

FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE: LE CRITICITA'

Il presente documento presenta in maniera schematica le maggiori criticità riscontrate dalla Sezione FIMMG "Medici in Formazione" riguardanti il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale.

Inizialmente si dà un riepilogo della legislazione attuale in vigore per il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale.

La prima parte del documento raccoglie le criticità di carattere generale, rilevabili a livello nazionale, imputabili alla struttura stessa del Corso e direttamente correlabili al Decreto 368/99 e seguenti.

LEGISLAZIONE ATTUALE:

- ✓ Decreto Legislativo 368/99 n attuazione della Direttiva 93/16/CEE;
- ✓ Art. 19 comma 11 legge 448/2001 in materia di incompatibilità;
- ✓ Decreto Legislativo 277/2003 a riforma parziale del 368/99 (solo per la durata del Corso di Formazione: passaggio da due a tre anni);
- ✓ Art 2-*octies*-1 del Decreto Legge n. 81 del 29/03/2004 in materia di incompatibilità;
- ✓ Decreto Ministeriale 7 Marzo 2006 sui criteri generali della Formazione Specifica;
- ✓ Varie sentenze TAR Regionali e Consiglio di Stato a colmare vuoti normativi.

Sommario

SEZIONE A: LE CRITICITA' CONTRATTUALI

- 1) L'ACCESSO AL CORSO
- 2) IL SOVRANNUMERO
- 3) LA BORSA DI STUDIO
- 4) LE INCOMPATIBILITA'
- 5) LA PREVIDENZA
- 6) LA GRAVIDANZA
- 7) GLI INFORTUNI
- 8) LA SICUREZZA SUL LAVORO

SEZIONE B: LE CRITICITA' DIDATTICHE

- 1) I PROGRAMMI FORMATIVI
- 2) IL TIROCINIO OSPEDALIERO
- 3) IL TIROCINIO DI MEDICINA GENERALE
- 4) LA DIDATTICA SEMINARIALE
- 5) LA PARTECIPAZIONE AL DIBATTITO SCIENTIFICO
- 6) L'EMERGENZA SANITARIA

SEZIONE C: IL POST-DIPLOMA E L'INSERIMENTO LAVORATIVO DEI POSSESSORI DI ATTESTATO

- 1) L'INSERIMENTO IN GRADUATORIA
- 2) L'ACCESSO AGLI INCARICHI DI SOSTITUZIONE
- 3) LA "DIFESA" DELL' ATTESTATO

CONCLUSIONE

SEZIONE A: LE CRITICITA' CONTRATTUALI

1. L'ACCESSO AL CORSO

L'accesso al corso avviene in seguito al superamento di un concorso a cui possono partecipare tutti i medici con cittadinanza UE e che si tiene a fine settembre in data unica su tutto il territorio nazionale. Il concorso consiste nel superamento di un test costituito da 100 domande a risposta chiusa. Occorre rispondere correttamente almeno a 60 domande per essere inseriti in una graduatoria in cui, a parità di punteggio, prevale il concorrente più giovane e con la data di Laurea più recente. I posti disponibili sono concordati con le Regioni in base alle previsioni delle future carenze a livello territoriale.

Tale sistema ha secondo noi le seguenti criticità:

- Non consente di valorizzare chi, avendo una “vocazione” per la Medicina Generale, vanta titoli quali tirocini universitari presso MMG oltre a quelli stabiliti per tutti, tesi di laurea in medicina generale, partecipazione a corsi e congressi di medicina generale, pubblicazioni di medicina generale.
- Permette di partecipare al concorso a tutti coloro che pur avendo una “vocazione ospedaliera” non riescono ad accedere alla specializzazione per la quale si sono preparati, e accedono alla medicina generale grazie al superamento di un test prevalentemente clinico e non attitudinale. Molti di questi colleghi ritentano il concorso di specializzazione gli anni successivi e in caso di superamento lasciano “vacanti” posti che volentieri avrebbero occupato medici con la vocazione della medicina generale, andando anche a interferire con la programmazione sanitaria riferita alle future carenze territoriali.
- Non c'è una seria programmazione sanitaria essendo i numeri di medici formati insufficienti in alcune aree del paese e in esubero in altre.

2. IL SOVRANNUMERO

La Conferenza Stato Regioni del 29/03/2007 affronta il discorso dei Medici soprannumerari (Medici iscritti a Medicina entro il 31/12/1991 ed abilitato entro il 31/12/1997 che non hanno conseguito altre specialità) dando possibilità alle Regioni di indire il bando per accedere al Corso come soprannumerari, mantenendo le proprie attività lavorative nel rispetto del tempo pieno del Corso. La Conferenza Stato-Regioni regola nel 10% del numero totale dei posti messi a bando la quota di soprannumerari da accettare. Non essendo seguita nessuna riforma di legge in tal senso, la Regione Emilia Romagna si è trovata nel 2008 nel dover accettare TUTTI i soprannumerari a causa di una sentenza del Consiglio di Stato (n. 3114/2008) che glielo imponeva, a cui è seguita la non emissione del bando regolare l'anno successivo. Se non viene colmato tale vuoto normativo, questa potrebbe essere una problematica in grado di far saltare la futura programmazione sanitaria delle carenze mediche territoriali.

3. LA BORSA DI STUDIO

La borsa di studio del medico in formazione, non concessa solo ai medici soprannumerari poiché conservano la propria attività lavorativa nel rispetto del tempo pieno del Corso, è di 11.592 euro all'anno lordi a cui sono quindi da sottrarre, applicata la dovuta detrazione, le ritenute e le addizionali IRPEF. Il regime fiscale è equiparato alla dipendenza, ne consegue il rilascio di una busta paga mensile e di un CUD annuale. Ne deriva un compenso netto medio che si può stimare intorno a 850 euro al mese. Un medico specializzando presso una struttura universitaria percepisce più di 1700 euro netti a fronte di un impegno orario e clinico analogo ”sulla carta” (368/99 e seguenti).

Le criticità di tale norma sono sostanzialmente due:

- L'entità della borsa di studio è vergognosa rispetto a ogni retribuzione odierna in tutto il panorama sanitario e non solo, considerando anche che i medici in formazione sono spesso membri di un nuovo nucleo familiare e lo sostengono economicamente.
- La disparità con la borsa dello specializzando pone il medico in formazione in serie B nel panorama delle professioni sanitarie, il medico si sentirà tale e verrà ritenuto tale dai colleghi. Il rischio è l'inconsapevole sudditanza vissuta dal MMG nei confronti dello specialista e pertanto un'insufficiente consapevolezza della centralità del proprio ruolo.

4. LE INCOMPATIBILITA'

Il medico in formazione svolge il corso a tempo pieno e sono incompatibili altre attività lavorative. Dal 2001 sono permesse in deroga le sostituzioni di MMG, la continuità assistenziale e la guardia turistica limitatamente a situazioni di dichiarata carenza di titolari.

Criticità:

- La deroga del 2001 aiuta i tirocinanti delle Regioni in cui vi è maggior carenza di medici ma non di quelle in cui vi è una pleora di medici senza fissa occupazione, discriminando sostanzialmente il Sud Italia rispetto al Nord. Inoltre sono discriminate le persone che non possono o non vogliono fare turni notturni e festivi di Continuità Assistenziale per motivi familiari (es. figli piccoli).
- La Continuità Assistenziale viene valorizzata come occasione per incrementare i guadagni e non come occasione formativa nell'ambito delle cure primarie.
- Vi è discriminazione nei confronti dei colleghi Specializzandi che, oltre a poter svolgere un numero seppur limitato di turni di Continuità Assistenziale, tramite convenzioni in regime di extra-moenia possono svolgere anche altri tipi di incarichi. Ne consegue un considerevole aumento di guadagno a fronte di una borsa di studio già doppia rispetto a quella dei medici in formazione.

5. LA PREVIDENZA

Non è previsto il versamento di contributi previdenziali durante il Corso. Il regolamento ENPAM in vigore dal 2004 prevede che la borsa di studio sia dichiarata tra i redditi soggetti a quota B all'aliquota del 12,5% e trattative in corso con l'ENPAM stanno normando una riduzione facoltativa al 2% di tale aliquota per i medici in formazione, aggiungendo la Formazione Specifica all'Art 4 comma 1 del Fondo Generale.

Criticità:

- La contribuzione attuale varierebbe dal 2% al 12,5% ed è tutta nel Fondo Generale. Nel primo caso la contribuzione rappresenterebbe quasi uno stop contributivo per tre anni per l'esiguità della somma versata, nel secondo caso la contribuzione va a impattare dolorosamente sul già vergognoso guadagno del medico in formazione. Secondo noi bisognerebbe prevedere un versamento contributivo minimo del 16% con una parte versata dal singolo ed una parte dall'Azienda, in maniera analoga a quanto accade con la Medicina Generale prevedendo una riforma più ampia che coinvolga l'entrata del versamento del Corso già nel Fondo Generici dell'ENPAM con un parallelo aumento della borsa di studio erogata.
- Vi è una discriminazione con gli Specializzandi i quali versano il 17% di contribuzione mantenendo in busta paga un guadagno netto doppio rispetto a quello dei medici in formazione

6. LA GRAVIDANZA

Attualmente le Colleghe in gravidanza interrompono per almeno 5 mesi il corso di formazione specifica, durante i quali viene sospesa la borsa di studio, e terminano il Corso successivamente.

Criticità:

- Durante la gravidanza la collega percepisce il sussidio ENPAM a seconda del guadagno dei due anni precedenti, con grande disparità tra un caso e l'altro.
- Dopo una gravidanza, oltre a non aver garantiti permessi per l'allattamento, la collega "sfora" in un quarto anno di corso e lo completa in 4 mesi circa, ma non potrà iscriversi alla graduatoria regionale per l'anno in corso bensì attendere l'anno successivo, perdendo di fatto un anno di graduatoria regionale.
- La gravidanza viene implicitamente discriminata e disincentivata, contro ogni norma su pari opportunità e tutela della maternità.

7. INFORTUNI E MALATTIA

Attualmente i medici in formazione che rimangono assenti dal corso per motivi di salute per più di 30 giorni all'anno sono costretti a recuperare le lezioni perdute durante un "quarto anno" di corso, perdendo la borsa di studio se tale interruzione è consecutiva.

Criticità:

- Durante l'assenza il collega percepisce il sussidio ENPAM a seconda del guadagno dei due anni precedenti, con grande disparità tra un caso e l'altro.
- Per terminare il triennio il collega "sfora" in un quarto anno di corso e anche se lo completa in breve tempo non potrà iscriversi alla graduatoria regionale per l'anno in corso bensì attendere l'anno successivo perdendo di fatto un anno di graduatoria regionale.

8. LA SICUREZZA SUL LAVORO

Le Regioni in maniera non uniforme (disattendendo quanto citato nell'Art. 18 del Decreto 7 Marzo 2006) gravano sui medici in formazione chiedendo in molti casi di contribuire alla polizza antinfortunistica per i rischi di salute correlati all'attività di tirocinio.

Criticità:

- La legge 81/2008 dispone che sia il datore di lavoro, in questo caso le strutture eroganti la borsa di studio, a farsi carico delle polizze e delle misure per la sicurezza sul lavoro
- Non sono menzionate procedure particolari per la tutela durante il tirocinio delle colleghe in gravidanza

SEZIONE B: LE CRITICITA' DIDATTICHE

1. I PROGRAMMI FORMATIVI

C'è una forte disparità Regionale sia per l'organizzazione del Corso (Scuola di Formazione, Regione stessa, Azienda singola) sia per la programmazione degli obiettivi formativi e dei vari periodi di tirocinio.

Manca del tutto un programma condiviso a livello centrale, atta al non creare difformità di Formazione in quella o questa Regione, che possa prevedere comunque una quota parte del 20-30% di variabilità locale.

2. IL TIROCINIO OSPEDALIERO

In tutto il Paese il tirocinio ospedaliero viene descritto come un'esperienza poco arricchente e non orientata alle necessità didattiche di un medico di Medicina Generale. Il tirocinante spesso non segue un programma Regionale preciso con obiettivi formativi determinati e condivisi con i Tutor ospedalieri (alla maggior parte dei quali non sembra neanche "ospite" gradito), non accresce le competenze cliniche utili alla pratica ambulatoriale o al rapporto ospedale-territorio del singolo. Inoltre, spesso gli orari di tirocinio non corrispondono a quanto richiesto dal decreto o dalle regole della scuola e non sempre coincidono con gli orari di attività utili al medico in formazione, quali l'attività ambulatoriale. I tutor non hanno nessun incentivo o interesse a esercitare il proprio ruolo. Considerando il tempo dedicato a questo aspetto del Corso, che è circa la metà dell'intero percorso del tirocinante, esso è indicato dai medici in formazione, a parte eccezioni, come il più "inutile".

3. IL TIROCINIO DI MEDICINA GENERALE

E' il tirocinio più specifico per il medico in formazione. Viene svolto presso tutor MMG selezionati per un totale di 12 mesi nei 3 anni.

Criticità:

- Non sempre i tutor sono aggiornati dai punti di vista clinico, scientifico, contrattuale sui temi della medicina generale.
- Non sempre gli ambulatori sono adeguati rispetto alla normativa dal punto di vista dell'informatizzazione e delle nuove forme di aggregazione funzionale.
- Il tirocinante spesso è osservatore di quanto accade nello studio e non viene coinvolto attivamente, il suo ruolo non è chiaro e spesso non è utile.
- Ci sono difformità regionali anche importanti per quanto riguarda il numero dei Tutor di Medicina Generale esso a cui ciascun tirocinante viene affidato e del relativo tempo trascorso nel proprio studio (es. un anno intero da un unico Tutor; sei mesi da due tutor differenti; 4 mesi da tre tutor differenti...).
- La medicina generale viene intesa solo come medicina di famiglia, per cui manca un tirocinio in Continuità Assistenziale o in altri settori della Medicina Generale pure essendo questi le prime e naturali occasioni professionali del giovane medico.

4. LA DIDATTICA SEMINARIALE

Sono previste xxx ore di didattica seminariale nel triennio, che viene svolta con modalità didattiche differenti e troppo spesso si assiste a lezioni frontali tenute da specialisti senza la mediazione di un animatore di formazione, con la conseguente somiglianza a lezioni universitarie frontali in un ambito didattico in cui sarebbe da preferire la didattica attiva. Inoltre anche qui manca una concertazione centrale degli argomenti di seminario.

5. LA PARTECIPAZIONE AL DIBATTITO SCIENTIFICO

Il medico in Formazione non è incentivato alla partecipazione a congressi e conferenze di aggiornamento professionale, causa l'obbligatorietà della presenza alle attività seminariali e alla non possibilità di sostituzione (neppure concordata) delle stesse con i suddetti.

Il medico in Formazione resta quindi lontano dai dibattiti scientifici, organizzativi e sindacali delle società e associazioni di categoria e, a differenza dello specializzando, non è consapevole della vivacità, modernità ed evoluzione del pensiero scientifico della medicina generale.

6. L'EMERGENZA TERRITORIALE

Le emergenze sono possibili nell'ambito dell'Assistenza Primaria, frequenti durante i turni di Continuità Assistenziale e quotidiane nell'Emergenza Territoriale. Benchè questi tre settori siano integrati nella Medicina Generale, il corso non prevede specifica formazione all'emergenza fatta salva l'esperienza del Pronto Soccorso che però riguarda una gestione ospedaliera della stessa. Non vengono, se non in casi sporadici, trattati i principi dell'emergenza territoriale quali i più comuni protocolli di intervento (es: BLS)

C: IL POST-DIPLOMA E L'INSERIMENTO LAVORATIVO DEI POSSESSORI DI ATTESTATO

1. L'ACCESSO ALLA GRADUATORIA

Il medico, alla fine dei tre anni di corso, ottiene il diploma di Formazione Specifica e si può pertanto iscrivere nelle Graduatorie Regionali di Settore, ma deve attendere 11 mesi prima che la relativa graduatoria venga pubblicata.

Nel caso in cui il medico abbia sospeso la frequenza per motivi di salute o per gravidanza, a prescindere dalla durata dell'interruzione, terminando il Corso successivamente e non essendo inoltre possibile né la sessione straordinaria di esame finale (benché questa sia prevista dall'art. 16 comma 2 del Decreto 7 Marzo 2006) né l'iscrizione in graduatoria con riserva insieme agli altri Colleghi di Corso, perde un ulteriore anno.

2. L'ACCESSO AGLI INCARICHI DI SOSTITUZIONE

Nel lasso di tempo intercorrente tra iscrizione e pubblicazione della graduatoria, il medico con attestato non gode uniformemente in tutte le Regioni di vantaggi per accedere a incarichi di sostituzione nell'ambito della Medicina Generale. Non esiste, infatti, un sistema chiaro e condiviso che permetta ai colleghi di essere scelti con priorità rispetto ad altri medici senza alcuna formazione in medicina generale, nonostante l'attuale ACN ne indichi la possibilità.

Non esistono nemmeno altri tipi di percorsi ulteriormente professionalizzanti, quali corsi o borse di ricerca, da intraprendere nell'attesa di una titolarità e rivolti espressamente al medico con attestato, ad eccezione del corso abilitante all'emergenza sanitaria.

3. LA "DIFESA" DELL'ATTESTATO

Senza voler entrare nei particolari di una discussione assai spinosa e senza voler dare giudizi in merito, si accenna di seguito ad alcune criticità attuali soprattutto nelle Regioni del Sud per quella che sembra una vera e propria "lotta" alla zona carente.

C'è un vuoto normativo per queste problematiche che va necessariamente colmato.

- Medici "optanti": si sta verificando la partecipazione al bando per l'assegnazione di zone carenti di medici ex-ospedalieri che usufruiscono della norma di cui all'art 1 comma 16 D.L. 324/93 poi convertito in legge 423/93 che è di seguito riportato: "Il Medico che, ai sensi dell'art. 4 comma 7 Legge n.412 del 1991, abbia esercitato l'opzione per il rapporto di lavoro dipendente, con la conseguente cancellazione dagli elenchi regionali della medicina convenzionata, ove venga a cessare il rapporto di lavoro dipendente, è a domanda reinserito nei suddetti elenchi.". Tali medici hanno priorità di assegnazione delle zone carenti rispetto ai medici in graduatoria.
- Equipollenti e riserva percentuale per l'assegnazione delle zone carenti: ci sono sentenze TAR sia a favore sia a sfavore della presenza della riserva percentuale a favore dei Medici possessori di attestato vs i cosiddetti equipollenti (medici abilitati entro il 31/12/1994).

CONCLUSIONE

Da quanto sinora detto emerge chiaramente come allo stato attuale il giovane medico non è incentivato a iscriversi al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale ed il medico che ne è iscritto non è incentivato a rimanervi.

Il Corso potrebbe essere molto più professionalizzante ma la struttura impedisce di svilupparne le potenzialità, a contrasto con la volontà espressa dal mondo politico e scientifico di considerare la Medicina Generale un pilastro insostituibile ed in pieno sviluppo del Servizio Sanitario Nazionale. Tutte le criticità precedentemente analizzate potrebbero essere risolte nell'ambito di una discussione di revisione normativa della regolamentazione del Corso.

Le modifiche da fare sono molte e puntuali e si possono grossolanamente riassumere in:

1) Didattica:

- ✓ Necessità di un programma Nazionale condiviso con una variabilità Regionale del 20-30%;
- ✓ Necessità di una preparazione informatica;
- ✓ Necessità di un tirocinio nell'ambito di un gruppo e non più nello studio del singolo Medico di Medicina Generale;
- ✓ Introduzione della Continuità Assistenziale e della Pediatria di Libera Scelta come tirocini;
- ✓ Possibilità di diminuire le ore di tirocinio ospedaliero versus un aumento delle ore di tirocinio nell'ambito della Medicina Generale;
- ✓ Possibilità di svolgere il Corso di Emergenza Territoriale alla fine del Corso.

2) Normativa:

- ✓ Detassazione della borsa e/o revisione delle incompatibilità;
- ✓ Progetto di Formazione-Lavoro;
- ✓ Contributi previdenziali ENPAM;
- ✓ Regolamentazione dei soprannumerari;
- ✓ Programmazione sanitaria dei posti messi a bando per ciascuna Regione sul basata sull'effettiva previsione di carenza/surplus dei medici sul territorio;
- ✓ Regolamentazione questione dei medici equipollenti e dei medici "optanti".