



Gruppo Medicina Generale RIISG: Laura Cuccuru, Viviana Forte, Gianluca Marini, Alessandro Mereu, Agostino Panajia, Nicola Pecora, Giovanni Volpe.

Questo è il primo di una serie di articoli che verranno proposti dal gruppo di ricerca indipendente sulla formazione in medicina generale nato nella Rete Italiana Insegnamento Salute Globale (RIISG). Il gruppo nasce spinto dal desiderio di indagare la qualità, le problematicità, le esperienze formative dei corsisti, dei tutor, dei docenti e dei coordinatori che partecipano o hanno partecipato ai Corsi di Formazione Specifica in Medicina Generale (CFSMG) in Italia.

Il Gruppo Medicina Generale RIISG[1] ha costruito un progetto di ricerca: la mappatura sistematica socio-pedagogica dei CFSMG in Italia. La necessità di indagare rigorosamente questi contesti formativi nasce anche dal fatto che i dati disponibili sulla formazione all'interno dei CFSMG sono pochi, difficilmente accessibili o, purtroppo, non pubblicati.

Nel post del prossimo mese illustreremo il disegno di ricerca multi-metodologico che stiamo adottando per indagare la formazione dei futuri medici di medicina generale (MMG).

Abbiamo iniziato questo progetto ripercorrendo i passi istituzionali che hanno portato in Italia all'attuale Formazione Specifica in Medicina Generale (FSMG) attraverso la scelta di un punto di vista invariante tra i diversi corsi regionali,

quello del quadro normativo. Tale panoramica ci ha permesso di esplorare la cornice di regole al cui interno sono nati e si sono sviluppati gli attuali CFSMG, conoscenza che ci sarà utile nelle successive fasi della ricerca. Di seguito esporremo le nostre riflessioni a conclusione di questo excursus storico-normativo.

Per una conoscenza approfondita della normativa comunitaria rimandiamo il lettore alla versione integrale dell'articolo (vedi Risorse).

La FSMG nasce, in Europa, sull'onda di un movimento culturale spontaneo che aveva portato ad ammettere diffusamente "il bisogno di una formazione specifica del medico generico". Il Consiglio delle Comunità Europee intervenne con la Direttiva 86/457/CEE per regolamentare un processo di sviluppo spontaneo, senza volerlo inizialmente inquadrare con dettagli specifici. Il primo obiettivo del Consiglio, fu l'istituzione di una FSMG in ogni Stato Membro, rinviando ad un secondo momento nuove proposte a completamento della riforma.

Abbiamo notato come, dalla prima Direttiva a oggi, poco o nulla è cambiato in tema di FSMG sul piano normativo, con l'eccezione dell'aumento della durata minima del corso da due a tre anni. Le "nuove proposte a completamento della riforma", come recitavano le premesse della Direttiva 86/457/CEE, sono state demandate ai singoli Stati Membri, quale frutto dello sviluppo culturale della medicina generale e del suo insegnamento nei vari Paesi.

Tabella 1. L'evoluzione della FSMG in Italia

Nome della FSMG	Tirocinio teorico-pratico per la formazione specifica in medicina generale	Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale	Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale	Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

Titolo	Attestato di compiuto tirocinio teorico-pratico per la formazione specifica in medicina generale	Attestato di formazione specifica in medicina generale	Diploma di formazione specifica in medicina generale	Diploma di formazione specifica in medicina generale
Normativa europea di riferimento	Direttiva 86/457/CEE	Direttiva 86/457/CEE	Direttiva 93/16/CEE	Direttiva 93/16/CEE modif. dalla Direttiva 2001/19/CE
Normativa italiana di riferimento	L. 8 Aprile 1988, n.109	D.Lgs 8 Agosto 1991, n.256	D.lgs 17 Agosto 1999, n. 368	D.lgs 17 Agosto 1999, n. 368 modif. da D.lgs 8 Luglio 2003, n. 277
Organizzazione	OMCeO	Regioni e Province Autonome	Regioni e Province Autonome	Regioni e Province Autonome
Durata	2 anni	2 anni	2 anni	3 anni

**Tirocinio
Pratico**

<p>1. Medicina clinica e medicina di laboratorio: 780 ore - 6 mesi</p> <p>2. Chirurgia generale: 390 ore - 3 mesi</p> <p>3. Pediatria: 390 ore - 3 mesi</p> <p>4. Medico di Medicina Generale: 780 ore - 6 mesi (in caso di sufficiente disponibilità di Medici di Medicina Generale)</p> <p>5. Strutture di Base dell'unità sanitaria locale sul territorio: 780 ore - 6 mesi (aumentabili in caso di insufficiente disponibilità di Medici di Medicina Generale)</p>	<p>1. Medicina clinica e medicina di laboratorio: 700 ore - 5 mesi (aumentabili in caso di insufficiente disponibilità da parte dei Medici di Medicina Generale)</p> <p>2. Chirurgia generale: 390 ore - 3 mesi</p> <p>3. Pediatria: 390 ore - 3 mesi</p> <p>4. Medico di Medicina Generale: 780 ore - 6 mesi (in caso di sufficiente disponibilità di Medici di Medicina Generale)</p> <p>5. Strutture di Base dell'unità sanitaria locale sul territorio: 700 ore - 5 mesi</p> <p>6. Ostetricia e Ginecologia: 160 ore - 2 mesi</p>	<p>1. Medicina clinica e medicina di laboratorio: almeno 5 mesi (a cui possono essere aggiunti i 6 mesi da effettuare presso il medico di medicina generale, in caso di assenza di un numero adeguato di medici convenzionati disponibili)</p> <p>2. Chirurgia generale: almeno 2 mesi</p> <p>3. Dipartimenti materno-infantili: almeno 2 mesi.</p> <p>4. Medico di medicina generale convenzionato: almeno 6 mesi</p> <p>5. Strutture di base dell'unità sanitaria locale sul territorio: almeno 4 mesi</p> <p>6. Ostetricia e ginecologia: almeno 1 mese.</p>	<p>1. Medicina clinica e medicina di laboratorio: almeno 6 mesi (a cui possono essere aggiunti i 6 mesi da effettuare presso il medico di medicina generale, in caso di assenza di un numero adeguato di medici convenzionati disponibili)</p> <p>2. Chirurgia generale: almeno 3 mesi</p> <p>3. Dipartimenti materno-infantili: almeno 4 mesi.</p> <p>4. Medico di medicina generale convenzionato: almeno 12 mesi</p> <p>5. Strutture di base dell'unità sanitaria locale sul territorio: almeno 6 mesi</p> <p>6. Ostetricia e ginecologia: almeno 2 mesi.</p> <p>7. Pronto soccorso ed emergenza urgenza ospedaliera: almeno 3 mesi.</p>
--	---	---	---

In Italia, le Direttive Europee sono state recepite quasi fedelmente nel nostro ordinamento, limitandosi a definire dettagli formali del corso, ma senza scendere concretamente a delineare contenuti, obiettivi didattici e metodologie di insegnamento. Come conseguenza di ciò, sono oggi chiare e univoche su tutto il territorio nazionale, le attività pratiche da svolgere e la loro durata, il totale del monte orario complessivo del corso e, di questo, la quota da assegnare rispettivamente alle attività pratiche e teoriche. A trent'anni dall'istituzione della FSMG manca ancora un'indicazione condivisa tra tutti i CFSMG regionali in merito ai contenuti specifici da esplorare nel triennio, alle competenze specifiche da acquisire, alle attitudini umane e professionali da promuovere e soprattutto manca una riflessione profonda su quali metodologie formative e organizzative siano necessarie per raggiungere tali obiettivi. **Questi aspetti sono stati sistematicamente rinviati, demandati di volta in volta a successivi Decreti Ministeriali. A poco sono serviti i recenti sforzi di un Osservatorio nazionale sulla formazione in medicina generale,** istituito dal Ministero della Salute e operativo dal 2009 al 2012, la cui proposta di un core curriculum[2] per la FSMG è giunta in Conferenza Stato-Regioni per poi arenarsi[3]. Analogamente non ci risulta sia stata condotta una valutazione sistematica e periodica della qualità della formazione, benché prevista dalla normativa.

Ci siamo chiesti come mai, in Italia, lo sviluppo del contenuto della FSMG non è stato messo dalle Istituzioni al primo posto tra le priorità della "riforma" a cui faceva riferimento il Consiglio delle Comunità Europee.

Una possibile spiegazione ci viene suggerita dal confronto della situazione Italiana rispetto alla maggior parte dei Paesi Europei. In Italia, per esempio, la FSMG venne fin dall'inizio slegata dall'Università, un ente che vede nella formazione una delle sue fondamentali ragioni di esistenza. **La FSMG italiana, diversamente da molti paesi Europei dove la medicina generale è una disciplina accademica, è stata affidata alla gestione di Regioni e Province Autonome,** enti amministrativi che per vocazione hanno il compito di rendere esecutive le disposizioni normative. **Al mancato coinvolgimento dell'Università non ha fatto seguito l'individuazione di un ente nazionale, autorevole e riconosciuto, dedicato allo sviluppo e all'approfondimento della cultura della Medicina Generale in Italia,** che vicariasse il ruolo che l'Università svolge per le altre discipline mediche. Riteniamo che questa impostazione possa aver condizionato la FSMG,

sia da un punto di vista gestionale, ma soprattutto culturale, facendo sì che lo svolgimento del processo formativo sul piano formale (es.: il raggiungimento del monte ore prefissato, il rispetto della correttezza nella durata di ogni periodo previsto) abbia preso il sopravvento sul raggiungimento dei risultati della formazione, a tal punto che ancora oggi non si sia giunti a definire degli obiettivi formativi chiari a livello nazionale ed al netto delle singole esperienze regionali.

La grande libertà concessa agli Stati Membri dalla normativa europea si è poi tradotta in Italia in un'enorme variabilità di percorsi formativi. Ogni Regione e Provincia Autonoma ha infatti dato vita ad un proprio CFSMG che, come conseguenza della lassità dei vincoli fissati, è risultato molto diverso da quello gestito dalle altre Regione o Province Autonome. Si è creata un'enorme offerta di CFSMG diversi, con un'importante variabilità anche nella qualità della formazione. Senza contare che poche Regioni hanno istituito un centro regionale per la FSMG, col risultato che **la variabilità dei corsi, oltre che inter-regionale, si presenta anche a livello intra-regionale.**

Tutto ciò può essere dovuto, a nostro avviso, alla carenza di centri culturali autorevoli dedicati allo sviluppo del sapere (knowledge) della medicina generale (teorico-pratico) e dei CFSMG, capaci di dare continuità al percorso di crescita culturale della medicina generale italiana (dall' insegnamento della stessa come disciplina pre e post-laurea) . A sua volta la carenza di tali centri culturali non ha permesso lo scambio di conoscenze e il confronto tra i diversi CFSMG, impedendo di giungere all'individuazione degli elementi essenziali nella FSMG. Ciò ha limitato anche il dialogo culturale con le altre professioni socio-sanitarie, non solo mediche, ostacolando l'integrazione della formazione e delle cure.

Le "nuove proposte a completamento della riforma", previste dalle disposizioni Europee, avrebbero dovuto declinare la normativa costruendo un percorso comune a tutto il territorio nazionale che formasse futuri MMG attraverso una varietà di strumenti psico-socio-clinici da apprendere gradualmente nei tre anni del percorso formativo. Ad oggi tali proposte non sono ancora state prodotte a livello normativo, col risultato di incrementare la disomogeneità dell' esperienza formativa tra le varie realtà regionali.

In ultima analisi, al termine di questo excursus storico, abbiamo notato che i CFSMG sono accomunati principalmente da un rispetto formale del quadro normativo, ma non dalla condivisione di un quadro culturale di riferimento.

Sembrerebbe che in Italia il processo di istituzione della FSMG sia rimasto in un certo senso bloccato nella sua evoluzione culturale.

Una problematicità importante è stata e rimane l'impossibilità di fornire, da parte dei CFSMG regionali, l'accesso al mondo della ricerca per i giovani MMG attraverso, ad esempio, l'istituzione di dottorati di ricerca in medicina generale.

Al blocco dell'evoluzione della FSMG si è accompagnato il blocco della valorizzazione dei corsisti rispetto ai medici in formazione post-laurea specialistica, sia sul piano del riconoscimento economico che sul piano dei diritti e delle tutele[4].

Terminata questa contestualizzazione della cornice storico-normativa della FSMG, proseguiremo la nostra ricerca descrivendo il presente dei CFSMG, scegliendo ancora una volta un punto di vista particolare: le esperienze degli attori coinvolti. In parallelo, vorremmo arricchire ulteriormente la narrazione storica della FSMG mediante la raccolta di fatti, aneddoti, documenti ufficiali ed ufficiosi andando così a comprendere meglio come si è strutturato nel corso degli anni la FSMG e perché.

A tale scopo chiediamo a chiunque abbia interesse e voglia di condividere materiale con noi di contattarci all'indirizzo: mmgriisg@gmail.com .

Nel post del prossimo mese pubblicheremo il disegno di ricerca multi-metodologico di cui ci siamo dotati e che stiamo adottando per mappare i primi poli didattici.

Laura Cuccuru (CFSMG Toscana), Viviana Forte (ex CFSMG Lazio), Gianluca Marini (ex CFSMG Marche), Alessandro Mereu (ex CFSMG Toscana), Agostino Panajia (ex CFSMG Emilia Romagna), Nicola Pecora (CFSMG Toscana), Giovanni Volpe (CFSMG Toscana).

Risorsa

[Mappare il percorso di formazione specifica in Medicina generale in Italia](#) [PDF: 208 Kb]

Quadro normativo di riferimento

[DIRETTIVA 75/362/CEE DEL CONSIGLIO DELLE COMUNITÀ EUROPEE](#), del 16 giugno

1975, concernente il reciproco riconoscimento dei diplomi, certificati ed altri titoli di medico e comportante misure destinate ad agevolare l'esercizio effettivo del diritto di stabilimento e di libera prestazione dei servizi.

[DIRETTIVA 75/363/CEE DEL CONSIGLIO DELLE COMUNITÀ EUROPEE](#), del 16 giugno 1975, concernente il coordinamento delle disposizioni legislative, regolamentari ed amministrative per le attività di medico.

[DIRETTIVA 86/457/CEE DEL CONSIGLIO DELLE COMUNITÀ EUROPEE](#), del 15 settembre 1986, relativa alla formazione specifica in medicina generale.

[DECRETO-LEGGE 8 febbraio 1988, n. 27](#), recante misure urgenti per le dotazioni organiche del personale degli ospedali e per la razionalizzazione della spesa sanitaria.

[LEGGE 8 aprile 1988, n. 109](#), recante conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 8 febbraio 1988, n. 27, recante misure urgenti per le dotazioni organiche del personale degli ospedali e per la razionalizzazione della spesa sanitaria.

[DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE DI CONCERTO CON IL MINISTERO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE 10 Ottobre 1988](#), recante "Disposizioni tecniche concernenti il tirocinio teorico-pratico per la formazione specifica in medicina generale dei medici neolaureati"

[DECRETO LEGISLATIVO 8 agosto 1991, n. 256](#) Attuazione della direttiva n. 86/457/CEE, relativa alla formazione specifica in medicina generale, a norma dell'art. 5 della legge 30 luglio 1990, n. 212.

[DECRETO LEGISLATIVO 17 agosto 1999](#), n. 368 recante "Attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e delle direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CEE

[DIRETTIVA 2001/19/CE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO](#), del 14 maggio 2001, che modifica le direttive 89/48/CEE e 92/51/CEE del Consiglio relative al sistema generale di riconoscimento delle qualifiche professionali e le direttive 77/452/CEE, 77/453/CEE, 78/686/CEE, 78/687/CEE, 78/1026/CEE, 78/1027/CEE, 80/154/CEE, 80/155/CEE, 85/384/CEE, 85/432/CEE, 85/433/CEE e 93/16/CEE del Consiglio concernenti le professioni di infermiere responsabile dell'assistenza generale, dentista, veterinario, ostetrica, architetto, farmacista e medico.

[LEGGE 28 dicembre 2001](#), n. 448 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato".

[DECRETO LEGISLATIVO 8 luglio 2003](#), n. 277 recante “Attuazione della direttiva 2001/19/CE che modifica le direttive del Consiglio relative al sistema generale di riconoscimento delle qualifiche professionali e le direttive del Consiglio concernenti le professioni di infermiere professionale, dentista, veterinario, ostetrica, architetto, farmacista e medico.”

[DIRETTIVA 2005/36/CE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO](#) del 7 settembre 2005 relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali.

[LEGGE 23 dicembre 2005, n. 266](#) recante “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge Finanziaria 2006)”

[DECRETO 7 marzo 2006 DEL MINISTERO DELLA SALUTE](#) recante “Principi fondamentali per la disciplina unitaria in materia di formazione specifica in medicina generale.”

[DECRETO-LEGGE 13 settembre 2012, n. 158](#) recante “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute

[DIRETTIVA 2013/55/UE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO](#), del 20 novembre 2013, recante modifica della direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali e del regolamento (UE) n. 1024/2012 relativo alla cooperazione amministrativa attraverso il sistema di informazione del mercato interno («regolamento IMI»).

Bibliografia

[Definizione di salute globale. RIISG](#) - Rete Italiana per l’Insegnamento della Salute Globale

Parte prima del documento elaborato dall’Osservatorio nazionale sulla formazione in medicina generale giunto in discussione presso la Conferenza Stato Regioni. Rosanna Magnano. [Alla Stato Regioni il core curriculum del Mmg](#). Il Sole 24 ORE, 23 11 2013

[Report della Conferenza Stato Regioni del 7 Novembre 2013](#) [PDF: 100Kb]

[Specializzandi Corso Formazione Medicina Generale \(REGIONE\) vs Specializzandi ospedalieri \(UNIVERSITA’\):](#) tabella di confronto.

Facebook

Twitter

LinkedIn