

PROBLEMATICHE DEL  
PERCORSO FORMATIVO  
IN MEDICINA  
GENERALE



Dossier 2013

## PROBLEMATICHE DEL PERCORSO FORMATIVO IN MEDICINA GENERALE

Il presente documento intende evidenziare le principali criticità legate al percorso formativo in Medicina Generale (MG) nella sua interezza (dall'ottenimento della laurea fino all'accesso alla Professione di Medico di MG).

### BACKGROUND

L'organizzazione e la gestione del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale (CFSMG) è affidata alle Regioni, come previsto dal D.Lgs 368/99 e successive modifiche.

Recependo la Direttiva 86/457/CEE del Consiglio del 15 settembre 1986, attraverso il Decreto Legislativo 8 agosto 1991, n. 256, in Italia viene istituito il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale. L'organizzazione e la gestione del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale è affidata alle Regioni, come previsto dal D.Lgs 368/99 e successive modifiche. Nella maggior parte dei Paesi Europei il Corso ha una durata di tre anni, come la durata minima prevista dalla Direttiva CEE. I contenuti tendono sempre più ad abbandonare la suddivisione per materie, facendo sempre maggior riferimento alle competenze da acquisire. È stato posto inoltre l'obiettivo di perseguire l'armonizzazione della didattica a livello comunitario attraverso la redazione di un importantissimo manuale formativo, l'Educational Agenda, realizzato da EURACT, la rete pedagogica europea dell'associazione mondiale della medicina generale (WONCA). Nella maggior parte dei Paesi UE, con pochissime eccezioni (Italia inclusa), la formazione in Medicina Generale è una specialità, con propri dipartimenti a livello universitario o regionale (vedi *Allegato 1*).

Ciascuna Regione ha realizzato programmi didattici e strutture delle scuole, riferendosi alla normativa nazionale, ma con interpretazioni diverse di tali leggi (vedi *Allegato 2*).

**Per il medico neolaureato** il CFSMG risulta essere un **percorso formativo poco appetibile** per i seguenti motivi:

- 1- **retribuzione di soli 966 euro/lordi al mese**, non sufficienti per potersi dedicare esclusivamente alla propria formazione;
- 2- **percezione di minus rispetto al percorso formativo di specializzazione**, a causa della situazione di disparità economica e all'assenza del titolo di "specialista" in medicina generale.

**Altro aspetto scoraggiante è la reale durata del percorso di formazione in MG, ben superiore rispetto alla durata triennale del corso:** il periodo che inizia con l'ottenimento della laurea e termina con l'accesso alla Professione di Medico di MG, attraverso l'ottenimento della Convenzione, può arrivare a durare fino a 7 anni e 2 mesi (Fig.1), anche nelle Regioni in cui vi è carenza di Medici.

Ciò è essenzialmente legato a tempi burocratici di pubblicazione delle graduatorie, alla necessità del possesso di titoli già al momento dell'iscrizione ai concorsi, alla rigidità dei piani di studio di recupero per chi effettua sospensione del corso per maternità o malattia al di sopra dei 40 giorni.



Fig.1 Il percorso di Formazione in MG non si limita al solo triennio formativo. È disseminato di ostacoli e rallentato da tempi morti.

Un primo ritardo si determina nella necessità di essere abilitati al momento dell'iscrizione al concorso; tale iscrizione avviene in Aprile per un esame che si svolge a Settembre e un corso di formazione che non inizia prima di Dicembre dello stesso anno.

Se durante il triennio un medico in formazione si assenta per gravidanza o malattia, indipendentemente dal numero di mesi di assenza, perde un anno, e ciò è penalizzante ai fini dell'inserimento in graduatoria per l'accesso alla professione.

Dopo l'ottenimento del diploma, il neo medico di Medicina Generale effettua domanda per l'inserimento in graduatoria, i cui tempi di pubblicazione superano l'anno.

A seguito della pubblicazione della graduatoria vi è un altro 'tempo morto' nell'attesa della pubblicazione degli ambiti carenti.

Considerando ciò, è evidente come il percorso di formazione sia gravoso per la sua lunghezza che va ben oltre il triennio del corso.

### **La possibilità di svolgimento di attività compatibili per un'integrazione retributiva della borsa di studio varia molto da regione a regione.**

Nelle regioni in cui, a causa della carenza di medici, è possibile accedere a incarichi di Continuità Assistenziale a tempo determinato di 3-6 mesi rinnovabili, i medici in formazione frequentano il corso e lavorano coprendo 8-9 turni al mese.

Nelle regioni in cui questa possibilità non c'è i medici in formazione, laddove è possibile, sostituiscono medici di Medicina Generale, oppure sopravvivono con il solo importo della borsa di studio.

Questo evidentemente genera enormi e paradossali differenze nella retribuzione di colleghi che frequentano il corso in regioni diverse.

### **L'erogazione della borsa di studio inoltre in alcune regioni è gravata da inammissibili ritardi, anche di mesi (vedi Allegato 3).**

Tali ritardi sono legati a inadempienze amministrative delle Regioni che, in taluni casi, non sono in grado di anticipare risorse per erogare le borse di studio, a cui verrà data copertura a seguito di rendicontazione (vedi Allegato 4).

Il finanziamento del corso del CFSMG viene deliberato, su base triennale, dal CIPE (Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica); tali somme sono destinate al pagamento

delle “borse di studio dei medici in formazione in Medicina Generale”, al pagamento di docenti e tutor, alla gestione amministrativa e organizzativa del corso e sono soggette a rendicontazione.

La delibera CIPE giunge ogni anno 4 mesi rispetto dopo l'inizio dei Corsi; quest'anno la delibera presenta ritardo: **ad oggi (giugno 2013) non è ancora stata pubblicata sulla G.U. la delibera relativa alla annualità 2012-2013.**

L'art.27 del DL 368/99 al comma 1 precisa che “la formazione specifica in Medicina Generale comporta la partecipazione personale del candidato all'attività professionale e l'assunzione delle responsabilità connesse all'attività svolta.” Tuttavia non vi è una definizione precisa delle attività da svolgere e degli obiettivi formativi da raggiungere.

In questo modo il medico tirocinante spesso non segue un programma Regionale preciso con obiettivi formativi determinati e condivisi con i tutor ospedalieri; spesso viene coinvolto in attività professionali e formative che non sono finalizzate all'acquisizione mirata di competenze cliniche utili alla pratica ambulatoriale o alla conoscenza del rapporto ospedale-territorio. La formazione negli ospedali diviene quindi dipendente dalle iniziative dei singoli tutor, i quali talvolta non hanno nessun incentivo o interesse a esercitare il proprio ruolo.

**Per i motivi appena esposti, 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.**

Spesso nei 18-24 mesi di frequenza ospedaliera (pari a quasi 2/3 della durata del corso) il medico in formazione non riesce a esercitare la pratica clinica con l'**approccio specifico del medico che lavora sul territorio**, salvo avere la possibilità di lavorare facendo sostituzioni di Medico di MG, di Continuità Assistenziale o di Guardia Turistica, attualmente uniche attività compatibili con lo svolgimento del CFSMG.

**La differente possibilità sul territorio italiano di svolgere attività compatibili professionalizzanti** determina una formazione assolutamente eterogenea e, anche quando vi è lo svolgimento di tali attività professionalizzanti, ciò **non è considerato e valorizzato all'interno del percorso formativo**: così ci sono alcuni medici in formazione che durante i tre anni, per motivi diversi, non hanno mai visitato in autonomia un paziente, medici in formazione che per tre anni hanno svolto oltre alle attività didattiche esclusivamente servizio di Continuità Assistenziale, senza mai misurarsi con il lavoro del medico di famiglia, e medici in formazione che hanno svolto sostituzioni di medico di medicina generale, senza mai svolgere servizio di Continuità Assistenziale.

Tali differenze, già quantificabili su un piano economico, si traducono quindi in un'**eterogeneità estrema dei percorsi formativi** dei singoli, **che stride con l'unicità del titolo di Medico di Medicina Generale.**

**Per formare un buon Medico di Medicina Generale è necessario decentrare l'insegnamento sul territorio** e creare le condizioni perché la professione possa essere appresa attraverso l'insegnamento **in affiancamento ad un tutor che svolge quotidianamente la stessa professione nelle sue diverse declinazioni (Medico di Famiglia e Medico di Continuità Assistenziale).**

Si sottolineano queste differenze volutamente in quanto si ritiene che il lavoro del medico di

medicina generale e quello del medico di continuità abbiano peculiarità differenti e permettano attualmente di misurarsi con due differenti approcci al paziente: uno più longitudinale, che affronta problemi di salute differibili e prevede una presa in carico nell'ottica della medicina di iniziativa; l'altro affronta problemi di salute per cui il paziente necessita di una presa in carico, sostegno e supporto fino al momento in cui può rivolgersi al suo medico di famiglia. Diversi sono quindi i due approcci, come diverse sono le modalità prescrittive di terapie farmacologiche, accertamenti strumentali e di laboratorio di primo livello; pertanto lo svolgimento di entrambe queste attività fornisce un valido contributo alla formazione del medico di Medicina Generale.

Fatte salve le differenti possibilità di accesso a tali attività compatibili sul territorio, la volontà di non perdere l'utilizzo della pratica medica è legata alla intraprendenza dei giovani medici.

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, ma alcune appaiono più che mai necessarie per formare adeguatamente alle attività professionali che il medico di Medicina Generale svolgerà una volta terminato il corso:

- Diminuzione delle ore di tirocinio ospedaliero versus un aumento delle ore di tirocinio nell'ambito della Medicina Generale poiché la 368/99 definisce che i periodi di formazione pratica “devono essere effettuati presso strutture ospedaliere, pubbliche o equiparate, individuate a tale scopo dalla regione, nonché in centri di cure primarie quali day-hospital e ambulatori delle aziende unità sanitarie locali”;
- 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;
- Individuazione di politiche di facilitazione all'accesso ai Corsi di Emergenza Territoriale per medici in possesso del diploma di Medico di Medicina Generale.

Nonostante vi sia una normativa quadro nazionale, le Regioni riaffermano una notevole autonomia nell'organizzazione didattica e gestionale del Corso di formazione Specifica in Medicina Generale (CFSMG). Vi è un'assenza di un core curriculum uniforme e condiviso per tutte le scuole regionali. **I piani didattici dei CFSMG e i loro contenuti devono essere rivisti alla luce delle nuove conoscenze della medicina e devono avere una sostanziale omogeneità nazionale**, pur prevedendo un 15-20% di variabilità regionale.

Il core curriculum, oltre a prevedere conoscenze scientifiche e competenze tecniche, non potrà prescindere da ciò che sempre più frequentemente viene richiesto al buon medico di Medicina Generale: capacità di mediazione, di comunicazione, di organizzazione, di gestione e collaborazione con altre figure professionali.

**Dal monitoraggio dello stanziamento dei finanziamenti e della distribuzione dei contingenti di**

**posti alle Regioni è emerso che il numero totale delle borse di studio è diminuito** e, nel contempo, vi è stata una redistribuzione dei posti a favore di alcune Regione e a sfavore di altre senza che apparentemente vi siano criteri a sostegno di tali scelte.

Vi è la necessità di una programmazione dei fabbisogni di professionisti medici su scala regionale che tenga conto della numerosità della popolazione, delle curve di pensionamento e delle aree carenti, delle politiche sanitarie, del numero di borse per ciascuna regione e del tasso di abbandono del corso (stimabile al 10-20%) e infine dei medici già in possesso del titolo che sono in graduatoria e attendono di ottenere la convenzione. Sono necessari studi di programmazione per garantire l'accesso alla professione per i medici che decidono di intraprendere questo percorso formativo e soprattutto per far sì che tale sistema formativo possa garantire un numero di medici formati sufficiente ai fabbisogni regionali.

Appare quanto mai necessario trovare un compromesso costruttivo fra le esigenze dei medici in formazione e l'interesse di tutta la categoria nel creare un percorso formativo specifico, dignitoso e professionalizzante che formi un numero di nuovi medici di medicina generale sufficiente a sostenere il Sistema Sanitario Nazionale secondo fabbisogni definiti anche dall'introduzione di nuovi modelli organizzativi.

Da un lato **vi è la forte necessità di un intervento centrale da parte del Ministero della Salute che rimoduli le autonomie regionali per dare unicità e omogeneità al percorso formativo in MG e che razionalizzi l'utilizzo di risorse considerando i fabbisogni regionali di professionisti;** dall'altro, nel 2013, secondo quanto previsto dal decreto Balduzzi, verrà modificato l'ACN e gli AA.II.RR, e pertanto, con l'aiuto e la collaborazione delle OO.SS., sarà possibile trovare uno spazio dedicato dove collocare le attività formative professionalizzanti, che favoriscano un ingresso graduale e progressivo alla professione del medico di medicina generale.

Fatte le dovute premesse, di seguito le proposte per un'inversione di rotta che potrebbe valorizzare appieno e in carenza di risorse aggiuntive il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale.

Rispetto al percorso formativo in MG gli ambiti in cui intervenire sono 3:

- 1- Offerta formativa e qualità della didattica**
- 2- Retribuzione e tutela del medico in formazione in MG**
- 3- Riforma del sistema formativo per la sostenibilità del SSN**

#### **1- Offerta formativa e qualità della didattica**

- ✓ Rimodulazione dell'offerta formativa ospedale versus territorio
- ✓ Core curriculum nazionale di conoscenze e competenze da acquisire
- ✓ Internazionalizzazione e conoscenza del SSN italiano
- ✓ Criteri per l'individuazione del tutor MMG
- ✓ Valutazione della didattica con feedback
- ✓ Coinvolgimento dei medici in formazione nei CTS
- ✓ Creazione di strutture regionali dedicate alla formazione

#### **2- Retribuzione e tutela del medico in formazione in MG**

- ✓ Individuazione e politiche di accesso alle attività compatibili professionalizzanti
- ✓ Adeguamento della borsa di studio al tasso d'inflazione
- ✓ Eliminazione dei ritardi nell'erogazione delle borse
- ✓ Onere assicurativo a carico delle Regioni o almeno adeguamento dei massimali
- ✓ Tutela della maternità e malattia

#### **3- Riforma del sistema formativo per la sostenibilità del SSN**

- ✓ Programmazione dei fabbisogni in considerazione degli accessi
- ✓ Abbassamento dell'età all'ingresso nella professione

Segue una descrizione dettagliata delle proposte di miglioramento degli aspetti sopra indicati.

## 1- Offerta formativa e qualità della didattica

I provvedimenti da considerare per una miglior offerta formativa devono prevedere tirocini decentralizzati sul territorio, nella direzione di una **rimodulazione dell'offerta formativa ospedale versus territorio**.

Tale dislocazione può essere attuata attraverso la frequenza in poliambulatori, strutture e servizi territoriali specialistici come consultori familiari, studi di pediatria di libera scelta, centri psico-sociali e residenze sanitarie per anziani, in alternativa alla frequenza nei reparti ospedalieri universitari e sale operatorie.

L'Osservatorio Ministeriale per la Formazione Specifica in Medicina Generale, che ha concluso i lavori il 1 ottobre 2012, ha proposto di inserire un sistema di valutazione dell'impegno formativo tramite Crediti Formativi, in analogia con gli altri percorsi formativi universitari.

Durante il CFSMG è prevista una possibilità di assenza di 30 giorni/anno senza necessità di recupero. Dal Ministero, attraverso le scuole regionali, deve esser data indicazione all'utilizzo di questi 30 giorni, senza necessità di recupero come già previsto dalla normativa DM 7 marzo 2006. In questo modo il medico in formazione avrebbe possibilità di assenza per motivi personali, per aggiornamento scientifico o per lo svolgimento di attività lavorative compatibili a cui dovrebbe essere dato, in considerazione del loro valore professionalizzante, riconoscimento ai fini del percorso formativo, tramite l'assegnazione di crediti formativi.

Oltre a permettere un'integrazione economica aggiuntiva della borsa di studio, ciò garantirebbe la partecipazione personale del candidato all'attività professionale e l'assunzione delle responsabilità connesse all'attività svolta, come già stabilito dall'art. 27. 368/99 comma 1.

Vi è la necessità culturale e formale-organizzativa di redigere un documento che contenga un **Core curriculum nazionale delle competenze e delle conoscenze** da acquisire imprescindibilmente per poter diventare Medico di Medicina Generale. Il Ministero in questo senso potrebbe essere promotore nella creazione di spazi per la condivisione e revisione dei programmi didattici e dei contenuti d'insegnamento, anche alla luce del ruolo sempre più centrale che la Medicina Generale sta assumendo nella gestione della epidemia dilagante delle patologie croniche.

Considerando il vivace contesto europeo, in cui vi è libera circolazione dei professionisti soprattutto in ambito di ricerca clinica, si ritiene che in analogia a quanto previsto per altri percorsi formativi si debba prevedere la possibilità di periodi di tirocinio da svolgere in altri paesi europei.

A questo proposito si menziona l'interessante progetto Hippocrates, lanciato nel 2000 al VI Congresso Wonca Europe e il Movimento Giotto, movimento culturale di giovani medici di medicina generale, ha assunto l'iniziativa di promuoverlo nel nostro Paese ormai da oltre dieci anni. Il progetto prevede che dei medici in formazione specifica in Medicina Generale possano svolgere un periodo di tirocinio di circa due settimane presso ambulatori di medici di medicina generale di altri paesi europei. Durante tale tirocinio, i medici in formazione avranno la possibilità di essere coinvolti attivamente sia nelle attività ambulatoriali della struttura ospitante, sia di poter eventualmente partecipare alle attività didattiche della scuola di formazione del paese sede del tirocinio.

Tale **internazionalizzazione** dell'attività didattica sarebbe sicuramente di stimolo all'approfondimento, all'attività di ricerca da parte dei professionisti e alla riflessione sul nostro SSN messo a confronto con altri sistemi di primary care europei.



Parallelamente a tali progetti, brevi periodi di tirocinio (1-4 settimane), da poter svolgere in altra Regione italiana, permetterebbero una **miglior conoscenza del nostro Sistema Sanitario Nazionale** e delle differenze e peculiarità organizzative dettate dalle autonomie regionali.

**La figura del tutor MMG ha una rilevanza strategica nella formazione del tirocinante.** Per questo è opportuno che gli elenchi stabiliti con delibera regionale includano medici di Medicina generale che svolgono un lavoro di qualità, che siano motivati nello svolgimento del loro ruolo di “mentore” e che si orientino verso una Medicina Generale organizzata in gruppo e che tende ad offrire il miglior servizio possibile al paziente sul territorio. Essendo il CFSMG un corso di formazione per adulti professionisti, **si ritiene che vi debba esserci la possibilità di scegliere il tutor in relazione alle proprie esigenze formative**, come già definito dalla regione Lombardia.

**È opportuno che ciascuna scuola regionale elabori e si doti di un sistema di valutazione della didattica; tuttavia è fondamentale che per essere efficace tale sistema fornisca dei feedback sia ai discenti che ai docenti.**

**Ciascuna regione dovrebbe creare una scuola o una struttura deputata alla formazione. All'interno di tali strutture vanno creati Comitati Tecnico Scientifici, come spazi di confronto tra tutor, coordinatori e medici in formazione.** Ad oggi, alcune regioni hanno già istituito organi tecnici cui è affidata la funzione di organizzazione della didattica, ma in nessuno di questi è previsto il coinvolgimento dei medici in formazione.

In molte Regioni l'organizzazione dei corsi è affidata a uffici tecnici della Regione e non a scuole o organismi scientifici. La creazione di strutture regionali dedicate alla formazione, proposta avanzata dall'Osservatorio Ministeriale per la Formazione Specifica in Medicina Generale, appare interessante: tale proposta prevederebbe la creazione dei “dipartimenti Regione Università” quali strutture deputate all'organizzazione dei CFSMG. Tali strutture dovrebbero prevedere un coinvolgimento della componente universitari. Avendo una forte connotazione territoriale-regionale e potrebbero rivelarsi l'ambiente adatto per creare una cultura della Medicina Generale, ben identificata come disciplina specialistica con suoi propri contenuti specifici.

E' di fondamentale importanza, infatti, che il futuro medico di Medicina Generale acquisisca le sue competenze specialistiche sul territorio, che sarà il suo naturale habitat una volta inserito nel mondo del lavoro. Inoltre i dipartimenti mg favorirebbero introduzione e insegnamento della Medicina Generale già durante il Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia a fianco delle altre discipline mediche: ciò permetterebbe una scelta più consapevole del proprio percorso di studi post laurea.

Un legame con l'ambiente accademico potrebbe costruire solide basi e favorire la comunicazione tra ospedale e territorio. D'altro canto è importante sottolineare che questa disciplina deve essere insegnata prettamente da Medici di Medicina Generale, formati e motivati a svolgere il ruolo di tutor o docente.

Il rapporto con l'Università, oltre che di collaborazione e confronto tra professionisti, potrebbe essere il terreno di passaggio per l'acquisizione del titolo.

## 2- Retribuzione e tutela del medico in formazione in MG

**FIMMG Formazione chiede una giusta retribuzione o, in alternativa, la possibilità di integrare il corso con esperienze lavorative professionalizzanti (ben definite a livello normativo) nell'area delle cure primarie**, sì da poter confidare su uno stipendio dignitoso a fine mese che permetta di dedicarsi serenamente alla propria formazione e portare avanti, su due binari paralleli, vita privata e vita professionale, senza dover sacrificare l'una a favore all'altra.

Abbiamo avanzato questa proposta di concerto con la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, al fine di rendere maggiormente professionalizzante il CFSMG e di anticipare l'accesso alla professione, per avere oltre che la formazione teorica anche un coinvolgimento in attività lavorative da svolgersi nelle cure primarie che permettano un'assunzione graduale della responsabilità.

Appare evidente come sia necessario considerare parte integrante del percorso formativo le attività lavorative compatibili professionalizzanti (Continuità Assistenziale, sostituzioni di medico di Medicina Generale, Guardia Turistica), e che tali attività debbano essere orientate, e definite anche dall'ACN di categoria, così come necessario per favorirvi l'accesso.

Lo svolgimento di tali attività permetterebbe:

- l'integrazione economica della retribuzione;
- la possibilità di preservare uno spazio di formazione retribuita (attraverso l'attuale borsa), spazio in cui il medico in formazione può dedicarsi esclusivamente alla propria crescita professionale;
- la possibilità di misurarsi con l'attività lavorativa all'interno di un percorso di confronto con i tutor e i colleghi;
- la possibilità di un inserimento graduale nell'area professionale delle cure primarie già durante il triennio.

L'adeguamento della borsa di studio a quella dei colleghi in formazione specialistica sarebbe un segnale forte di fiducia e rispetto nei confronti dei professionisti che scelgono la medicina generale come loro professione; tuttavia sembra che le risorse per un adeguamento della borsa non siano disponibili e, pertanto, **devono essere intraprese tutte le azioni politiche atte a permettere l'accesso ad attività compatibili professionalizzanti nell'ambito delle cure primarie.**

L'importo della borsa di studio, pari a 11.603 euro/annui, già soggetto a tassazione IRPEF, è stato adeguato al tasso di inflazione dal Ministro Livia Turco nel 2007, da allora non sono più stati previsti adeguamenti e ciò ha comportato una riduzione del potere d'acquisto della retribuzione del medico in formazione al limite della soglia di povertà.

**È necessario che siano individuate le risorse necessarie a dare copertura alla rivalutazione della borsa di studio secondo gli adeguamenti ISTAT, per cui la borsa da 966 euro/lordi al mese raggiungerebbe i 13.182,01 Euro lordi/annui, ovvero 1.098 Euro lordi/mensili.**

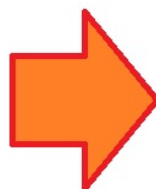
7 MARZO 2006 11.103,82 EURO



ADUEGUAMENTO INFLAZIONE



13 APRILE 2007 11.603,00 EURO



Data Iniziale: 13/04/2007

Data Finale: 30/04/2013

Capitale Iniziale: € 11.603,00

Decorrenza Rivalutazione: Aprile 2007

Scadenza Rivalutazione: Aprile 2013

Indice Istat utilizzato: FOI generale

Indice alla Decorrenza: 129,2

Indice alla Scadenza: 106,9

Raccordo Indici: 1,373

Coefficiente di Rivalutazione: 1,136

Totale Rivalutazione: € 1.578,01

OGGI???

Capitale Rivalutato (s.e.o): € 13.181,01

**In molte regioni si verificano ritardi nei pagamenti e rispetto a tale problematica è necessario individuare le cause delle inadempienze burocratiche per sanare questa situazione di estremo disagio per i medici in formazione:**

- anticipazione della pubblicazione delle delibere CIPE così che coincidano con l'inizio del corso;
- eliminazione del regime di rendicontazione cui sono soggette le cifre stanziare per il finanziamento dei CFSMG;
- creazione di fondi regionali in cui far confluire gli importi delle borse di studio non erogate in caso di abbandono (tali fondi potrebbero essere destinati ad agevolazioni per i medici in formazione come, per esempio, fornitura di camici, tariffe ridotte per il parcheggio, buoni pasto per la mensa).

**A questo proposito va ricordato che il medico in formazione ha delle spese fisse, tra cui il premio dell'assicurazione obbligatoria.**

La normativa, Decreto Ministeriale 7 marzo 2006 all'art 18, stabilisce che "i medici in formazione devono essere coperti da polizza assicurativa per i rischi professionali e gli infortuni connessi all'attività di formazione in base alle condizioni generali stabilite dalla regione. Le relative polizze sono stipulate direttamente dagli interessati o, a scelta del tirocinante, dalla regione o provincia autonoma che provvede a detrarre i relativi premi dalla borsa di studio".

Le regioni pertanto hanno autonomamente deciso massimali diversi, inspiegabilmente anche molto alti, considerando che il tipo attività svolta non comporta specifiche responsabilità e rischi professionali. Nei casi in cui il medico in formazione svolga attività compatibili deve provvedere alla stipula di una seconda polizza RCP, determinando quindi un secondo onere a proprio carico.

Il Piemonte e la Provincia Autonoma di Trento, non richiedendo massimali e condizioni specifiche per la copertura assicurativa delle attività svolte durante il Corso di Formazione, hanno determinato le condizioni favorevoli per l'abbassamento dei premi assicurativi, e nel caso il medico svolga attività di sostituzione di medico di MG o di continuità assistenziale

durante il corso la necessità della stipula di un'unica polizza.

Essendo la condizione del medico in formazione assimilabile al lavoratore dipendente, l'onore assicurativo dovrebbe essere a carico dell'ente da cui dipende, quindi le regioni. Purtroppo questo non avviene.

**Si ritiene che una nota ministeriale che suggerisca, sentite le regioni, un tetto per i massimali assicurativi per le attività del corso a cui adeguare i massimali regionali secondo quanto previsto dall'art.18 DM 7/3/2006, che sia pari a una media dei massimali richiesti dalle varie regioni, potrebbe calmierare il rincaro dei premi assicurativi.**

Attualmente, durante il periodo di sospensione obbligatoria per maternità, la borsa di studio viene sospesa. L'ente previdenziale di categoria si fa carico dell'indennità per le colleghe che entrano in maternità.

Tuttavia non vi sono tutele o politiche di sostegno per il periodo dell'allattamento (fino a un anno di età del bambino). A fronte di un periodo di sospensione di 5 mesi, durante il periodo di astensione obbligatoria per maternità, le colleghe ritardano di 12 mesi l'inserimento in graduatoria regionale, e conseguentemente l'accesso alla professione con notevole penalizzazione nella progressione di carriera.

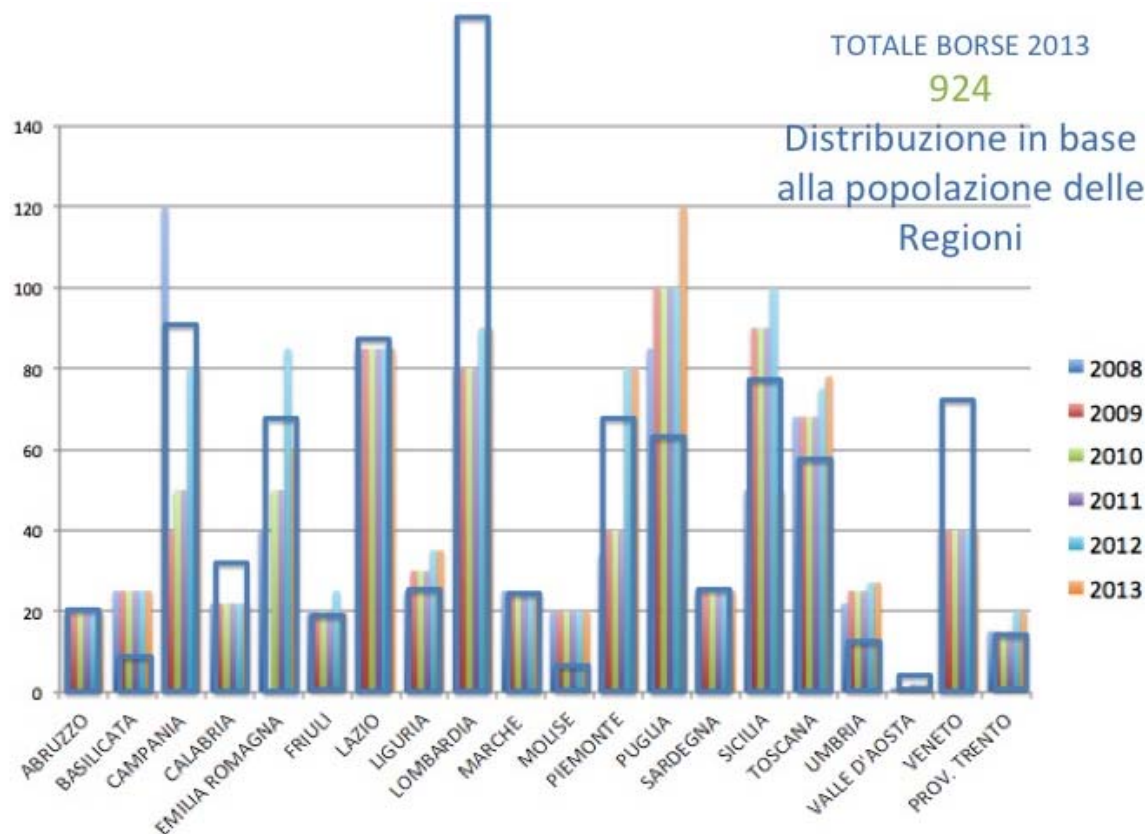
Si ritiene auspicabile che una nota ministeriale specifichi la possibilità di attivazione di periodi di corso a tempo parziale, secondo quanto previsto dall'art 12 del DM 7 marzo 2006, con erogazione della borsa in misura proporzionalmente ridotta in caso di gravidanza plurima, maternità anticipata, periodo dell'allattamento (fino a 1 anno di età del bambino) per le colleghe che decidano di farne richiesta. L'attivazione di brevi periodi di corso a tempo parziale 3-6 mesi permetterebbero una ripresa graduale delle attività didattiche e toglierebbero le incompatibilità lavorative, permettendo alle madri-medico di orientarsi verso lavori diurni, con orari flessibili. Analogamente potrebbe essere prevista la possibilità di attivazione di brevi periodi di corso a tempo parziale anche per i padri fino all'anno d'età del bambino.

### **3- Riforma del sistema formativo per la sostenibilità del SSN**

La normativa non definisce in modo chiaro i criteri per la determinazione dei contingenti regionali delle borse di studio; all'Art.1 e 2 DM 7/3/2006 viene fatto riferimento a "esigenze regionali e necessità formative evidenziate nella rilevazione dei fabbisogni" e a "una determinazione dei contingenti conseguente ad una previsione triennale del fabbisogno, effettuata sulla base delle effettive esigenze, correlate sia al numero degli iscritti alle graduatorie regionali per la medicina convenzionata ancora non occupati, sia alle previsioni dei pensionamenti dei medici in servizio ed alla verifica delle zone carenti e relativi posti disponibili, in base al rapporto ottimale previsto dagli accordi nazionali vigenti".

Considerata la carenza di medici, soprattutto nelle Regioni del Nord, ormai denunciata da più istituzioni, e osservando la densità di popolazione delle regioni si nota un grande scostamento tra l'odierna distribuzione regionale delle borse di studio e l'ipotetica distribuzione delle borse in base alla popolosità regionale, a parità del numero totale di contratti assegnati. Ciò risulta

ben visibile nel grafico sottostante, dove sullo sfondo sono i contingenti regionali di borse assegnate dal 2008 al 2013, e in sovrapposizione vi è l'ipotetica distribuzione del numero totale di borse assegnate nel 2013 distribuite in base agli abitanti per regione.



Ma occorre soprattutto evidenziare che il numero di borse assegnate ogni anno è di gran lunga inferiore al numero di pensionamenti di medici di Medicina Generale che ogni anno avvengono, come è evidente osservando la seguente tabella (annuario statistico del ministero del febbraio 2013, dati 2010).

**DISTRIBUZIONE DEI MEDICI GENERICI PER ANZIANITA' DI LAUREA E ADULTI PER MEDICO GENERICO**  
 ANNO 2010

Regione	Numero Medici Generici per anzianità di laurea						% Medici Generici Uomini	Adulti Residenti per Medico Generico
	Da 0 a 6 anni	Da 6 a 13 anni	Da 13 a 20 anni	Da 20 a 27 anni	Oltre 27 anni	Totale		
PIEMONTE	16	60	705	1.065	1.489	3.335	65,8	1.173
VALLE D'AOSTA	-	2	15	25	48	90	68,9	1.235
LOMBARDIA	-	32	789	2.058	3.625	6.504	69,2	1.310
PROV. AUTON. BOLZANO	4	21	60	62	125	272	75,4	1.564
PROV. AUTON. TRENTO	1	6	64	125	199	395	73,2	1.138
VENETO	-	77	584	1.032	1.793	3.486	70,3	1.222
FRIULI VENEZIA GIULIA	-	21	140	342	466	969	68,1	1.124
LIGURIA	-	17	177	364	755	1.313	73,8	1.099
EMILIA ROMAGNA	5	58	341	867	1.941	3.212	70,3	1.199
TOSCANA	-	80	255	779	1.854	2.968	74,7	1.108
UMBRIA	1	13	82	205	461	762	76,8	1.040
MARCHE	5	45	141	336	701	1.228	76,9	1.112
LAZIO	-	125	724	1.609	2.373	4.831	69,7	1.023
ABRUZZO	-	17	94	259	772	1.142	75,4	1.030
MOLISE	-	-	11	96	162	269	74,3	1.052
CAMPANIA	39	15	300	1.472	2.389	4.215	76,4	1.170
PUGLIA	3	25	473	1.242	1.564	3.307	78,7	1.064
BASILICATA	-	2	47	165	296	510	70,6	1.010
CALABRIA	3	18	46	496	900	1.463	55,8	1.191
SICILIA	47	77	454	1.281	2.388	4.247	77,7	1.019
SARDEGNA	-	22	236	530	572	1.360	64,9	1.089
<b>ITALIA</b>	<b>124</b>	<b>733</b>	<b>5.738</b>	<b>14.410</b>	<b>24.873</b>	<b>45.878</b>	<b>71,8</b>	<b>1.143</b>

Il numero complessivo di borse per la Medicina generale e la distribuzione di tali contingenti a livello regionale dovrebbe essere definito rispetto a un attento calcolo che tenga conto del numero di abitanti, della lunghezza delle graduatorie regionali, dei pensionamenti, delle necessità dei nuovi modelli organizzativi che la medicina generale sta adottando via via su tutto il territorio nazionale e delle caratteristiche demografiche della popolazione connessa con l'epidemiologia delle malattie che necessitano di assistenza territoriale per un contenimento della spesa.

L'attuale sistema formativo determina un ingresso nel mondo del lavoro non prima dei 32-33 anni, con ritardo di 3-4 anni rispetto alla media europea.

**L'efficacia dell'investimento di risorse nel sistema formativo ha una maggior rendita nel tempo tanti più anni di lavoro il professionista formato ha davanti a sé.**

Si ritiene che, attraverso piccoli accorgimenti, sia possibile andare ad eliminare i tempi morti di un percorso formativo troppo lungo, con l'obiettivo di un abbassamento dell'età all'ingresso nella professione, in particolare:

- dovrebbe essere prevista la possibilità di iscrizione all'esame di ingresso al corso sotto condizione di ottenimento dell'abilitazione professionale prima dell'inizio del corso come già previsto dall'art.5 DM 7 marzo 2006 per medici dell'Unione Europea;
- dovrebbero essere previsti piani di recupero e sessioni straordinarie di diploma che permettano di non perdere un anno rispetto a interruzioni del corso per malattia superiore ai 40 gg e sospensione obbligatoria per gravidanza (5 mesi), e, congiuntamente, dovrebbe essere prevista e definita nell'Accordo Collettivo Nazionale (ACN) per la Medicina Generale l'iscrizione sotto condizione di ottenimento del diploma di medico di medicina generale alle graduatorie regionali per l'ottenimento della convenzione
- dovrebbero essere previste politiche atte all'inserimento nella professione già durante il corso attraverso il riconoscimento di attività compatibili professionalizzanti ai fini formativi e fasce di priorità definite dall'ACN e dagli accordi integrativi regionali per incarichi di sostituzione.



## IN ALLEGATO

- 1- 'La Formazione Specifica in Medicina Generale' L. Puccetti et al. Aggiornamento Medico 2013 (articolo in stampa)
- 2- Tabella di confronto tra le strutture formative regionali che organizzano i CFSGM e sedi/poli didattici presenti nel territorio, Documento FIMMG Formazione
- 3- 'Formazione in Medicina Generale: un quadro con troppe criticità', di Antonio Gabriele Bonagura, Avvenire Medico n. 2-13
- 4- 'Analisi contesto e investimento sul Corso di formazione Specifica in Medicina Generale in Italia: Confronto con formazione specialistica e proposte di soluzione' Documento FIMMG

## BIBLIOGRAFIA

Direttiva 86/457/CEE del Consiglio del 15 settembre 1986 relativa alla formazione specifica in medicina generale

DECRETO LEGISLATIVO 8 AGOSTO 1991, n. 256 (GU n. 191 del 16/08/1991) 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.

DIRETTIVA 93/16/CEE DEL CONSIGLIO del 5 aprile 1993 intesa ad agevolare la libera circolazione dei medici e il reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli (GU L 165 del 7.7.1993, pag. 1)

DECRETO LEGISLATIVO del 17 agosto 1999, n.368, "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" (GU 250 del 23.10.1999 - Supplemento Ordinario n. 187) (Rettifica G.U. n. 44 del 23 febbraio 2000)

DECRETO LEGISLATIVO del 8 luglio 2003, n. 277 "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" (G.U. n. 239 del 14 ottobre 2003 - Supplemento Ordinario n. 161)

DECRETO MINISTERIALE del 7 marzo 2006, "Principi fondamentali per la disciplina unitaria in materia di formazione specifica in medicina generale." (G. U. n.60 del 13 marzo 2006, n. 60)

DELIBERA REGIONALE Regione Lombardia del 08/02/2012 n.IX/2982, oggetto: 'Corsi triennali di formazione specifica in medicina generale - approvazione di documenti di organizzazione dei corsi.'

Conclusioni dell'Osservatorio Ministeriale per la Formazione Specifica in Medicina Generale del 01 ottobre 2012

DECRETO MINISTERIALE (on.Livia Turco) del 13 aprile 2007 (GU Serie Generale n. 183 del 8-8-2007)

[www.movimentogiotto.org](http://www.movimentogiotto.org)

[www.vdgm.eu](http://www.vdgm.eu)

[www.istat.it](http://www.istat.it)

Roma, 04-06-2013

## ALLEGATO 2

<b>REGIONE</b>	<b>Strutture Regionali cui è affidata la gestione il Corso di formazione?</b>	<b>Poli Didattici</b>
<b>ABRUZZO</b>	Regione (Servizio Assistenza Sanitaria di base e specialistica della Direzione Politiche della Salute).	1 polo, Chieti
<b>SICILIA</b>	Regione (Assessorato alla Salute Dipartimento Osservatorio Epidemiologico).	3 poli
<b>LIGURIA</b>	Regione	1 polo, Genova
<b>EMILIA-ROMAGNA</b>	Regione Servizio Assistenza Distrettuale - Medicina Generale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari, diretto dal dr. Antonio Brambilla (è il Dip. che governa la medicina territoriale) che è coadiuvato da una Referente amministrativa regionale, dott.ssa Cacici.	I poli didattici per il Corso 2010-13 sono 3: Bologna (Asl BO-IM-FE), Reggio-Emilia (PC,PR,RE,MO), Cesena (FC,RA,RM).  Per il 2011-14: Bologna, Modena, Reggio, Cesena.
<b>PIEMONTE</b>	Regione e Scuola di formazione in MG	1 polo, Torino
<b>CAMPANIA</b>	Regione. Non esiste una vera e propria scuola. Il settore di competenza della regione è il Settore Aggiornamento e Formazione del personale diretto dal dott. Francesco Paolo Iannuzzi. Il dott. Iannuzzi non è medico ma laureato in Economia e commercio. Nella gestione del corso, il braccio operativo della Regione è l'A.R.San. (l'agenzia regionale sanitaria), ente di supporto per la programmazione, il controllo di gestione e la verifica della qualità delle prestazioni sanitarie erogate nella regione.	1 polo, Napoli
<b>VENETO</b>	Scuola di Formazione Specifica in MG. Preside della Scuola il dott Marco Pietro Mazzi di Verona. A sua volta la Scuola dipende da un organo Regionale, gestito dal dott Giuseppe Greco (FIMMG come anche il dott Mazzi, più o meno), che gestisce anche la Formazione Continua	4 Poli: Verona, Vicenza, Padova, Treviso, da ovest verso est.
<b>LOMBARDIA</b>	EUPOLIS ente regionale per la ricerca, lo studio e la formazione	6 poli: (Bergamo, Brescia, Milano Busto Arsizio, Milano San Carlo, Monza, Pavia).
<b>MARCHE</b>	Regione	5 poli coincidenti con le 5 Aree Vaste
<b>LAZIO</b>	Scuola di Formazione Regionale in MG	6 poli Area Didattica (AD) e territori compresi: AD n.1 USLRMA; AD n.2 UUSSLL RMB, RMG, RIETI; AD n.3 USL RMC; AD n.4 UUSSLL RMD, VITERBO; AD n.5 UUSSLL RME, RMF;



		AD n.6 UUSSLL RMH, LATINA,FROSINONE,
<b>SARDEGNA</b>	Regione	2 poli: Sassari e Cagliari
<b>Valle D'Aosta</b>	Regione	1 polo
<b>FRIULI VG</b>	Regione attraverso un Centro di formazione che si occupa anche di formazione specifica (ceformed) gestito da mmg.	1 polo didattico (ma tirocini pratici in tutta la regione)
<b>CALABRIA</b>	Regione (Assessorato alla tutela della Salute e organizzazione Sanitaria, Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie Settore Assistenza Territoriale).	1 polo: Catanzaro.
<b>PUGLIA</b>	Regione + OMCEO della provincia capoluogo di Regione. L'Assessore Regionale alle Politiche della Salute si avvale di un C.T.S. Regionale per la Formazione Specifica in MG	Nella provincia di Bari ci sono 5 poli formativi(soglia minima di 5 corsisti per polo, fino ad un massimo di 15 corsisti).I corsisti di Bari e provincia, convergono tutti all'OM per seguire insieme i seminari interdisciplinari. Nel resto della Puglia c'è un polo per provincia. Il totale è quindi di 10 poli formativi.
<b>MOLISE</b>	Regione	3 poli: Isernia, Campobasso, Termoli
<b>BASILICATA</b>	Regione	1 polo: Potenza ma è possibile frequentare le attività pratiche in altri presidi ospedalieri (Matera, Villa d' Agri)
<b>Trento provincia autonoma</b>	gestita dall'Ente "Provincia Autonoma di Trento" e dall'Ente "Ordine Provinciale dei Medici – Chirurghi e degli Odontoiatri" che a tal fine hanno stipulato una Convenzione per la Definizione dei Rapporti di Collaborazione per l'Organizzazione e la Gestione dei Corsi di Formazione Specifica in Medicina Generale, entrata in vigore il 1° gennaio 2000. Tale convenzione è stata sostituita da una nuova Convenzione per la Definizione dei Rapporti di Collaborazione per l'Organizzazione dei Corsi di Formazione Specifica in Medicina Generale e delle iniziative formative afferenti alla medicina generale, stipulata tra gli stessi enti ed entrata in vigore il 1° gennaio 2004.	1 polo a Trento
<b>UMBRIA</b>	organizzato e gestito dalla regione che poi delega le varie asl della nostra regione che sono quattro per la formazione presso i vari presidi ospedalieri e i distretti della regione	Ci sono due poli didattici: quello di Perugia che raccoglie l'area di città di castello e di Foligno e Terni che comprende anche l'area di Orvieto.
<b>TOSCANA</b>	il corso è attualmente gestito dal FORMAS che è il Laboratorio Regionale per la Formazione Sanitaria	3 poli: Firenze, Pisa e Siena

## Formazione in Medicina Generale: un quadro con troppe criticità

I problemi legati al rapporto di lavoro-formazione sono numerosi: assenza di un contratto, assenza di tutela per maternità e sospensione per malattia con prognosi superiore ai 40 giorni, scarsa possibilità di svolgere attività compatibili che potrebbero garantire un'integrazione reddituale. E in questo contesto di ombre si aggiunge l'annosa questione dei ritardi nei pagamenti delle borse.

di Antonio Gabriele Bonagura\*

Essendo considerata borsa di studio, fiscalmente il medico frequentante il CFSMG ottiene un reddito assimilabile a lavoro dipendente a tempo determinato: la borsa di studio è quindi sottoposta a tassazione IRPEF ed alle varie addizionali regionali e comunali; rientra inoltre nei redditi soggetti a contribuzione "Quota B" del Fondo di Previdenza generale dell'Enpam. L'assenza di un contratto ha determinato un mancato adeguamento delle borse di studio al tasso di inflazione. L'ultimo adeguamento al tasso d'inflazione è avvenuto nell'anno 2007 da allora l'ammontare lordo dei compensi per un medico in formazione è di 11.590 euro. Con l'adeguamento la borsa oggi dovrebbe pas-

sare da 966 a circa 1.100 euro/mensili lordi. Per un adeguamento delle borse attualmente erogate sarebbe sufficiente stanziare 9,5 milioni euro.

A tale "discriminazione regionale", tra medici in formazione che ricevono la borsa di studio e medici che vivono nell'incertezza di non riceverla, si aggiunge la grande differenza nell'opportunità di poter svolgere le sole attività per cui è prevista una compatibilità normativo-giuridica. Solo in alcune Regioni, in cui c'è carenza di medici, è infatti possibile svolgere con continuità turni di sostituzione di continuità assistenziale e con grande variabilità stagionale sostituzioni di medici di medicina generale.

### Pagati poco e in ritardo. Serve la nuova Convenzione

Questo è il trattamento riservato ai futuri medici di medicina generale. Il passaggio del Corso di Formazione Specifica dal Ministero alle Regioni avvenuto nel 2003, ha determinato una disomogeneità organizzativa che si riflette non solo nella didattica ma anche nell'erogazione dei compensi. I continui ritardi nei pagamenti delle borse, di certo non motivano e non sostengono i futuri professionisti nel loro percorso di formazione! È impensabile che medici tra i 28 e i 35 possano vivere o mantenere la propria famiglia con soli 830 euro al mese. Dei nuovi poveri fanno parte i tanti medici in formazione che dopo anni di studi, superano il concorso pubblico per l'ingresso al triennio per diventare mmg e si trovano a dover vivere senza sapere se quel mese riceveranno o meno la borsa di studio, e dovendo anche sottostare all'iniquo e stretto regime di incompatibilità pur privati del contributo allo studio. Sostenere il Ssn significa mettere i giovani pro-

fessionisti nelle condizioni minime di serenità per poter vivere e lavorare onestamente.

La condizione del medico in formazione in MG e neofornato è di precarietà, considerando l'esiguità della borsa di studio e i ritardi che spesso si verificano nella sua corresponsione. Purtroppo, l'organizzazione del corso di formazione principalmente osservazionale non ha permesso forme di protesta che interrompendo le attività formative si rendessero visibili all'opinione pubblica. Tuttavia, porre domande ha stimolato la riflessione di tutto il Sindacato rispetto all'opportunità di coinvolgere i giovani medici in attività lavorative nell'ambito delle cure primarie già durante il triennio formativo. Ciò determinerebbe da un lato la possibilità di rendere integrata/integrabile la borsa di studio e consentirebbe una migliore preparazione clinico-pratica essendo coinvolti in attività lavorative professionalizzanti in prima persona, accelerando l'accesso alla professione. A questo proposito Fimmg Formazione ripone molte speranze nella stesura della nuova Convenzione.

Giulia Zonno  
Fimmg Formazione

## ***E i colleghi specializzandi?***

Il ministero competente per la formazione specialistica è il MIUR. Il fondo per il concorso al Finanziamento specializzandi ripartito sulle regioni rientra tra le “somme per attività non rendicontate dalle Aziende sanitarie” e pertanto sulla base della determinazione regionale viene attribuito nella sua interezza all’Università competente. Il contratto degli Specializzandi prevede la possibilità di estendere la durata del rapporto di lavoro per massimo un anno in caso di gravidanza.

Dal 2006 il ministero ha attivato i controlli da parte della Guardia di Finanza nell’ambito dell’operazione Galeno finalizzata al contrasto all’evasione, alle truffe e agli sprechi nel settore dell’amministrazione pubblica. Nell’ambito di queste indagini sono rimasti coinvolti anche medici in formazione che a volte per scarsa informazione ed altre volte per palese necessità di sostentamento economico hanno svolto lavori incompatibili ai sensi del DM 7 marzo 2006, presso strutture private, private convenzionate o collaborazioni non continuative come liberi professionisti.

La deroga fiscale cui sono sottoposti i compensi degli specializzandi (l’art. 6, comma 6 della L. 398/1989 e soprattutto l’art. 41, comma 1 del DLgs. 368/1999) prevede l’esenzione del pagamento Irpef. La borsa dei medici in formazione è sottoposta a tassazione Irpef e pertanto risulta reddito cumulabile con altri: questo determina per i medici in formazione che riescono ad accedere ad attività di sostituzione in continuità assistenziale un’applicazione al reddito proveniente da tale attività di un’aliquota media superiore sui proventi derivanti dalla Continuità Assistenziale, rispetto a quella applicata ai colleghi specializzandi che percepiscono una borsa esentasse.

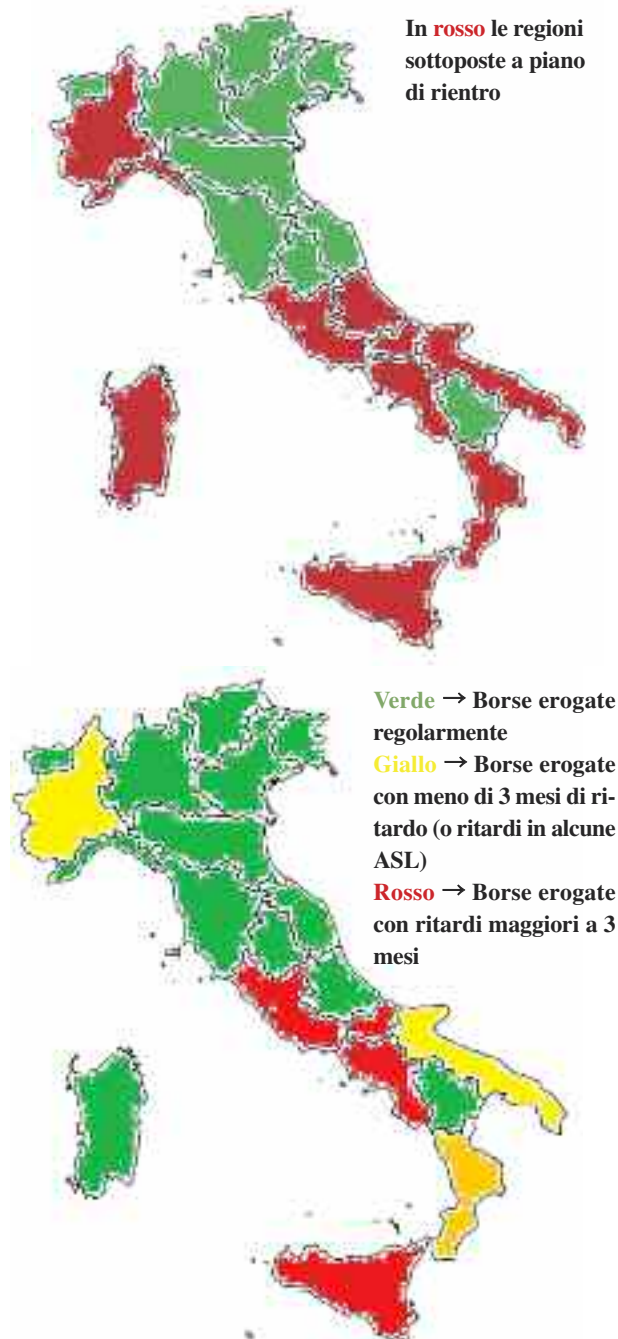
La borsa dei medici in formazione non è soggetta alla stessa deroga fiscale. Questo regime oltre a penalizzare economicamente i medici in formazione, determina la condizione per cui la guardia di finanza identifica con certezza eventuali incompatibilità all’interno dei compensi dichiarati che concorrono nel determinare il reddito totale.

## ***Sarà il mese buono?***

Il ministero competente per l’organizzazione, la programmazione degli accessi e il controllo dell’attivazione del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale (CFSMG) è il Ministero della Salute.

Il finanziamento del corso del CFSMG viene deliberato su base triennale dal CIPE (Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica); tali somme sono destinate al pagamento delle “borse di studio medici medicina generale”, al pagamento di docenti e tutor, alla gestione amministrativa e organizzativa del corso e sono soggette a rendicontazione. Il regime di rendicontazione

## **La mappa dei ritardi**



determina, da parte del Ministero, il recupero delle somme rimaste inutilizzate a causa del ritiro dai corsi dei tirocinanti (stimabile intorno al 10% dei corsisti), con la conseguenza di una necessaria ulteriore delibera del CIPE per il reale riparto delle somme preventivamente stanziare.

È individuabile in questo meccanismo una causa di ritardo nei pa-

gamenti nelle regioni che si trovano in difficoltà economiche, che sono sottoposte a piano di rientro o che erogano le borse a consuntivo. L'assenza della delibera CIPE di riparto economico consuntivo specificamente riferito alle annualità del corso, e l'impossibilità di anticipi da parte delle regioni "povere" ha determinato e continua a determinare un ritardo che in alcuni casi ha raggiunto l'anno tra il diritto conseguito alla retribuzione e la sua reale corresponsione.

Rispetto a questa criticità, Fimmg Formazione, con azioni sindacali a livello locale, ha permesso di ridurre notevolmente i ritardi di alcune Regioni, ad esempio in Campania e Sicilia.

Scattando oggi una fotografia dell'entità dei ritardi dei pagamenti nelle regione italiane si nota subito come le regioni virtuose siano soprattutto quelle del nord.

L'incremento del numero delle borse di studio erogate avvenuto per il triennio 2012-2015 ha stressato ulteriormente il meccanismo di anticipo/rendicontazione delle somme destinate ai pagamenti, e ad essere penalizzati sono i medici in formazione di molte regioni.

### **Perché nel Lazio la borsa cambia tra un'Asl e l'altra?**

Analizzando nella Regione Lazio i compensi annui/lordi ricevuti da corsisti appartenenti ad Asl diverse si riscontrano variazioni fino a 140 euro/annue. Difficile capire perché l'entità del compenso definita da un decreto ministeriale (DM 13 aprile 2007, firmato da Livia Turco) debba declinarsi e ridursi nei vari passaggi istituzionali prima di arrivare al destinatario. Per legge l'unica tassazione prevista sulla borsa è l'Irpef. La borsa non è più soggetta a Irap dopo la battaglia condotta e vinta da Fimmg.

*Marco Nardelli, coordinatore Regionale Lazio e vice-coordinatore nazionale Fimmg Formazione*

### **Chi eroga la borsa di studio?**

Se è vero che le Regioni che erogano le borse con maggiori ritardi sono quelle sottoposte a piano di rientro, è anche vero che non tutte le Regioni sottoposte a piano di rientro pagano in ritardo. D'altronde è difficile immaginare che il pagamento delle borse per il CFSGM possa pesare se non in maniera del tutto marginale nel bilancio della Sanità di una Regione.

Il ritardo nel pagamento sembra quindi avere alla base motivazioni più di tipo burocratico/amministrativo: ad esempio in quasi tutte le Regioni ritardatarie il pagamento avviene a consuntivo e non a preventivo rispetto alle delibere CIPE.

Eliminare l'obbligo di rendicontazione sul finanziamento CIPE permetterebbe alle Regioni di poter più facilmente mettere a preventivo il pagamento delle borse di studio e quindi poter più facilmente anticipare le somme da erogare.

Inoltre le delibere CIPE relative al finanziamento del CFSGM vengono pubblicate con insopportabile ritardo rispetto all'inizio

del corso (generalmente 6 mesi), accentuando le difficoltà delle Regioni "meno virtuose"; pare quindi necessario che le delibere CIPE avvengano in prossimità con l'inizio del CFSGM, facilitando il pagamento da parte delle Regioni e non costringendole ad anticipare il pagamento delle borse per diversi mesi.

Alcune Regioni erogano direttamente le mensilità ai medici iscritti al corso (Calabria, Lombardia, Toscana). La maggior parte delle Regioni però delega le Asl o Agenzie Regionali alla gestione dei pagamenti dei medici frequentanti il loro territorio. Questo "passaggio intermedio" (es. Campania, Puglia) fa sì che le singole Asl/Agenzie in difficoltà possano decidere di non anticipare il pagamento delle borse in attesa della delibera CIPE, determinando situazioni paradossali all'interno della stessa Regione, con colleghi di alcune Asl pagati regolarmente ed altri invece che non ricevono la borsa!

Viene inoltre da chiedersi perché i ritardi coinvolgano sempre i primi anni di corso: se il CIPE annualmente finanzia i tre anni di corso, i ritardi dei pagamenti dovrebbero coinvolgere annualmente tutti e tre gli anni di corso, cosa che nella pratica non avviene. Pare che le Regioni o le varie Asl, "timorose" ad anticipare i pagamenti per il primo anno, non si pongano più questo problema negli anni successivi; un comportamento non certo coerente. Riguardo a questo, va ricordato che l'azione di Fimmg Formazione e dei "100 giorni di lotta" ha permesso negli ultimi anni una progressiva riduzione del ritardo nelle delibere CIPE rispetto all'inizio del CFSGM.

### **Perché i borsisti calano e i costi di gestione aumentano?**

Nel 2011 le borse di studio stanziare a livello ministeriale sono state di 832 unità. Nel 2012 sono invece state stanziare 981 borse di studio. Un aumento quindi di 149 unità (pari al 17%), che ha coinvolto in particolare 3 Regioni:

- Piemonte (passata da 40 unità ad 80 unità, un aumento pari al 100%);
- Emilia Romagna (passata da 50 ad 85 unità);
- Campania (passata da 50 ad 80 unità).

Ci si chiese se la necessità di formare e in breve tempo un numero molto maggiore di medici di Medicina Generale fosse solo di tre regioni. Perché, ad esempio, la Lombardia, Regione dove da anni si va lamentando carenza di professionisti, ha previsto un aumento di sole 10 unità, con un incremento pari all'11%? Il risultato è che, a fronte di 400 pensionamenti annui, iniziano il corso di formazione in MG solo 90 medici. Assistiamo a una contrazione del numero posti letto ospedalieri e a una chiusura dei piccoli ospedali, di fronte a una popolazione che continua ad invecchiare: come sarà sostenibile l'assistenza territoriale nella Regione che deve provvedere all'assistenza sanitaria di più di 9 milioni di persone, circa il 16% di tutta la popolazione italiana?

I contingenti numerici per il triennio 2013/2016 mostrano un dato di riduzione sconcertante e assolutamente in contrasto con la pianificazione delle esigenze della medicina territoriale.

Rispetto ai dati dell'anno scorso si assiste ad un calo del 5,8% dei

## Una vittoria Fimmg in Veneto

I due colleghi veneti processati nell'ambito dell'operazione Galeno della GdF sono stati assolti in primo grado. Fimmg Verona ha supportato massicciamente i colleghi, pagando loro il 50% delle spese legali e portando all'attenzione di istituzioni e dei livelli alti del sindacato la loro situazione. Eravamo convinti della loro innocenza. I due colleghi erano "ante-2006", cioè prima delle precisazioni normative che in quell'anno sono intervenute e la giustizia ci ha dato ragione.

*Alberto Vaona, segretario provinciale Settore Continuità Assistenziale Fimmg Verona*

medici passando, dunque, da un contingente di corsisti composto da 981 unità distribuite sul territorio nazionale disponibili per il triennio 2012/2015, a un contingente di 924 arruolabile per il triennio 2013/2016.

Scorporando i numeri e indicizzandoli regione per regione, che il quadro si fa allarmante:

- la Sicilia subisce un taglio netto del 50% dei corsisti (da 100 a 50);
- il Friuli Venezia Giulia un taglio del 20% (da 25 a 20);
- l'Emilia Romagna una riduzione del 17,64% (da 85 a 60).

Tenendo presente che ogni anno il tasso di abbandono è di circa il 10% sul livello, quest'analisi mette in mostra un contrasto inconfutabile con i numeri dell'Enpam che dimostrano, nei prossimi 5-10 anni, dal 35% al 50% di pensionamento dei medici attualmente in attività, rendendo necessario un ingresso dai 15.000 ai 30.000 medici nel sistema della Medicina Generale.

Tale riduzione dei posti disponibili è un dato in assoluta antitesi con le oramai assidue grida d'allarme provenienti da diverse parti del Paese che lamentano continuamente difficoltà alla copertura di ambiti di medicina generale per insufficienza di medici.

Se poi analizziamo i finanziamenti del Fsn si nota che la somma destinata alle regioni in maniera finalizzata alla formazione in medicina generale non cambia, lasciando il sospetto – come sottolineato da Silvestro Scotti in un recente comunicato – che la ridu-

## Come minare una programmazione regionale

Il taglio del 50% dei posti nell'accesso al CFSGM in Sicilia determinerà una mancanza di medici formati di qui a 5 anni, il tempo necessario per concludere il percorso formativo in medicina generale che prevede i 3 anni di corso e successivamente i tempi necessari per la creazione e la pubblicazione di graduatoria e ambiti carenti (rispettivamente 1 anno e circa 3-4 mesi).

*Luigi Tramonte, coordinatore regionale Sicilia e vice-coordinatore nazionale Fimmg Formazione*

zione di spesa per le borse di studio, piuttosto che essere utilizzate per aumenti di numero dei partecipanti o per il miglioramento retributivo e fiscale della borsa di studio, verrebbero utilizzate per i costi gestionali e organizzativi del Corso stesso.

Vi è una sperequazione di trattamento economico e fiscale per i medici nella formazione post-laurea, denunciata più volte da Fimmg. L'investimento economico nella formazione in medicina generale annualmente corrisponde solo al 20% di ciò che viene investito per la formazione specialistica.

Se si osserva l'allocazione governativa delle risorse, si nota che nella ripartizione del Fsn alle Regioni vengono assegnati dei fondi aggiuntivi per la formazione, ma si tratta di capitoli di spesa vincolati al finanziamento del concorso di specializzazione, quindi risorse in ultima analisi destinate all'ospedale. E non sono previsti fondi regionali analoghi destinati alla formazione specifica in medicina generale.

Il processo d'investimento va invertito a partire da lontano, se non si investe in una formazione di qualità per i futuri medici di famiglia, se non si potenzia anche in questo modo l'assistenza decentrata sul territorio difficilmente si potranno ridurre i costi di gestione di pazienti sempre più anziani e complessi. L'ospedale non deve e non può, in un'ottica di sostenibilità nel tempo del Ssn essere la prima struttura d'accesso o struttura di riferimento per il paziente affetto da patologia cronica. E considerando che i costi per la cronicità sono una fetta enorme della spesa sanitaria, così dovrebbero essere individuati gli ambiti formativi e lavorativi in cui investire.

## Proposte

A conclusione di questa analisi, che è stata possibile grazie alla collaborazione attiva di tutta la Sezione Fimmg Medici in Formazione, indichiamo alcuni punti che speriamo in futuro possano costituire proposte di Fimmg Formazione:

- azioni sindacali a livello locale per contrastare i ritardi dei pagamenti;
- adeguamento al tasso di inflazione della borsa di studio;
- eliminazione del vincolo di rendicontazione dei finanziamenti erogati e destinati alla formazione specifica in Medicina Generale;
- introduzione di un contratto di formazione-lavoro che tuteli il medico in formazione rispetto a obblighi, diritti e doveri legati alle attività svolte durante il percorso formativo e al profilo di responsabilità connesso;
- collaborazione della Sezione ai lavori di riflessione e stesura della nuova Convenzione, per l'introduzione di un capo in cui si definiscano le attività compatibili professionalizzanti che si possano svolgere durante il triennio;
- legare le incompatibilità all'erogazione della borsa (come capita per i medici frequentanti il corso in sovrannumero);
- ridurre i "passaggi burocratici", facendo erogare le borse direttamente dalle Regioni o da un unico ente regionale predisposto e non singole dalle Asl.

*\*coordinatore regionale Fimmg Formazione Piemonte*



**Documento FIMMG**

**Analisi contesto e investimento sul**

**Corso di formazione Specifica in**

**Medicina Generale in Italia:**

**Confronto con formazione specialistica**

**e proposte di soluzione**

La medicina generale, come tutta l'area medica, risentirà nei prossimi anni di una notevole riduzione del numero di operatori in conseguenza dell'alto numero di medici che andrà in quiescenza e dell'insufficiente numero di medici provvisti della specifica formazione necessaria allo svolgimento di tale attività, richiesto dalle direttive e leggi vigenti (comunitarie e nazionali).

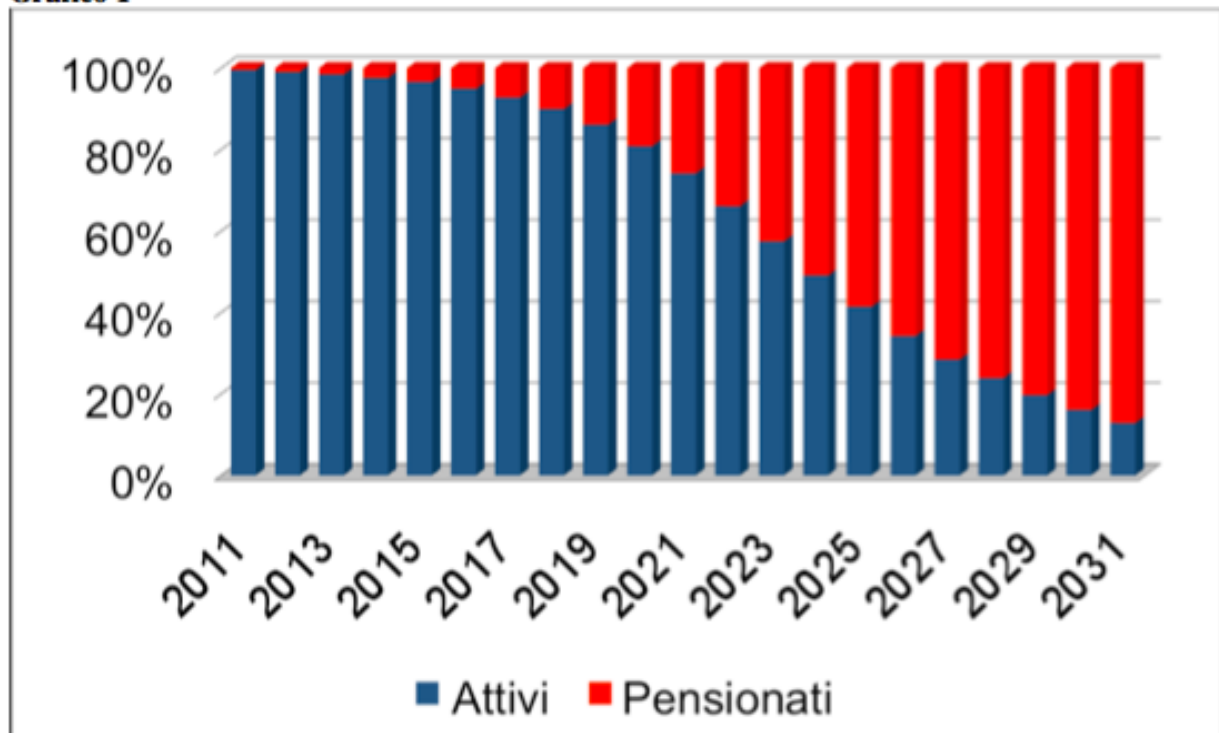
Leggi che regolano il percorso formativo:

- **Direttiva 86/457/CEE del Consiglio del 15 settembre 1986 relativa alla Formazione Specifica in Medicina Generale**
- **Direttiva 93/16/CEE del Consiglio del 5 aprile 1993 intesa ad agevolare la libera circolazione dei medici e il reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli**
- **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, "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".**
- **Decreto Legislativo 8 luglio 2003, n. 277, "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".**
- **D.M. 7 marzo 2006. Principi fondamentali per la disciplina unitaria in materia di Formazione Specifica in Medicina Generale.**

Le analisi dei dati ENPAM sui pensionamenti nei prossimi anni, già allineate a pensionamenti previsti per i soggetti con età superiore ai 70 anni, dimostrano che nei prossimi 7-15 anni dal 25 al 50% dei Medici di Medicina Generale attualmente operanti andranno in pensione, rendendo necessario un ingresso di 15.000/30.000 nuovi medici nel sistema della Medicina Generale (Assistenza Primaria, Continuità Assistenziale).

(vedi grafico 1)

Grafico 1





Tale situazione dovrebbe trovare soluzione in un'adeguata programmazione del numero di borse di studio bandite annualmente; al momento attuale vengono inseriti nel corso di formazione circa 2400 medici per anno. In realtà il numero di medici che completa il percorso formativo è nettamente inferiore poiché si registra un tasso di abbandono di circa il 10% sul livello italiano con picchi in alcune regioni anche del 30%.

Le motivazioni di tali tassi di abbandono, responsabili anche di uno spreco di risorse determinato dalla corresponsione di borse di studio a soggetti che non maturano il titolo e da modelli organizzativi della formazione che tengono conto di numeri diversi in partenza, è riconducibile a due cause primarie:

1. il corso di Laurea in Medicina offre scarse possibilità di partecipazione e conoscenza della Medicina Generale e delle cure territoriali in generale, non favorendo la nascita di una motivazione vocazionale;
2. una paradossale discriminazione remunerativa che pone i medici in formazione specifica in medicina generale in una grave condizione di disagio economico a causa di una retribuzione che corrisponde a circa il 50% di quanto erogato alle altre formazioni post-laurea, oltretutto completamente tassata e soggetta a spese individuali quali assicurazione professionale obbligatoria e versamento previdenziale, nonché scarsi strumenti di tutela della malattia e della maternità.

La discussione determinatasi nel corso dell'anno 2012, in riferimento alla abrogazione alla Camera dei Deputati dei commi 16 ter e 16 quater dell'articolo 3 (norma su tassa borse di studio) del cosiddetto DdL di semplificazione fiscale che ha determinato il mantenimento della tassazione Irpef in carico ai soli medici in formazione specifica per la Medicina Generale, ha portato in evidenza le condizioni economiche di tale area formativa post-laurea, amplificando una sensazione di disinteresse e disinformazione da parte delle istituzioni nei confronti dei medici in formazione specifica in Medicina Generale in primis e comunque di tutta l'area della Medicina

Generale soprattutto in relazione ai futuri sviluppi auspicabili. Appare, infatti, paradossale che mentre da un lato si cerca, attraverso il sempre maggiore coinvolgimento organizzativo della medicina generale, di offrire una copertura assistenziale del territorio continuativa sia sul piano orario che della proposta (medicina d'iniziativa, ICT, domiciliarità etc.) con la conseguente necessaria crescita quali-quantitativa delle attività, da questa area rese disponibili, dall'altro si disinvesta rispetto alla formazione dei medici che serviranno proprio a sostenere questa nuova modalità delle Cure primarie.

**Tabella 1**

<b>Delibere CIPE di finanziamento del Corso di Formazione</b>				
<b>Data</b>	<b>Delibera</b>	<b>FSN</b>	<b>Lire</b>	<b>Euro</b>
30-mar-89	n. 11/1989	1988	75.000.000.000	38.734.267,43
13-ott-89	n. 65/1989	1989	75.000.000.000	38.734.267,43
13-lug-93	n. 40/1993	1993	75.000.000.000	38.734.267,43
08-ago-95	n. 91/1995	1991	75.000.000.000	38.734.267,43
08-ago-95	n. 91/1995	1995	20.000.000.000	10.329.137,98
30-gen-97	n. 08/1997	1996	75.000.000.000	38.734.267,43
05-ago-98	n. 89/1998	1998	75.000.000.000	38.734.267,43
15-feb-00	n. 28/2000	1997	22.305.648.000	11.519.905,80
15-feb-00	n. 28/2000	1999	60.161.877.000	31.071.016,44
02-nov-00	n. 125/2000	2000	67.681.363.000	34.954.506,86
19-dic-02	n. 119/2002	2001		31.254.320,00
19-dic-02	n. 120/2002	2002		24.399.633,00
25-lug-03	n. 38/2003	2003		33.636.315,00
20-dic-04	n. 61/2004	2004		37.654.872,00
22-mar-06	n.33/2006	2005		38.498.425,00
27-mar-08	n.49/2008	2006		18.916.234,00
31-lug-09	n.62/2009	2007		32.418.049,00
18-nov-10	n. 97/2010	2008		23.032.165,00
05-mag-11	n. 23/2011	2009		35.240.417,00
23-mar-12	n. 47/2012	2011		38.735.000,00
23-mar-12	n. 49/2012	2010		37.245.252,00
			<b>totale investimento</b>	<b>671.310.853,66</b>

**Tabella 2**

<b>Delibere CIPE Concorso spesa al finanziamento specializzandi Regioni</b>				
<b>Data</b>	<b>Delibera</b>	<b>FSN</b>	<b>Lire</b>	<b>Euro</b>
27-mar-08	n. 49/2008	2008		173.010.000,00
13-mag-10	n. 5/2010	2009		173.010.000,00
05-mag-11	n. 25/2011	2010		173.010.000,00
20-gen-12	n. 15/2012	2011		173.010.000,00
			<b>totale investimento</b>	<b>692.040.000,00</b>

Appare evidente che sia necessario individuare gli strumenti organizzativi ed economici nell'ambito delle rispettive responsabilità del Governo e delle Regioni per una soluzione a tali criticità che saranno sempre più evidenti nei prossimi anni. L'analisi economica delle delibere Cipe di finanziamento del corso dall'anno 1989 ad oggi mostra di fatto la scelta strategica – o inconsapevole – che si sta facendo, ovvero quanto si sia investito rispettivamente nelle due differenti aree di formazione post-laurea in Italia, medicina generale e specialistica, rendendo urgente intervenire su un cambio di direzione sia in termini di numeri che di risorse (Tabelle 1. e 2.). Infatti, il finanziamento totale erogato alle Regioni in favore della formazione post-laurea dei MMG dal 1989 ad oggi è stato pari a 671.310.853,66 €, praticamente meno di quanto erogato alle stesse Regioni per il concorso aggiuntivo al finanziamento per le Scuole di Specializzazione di sole 4 annualità (Tabelle 1. e 2.). Oltretutto mentre il fondo per il concorso al Finanziamento delle Scuole di Specializzazione ripartito sulle regioni rientra tra le “somme per attività non rendicontate dalle Aziende sanitarie” e pertanto, sulla base della determinazione regionale, viene attribuito nella sua

interezza all'Università competente, le somme per le “borse studio medici di medicina generale” vanno rendicontate e determinano il recupero delle somme rimaste inutilizzate a causa del ritiro di una percentuale di medici in formazione dai corsi, con la conseguenza di una necessaria ulteriore delibera del CIPE per il reale riparto delle somme preventivamente stanziata. Questo, in assenza della delibera CIPE di riparto economico consuntivo specificamente riferito alle annualità del corso, determina, a causa delle difficoltà economiche in regioni con piano di rientro, che pertanto non effettuano anticipi, un ritardo che in alcuni casi ha raggiunto l'anno tra il diritto conseguito alla retribuzione e la sua reale corresponsione. Si ritiene che sia arrivato il momento in cui il finanziamento disposto dal FSN nei capitoli di spesa vincolati assegnati alle Regioni per il finanziamento della formazione post-laurea in medicina possa essere distribuito in modo da definire dei percorsi di equità di trattamento economico e fiscale tra i medici in formazione specialistica e quelli in formazione per la medicina generale. In particolare, parte di tale fondo potrebbe essere il capitolo di spesa da considerare utile per la defiscalizzazione della borsa di studio dei medici in formazione per la medicina generale, atto che corrisponde alla spesa di circa 3.000.000 € per anno con l'attuale entità della borsa.

Si dovranno valutare, inoltre, meccanismi che equilibrino i finanziamenti in modo da permettere la parificazione delle borse di studio attraverso:

- l'inserimento del fondo riferito alle “borse studio medici medicina generale” tra le attività da non rendicontare, rendendo pertanto stabile e reinvestibile nelle annualità successive il fondo eventualmente residuo;
- la strutturazione di un contratto di formazione specifica in medicina generale che preveda una capacità attiva dei medici in formazione nei sistemi sanitari regionali, utilizzando anche risorse finalizzate all'assistenza territoriale non utilizzate per carenza di personale medico di tale area.

Infine, si richiede la istituzione di un Osservatorio permanente composto da delegati dei Ministeri competenti, Regioni, FNOMCEO che, partendo da quanto già determinato dal precedente Osservatorio istituito dal Ministero della Salute, sviluppi un monitoraggio degli investimenti nella formazione post-Laurea in Medicina allo scopo di rendere sia gli investimenti pubblici sia i modelli didattici teorico-pratici finalizzati ai modelli organizzativi di assistenza che si proporranno nel tempo.

Riformare la formazione in Medicina Generale, ponendo l'accento sullo stanziamento e assegnazione di fondi, e sull'organizzazione didattica ha un'importanza ai fini della competenza e preparazione dei futuri medici di famiglia, così che possano essere un vero filtro per i pazienti che, altrimenti, si recherebbero ai pronto soccorso ospedalieri. In più il medico di medicina generale ben formato è quella figura professionale che monitora i pazienti cronici, affinché siano stabilizzati nelle loro patologie ed evitino, di conseguenza, di tramutarsi in acuti. Tutto ciò comporterebbe un notevole risparmio nella spesa sanitaria regionale/nazionale.