuttavia consiglierai di intraprendere tale percorso poichè permette di acquisire competenza e conoscere la realtà inglese, nonché di ottenere tutta una serie di documentazione che di fatto agevolerà nell'accesso alle Scuole di Specializzazione.

Un'altra alternativa per un giovane medico italiano che vuole svolgere il percorso dopo la laurea in Inghilterra, è di proporre ad una struttura ospedaliera un anno di pratica in qualità di Senior House Officer (possibilità di contratto fra 8000 a 10000 sterline al mese) con la possibilità di procurarti i giusti contatti e lettere di referenze necessarie per i passi successivi.

La Prima cosa da fare:

GMC registration

Per poter lavorare in Gran Bretagna occorre la registrazione al GMC (General Medical Council) www.gmc-uk.org, l'equivalente dell'Albo Ordinario dei Medici in Italia.

L'iscrizione al GMC è un percorso unico che permette di ottenere la licenza di lavorare come medico in tutto il Regno Unito. Il GMC ha realizzato inoltre numerosi accordi con gli Ordini dei Medici degli Stati Uniti, Australia, Canada, Sud Africa.

I Deaneries concederanno un contratto di lavoro soltanto a seguito della registrazione al GMC. Per poter essere assunti in qualità di Foundation Programme Doctor year 1, l'Ospedale richiede, dunque, la cosiddetta Provisional Registration al GMC. Per il giovane laureato in Medicina in Italia tuttavia, viene concessa la Full Registration e come già detto, il Foundation Programme non è un passo indispensabile ai fini dell'ingresso nella Scuola di Specializzazione del Regno Unito.

Per ottenere una FULL Registration occorre:

- Completare l'iscrizione dal sito del GMC all'indirizzo <http://www.gmc-uk.org/doctors/applications.asp>, nel quale sono stabiliti requisiti, documenti da produrre, etc. Per completare la pratica occorre creare un utente e pagare la tassa equivalente all'iscrizione annuale all'Albo (circa 500 sterline), che però è rimborsata se la richiesta non è accettata.

Alcuni dei documenti richiesti sono:

- Una copia del certificato di Laurea con relativa **traduzione ufficiale** (esiste una lista di traduttori ufficiali presso i Tribunali di ciascuna Città Italiana o tramite il sito BERLITZ che è riconosciuto dal GMC);
- Una copia del passaporto;
- Pagamento della tassa d'iscrizione al GMC (consultare il sito ufficiale del GMC);
- Certificato di iscrizione all'Ordine dei Medici di appartenenza;
- Certificato di buona condotta fornito dall'Ordine dei Medici di appartenenza, chiamato GOOD STANDING.
- Lettere di referenze per ogni periodo formativo o esperienze lavorative effettuate.

Il tutto deve essere spedito all'indirizzo indicato nell'application form.

In genere nell'arco di 5 giornate lavorative la vostra registrazione sarà completata.

Certificate IELTS (International English language testing system)

Le sedi in Italia che organizzano esami per l'assegnazione di tale certificato si trovano a Milano, Napoli e Roma:

<http://www.ielts.org/searchresults/default.aspx?TestCentreSearchSubRegion=23dc4920-953d-42fb-a9e8-0df730723bff>

In verità il conseguimento dell'IELTS è facoltativo, nella misura in cui dipende dal Deanery in cui decidete di andare a lavorare: se dimostrate una buona padronanza della lingua non dovrete incontrare particolari problemi. Tale certificato non è requisito per accedere al GMC nè per lavorare; tuttavia può aiutare chi non abbia un livello elevato di conoscenza della lingua inglese.

Come lavorare come Senior House Officer (SHO)

Per lavorare come SHO occorre dapprima avere il riconoscimento con il GMC, poi candidarsi tramite agenzia o pagine web del NHS per un posto di lavoro che può prevedere un periodo breve di una-due settimane o più lunghi di 3-6-9 mesi. Quasi sempre gli ospedali offrono vitto e alloggio, ed il medico ha un vero e proprio contratto lavorativo, venendo retribuito per ciascun'ora di lavoro (sino a 3000 euro netti a settimana!).

Il modo più semplice e rapido per fare il medico come SHO è mettersi in contatto con una agenzia che può trovare il lavoro secondo le attitudini e le esperienze del giovane medico e gestire anche la burocrazia della Sanità inglese.

Come accedere al Foundation Programme

Per prima cosa, bisogna collegarsi al sito internet: <http://www.foundationprogramme.nhs.uk/pages/home>

Il sito vi chiederà di creare un account che vi permetterà di accedere ai programmi di arruolamento per il Foundation Programme.

Per creare un account dovete compilare i seguenti documenti (che potete scaricare da questo link: <http://www.foundationprogramme.nhs.uk/pages/home/how-to-apply/non-uk-graduates>):

- 1. Eligibility form for applicants who undertook their primary medical training outside of the UK or who graduated before 31 July 2006;**
- 2. Statement by the applicant's medical school dean (or equivalent)** (application form contro-firmata dal Preside di Facoltà);
3. Piano di studi personale con eventuale copia in lingua inglese;
4. Certificato di Laurea, se posseduto, con traduzione in lingua inglese;
5. GMC registration, se posseduta;
6. Certificato dell'IELTS (International English language testing system) con score finale non inferiore a 7,5;
7. Fotocopia del passaporto;
8. Due foto, formato tessera.

Una volta compilati tutti i documenti, il tutto deve essere spedito al seguente indirizzo:

UK, Eligibility Office

PO Box 478

Cardiff

CF11 1HG

Se la documentazione viene ritenuta idonea, si riceverà una password con la quale si potrà accedere all'homepage del concorso di arruolamento per il Foundation Programme.

In cosa consiste il concorso

Il concorso per l'arruolamento dei Junior Doctors inizia intorno il mese di Ottobre-Novembre dell'anno precedente ed intorno al mese di Gennaio i candidati, se ritenuti idonei, vengono assegnati ai vari ospedali, dove inizieranno l'attività lavorativa a partire dai primi giorni di Agosto.

Per esempio: per il Foundation Programme 2008, il concorso si è chiuso a Novembre 2007 ed una parte consistente dei posti sono stati assegnanti. Un secondo round per l'assegnazione dei posti vacanti è stato previsto nei mesi di Febbraio-Marzo 2008.

I candidati vincitori hanno preso servizio a partire dal 6 Agosto 2008.

Il conseguimento del Diploma di laurea **non è una conditio sine qua non. Si può ugualmente partecipare al concorso purché si riesca a laurearsi prima della data d'inizio del contratto lavorativo.** Pertanto, se il concorso viene fatto a Novembre 2007 ed il candidato si laurea a Luglio 2008, potrà iniziare l'attività lavorativa (non appena regolarizzata la GMC registration: vedi di seguito) a partire dal 6 Agosto 2008. **Nel caso in cui, il candidato non riesca a laurearsi in tempo, la candidatura decade.**

Il concorso consiste nella:

- Elaborazione di una serie di brani con items che riguardano: esempi di lavoro di squadra, esempio di condotta medica in condizioni stressanti, capacità nel dare priorità in caso di due o più pazienti da gestire ecc;
- Valutazione del Curriculum e di eventuali premi accademici conseguiti;
- Nomina di 2 referenti.

Consultate il FOUNDATION APPLICANT'S HANDBOOK che troverete al link:

<http://www.foundationprogramme.nhs.uk/pages/home/how-to-apply/non-uk-graduates>.

In caso si risulti vincitori, è previsto un periodo di prova (in genere della durata di 2 settimane), definito "shadowing", al termine del quale, se ritenuti idonei, si viene assunti con la sottoscrizione di un contratto della durata di due anni.

Durante tale periodo di prova, il candidato viene sottoposto ad una serie di test teorico-pratici volti a valutare: capacità comunicative con pazienti e colleghi, capacità cliniche (esame obiettivo, diagnosi differenziale e trattamento) e capacità pratiche (accesso venoso, prelievo arterioso, esecuzione ed interpretazione di ECG, inserzione di cateteri vescicali ecc.).

La valutazione avviene attraverso dei formati prestampati che verranno utilizzati durante tutto il Foundation Programme (per approfondimenti consulta: <http://www.foundationprogramme.nhs.uk/pages/home/training-and-assessment>).

In genere, il periodo di prova non è così tremendo come potrebbe sembrare; se si dimostra buona padronanza della lingua inglese e una buona conoscenza accademica non si hanno grossi problemi (vi consigliamo di scaricare il seguente testo come supporto “Oxford Handbook of clinical medicine” dal sito web della Oxford press: <http://www.oup.co.uk/academic/medicine/handbooks/ohcm/>. È un libro tascabile considerato la bibbia del junior doctor.

Dal momento in cui si partecipa al concorso si ha la possibilità di scegliere (in ordine decrescente di preferenza) i Deaneries ed i programmi che il candidato ritiene più congeniali per il proprio percorso formativo. Infatti ogni Deanery mette a disposizione all'incirca cento programmi di rotazione diversi.

Per programma di rotazione si intende una sorta di “piano di studio” in cui vengono indicati sia gli ospedali, sia le aree cliniche, in cui si va a lavorare durante il Foundation Programme.

Ad esempio, il Trent Deanery mette a disposizione 100 programmi di rotazione ed è possibile scegliere i seguenti programmi in ordine decrescente di preferenza:

Programma numero 1:

Primo anno: Chirurgia/Medicina/Urologia all'Ospedale QMC di Nottingham

Secondo Anno: Pediatria/Ortopedia/Ginecologia all'Ospedale Pilgrim di Boston

Programma numero 2:

Primo anno: Chirurgia Vascolare/Pediatria/Otorino al Derby City Hospital

Secondo anno: Chirurgia/ Medicina/ Ortopedia al King's Mill Hospital

E così via. Se per esempio, il medico nutre maggiore interesse per le discipline chirurgiche e non è per niente interessato alla Psichiatria, cercherà di evitare i programmi di rotazione che includono Psichiatria e darà la sua preferenza per quei programmi in cui si possa fare esperienza in sala operatoria.

Si tratta di un vero e proprio matching programme, in cui alla fine, in base allo score ottenuto, si viene assegnati ad **uno dei programmi di rotazione dalla lista di preferenze precedentemente creata dal candidato durante il concorso** (in genere il programma finale ricade all'interno delle prime cinque preferenze).

Compensi e “Annual Leaves” nel Regno Unito

Nel primo anno lo stipendio si aggira attorno alle 2500 sterline nette al mese. Si lavora per un minimo di 37 ore sino ad un massimo di 48 ore alla settimana, a seconda della disponibilità a coprire i turni di guardia (“on call”). Normalmente il contratto di formazione prevede un riposo settimanale di circa 3 giorni e mezzo.

Durante il secondo anno si percepiscono circa 2700 sterline nette al mese, con turni lavorativi sovrapponibili a quelli del primo anno.

In genere il Sabato e la Domenica non si lavora, a meno che non si è di guardia.

Si hanno 27 giorni di ferie più le festività.

Se si lavora in un giorno festivo si ha diritto ad un giorno di ferie in più.

Malattia e maternità sono retribuite.

Durante lo Specialties Training il salario può lievitare sino a 4000-4500 sterline nette al mese.

L'alloggio è in genere fornito dall'ospedale (gratis al primo anno e successivamente con rata mensile di 500-600 sterline al mese, dipende in quale area si lavora).

Approfondimenti

1. www.mmc.nhs.uk: sito ufficiale, riconosciuto dall'NHS (National Health Service), che fornisce una serie di informazione di carattere generale, ivi inclusa la lista completa dei vari Deaneries ecc. Potrete trovare una serie di indirizzi e-mail utili.
2. **Allegato O.**

AMMISSIONE DEI MEDICI STRANIERI AI PROGRAMMI DI SPECIALIZZAZIONE NEGLI STATI UNITI

Tutti i medici che non abbiano conseguito la laurea in medicina in una università statunitense, qualora desiderino essere ammessi ad un programma di specializzazione (residency training program) negli Stati Uniti, devono essere in possesso dei seguenti requisiti:

ECFMG Standard Certificate

E' il certificato che attesta il conseguimento della ECFMG Certification, richiesta ai medici stranieri (nonché ai cittadini americani laureati all'estero), per convalidare la propria laurea negli Stati Uniti. Questo certificato viene rilasciato dalla ECFMG-Educational Commission for Foreign Medical Graduates, l'ente americano responsabile per la convalida dei titoli di studio in Medicina e Chirurgia conseguiti all'estero.

Educational Commission for Foreign Medical Graduates - ECFMG

3624 Market Street tel. 001-215-386.5900

Philadelphia, PA 19104 fax 001-215-386.9196 U.S.A.

<http://www.ecfm.org>

Per ottenere la certification lo studente straniero deve sostenere un esame di inglese (TOEFL Test of English as a Foreign Language), uno di cultura medica (USMLE United States Medical Licensing Examination Step I e II), ed uno di pratica medica (CSA Clinical Skills Assessment).

Il superamento di questi esami abilita il medico straniero ad esercitare la professione limitatamente all'ambito del programma di specializzazione a cui verrà eventualmente ammesso. La ECFMG Certification costituisce solo il primo passo per la specializzazione e non garantisce l'accettazione automatica in un programma.

Per ottenere questo documento il medico italiano, dopo aver superato gli esami richiesti, deve inviare alla ECFMG a Philadelphia il proprio certificato di laurea tradotto ed autenticato. Lo ECFMG Standard Certificate viene rilasciato dopo 4/6 mesi dalla presentazione della documentazione ed ha validità indefinita, ad eccezione della parte riguardante la conoscenza della lingua inglese che ha validità due anni. e può essere convalidata ripetendo il test di inglese.

COME RICHIEDERE L'AMMISSIONE AD UN PROGRAMMA DI SPECIALIZZAZIONE

Una volta conseguita lo ECFMG Standard Certificate, circa 12 mesi prima dell'inizio del programma di specializzazione, selezionare i programmi e gli ospedali e/o cliniche universitarie da contattare, consultando la pubblicazione, "Graduate Medical Education Directory" che riporta l'elenco degli ospedali americani che offrono programmi accreditati dall'Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME).

In questa fase di ricerca il medico italiano deve tener presente due punti importanti:

- il visto d'ingresso negli Stati Uniti può essere rilasciato soltanto se il residency training program si svolge presso un ospedale affiliato con una facoltà di medicina accreditata;
- lo ECFMG, in qualità di ente sponsor del visto, richiede una dichiarazione del Ministero della Sanità attestante che la specialità prescelta ha una applicazione in Italia.

Controllare sul "Graduate Medical Education Directory" le procedure di iscrizione al programma prescelto. In alcuni casi infatti, anziché inviare direttamente la propria richiesta è necessario servirsi di organizzazioni quali NRMP o ERAS.

National Resident Matching Program (NRMP)

Alcuni ospedali accettano le richieste solo tramite il NRMP, National Resident Matching Program, una organizzazione che fa da tramite, dietro pagamento di una tassa di iscrizione, tra le richieste dei candidati e le offerte degli ospedali.

National Resident Matching Program – NRMP

2501 M Street N.W. suite 1 tel. 001-202-828.0566

Washington D.C.20037-1307 fax 001-202-828.1120 U.S.A.

<http://www.aamc.org/nrmp>

L'iscrizione al Matching Program va fatta su appositi moduli entro la fine di ottobre di ogni anno, per gli incarichi nei programmi che iniziano nel luglio successivo.

Il risultato della ricerca (match) viene comunicato dal NRMP ad ogni candidato in marzo. In caso di esito negativo, il medico può provare direttamente, avvalendosi del Results Book edito dal NRMP che riporta tutte le positions rimaste libere dopo il match.

Electronic Residency Application Service – ERAS

In alternativa al NRMP, alcuni programmi di specializzazione richiedono che i medici stranieri presentino domanda tramite il servizio "Electronic Residency Application Service" (ERAS). Per ricevere il modulo di iscrizione per questo servizio, è necessario rivolgersi a:

ECFMG - ERAS Program

P.O. Box 13467 – Philadelphia, PA 19101 – 3467 - USA

tel. (215) 386.5900 - fax (215) 222-5641

<http://www.ecfmg.org/eras-faq.htm>

VISTO DI INGRESSO PER UN RESIDENCY TRAINING PROGRAM

Per frequentare un residency training program i medici stranieri devono essere in possesso del visto J-1 Exchange Visitor Visa.

Per ottenere il visto il medico italiano dovrà presentare al Consolato degli Stati Uniti più vicino al suo luogo di residenza, il passaporto e il documento IAP-66 Certificate of Eligibility for Exchange Visitor. Questo modulo viene rilasciato dall'ECFMG ai medici stranieri ammessi in un residency training program. Per informazioni rivolgersi a:

ECFMG Exchange Visitor Sponsorship Program

P.O.Box 41673 Philadelphia

PA 19101-1673 USA

Tel. 215-823.2121 Fax 215- 386.9766

<http://www.ecfm.org>



ALTRE OPPORTUNITA' USA PER LAUREATI IN MEDICINA STRANIERI

INTERNATIONAL FELLOWSHIPS IN MEDICAL EDUCATION

Programma per borse di studio riservato a professori universitari, offre la possibilità di trascorrere un periodo di studio/ricerca presso una università americana. Ha lo scopo di promuovere la conoscenza delle discipline mediche attraverso scambi di professori tra gli Stati Uniti e gli altri paesi. Per partecipare al programma i laureati in medicina in Italia dovranno avere:

- esperienza di lavoro (minimo tre anni);
- un incarico di insegnamento universitario;
- una buona conoscenza della lingua (attestata dal superamento del TOEFL);
- il supporto e l'approvazione di una facoltà di medicina italiana;
- un posto di lavoro in Italia dove al termine del programma il medico ha l'obbligo di tornare.

Per informazioni rivolgersi a:

ECFMG INTERNATIONAL FELLOWSHIPS IN MEDICAL EDUCATION

suite 475 - 2401 Pennsylvania avenue, NW Washington D.C. 20037 USA

tel. (202) 293-9320 - fax (202) 457-0751

CLINICAL CLERKSHIP

E' un periodo di training di uno o due mesi presso un ospedale americano, a cui gli studenti italiani possono partecipare soltanto se iscritti al 5/6 anno di corso.

Per accedere a questo programma è necessario inviare agli ospedali una lettera di richiesta con il proprio curriculum.

MEDICAL COLLEGE ADMISSION TEST

Il Medical College Admission Test (MCAT) è l'esame d'ammissione alle Medical Schools statunitensi, amministrato esclusivamente negli Stati Uniti su autorizzazione della Association of American Medical Colleges (AAMC). Il test è diviso in 4 sezioni: Verbal Reasoning, Physical Sciences, Writing Sample, e Biological Sciences.

Il materiale informativo ed i moduli d'iscrizione devono essere richiesti a:

MCAT Program Office

P.O. Box 4056

Iowa City, IA 52243 USA

Tel. (319) 337-1357

email: mcats@aamc.org

<http://www.aamc.org/stuapps/admiss/mcats/>

UNITED STATES MEDICAL LICENSING EXAMINATION – USMLE

Lo USMLE si compone di tre steps. Per conseguire la ECFMG Certification, richiesta ai medici stranieri per l'ammissione ad un programma di specializzazione, residency program, è necessario superare esclusivamente lo USMLE Step I (discipline di base) e II (discipline cliniche).

Lo USMLE Step I e II viene amministrato in versione computerizzata. La tassa di iscrizione per ogni step è di \$510, a cui si aggiunge una sovrattassa di \$125 per quanti sostengano l'esame in Italia o in altra sede in Europa.

La terza parte dello USMLE, Step III, (non richiesta ai medici stranieri al fine del conseguimento della ECFMG Certification), è l'esame di abilitazione all'esercizio della professione e viene amministrato negli USA, direttamente dalle autorità competenti per l'abilitazione nei singoli stati americani. Lo USMLE Bulletin of Information, contenente informazioni sull'esame e moduli di iscrizioni, può essere richiesto al Servizio Informazioni della Commissione per gli Scambi Culturali tra l'Italia e gli Stati Uniti, o in alternativa, a:

ECFMG - Educational Commission for Foreign Medical Graduates

3624 Market Street Philadelphia, PA 19104 USA

tel. 001-215-386.5900, fax 001-215-386.9196

<http://www.ecfm.org>

CLINICAL SKILLS ASSESSMENT – CSA

Il Clinical Skills Assessment (CSA), esame introdotto nel 1998, è richiesto ai medici stranieri per conseguire la ECFMG Certification. Il test, della durata di un intero giorno viene amministrato durante tutto l'anno esclusivamente negli Stati Uniti, a Philadelphia presso l'ECFMG Clinical Skills Assessment Center.

Il CSA può essere sostenuto solo dopo aver superato lo USMLE step I e II e il TOEFL. La tassa d'iscrizione è di \$1,200. Il modulo d'iscrizione al CSA è inserito nello USMLE Bulletin of Information.

FORMAZIONE IN SVIZZERA

INTRODUZIONE

Il programma di formazione in Svizzera prevede, come in Italia, un percorso formativo di almeno 5 o 6 anni in base al titolo di specialista scelto. Tuttavia le modalità di assunzione, il salario, il percorso formativo sono indubbiamente diverse.

Le lingue ufficiali in Svizzera sono il tedesco, il francese e l'italiano. Purtroppo l'unico cantone italiano è il canton Ticino dove sono presenti cinque ospedali, riconosciuti per la formazione post-laurea:

- 1) Ospedale San Giovanni di Bellinzona
- 2) Ospedale Civico di Lugano
- 3) Ospedale Italiano di Lugano
- 4) Ospedale La Carità di Locarno
- 5) Ospedale Beata Vergine di Mendrisio

Non è, tuttavia, possibile completare un percorso formativo interamente in Ticino. Infatti in Svizzera è obbligatorio (per esempio in chirurgia) dover effettuare almeno due anni formativi in Svizzera Francese o Tedesca, dove per altro si trovano i grandi centri universitari (Berna, Zurigo, Basilea, Ginevra e Losanna).

Quindi la conditio sine qua non è la conoscenza di almeno un' altra lingua: il francese o il tedesco.

La svizzera tedesca, dal punto di vista formativo, è meglio articolata ed offre una formazione, a mio avviso, migliore. Il problema è sicuramente linguistico: infatti è pur vero che il tedesco è la lingua ufficiale, ma in realtà negli ospedali ed in città si parla lo svizzero tedesco che è una sorta di dialetto. Anche colleghi che provengono dalla Germania hanno difficoltà ad ambientarsi proprio per questa problematica.

La parte francese è comunque molto rinomata, soprattutto dal punto di vista chirurgico, ma è molto difficile emergere, soprattutto per uno straniero.

PROGRAMMA DI FORMAZIONE

Per ogni specialità esiste un programma di formazione che si può consultare sul sito internet www.fmh.ch. Questo documento è redatto dalla Federazione dei Medici Svizzeri e rappresenta un documento ufficiale in cui vengono elencati il numero minimo di anni per completare la specializzazione, i corsi di perfezionamento da seguire, gli esami da sostenere, il numero di interventi chirurgici da eseguire (per la chirurgia). Ogni specializzando deve completare i punti del programma per ottenere la specializzazione.

Per esempio, un programma di formazione in chirurgia prevede:

89

Segretariato Italiano Giovani Medici (S.I.G.M.)

www.giovanemedico.it - www.sims.ms - www.juniordoctors.it



- Minimo 6 anni di formazione, di cui minimo 2 anni in un centro Universitario
- Effettuare, come primo operatore, 545 interventi chirurgici previsti nel programma di formazione (vedi il sito ufficiale)
- Almeno una pubblicazione scientifica con peer-review
- Partecipazioni a 5 corsi formativi. (esempio: ATLS, corso di laparoscopia ecc.)
- Esame di base in chirurgia che si svolge una volta l' anno (a Losanna in francese e a Berna in tedesco). Si tratta di un esame scritto con 190 domande a risposta multipla della durata di 4 ore (ma non esiste un data-base come in Italia!). L' FMH consiglia di fare l' esame dopo i primi due anni di formazione.
- Esame finale orale di chirurgia che si svolge una volta l' anno e prevede una discussione (con indicazioni diagnostiche e terapeutiche, anche con riferimenti alla bibliografia attuale) di casi clinici complessi di chirurgia viscerale, vascolare, toracica e traumatologia. Naturalmente la lingua ufficiale è il francese o il tedesco.

ASSUNZIONE E SALARI

Questo è un punto estremamente interessante e diverso che in Italia. Le assunzioni sono assolutamente a discrezione del primario. Ogni anno sul sito ufficiale dell'ente ospedaliero cantonale, www.eoc.ch (Canton Ticino), vengono messi a bando i concorsi per medici assistenti (= specializzandi). Il candidato deve inviare la documentazione necessaria (curriculum, diploma di laurea, passaporto ecc.) ed attendere un eventuale colloquio. In realtà se nessuno ti conosce è altamente improbabile che il primario ti chiami per un colloquio. Il colloquio è davvero informale e per lo più motivazionale. Non vengono testate le tue conoscenze specifiche sulla materia. Quindi, in realtà, la parte più difficile è ottenere il primo contratto. Una volta facente parte del sistema è molto più semplice girare i diversi ospedali del cantone o di altri cantoni. Una differenza significativa rispetto all' Italia, è il tipo di contratto. Infatti in Svizzera, per i medici assistenti, esistono solo contratti annuali eventualmente rinnovabili. Per tanto ogni anno sei a rischio di licenziamento! Questa è sicuramente una pecca del sistema, ma in linea di massima se sei una persona valida vieni premiata. Io ho potuto constatare, sulla mia pelle, che si punta tanto sulla qualità e sulla meritocrazia al fine di rendere il sistema il più efficiente possibile. Il problema è legato all'incertezza del tuo percorso formativo. D' altro canto, un contratto annuale di permette di girare diversi ospedali, diverse realtà e culture linguistiche e questo è davvero importante dal punto di vista formativo (non ti fossilizzi in una visione monotematica del procedere terapeutico). Ti permette di crescere imparando dagli altri, facendo proprie le cose migliori e scartando quelle che si ritengono non utili. E' sempre consigliato effettuare colloqui di assunzioni con altri ospedali, anche durante il tuo attuale contratto. Infatti è possibile programmare un' assunzione anche a distanza di 2 o 3 anni. Questo è spesso un escamotage utilizzato da molti per non trovarsi senza un contratto.

Per quanto riguarda il salario, questo è equiparato al salario europeo per medici in formazione. La scala salariale per medici assistenti prevede uno scatto remunerativo ogni anno:

- ❑ Primo anno: 81.224 franchi svizzeri lordi per anno (Euro: 53.660)
- ❑ Secondo anno: 88.959 franchi svizzeri lordi per anno (Euro: 58.770)
- ❑ Terzo anno: 96.707 franchi svizzeri lordi per anno (Euro: 63.880)
- ❑ Quarto anno: 104.442 franchi svizzeri lordi per anno (Euro: 68.998)
- ❑ Quinto anno: 112.203 franchi svizzeri lordi per anno (Euro: 74.126)
- ❑ Sesto anno: 119.938 franchi svizzeri lordi per anno (Euro: 79.236)

Inoltre, allo stipendio di base, vengono aggiunti i giorni di picchietto (guardia in ospedale) che vengono remunerati a 50 franchi svizzeri netti per guardia (in media 3 o 4 guardie al mese). Sicuramente uno straniero paga più tasse che uno Svizzero, comunque il salario netto per un assistente straniero (per esempio) al quinto anno è di circa 6500 franchi svizzeri netti al mese (Euro 4.300). Si tratta di un vero contratto di lavoro. Sono previste 50 ore lavorative settimanali a cui si sommano le ore di guardia, 4 settimane di ferie all'anno, 5 giorni di ferie per corsi formativi, previdenza professionale, copertura assicurativa medica garantita dall'ospedale, congedi garantiti e retribuiti.

Considerazioni

Il problema del sistema svizzero è la mancanza di un programma di formazione definito che permette allo specializzando di iniziare un percorso e portarlo a termine in modalità ed in tempi standardizzati. Dal punto di vista della qualità e della formazione non si discute. Io penso che, in un sistema in cui prevale realmente una meritocrazia, è data a tutti la possibilità di entrare a far parte del sistema ma solo a pochi di raggiungere il titolo di specialista. Il titolo di chirurgo (per esempio) non è semplice da ottenere, in quanto bisogna completare un catalogo operatorio di 545 interventi da primo operatore e non è un numero esiguo. Si assiste ad una selezione naturale che alla fine conduce al titolo di specialista soltanto persone che non solo realmente lo meritano ma che sono in **grado, indiscutibilmente, di operare in maniera indipendente**. Inoltre, con contratti annuali si può sempre decidere di cambiare la specializzazione, valutando, per esempio, la non attitudine ad una branca che ai tempi dell' università si pensava essere il proprio futuro. Questo in Italia è molto difficile, perché significherebbe dover ricominciare tutto da zero. In Svizzera, per esempio, nell'ambito della specializzazione in Medicina interna, è riconosciuto un anno in Chirurgia. Quindi non sarebbe un anno buttato al vento.

APPENDICE RICERCA

92

Segretariato Italiano Giovani Medici (S.I.G.M.)

www.giovanemedico.it - www.sims.ms - www.juniordoctors.it



Opera soggetta a **Licenza Creative Commons** "Attribuzione-Non commerciale-Non opere derivate" - versione 2.5 Italia

DOTTORATO DI RICERCA

Il dottorato di ricerca è il terzo livello della formazione universitaria, assieme alle scuole di specializzazione ed ai master universitari di secondo livello. La finalità del dottorato di ricerca è formare gli studenti (laureati) alla ricerca autonoma, sia in preparazione di un'attività lavorativa nel campo della ricerca (ovunque svolta), sia per far loro conseguire, tramite l'esperienza diretta e personale dell'attività di ricerca, alti livelli di professionalità (in tutti i campi).

Al dottorato di Ricerca si accede tramite concorso pubblico, bandito ogni anno dalle Università. Ogni dottorato di ricerca ha un certo numero di posti pagati e altri non retribuiti. Il titolo conseguito ha comunque lo stesso valore.

Durante la durata del corso di dottorato, lo studente svolge attività scientifiche sotto la sorveglianza di un docente-tutor. Al termine del corso, lo studente prepara un elaborato (tesi di dottorato), che dovrà discutere pubblicamente.

Durante il corso il dottorando è contemporaneamente uno studente del corso di dottorato e un "early stage researcher". In quanto tale, egli partecipa ai gruppi ed ai progetti di ricerca del proprio ateneo o dipartimento.

I posti di Dottorato possono essere o meno dotati di borsa. Nel primo caso il medico può esclusivamente svolgere attività occasionale libero-professionale; nel secondo caso al contrario non sono previste particolari limitazioni, potendo sussistere anche un rapporto di pubblico impiego.

Rapporto tra dottorati di ricerca e scuole di specializzazione.

Per poter esercitare il proprio lavoro negli ospedali un medico deve possedere il diploma di specializzazione. È quindi naturale che i laureati in medicina si dedichino subito dopo la laurea alla specializzazione. Normalmente è solo dopo la specializzazione (quindi a non meno di 30 anni circa) che alcuni accedono al dottorato di ricerca, che diventa quindi assai poco attraente sia dal punto di vista economico che professionale e sociale. D'altra parte non sono rari i casi in cui gli specializzandi svolgono effettivamente ricerca durante gli anni della scuola di specializzazione.

L'impegno formativo nelle scuole di Specializzazione è per definizione a tempo pieno, pertanto il Dottorato di Ricerca risulta di fatto incompatibile con la formazione medico specialistica. Uno specializzando vincitore di borsa di Dottorato ha come unica via da percorrere il congelamento della predetta borsa.

E' auspicabile di converso che in futuro vi sia un coordinamento tra questi due titoli universitari di terzo livello, nell'interesse dello sviluppo della ricerca, prevedendo percorsi specifici di formazione alla ricerca per alcuni

specializzandi particolarmente meritevoli e interessati, con il conseguimento del titolo di dottore di ricerca al termine della specializzazione sulla base della presentazione di una tesi di dottorato.

Decreto legge 10 novembre 2008, n. 180

Nel contesto di un approccio rinnovato alla docenza e al reclutamento assume un'importanza particolare un ripensamento del dottorato di ricerca e del postdottorato.

È importante che il valore scientifico del dottorato sia alto e internazionalmente riconosciuto come tale. Il dottorato costituisce infatti il grado più alto di specializzazione offerto dall'università, sia per chi intende dedicarsi alla ricerca (il dottorato deve diventare, di norma, requisito di accesso alla carriera universitaria), sia per chi desidera entrare nel mondo produttivo dotato di credenziali scientifiche di particolare peso. La situazione attuale presenta alcune evidenti criticità. I corsi di dottorato sono oltre 2.200, con una media di appena 5,6 iscritti per corso: si tratta di una frammentazione davvero eccessiva, che non consente di creare quella comunità di giovani studiosi impegnati in uno specifico ambito di ricerca che costituisce la vera forza dei dottorato.

Il dottorato deve inoltre acquisire una dimensione sempre più internazionale e favorire la mobilità dei giovani. Oggi meno del 5% dei dottorandi attivi in Italia proviene dall'estero. È necessario intervenire su questo fronte e recepire prontamente le indicazioni che ci provengono dall'Europa in vista della creazione di una European Research Area volta a facilitare la libera circolazione degli studiosi.

Le azioni prioritarie:

F.1 razionalizzare e riorganizzare i dottorati di ricerca, sia attraverso la riduzione del numero dei corsi attivato, sia attraverso il rafforzamento di scuole dottorali di ateneo dotate di massa critica, adeguate strutture per la ricerca ed elevati livelli di qualità e produttività scientifica;

F.2 collegare l'attivazione dei corsi di dottorato a precisi ed elevati requisiti, relativi sia alla qualità e alle dimensioni delle strutture e delle attrezzature di ricerca, sia alla qualità della ricerca prodotta, come valutata ora dal CIVR e in futuro dall'ANVUR;

F.3 predisporre nuove modalità di ammissione allineate con la prassi internazionale;

F.4 ripensare la struttura e la durata del dottorato, che dovrebbe essere vincolata al raggiungimento di verificabili risultati scientifici;

F.5 incentivare la dimensione internazionale dei programmi di dottorato per quanto riguarda la struttura, la direzione delle tesi e la valutazione dei risultati;

F.6 aumentare la quota di insegnamento strutturato all'interno dei programmi di dottorato;

F.7 promuovere la residenzialità dei dottorandi, anche al fine di incentivare la possibilità per i laureati di un ateneo di iscriversi al dottorato in una sede diversa da quella in cui hanno compiuto gli studi, condizione essenziale questa per favorire la circolazione delle idee e degli studiosi;

F.8 facilitare lo sviluppo di progetti di ricerca di altissima qualità, selezionati secondo i più avanzati standard internazionali, da parte di giovani studiosi che abbiano conseguito il dottorato. A tal fine il Ministero ha già stanziato per il 2009 un fondo di 50 milioni di euro. Il bando relativo è in fase di emanazione.



ASSEGNO DI RICERCA

Gli assegni di ricerca possono essere conferiti a dottori di ricerca o a laureati con curriculum idoneo allo svolgimento di attività di ricerca (ad es.: medici specialisti). Gli assegni sono attribuiti mediante una procedura di valutazione comparativa; le prove d'esame consistono nella valutazione dei titoli presentati dai candidati ed in un colloquio.

Gli assegni hanno durata di un anno e possono essere conferiti allo stesso soggetto nel limite massimo di otto anni, ovvero di quattro anni se il titolare ha usufruito della borsa per il dottorato di ricerca. Il vincitore dell'assegno stipula con l'Ateneo un contratto di diritto privato. Il contratto non configura in alcun modo un rapporto subordinato e non dà luogo a diritto in ordine all'accesso nei ruoli del personale universitario. La collaborazione dell'assegnista ha carattere continuativo, non meramente occasionale, è temporalmente definita e in rapporto di coordinamento rispetto alla complessiva attività. Essa si svolge sotto la direzione del responsabile scientifico, in condizioni di autonomia, nei soli limiti dei programmi di ricerca e in stretto legame con la realizzazione degli stessi, senza orario di lavoro predeterminato.

Partecipazione dei medici specializzandi alle attività di ricerca scientifica.

E' auspicabile che tutti gli specializzandi partecipino ad attività di ricerca scientifica svolte all'interno dei Dipartimenti Universitari o nelle strutture accademiche formative preposte.

Infatti, la formazione permanente del medico prevede l'aggiornamento costante e la verifica delle conoscenze e quindi il coinvolgimento in gruppi di ricerca è un'occasione imprescindibile per apprendere il "metodo" della ricerca scientifica. Questa acquisizione consentirà allo specializzando di acquisire la necessaria criticità nella lettura di una pubblicazione scientifica di aggiornamento; infatti, lavorando in un team di ricerca, egli può apprendere gli strumenti metodologici per disegnare ed eseguire uno studio, prevedendo non solo l'acquisizione dei dati, ma anche la loro analisi critica e la loro proposizione, sotto forma di elaborato (pubblicazione), alla comunità scientifica internazionale. Inoltre, nell'esecuzione di un progetto di ricerca, è prevista l'attenta analisi della letteratura scientifica recente sull'argomento (conoscenza dello "stato dell'arte" della materia).

I gruppi di ricerca presenti nelle strutture formative delle Facoltà mediche sono fatti in genere da un Ricercatore (è da intendersi come tale un Professore di qualunque fascia) e uno o più dottorandi o assegnisti (post-doc). A questi generalmente si uniscono studenti dei corsi di laurea, delle scuole di specializzazione e dei master, coinvolti nella preparazione dell'elaborato finale necessario al conseguimento del titolo. I gruppi hanno in genere un argomento di ricerca che coincide con un progetto finanziato dall'Ateneo, dal Ministero o da altre Istituzioni pubbliche e private. Gli specializzandi possono partecipare ufficialmente ai gruppi di ricerca, in quanto spesso è previsto il loro inserimento nella modulistica che il Ricercatore deve produrre per richiedere il finanziamento. In

tal caso, lo specializzando avrebbe diritto, compatibilmente al budget assegnato al Ricercatore, ad un rimborso parziale o totale delle spese sostenute per la partecipazione a un Congresso, oltre che ovviamente la totale copertura delle spese di pubblicazione. E' auspicabile pertanto che lo specializzando venga sempre informato dal proprio Docente-Tutor-Ricercatore che lo stesso è stato inserito in un Progetto di Ricerca, in quanto questo costituisce anche un titolo che arricchisce il proprio curriculum.

Infine, è altresì auspicabile che lo specializzando venga sempre inserito nella pubblicazione alla quale ha potuto dare il suo contributo col suo lavoro, se il suo impegno è stato continuo e costante.



RICERCATORI A TEMPO DETERMINATO

La definizione della figura del ricercatore a tempo determinato trova principio e fondamento nella Circolare Ministeriale del 17.03.1997 (prot. AGC/4.1-7A 678), a firma Berlinguer, con la quale è stata definita la “*facoltà per le Università di procedere ad assunzioni a tempo determinato*”, permettendo a queste di valersi dell’opportunità di tale profilo per favorire l’accesso dei giovani alle attività della ricerca. La Ministeriale attribuiva alla figura del ricercatore a tempo determinato compiti di ricerca del tutto confrontabili con quelli del personale di ruolo (anche se riferiti a programmi temporanei e non permanenti), ma con l’esclusione delle attività didattiche. La retribuzione e il trattamento previdenziale e assistenziale erano pertanto parametrati alla posizione iniziale dei ricercatori non confermati e il contratto era commisurato all’attuazione del programma.

Quanto definito dalla predetta circolare ha subito un successivo aggiornamento in riferimento al mutato quadro normativo e regolativo, particolarmente in relazione al D.Lgs. 230 del 4 novembre 2005 “Nuove disposizioni concernenti i professori e i ricercatori universitari” e alla “Carta Europea dei Ricercatori – Codice di condotta per l’assunzione dei ricercatori”.

La Legge 230/2005 (“Moratti”) al suo articolo 14 afferma che “per svolgere attività di ricerca e di didattica integrativa le Università, previo espletamento di procedure disciplinate con propri regolamenti che assicurino la valutazione comparativa dei candidati e la pubblicità degli atti, possono instaurare rapporti di lavoro subordinato tramite la stipula di contratti di diritto privato a tempo determinato con soggetti in possesso del titolo di dottore di ricerca o equivalente, conseguito in Italia o all'estero, o, per le facoltà di medicina e chirurgia, del diploma di scuola di specializzazione, ovvero con possessori di laurea specialistica e magistrale o altri studiosi, che abbiano comunque una elevata qualificazione scientifica, valutata secondo procedure stabilite dalle università. I contratti hanno durata massima triennale e possono essere rinnovati per una durata complessiva di sei anni”.

A differenza della Ministeriale Berlinguer, la Legge 230 stabilisce che “Il trattamento economico di tali contratti, rapportato a quello degli attuali ricercatori confermati, è determinato da ciascuna università nei limiti delle compatibilità di bilancio e tenuto conto dei criteri generali definiti con decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per la funzione pubblica”. Infine, “il possesso del titolo di dottore di ricerca o del diploma di specializzazione, ovvero l'espletamento di un insegnamento universitario mediante contratto stipulato ai sensi delle disposizioni vigenti alla data di entrata in vigore della presente legge, costituisce titolo preferenziale. L'attività svolta dai soggetti di cui al presente comma costituisce titolo preferenziale da valutare obbligatoriamente nei concorsi che prevedano la valutazione dei titoli”.

La normativa relativa alle procedure per il reclutamento sono definite dalle seguenti leggi: Legge 3 luglio 1998, n.210 (Norme per il reclutamento dei professori universitari di ruolo e dei ricercatori); DPR 19 ottobre 1998, n.390; DPR 23 marzo 2000, n.117 (regolamento recante modifiche al DPR 98, n.230). Tuttavia le procedure per il reclutamento dei ricercatori a tempo determinato non devono necessariamente svolgersi secondo le stesse modalità del reclutamento dei ricercatori. Infatti, la Legge 230/2005 dispone che le Università, previo espletamento di procedure disciplinate con propri regolamenti che assicurino la valutazione comparativa dei candidati e la pubblicità degli atti, possano assumere ricercatori a tempo determinato. Le procedure devono quindi rispettare solamente le norme relative alla pubblicità degli atti e la valutazione comparativa di candidati potendo pertanto espletarsi sulla base di regolamenti d'Ateneo autonomi.

Il decreto legge 10 novembre 2008, n. 180, infine, introduce per i ricercatori una nuova forma di reclutamento con contratti a tempo determinato di 6 anni, secondo la formula del 3+3: se al termine di questo periodo il ricercatore sarà ritenuto valido dall'ateneo sarà confermato a tempo indeterminato come associato. In caso contrario terminerà il rapporto maturando però dei titoli utili per i concorsi pubblici. Viene poi abbassata l'età in cui si può entrare di ruolo in università, da 36 a 30 anni, mentre lo stipendio passa da 1.300 a 2.100 euro.

Tutte le Università Italiane si sono quindi dotate di un apposito Regolamento sui Ricercatori a Tempo Determinato, reperibile sui siti web di riferimento, che disciplina tanto le modalità di finanziamento dei contratti, quanto le procedure di reclutamento, nonché l'impiego dei ricercatori a tempo determinato, la cui denominazione in talune realtà accademiche è stata cambiata in Assistant Professor.

RECLUTAMENTO A PROGETTO

E' da sottolineare come l'accesso a finanziamenti per progetti di ricerca tanto a livello Europeo quanto nazionale sia favorita dall'assunzione di ricercatori altamente qualificati a tempo determinato con retribuzioni pari a quelle dei colleghi europei.

FIRB. I bandi FIRB prevedono la stipula di contratti con giovani ricercatori o con ricercatori di chiara fama internazionale. Ai sensi dell'articolo 7, comma 6, e dell'articolo 8, comma 5, del decreto ministeriale n. 199-Ric. dell'8 marzo 2001, i costi per tali contratti sono riconosciuti al 100% (art.3, comma 5 bando 1 dic. 2006 - Prot. n. 2688/Ric./2006). Ogni proposta progettuale dovrà prevedere l'inserimento, all'interno delle unità di ricerca coinvolte, di giovani ricercatori e/o di ricercatori di chiara fama internazionale, come specificato all'art. 4 del Decreto Ministeriale n. 378/Ric. del 26 marzo 2004: "3. Ciascuno dei progetti ammessi agli interventi del FIRB deve ricomprendere, aggiuntivamente alle spese di personale di cui al precedente comma 2, anche contratti di collaborazione coordinata e continuativa e/o contratti di lavoro a progetto ai sensi dell'art. 61 del decreto legislativo n. 276 del 10 settembre 2003, stipulati, ai fini del migliore sviluppo delle attività, con giovani ricercatori e/o con ricercatori di chiara fama internazionale per un costo complessivamente non inferiore al 10%

del costo del progetto. 4. I contratti stipulati con giovani ricercatori debbono prevedere un impegno a tempo pieno, non possono avere una durata inferiore ai tre anni, e possono essere assegnati a laureati di età non superiore ai 32 anni, a laureati con documentata esperienza almeno triennale nel settore della ricerca scientifica e tecnologica, a titolari di dottorato di ricerca o di altro titolo di formazione post-laurea equipollente. 5. I contratti di cui al precedente comma 4 debbono prevedere un livello retributivo minimo che, relativamente ai laureati di età non inferiore ai 32 anni, non sia inferiore a quanto previsto per l'assegno di ricerca e, relativamente ai laureati con documentata esperienza almeno triennale nel settore della ricerca scientifica e tecnologica e ai titolari di dottorato di ricerca o di altro titolo di formazione post-laurea equipollente, non sia inferiore a quanto previsto per la figura del ricercatore universitario confermato e non sia superiore a quanto previsto per la figura del professore associato confermato”.

La retribuzione è quindi fissata in una fascia che oscilla tra quella del ricercatore confermato a quella del professore Associato non confermato e non può essere inferiore ai 33 mesi uomo.

Bandi IDEAS e ERC. Nelle Guide for Applicants dei Bandi IDEAS è stabilito che la retribuzione media, in accordo con le leggi nazionali e regionali, deve garantire il pari trattamento dei ricercatori impegnati sul piano europeo. Il meccanismo di composizione del budget per i progetti può rendere necessario, in funzione delle quote di finanziamento per aree di spesa, la stipula di almeno 3 contratti di Ricercatore a T.D. sul modello Firb (125,000 euro triennali) per raggiungere il finanziamento minimo (0,4 M di euro) per il personale a contratto. Infine, la partecipazione a bandi internazionali VII°PQ sotto l'egida dello European Research Council prevede l'assunzione di personale a contratto secondo le norme vigenti nei singoli paesi purché rispettose dei principi della Carta Europea dei Ricercatori. Sebbene non vi siano vincoli espliciti sulle forme contrattuali, i meccanismi di attribuzione dei fondi sono premiali verso quei progetti che assicurino una adeguata retribuzione ai ricercatori a contratto. In particolare i bandi IDEAS prevedono finanziamenti da un minimo di 100.000 a 400.000 euro annuali, per un massimo di 5 anni, fino ad un massimo di 2 M di euro per progetto. L'attribuzione dei fondi è basata su meccanismi di rimborso delle spese dirette (il 100%) e indirette in una misura forfetaria pari al 20% delle spese dirette. Le spese per il personale sono parte delle spese dirette e sono retribuite su base oraria. La piena partecipazione al progetto, nel caso non inusuale che esso preveda un team di ricerca e non richieda grandi spese per l'acquisto di attrezzature, sarà allora pagata in base ai mesi uomo di riferimento per l'impegno prestato. E' evidente che in questi casi, posta una soglia minima di finanziamento di 100.000 euro annui, è necessario garantire la massima partecipazione possibile dei team members in termini di mesi uomo e quindi di garantire una retribuzione superiore a quella prevista per l'assegno di ricerca.

MARIE CURIE FELLOWSHIPS – PEOPLE. Nei bandi People, legati alla formazione e alla mobilità dei ricercatori, è chiaramente affermato che: “As a general rule researchers shall be appointed under an employment contract except in adequately documented cases or where national regulation would prohibit this

possibility. When an employment contract cannot be provided, the researcher shall be recruited under a status equivalent to a fixed amount fellowship, provided that it is compatible with the national legislation and that adequate social security is provided (but not necessarily paid from the fellowship). As a general principle the choice of appointment type should be made in accordance with the best interests of the researchers. The European Charter for Researchers and the Code of Conduct for the recruitment of researchers offer a reference framework for the employment of researchers. In all cases, the hosts must ensure that the researcher is covered under the social security scheme which is applied to employed workers within the country of the contractor, or under a social security scheme providing an adequate protection and covering the researcher in every place of implementation of the IEF activities. The living allowance is a gross Community contribution to the salary costs of the fellow. Consequently, the net salary results from deducting all compulsory social security contributions (employee's contribution and employer's contribution, where applicable) as well as direct taxes (e.g. income tax) from the gross amounts”.

Il contributo a favore della mobilità internazionale è di 800 euro mensili cui si debbono aggiungere extra collegati alle attività di ricerca e la piena garanzia dei diritti di previdenza e sicurezza sociale, il totale supera di gran lunga la retribuzione prevista per l’assegno di ricerca.

NOTE CONCLUSIVE. La gran parte degli Atenei rende possibile due tipi di contrattualizzazione per ricercatori, che esulano dalla fattispecie dell’assegno di ricerca, entrambe inidonee, sebbene non formalmente vietate, al reclutamento nei casi sopra indicati:

a. **Borse di studio dipartimentali** - Le borse di studio, anche quando avente ad oggetto un progetto di ricerca e gravante su fondi esterni, hanno infatti una durata massima di due anni vedi il D.R. 4137 - Regolamento per il conferimento delle borse di studio per attività di ricerca post-dottorato e per attività di perfezionamento all'estero di cui alla legge 30 novembre 1989, n. 398). Peraltro, la partecipazione è legata a soggetti aventi meno di 40 anni, limite non previsto dai bandi europei ed è prevista una subordinazione scientifica da un responsabile d’Ateneo che non è invece prevista dai bandi Europei.

b. **Co.co.co.** - Sebbene l’ipotesi di un contratto co.co.co. non sia formalmente vietata, la fattispecie della collaborazione coordinata e continuativa non si adatta alla realtà scientifica di un team member o di un ricercatore triennale risultando, peraltro, sul piano nazionale e internazionale penalizzante per il ricercatore configurandosi come “lavoro dipendente parasubordinato” piuttosto che come contratto di ricerca. Peraltro, le caratteristiche previdenziali e fiscali, le norme contrattuali fondate sulla prestazione di un’opera o un servizio predeterminati (D.R. 566), i regolamenti riguardanti l’accesso alle strutture dell’Ateneo, la “spendibilità scientifica” sul piano internazionale di una forma che non trova corrispettivi al livello internazionale rendono questa forma di “reclutamento” profondamente iniqua e lesiva del principio di reciprocità stabilito dalla Carta Europea dei Ricercatori.

CAPSULA EBURNEA

UNA RIVISTA BIOMEDICA MULTIDISCIPLINARE PER GIOVANI MEDICI

Capsula Eburnea è una rivista biomedica multidisciplinare per giovani medici, nata su iniziativa del Segretariato Italiano Medici e Specializzandi (oggi Segretariato Italiano Giovani medici) con l'intento di avviare il giovane medico all'attività pubblicistica scientifica e di stimolare l'interesse dei giovani laureati in discipline biomediche nei confronti della ricerca scientifica.

Giovani medici, specializzandi, dottorandi, assegnisti, borsisti e ricercatori possono cimentarsi nella stesura di originali e interessanti articoli in italiano e in inglese.

La rivista pubblica articoli scientifici originali su argomenti di medicina, biomedicina, biotecnologie mediche, scienze motorie e psicologia medica ed accetta contributi redatti come articoli originali, review, casi clinici, note di tecnica, note di terapia, nuove tecnologie.

I lavori saranno valutati da reviewers che si impegneranno nel dare opportuni suggerimenti per migliorare la qualità del manoscritto, rendendolo pubblicabile.

Capsula Eburnea è pertanto sia una rivista scientifica sia uno strumento di formazione per giovani ricercatori.

Indirizzo web: <http://www.capsulaeburnea.unipa.it/>

Capsula Eburnea è anche su www.sims.ms www.giovanimedici.com

Capsula Eburnea è indexata sui seguenti motori di ricerca:

1. SCOPUS
2. THE DIRECTORY OF OPEN ACCESS JOURNALS
3. ULRICH'S PERIODICAL DIRECTORY
4. GOOGLE SCHOLAR

E' stata avanzata richiesta a Pubmed. Non è stata richiesta a ISI-Thompson.

ISSN: 1970-5492

DOI: 10.3269/1970-5492.

Dati su attività scientifica pubblicistica prodotta

Numero di articoli pubblicati in totale e per anno:

2006 = 13

2007 = 19

2008 = 20

2009 = 30 (articoli già accettati e in corso di pubblicazione)

Totale = 82

102

Segretariato Italiano Giovani Medici (S.I.G.M.)

www.giovanemedico.it - www.sims.ms - www.juniordoctors.it



N.B.: Sono stati già ricevuti, e sono in fase di valutazione, 5 lavori per eventuale pubblicazione nel 2010.

Numero di volumi prodotti:

Totale = 4 (uno per anno)

Composizione Comitato Scientifico :

Numero complessivo: 33 (di cui 7 stranieri)

Dei 26 Italiani:

10 tra professori e ricercatori universitari

8 tra assegnisti e dottorandi

5 dirigenti medici di I livello

3 specialisti titolari di borse di studio finalizzate a progetti di ricerca

Linee guida per gli autori

I contributi possono essere redatti come articoli originali, review, casi clinici, note di tecnica, note di terapia, nuove tecnologie.

I manoscritti devono essere preparati seguendo rigorosamente le norme per gli Autori pubblicate di seguito, che sono conformi agli Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Editors editi a cura dell'International Committee of Medical Journal Editors (Ann Intern Med 1997;126:36-47).

Non saranno presi in considerazione gli articoli che non si uniformano ai detti standards internazionali.

I lavori, in lingua italiana o inglese, vanno inviati via email a:

rivista_sims@sims.ms oppure a francapp@hotmail.com

Si prega di salvare i files del testo e delle tabelle in .rtf e delle immagini in .jpeg o .tiff.

L'invio del lavoro sottintende che lo stesso non sia già stato pubblicato e che, se accettato, non verrà pubblicato altrove né integralmente né in parte.

Tutto il materiale iconografico deve essere originale. L'iconografia tratta da altre pubblicazioni deve essere corredata da permesso dell'Editore.

Gli Autori che sottomettono un lavoro a "Capsula Eburnea" devono dichiarare, in un apposito paragrafo inserito al termine del manoscritto sottomesso, se sono presenti, o meno, conflitti di interesse. La rivista recepisce i principi presentati nella Dichiarazione di Helsinki e ribadisce che tutte le ricerche che coinvolgano esseri umani siano condotte in conformità ad essi.

La rivista recepisce altresì gli International Guiding Principles for Biomedical Research Involving Animals raccomandati dalla WHO e richiede che tutte le ricerche su animali siano condotte in conformità ad essi.

L'ottenimento del Consenso informato da parte dei pazienti oggetto dello studio dev'essere dichiarato nel manoscritto e, se richiesto dal revisore, allegato al manoscritto.

Il lavoro deve essere accompagnato dalla seguente dichiarazione firmata da tutti gli Autori: "I sottoscritti Autori trasferiscono la proprietà dei diritti di autore alla rivista Capsula Eburnea, nella eventualità che il loro lavoro sia pubblicato sulla stessa rivista. Essi dichiarano che l'articolo è originale, non è stato inviato per la pubblicazione ad altra rivista, e non è stato già pubblicato. Essi dichiarano di essere responsabili della ricerca, che hanno progettato e condotto e di aver partecipato alla stesura e alla revisione del manoscritto presentato, di cui approvano i contenuti. Dichiarano inoltre che la ricerca riportata nel loro lavoro è stata eseguita nel rispetto della Dichiarazione di Helsinki e dei Principi internazionali che regolano la ricerca sugli animali".

Gli Autori accettano implicitamente che il lavoro venga sottoposto all'esame del Comitato Editoriale, che ne decide l'ammissibilità alla pubblicazione.

In caso di richiesta di modifiche, la nuova versione corretta deve essere inviata alla redazione via e-mail entro il limite di tempo indicato dal Comitato Editoriale.

La correzione delle bozze di stampa dovrà essere limitata alla semplice revisione tipografica; eventuali modificazioni del testo in questa fase potranno determinare il rigetto del lavoro. Gli articoli scientifici possono essere redatti in italiano o in inglese nelle seguenti forme: Review. Deve trattare un argomento di attualità ed interesse, presentare lo stato delle conoscenze sull'argomento, analizzare le differenti opinioni sul problema trattato, essere aggiornato con gli ultimi dati della letteratura. Sono ammesse 7500 parole di testo dattiloscritto e fino a 60 citazioni bibliografiche. Articolo originale. Deve portare un contributo originale all'argomento trattato. Sono ammesse 5000 parole di testo dattiloscritto e 30 citazioni bibliografiche. L'articolo deve essere suddiviso nelle sezioni: introduzione, materiali e metodi, risultati, discussione. Nell'introduzione sintetizzare chiaramente lo scopo dello studio. Nella sezione dei materiali e metodi descrivere in sequenza logica come è stato impostato e portato avanti lo studio, come sono stati analizzati i dati (quale ipotesi è stata testata, tipo di indagine condotta, come è stata fatta la randomizzazione, come sono stati reclutati e scelti i soggetti, fornire dettagli accurati sulle caratteristiche essenziali del trattamento, sui materiali utilizzati, sui dosaggi di farmaci, sulle apparecchiature non comuni, sul metodo statistico). Nella sezione dei risultati dare le risposte alle domande poste nell'introduzione. I risultati devono essere presentati in modo completo, chiaro, conciso eventualmente correlati di figure, grafici e tabelle. Nella sezione discussione riassumere i risultati principali, analizzare criticamente i metodi utilizzati, confrontare i risultati ottenuti con gli altri dati della letteratura, discutere le implicazioni dei risultati.

Caso clinico. Descrizione di casi clinici di particolare interesse. Sono ammesse 2500 parole di testo dattiloscritto e 15 citazioni bibliografiche. L'articolo deve essere suddiviso nelle sezioni: introduzione, caso clinico, conclusioni.

Brevi comunicazioni: solo 1500 parole e 10 voci bibliografiche, sottomesse nei seguenti formati:

- Technical reports
- Therapy reports
- Novel technologies
- Letters to the Editor or Correspondence
- Commentaries

Preparazione del manoscritto

L'articolo dovrà essere dattiloscritto con spaziatura doppia e con margini di almeno 2,5 cm su file .rtf.

Il lavoro deve essere articolato nelle seguenti sezioni:

Pagina di titolo

- Titolo conciso, informativo, senza abbreviazioni, con traduzione in inglese.
- Nome e Cognome degli Autori.
- Istituto e Università o Divisione e Ospedale di appartenenza di ciascun Autore.
- Nome, indirizzo, numero telefonico e E-mail dell'Autore al quale dovranno essere inviate la corrispondenza e le bozze di stampa.
- Dati di eventuali Congressi ai quali il lavoro sia già stato presentato.
- Menzione di eventuali finanziamenti o contratti di ricerca.
- Ringraziamenti.

Riassunto e Parole chiave

Un conciso riassunto di 100-150 parole deve descrivere la significatività dell'articolo.

Al termine del riassunto, inserire da tre a sei parole chiave, usando i termini del Medical Subjects Heading (MeSH) dell'Index Medicus. Riassunto e parole chiave devono essere scritti in italiano e in inglese.

Testo

Identificare metodologie, impianti (nome e indirizzo del produttore tra parentesi) e procedure con dettaglio sufficiente a permettere ad altri studiosi di riprodurre i risultati. Menzionare le metodologie già definite, incluse

quelle statistiche; menzionare e fornire brevi descrizioni circa metodologie che sono state pubblicate ma non sono ben conosciute; descrivere metodologie nuove o modificate in modo sostanziale; giustificare il loro utilizzo e valutarne i limiti. Di tutti i farmaci si deve citare nome generico, dosaggio e vie di somministrazione. Unità di misura, simboli, abbreviazioni devono essere conformi agli standards internazionali. Le misure di lunghezza, altezza, peso e volume dovrebbero essere riportate in unità del sistema metrico (metro, chilogrammo, litro) o in loro multipli decimali. Le temperature dovrebbero essere espresse in gradi Celsius. Le pressioni arteriose in millimetri di mercurio. Tutte le misurazioni ematologiche e di chimica clinica dovrebbero essere espresse in unità del sistema metrico nei termini dell'International System of Units (SI). Si scoraggia l'uso di simboli e sigle poco comuni. Tutte le sigle vanno comunque spiegati alla prima apparizione nel testo.

Bibliografia

La bibliografia, che deve comprendere i soli Autori citati nel testo, va numerata con numeri arabi in ordine consecutivo di prima citazione nel testo. Il richiamo delle voci bibliografiche nel testo deve essere fatto con numeri arabi posti tra parentesi. La bibliografia deve essere citata nello stile standardizzato approvato dall'International Committee of Medical Journals Editors.

ESEMPI:

Citazione di articolo:

Gravante G, Pomara F, Russo G, Amato G, Cappello F, Ridola C: Plantar pressure distribution analysis in normal weight young women and men with normal and claw feet: a cross-sectional study. Clin Anat 2005;18:245-250.

Citazione di Libri e Monografie:

Cappello F, Bucchieri F, and Zummo G: Role of immunohistochemical expression of PCNA and p53 in prostate carcinoma. In: Immunohistochemistry and in situ hybridization of human carcinomas, Edited by M.A. Hayat, Vol. 2: Molecular Pathology of Colorectal Carcinoma and Prostate Carcinoma, Cap. 8, Elsevier, Life Sciences, 2004.

Tabelle

Ogni tabella deve essere presentata, in file separato, numerata in cifre romane, corredata da un breve titolo. Eventuali annotazioni devono essere inserite al piede della tabella e non nel titolo.

Le tabelle devono essere richiamate nel testo.

Figure

Le fotografie devono essere inviate sotto forma di file .jpeg o tiff. Le foto istologiche devono sempre essere accompagnate dal rapporto di ingrandimento e dal metodo di colorazione. Le didascalie vanno inserite nel file del testo del manoscritto, dopo la discussione e prima della bibliografia.

