



13/09/2018

Al Ministro della Salute  
Dott.ssa Giulia Grillo

Alla direzione Professioni Sanitarie del Ministero della Salute  
c.a. Dott.ssa Rossana Ugenti  
Email: [r.ugenti@sanita.it](mailto:r.ugenti@sanita.it)

Alla Sottosegretario del Ministero della Salute  
Prof. Armando Bartolazzi  
[segreteria.bartolazzi@sanita.it](mailto:segreteria.bartolazzi@sanita.it)

Al capo della Segreteria Tecnica del Ministero della Salute  
Dott. Giuseppe Amato  
[segr.tecnicaministro@sanita.it](mailto:segr.tecnicaministro@sanita.it)

e p.c.

Al Coordinamento Tecnico  
Commissione Salute  
Regione Piemonte  
c.a. Dott. Renato Botti  
Pec: [sanita@cert.regione.piemonte.it](mailto:sanita@cert.regione.piemonte.it)

**OGGETTO: Carenza Medici di Medicina Generale: una proposta per allontanare visioni apocalittiche e iniziare a progettare soluzioni non al ribasso.**

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



Ci chiediamo quindi se non esistano le condizioni per superare tale stallo, alla luce delle possibilità concesse dalla normativa comunitaria in merito alla formazione specifica in Medicina Generale, all'esercizio dell'attività di Medico di Medicina Generale, oltre che alle nuove forme associative previste per la Medicina Generale, senza cadere in proposte che sottovalutano il valore e la **necessità di una formazione specifica nell'ambito della medicina generale**, come oramai riconosciuto diffusamente a livello internazionale.

Ecco, quindi, una proposta che ci auguriamo sia da stimolo per l'apertura di una discussione volta ad elaborare soluzioni percorribili, scongiurando lo scenario apocalittico che vede il futuro delle cure primarie sempre più carenti di Medici di Medicina Generale.

**Il Dipartimento di Medicina Generale del SIGM vuole sottolineare, tuttavia, che si tratta di una proposta atta esclusivamente a tamponare la situazione emergenziale** causata da una scarsa o assente programmazione. Per la nostra Associazione **l'obiettivo prioritario rimane la necessaria e non ulteriormente rimandabile evoluzione della Formazione Specifica in Medicina Generale (FSMG) in senso accademico con l'istituzione di una Scuola di Specializzazione in Medicina Generale, di Comunità e Cure Primarie per la formazione dei futuri Medici di Famiglia.**

A tal proposito ci auspichiamo, quindi, che sin da subito vengano messi in atto tutti i provvedimenti e le iniziative per avviare delle riforme strutturali che interessino a 360° la Formazione Specifica in Medicina Generale e l'organizzazione delle Cure Primarie.

Di seguito esponiamo la nostra proposta, per ovviare ad una situazione emergenziale di carenza, e che nel contempo permetta ai corsisti dei Corsi di Formazione Specifica in Medicina Generale (CFSMG) di affiancare la formazione all'attività lavorativa, senza però creare pericolose aree grigie tra i due momenti, con il rischio di rendere strutturale, travestita da esperienza formativa, la condizione di precariato alla quale sono relegati molti giovani medici.

### **1) Recepimento dell'Art. 29 della Direttiva 2005/36/CE.**

L'Art. 29 della Direttiva 2005/36/CE prevede che l'esercizio della Medicina Generale possa essere svolto da medici che possiedono una formazione specifica in Medicina Generale, fatti salvi i diritti acquisiti, ma che gli Stati Membri possano esentare da questa condizione i medici in corso di FSMG. Ne consegue che, se venisse recepita tale normativa, 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, (che, come più volte denunciato dalla nostra Associazione, è in contrasto con la Direttiva 2005/36/CE) i corsisti potrebbero esercitare la Medicina Generale non solo in stato di carenza di altri medici, come avviene allo stato attuale, ma in assenza di medici già in possesso del titolo di FSMG, **permettendo così ai corsisti di acquisire un incarico di assistenza primaria già durante il periodo di formazione.**

### **2) Per compensare un'area carente, in attesa della pubblicazione, consentire una Deroga temporanea al massimale solo per i medici in AFT o in altre forme associative, senza incentivi.**

L'art. 1 della legge Balduzzi (L. 189/2012) prevede la riorganizzazione dell'assistenza primaria nelle cosiddette AFT o in altre forme associative, che diventerebbero le uniche forme di aggregazione della Medicina Generale. Al fine di compensare uno squilibrio nel rapporto



assistiti/Medici di Medicina Generale all'interno di un ambito territoriale, nel caso in cui si verificasse di fatto l'impossibilità di assegnare l'area carente ad un nuovo medico, **si potrebbe prevedere che il carico assistenziale dei pazienti rimasti senza MMG venga redistribuito ai medici afferenti all'AFT o comunque del territorio, anche consentendo un numero di scelte, in deroga, superiore al massimale, sebbene solo in via temporanea.**

Per far sì che ciò avvenga, **la possibilità di andare oltre il massimale non dovrebbe presentare incentivi**, per non essere desiderata né ricercata, sviluppando semmai dei piccoli deterrenti, ad esempio limitando in modo significativo la quota capitaria per tali pazienti "eccedenti" in carico ai medici dell'AFT.

**La possibilità di acquisire assistiti oltre il massimale, inoltre, dovrebbe essere consentita solo per un lasso temporale limitato**, nell'attesa che venga bandita la zona carente e che questa sia coperta da un MMG, anche in formazione part-time. A questo punto, gli assistiti iscritti in soprannumero nella AFT o nelle altre forme associative diventerebbero pazienti del nuovo medico inserito all'interno di tale AFT o altra forma associativa, che potrebbe essere anche un corsista part-time, e la deroga al massimale cesserebbe a favore di una gestione condivisa tra il nuovo medico in formazione e i medici dell'AFT.

Facciamo inoltre presente come **la proposta riportata al seguente punto potrebbe essere applicata facendo riferimento all'ottimale anziché al massimale**, dopo aver adeguato opportunamente il concetto di ottimale, argomento però che non intendiamo approfondire in questo documento. In questo modo si vorrebbe evitare che si ripeta quanto avvenuto nel recente passato, in cui vi è stata, in molte aree, una mancata pubblicazione di aree carenti a fronte di uno sfioramento generalizzato dell'ottimale da parte di molti medici, rendendo impossibile la capacità di compensare un'eventuale situazione di carenza temporanea, come un pensionamento o un ritiro dal lavoro, da parte dei MMG rimasti sul territorio. Ciò permetterebbe davvero di dare senso alla distinzione tra ottimale e massimale, creando un meccanismo che preveda la pubblicazione di un'area carente già allo sfioramento dell'ottimale e non del massimale che, per definizione, rappresenta una condizione di sovraccarico per il professionista.

### **3)Attivazione corso part-time, Accoppiare zona carente con borsa di mg part-time, vincolare accettazione borsa mg con contratto sostituzione in medicina generale**

*3.a) Attivazione del part-time per il corso di FSMG nelle Regioni carenti di medici in possesso del 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 è possibile attivare il part-time per il corso di FSMG.

**Il SIGM propone che l'attivazione e la regolamentazione del corso di FSMG part-time, circa gli obiettivi formativi e le competenze da acquisire, possa essere una soluzione da attuare in tempi brevi per quelle realtà in cui sussiste una carenza di medici formati o in formazione.**

*3.b)Accoppiare la richiesta di pubblicazione di un'area carente con la richiesta di attivazione di una borsa part-time di formazione specifica in medicina generale.*



Secondo la nostra proposta si legherebbe l'attivazione delle borse di formazione part-time alla reale carenza di medici di medicina generale. **Il numero di posti part-time verrebbe legato alla presenza di un determinato numero di zone carenti rimaste scoperte per almeno due convocazioni di titolarità di convenzione alla data di pubblicazione del bando regionale.** Così nel bando di concorso per l'accesso ai corsi regionali di FSMG verrebbe definito il numero complessivo di borse, comprensivo sia di quelle per i corsi full time (corso come attualmente istituito e con la corresponsione della borsa) sia di borse per i corsi "part time".

Nel tempo che le zone carenti vengano bandite e ricoperte da corsisti part-time, i pazienti rimangono in carico temporaneo a tutta l'AFT o altra forma associativa.

*3.c) Associare l'accettazione della borsa di formazione specifica in medicina generale all'acquisizione del contratto di sostituzione in medicina generale.*

Chi sceglierà questo tipo di percorso (part-time) dovrà garantire l'assistenza primaria ai pazienti della zona carente ricevendo una quota dei relativi compensi secondo norma ACN e contemporaneamente conseguire integralmente gli obiettivi formativi del CFSMG previsti dalla 368/99 ed ulteriormente definiti in sede di istituzione del corso part-time.

**Il medico in formazione part time verrebbe dunque a ricevere un compenso legato al numero di assistiti in carico, secondo le norme vigenti ACN, ed una borsa di studio ridotta proporzionalmente al part-time.**

Inoltre, trovandosi all'interno di una AFT/altra forma associativa, negli orari e nelle giornate in cui il corsista partecipa alle attività formative, i suoi assistiti potrebbero rivolgersi agli altri professionisti operanti nella stessa organizzazione. Agli altri medici coinvolti nell'assistenza verrà corrisposta la restante quota dei compensi dovuta per l'assistenza dei pazienti in soprannumero.

In tal modo il corsista part-time si troverebbe a far parte di una AFT o altra forma associativa in cui è presente un eccesso di assistiti, temporaneamente assegnati ai MMG dell'AFT, di cui diverrebbe il nuovo Medico di Medicina Generale. La continuità dell'assistenza per interventi urgenti nella fascia oraria 8-20 in cui il corsista è impegnato in attività di formazione verrebbe coperta dai colleghi della AFT. Questi ultimi, infatti, continuerebbero a ricevere una 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 corsista. In tal modo il corsista rappresenterebbe per l'AFT una risorsa nella gestione dei pazienti in esubero e al contempo l'AFT rappresenterebbe una risorsa per il corsista per permettergli di svolgere la formazione prevista dal D.lgs 368/1999 e 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 previsti dalla normativa vigente. In tal modo, tuttavia, la formazione non verrebbe ad essere ridotta alla semplice pratica, ma si arricchirebbe di questa. Si eviterebbe pertanto il rischio che la formazione venga ad essere strumentalizzata per ridurre di fatto all'utilizzo di manodopera a basso costo, senza peraltro che vi siano adeguate garanzie sul raggiungimento degli obiettivi previsti dal percorso formativo stesso.



4) **Prevedere facilitazioni in termini di graduatoria, 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 da una parte di **rinforzare la continuità longitudinale dell'assistenza**, limitando la frammentazione dell'assistenza per quei pazienti in esubero. Dall'altra, 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 rimanerci a lavorare. Sebbene questa sia solo un'ipotesi, è possibile che questo rappresenti uno stimolo per i medici a proseguire la propria attività anche in aree periferiche che, classicamente, tendono ad andare in sofferenza per la scarsa attrattività. Nella peggiore delle ipotesi, questo sistema permetterebbe di fornire comunque 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.

Il Segretariato Italiano Giovani Medici si rende pertanto disponibile per definire e precisare i contenuti del presente documento. Ribadiamo inoltre la **necessità di porre in essere gli strumenti per un'adeguata e reale stima del fabbisogno di medici**, tenuto anche conto delle mutate condizioni demografiche ed epidemiologiche del nostro Paese. Riteniamo ancora una volta indispensabile la creazione di un modello di Cure Primarie forte e efficiente, dotato di professionisti capaci di mettere in atto un nuovo paradigma di assistenza indispensabile a rispondere ai bisogni di salute che il nuovo secolo pone come sfida ai sistemi sanitari. Alla luce di ciò reputiamo indispensabile investire nella formazione dei professionisti, tra i quali un ruolo indispensabile svolgono i Medici di Medicina Generale, a cominciare dall'**evoluzione in disciplina accademica della Medicina Generale**. Respingiamo fermamente, pertanto, ogni tendenza a svalutare il ruolo e il significato della formazione dei nuovi Medici di Medicina Generale.

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

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