



Oggetto: Proposte dell'Associazione Italiana Giovani Medici in tema di Formazione Specifica in Medicina Generale alla luce del fenomeno della carenza di Medici di Medicina Generale

PREMESSA

Sempre più spesso si parla dell'ormai imminente carenza di Medici di Medicina Generale e del rischio che questo comporterà, ovvero lasciare i cittadini privi di Medici di Medicina Generale. Tale carenza di medici con formazione post-laurea, appare tanto più critica nel momento in cui si assiste ad una drammatica mancanza di borse di studio per la formazione post-laurea dei medici, legata sia a un mancato finanziamento delle stesse e sia, al contempo, ad un'inadeguata programmazione del fabbisogno di professionisti sanitari. Ci troviamo così di fronte alla contemporanea presenza di medici costretti a emigrare o a vivere in un limbo caratterizzato da sotto-occupazione e sfruttamento e ad una ormai chiara carenza di medici di medicina generale.

Per porre rimedio a tale situazione vengono da più parti proposte soluzioni che portano in sé, in modo implicito, l'assunto della non necessità di una formazione specifica in medicina generale per l'esercizio della professione, considerando di fatto tale formazione come un aspetto formale imposto dalla normativa, piuttosto che una condizione necessaria al corretto funzionamento del sistema sanitario.

D'altra parte, la nostra Associazione da anni sostiene la necessità di una valorizzazione della formazione specifica in medicina generale, consci dell'importanza della figura del Medico di Medicina Generale all'interno della Cure Primarie. **Le sfide imposte dai cambiamenti epidemiologici, demografici e sociali rendono infatti urgente sviluppare un modello nuovo di Cure Primarie che superi il paradigma classico dell'assistenza alle patologie acute, a favore di un modello di cure primarie di tipo proattivo e "comprehensive"**. Tale cambio di paradigma è indispensabile a garantire la sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale, garantendo il diritto alla salute e il contrasto alle diseguaglianze di salute.

Ricordiamo a tal fine che la Medicina Generale non rappresenta l'insieme dei servizi convenzionati che trovano definizione all'interno dell'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale (ACN), ma trova la sua definizione nel documento stilato dall'Organizzazione Internazionale dei Medici di Famiglia, WONCA (World Organization of National Colleges and Academies of Family Medicine/General Practice) che stabilisce che "La medicina generale/medicina di famiglia è una disciplina accademica e scientifica, con propri contenuti educativi e di ricerca, proprie prove di efficacia, una propria attività clinica e una specialità clinica orientata alle cure primarie", dotata di proprie competenze costitutive e di proprie caratteristiche. Pertanto, riteniamo fondamentale che eventuali percorsi che integrino formazione e lavoro per i medici che si stanno formando nell'ambito della medicina generale, privilegino l'impiego dei medici in formazione nell'ambito dell'assistenza primaria, al fine di valorizzare l'acquisizione e il consolidamento di quelle competenze proprie di tale ambito disciplinare.

Con il presente documento, la nostra Associazione ribadisce la necessità di un'evoluzione accademica della Medicina Generale e al contempo indica la soluzione per permettere di far fronte ad eventuali carenze di medici, senza derogare alla necessità di sviluppare una formazione che possa farsi promotrice del nuovo paradigma assistenziale, col rischio invece di ancorare il futuro del nostro sistema sanitario a modelli ormai obsoleti.

L'Associazione Italiana Giovani Medici propone l'evoluzione della Formazione Specifica in Medicina Generale a disciplina accademica con l'istituzione della "Scuola di Specializzazione in Medicina Generale, di Comunità e Cure Primarie".

La nostra Associazione ritiene che la Scuola di Specializzazione in Medicina Generale, di Comunità e Cure Primarie debba nascere dall'incontro della rete formativa territoriale già sviluppata nei corsi di formazione specifica in medicina generale (CFSMG) con l'Università.

L'evoluzione in senso accademico della Medicina Generale deve rappresentare l'occasione di estendere al territorio i luoghi della formazione, e non, come spesso si sente dire, la reclusione della formazione in medicina generale all'interno degli ospedali, dal momento che il binomio Università/Ospedale è il prodotto di una cultura medica ospedalocentrica che impedisce di comprendere che la formazione medica debba essere svolta laddove si producono le risposte ai bisogni di salute della popolazione. L'evoluzione degli attuali corsi di FSMG in Scuole di Specializzazione in Medicina Generale, di Comunità e di Cure Primarie rappresenterebbe quindi non solo l'occasione di valorizzare qualitativamente la formazione dei futuri medici di medicina generale, ma anche di portare il bagaglio culturale della medicina generale all'interno della formazione di base del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia.

Va inoltre sottolineato come all'interno dell'Università già esista una Scuola di Specializzazione che si occupa di medicina del territorio, rappresentata dalla Scuola di Medicina di Comunità e Cure Primarie, che nel suo assetto normativo potrebbe già oggi assolvere al ruolo di formazione dei futuri medici di medicina generale.

Alla luce di quanto sopra esposto la nostra associazione propone:

- L'istituzione della Scuola di Specializzazione in Medicina Generale, di Comunità e di Cure Primarie, nata dall'incontro del bagaglio esperienziale dei CFSMG con la Scuola di Specializzazione in Medicina di Comunità e Cure Primarie, alla cui definizione concorrono di concerto il Ministero della Salute e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.
- Di definire la Formazione Specifica in Medicina Generale come il percorso formativo dedicato a formare i Medici di Medicina Generale nell'accezione data dal WONCA e non genericamente come i medici accomunati dal punto di vista contrattuale dal rapporto convenzionale definito dall'ACN.
- Di definire per gli altri settori definiti nell'ACN percorsi di formazione diversi, con l'eccezione della attività di Continuità Assistenziale, che va considerata come attività, seppur minore e marginale, della Medicina Generale, e pertanto da ricomprendere e assorbire in futuro nell'attività della medicina generale, come peraltro già proposto e mai attivato dall'istituzione del cosiddetto "ruolo unico".
- Di incardinare la rete formativa regionale dei CFSMG all'interno delle Scuole di Specializzazione in Medicina di Comunità e Cure Primarie, nelle Regioni dove tali realtà sono già presenti. Promuovere la nascita delle Scuole di Specializzazione in Medicina

Generale, di Comunità e di Cure Primarie nelle Regioni dove non ancora presenti o sedi distaccate per le Regioni in cui non sia presente una facoltà di Medicina e Chirurgia.

- Di creare nelle Aziende Sanitarie dei Dipartimenti Integrati Universitari di Cure Primarie definiti di concerto tra il Ministero della Salute e il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca.
- L'istituzione di un Settore Scientifico Disciplinare (SSD) della Medicina Generale, di Comunità e di Cure Primarie.
- Il superamento dell'attuale ripartizione del tirocinio pratico del CFSMG stabilita dall'art. 26 del D.Lgs 368/99 , al momento prevalentemente ospedaliero, localizzando il più possibile la formazione sul territorio, tra l'ambulatorio del MMG e le attività socio-sanitari territorio (Distretti, Case della Salute, Servizi Sociali ecc), fatti salvi i periodi minimi ospedalieri previsti dalla normativa comunitaria.
- Integrazione dei percorsi formativi dei futuri Medici di Medicina Generale, di Comunità e di Cure Primarie con i percorsi formativi degli altri professionisti operanti sul territorio (infermieri, assistenti sociali ecc).
- Superamento delle incompatibilità e definizione delle attività professionalizzanti.

La creazione di un SSD di Medicina Generale, di Comunità e di Cure Primarie e l'istituzione di una Scuola di Specializzazione permetterebbe anche in Italia l'avvio di dottorati di ricerca nell'ambito della Medicina Generale e favorirebbe l'introduzione dell'insegnamento della medicina generale, di comunità e delle cure primarie anche nel corso di laurea, nonché la creazione di un curriculum nazionale basato sulle competenze, che si basi sulla definizione di Medicina Generale elaborata dal WONCA e sulla letteratura internazionale in tema di cure primarie.

La nostra Associazione è tuttavia consapevole della necessità di dover sviluppare delle strategie per far fronte ad eventuali carenze di Medici di Medicina Generale.

Ritieniamo indispensabile che venga sviluppato un sistema di programmazione delle risorse umane che tenga conto non solo del dato storico o basato sulle carenze scoperte, ma del fabbisogno reale dei professionisti alla luce dei bisogni e delle sfide che il contesto attuale pone ai Sistemi Socio-Sanitari.

Consapevoli inoltre che è probabile già in un prossimo futuro il diffondersi del fenomeno carenziale di Medici di Medicina Generale (intesa come assistenza primaria del nostro ACN), al momento limitato in solo alcune aree, **la nostra Associazione ripropone, rivista, la proposta di attivazione della formazione part time, già precedentemente inviata al Ministero della Salute, in ultimo in data 13 Settembre u.s.** Tale proposta è peraltro in alcuni punti simile alle ipotesi circolate negli ultimi giorni, seppure differenziandosene in alcuni aspetti significativi (fermo restando la non ufficialità del contenuto della proposta circolate sul web). La proposta avanzata dalla nostra Associazione si applicherebbe in modo emergenziale, al fine di compensare eventuali carenze reali della Medicina Generale (intesa come assistenza primaria del nostro ACN), permettendo di valorizzare l'attività lavorativa come momento formativo in sinergia con la formazione part time e al contempo limitando il ricorso al part-time ai casi in cui sia dettato da una carenza reale e non ipotetica.

La proposta della nostra Associazione per compensare un eventuale stato di carenza di Medici di Medicina Generale è definita in cinque punti, di seguito esposti:

1) Rispetto dell'Art. 29 della Direttiva 2005/36/CE, di fatto non recepito dalla normativa nazionale. Questo articolo prevede la possibilità di svolgimento della professione di Medicina Generale solo ai possessori di un titolo di formazione specifica in medicina generale o, in deroga, a chi sta svolgendo tale percorso di formazione.

L'Art. 29 della Direttiva 2005/36/CE prevede, infatti, che l'esercizio della Medicina Generale possa essere svolto da medici che possiedono una Formazione Specifica in Medicina Generale o un titolo equipollente, ma che gli Stati Membri possano esentare da questa condizione i medici che stanno conseguendo la FSMG. Ne consegue che, se venisse recepita tale possibilità, i corsisti potrebbero già durante lo svolgimento della FSMG, svolgere l'attività di medico di medicina generale. Modificando pertanto l'Art 19 comma 11, Legge 28 Dicembre 2001, n 448 si potrebbe far sì che i corsisti possano esercitare la medicina generale non in mancanza di altri medici, come avviene ora in contrasto con le disposizioni comunitarie, ma solo in assenza di medici già in possesso del titolo di FSMG, permettendo così ai corsisti di acquisire l'incarico di assistenza primaria già direttamente durante la formazione.

2) Ridefinizione degli ottimali e massimali dei Medici di Medicina Generale dei Medici di Medicina Generale. Stabilire che, se in un territorio di riferimento si superi una quota di pazienti per Medico di Medicina Generale pari all'ottimale, sia automaticamente bandita un'area carente. Prevedere, per compensare un'area carente, la possibilità di superare il massimale solo temporaneamente e con quota capitaria significativamente ridotta per le scelte in eccesso al massimale.

All'interno delle aggregazioni della Medicina Generale (Legge 8 Novembre 2012, n.189) si può prevedere che ciascun medico presenti un numero ottimale di scelte, che può essere superato solo se gli esuberanti dell'aggregazione locale sono al di sotto di una soglia minima, e un massimale, che può essere superato solo temporaneamente, al fine di compensare uno squilibrio nel rapporto assistiti/medici di medicina generale all'interno di un ambito territoriale. Tale squilibrio deve quindi far generare, superato un numero minimo di esuberanti, la richiesta di pubblicazione dell'area carente. Per far sì che ciò sia inoltre promosso direttamente da parte dei MMG con esubero di scelte, la possibilità di andare oltre il massimale non deve essere desiderabile in termini di compenso, limitando in modo significativo la quota capitaria per tali pazienti "eccedenti" in carico ai medici dell'aggregazione.

3) Attivazione del percorso di formazione part time per i corsisti del Corso di FSMG nelle Regioni in cui, in assenza di medici in possesso di FSMG, si renda necessario il ricorso a medici senza titolo di FSMG, come già previsto dall'art 24 comma 3 del D.lgs 368/99, in accordo con la normativa europea Art. 28 della Direttiva 2005/37/CE .

In tal modo il corsista si troverebbe da una parte a far parte di una aggregazione di MMG in cui è presente un eccesso di assistiti, temporaneamente assegnati ai MMG "senior" appartenenti all'aggregazione, di cui diverrebbe il nuovo medico di medicina generale, seppur in cogestione. La continuità dell'assistenza per interventi urgenti nella fascia 8-20 in cui il corsista è impegnato in attività di formazione verrebbe coperta dai colleghi dell'aggregazione. Questi ultimi mantengono la quota capitaria ridotta per i pazienti in eccesso, mentre il differenziale tra la normale quota capitaria e la quota ridotta va a comporre il compenso del medico sostituito (e contemporaneamente corsista). In tal modo il corsista rappresenterebbe per l'aggregazione una risorsa nella gestione dei pazienti in esubero e al contempo l'aggregazione rappresenterebbe una risorsa per il corsista per permettergli sia di svolgere la formazione prevista dal D.lgs 368/1999, sia di affiancare a tale formazione l'attività lavorativa, avvicinando il modello formativo ad una formazione sul campo. La formazione part time dovrà prevedere un adeguato prolungamento del periodo di formazione al fine di non interferire con gli obiettivi del percorso formativo. In tal modo, tuttavia, la formazione non verrebbe ad essere ridotta alla semplice attività lavorativa, ma si arricchirebbe di questa. Occorre pertanto che

siano chiara la distinzione tra l'attività di sostituzione e di formazione per evitare il rischio che la formazione venga ad essere strumentalizzata per ridurla di fatto all'utilizzo di manodopera a basso costo, senza peraltro che vi siano adeguate garanzie sul raggiungimento degli obiettivi previsti dal percorso formativo.

4) Nel caso in cui vi sia carenza di medici con il titolo di Formazione Specifica in Medicina Generale (sia in graduatoria regionale che non in graduatoria regionale) e contemporaneamente di medici corsisti in formazione specifica in Medicina Generale, disponibili a coprire la carenza mediante l'attivazione del corso part time, far seguire alla pubblicazione dell'area carente, la richiesta di attivazione di una borsa di FSMG; vincolare, quindi, l'assegnazione della borsa di FSMG all'acquisizione del contratto di sostituzione in medicina generale nell'area carente corrispondente.

5) Prevedere facilitazioni in termini di graduatoria per chi si è formato in un'area carente (analogamente a quanto oggi avviene per la residenza), in modo da favorire al termine del percorso formativo la possibilità per il medico di Medicina Generale neodiplomato di conseguire la titolarità nella sede in cui ha svolto la formazione.

Ciò permetterebbe di rafforzare la continuità longitudinale dell'assistenza, limitando la frammentazione dell'assistenza per i pazienti in esubero. Inoltre non è improbabile ipotizzare che, dopo la formazione, i medici che hanno assistito per anni i pazienti in un determinato gruppo e che si sono inseriti al loro interno, decidano di rimanervi a lavorare. Sebbene questa sia solo un'ipotesi, è possibile che tale dinamica rappresenti uno stimolo per i medici a proseguire la propria attività anche in aree periferiche, che classicamente in caso di alta domanda di medici tendono ad andare in sofferenza per la scarsa attrattività. Nella peggiore delle ipotesi questo sistema permetterebbe comunque di fornire un'assistenza alle aree svantaggiate che potrebbero in un futuro prossimo restare realmente scoperte dal punto di vista dell'assistenza dei medici di medicina generale.

Aggiungiamo inoltre alcune iniziative che permetterebbero di diminuire la perdita di borse di formazione, tanto per quanto riguarda la FSMG che per le scuole di Specializzazione.

1) Concorso unico nazionale con le Scuole di Specializzazione in Medicina Generale. E' ormai noto che l'esistenza dei due concorsi separati porti di fatto ad amplificare il fenomeno degli abbandoni delle borse di formazione. Diventa fondamentale in tale momento di carenza di risorse per la formazione post-laurea limitare tale fenomeno.

2) Limite del peso della residenza nella graduatoria regionale. Ad oggi è necessario essere residenti in una Regione da almeno due anni per beneficiare del relativo punteggio, molto consistente. Se si considera, inoltre, che tra l'iscrizione in graduatoria e la prima convocazione utile per l'assegnazione delle aree carenti può passare oltre un anno, si comprende come un medico che abbia deciso da poco di trasferire la propria residenza da un'altra Regione (per esempio perchè vi ha svolto il corso di formazione), possa vedersi ritardata l'acquisizione di un'eventuale convenzione di quasi quattro anni. Ciò può rendere molto invitante l'idea di compensare questo periodo di attesa intraprendendo un'eventuale seconda specializzazione, in attesa di essere nella condizione per accedere alla convenzione.

Ricordiamo infine che ad oggi manca un reale meccanismo di rappresentanza eletta dei corsisti all'interno delle scuole, la cui necessità è stata in passato sostenuta dalla nostra Associazione. Ciò rende ragione del fatto che la rappresentanza sia spesso espressione di dinamiche sindacali, in cui le

istanze dei giovani medici e corsisti sono di fatto mediate da una generazione di professionisti ormai prossimi alla pensione o che comunque non lavoreranno di fatto nel modello che stanno oggi definendo. Consci della complessità dei temi sopra esposti la nostra Associazione si rende disponibile per chiarimenti e collaborazione nell'ulteriore definizione delle proposte sopra esposte. Proponiamo e ci rendiamo disponibili per la creazione di un tavolo tecnico per elaborare soluzioni fattive, che vedano protagonisti le realtà rappresentative della componente giovanile della professione. A tal fine facciamo presente che la nostra associazione è in contatto con altre realtà associative giovanili non sindacalizzate che, in tema di medicina generale, si riconoscono nei principi definiti dal WONCA, e il cui contributo potrebbe rivelarsi prezioso.

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

S.I.Me.G. Dipartimento della Medicina Generale