

INTRODUZIONE

Il rapporto *Health at a glance 2023* dell'OCSE ha sottolineato l'invecchiamento della popolazione e la maggiore diffusione delle malattie croniche hanno aumentato esponenzialmente la domanda di assistenza sanitaria e, conseguentemente, di operatori sanitari.

L'incremento della domanda non ha visto tuttavia un pari aumento del personale medico e sanitario che, anzi, soffre una carenza ormai sempre più acuta, ulteriormente accentuata dalla gobba pensionistica, in particolare per l'assistenza territoriale ed in merito a specifiche specialità mediche.

Al fine di migliorare la capacità del SSN di rispondere ai nuovi bisogni di cura, partendo dai dati sulla demografia di personale sanitario, il documento si propone di individuare alcune possibili proposte di policy volte a qualificare il percorso di studi e professionale dei medici in formazione specialistica e delle professioni infermieristiche e sanitarie.

Parallelamente alle politiche volte ad incrementare in numero assoluto medici specializzati e infermieri in servizio attivo, appare infatti necessario armonizzare gli aspetti qualitativi (istruzione, competenze ed esperienza dei professionisti) per migliorare la capacità di rispondere ai bisogni della popolazione in modo più efficiente e mirato, riducendo sprechi di risorse e garantendo un'adeguata assistenza.

Migliorare la formazione del personale medico e sanitario, costruendo dei percorsi professionali in grado di trattenere il personale in Italia appare non solo una esigenza clinica ma anche preconditione per garantire al sistema Paese di poter trattenere nel SSN i professionisti che ha investito per formare.

DEMOGRAFIA DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA IN ITALIA

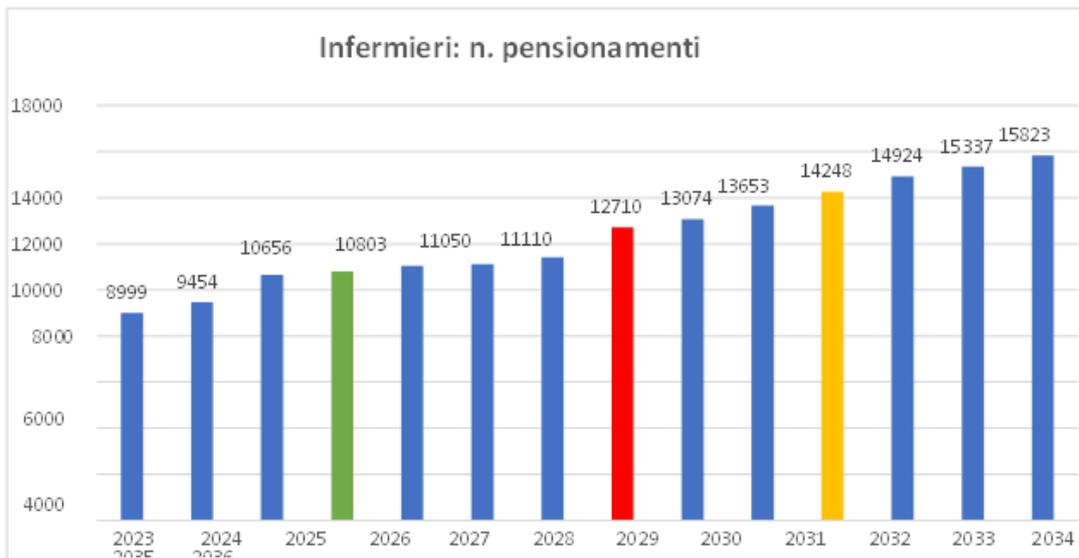
Il numero totale degli infermieri iscritti agli ordini provinciali delle professioni infermieristiche è, ad aprile 2024, di **456.093 unità** di cui 446.943 infermieri e 9.089 infermieri pediatrici.

Sono attivi in Italia, secondo i dati comunicati dal ministero della Salute, dal Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato e dall'Ente di previdenza degli infermieri Enpapi, **circa 399mila** (dati FNOPI 2022-2023), di cui **280.315** dipendenti del Servizio sanitario nazionale a tempo indeterminato e **21.746 a tempo determinato**.

Gli altri infermieri operano come dipendenti di strutture private e private accreditate o altri enti (anche infermieri militari) e ci sono, secondo i dati del bilancio consuntivo ENPAPI del 2023 (Ente di previdenza degli infermieri) **48.708 infermieri che svolgono attività libero professionale**.

I rimanenti **57mila circa rispetto al totale degli iscritti** e agli infermieri attivi nella professione infermieristica, sono pensionati o impiegati in attività diverse dallo specifico professionale. La carenza di personale sanitario in Italia si è sviluppata gradualmente a partire dal 2008, quando la crisi economica globale ha colpito soprattutto i Paesi del Sud Europa e la spesa sanitaria pro-capite è diminuita. Il tasso di abbandono non è compensato dal numero di nuovi ingressi (9.992/ nuovi ingressi all'anno o 16,9 / 100.000 abitanti (2020)¹.

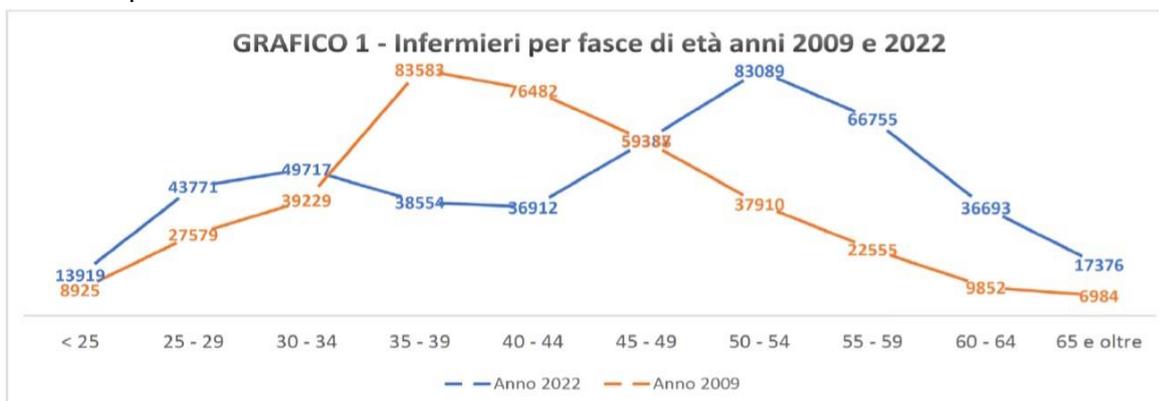
¹ Source: Eurostat (online data code: hlth_rs_grd)



Sebbene la spesa sanitaria pubblica italiana sia cresciuta nel periodo 2010-2017, il tasso di crescita medio annuo (0,2%) è risultato inferiore a quello del PIL, dunque, il rapporto spesa sanitaria pubblica/PIL è diminuito dal 7,0% nel 2010 al 6,5% nel 2017. La riduzione di investimento nella sanità in quell'arco temporale ha quindi facilitato una **mobilità attiva del personale sanitario in cerca di migliori opportunità**. In parallelo, molti di coloro che sono rientrati dall'estero negli ultimi anni, a fronte di barriere e difficoltà burocratiche, sono rimasti inattivi o hanno cambiato professione.

L'elevato tasso di abbandono e l'alta percentuale di infermieri che stanno raggiungendo l'età pensionabile mettono a rischio la sostenibilità del sistema. Infatti, secondo le stime del Ministero della Salute italiano, **entro il 2030 oltre il 25,4% della forza lavoro raggiungerà l'età pensionabile**. Tra gli infermieri, l'età media è di 47,4 anni, con un'anzianità media di servizio di 19 anni. Nei prossimi anni, quindi, 87.193 infermieri lasceranno il lavoro per il pensionamento (in media 8.720 infermieri all'anno).²

Nel 2009, il picco massimo di infermieri, secondo i dati dell'Albo nazionale gestito dalla FNOPI, era nella fascia **di età 35-39 anni**, mentre nel **2022** il mix tra scarsa attrattività e blocchi delle assunzioni hanno portato il picco **nella fascia di età 50- 54 anni** e che farà sentire i suoi effetti massimi a partire dal 2029.



Fonte: elaborazione FNOPI su dati Albo nazionale delle professioni infermieristiche

² Ministero della Salute. Il personale del Sistema Sanitario Italiano – Anno 2020

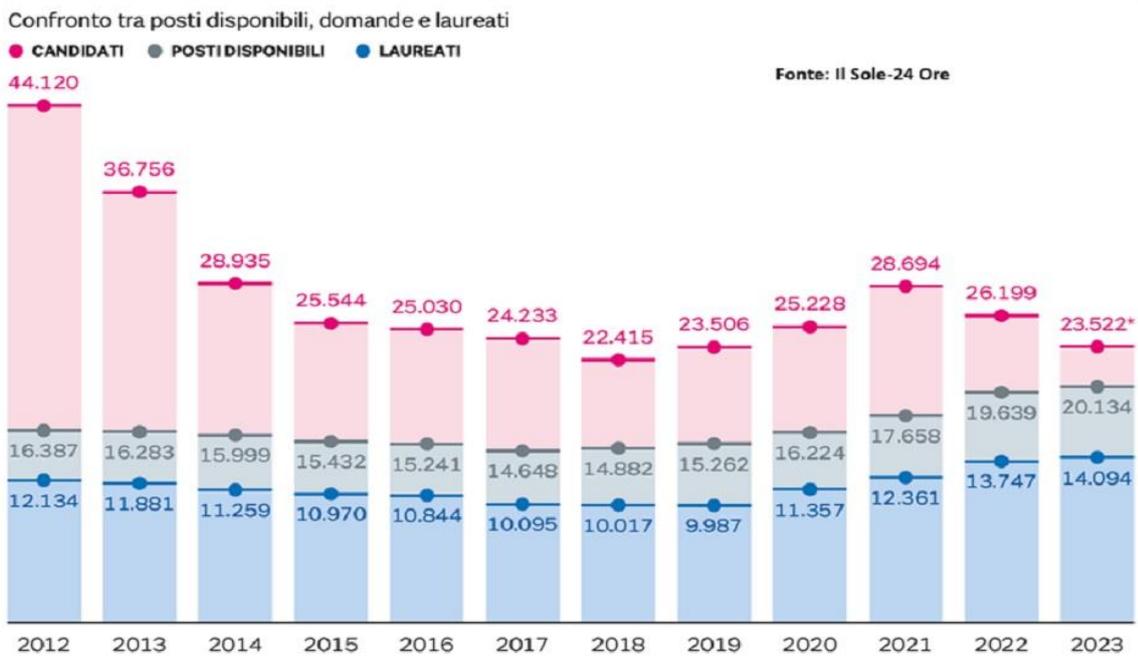
Per colmare il divario, il Governo ha aumentato il numero di posti al Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche (20.199 posti nel 2023/24, un dato maggiore rispetto all'anno precedente del 4-5% ma inferiore di 6.337 unità rispetto alla richiesta delle Regioni) senza tuttavia raggiungere un miglioramento dell'attrattività della professione, ulteriormente diminuito. Un indicatore importante è dato dal **basso rapporto tra iscrizioni e posti universitari disponibili**, pari a **1,3** nel 2022, in calo rispetto all'1,6 degli anni precedenti, a sottolineare la scarsa propensione degli studenti a scegliere la carriera infermieristica.

In una recente indagine (PISA, 2018), **meno dell'1% degli studenti italiani vorrebbe intraprendere la professione infermieristica**, rispetto alla media del 3% negli altri Paesi dell'Unione Europea. Il moderato riconoscimento e lo scarso valore sociale di tale professione all'interno della popolazione, le scarse prospettive di carriera e i livelli retributivi modesti incidono negativamente sull'attrattività. In merito alle prospettive di carriera, il sistema italiano è ancora prevalentemente improntato su un modello di crescita lineare, in base al quale l'infermiere si sviluppa all'interno di un'istituzione con un avanzamento lineare da infermiere di ruolo a caposala. L'avanzamento si basa sull'esperienza acquisita durante la pratica clinica piuttosto che sui meriti e sull'eccellenza educativa.

Tra i 23 Stati membri dell'UE per i quali sono disponibili dati, nel 2020 si sono laureati 121.000 professionisti dell'assistenza infermieristica, pari a una media europea di **36,6 infermieri laureati per 100.000 abitanti**. In Italia si parla di 16,8 laureati ogni 100.000 abitanti, decisamente sotto la media europea.

L'Italia impiega meno infermieri rispetto a quasi tutti i paesi dell'Europa occidentale e il loro numero **in rapporto alla popolazione è inferiore del 25% alla media UE** (Rapporto sull'Italia della Commissione UE State of Health in The UE – Italia, profilo della Sanità 2021). Tale carenza si traduce in un rapporto medio di un infermiere ogni **11 assistiti**, con punte in alcune Regioni fino a 17-19 assistiti per infermiere, contro una media europea di un infermiere ogni sei assistiti.

Il trend nei corsi di laurea in infermieristica



(*) Per gli ultimi 4 anni i laureati sono stimati sui posti a bando di 3 anni prima. Fonte: Ministero Università, Regioni, Fed. Fnopi e Università

Se una adeguata programmazione dei posti disponibili per la formazione triennale continua ad essere una precondizione irrinunciabile per evitare la carenza, il nodo principale resta tuttavia la necessità di **innalzare il livello formativo** con corsi di laurea magistrali, in grado di qualificare a professione infermieristica.

Nell'urgenza di una soluzione immediata per contrastare tale carenza, i governi hanno cercato di attrarre professionisti dall'estero. Tuttavia, **solo il 4,8% del personale sanitario in Italia proviene dall'estero**, una percentuale significativamente inferiore a quella di Paesi come il Regno Unito o la Germania, con una media rispettivamente del 15,4 e dell'8,9% mentre tra il 2000 e il 2022 hanno scelto di lavorare all'estero quasi 180.000 professionisti.

Ad oggi in Italia esistono significative disparità geografiche nell'erogazione dei servizi, in particolare nel campo della prevenzione e delle cure primarie, e serve una migliore integrazione tra ospedale e territorio.

Per affrontare le sfide con una prospettiva a lungo termine e garantire un'assistenza sostenibile ed efficiente, è necessaria una ristrutturazione del sistema.

Ne è d'esempio il decreto ministeriale (D.M. n. 77/2022) che intende rafforzare il ruolo dei servizi di assistenza territoriale attraverso un approccio multidisciplinare e multilivello. Il decreto prevede inoltre che il ruolo dell'infermiere venga ampliato per fornire servizi di assistenza primaria e domiciliare, con una maggiore autonomia e un'interazione estesa tra servizi sanitari e sociali. Sebbene le intenzioni siano lodevoli, il successo del provvedimento deve essere ancora valutato. Raggiungere l'obiettivo dichiarato di assistenza del 10% della popolazione over 65 nei prossimi cinque anni richiederà investimenti sostanziali in istruzione, formazione, assunzione e miglioramento del posto di lavoro, con stime preliminari che si aggirano intorno ai 2-4 miliardi di euro/anno. Secondo l'Agenas (Fonte: "Il personale del Servizio sanitario nazionale", ottobre 2022), il fabbisogno totale di personale infermieristico stimato secondo gli standard del DM77 oscilla tra un minimo di 19.450 unità a un massimo di 26.850 unità. Confrontando fabbisogno e carenze, si stima pertanto che, solo per l'ambito assistenziale, ci sia un deficit **di circa 65.000 infermieri**, di cui circa **il 45% al Nord**, **il 20% al Centro** e **il 35% al Sud**.

In un contesto di carenza trasversale di personale infermieristico, appare dunque fondamentale rendere strutturale un approccio basato sui concetti di **task shifting** (che prevede il trasferimento di alcune mansioni da professionisti con qualifiche più elevate a quelli con qualifiche inferiori) e di **skill mix change** (ossia la riorganizzazione delle competenze tra i diversi ruoli sanitari) al fine di migliorare l'efficienza produttiva e la flessibilità operativa, permettendo di erogare un numero maggiore di prestazioni mantenendo la stessa qualità e gli stessi costi, oppure di offrire gli stessi servizi sanitari con una riduzione dei costi.

DEMOGRAFIA DEI MEDICI IN FORMAZIONE SPECIALISTICA IN ITALIA

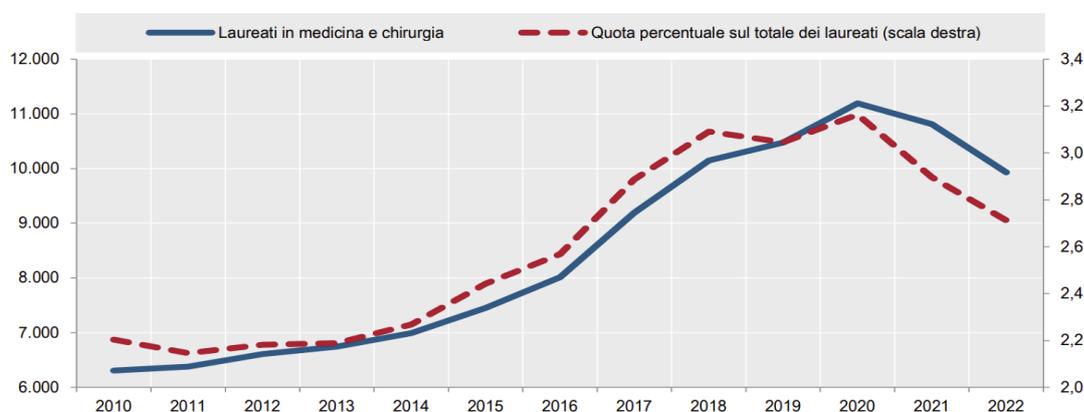
Negli anni precedenti la pandemia, la dotazione di medici specialisti dipendenti del SSN è leggermente diminuita in valore assoluto, passando da circa 105 mila unità nel 2012 a circa **102 mila nel 2021**. In tale contesto, le strutture sanitarie si trovano a dover affrontare una **carenza di personale medico** senza precedenti e che rischia di peggiorare a causa della c.d. **gobba pensionistica e dell'incidenza sempre maggiore delle malattie croniche e delle multimorbilità** sulla popolazione.

Per migliorare la capacità del sistema sanitario di rispondere al fabbisogno di cura, la possibilità di ricorrere ad un maggiore – e qualitativamente migliore – coinvolgimento degli specializzandi appare pertanto non solo una esigenza organizzativa delle strutture ma un

accorgimento fondamentale per valorizzare la formazione in medicina, rendendo il sistema formativo italiano più competitivo rispetto ai modelli europei.

Guardando ai dati sulla popolazione medica, nel 2021, l'Italia si colloca al quattordicesimo posto tra i paesi dell'Unione europea per numero di medici ogni 100mila abitanti (410,4), con una dotazione di medici specialisti pari a **328,3 medici ogni 100mila abitanti**, in tutti e due i casi, dati superiori alla Francia e inferiori alla Germania (Dato Eurostat). I nostri medici sono tuttavia i **più anziani d'Europa**: nel 2021, il 55,2% dei medici in Italia ha 55 anni e più, a fronte del 44,5% in Francia, 44,1% in Germania e 32,7% in Spagna (ISTAT 2023).

Figura 2 - Laureati in medicina e chirurgia (a) e quota sul totale dei laureati (scala destra). Anni 2010-2022
(valori assoluti e percentuali)

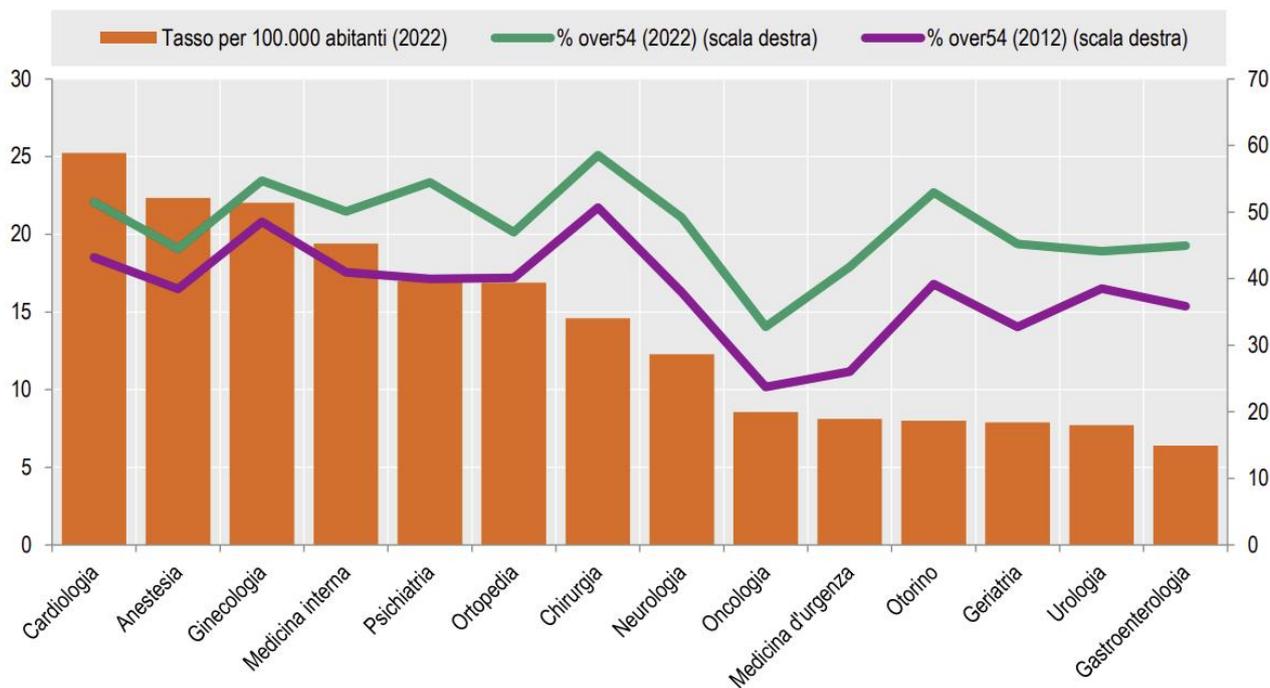


Fonte: Anagrafe Nazionale Studenti (ANS) - Ministero dell'Università e della Ricerca

Per quanto riguarda i medici specialisti in attività nel sistema sanitario pubblico e privato, l'età media nel 2022 è pari a 53,7 anni, con una quota pari al **49,2% di medici specialisti con 55 anni e più**. Tra le specializzazioni più diffuse, la percentuale di specialisti over 54 supera il 50% tra i cardiologi, i ginecologi, gli internisti, gli psichiatri e soprattutto i chirurghi (58,6%); diverse altre specializzazioni fanno registrare comunque un ritmo di "invecchiamento" molto sostenuto: tra il 2012 e il 2022 la quota di over 54 anni tra i medici d'urgenza è passata dal 26% al 41,8%; tra gli oncologi dal 23,7% al 32,8%; tra i geriatri dal 32,8% al 45,2%.

I dati sui flussi in uscita dei medici negli anni rendono evidente come, in assenza di rapidi e strutturati accorgimenti, il nostro Paese rischi di compromettere significativamente l'investimento pubblico in formazione, alimentando il flusso in uscita di medici laureati e, conseguentemente, la carenza di personale medico. Dal 2012 al 2021, a fronte di 61.300 medici con titolo per andare in pensione si sono formati solo 35.000 specialisti, portando la **carenza a 26.000 medici nel 2021**.

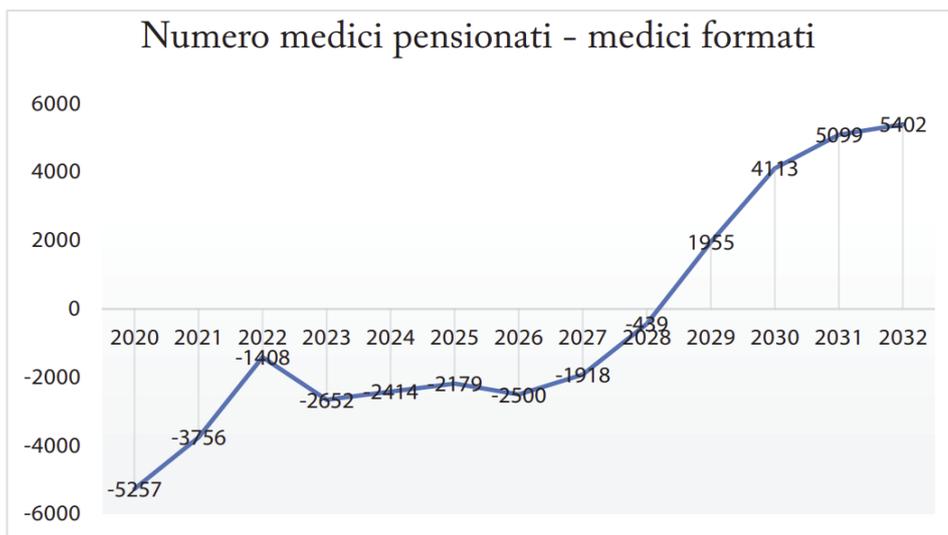
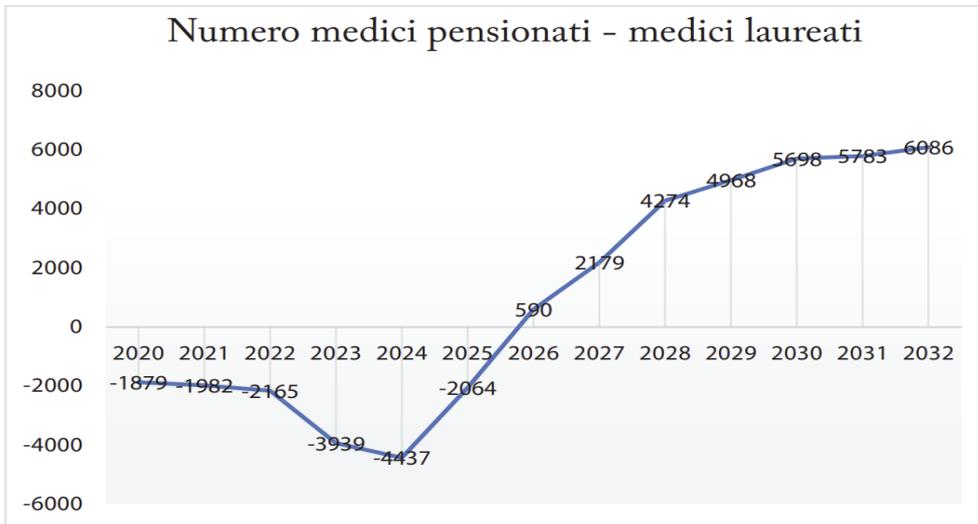
Figura 6 - Medici specialisti in attività sopra i 55 anni di età e quota sul totale dei medici (scala destra). Anno 2012 e 2022
(tasso per 100.000 abitanti e valori percentuali)



Istat – Health for All; elaborazioni Istat su dati IQVIA-Italia, OneKey database

Se la necessità di allineare gli accessi alle scuole di specializzazione e il numero di laureati è stato affrontato dal Governo attraverso una maggiore di disponibilità di borse di studio finanziate a livello centrale e regionale e da politiche qualitative per rendere più attrattive le specializzazioni che oggi hanno maggiore carenza, tale soluzione appare in grado di soddisfare principalmente le esigenze quantitative e, per essere realmente efficace, deve essere accompagnata da una revisione qualitativa del percorso formativo dei giovani medici, in grado di adeguarlo alle esigenze che emergono quotidianamente dalla pratica clinica.

Nonostante una chiara inversione di tendenza dall'anno 2022 nel numero di posti disponibili al primo anno dei corsi di laurea in Medicina e chirurgia, solo nel 2026 il numero di laureati raggiungerà quello dei pensionamenti programmati. Tale inversione, invece, avverrà ben 3 anni dopo (2029) per i medici formati e, quindi, specialisti.



Nonostante la crescita dei posti disponibili, inoltre, si evidenzia una crescente disparità tra l'offerta e la domanda, poiché il numero effettivo di studenti che si iscrivono a tali posizioni sta diminuendo. Ciò ha causato una significativa diminuzione della percentuale di riempimento, scesa dal 91% nel 2018/19 a meno del 64% nel 2023. In termini numerici assoluti, tale fenomeno si traduce nel fatto che nel 2023, su 14.036 candidati, 10.378 si sono regolarmente iscritti alla Scuola di Specializzazione in Medicina (SSM), mentre circa **3.600 candidati hanno dovuto cercare alternative**.

Tra le singole specializzazioni, la percentuale di riempimento più bassa si registra in Emergenze-Urgenza (30%), Medicina nucleare (27%), Radioterapia (18%), Microbiologia e virologia (11%). Seguono per carenza Anatomia patologica (47%) e Chirurgia generale (51%).

ENTITA' DEI CONTRATTI DI SPECIALIZZAZIONE BANDITI E ASSEGNATI AL CONCORSO SSM2024

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE	CONTRATTI DI SPECIALIZZAZIONE			SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE	CONTRATTI DI SPECIALIZZAZIONE		
	BANDITI	ASSEGNATI			BANDITI	ASSEGNATI	
Chirurgia plastica	108	108	100%	Medicina fisica e riabilitativa	342	302	88%
Dermatologia e venereologia	133	133	100%	Cardiologia	96	84	88%
Endocrinologia	214	214	100%	Scienza dell'alimentazione	69	59	86%
Malattie dell'apparato cardiovascolare	613	613	100%	Urologia	262	221	84%
Malattie dell'apparato digerente	225	225	100%	Ematologia	219	175	80%
Oftalmologia	245	245	100%	Medicina interna	836	661	79%
Pediatria	840	839	100%	Geriatrics	400	287	72%
Neurologia	343	342	100%	Igiene e medicina preventiva	567	378	67%
Radiodiagnostica	683	681	100%	Malattie infettive e Tropicali	254	167	66%
Medicina Termale	3	3	100%	Audiologia e foniatria	37	24	65%
Medicina legale	162	161	99%	Genetica medica	81	50	62%
Malattie dell'apparato respiratorio	264	261	99%	Anestesia	1566	940	60%
Medicina dello sport	88	87	99%	Chirurgia Generale	715	362	51%
Medicina del lavoro	205	202	99%	Chirurgia Toracica	89	43	48%
Chirurgia maxillo facciale	56	55	98%	Nefrologia	351	167	48%
Ginecologia ed Ostetricia	551	538	98%	Anatomia patologica	188	89	47%
Reumatologia	125	122	98%	Medicina d'emergenza urgenza	1020	304	30%
Allergologia ed immunologia clinica	79	77	97%	Medicina nucleare	93	25	27%
Otorinolaringoiatria	197	192	97%	Statistica sanitaria e Biometria	50	13	26%
Neuropsichiatria infantile	227	221	97%	Medicina e Cure Palliative	170	37	22%
Chirurgia pediatrica	58	56	97%	Medicina di comunità e cure primarie	119	25	21%
Ortopedia e traumatologia	495	469	95%	Radioterapia	170	31	18%
Psichiatria	543	514	95%	Farmacologia e Tossicologia Clinica	119	20	17%
Neurochirurgia	118	111	94%	Patologia Clinica e Biochimica Clinica	309	46	15%
Chirurgia Vascolare	119	109	92%	Microbiologia e virologia	117	13	11%
Oncologia medica	323	291	90%	TOTALE DELLE SPECIALIZZAZIONI	15256	11392	75%

Ne consegue, pertanto, la necessità di uniformare pienamente doveri e responsabilità del medico specializzando al sistema formativo così come innovato dal Decreto interministeriale MUR e Min Sal del 4 febbraio 2015, n.68 e dal Decreto MUR 13 giugno 2017, valorizzando il suo ruolo attraverso una crescente autonomia che scaturisca da competenze certificate nel corso dell'attività quotidiana.

L'ottenimento di un nuovo status da parte del medico in formazione specialistica richiede infatti una più ampia revisione del quadro normativo (Decreto Legislativo del 17 agosto 1999, n. 368) al fine di ridefinire gli ambiti di attività, il rapporto con i tutor ed il ruolo all'interno della Rete di formazione.

Nell'attuale contesto formativo e clinico italiano appare infatti cruciale poter immaginare un percorso che, nel rispetto di dettami forniti dal Consiglio della Scuola di specializzazione e di una valutazione costante dei risultati, veda crescere il coinvolgimento degli specializzandi nella prassi clinica in modo progressivo.

Per tenere alta la qualità dei servizi sanitari è infatti necessario che il passaggio da una funzione di appoggio, ad una di collaborazione guidata e, infine, ad una attività autonoma, sia sempre accompagnata dal consulto e dalla verifica del tutor.

CONCLUSIONI E RACCOMANDAZIONI DI POLICY

Dato il contesto richiamato, per rendere il sistema formativo e sanitario nazionale più attrattivo, è essenziale innanzitutto prevedere percorsi educativi adeguati per sviluppare un nuovo insieme di competenze, sia nella dimensione orizzontale (in termini di numero e grado di autonomia e responsabilità) sia in quella verticale (capacità di pianificare, regolare e autocontrollare le proprie competenze).

Alla luce di tali considerazioni, anche sulla base delle evidenze raccolte nel presente paper, si riportano le seguenti **raccomandazioni di policy**:

I. Personale infermieristico e sanitario

Ai dati della carenza sugli infermieri (circa 60.000 infermieri in meno secondo il CREA) va aggiunto uno scenario ancora più preoccupante: la scarsa propensione degli studenti italiani ad intraprendere la professione (circa l'1% rispetto al 3% degli altri Paesi UE).

Se è vero che la carenza di infermieri appare generalizzata in UE, il nostro sistema risulta comunque meno attrattivo degli altri. Tra le diverse ragioni, le cause sono riferibili anche a:

- un percorso di carriere che prevede una crescita professionale limitata;
- un sistema formativo che – a differenza dei migliori modelli internazionali come il *Nurser Practitioner* (Inghilterra, Canada), l'*Enfermeros Prescriptores* (Spagna) l'*Advanced Practice Nurse* (USA) - non permette l'evoluzione verso un sistema di competenze e pratiche avanzate.

Ferma restando la specificità dell'atto medico, è quindi fondamentale rendere strutturale un approccio formativo che permetta – tramite apposito corso di studio specialistico – al personale sanitario di poter svolgere in autonomia maggiori mansioni, così da permettere una riorganizzazione delle competenze tra i diversi ruoli sanitari.

Accogliendo con favore il lavoro congiunto del Min Sal e del MUR per rivedere i corsi di laurea infermieristici inserendo tre nuove aree di specializzazione, si riportano di seguito alcune raccomandazioni di sistema:

- **Rendere strutturali** le esperienze di *task sharing* già sperimentate in diversi contesti regionali.
Per l'area di Pronto Soccorso ed Emergenza-Urgenza, ad esempio, si suggerisce l'adozione di **protocolli formativi** a livello nazionale per gli infermieri coinvolti nell'attività di *see and treat* in modo da incentivarne l'adozione in tutte le Regioni.
- **Istituire corsi di studio specialistici in infermieristica ad indirizzo clinico** per garantire l'acquisizione da parte del personale infermieristico di competenze specifiche in alcune aree più critiche (assistenza territoriale; cure intensive e dell'emergenza ecc..), abilitanti alla prescrizione infermieristica di trattamenti assistenziali e tecnologie specifiche (presidi e ausili).
Tali corsi di studio dovranno essere definiti attraverso una costante sinergia tra Min Sal e MUR, volta a definire le aree di sviluppo delle competenze professionali degli studenti in funzione delle esigenze del Servizio Sanitario Nazionale che il personale sanitario dovrà concretamente affrontare nell'attività lavorativa.
- Avviare specifici **corsi di laurea in infermieristica rivolti a lavoratori OSS** che prevedano orari delle lezioni compatibili con l'attività lavorativa e il riconoscimento dell'esperienza professionale acquisita in termini di crediti formativi.
Un meccanismo di questo tipo potrebbe infatti garantire un accesso agevolato a tutti i professionisti che hanno già dimostrato vocazione per le professioni sanitarie.

II. Medici in formazione specialistica

La possibilità di ricorrere ad un maggiore – e qualitativamente migliore – coinvolgimento degli specializzandi appare non solo una esigenza organizzativa delle strutture ma un accorgimento fondamentale per valorizzare la formazione in medicina, rendendo il sistema formativo italiano più competitivo rispetto ai modelli europei.

I dati sui flussi in uscita dei medici negli anni (oltre diecimila tra il 2005 ed il 2015, secondo i dati comunicati dal Ministro Schillaci) rendono infatti evidente come, in assenza di rapidi e strutturati accorgimenti, il nostro Paese rischi di compromettere significativamente l'investimento pubblico in formazione, alimentando il flusso in uscita di medici laureati e, conseguentemente, la carenza di personale medico.

La necessità di allineare gli accessi alle scuole di specializzazione e il numero di laureati è stata affrontata dal Governo attraverso una maggiore di disponibilità di borse di studio finanziate a livello centrale e regionale. Alla soluzione quantitativa deve tuttavia accompagnarsi una revisione qualitativa del percorso formativo dei giovani medici, in grado di adeguarlo alle esigenze che emergono quotidianamente dalla pratica clinica.

La scuola di specializzazione deve pertanto garantire al medico un percorso di formazione che gli permetta di sviluppare una **autonomia graduale, responsabile e certificata**.

Di seguito le raccomandazioni di policy:

- **Garantire processi di monitoraggio e verifica da parte dei tutor clinici** delle attività sanitarie svolte dal medico in formazione specialistica, che ne accertino il grado di **autonomia operativa e decisionale**, prevedendone la relativa certificazione da parte della scuola di specializzazione.
- Prevedere per i medici in **specializzazione** la progressiva autorizzazione all'esercizio dell'attività clinica nel contesto ospedaliero di riferimento, in coerenza con il grado di **autonomia professionale certificata**.
- Supportare la partecipazione del medico in formazione specialistica ad **attività di ricerca**, sia in relazione alla preparazione della tesi che per la conduzione autonoma di studi epidemiologici e di sperimentazione controllate.
- Rafforzare i meccanismi di **remunerazione aggiuntiva per gli specializzandi** già approvati con la Legge di Bilancio, sulla base della autonomia conseguita durante la specializzazione e da differenziare a seconda della scuola di specializzazione scelta.