



DIREZIONE GENERALE PER LA TUTELA DELLA SALUTE
ED IL COORDINAMENTO DEL SISTEMA SANITARIO REGIONALE
U.O.D. PERSONALE DEL S.S.R.

C.F.S.M.G.

Corso Formazione Specifica Medicina Generale

Disposizioni generali
e guida per il discente



INDICE

1 DISPOSIZIONI GENERALI

1.1 Introduzione	pag. 4
1.2 Storia del Corso	" 4
1.3 Ambito normativo di riferimento	" 5

2 ORGANIZZAZIONE DEL CORSO

2.1 Articolazione del corso	" 7
2.2 Composizione delle classi - orario dei corsi	" 9
2.3 Progressione didattica – Piani di Formazione	" 10

3 REGOLE E FUNZIONALITA'

3.1 Accesso ed assegnazione alle Aziende, Assicurazioni, Trasferimento	" 13
3.1.1 Accesso ed assegnazione alle Aziende	" 13
3.1.2 Assicurazioni	" 14
3.1.3 Trasferimento	" 14
3.2 Borsa di studio, regime fiscale	" 14
3.3 Frequenza	" 15
3.4 Sospensione del corso e festività	" 16
3.5 Maternità	" 17
3.6 Assenze e dimissioni	" 17
3.7 Incompatibilità	" 18
3.8 Fasi del corso, libretto individuale, esami intermedi, tesi e colloquio finale	" 19
3.9 Attività teorica/seminariale, comportamento discenti	" 21

4 MEDICI AMMESSI IN SOPRANNUMERO

4.1 Art. 3, Legge 401/2000	" 23
4.2 Art. Graduatoria Riservata – ex Decreto Calabria	" 23
4.3 Medici Militari in servizio permanente effettivo	" 24

5 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

5.1 Il livello centralizzato Regionale	pag. 25
5.1.1 Gli Uffici della Giunta Regionale	" 25
5.1.2 Il G.T.S. (Gruppo Tecnico Scientifico)	" 25
5.1.3 I Coordinatori Regionali delle attività didattiche	" 26
5.1.4 Il Collegio dei Docenti e Tutor del CFSMG	" 26
5.1.5 La Segreteria dei Corsi (SdC)	" 27
5.2 Il livello decentrato Aziendale	" 28
5.2.1 I Coordinatori Aziendali	" 28
5.2.2 I Tutor delle Strutture Ospedaliere e Territoriali	" 28
5.3 I Tutor di Medicina Generale	" 29
5.4 Il Corpo Docenti ed il personale di supporto	" 30

6 IL PROGRAMMA DIDATTICO

6.1 Obiettivi del corso	" 33
6.2 Metodologia	" 35
6.3 Valutazione	" 35
6.4 Attività Didattica Pratica (A.D.P.)	" 37
6.4.1 FASE a) Medicina Clinica e di laboratorio	" 37
6.4.2 FASE b) Chirurgia Generale	" 39
6.4.3 FASE c) Dipartimento Materno Infantile	" 39
6.4.4 FASE d) Tutor di Medicina Generale	" 40
6.4.5 FASE e) Strutture di Base Territoriali	" 42
6.4.6 FASE f) Ostetricia e Ginecologia	" 47
6.4.7 FASE f bis) Pronto Soccorso	" 47
6.5 Attività Didattica Teorica (A.D.T.)	" 47
6.5.1 Studio Guidato Integrato	" 48
6.5.2 Sessioni di Ricerca e Studio - SRS	" 48
6.5.3 Seminari Centrali – SRC	" 53
6.5.4 Formazione a Distanza	" 64
6.5.5 Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali	" 64

COMPETENZE DEI FORMATORI " 65

1 DISPOSIZIONI GENERALI

1.1 Introduzione

Per l'esercizio dell'attività di medico di medicina generale nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, è necessario il possesso del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale, che si acquisisce, attraverso la partecipazione a specifico corso triennale, dopo aver superato favorevolmente le diverse fasi del percorso formativo, essere stato ammesso all'esame finale ed essere risultato idoneo al colloquio previsto nella prova.

Con l'istituzione del corso triennale anche in Italia, la formazione del medico generico si colloca definitivamente in ambito specialistico, riconoscendo alla "Medicina di Famiglia" contenuti, competenze ed attitudini specifiche, nonché rilevanza strategica per migliorare e garantire la qualità dell'assistenza sanitaria territoriale.

Per tutta la durata del corso – al quale si accede attraverso un concorso pubblico – ai medici vincitori del concorso, viene conferita una borsa di studio annuale strettamente connessa alla frequenza del corso.

Il finanziamento delle borse di studio (comprendenti di IRAP su retribuzione), viene sostenuto con le quote a destinazione vincolata del Fondo Sanitario Nazionale, mentre le spese connesse all'organizzazione ed attivazione del corso restano a carico del Bilancio Regionale, fatto salvo un contributo Ministeriale, reintrodotto dal triennio 2021 - 2024.

La norma nazionale demanda alle Regioni la definizione di tutti gli aspetti organizzativi e gestionali del corso, le quali stabiliscono - nel dettaglio – la programmazione didattica e l'assetto organizzativo ed amministrativo, in conformità a quanto indicato dalle direttive comunitarie e ministeriali.

L'ambizioso obiettivo finale del corso è quello di consentire ai medici in formazione di acquisire le necessarie abilità per poter svolgere con competenza e professionalità il difficile compito affidato al **"Medico di Famiglia"**.

All'uopo è stata posta in essere una complessa macchina organizzativa che comporta – da parte di tutti gli attori - un grande impegno e la costante necessità di attenersi a regole certe che vengono enunciate in questo "Regolamento".

1.2 Storia del Corso

La Formazione specifica in Medicina Generale viene adottata – per la prima volta – in adeguamento alla Direttiva Europea n. 86/457/CEE, ed ha avuto attuazione pratica in Italia con la Legge 08/04/1988 n. 109, ed il relativo "tirocinio teorico-pratico" di durata biennale. Infatti, con il D.I.M. 10/10/1988, venne bandito il primo concorso per l'assegnazione – su scala nazionale – di n. 7.500 borse di studio, in Campania n. 827 medici seguirono un percorso formativo teorico-pratico che – tra il 1990 ed il 1992 – portò i medici borsisti all'acquisizione dell'attestato di compiuto tirocinio.

Successivamente, in data 8 agosto 1991, con il Decreto Legislativo n. 256/1991, è stato istituito ufficialmente il "Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale" con il quale si è provveduto al definitivo adeguamento alle Direttive CEE in materia di sanità e di protezione dei lavoratori; il corso - come già in precedenza - aveva una durata biennale.

Un secondo corso biennale venne bandito nel 1992, con D.M. 29/09/1992, in cui vennero previste per la Regione Campania - in proporzione al fabbisogno stimato sulla popolazione - n. 300 borse di studio. Il relativo concorso d'ammissione vide la partecipazione di circa 2.300 medici, di questi solo 117, riuscirono a superare le prove di qualificazione. Nel complesso, anche a livello nazionale i vincitori furono pochi, conservando una media del 5% di ammessi, in alcune Regioni - dove i partecipanti erano meno - nessuno superò il concorso.

Data la circostanza, forse dovuta anche alla oggettiva difficoltà della prova d'esame, il Ministero della Sanità ritenne opportuno che il contingente di borse di studio previste per il 1993/1994, e non utilizzate, venissero parzialmente aggiunte a quelle da prevedersi per il 1994/1995. Coloro che avevano superato l'ammissione ovviamente conservarono il diritto ma - per evidenti motivi di economicità di organizzazione - venne stabilito che avrebbero partecipato al corso di formazione unitamente ai colleghi del biennio successivo.

Un terzo bando di concorso venne emanato con il D.M. 10/09/1993, prevedendo per la nostra Regione 350 borse di studio. Alle relative prove concorsuali parteciparono più di 2.500 medici di diverse province ed anche di altre regioni.

I risultati finali delle prove d'ammissione consentirono la selezione dei 350 borsisti che, aggiungendosi ai 112 vincitori definitivamente confermati del primo contingente (dei 117, in cinque avevano rinunciato), hanno prodotto un complessivo numero di 461 medici, i quali - a far data dal 24/09/1994 - iniziarono la frequenza del corso biennale di formazione.

Durante lo svolgimento del percorso formativo (settembre '94 – ottobre '96), parte dei medici corsisti ha rinunciato alla frequenza del corso ovvero è decaduta dall'assegnazione ai sensi dell'art. 11 del D.M. 09/10/93, riducendo il numero dei partecipanti attivi a complessivi n. 336 medici che, dopo aver superato il colloquio finale (Dicembre 1996), hanno ricevuto l'attestato di formazione in medicina generale.

Dal 1997, la Regione Campania, in esecuzione della L.R. n.25/1996, (istitutiva dell'Agenzia Regionale della Sanità – A.R.San) ha demandato l'organizzazione, attivazione e gestione dei corsi all'Agenzia che ha adempiuto a tale incarico fino alla sua soppressione, avvenuta con la Legge Regionale n. 20/2015, con la quale – nel corso dell'anno 2016 - sono state trasferite le relative funzioni alle strutture amministrative della Regione Campania.

Dall'anno 2017, la Regione ha definito gli aspetti organizzativi e gestionali del corso, stabilendo l'assetto organizzativo ed amministrativo, in conformità a quanto indicato dalle direttive comunitarie e ministeriali.

E' stato, inoltre, istituito il Gruppo Tecnico Scientifico (G.T.S.) organismo consultivo che assicura l'indispensabile supporto professionale e scientifico per la predisposizione del programma didattico del corso e le verifiche sulla progressione formativa. Successivamente sono stati adottati il provvedimento concernente il "Piano di Riparto" dei Fondi connessi all'organizzazione ed attivazione dei Corsi, nonché la Guida per il discente ed il relativo Regolamento.

1.3 Ambito normativo di riferimento

Con il **Decreto Legislativo n. 368 del 17 agosto 1999**, che - al titolo IV, Capo I, detta norme in materia di Formazione Specifica in Medicina Generale - viene recepita in pieno la **"Direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli"** ed al corso viene data – finalmente – una conno-

tazione specialistica. Una prima modifica alla norma viene effettuata con l'approvazione della Legge n. 39 del 01/03/2002.

Quindi nell'anno 2003, in adeguamento alla Direttiva 2001/19/CE che modifica le direttive del Consiglio relative al sistema generale di riconoscimento delle qualifiche professionali e quelle concernenti le professioni di infermiere professionale, dentista, veterinario, ostetrica, architetto, farmacista e medico, con il **Decreto Legislativo n. 277 dell'otto luglio 2003**, viene modificato il precedente D.Lgs. 368/99, **portando il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale ad assumere la attuale durata triennale.**

Con il **Decreto del Ministero della Salute del 7 marzo 2006**, vengono tracciati i principi fondamentali per la disciplina unitaria in materia di formazione specifica in Medicina Generale.

Successivamente con il Decreto Legislativo 15 marzo 2010, n. 66, viene effettuata una ulteriore modifica al D.Lgs 368/99, che subisce una nuova integrazione anche con l'adozione del più recente D.L. 30 aprile 2019, convertito nella Legge n. 60/2019.

Inoltre, con **D.M. 7 giugno 2017**, e con **D.M. 12 ottobre 2021**, sono state apportate modifiche al D.M. 07/03/2006, in particolare all'art. 5 (requisiti generali di ammissione) ed all'art. 6 (Domanda e termini di presentazione), consentendo la partecipazione al concorso anche ai candidati che conseguiranno la laurea in medicina entro il giorno antecedente la data del concorso.

Infine, con il **Decreto del Ministro della Salute del 29 ottobre 2021**, è stato ulteriormente modificato il D.M. 07/03/2006, sopprimendo la soglia minima di 60 risposte esatte per l'acquisizione dell'idoneità nella prova concorsuale.

Con cadenza annuale – alla cui omologazione provvede un organismo tecnico interregionale in ambito della Segreteria della Commissione Salute, il *Coordinamento Assistenza Territoriale* – viene emanato da ogni singola Regione e Provincia Autonoma e quindi pubblicato su G.U. il "Bando del Concorso per l'ammissione al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale" per il triennio di competenza che di fatto costituisce normativa di riferimento e regolamento cui attenersi per lo svolgimento delle prove e l'ammissione al relativo corso.

La Regione Campania con la D.G.R.C. n. 53 del 06/02/2018, successivamente integrata con D.G.R.C. n. 170 del 24/04/2019, pubblicata sul BURC n. 23 del 29/04/2019, concernente: "**CORSO DI FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE CRITERI GENERALI E RIPARTIZIONE DEI FONDI CONNESSI ALL'ORGANIZZAZIONE MODALITA' DI RENDICONTAZIONE**" ha emanato il disciplinare contenente, tra l'altro, le necessarie indicazioni - per gli Enti che collaborano con la Regione e tutte le figure professionali coinvolte nel percorso formativo - all'utile impiego delle risorse onde consentire una corretta organizzazione del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale.

Inoltre con il Decreto del Direttore Generale Tutela della Salute n. 247 del 14/11/2018, pubblicato sul sito istituzionale della Regione Campania - Amministrazione Trasparente "Casa di Vetro" ed ulteriormente diffuso in tutte le AA.SS.LL. ed Ordini Provinciali dei Medici della Campania, è stato adottato una prima versione delle "**Disposizioni Generali e Guida per il Discente**" al fine di fornire, a tutti gli attori del percorso formativo un univoco indirizzo cui attenersi per una maggiore funzionalità organizzativa e gestionale delle molteplici attività dei Corsi.

Il presente documento, tratto dalla **D.G.R.C. n. 408 del 27/07/2022, pubblicata sul BURC n. 66 del 01/08/2022**, è l'ultimo aggiornamento in ordine cronologico e rappresenta l'adeguamento normativo e gestionale delle disposizioni regionali in materia.

2 ORGANIZZAZIONE DEL CORSO

Il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale (da ora in poi CFSMG), diversamente da altre Scuole Universitarie di Specializzazione, è gestito direttamente dalla Regione, che può avvalersi - per gli adempimenti relativi allo svolgimento dello stesso - della collaborazione di altri Enti/Organismi.

La Regione Campania – dopo la cessazione dell'Agenzia Regionale Sanitaria – ha iniziato, dall'anno 2016, una collaborazione con l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Napoli, ed ha inoltre istituito, con D.P.G.R.C. n. 250 del 08/08/2017, il Gruppo Tecnico Scientifico (G.T.S.), con il compito di fornire supporto tecnico-scientifico agli uffici regionali a cui è demandata l'attivazione ed organizzazione del CFSMG, al fine di assicurare l'indispensabile apporto professionale e scientifico (cfr. co. 1, art. 15 del D.M. Salute 07/03/2006).

Inoltre, dall'anno 2018, la Regione Campania si avvale della collaborazione della So.Re.Sa. per la gestione del "Polo Didattico Centrale" regionale e l'allocazione della "Segreteria dei Corsi", nonché per la riorganizzazione delle procedure informatiche e web con l'utilizzo di soluzioni innovative e di tecnologie digitali integrate a livello regionale. Nel percorso formativo – sia per le attività pratiche che teoriche – sono coinvolte, a pieno titolo, tutte le Aziende Sanitarie Locali, che attraverso la gestione territoriale dell'area Assistenza Primaria (Tutor di MG), Distretti Sanitari, ed i PP.OO. a loro facenti capo, raffigurano la gran parte delle ore di formazione (cfr. tabella 1). A partire dal CFSMG triennio 2021-2024, le fasi del corso da effettuarsi presso i P.O. verranno effettuate anche presso alcune Aziende Ospedaliere della Campania.

Tabella n. 1 – ore/corso suddivisa per Aree di Svolgimento:

Ore Attività Localizzata	Ore Attività Centralizzata	Totale Ore
4.100	700*	4.800

* = di cui 300 ore Attività di Formazione a Distanza (F.A.D.)

2.1 Articolazione del corso

Considerate le norme innanzi indicate, in attuazione dei criteri e parametri, definiti dalla Regione Campania con l'adozione della citata D.G.R.C. n. 53 del 06/02/2018, così come integrata dalla D.G.R.C. n. 170 del 24/04/2019, e specificati con successive circolari esplicative della Direzione Generale Tutela della Salute, il modello di articolazione del percorso formativo si presenta come riepilogato nella seguente tabella 2:

Tabella 2

PERIODO DI FORMAZIONE		MESI	A.D.T. - Attività Didattica Teorica				F.A.D.	TOTALI
			A.D.P. Attività Didattica Pratica	S.G.I. Studio Guidato Integrato	S.R.S. Sessione Ricerca/Studio	S.R.C. Sessione Ricerca/Studio Seminari Centrali		
		ORE						
a)	medicina clinica e di laboratorio	6	540	60	72	72	56	800
b)	chirurgia generale	3	270	30	36	36	28	400
c)	dipartimento materno/infantile	4	360	40	48	48	29	525
d)	medico di medicina generale	12	1040	260	112	112	76	1600
e)	strutture di base territoriale	6	540	60	72	72	56	800
f)	ostetricia e ginecologia	2	180	20	24	24	27	275
f) bis	pronto soccorso	3	270	30	36	36	28	400
TOTALI		36	3200	500	400	400	300	4800

E' stato pertanto adottato il modello di riferimento così concepito nello svolgimento del corso per i trienni 2017/2020, 2018/2021, 2019/2022, e 2020/2023, ma l'esperienza maturata nello svolgimento dei trienni citati ed il raffronto costante con le problematiche dell'Area Assistenza Territoriale di tutte le Regioni d'Italia, approfondite nel già citato "Tavolo di Coordinamento Nazionale di supporto alla Commissione Salute", ha portato all'elaborazione di una differente ed articolata suddivisione dei periodi del corso e della strutturazione del percorso formativo, fermo restando i principi di massima dettati dalla vigente normativa, che viene esplicitata nel successivo **Cap. 2.3 Progressione Didattica e Piani di Formazione.**

La globalità delle attività didattiche è specificata nella seguente descrizione analitica:

- **A.D.P. (Attività Didattiche Pratiche 3.200 ore)** attività clinica guidata da svolgersi presso le sedi individuate per tutti i corsisti ad esse assegnati, ovvero partecipazione diretta dei medici in formazione, sotto la supervisione dei Tutor, alle attività clinico-professionali in svolgimento negli ambienti Ospedalieri, Territoriali (Distretti Sanitari) e dal Tutor di Medicina Generale;
- **A.D.T. (Attività Didattiche Teoriche 1600 ore)** attività didattica seminariale da svolgersi presso le sedi individuate in ambiente Ospedaliero e Territoriale, il Tutor di MG ed il "Polo Didattico Centrale" Regionale, in questo tipo di attività rientrano:
 - a. **S.G.I. (Studio Guidato Integrato 500 ore)** attività di studio guidato, integrato alle Attività Didattiche Pratiche, rivolta ai corsisti assegnati alle singole strutture Ospedaliere,

Territoriali e presso il medico di M.G. da effettuarsi fuori del normale orario giornaliero in date prefissate. È un'attività rivolta alla **classe di A.D.P.** (nei periodi presso i P.O. e D.S.) ed al singolo corsista (nei periodi presso l'ambulatorio del MMG) che comprende compiti progettuali e attività di "ricerca sul campo" proposti dai Tutor in ciascun periodo formativo; i Tutor attivano il discente alla cura e all'approfondimento di un caso clinico e/o di un tema inerente alla professione del Medico di Medicina Generale.

- a. **S.R.S. (Sessioni di Ricerca e Studio 400 ore)** sessioni di ricerca e studio finalizzato (Seminari Aziendali) strutturati, dal punto di vista didattico, quale approfondimento degli argomenti affrontati durante i periodi Ospedalieri, Territoriali e del Medico di MG, rivolte ai corsisti assegnati alle singole strutture delle Aziende sede delle Attività Didattiche Pratiche, da effettuarsi ove previsto presso il "Polo Didattico Aziendale" delle singole Aziende ovvero con diversa metodologia didattica (anche con DaD su piattaforma webinar) – di norma – un giorno a settimana due volte al mese (per 11 mesi all'anno);
- c. **S.R.C. (Sessioni di Ricerca e Seminari Centralizzati 400 ore)** attività seminariale di ricerca e studio centralizzata che prevede una strutturazione basata su metodologie didattiche interattive coerenti con gli obiettivi del "Programma Didattico del Corso". Ciascun docente sarà coadiuvato da figure di supporto alla didattica per la gestione della propria lezione da svolgersi ove previsto presso il "Polo Didattico Centrale" Regionale ovvero con diversa metodologia didattica (anche con DaD su piattaforma webinar) e rivolta a tutti i corsisti, da effettuarsi – di norma - un giorno a settimana due volte al mese (per 11 mesi all'anno);
- d. **F.A.D. (Formazione a Distanza 300 ore)** formazione a distanza tradizionale su piattaforma e-learning centralizzata, secondo un percorso formativo fondato sulle principali tematiche di base, rivolta a tutti i corsisti da svolgersi, in modalità asincrona, con differente tempistica in base alle esigenze del discente nell'arco di tutto il triennio;

2.2 Composizione delle classi – orario dei corsi

Al modello di articolazione del corso così concepito, si applicano i principi base per la composizione delle classi presso i poli didattici delle Aziende Sanitarie ed a livello regionale centralizzato e sono i seguenti:

- a) classe per lo svolgimento di **A.D.P. + S.G.I.** presso Aziende: min. 4 max 6 corsisti;
- b) classe per lo svolgimento di **A.D.T. – S.R.S.** presso Aziende: min.10 max 30 corsisti;
- c) classe per lo svolgimento di **A.D.T. – S.R.C.** centralizzata: Una o più classi.

Per quanto riguarda l'impegno orario settimanale dei medici in formazione è equivalente a quello dei medici strutturati delle Aziende, escludendo le ore contrattualmente destinate all'aggiornamento (co. 2 e 4 dell'art. 14 CCNL Dirigenza Medica e s.m.i.).

L'**Attività Didattica Pratica** viene svolta – di norma – dal lunedì al venerdì durante il normale orario di servizio dei medici dipendenti (turno antimeridiano 08 - 14); le ore di **Studio Guidato Integrato** (attività teorica integrata con quella pratica), vengono effettuate – in giornate predefinite - in continuità con il turno antimeridiano a partire dalle ore 14:00 (esempio: 14 - 16 oppure 15 - 17).

Per quanto riguarda le **Attività Didattiche Teoriche (S.R.S./S.R.C.)** – fermo restante il monte ore settimanale innanzi descritto – le lezioni, si svolgeranno – di norma – per l'**Attività Didattica Teorica S.R.S.** due volte al mese per 11 mesi all'anno presso le Aziende (per un ammontare complessivo di circa **400 ore nel triennio**) allo stesso modo, per l'**Attività Didattica Teorica S.R.C.** - da svolgersi, ove possibile, presso il "Polo Didattico Centrale" regionale un giorno a settimana per le restanti due settimane del mese e per 11 mesi all'anno (con un ammontare complessivo di circa **400 ore nel triennio**).

Resta inteso che nei giorni destinati alle Attività Didattiche Teoriche (S.R.S./S.R.C.) non verranno svolte Attività Didattiche Pratiche, inoltre le Aziende Sanitarie, nella predisposizione del calendario di attività **A.D.T.– S.R.S.**, avranno cura di non sovrapporre alle lezioni alle **A.D.T.– S.R.C.**

Fatto salvo per le indicazioni delle attività di **S.G.I.**, nonché quanto previsto al co. 3, primo capoverso dell'art. 24, D.lgs. 368 del 17 agosto 1999, e s. i. e m., tutte le attività del corso vengono svolte di norma, nelle ore antimeridiane, tranne per le **A.D.T. in modalità DaD** che possono essere effettuate anche in orario pomeridiano dalle ore 14,00 – **previa autorizzazione del Coordinamento Regionale.**

2.3 Progressione didattica – Piani di Formazione

A norma **dell'art. 24 del Decreto Legislativo n. 368 del 17 agosto 1999 e s.i. e m.**, il CF-SMG si articola in attività didattiche pratiche ed attività didattiche teoriche da svolgersi in un ambiente ospedaliero individuato dalla regione o nell'ambito di un ambulatorio di medicina generale della regione. Gli obiettivi didattici, le metodologie di insegnamento ed apprendimento, i programmi delle attività teoriche e pratiche, nonché l'articolazione della progressione didattica sono stati definiti – secondo direttive nazionali - con il Decreto del DG – Tutela della Salute n. 247/2018, dove riportava la calendarizzazione delle attività:

CALENDARIO ATTIVITA' PER ANNO ex Decreto DG 247/2018

	1° ANNO	2° ANNO	3° ANNO
medicina clinica e di laboratorio	6 MESI 800 ORE	-	-
pronto soccorso	3 MESI 400 ORE	-	-
medico di medicina generale	3 MESI 400 ORE	3 MESI 400 ORE	6 MESI 800 ORE
chirurgia generale	-	3 MESI 400 ORE	-
dipartimento materno/infantile	-	4 MESI 525 ORE	-
ostetricia e ginecologia	-	2 MESI 275 ORE	-
strutture di base territoriale	-	-	6 MESI 800 ORE

Tuttavia, come anticipato nel Cap. 2.1, articolare e differenziare i periodi formativi sulla base delle esperienze maturate negli ultimi 4 Corsi, ha determinato anche una suddivisione della struttura del monte orario, che mantiene sempre un totale di almeno 4800 ore, di cui 2/3 rivolti all'attività formativa di natura pratica ed il restante destinato all'attività teorica, ma sviluppa una differente articolazione che, descritta nella seguente Tabella n. 3 viene chiamata "progressione didattica" e definisce il "piano formativo standard" del CF-SMG della Regione Campania, con inizio previsto dalla vigente normativa nazionale entro il mese di novembre:

Tabella n. 3 – PROGRESSIONE DIDATTICA – PIANO FORMATIVO STANDARD

		1° MESE	2° MESE	3° MESE
Dicembre	Struttura di base e territoriale	1 MESE 133 ORE	-	-
Gen. – Mar.	Medicina clinica e di laboratorio	3 MESI 400 ORE	-	-
Apr. – Giu.	Medico di medicina generale	3 MESI 400 ORE	-	-
Lug. – Set.	Chirurgia Generale	3 MESI 400 ORE	-	-
Ott. – Nov.	Dipartimento materno/infantile	2 MESE 267 ORE	-	-
Dicembre	Ostetricia e Ginecologia	-	1 MESE 133 ORE	-
Gen. – Mar.	Pronto Soccorso	-	3 MESI 400 ORE	-
Apr. – Giu.	Medico di medicina generale	-	3 MESI 400 ORE	-
Lug. – Set.	Medicina clinica e di laboratorio	-	3 MESI 400 ORE	-
Ott. – Nov.	Dipartimento materno/infantile	-	2 MESI 267 ORE	-
Dicembre	Ostetricia e Ginecologia	-	-	1 MESE 133 ORE
Gen. – Giu.	Medico di medicina generale	-	-	6 MESI 800 ORE
Lug. – Nov.	Struttura di base e territoriale	-	-	5 MESI 667 ORE

In ogni caso, ipotesi di indicazioni differenti per la data di partenza dei corsi, previste a seguito di disposizioni determinate dalla Commissione Salute in ambito della Conferenza Stato/Regioni, vengono diramate con provvedimenti di presa d'atto pubblicizzati nei modi in uso nella Regione Campania e, di conseguenza, viene adottato un differente **PIANO FORMATIVO "ad hoc"** aderente al periodo temporale dettato dalla data di partenza del corso.

È il caso del triennio 2021/2024, il cui inizio è stato previsto entro la fine del mese di aprile 2022, e pertanto il “Piano Formativo” è riportato nella seguente Tabella 4:

Tabella n. 4 – PIANO FORMATIVO TRIENNIO 2021- 2024

		1° ANNO	2° ANNO	3° ANNO
Maggio	Struttura di base e territoriale	1 MESE 133 ORE	-	-
Giu. – Ago.	Medicina clinica e di laboratorio	3 MESI 400 ORE	-	-
Set. –Ott.	Dipartimento materno/infantile	2 MESE 267 ORE	-	-
Nov. – Gen.	Medico di medicina generale	3 MESI 400 ORE	-	-
Feb. – Apr.	Chirurgia Generale	3 MESI 400 ORE	-	-
Maggio	Ostetricia e Ginecologia	-	1 MESE 133 ORE	-
Giu. – Lug.	Dipartimento materno/infantile	-	2 MESI 267 ORE	-
Ago. – Ott.	Pronto Soccorso	-	3 MESI 400 ORE	-
Nov. – Gen.	Medico di medicina generale	-	3 MESI 400 ORE	-
Feb. – Apr.	Medicina clinica e di laboratorio	-	3 MESI 400 ORE	-
Maggio	Ostetricia e Ginecologia	-	-	1 MESE 133 ORE
Giu. – Nov.	Medico di medicina generale	-	-	6 MESI 800 ORE
Dic. – Apr.	Struttura di base e territoriale	-	-	5 MESI 667 ORE

Inoltre, prendendo spunto dagli interventi normativi su base regionale adottati con la D.G.R.C. n. 586/2019, relativa al recepimento del *Piano Triennale di Sviluppo e riqualificazione del SSR*, nonché con la D.G.R.C. n. 475/2020, concernente il *Potenziamento della Rete di Assistenza Territoriale*, che con la definizione delle modalità di sviluppo delle AFT ed UCCP ed i relativi obiettivi assistenziali – hanno introdotto una visione nuova e differente di come riorganizzare le “cure primarie” sul territorio, il Coordinamento Regionale delle Attività Didattiche, ha in fase avanzata di lavoro una organica proposta di riforma che interesserà l'articolazione delle varie fasi di Corso e lo svolgimento delle stesse nelle aree territoriali piuttosto che ospedaliere.

Al termine dei lavori, la proposta verrà sottoposta al vaglio del GTS.

Dall'anno 2022, in fase sperimentale, senza stravolgere l'articolazione generale dettata dall'art. 24 del Decreto Legislativo n. 368 del 17 agosto 1999 e s.i. e m., le Aziende Sanitarie che prevedono - nei loro Piani Aziendali – ed hanno già adottato operativamente l'integrazione ospedale/territorio, possono adottare – previa autorizzazione della Regione – un piano formativo differenziato rispetto allo standard, che contempli l'effettuazione di una parte della fase c)

dipartimento materno/infantile, ed una parte della fase *fjostetricia e ginecologia*, presso le Strutture Territoriali dei Distretti Sanitari di Base (Ambulatori Specialistici e Consultori Familiari) piuttosto che nei Reparti dei Presidi Ospedalieri.

Tabella esemplificativa piano formativo differenziato

Dipartimento materno/infantile	2° ANNO	2 MESI 267 ORE	Strutture di base e territoriali	3 MESI 400 ORE
Ostetricia e Ginecologia	3° ANNO	1 MESE 133 ORE		

Infine, il **Coordinatore Aziendale** - in base alle disponibilità per l'accoglienza delle classi di A.D.P. presso i P.O. e D.S. che intende attivare, ovvero in funzione delle partenze differite dettato dallo **scorrimento delle Graduatorie** - può disporre, concordandolo con il **Coordinamento Regionale** e sempre nel rispetto dei parametri dell'articolazione del corso di cui ai Cap. 2.1 e Cap. 2.2, l'adozione di un Piano Formativo differente da quello standard ed applicarlo per la frequenza di alcune delle classi di A.D.P. costituite presso le proprie Strutture in modo da articolare una diversa turnazione e consentire a tutti i discenti il corretto svolgimento delle attività formative.

3 REGOLE E FUNZIONALITÀ

3.1 Accesso ed assegnazione alle Aziende, Assicurazioni, Trasferimento

3.1.1 Accesso ed assegnazione alle Aziende

I medici risultati idonei al concorso vengono inseriti nella “Graduatoria Unica Regionale” e, sulla scorta della posizione che occupano nella stessa, vengono assegnati – in base alla propria preferenza, alla disponibilità di accoglienza delle Strutture e dei posti utili al momento della scelta – ad una delle Aziende Sanitarie della Campania che compongono i “Poli Didattici” facenti parte del percorso formativo.

Ai vincitori del concorso viene data possibilità di accettare la borsa e confermare l'assegnazione per la frequenza del corso entro uno specifico termine (che viene comunicato a mezzo P.E.C.) pena decadenza dal beneficio, per poter procedere – entro i termini fissati dal Ministero – allo scorrimento della “Graduatoria” per l'assegnazione dei posti resisi vacanti fino al raggiungimento del contingente numerico fissato dal Bando.

Le procedure di accettazione e conseguenziale assegnazione vengono espletate dal personale dell'ufficio regionale che afferisce alla UOD 10 – Personale del SSR (Referente Regionale del CFSGM) ovvero alla “Segreteria Regionale dei Corsi” che ha già provveduto all'elaborazione della citata “Graduatoria Unica Regionale” e quindi – una volta completata tale fase – i vincitori confermati vengono presi in carico e successivamente indirizzati all'Azienda Sanitaria di assegnazione che porrà in essere le procedure di rito (visite mediche e controlli, giornate di

formazione per la prevenzione e sicurezza, presa in carico amministrativa, assicurazione, ecc.) nonché quelle per la composizione delle classi di cui al precedente punto 2.2.

Come in precedenza enunciato, l'impegno orario settimanale dei medici in formazione – in tutte le giornate di frequenza durante quasi tutte le fasi del corso - è conforme a quello dei medici strutturati, pertanto, verrà applicato per tutti i tirocinanti, durante i periodi di corso in svolgimento presso le Strutture Ospedaliere e Territoriali, un sistema di "rilevazione presenze" equiparato a quello dei dipendenti.

3.1.2 Assicurazioni

Le Aziende presso le quali i corsisti effettuano il tirocinio, provvedono all'assicurazione obbligatoria I.N.A.I.L. contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, prevista dalle attuali norme per i medici in formazione.

Il medico partecipante al CFSMG dovrà inoltre provvedere, con oneri a proprio carico – secondo le condizioni in uso presso l'Azienda di assegnazione – alla stipula di una apposita polizza di assicurazione contro i rischi professionali e gli infortuni connessi all'attività di formazione. Senza la presentazione di copia della polizza il discente non potrà accedere alla frequenza del corso e trascorsi 30 giorni sarà considerato decaduto dall'assegnazione.

Nell'eventualità di infortunio occorso durante le attività formative, il medico corsista avrà cura di darne immediata comunicazione all'ufficio preposto della propria Azienda di assegnazione.

3.1.3 Trasferimento

Durante il periodo di accettazione ed assegnazione degli idonei (per il numero dei posti messi a concorso), nonché nella prima fase di scorrimento delle Graduatorie (max 60 gg.), sono consentiti – su richiesta adeguatamente motivata – trasferimenti in Aziende diverse da quella della prima assegnazione per i posti che vengono lasciati vacanti dai dimissionari.

Si precisa che tale procedura dovrà essere espressamente autorizzata dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale - U.O.D. 10 Personale del S.S.R. e terrà conto della posizione in graduatoria degli eventuali richiedenti. In ogni caso, non saranno concessi trasferimenti che dovessero comportare una diminuzione di allievi al di sotto del numero minimo previsto per la costituzione di una classe. In presenza di un numero elevato di rinunce e l'impossibilità di procedere allo scorrimento della Graduatoria, in modo da comportare una diminuzione di allievi, tale da non realizzare il numero minimo previsto per la formazione delle classi, i discenti potranno essere aggregati in altri poli didattici.

I trasferimenti in entrata da altre Regioni – regolati come dà indicazioni dei relativi bandi – verranno presi in considerazione in ordine cronologico solo dopo la chiusura dello scorrimento delle graduatorie e previa disponibilità di accoglienza presso i Poli Didattici Aziendali.

3.2 Borsa di studio, regime fiscale

I medici vincitori del concorso percepiranno una borsa di studio, così come previsto dalla normativa vigente, per un importo annuo complessivo, lordo – attualmente fissato - in € 11.603,00=(undicimilaseicentotré/00) corrisposta – con accredito in c/c bancario (cfr. l'allegato 1Mod IBAN) - in ratei mensili/bimestrali e strettamente correlata all'effettuazione del periodo di formazione ed alla regolare frequenza del corso.

Il trattamento fiscale cui è soggetta la borsa riporta – in base alle disposizioni al momento in vigore - alle trattenute IRPEF con assimilazione ai redditi da lavoro dipendente, pertanto usufruisce delle detrazioni previste, e "Bonus Irpef" se dovuto (cfr. l'allegato 2Mod Bonus Irpef).

L'importo della borsa, sconta l'I.R.A.P. su retribuzione che resta a carico dell'Amministrazione.

Ai fini della dichiarazione annuale dei redditi, con la tempistica prevista dalla legge, viene rilasciato ai medici borsisti – dall'Ente Erogatore - il previsto modello C.U.

Per rendere agevole e regolare sia l'erogazione della borsa di studio e l'invio dei modelli C.U., nonché l'inoltro di qualsiasi informazione, il medico in formazione dovrà comunicare – per iscritto e tempestivamente - alla Segreteria Regionale dei Corsi ed all'Azienda Sanitaria di assegnazione qualunque variazione inerente domicilio, residenza, indirizzo mail e P.E.C., recapiti telefonici, coordinate bancarie per l'accredito bimestrale, e – se utili – altre informazioni di carattere fiscale.

La frequenza al corso non comporta l'instaurazione di un rapporto di dipendenza o di lavoro convenzionale, per cui i pagamenti dei ratei della "borsa" vengono effettuati in misura non inferiore al mese.

Eventuali rinunce o sospensioni del corso (cfr. successivi punti 3.4, 3.5 e 3.6) che avvengano durante il mese, tengono conto – per i pagamenti - dell'ultimo mese precedente regolarmente completato.

Le rinunce alla frequenza del corso – e quindi alla borsa di studio - che dovessero pervenire nel previsto periodo di scorrimento della graduatoria, non determinano diritto al pagamento, essendo il finanziamento delle borse contingentato al numero dei posti messo a Bando.

L'importo della Borsa e dell'IRAP sono a carico dei Finanziamenti del FSN per il tramite della Regione Campania.

3.3 Frequenza

"Il corso comporta un impegno dei partecipanti a tempo pieno con obbligo della frequenza alle attività didattiche teoriche e pratiche, da svolgersi sotto il controllo delle regioni e province autonome e degli enti competenti" (co. 2, art. 24, del D.lgs. n. 368/99 e s.m.).

"La formazione a tempo pieno, implica la partecipazione alla totalità delle attività mediche del servizio nel quale si effettua la formazione, comprese le guardie, in modo che il medico in formazione dedichi a tale formazione pratica e teorica tutta la sua attività professionale per l'intera durata della normale settimana lavorativa e per tutta la durata dell'anno (co. 3, art. 24, del D.lgs. n. 368/99 e s.m.).

L'orario giornaliero delle attività formative - fatte salve eventuali pause - è di almeno sei ore (dalle ore 08:00 alle ore 14:00) per tutti i giorni della settimana. Tale limite deve essere rispettato in tutti gli ambienti di tirocinio pratico (ospedale, distretti sanitari, dipartimento, ecc.), fatti salvi i periodi presso il Tutor di MG, per i quali le specifiche sono riportate al successivo punto 5.3, e le attività teoriche integrate alla pratica (Studio Guidato Integrato – S.G.I.) che comportano un impegno orario giornaliero aggiuntivo ed in continuità con il normale turno antimeridiano a partire dalle ore 14:00 le cui specifiche vengono riportate ai successivi punti 3.9 e 5.2.2.

La eventuale frequenza giornaliera superiore a tale limite, che deve essere comunque autorizzata a titolo di eventuale recupero orario di debiti determinati nella stessa fase di corso, non può essere considerata come “banca delle ore” in quanto il *plus orario* non determina un credito da utilizzare per colmare debiti orari di periodi (fasi del corso) diversi da quello in svolgimento.

Tutte le ore che superano il monte orario previsto per le singole fasi del corso non saranno tenute in conto per il computo finale delle A.D.P. ed A.D.T.

I corsisti devono frequentare ogni periodo formativo secondo tutta la durata prevista.

Le assenze giustificate nell'attività pratica (descritte al successivo punto 3.6), ove fossero concentrate in fasi di attività, tali da compromettere il percorso formativo a giudizio del Coordinatore Aziendale, verranno considerate **“ore di debito formativo”** e dovranno essere recuperate secondo le indicazioni dello stesso Coordinatore.

Parimenti, nel caso in cui le assenze dai seminari (**S.R.S./S.R.C.**), a giudizio dei Coordinatori delle attività, risultassero tali da compromettere il percorso formativo, dovranno essere recuperate anche attraverso la partecipazione ad iniziative in programma presso altri Poli Didattici, ovvero - in caso di difficoltà - i Coordinatori potranno disporre per il tirocinante interessato un differente percorso di recupero, che potrà contemplare anche la partecipazione ad attività extra-curricolari (attività extra sede, partecipazione ad incontri riunioni od altro anche in sede centrale regionale).

I medici in formazione dovranno rispettare gli orari stabiliti secondo l'organizzazione e la programmazione indicate dal Coordinatore del “Polo Didattico”.

3.4 Sospensione del corso e festività

“Gli impedimenti temporanei superiori ai quaranta giorni lavorativi consecutivi per gravidanza e malattia, sospendono il periodo di formazione, fermo restando che l'intera sua durata non è ridotta a causa delle suddette sospensioni.

Restano ferme le disposizioni in materia di tutela della gravidanza di cui alla legge 30 dicembre 1971, n. 1204, e successive modificazioni ...” (co. 5, art. 24, del D.lgs. n. 368/99 e s.m.).

Pertanto, la frequenza del corso – con relativa erogazione della borsa di studio, se dovuta - può essere sospesa esclusivamente nelle seguenti fattispecie: gravidanza e malattia (se supera i 40 giorni lavorativi consecutivi).

In ogni caso, la eventuale sospensione non comporterà riduzione della durata del corso e, quindi, dovrà essere interamente recuperata. Per avvalersi della sospensione, il tirocinante dovrà tempestivamente presentare, al Coordinatore Aziendale, apposita istanza allegando idonea certificazione.

I ratei mensili di borsa di studio non erogati durante il periodo di sospensione verranno corrisposti in relazione all'effettivo completamento della frequenza durante il recupero.

Il corso non prevede sospensioni, fatto salvo quanto indicato al successivo punto 3.9 nonché per le seguenti date: **1 e 6 gennaio, lunedì di Pasquetta, 25 aprile, 1° maggio, 2 giugno, 15 agosto, 1° novembre, 8, 25 e 26 dicembre ed infine celebrazione del Santo Patrono.**

3.5 Maternità

In caso di gravidanza, ai sensi della Legge 53/2000 e D. Lgs. n. 151 del 26/03/2001, **la gestante è tenuta a dare comunicazione scritta del suo stato** e della data presunta del parto al Coordinatore Aziendale, allegando idonea certificazione (cfr. l'allegato 3Mod Sosp Gravid).

La tutela della maternità per le gestanti che partecipano al percorso formativo, merita un'attenzione particolare ed è dovuta l'applicazione **dell'istituto di astensione obbligatoria** dalla frequenza del corso, inoltre, si precisa che - ove prescritto - verrà considerato oltre al periodo obbligatorio anche quello facoltativo previsto dall'art. 11 della Legge 8.3.2000 n. 53.

Il medico in formazione potrà recuperare il periodo di sospensione qualora lo svolgimento del corso cui partecipa lo consenta, altrimenti verrà riammesso alla frequenza del triennio successivo, per il tempo strettamente necessario al completamento del proprio percorso formativo. In ogni caso dovrà attenersi ad un piano di recupero personalizzato, condiviso tra i Coordinatori delle attività didattiche.

La interruzione per gravidanza comporta la sospensione dell'erogazione della borsa di studio.

Nel caso in cui lo stato di gravidanza non venisse segnalato ed interrotto il periodo formativo con la prevista “astensione obbligatoria”, il medico tirocinante verrà dichiarato decaduto dal corso di formazione e segnalato alle Autorità competenti.

3.6 Assenze e dimissioni.

“Non determinano interruzione della formazione, e non devono essere recuperate, le assenze per motivi personali, preventivamente autorizzate (salvo causa di forza maggiore), che non superino trenta giorni complessivi nell'anno di formazione e non pregiudichino il raggiungimento degli obiettivi formativi. In tali casi non vi è sospensione della borsa di studio” (co. 6, art. 24, del D.lgs. n. 368/99 e s.m.).

Dal momento che la frequenza del corso non comporta l'instaurazione di un rapporto di dipendenza o lavoro convenzionale, non sono previste ferie di nessuna natura (congedo straordinario, matrimoniale, ecc.)

Eventuali assenze per malattie e/o motivi personali durante l'attività pratica e teorica S.R.S., devono essere preventivamente autorizzate dal Coordinatore Aziendale e nel caso si verifichino in giornate di attività seminariale centralizzata (S.R.C.), devono essere autorizzate dal Coordinamento Regionale, salvo causa di forza maggiore, nel qual caso vanno tempestivamente comunicate al Referente Aziendale.

Per le malattie è necessario consegnare alla propria Azienda il certificato medico.

(cfr. gli allegati 4Mod Assenza e 5Mod Sosp Malattia)

Per far sì che le assenze non pregiudichino il raggiungimento degli obiettivi formativi, non devono superare trenta giorni complessivi per ciascun anno, in differenti casi si rimanda agli ultimi due capoversi del precedente punto 3.3.

A titolo indicativo si riporta il seguente parametro **30 / 12 = 2,5**

Tabella esemplificativa:

Durata dei Periodi	Assenza Giustificata
MESI 6	GIORNI 15
MESI 5	GIORNI 12/13
MESI 4	GIORNI 10
MESI 3	GIORNI 7/8
MESI 2	GIORNI 5
MESI 1	GIORNI 2/3

Si ribadisce che le assenze da giustificare sono quelle ricadenti nelle giornate feriali comprese tra il lunedì e il venerdì nei periodi in cui non vi sia interruzione del corso.

Ove l'assenza si protragga per un periodo superiore ai 30 giorni, senza giustificazione scritta da parte del medico in formazione, comporterà l'esclusione dalla partecipazione al corso e la contestuale decadenza dalla borsa di studio.

Nel caso in cui il medico tirocinante decida di rassegnare le dimissioni dal corso, dovrà darne tempestiva comunicazione scritta **a mezzo PEC** (con allegata copia Documento Identità):

- ✓ alla Azienda Sanitaria sede del "Polo Didattico" cui è stato assegnato;
- ✓ alla Segreteria dei Corsi: segreteriacorsimmg@pec.regione.campania.it

3.7 Incompatibilità

Il corso è strutturato a tempo pieno ed implica la partecipazione alla totalità delle attività (medico-guidate) del servizio/struttura nel quale si effettua la formazione, in modo che il discente dedichi all'attività formativa pratica e teorica la sua giornata lavorativa "tipo" per la durata della intera settimana lavorativa e così via per tutto l'anno. La frequenza al corso non comporta l'instaurazione di un rapporto di dipendenza o di lavoro convenzionale con il S.S.N., né con l'Ente Erogatore, né tantomeno con i Tutori di Medicina Generale.

"Conseguentemente, è inibito al medico in formazione l'esercizio di attività libero-professionali ed ogni rapporto convenzionale, precario o di consulenza con il Servizio sanitario nazionale o enti e istituzioni pubbliche o private, anche di carattere saltuario o temporaneo." (co. 1, art. 11 del D.M. Salute 7 marzo 2006, e s.m.).

Nel rispetto dell'obbligo di cui al precedente punto 3.3, compatibilmente con lo svolgimento del percorso formativo e senza pregiudizi per il raggiungimento degli obiettivi didattici, i medici borsisti possono esercitare - con le modalità e le limitazioni previste dai co. 2 e 3, dell'art. 11, D.M. 7 marzo 2006 - unicamente le attività di cui all'art. 19, comma 11, della legge 28 dicembre 2001 n. 448, che riporta quanto segue: "I laureati in medicina e chirurgia abilitati, anche durante la loro iscrizione ai corsi di specializzazione o ai corsi di formazione specifica in medicina generale, possono sostituire a tempo determinato medici di medicina generale convenzionati con il S.S.N. ed essere iscritti negli elenchi della guardia medica notturna e festiva e della guardia medica turistica, ma occupati solo in caso di carente disponibilità di medici già iscritti negli elenchi della guardia medica notturna e festiva e della guardia medica turistica".

Pertanto, i medici in formazione possono effettuare - nei periodi in cui non viene svolta la formazione (fuori del normale orario di corso, nei giorni festivi e nei giorni di sospensione ufficiale del corso) - sostituzioni del medico di medicina generale, ad esclusione del proprio "Tutor di MG", e coprire incarichi di continuità assistenziale a tempo determinato ex "Guardia Medica" notturna e festiva.

Al medico che frequenta il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, non è consentita la contemporanea iscrizione e/o frequenza a corsi di specializzazione, dottorati di ricerca, e qualsiasi altro corso di formazione che determini impedimento alla frequenza del corso, anche qualora si consegua tale stato successivamente all'inizio del corso.

I medici, per i quali sussista un rapporto di dipendenza con la Pubblica Amministrazione, per poter partecipare al corso, devono essere collocati, in posizione di aspettativa senza assegni secondo le disposizioni legislative contrattuali vigenti (combinato disposto dal co. 4, Art. 24 del D.lgs. 17 agosto 1999, n. 368 e co. 6, dell'art. 11 D.M. 7 marzo 2006).

Il carattere eccezionale della deroga di cui al citato art. 19, comma 11, legge n. 448/2001, esclude la possibilità di estendere la stessa ad altri rapporti di lavoro di tipo convenzionali.

In presenza di accertata incompatibilità ne consegue l'esclusione e decadenza del medico tirocinante dal corso.

Discorso a parte è quello riservato ai medici in formazione (c.d. soprannumerari) la cui posizione è analizzata e descritta al successivo Capitolo 4

3.8 Fasi del corso, libretto individuale, esami intermedi, tesi e colloquio finale

La formazione specifica in medicina generale comporta la partecipazione personale del candidato all'attività professionale e l'assunzione delle responsabilità connesse all'attività svolta (art. 27, del D.lgs. n. 368/99 e s.m.).

Le attività teorico-pratiche sono articolate come descritto al precedente punto 2.1, e possono essere integrate da sessioni di confronto e di ricerca, promosse dai Coordinatori, tra i Tutor (Ospedalieri/Territoriali e di Medicina Generale) ed i tirocinanti, nonché tra questi ultimi ed i Coordinatori stessi.

Il programma delle attività teoriche e quello delle attività pratiche si integrano tra loro a livello di obiettivi didattici (in special modo nello svolgimento presso i Poli Didattici Aziendali), ma sono autonomi nella realizzazione concreta.

Il corso è articolato in diverse fasi (n. 7 aree tematiche di svolgimento) distribuite nelle tre annualità, così come indicato nelle precedenti Tabelle n. 3 e n. 4.

L'accesso alle varie fasi del corso è subordinato al superamento con esito positivo del "periodo di formazione" svolto in precedenza. All'uopo i Coordinatori Aziendali al termine delle singole fasi trasmettono - alla Segreteria Regionale dei Corsi - i moduli di valutazione (comprensivi del monte orario effettuato) relativi ai corsisti ammessi al periodo successivo, segnalando coloro che diversamente devono recuperare. (cfr. gli allegati da n. 10Mod a n. 19Mod)

Nel caso in cui il discente, sulla base dei giudizi formulati dai "Tutor" preposti alle varie attività formative e/o dal Coordinatore Aziendale, non abbia raggiunto in pieno gli obiettivi previsti per

una parte di un determinato periodo di apprendimento, può recuperare nello stesso triennio - ove a giudizio del Coordinatore ne sussistano le condizioni - con attività finalizzate al raggiungimento di quel gruppo specifico di obiettivi mancati.

Di contro, se il partecipante al percorso formativo, sulla base dei giudizi formulati dai preposti alle varie attività, non abbia conseguito un idoneo apprendimento per gli obiettivi prefissati su una intera "fase di formazione", verrà ammesso a frequentare nuovamente il periodo stesso per una sola volta nel triennio successivo.

Il giudizio non favorevole formulato a seguito della nuova ammissione comporta l'immediata esclusione del partecipante dalla frequenza del corso.

Tutti i tirocinanti comporranno un "libretto individuale" che contempili, per ogni periodo di frequenza e fase del corso, il riepilogo delle presenze ed i giudizi espressi dai "Tutor" e dal Coordinatore.

Il fascicolo, che verrà prodotto durante lo svolgimento del percorso formativo, sarà integrato con i moduli di valutazione che riportano anche il riepilogo del monte ore di ciascuna **fase del corso** frequentata, le schede sintetiche con gli obiettivi assegnati ed i giudizi analitici motivati di tutti i "Tutor" (Ospedalieri, Territoriali e MMG) riferiti ai singoli periodi formativi, gli esiti delle valutazioni intermedie dello stato di apprendimento e la scheda di valutazione globale adottata dal Coordinatore Aziendale (alla fine del percorso formativo, con particolare riguardo al raggiungimento degli obiettivi raggiunti), eventuali lavori rilevanti eseguiti durante il triennio e la tesina finale.

Durante lo svolgimento del triennio, con cadenza annuale (cfr. successivo Punto 6.3), verranno effettuati esami intermedi di valutazione dello stato di apprendimento dei singoli partecipati e di accertamento circa il corretto svolgimento del percorso formativo. Gli esami saranno di due diverse tipologie ed avranno distinte modalità di esecuzione:

a) evidenza debito formativo;

b) test verifica percorso formativo.

L'esame di tipo **a)** viene effettuato a livello centrale Regionale attraverso una giornata di studio e ricerca dedicata alla "**simulazione delle competenze**", la prova, svolta in presenza, è sottoposta alla valutazione del "**Collegio dei Docenti e Tutor dei CFSMG**" (cfr. successivo Punto 5.1.4).

L'esame di tipo **b)** consiste nella valutazione del fascicolo didattico del singolo borsista e contestualmente in una prova scritta con test a risposta multipla. Le prove e le conseguenti valutazioni sono effettuate presso le Aziende di assegnazione alla presenza di una Commissione d'esame composta da:

Presidente - uno dei tre Coordinatori Regionali o un componente del Collegio dei Docenti e Tutor;

Componenti: il Direttore della UOC Aziendale o suo Delegato (il Coordinatore Aziendale) ed - in rappresentanza della Regione Campania - un funzionario della UOD 10 - Personale SSR;

Il medico in formazione a completamento del percorso con il Tutor di MG, e sotto la supervisione dello stesso in qualità di relatore, dovrà presentare una tesina che sarà oggetto di discussione durante il colloquio finale.

L'elaborato deve essere di realizzazione originale, con approfondimenti di indagini e di ricerca effettuati durante tutto l'arco temporale del corso e che non siano di carattere esclusivamente compilativo.

I discenti - nella predisposizione della tesi - avranno cura di avere come riferimento fondamentale l'esperienza maturata nello svolgimento del corso e quale prerogativa essenziale la definizione professionale del ruolo e del compito del medico di Medicina Generale nell'ambito del sistema sanitario regionale.

Le aree tematiche oggetto di sviluppo della tesi, privilegeranno il governo del sistema delle cure primarie e dovranno essere concordate - già dal primo anno di corso, in concomitanza con lo svolgimento del percorso formativo presso il Medico di M.G. - con i Coordinatori Regionali delle attività didattiche.

Quindi, al termine del triennio, verrà effettuato l'esame finale per il conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale, che verte in un colloquio con discussione della tesi predisposta dal medico tirocinante.

L'ammissione all'esame finale è effettuata con provvedimento della Direzione generale per la Tutela della Salute - UOD Personale SSR, previo accertamento del completamento percorso formativo e su proposta del "Collegio dei Docenti e Tutor dei CFSMG", sulla base delle singole valutazioni espresse durante le varie fasi del corso, gli esiti degli esami intermedi, tenuto conto del giudizio globale adottato dal Coordinatore Aziendale. (cfr. allegato 20Mod Val Finale)

Per tutte le specifiche delle Commissioni e modalità di svolgimento del colloquio finale si rimanda - per quanto non previsto - a quanto disposto dall'art. 16 del D.M. Salute 7 marzo 2006 e s.m.i.

3.9 Attività Teorica/Seminariale, comportamento discenti

Per l'Attività Didattica Teorica sono state previste quattro tipologie di formazione (per le specifiche si rimanda al seguente punto 6.3 del "Programma Formativo"):

- | | | |
|--|--------------------------------|------------|
| 1) S.G.I. - Studio clinico | integrato all'attività pratica | = 500 ore; |
| 2) S.R.S. - Sessioni di Ricerca | e Studio finalizzato | = 400 ore; |
| 3) S.R.C. - Sessioni di Ricerca | e Seminari Centralizzati | = 400 ore; |
| 4) F.a.D. - Formazione | a Distanza | = 300 ore; |

Per un totale complessivo di n. 1600 ore (co. 1 dell'art. 26 del D.lgs 368/99 così come modificato dall'art. 9, comma 1, del D.Lgs. n. 277/2003).

La tipologia 1) viene svolta presso la sede dei Presidi Ospedalieri e/o dei Distretti Sanitari della Aziende di assegnazione e presso l'ambulatorio del Tutor di MG, mentre per quella contraddistinta al n. 2) vengono utilizzate le Aule dei "Poli Didattici Aziendali" dove il tirocinante effettua le attività pratiche, in alternativa anche piattaforme e-learning sul web con Didattica a Distanza.

La rilevazione ed il controllo delle ore di **Attività Didattica Teorica - S.G.I.** effettuate presso la sede Ospedaliera e nei Distretti Sanitari, da svolgersi in giornate predeterminate in continuità con il turno della mattina (quindi dalle ore 14:00) vengono effettuate - per ogni classe di riferimento - a cura dei Tutor Ospedalieri/ e/o Territoriali, mentre per le ore da effettuare presso lo studio del Tutor di Medicina Generale, sarà quest'ultimo a certificarne l'effettuazione (cfr. successivo punto 5.3).

Per l'**Attività Didattica Teorica - S.R.S.** le verifiche ed i controlli saranno a cura di specifico personale addetto della sede del "Polo Didattico Aziendale", eventuali assenze devono essere comunicate al Coordinatore Aziendale.

La tipologia n. 3) **Attività Didattica Teorica – S.R.C.**, prevede sedute in plenaria e/o per gruppi di lavoro presso le aule del “Polo Didattico Centrale” regionale e come indicato al precedente punto 2.2, abbina la possibilità di svolgere attività formative secondo modalità di didattica interattiva (in gruppi e con costante coinvolgimento diretto dei partecipanti) ed un modello didattico di stile quasi “conferenziale” (laddove l’argomento trattato, e particolari esigenze organizzative lo consentano), anche in questo caso l’attività può essere svolta con *webinar* su piattaforma e-learning con l’utilizzo della **Didattica a Distanza**.

La partecipazione a tutte le tipologie di attività teorica verrà acquisita attraverso sistema di rilevazione presenze presso le sedi di svolgimento e le verifiche verranno effettuate da personale all’uopo designato della Segreteria Regionale dei Corsi e/o Regione ovvero dalle Aziende.

Eventuali assenze alle attività di cui ai punti 1) e 2) vanno comunicate all’Azienda di assegnazione, quelle relative al punto 3) devono essere comunicate alla Segreteria Regionale dei Corsi.

La frequenza a tutti seminari (S.R.S. e S.R.C.) nonché all’attività di studio clinico integrato e finalizzato (S.G.I.) è obbligatoria per tutti i corsisti.

Le assenze superiori a quelle previste comporteranno la non ammissione all’esame finale, all’uopo si richiamano le disposizioni di cui ai precedenti punti 3.3 e 3.6.

Per le attività in presenza è fatto obbligo ai tirocinanti di utilizzare un abbigliamento consono e mantenere durante le attività seminariali un atteggiamento compito e rispettoso, in particolare:

✓ *il discente è tenuto ad essere presente entro le ore 08:30 ed a rilevare la presenza con il sistema in vigore;*

✓ *in caso di ritardo – superate le ore 08:30 - e/o necessità di uscita anticipata il discente è tenuto ad apporre la propria firma con l’orario su apposito “foglio firma” gestito dal personale della Segreteria;*

✓ *non è possibile allontanarsi dalle aule senza informare il docente; qualora il discente si allontani dall’aula per un periodo superiore ai 15’ il personale presente in aula segnalerà su apposito “foglio firma” l’allontanamento. Il documentato ripetersi di tale comportamento verrà portato all’attenzione del GTS per eventuali provvedimenti;*

✓ *durante l’attività didattica è vietato l’utilizzo di telefoni cellulari/smartphone fatto salvo se non per usi strettamente connessi, ovvero per emergenze;*

Comportamenti ripetutamente difforni da quanto innanzi indicato, condurranno **all’allontanamento del/dei tirocinanti dall’aula con conseguente perdita della certificazione di “presenza”** al seminario, ed alla segnalazione al G.T.S. per le determinazioni del caso.

Durante i seminari (S.R.S./S.R.C.) e gli incontri di studio finalizzato (S.G.I.) saranno possibili controlli da parte di funzionari Regionali, A.S.L. e/o Coordinatori.

In caso di necessità possono essere stabiliti dai Coordinatori incontri individuali con il tirocinante, allo scopo di definire e monitorare il raggiungimento degli obiettivi formativi (saranno considerate le ore utilizzate). **Nel mese di agosto e nei periodi di festività nazionali (di cui al precedente punto 3.2) non sono previste attività seminariali.**

4 MEDICI AMMESSI IN SOPRANNUMERO

L’accesso al CFSMG è **consentito**, attualmente, anche attraverso le seguenti 3 differenti modalità, riservate ad altrettante categorie di medici, in soprannumero ai posti del concorso e senza riconoscimento della borsa di studio:

- a) destinatari dell’art. 3, Legge 401/2000;
- b) Graduatoria Riservata (c.d. Decreto Calabria) ex Legge 25 giugno 2019, n. 60;
- c) Medici militari Legge 25 febbraio 2022, n. 15.

Tali medici in formazione (c.d. *soprannumerari*) a differenza dei borsisti – per quanto attiene al rispetto del precedente punto 3.7 Incompatibilità – *“possono svolgere attività libero professionali quando queste ultime siano in concreto compatibili con l’assolvimento degli obblighi formativi del corso”* (Sentenza TAR Campania I^a Sezione n. 8381/2021 del 31/12/2021).

In definitiva per i medici *“soprannumerari”* pur restando fermi tutti gli obblighi e le limitazioni previsti per i vincitori del concorso, è fatta salva la possibilità di poter svolgere attività libero professionale, nonché essere titolari di incarichi di Continuità Assistenziale a tempo indeterminato ex *“Guardia Medica”* sia con il SSN che con Enti e Privati, purché tali attività vengano svolte in modalità realmente compatibili con il corretto svolgimento dei Corsi e non siano ostative per il regolare completamento – nei termini previsti – del percorso formativo.

Situazione atipica ed esclusiva è riservata alla categoria dei medici militari, la cui posizione è specificata nel seguente Capitolo 4.3

a) 4.1. art. 3, Legge 401/2000

La Legge 29 dicembre 2000, n. 401, recante “Norme sull’organizzazione del personale sanitario” all’art. 3, regola l’accesso ai Corsi di Formazione in Medicina Generale per i medici che risultano iscritti alla Facoltà di Medicina e chirurgia entro il 31/12/1991, ed abilitati all’esercizio professionale, **consentendo - a coloro che risultano possedere tale requisito - l’accesso al CFSMG di cui al D.lgs. n. 368/1999, senza sostenere il relativo concorso, in soprannumero rispetto al contingente numerico e senza il diritto della relativa borsa di studio.**

Per accedere al Corso come medico soprannumerario, occorre presentare la domanda nei termini e con le modalità previste per i medici che concorrono al concorso per il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale.

Per l’assegnazione dei medici alla frequenza presso le Aziende Sanitarie della Campania coinvolte nel percorso formativo, che formulano – altresì – il contingente numerico dei medici che possono accedere al triennio, si procederà con la medesima modalità prevista per i medici borsisti di cui al precedente punto 3.1, con la differenza che – non essendoci il concorso – verrà stilata una graduatoria – che tenga conto del possesso dei seguenti requisiti : Punteggio di Laurea, a parità di punteggio di laurea l’età anagrafica minore, a parità di età anagrafica la maggiore anzianità di Laurea.

b) 4.2. Graduatoria Riservata ex Decreto Calabria

I medici che rispondono ai requisiti previsti dal co. 3, art. 12, D.L. 30 aprile 2019, n. 35, convertito nella Legge 25 giugno 2019, n. 60, (idoneità ad un precedente concorso per l’ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale, n. 24 mesi, anche non continua-

tivi, nei 10 anni precedenti di svolgimento incarichi, nelle funzioni convenzionali nell'area della Medicina Generale) accedono al CFSMG, tramite graduatoria riservata, senza borsa di studio.

Il numero di posti disponibili è contingentato ed indicato annualmente dal competente Ministero della Salute, la Regione emette e pubblica – in concomitanza con il Bando per il Concorso ordinario – il relativo “Avviso Pubblico” per l'ammissione in sovrannumero e senza borsa di studio dei medici al CFSMG, attraverso Graduatoria Riservata (ex art. 12 comma 3 del D.L. 35/2019, convertito nella L. 60/2019).

La graduatoria di accesso al corso è stilata in ordine al punteggio determinato dall'anzianità di servizio maturata nello svolgimento dei suddetti incarichi convenzionali, attribuito sulla base dei criteri previsti dal vigente Accordo Collettivo Nazionale.

Anche per questi medici le modalità di assegnazione per la frequenza del corso, presso le Aziende Sanitarie della Campania coinvolte nel percorso formativo, sono le stesse previste per i medici borsisti di cui al precedente punto 3.1

c) 4.3. Medici Militari in servizio permanente effettivo

La modifica, introdotta dall'art. 23 del Decreto-legge 30 dicembre 2021, n.228, convertito nella Legge 25 febbraio 2022, n. 15, ha fornito uno strumento normativo per poter ammettere al CFSMG – fuori contingente numerico stabilito per il triennio di riferimento e senza borsa di studio – i medici militari in servizio permanente effettivo con almeno quattro anni di anzianità. “Le ore di attività svolte dai suddetti medici in favore delle amministrazioni di appartenenza sono considerate a tutti gli effetti quali attività pratiche, da computare nel monte ore complessivo, previsto dall'articolo 26, comma 1, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368. Le amministrazioni di appartenenza certificano l'attività di servizio prestata dai medici in formazione presso le strutture dalle stesse individuate e ne validano i contenuti ai fini del richiamato articolo 26, fermo restando l'obbligo di frequenza dell'attività didattica di natura teorica”. Le Regioni, relativamente all'ammissione ed alla gestione della partecipazione al CFSMG da parte degli Ufficiali medici, hanno concordato di applicare le seguenti indicazioni:

- ciascun medico ammesso al corso viene assegnato alla sede formativa individuata dalla Regione o Provincia Autonoma presso cui ha presentato la domanda;
- le ore pratiche di attività svolta sono certificate dal responsabile dell'amministrazione di appartenenza, che le trasmette con modalità e tempistica indicate dalla Regione o Prov. Auton.;
- il medico in formazione indica, sotto la propria responsabilità nel caso di dichiarazioni false o mendaci ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, alla sede formativa di assegnazione il responsabile della propria amministrazione competente a redigere e trasmettere tale certificazione;
- l'Ufficiale medico iscritto al CFSMG è tenuto a seguire le ore di formazione teorica con le stesse modalità di frequenza previste per gli altri medici in formazione della Regione o Prov. Auton.;
- le attività teoriche sono valutate analogamente a quanto previsto per gli altri medici in formazione secondo le indicazioni della Regione o Prov. Auton.;
- il conseguimento del titolo di diploma di formazione specifica in medicina generale per l'Ufficiale medico in formazione avverrà con le modalità previste dal combinato disposto del D. lgs. n. 368/99 e del D.M. Salute del 7 marzo 2006 e s.m. (superamento con esito positivo di tutte le fasi formative previste dal corso, predisposizione della tesi e discussione della stessa in sede di colloquio finale).

Pertanto, a partire dal CFSMG triennio 2021-2024, i medici militari in possesso del requisito

previsto, saranno ammessi – presentando la domanda ad una sola Regione o Prov. Auton. – alla frequenza del corso.

Per i trienni successivi, la Regione emetterà e pubblicherà – in concomitanza con il Bando per il Concorso ordinario – un “Avviso Pubblico” riservato a questa specifica categoria di medici, comprensivo di termini e modalità di accesso al Corso.

5 STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Tutte le figure coinvolte a vario titolo nella formazione dei discenti del CFSMG (Coordinatori Aziendali, Tutor di Medicina Generale, Tutor Ospedalieri e Territoriali, Coordinatori Regionali delle Attività Didattiche, Docenti dei Seminari Centrali ed Aziendali, unitamente alle figure di Supporto alle Attività Didattiche, ecc.), devono necessariamente essere consapevoli degli obiettivi formativi del Corso, affinché possano trasferire congiuntamente tale modello culturale orientato alle competenze proprie della disciplina.

Per fare ciò, bisogna prevedere, al di là della formazione individuale dei singoli professionisti, dei momenti di formazione e riflessione congiunti al fine di una condivisione di intenti formativi.

Ciascun docente, tutor e figura di supporto alla didattica - essendo parte attiva di questo percorso formativo e culturale - deve armonizzarsi con gli obiettivi teorici e con i criteri metodologici validi ai fini della acquisizione delle competenze specifiche della “Medicina di Famiglia”.

5.1 – Il livello centralizzato Regionale

La Regione Campania – ai sensi del punto 1, art. 15 del D.M. Salute 7 marzo 2006 - organizza e gestisce il corso direttamente, avvalendosi della collaborazione dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della Provincia di Napoli e della So.Re.Sa. ed in linea con le indicazioni di apposito Gruppo Tecnico Scientifico (G.T.S.) di supporto.

5.1.1. Gli uffici della Giunta Regionale

competenti per la materia rientrano nell'ambito della **Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale; La UOD referente per la Regione Campania del CFSMG è l'Unità Operativa Dirigenziale – 10 Personale del S.S.R.**

Con un Dirigente Responsabile, uno o più Funzionari ed unità di personale.

5.1.2 Il G.T.S. Gruppo Tecnico Scientifico di supporto,

istituito con DPGRC n. 254 del 08/08/2017, ed integrato con DPGRC n. 115 del 12/07/2018, nato come tavolo di lavoro permanente atto a fornire supporto tecnico e scientifico per l'organizzazione ed attivazione dei CFSMG, con il compito istituzionale di fornire autorevole parere sul “Programma Formativo del Corso”.

Le funzioni del G.T.S. spaziano dalla definizione dei criteri per la predisposizione del “Programma Didattico” e modalità di attuazione, alla verifica dei risultati con il raggiungimento degli obiettivi

formativi generali, comprendendo – altresì - iniziative didattiche atte al miglioramento dei Corsi. Il G.T.S. è così costituito ed ha durata triennale:

- Presidente - Il Direttore Generale della Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR;
- Vice-Presidente - Il Presidente dell'Ordine dei Medici di Napoli o suo delegato;
- Componenti:
 - Un Medico Professore Universitario;
 - Due Medici di Medicina Generale;
 - Un Dirigente del SSR Responsabile della UOC Cure Primarie;
 - Un Dirigente del SSR Responsabile della UOC Formazione;
 - il Dirigente della UOD Personale del Servizio Sanitario Regionale;
 - il Dirigente dello STAFF - Funzioni di supporto tecnico-operativo;
 - i tre Coordinatori Regionali del CFSMG (ADP – ADT – SRdC);
 - Un medico in formazione rappresentante dei corsisti (senza diritto al voto);
- Segretaria/o il funzionario regionale R.U.P. per il CFSMG;

5.1.3 Coordinatori Regionali delle attività didattiche

Sono figure professionali che appartengono all'area Territoriale dei Distretti Sanitari di Base e delle Cure Primarie, hanno il compito di coordinare la programmazione del piano didattico relativo alle attività pratiche e teoriche del corso, sono – inoltre - responsabili della corretta attuazione del percorso formativo sia nell'ambito delle attività pratiche, che di quelle teoriche; presiedono le Commissioni di valutazione intermedie al termine del primo e secondo anno di corso; fanno parte del G.T.S. (Gruppo Tecnico Scientifico) del CFSMG.

Per il raggiungimento del *target* prefissato, promuovono riunioni ed incontri di aggiornamento con le figure professionali coinvolte nell'organizzazione del corso (componenti del *Team teaching*) al fine di condividere ed armonizzare l'orientamento didattico.

Inoltre, in conformità agli obiettivi formativi definiti, hanno funzione di raccordo tra i Coordinatori dei Poli Didattici Aziendali ed il G.T.S. concorrendo con quest'ultimo Organismo alla verifica del raggiungimento degli obiettivi formativi ed alla formulazione dei relativi reports.

Fanno parte del Collegio dei Docenti e Tutor del CFSMG, con le incombenze di seguito specificate (cfr. punto 5.1.4);

Durata in carica, triennale e rispondono ai seguenti requisiti:

1. Coordinatore Attività Didattiche Pratiche: Un Direttore di U.O.C. Dirigente Medico del SSR con acclarata esperienza nell'Area dell'Assistenza Territoriale e Cure Primarie;
2. Coordinatore Attività Didattiche Teoriche: Un Medico di Medicina Generale, docente e con acclarata esperienza pluridecennale nella Formazione dei Medici di Famiglia;

5.1.4 Collegio dei Docenti e Tutor del CFSMG

È l'Organismo deputato alla corretta ed efficace applicazione del "Programma Didattico" del corso; infatti, – ispirandosi a principi di imparzialità e verifica dei risultati - fornisce adeguato supporto al

Dirigente Responsabile della UOD 10 – Personale del SSR nell'individuazione dei Docenti ed FPS per lo svolgimento dei seminari per la tipologia di Attività Didattica Teorica Centralizzata – **S.R.C.**

Esprime la propria valutazione quale Commissione Esaminatrice nella prova annuale denominata "**simulazione delle competenze**". Esame da svolgersi in presenza (se consentito) a livello centrale Regionale attraverso una giornata di studio e ricerca dedicata.

Inoltre, al termine del corso – onde consentire ai discenti di poter sostenere l'Esame Finale - esprime, sulla base di giudizi analitici rilasciati per le singole fasi del corso dai Tutors (Tutor Ospedalieri/Territoriali e Tutor MG) e condivisi dai Coordinatori Aziendali, una valutazione di merito sul profitto, riportandola al Dirigente della UOD 10 Personale del SSR che provvede all'adozione del relativo provvedimento di ammissione al colloquio finale.

Dura in carica n. 3 anni ed è così composto da professionisti iscritti nei relativi "Albi Regionali" che, una volta insediatisi, eleggono uno di loro in qualità di Presidente:

- Un Docente di comprovata esperienza nel CFSMG;
- Un Tutor di MG di comprovata esperienza nel CFSMG;
- Un Tutor Ospedaliero di comprovata esperienza nel CFSMG;
- Un Tutor Territoriale di comprovata esperienza nel CFSMG;
- Il Coordinatore delle Attività Didattiche Pratiche;
- Il Coordinatore delle Attività Didattiche Teoriche;

Svolge funzioni di segretaria/o un funzionario regionale della UOD 10;

5.1.5 Segreteria Regionale dei Corsi (SRdC)

È una struttura incardinata giuridicamente nella UOD 10 – Personale del SSR, ed ha il compito di coordinare le diverse figure professionali coinvolte nel percorso formativo, espletando attività di assistenza e supporto alla didattica.

Fornisce il supporto amministrativo, tecnico ed informatico per l'attività organizzativa dei corsi, l'organizzazione e gestione dei concorsi, degli esami intermedi e finali connessi con i CFSMG.-

La Segreteria Regionale dei Corsi funge da supporto amministrativo e logistico del G.T.S. (cfr. precedente punto 5.1.2), dei Coordinatori delle Attività Didattiche Regionali (cfr. precedente punto 5.1.3) nonché del Collegio dei Docenti e Tutor (precedente punto 5.1.4) nell'esercizio delle loro funzioni, assiste e coadiuva i Docenti e le Figure di Supporto alla didattica individuate per effettuare i seminari S.R.C. nella predisposizione e gestione delle attività formative, svolge – inoltre - i compiti tipici del "front office" sia per i medici in formazione che per tutto il *Team Teaching* (Esempio: gestione del fascicolo personale del discente con raccolta dati relativi allo svolgimento del percorso didattico ed al raggiungimento degli obiettivi formativi, interfaccia e gestione dati tra i Poli Didattici Aziendali, e quello Centralizzato Regionale per la frequenza del corso e la conseguente liquidazione dei ratei borsa, raccordo amministrativo e contabile tra i diversi Enti coinvolti nella gestione dei CFSMG, istruttoria e predisposizione degli atti concernenti la liquidazione dei compensi per le figure coinvolte a livello centrale).

La Segreteria Regionale dei Corsi è logisticamente ubicata presso la sede del "**Polo Didattico Centrale**" in So.Re.Sa.SpA alla quale è affidata anche la parte gestionale delle piattaforme

informatiche, è attualmente composta da n. 2 unità di personale regionale in distacco, e da un adeguato numero di unità di personale di So.Re.Sa., che coadiuvano il Coordinatore Regionale del CFSMG. Specifiche circa compiti e funzioni della SRdC sono esplicitate in maniera approfondita nello specifico **Protocollo d'Intesa** in essere tra Regione e la So.Re.Sa. SpA

5.2 – Il Livello decentrato Aziendale

5.2.1 Coordinatori Aziendali

svolgono attività istituzionali finalizzate alla gestione delle azioni ed al coordinamento delle risorse umane impiegate a livello aziendale per garantire il raggiungimento degli obiettivi formativi del corso, assicurando l'attuazione dei programmi delle attività didattiche sia di natura pratica che teorica, in svolgimento presso i singoli "Poli Didattici".

Concordano con i Direttori delle UO nelle quali sono in svolgimento le varie fasi del corso (Ospedaliera e Territoriali) una idonea articolazione delle classi e la ottimale partecipazione alle attività dei rispettivi Tutor Ospedalieri e Territoriali.

Organizzano e gestiscono – nel rispetto della programmazione didattica – le attività seminariali di competenza aziendale (**S.R.S.**), favorendone l'integrazione con le attività di natura pratica svolte presso le proprie Strutture, avendo cura di privilegiare "l'utilizzo" di risorse umane Aziendali.

Verificano la regolarità e conformità, per ogni singola fase del corso, dei giudizi di valutazione rilasciati dai rispettivi Tutor, validandone il contenuto, inoltre sono componenti delle Commissioni per gli esami intermedi annuali.

Condividono con i Coordinatori Regionali delle Attività Didattiche Pratiche e Teoriche la valutazione globale di merito sul profitto dei singoli discenti assegnati per la frequenza del corso alla propria Azienda. Si interfacciano per tutte le incombenze amministrative e contabili atte ad una univoca e corretta gestione dei corsi, con il Coordinatore della Segreteria Regionale dei Corsi.

Dal triennio 2021/2024, per effetto dell'attuazione dal P.N.R.R., che prevede l'attribuzione – alla Regione Campania – di n. 300 borse aggiuntive (100 all'anno), **è stato necessario il coinvolgimento di alcune Aziende Ospedaliere della Campania** per consentire la corretta gestione di un così alto numero di partecipanti. Pertanto anche queste ultime metteranno a disposizione le loro strutture e professionalità per la frequenza delle fasi del corso in svolgimento presso i Reparti Ospedalieri.

5.2.2 Tutor delle strutture Ospedaliere e Territoriali

Sono dirigenti medici strutturati, che in accordo con il Direttore della UO ove sono incardinati ed il Coordinatore Aziendale (cfr. co. 2 dell'art. 27 del D.lgs 368/99 e s.m.), conducono l'attività clinica guidata dei medici in formazione e sono responsabili del percorso formativo nelle aree cliniche nei P.O. e/o territoriali nei D.S. ognuno per la propria competenza.

I Tutor – inoltre - assicurano il rispetto del monte ore dettato dal regolamento regionale, nella partecipazione dei tirocinanti all'attività pratica ivi compreso le ore riservate alla teoria (**S.G.I.**) per le quali, in condivisione con il Direttore della propria U.O. ed il Coordinatore Aziendale, definiscono la turnazione pomeridiana della classe in affido, rilevando le ore di frequenza dei discenti.

I Tutor hanno, inoltre, il compito di redigere - prima dell'inizio della propria fase di corso - la scheda di programmazione formativa di ogni singolo corsista che dovrà essere trasmessa al

Coordinatore Aziendale, e quello di formulare, al termine del periodo formativo, la relazione conclusiva sull'attività didattica svolta e sulle capacità diagnostiche e terapeutiche acquisite dal discente con la propria valutazione;

Svolgono, nell'ambito della propria Azienda, l'attività di docente nelle sessioni di Attività Didattica Teorica – S.R.S.

Sono inseriti in apposito "Albo Regionale dei Tutor Ospedalieri e Territoriali del CFSMG" gestito dalla UOD 10 Personale del SSR e devono possedere i seguenti requisiti:

- Specializzazione attinente all'area tematica del programma didattico;
- Dirigenti dipendenti in servizio del SSR Pubblico da almeno n. 5 anni.

5.3 Tutor di Medicina Generale

Sono Medici di Medicina Generale, in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale, con un'anzianità di almeno cinque anni di attività, possiedono la titolarità di un numero di assistiti pari almeno alla metà dell'ottimale Regionale previsto dall'AIR vigente, ed operano in un ambulatorio professionale accreditato (**cfr. co. 3 dell'art. 27 del D.lgs. 368/99 e s.m.**).

Per diventare Tutor di MG del CFSMG hanno prodotto istanza e, se in possesso dei requisiti (tra cui anche aver sostenuto il corso di formazione e/o aggiornamento a loro destinato ed essere in possesso del relativo attestato) sono stati inseriti in apposito "Albo dei Tutor di M.G. della Regione Campania".

Sono i responsabili del percorso formativo del medico tirocinante per il periodo di corso in svolgimento presso lo studio del Medico di Famiglia, all'uopo redigono - prima dell'inizio di ciascun periodo – la scheda di programmazione formativa che dovrà essere trasmessa al Coordinatore Aziendale del Polo Didattico di riferimento.

Garantiscono che l'attività medica ambulatoriale e domiciliare del tirocinante avvenga sotto la propria costante guida e che il tirocinante in nessun caso effettui il periodo formativo presso l'ambulatorio durante eventuali sue assenze, né lo sostituisca nelle sue funzioni.

Il tutor di Medicina Generale ha il compito di assicurare la partecipazione del tirocinante all'attività guidata, garantendo lo svolgimento del monte ore previsto (comprensivo oltre che di attività pratica, di n. 22 ore mensili di attività teorica S.G.I.), all'uopo avrà cura di compilare correttamente il registro delle presenze del tirocinante, verificando - con il dovuto rigore - il rispetto degli orari e le attività quotidianamente svolte.

Il Tutor è responsabile delle certificazioni di presenza, che dovranno essere trasmesse con cadenza mensile entro il giorno 4 del mese successivo – al Coordinatore Aziendale;

Al termine di ogni periodo formativo, ha il compito di verificare il raggiungimento degli obiettivi posti in programmazione e formulare, una relazione sull'attività didattica svolta e sulle capacità diagnostiche e terapeutiche acquisite dal medico tirocinante, con la sua valutazione di merito. Detta relazione dovrà essere trasmessa al Coordinatore Aziendale del Polo Didattico di riferimento.

L'attività presso il Tutor di MG viene posta in essere sin dall'inizio del corso, suddividendo il previsto periodo di complessivi 12 mesi, in n. 3 periodi; due periodi della durata di 3 mesi per i primi due anni di corso, ed il terzo periodo di 6 mesi previsti all'inizio dell'ultimo anno (cfr. precedente Tabelle n. 3 e n. 4).

Per il primo anno il rapporto Tutor/Tirocinanti consisterà in un vero e proprio affiancamento nel-

le attività svolte nell'ambulatorio, supervisionate e guidate dal Tutor di MG. Nel secondo e terzo anno si passerà, gradualmente, dalle attività guidate e supervisionate fino a quelle svolte in "semi autonomia" in ambiente protetto, cioè sotto la guida e responsabilità diretta del Tutor di MG.

L'impegno orario giornaliero dovrà risultare mediamente non inferiore a n. 7/8 ore (in entrambe le fasce di orario mattutina e pomeridiana) per un numero di accessi pari a 4 giorni alla settimana, in dipendenza dello svolgimento di attività didattica teorica settimanale.

Saranno le attività tipiche del medico di famiglia (le specifiche sono meglio descritte al successivo punto 6.2.7) e pertanto i tirocinanti si troveranno a collaborare con il proprio Tutor per prendere coscienza e familiarità con la presa in carico del paziente, secondo i dettami del così detto "approccio generalista"

L'abbinamento del Tutor di MG con il medico in formazione, viene indicato dal Coordinatore Aziendale ove il tirocinante è stato assegnato sulla base della preferenza del medesimo – ove possibile – e tenendo conto dei seguenti criteri elencati in ordine di priorità:

- Posizione del tirocinante nella graduatoria di ammissione al Corso;
- Facilitazione all'accessibilità o territorialità (distanza, collegamenti, ecc.);
- Valutazione requisiti Tutor (precedenti esperienze, corsi di aggiornamento, ecc.);

Ai "Tutor di MG" per l'espletamento della loro funzione, viene corrisposto un compenso mensile;

Tale costo rientra nelle "voci di spesa ammissibili" attribuite alla A.S.L. di riferimento ove i medici tirocinanti vengono assegnati ad inizio del Corso. Il riferimento economico, stabilito dal CDI di categoria, è confermato con la regolamentazione regionale di cui alla D.G.R.C. n. 53/2018, e s.i.e m. dove vengono riportati anche i parametri del rapporto da rispettare tra **Tutor MG e Discente, stabilito in 1 a 1 ed ove possibile 1 a 2 max**, quindi ad ogni Tutor saranno abbinati massimo n. 2 corsisti entrambi dello stesso corso triennale;

I Tutor di MG possono essere chiamati ad effettuare docenze nei seminari A.D.T.- S.R.S. alle stesse condizioni economiche dei Tutor Ospedalieri e devono risultare in apposito "Albo Regionale dei Tutor MG" gestito dalla UOD 10 Personale del SSR.

5.4 Il Corpo Docenti ed il personale di supporto (F.P.S.)

La docenza nelle attività didattiche teoriche nelle sessioni di ricerca e studio, nonché seminari organizzate sia presso le Aziende che presso il Polo Didattico Centrale, viene effettuata esclusivamente da coloro che risultano iscritti in apposito "Albo dei Docenti del CFSMG" la cui tenuta è a cura degli Uffici della Regione (cfr. precedente punto 5.1.1).

Per la partecipazione a tale attività è necessario possedere il seguente **requisito fondamentale**:

Esperienza professionale almeno decennale nelle aree tematiche del programma formativo didattico approvato da Gruppo Tecnico Scientifico (cfr. precedente Punto 5.1.2).

Ed inoltre devono avere il possesso di **almeno uno dei seguenti requisiti specifici**:

- 1) Diploma di Specializzazione coerente con l'area tematica;
- 2) Possesso del Diploma di Formazione in Medicina Generale o Titolo equipollente;
- 3) Convenzionamento con il SSR da almeno n. 5 anni;
- 4) Dirigente dipendente del SSR Pubblico o Privato Accreditato da almeno n. 5 anni

- 5) Esperti di Settore e Professionisti affermati con esperienza di almeno n. 5 anni di didattica nel CFSMG.

In qualsiasi caso, trattasi di personale che ha maturato esperienza nell'ambito della formazione ed è appartenente ad una delle seguenti categorie: Medici di Medicina Generale, Medici Specialisti Ambulatoriali, Docenti Universitari, Ricercatori Senior (dirigenti di ricerca, primi ricercatori), Dirigenti degli Enti del SSR, Dirigenti d'azienda esperti di settore, Professionisti affermati;

Le Aziende Sanitarie, per un'efficace integrazione delle attività didattiche di natura pratica con quelle teoriche, nella individuazione dei docenti per i seminari Ospedalieri e Territoriali (**S.R.S.= 400 ore**), avranno cura di privilegiare l'utilizzo di risorse umane interne anche per valorizzare e sviluppare il patrimonio di competenze aziendali, e potranno utilizzare anche i professionisti di cui al precedente **Punto 5.2.2**, nonché - se rientrano nel territorio di competenza - anche quelli di cui al **Punto 5.3**.

Nelle **A.D.T.- S.R.C. = 400 ORE**, sessioni di ricerca e studio, nonché nei seminari con didattica interattiva e su piattaforma E-LEARNING potranno essere coinvolte – con i **Docenti - Figure Professionali di Supporto (F.P.S.)** che avranno il compito collaborare nella fase preparatoria delle lezioni, nonché affiancare il docente durante i seminari in presenza nella gestione dell'aula (ovvero più aule virtuali se su *webinar*) e dei gruppi di lavoro tra i discenti. Queste ultime saranno individuate tra risorse umane che siano in possesso di Laurea Specialistica/Magistrale o titolo equipollente abilitante ed esperienza professionale in ambito attinente con il programma didattico del CFSMG, ovvero che abbia maturato documentata esperienza nello svolgimento dell'attività di "Tutor d'aula" nei corsi.

Anche questi ultimi dovranno avere il possesso di **almeno uno dei seguenti requisiti specifici**:

- 1) Diploma di Formazione in Medicina Generale o Titolo equipollente;
- 2) Esperienza in attività didattica nel CFSMG e/o nei corsi Universitari per il personale del SSR;
- 3) Esperienza professionale nella docenza interattiva con ausilio di I.T. e multimedialità;
- 4) Esperienza di docente e/o tutor nella formazione accreditata Ecm per personale del SSN.

Anche gli F.P.S. sono inseriti in apposito "Albo Regionale".

Infine, per la gestione delle sessioni S.R.C. su piattaforma E-LEARNING, potrà essere necessario affiancare al "Team Teaching" una ulteriore unità professionale con compiti di regia tecnologica degli eventi, il **Technical Team Administrator (T.T.A.)**, la cui attività verterà - principalmente - sui seguenti punti di azione necessari ad una corretta realizzazione degli eventi:

- Caricamento nella piattaforma del materiale utile alla lezione (video, slides, test ingresso, questionari di verifica, ecc.);
- Gestione tecnica dell'evento in streaming ed assistenza docenti e discenti;
- Controllo, distribuzione in gruppi e verifica dell'accesso partecipanti;
- Gestione delle aule virtuali per il lavoro di gruppo;
- Gestione dell'aula didattica in plenaria per le restituzioni;
- Chiusura tecnica dell'evento e ripristino funzioni standard;

6 IL PROGRAMMA DIDATTICO

Premessa

La SALUTE viene attualmente definita dalla Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come la *“capacità di adattamento e di auto gestirsi di fronte alla sfide sociali, fisiche ed emotive”*.

Tale definizione pone al centro del ragionamento il paziente/la persona, prevedendo che attraverso lo sviluppo di risorse interne, tipiche di ciascun individuo, si possano affrontare con successo anche condizioni di malattia e disabilità¹.

L'evoluzione del concetto di salute, unitamente al mutamento dello scenario sociosanitario moderno (aumento della sopravvivenza e conseguente allungamento del periodo di vita nel quale si è costretti a convivere con una o più patologie croniche, disease mongering, ipermedicalizzazione, modifiche dei bisogni di salute espressi) devono portare necessariamente ad un potenziamento del ruolo del medico.

Il Medico di Medicina Generale, più di ogni altra figura sanitaria, ha il compito di promuovere e salvaguardare la salute dei propri assistiti (in assenza e in presenza di malattia e/o disabilità) in un rapporto di reciproca conoscenza, fiducia e rispetto; per ricoprire a pieno il ruolo a cui è chiamato, creare tale rapporto di alleanza e promuovere l'autoefficacia, è necessario che egli consapevolizzi e sviluppi una serie di abilità e competenze, in parte esplicitate dal documento WONCA2.

Secondo la WONCA (Organizzazione internazionale dei medici di famiglia), la medicina generale è definita come *“disciplina accademica e scientifica, con propri contenuti educativi e di ricerca, proprie prove di efficacia, una propria attività clinica e una specialità clinica orientata alle cure primarie”*.

L'approccio generalista prevede la presa in carico del paziente *“tout court”* negli aspetti relazionali, comunicativi e di tipo tecnico-scientifico. Ciò rende la disciplina relativa alla *“Medicina Generale”* la più complessa tra le varie branche della medicina.

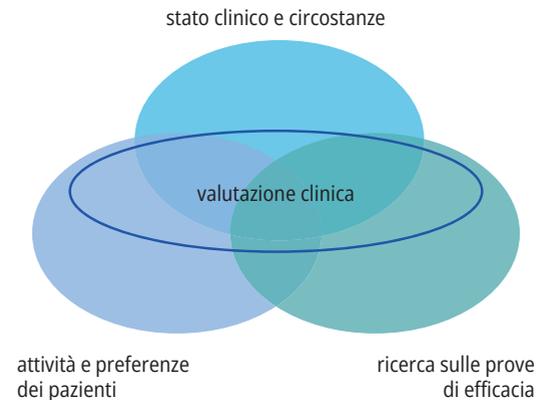
Schema dell'EBM – Medicina basata su prove di efficacia

“Le decisioni cliniche, nell'assistenza al singolo paziente, devono risultare dall'integrazione tra l'esperienza del medico e l'utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze scientifiche disponibili moderate dalle preferenze del paziente.

L'originalità della Medicina Generale sta in una pratica medica che combini sia scienza che arte. Dove l'arte della medicina è la combinazione della conoscenza medica, dell'intuizione e del discernimento”

(David Sackett, padre dell'EbM, 1996).

Cit. dalla “Guida del CFSMG” Regione Piemonte – Capo Fila Coordinamento Interregionale.



6.1 Obiettivi del Corso

L'ambizioso obiettivo finale del corso è quello di consentire ai medici in formazione di acquisire le necessarie abilità trasversali per poter essere Medico Generalista e svolgere con professionalità e competenza il difficile compito che gli sarà affidato.

Sebbene risulti estremamente complesso ed insoddisfacente frammentare ed isolare le competenze oggetto del corso, è altresì necessario a fini didattici; pertanto, verranno di seguito elencate le abilità approfondite nel documento Wonca insieme ad altre emerse più recentemente:

- competenza organizzativa delle attività, abilità nella gestione del proprio tempo e spazio e della relazione con il personale di studio;
- abilità di gestire il primo contatto, competenza nella presa in carico della persona;
- abilità di adottare un approccio centrato sulla persona;
- abilità di utilizzare il modello bio-psico-sociale tenendo conto delle dimensioni culturali ed esistenziali;
- competenza nel counseling ai fini di ottenere un'efficace relazione medico-paziente, di creare un'alleanza terapeutica;
- competenza nella gestione delle patologie a maggior prevalenza e incidenza; abilità di utilizzare il processo specifico decisionale sulla base della prevalenza e dell'incidenza delle malattie nella comunità;
- abilità e competenza nell'individuare e gestire le condizioni che si presentano in modo precoce e indifferenziato e di intervenire urgentemente quando necessario;
- competenza rispetto alle tecniche di empowerment ed abilità di promuovere la salute, il benessere psico-fisico e l'assunzione di stili di vita salutari;
- abilità nel problem solving;
- abilità nella gestione del rapporto con altri professionisti del territorio;
- competenza nella gestione della cronicità;
- abilità di coordinare le cure con altri professionisti di cure primarie e con altri specialisti

giungendo ad offrire cure efficaci e appropriate, assumendo le difese del paziente laddove necessario;

- abilità di provvedere ad una continuità longitudinale delle cure così come richiesto dai bisogni dei pazienti;
- abilità di conciliare i bisogni di salute dei singoli pazienti e i bisogni di salute della comunità in cui vivono in modo equilibrato con le risorse disponibili.

Gli obiettivi formativi del Corso sono strutturati nel rispetto delle competenze e delle caratteristiche della disciplina della Medicina Generale contenute nel Documento Wonca Europe 2002 e successive modificazioni, di seguito elencate.

Per ognuna delle sei competenze sono elencate anche le caratteristiche peculiari riferite ad esse.

• **Gestione delle cure primarie**

1. L'abilità di gestire il primo contatto con i pazienti;
2. L'abilità di coordinare le cure con altri professionisti di cure primarie e con altri specialisti giungendo ad offrire cure efficaci e appropriate, assumendo le difese del paziente laddove necessario.

• **Cure centrate sul paziente**

3. L'abilità di adottare un approccio centrato sulla persona nel trattare i pazienti e i problemi;
4. L'abilità di sviluppare e applicare la consultazione tipica della medicina generale per ottenere un'efficace relazione medico-paziente;
5. L'abilità di provvedere ad una continuità longitudinale delle cure così come richiesto dai bisogni dei pazienti.

• **Abilità specifica di *problemsolving***

6. L'abilità di utilizzare il processo specifico decisionale sulla base della prevalenza e dell'incidenza delle malattie nella comunità;
7. L'abilità di gestire le condizioni che si presentano in modo precoce e indifferenziato e di intervenire urgentemente quando necessario.

• **Approccio integrato**

8. L'abilità di gestire contemporaneamente problemi di salute acuti e cronici nel singolo individuo;
9. L'abilità di promuovere la salute ed il benessere applicando correttamente strategie di promozione della salute e di prevenzione delle malattie.

• **Orientamento alla comunità**

10. L'abilità di conciliare i bisogni di salute dei singoli pazienti e i bisogni di salute della comunità in cui vivono in modo equilibrato con le risorse disponibili.

• **Modello olistico**

11. L'abilità di utilizzare il modello bio-psico-sociale tenendo conto delle dimensioni culturali ed esistenziali.

A queste 11 caratteristiche è stata aggiunta nel 2011, un'ulteriore abilità - **l'EMPOWERMENT** - fondamentale perché la Medicina di Famiglia con il suo approccio olistico, il rapporto fiducioso, la continuità della relazione terapeutica e la possibilità di osservare il paziente e la malattia ed individuare i fattori di rischio è l'ambito più idoneo per promuovere la partecipazione del paziente al proprio percorso di cura, in particolar modo nel caso di patologie croniche e/o presenza di pluri-patologie.

Durante i tre anni di Corso, è fondamentale che gli allievi acquisiscano:

- Capacità di "pensare" secondo i dettami dell'evidenza scientifica;
- Capacità relazionali e comunicative (per essere medici maggiormente empatici);
- Capacità organizzative e gestionali (necessarie per creare un setting non contaminato dagli innumerevoli compiti del medico di famiglia).

Tutte sono competenze necessarie ad una corretta presa in carico globale del paziente e centrata sulla persona. Il modello pedagogico più idoneo è quello dell'apprendimento esperienziale (trattandosi di formazione per adulti) con il ricorso, anche durante le lezioni frontali, a momenti interattivi, di scambio, riflessione e lavori di gruppo.

6.2 METODOLOGIA

L'Andragogia è un approccio alla Formazione degli adulti (fondato da Knowles nel 1980, che lo definirà "l'arte e la scienza per aiutare l'adulto ad apprendere") che pone il discente al centro del processo formativo e che lo fa partecipare attivamente; fondamentale è la presenza di una situazione problematica indeterminata come punto di partenza, che inneschi dubbi, seguita dalla comprensione del problema, dalla spiegazione o soluzione attraverso il ragionamento induttivo, l'elaborazione delle idee prodotte attraverso la deduzione delle implicazioni e la verifica delle ipotesi³

Le metodologie utili al raggiungimento di questi scopi che pertanto verranno impiegate in questo corso sono quelle della formazione interattiva: *flipped classroom*, simulazione, *role-playing*, lettura di copioni narrativi, uso delle *Medical Humanities* etc...

La struttura didattica deve inoltre essere orientata ad un coordinamento temporale rispetto alle attività clinico pratiche effettuate dai corsisti e deve prevedere un duplice momento formativo suddiviso in:

- Attività Didattiche seminariali Territoriali, orientate maggiormente al "**saper fare**" in quanto legate al territorio ed alle attività clinico- pratiche;
- Attività Didattiche seminariali Centrali, orientate maggiormente al "**saper essere**" con momenti di riflessione sulla pratica clinica e sul proprio ruolo di medico edotto alla disciplina della medicina generale.

6.3 VALUTAZIONE

La valutazione periodica del raggiungimento degli obiettivi formativi consentirà al discente di riconsiderare i propri debiti formativi e colmarli prima della fine del corso e del conseguimento del diploma. Essa verrà effettuata con due diverse modalità attraverso n. 2 prove per ciascun anno di corso.

Nello specifico le due prove si svolgeranno in presenza e saranno:

- un “test di verifica del percorso formativo” da svolgersi presso le Aziende di assegnazione, con quiz a risposta multipla ed esame del fascicolo didattico personale;
- una “simulazione delle competenze” che verrà effettuata in sede centrale regionale.

Il “test di verifica del percorso formativo” si svolgerà presso le sedi periferiche delle AA.SS.LL. e consisterà in un test a risposta multipla composto da 30 domande che seguirà questo criterio di valutazione:

VALUTAZIONE QUESTIONARIO ED INTERPRETAZIONE DEI VOTI

INSUFFICIENTE: <18 **SUFFICIENTE:** tra 18 e 26 **OTTIMO:** > 26

La “simulazione delle competenze” si svolgerà invece in sede centrale regionale e consisterà in un colloquio volto a comprendere il ragionamento clinico di cognizione e metacognizione attivato da un setting (scenario) stimolo oppure in una prova pratica basata sul role playing o sulla simulazione e da un successivo debriefing. Tale prova, avrà lo scopo di valutare e di consentire l’autovalutazione delle competenze acquisite durante il percorso formativo da ciascun discente.

La valutazione della simulazione delle competenze verterà sulle competenze descritte in tabella e sarà accompagnata, oltre che da una votazione numerica, dall’articolazione di un giudizio in termini di feedback da parte della commissione esaminatrice volto a promuovere una riflessione, stimolare la motivazione e la soddisfazione per il percorso svolto e promuoverne la sua efficacia.

Inoltre, l’ultima prova di “simulazione delle competenze” avrà lo scopo di formulare un giudizio personale scritto per ciascun discente che sarà preliminare alla sessione di discussione della tesi e accompagnerà il discente all’acquisizione del titolo formativo.

VALUTAZIONE SIMULAZIONE DELLE COMPETENZE

COMPETENZA	VALUTAZIONE
Accoglienza e presa in carico	da 0 a 5
Ridefinizione del reale bisogno di salute del paziente	da 0 a 5
Capacità di coniugare la pratica basata sulle prove di efficacia (EBP) con la medicina narrativa (NBM)	da 0 a 5
Capacità di implementare un modello organizzativo efficiente	da 0 a 5
TOTALE	Da 0 a 20

INTERPRETAZIONE DEI VOTI

INSUFFICIENTE: <8 **SUFFICIENTE:** tra 8 e 13 **OTTIMO:** > 13

6.4 ATTIVITA' DIDATTICA PRATICA (A.D.P.)

L’attività pratica ha lo scopo di offrire competenze specifiche nell’individuazione e soluzione dei problemi e nella gestione delle procedure, facendo partecipare direttamente i medici in formazione alle attività clinico-professionali. In questa parte occorre che sia garantita l’esperienza del “fare” guidato e “dell’imparare facendo”. Solo così il medico in formazione sarà in grado di eseguire direttamente le manovre semeiotiche, strumentali ed operative previste nel piano formativo, oltre a consapevolizzare ed eventualmente migliorare (apprendimento esperenziale), il suo livello di “quoziente empatico” nell’ambito della relazione medico-paziente, presupposto imprescindibile per una efficace presa in carico, sia sotto la supervisione del Tutor che in autonomia. Di seguito in dettaglio vengono indicati i periodi formativi dell’attività pratica declinati nei loro singoli problemi da affrontare e nelle differenti procedure che costituiscono i “minimal skills” da acquisire obbligatoriamente durante il periodo di tirocinio nelle diverse aree.

Nello svolgimento delle varie fasi del corso presso i PP.OO., contestualmente al tirocinio pratico i Tutor delle varie aree completeranno l’iter formativo dei tirocinanti coinvolgendoli attraverso lo studio guidato integrato nella:

- Analisi delle varie modalità di presentazione del problema al medico di medicina generale,
- Progettazione di un iter diagnostico ipotetico-deduttivo che tenga conto delle peculiarità dell’approccio in medicina generale, della logica bayesiana, del rapporto costo/beneficio (in termini economici e di “invasività” nei confronti del paziente),
- Impostazione ed attuazione di un piano terapeutico (farmacologico, chirurgico, riabilitativo) adeguato al problema secondo i criteri del rapporto costo/beneficio e beneficio/rischio,
- Valutazione, predisposizione e realizzazione attiva di un opportuno piano di controlli nel tempo per valutare l’efficacia del trattamento, individuare tempestivamente eventuali eventi avversi da esso provocati, riconoscere precocemente la ricomparsa del problema o la sua progressione,
- Scelta fra la gestione diretta del problema da parte del medico di medicina generale, la collaborazione con altre figure professionali, il ricorso al ricovero ospedaliero e messa in atto delle diverse modalità assistenziali,
- Verifica della fattibilità di interventi preventivi o di screening e loro eventuale attuazione.

6.4.1 MEDICINA CLINICA E DI LABORATORIO – FASE a)

Durante lo svolgimento dell’attività formativa prevista per questa Area Tematica verranno affrontate le seguenti problematiche cliniche:

- Cardiopatia ischemica (valutazione del rischio complessivo, diagnosi, follow up, opzioni terapeutiche);
- Aritmie;
- Insufficienza cardiaca (prevenzione, norme igienico-dietetiche, terapia di patologie intercorrenti);
- Ictus cerebrale (prevenzione, opzioni terapeutiche, riabilitazione);
- Asma bronchiale (ricerca delle cause e terapia);

- Broncopneumopatia cronica (terapia di base, profilassi delle riacutizzazioni e loro trattamento);
- Infezione acuta delle basse vie respiratorie (trattamento, anche in considerazione delle patologie coesistenti);
- Epatopatie (gestione delle epatiti croniche, terapia della cirrosi e trattamento delle patologie intercorrenti);
- Insufficienza renale cronica (prevenzione della progressione, trattamento delle patologie intercorrenti nel dializzato);
- Patologia neoplastica (problema degli screening, opzioni terapeutiche delle forme più comuni, controllo nel tempo in collaborazione con l'oncologo);
- Obesità e sovrappeso;
- Tireopatie;
- Artropatie (differenziazione fra forme infiammatorie e degenerative, piano diagnostico, educazione igienico-comportamentale, terapia e controllo nel tempo delle varie forme);
- AIDS e "sieropositività" ;
- Tubercolosi;
- Ansia e depressione in medicina generale (approccio diagnostico, scelte terapeutiche);
- Psicosi (riconoscimento dei segnali di pericolosità, indicazioni e modalità di attivazione del Trattamento Sanitario Obbligatorio);
- Epilessia (particolare attenzione ai suggerimenti comportamentali in merito a lavoro, sport, gravidanza, ed al trattamento di patologie associate o intercorrenti);
- Demenza (valutazione neuropsicologica, informazione ed educazione dei familiari);
- Gestione del paziente anziano;
- Dolore cronico (trattamento);
- Astenia inspiegabile (approccio diagnostico);
- Febbre di origine sconosciuta;
- Cefalea;
- Tremore;
- Lipotimia e sincope (orientamento diagnostico e terapia);
- Dispnea acuta (diagnosi e terapia al letto del malato);
- Dolore toracico acuto (modalità di primo intervento);
- Diagnosi di laboratorio: il valore informativo dei principali esami (sensibilità, specificità, valore predittivo) gli esami "di routine", le valutazioni cliniche sulla scorta dei risultati diagnostici;
- Elettrocardiografia: approfondimento delle tecniche di lettura dell'elettrocardiogramma;
- Elementi di diagnostica per immagini;

6.4.2 CHIRURGIA GENERALE – FASE b)

Durante lo svolgimento dell'attività formativa prevista per questa Area Tematica verranno affrontate le seguenti problematiche cliniche:

- Alterazioni della funzione digestiva (dispepsia, stipsi, diarrea: inquadramento diagnostico e trattamento);
- Dolore addominale acuto (diagnosi e terapia a domicilio);
- Dolore addominale di recente insorgenza (iter diagnostico);
- Sangue nelle feci (piano diagnostico);
- Emorroidi, ragadi, proctiti;
- Le ernie;
- Arteriopatie e flebopatie degli arti inferiori;
- Nodulo al seno (esame obiettivo ed iter diagnostico);
- Tumefazione della regione cervicale (iter diagnostico);
- Ustioni (valutazione e trattamento);
- Trauma osteoarticolare (modalità di intervento a domicilio e riabilitazione dopo immobilizzazione);
- Cervicotalgia, spalla dolorosa, lombalgia, coxalgia, gonalgia;
- Disturbi urinari (disuria, ematuria, pollachiuria, incontinenza, diagnosi ed indicazioni terapeutiche) I disturbi urinari e l'incontinenza urinaria nella ipertrofia /neoplasia prostatica e nelle patologie di tipo uro-ginecologico della donna;
- Preparazione all'intervento chirurgico (screening preoperatorio, aggiustamenti terapeutici);
- Chirurgia mini-invasiva e tecniche di chirurgia ambulatoriale;
- Paziente operato (organizzazione dell'assistenza dopo la dimissione);
 - Assistenza al paziente atomizzato;
 - La chirurgia ambulatoriale;
 - Dalla prevenzione al follow up della patologia venosa profonda;
 - Le fratture nell'anziano gestione integrata;
 - Le lesioni da decubito e loro trattamento;

6.4.3 DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE – FASE c)

Durante lo svolgimento dell'attività formativa prevista per questa Area Tematica verranno affrontate le seguenti problematiche cliniche:

- Allattamento (aspetti alimentari, conseguenze sul bambino dell'alimentazione e dell'assunzione di farmaci da parte della madre);

- Valutazione del corretto accrescimento psicofisico del bambino;
- Valutazione dell'ambiente in cui vive il bambino e modalità di intervento familiare e sociale (con particolare attenzione al bambino maltrattato);
- La comunicazione con il bambino e con i familiari;
- La prevenzione in età pediatrica (incidenti domestici, malattie infettive, malattie dell'età adulta: metaboliche, cardiovascolari ed oncologiche);
- Pubertà normale, precoce e ritardata;
- Il bambino inappetente;
- Le malattie esantematiche;
- Il bambino con dolori articolari;
- Inquadramento del bambino affetto da:
 - Problematiche respiratorie, allergopatie;
 - Dolore addominale, stipsi, diarrea;
 - Iperpiressia;
 - Esantema;
 - Disturbi del comportamento;
 - Diarrea e dolore addominale nell'infanzia;
 - Tosse;
 - Dispnea;
 - Le convulsioni;
 - Il bambino traumatizzato (intervento in emergenza);
 - La terapia farmacologica nel bambino: adeguamenti posologici;

6.4.4 TUTOR DI MEDICINA GENERALE - FASE d)

Durante lo svolgimento dell'attività formativa prevista per questa Area Tematica – **sviluppata a differenza delle precedenti in tutti i 3 anni del corso, come specificato nel precedente punto 5.3** - verranno affrontate le seguenti problematiche cliniche:

- ✓ Ruolo, attività e compiti del Medico di Medicina Generale
- ✓ Principi di bioetica
- ✓ Gli aspetti medico-legali della professione, il problema della *malpractice*, le attività ed il ruolo dell'Ordine professionale, la deontologia medica
- ✓ La Formazione Continua
- ✓ Gli strumenti di aggiornamento: libri, riviste, CD rom, ricerca via Internet
- ✓ La medicina delle prove di efficacia (*Evidence Based Medicine*)
- ✓ La verifica e miglioramento della qualità (*peer-review, audit ...*)

- ✓ I problemi fiscali dell'esercizio professionale
- ✓ L'organizzazione dello studio: da solo o in associazione, con personale di Segreteria o infermieristico
- ✓ Le modalità di prestazione dell'assistenza: in studio, a domicilio, in collaborazione con altre figure professionali
- ✓ Il ruolo dei MdMG come operatori della sanità pubblica con specifico riferimento all'impegno nelle équipe e all'interazione programmatica con Distretti, CdS, Ospedali, specie per l'organizzazione dei percorsi di continuità assistenziale".
- ✓ La medicina di opportunità e quella di iniziativa
- ✓ La raccolta e l'archiviazione dei dati (la cartella medica orientata per problemi, i registri per patologia e l'informatizzazione)
- ✓ La ricerca in medicina generale
- ✓ La borsa del medico
- ✓ Il rapporto medico-paziente, medico-paziente-famiglia, Tutore-tirocinante-paziente
- ✓ La comunicazione: conduzione del colloquio, raccolta dei segnali non verbali, identificazione delle motivazioni principali e di quelle secondarie della richiesta di visita, l'empatia, il counselling
- ✓ La conduzione dell'esame obiettivo focalizzato sul "problema" senza trascurare i principi della medicina di opportunità
- ✓ Metodologia clinica: l'approccio per problemi, l'approccio bayesiano, significato e limiti del ricorso alla consulenza specialistica, valutazione ragionata degli esami di laboratorio e strumentali (sensibilità, specificità, valore predittivo, invasività, costo), l'opzione fra assistenza domiciliare e ricovero, la collaborazione con le altre figure professionali sanitarie
- ✓ Esami di laboratorio e strumentali nello studio del medico generale: quali e con quali strumenti
- ✓ La terapia farmacologica: efficacia, tollerabilità, interazioni tra farmaci, compatibilità con patologie coesistenti, accettabilità (tempi e modi di somministrazione), costo, aspetti normativi (indicazioni approvate, note A.I.FA); il placebo
- ✓ L'informazione scientifica del farmaco
- ✓ La farmacovigilanza
- ✓ La riabilitazione
- ✓ La certificazione
 - di malattia per l'indennità economica dei lavoratori dipendenti
 - di invalidità a fini pensionistici
 - di infortunio sul lavoro e di malattia professionale
 - di malattia o infortunio per usi privati
 - di buona salute e di idoneità all'attività sportiva

- ✓ Il referto
- ✓ Le denunce
 - di causa di morte
 - di malattia infettiva
 - di malattia professionale nell'industria
 - di vaccinazione obbligatoria
- ✓ Modalità di intervento sul singolo assistito per la prevenzione e/o la diagnosi precoce delle malattie metaboliche, cardiovascolari, oncologiche, degenerative
 - educazione alimentare, prevenzione e trattamento del sovrappeso
 - individuazione ed eliminazione dei comportamenti a rischio
 - ricerca attiva, individualizzata, dei segni e sintomi della patologia
- ✓ Il problema delle dipendenze: individuazione delle famiglie e dei soggetti a rischio, intervento preventivo, trattamento in collaborazione, sorveglianza per la prevenzione delle ricadute
- ✓ L'adolescente: aspetti fisiologici e patologici, problematiche psicologiche e sessuali
- ✓ L'anziano: prevenzione della disabilità
- ✓ Gestione delle patologie croniche
 - prevenzione, diagnosi precoce e trattamento delle complicanze e delle patologie intercorrenti
 - sorveglianza della compliance igienico-dietetica e farmacologica
 - educazione e sostegno psicologico dei familiari
- ✓ Diabete mellito ed ipertensione arteriosa: prevenzione, gestione integrata, sorveglianza della *compliance* dietetica e farmacologica, diagnosi precoce delle complicanze, istruzione all'automonitoraggio
- ✓ Il malato "terminale": nutrizione artificiale, terapia del dolore e cure palliative a domicilio in
- ✓ collaborazione con le strutture della Unità Sanitaria Locale e nel rispetto della dignità della persona
- ✓ La morte: sostegno psicologico al morente ed alla famiglia

Durante il periodo formativo presso l'ambulatorio del MMg il tutor medico di medicina generale provvederà anche allo svolgimento di A.D.T. - S.G.I. Lo studio pratico guidato integrato alle attività pratiche e finalizzato al conseguimento di competenze specifiche sia clinico metodologiche, sia preventive ed organizzative / gestionali

6.4.5 STRUTTURE DI BASE TERRITORIALI – FASE e)

L'attività formativa da svolgersi presso le Strutture Territoriali comprende la partecipazione dei medici in formazione alle consuetudini clinico-professionali quotidianamente affrontate presso :

a) UNITA' OPERATIVE della Medicina di Base e dei Poliambulatori (compresi i centri di Medicina respiratoria, antidiabetici, medicina dello sport, etc...)

Obiettivi formativi - favorire la conoscenza di:

- Piani Sanitari Nazionali ed il piano sanitario regionale per la Prevenzione
- I nuovi L.E.A. e le attività territoriali
- L'A.C.N. della Medicina generale: la convenzione per la medicina generale e le nuove prospettive organizzative
- Il ruolo e le competenze del MMg nell'ambito del SSN ed anche in relazione ai bisogni dei cittadini europei e non europei ed agli stranieri temporaneamente presenti.
- Gli strumenti operativi della gestione del personale: la motivazione del personale ed il team building
- La gestione dei conflitti organizzativi
- La comunicazione istituzionale ed interpersonale, la misurazione dell'attività delle organizzazioni sanitarie, tipologia di indicatori sanitari
- La Clinical Governance, la qualità in sanità, tipologia di indicatori sanitari, il processo di determinazione delle priorità in sanità
- Modelli di gestione del rischio clinico
- L'anagrafe degli assistiti e le esenzioni per reddito e patologie
- Percorsi specifici per dializzati e trapiantati, la procreazione medicalmente assistita
- Il budget della Medicina Generale e la valutazione delle performance
- Analisi dei consumi sanitari - correlato ai comportamenti e alle responsabilità prescrittive del MMG
- Supporto al budget e percorsi malattie rare, ecc.
- Il ruolo dell'UCAD e la gestione condivisa dei bisogni del territorio
- La conoscenza diretta delle attività specialistiche erogate dal Distretto presso i Poliambulatori ed i servizi distrettuali

b) Attività pratica presso gli ambulatori ed i servizi distrettuali, mirata all'acquisizione di ulteriori competenze professionali e di tecniche diagnostico-terapeutiche di base (ad es. prelievo venoso, Spirometria, ECG, prelievi per emogasanalisi, ecografia, etc..) oltre che completare le competenze cliniche per le attività specialistiche già affrontate nel percorso ospedaliero (Otorinolaringoiatriche, oculistiche, neurologiche, ortopediche, fisiatriche, urologiche, cardiologiche, angiologiche etc...)

Insieme al tutor si struttureranno contestualmente i seguenti contenuti formativi:

- Rilevazione in medicina generale dei bisogni di salute dei singoli e delle risorse della comunità
- Azioni per la presa in carico del cittadino e dei bisogni sanitari emergenti
- Competenze distintive del MMg nell'ambito delle Cure Primarie
- Integrazione tra MMg, attività territoriali specialistiche e strutturazione dei PDTA territoriali
- La gestione di piattaforme condivise (flussi informativi, attività di screening, ADI, Saniarp etc..)

Competenze da raggiungere:

- Saper declinare i concetti fondamentali del SSN e dei LEA nella Medicina Generale;
- Cogliere le differenze tra il Servizio Sanitario Nazionale e quelli esteri ed i valori e le strategie dei Piani nazionali e regionali;
- Conoscere le competenze distintive del MMg;
- Conoscere le attività in integrazione tra il MMg ed il livello specialistico territoriale ed ospedaliero;
- Conoscere tutte le attività territoriali organizzate in integrazione ed il ruolo fondamentale svolto dal MMg;

c) UNITA' OPERATIVE assistenza MATERNO INFANTILE

Il centro vaccinale e l'anagrafe vaccinale

- Il Piano nazionale vaccini le vaccinazioni obbligatorie e raccomandate;
- Le attività rivolte agli adulti nell'ambulatorio vaccinale;
- Le vaccinazioni per i viaggiatori, le profilassi ed i consigli per i viaggiatori internazionali;
- La vaccinazione antinfluenzale nelle categorie a rischio e nell'anziano ruolo del MMg;

Il consultorio familiare e lo spazio adolescenti

- La donna che intende affrontare una gravidanza: la consulenza pre-concezionale, la valutazione clinico-laboratoristica, indicazioni igienico-dietetiche, profilassi delle anomalie del tubo neurale;
- Educazione alla procreazione consapevole;
- Contraccezione;
- Interruzione volontaria di gravidanza;
- Sterilità di coppia: orientamenti diagnostici;
- La richiesta di IVG presso lo spazio adolescenti;
- Monitoraggio della gravidanza normale;
- Screening per la prevenzione del tumore del collo dell'utero;
- La prevenzione delle malattie a trasmissione sessuale e dell'HIV;
- Screening e presa in carico del paziente con HIV/IST;

Neuropsichiatria infantile

- L'équipe territoriale ed il progetto personalizzato;
- La valutazione clinica e la visita in neuropsichiatria infantile;

Senologia e screening del tumore al seno

- Prevenzione del tumore al seno;
- La mammografia;
- L'ecografia mammaria;
- La visita senologica;

Competenze da acquisire

- Conoscere i vaccini obbligatori e raccomandati per bambini, adulti e anziani
- Saper consigliare i cittadini ad aderire in modo consapevole alle vaccinazioni
- Saper consigliare le precauzioni da adottare in caso di viaggio all'estero
- Conoscere incidenza e prevalenza delle malattie oncologiche e favorire l'adesione ai progetti di screening oncologici
- Conoscere incidenza e prevalenza delle malattie a trasmissione sessuale e favorire la prevenzione attraverso comportamenti corretti
- Conoscere i metodi di rilevazione del disagio, dell'handicap, dei DSA, per l'avvio ai percorsi specifici in neuropsichiatria infantile, supportare i genitori nei percorsi di cura.
- Favorire la conoscenza dell'importanza dell'autopalpazione per prevenzione del tumore al seno ed avviare i pazienti ai percorsi di screening

d) UNITA' OPERATIVE della Medicina Legale

- La certificazione medica (in ambito INAIL, INPS, Medicina Sportiva etc.);
- La ricetta medica (ricettazione SSN, ricettazione non SSN: ricette ripetibili e non ripetibili, terapia del dolore etc.);
- La tutela della privacy ed il consenso informato;
- La visita necroscopica e la certificazione di morte;
- Referto e rapporti con gli organi dello Stato;

Competenze da acquisire:

conoscere le principali problematiche medico-legali che si incontrano nella Medicina generale, la corretta ricettazione, certificazione e refertazione

e) UNITA' OPERATIVE dell'Assistenza ANZIANI - UVI

- L'assistenza integrata a domicilio
- L'Unità di valutazione integrata ed il ruolo del MMg
- Descrizione delle modalità di risposta organizzativa alle necessità dell'assistenza domiciliare
- Strategie per una corretta risposta sanitaria ed organizzativa alle necessità territoriali
- L'integrazione ospedale-territorio e la presa in carico dell'anziano fragile
- Le demenze e la comunicazione con i caregiver

Competenze da acquisire:

- saper gestire necessità e strategie gestionali per l'assistenza domiciliare
- saper gestire le difficili fasi di interfaccia (ricovero, dimissioni)

Cure palliative e terapia del dolore

- Lo sviluppo delle Cure Palliative in Italia. L'assistenza domiciliare per la persona con ma-

lattia oncologica in fase terminale. Problemi di informazione, comunicazione e relazione (dal "percorso del paziente oncologico" alle "cure di fine vita").

- Il malato "terminale": nutrizione artificiale, terapia del dolore e cure palliative a domicilio
- Alla fine della vita: il sintomo refrattario e la sedazione palliativa;
- Le cure palliative nel paziente terminale non oncologico
- La sofferenza e il dolore. Diagnosi e valutazione del dolore. Trattamento farmacologico del dolore (in particolare: le raccomandazioni per l'utilizzo degli oppiacei). La ricetta per la prescrizione semplificata

Competenze da acquisire:

- Saper lavorare nella équipe territoriale per impostare correttamente un piano assistenziale
- Saper comunicare con il paziente e con la famiglia
- Saper affrontare i sintomi della malattia con adeguati provvedimenti farmacologici
- Saper affrontare gli aspetti etici e relazionali

f) AREA DIPARTIMENTI (Dipendenze, Prevenzione, Salute Mentale)

- Le dipendenze (droghe, alcool, fumo: aspetti clinici e farmacologici, l'approccio all'assistito con problemi di dipendenza)
- I gruppi di autoaiuto
- Il ruolo della promozione della salute nella prevenzione delle dipendenze
- Competenze di counselling sanitario in area dipendenze
- La tutela dell'ambiente e la prevenzione delle patologie da inquinamento
- La protezione dalle radiazioni ionizzanti
- Gli alimenti: i controlli e l'igiene e le normative di riferimento
- Gestione dei pazienti con ansia e depressione, disturbi del sonno
- Identificare nel colloquio medico-paziente i sintomi di disagio psichico nell'adolescente, nell'adulto e nell'anziano
- Strategie per rispondere al disagio psichico e prevenirne la evoluzione in maniera efficace
- Psichiatria di base presso i CIM e ruolo del medico di medicina generale
- Il TSO

Ove possibile attività pratica in Area Hospice e RSA.

Conoscenza dei percorsi integrati già in essere nelle ASL:

Percorsi specifici per stroke ed I.M.A

La rete riabilitativa ed il ruolo del MMg

Le Reti integrate spoke ed hub ed il MMg

6.4.6 OSTETRICIA E GINECOLOGIA – FASE f)

Durante lo svolgimento dell'attività formativa prevista per questa Area Tematica verranno affrontate le seguenti problematiche cliniche:

- La gravidanza fisiologia e puerperio;
- Ruolo del MMG nel percorso di interruzione volontaria di gravidanza;
- La patologia oncologica ginecologica;
- La donna in menopausa;
- La contraccezione: ruolo del MMg;
- La fecondazione "assistita";
- Monitoraggio della gravidanza normale e a rischio;
- L'alimentazione in gravidanza;
- Farmaci in gravidanza e per la gravidanza;
- Dolori addominali in gravidanza;
- Le "perdite" vaginali;
- I dolori pelvici;

6.4.7 AREA di PRONTO SOCCORSO – FASE f/bis)

Durante lo svolgimento dell'attività formativa prevista per questa Area Tematica verranno affrontate le seguenti problematiche cliniche:

- Le urgenze in Pronto Soccorso;
- Valutazione del paziente con dolore addominale;
- Individuazione dell'appropriatezza del ricorso al Pronto Soccorso e identificazione delle modalità alternative di intervento applicabili sul territorio, in particolare individuazione delle urgenze "mediche" trattabili in prima persona e delle "emergenze" da ricoverare dopo aver impostato il trattamento iniziale;
 - Pulizia, medicazione e sutura delle ferite superficiali;
 - Trattamento della traumatologia minor.e;
 - Acquisizione delle competenze per il primo trattamento del traumatizzato "maggiore";
 - Acquisizione delle tecniche di rianimazione cardiorespiratoria;

6.5 ATTIVITA' DIDATTICA TEORICA (A.D.T.)

Come anticipato al precedente punto 3.9 l'Attività Didattica Teorica si distingue in quattro tipologie di formazione:

- 1) S.G.I. - Studio clinico guidato integrato all'attività pratica = 500 ore;
- 2) S.R.S. - Sessioni di ricerca e Studio finalizzato = 400 ore;
- 3) S.R.C. - Sessioni di ricerca e Seminari in plenaria = 400 ore;
- 4) F.A.D. - Formazione a distanza = 300 ore;

6.5.1 STUDIO GUIDATO INTEGRATO (S.G.I. = 500 ORE)

È una attività di gruppo e/o individuale che comprende ricerche bibliografiche, compiti progettuali e attività di ricerca “sul campo”, effettuata dalla classe di A.D.P. - per ciascuno periodo formativo in svolgimento presso i Presidi Ospedalieri ed i Distretti Sanitari (mediamente per n. 10 ore al mese) - sotto la guida e responsabilità dei Tutor Ospedalieri e/o Territoriali.

Diversamente, nei periodi in cui i discenti (min. 1 e max 2) sono affidati ai Tutor di MG, detta attività ricopre mediamente ca. n. 22 ore al mese, da svolgersi durante l'attività presso il loro ambulatorio.

I Tutor Ospedalieri e Territoriali e quelli di MG, attivano il discente alla cura ed all'approfondimento dei casi clinici affrontati durante l'attività pratica e/o di un tema inerente alle attività professionali del Medico di Medicina Generale.

6.5.2 A.D.T. – S.R.S. - SESSIONI DI RICERCA E STUDIO - AZIENDALI

Le sessioni di ricerca e studio fanno parte anch'esse delle attività teoriche e consistono nell'approfondimento degli argomenti del programma didattico con lezioni e lavoro di gruppo (destinate alla classe di attività teorica) organizzate dai Coordinatori Aziendali per ciascun periodo formativo. L'obiettivo è quello di stimolare nei medici in formazione l'abitudine al confronto e alla discussione che, se mantenuta, può contribuire al miglioramento delle competenze e delle prestazioni professionali del Medico di Medicina Generale.

Orientate maggiormente al “saper fare” in quanto legate al territorio ed alle attività clinico-pratiche, l'organizzazione dei Seminari Territoriali dovrà prevedere una strutturazione didattica basata sull'approfondimento degli argomenti affrontati durante il periodo ospedaliero/territoriale/studio MMG. Il fine è quello di consolidare le conoscenze di interesse per il MMG nell'area tematica specifica di riferimento ed acquisire aggiornamenti. Determinante sarà la capacità di affrontare i problemi posti dai pazienti implementando il “saper essere” delle attività centrali nel comportamento lavorativo efficace nei diversi contesti clinici. Si avrà la possibilità di discutere sul corretto iter decisionale diagnostico terapeutico dei casi clinici più significativi.

A completamento di questa tipologia di attività didattica, è prevista la possibilità di partecipazione della classe ADT - SRS (cfr. Punto 2.2) ad eventi straordinari (extra-programma didattico) riguardanti comunque aspetti della professione del medico di medicina generale che siano compatibili con il percorso formativo del CFSGM, su proposta del Coordinatore Aziendale e previa autorizzazione del Coordinamento Regionale.

STRUTTURA DELL'ATTIVITA DIDATTICA TERRITORIALE

ORE SINGOLO EVENTO FORMATIVO = 6

NUMERO EVENTI NEL TRIENNIO = 67

MACROAREA	ANNO	NUMERO	DESCRIZIONE EVENTO
Strutture di Base e Territoriale	Primo	1	Seminario Introduttivo: Conoscenza
		2	Seminario Introduttivo: Processo
		3	Seminario Introduttivo: Feedback e valutazione
Medicina Clinica e Laboratorio	Primo	4	ECG LE BASI: prima parte
		5	INTERPRETAZIONE ESAMI LABORATORIO: CASI CLINICI
		6	MAPPATURA NEI NEVOSCOPIA MELANOMA CUTANEO
		7	SPIROMETRIA: LE BASI E I CASI CLINICI
		8	ECG LE BASI: seconda parte
		9	EMOGASANALISI: LE BASI PRESCRIZIONE OSSIGENO LIQUIDO
Medicina Generale	Primo	10	ECOGRAFIA GENERALISTA LE BASI: prima parte
		11	AUDIT INTERNO AUDIT ESTERNO UCAD REPORT (GESTIONE CONDIVISA DIABETE/ SCHEDA FRAGILITA')
		12	ORGANIZZAZIONE VISITE, GESTIONE SALA D'ATTESA E TRIAGE
		13	ECOGRAFIA GENERALISTA LE BASI: seconda parte
		14	SLOW MEDICINE prima parte
		15	INDICAZIONE E MODALITA' PRESCRITIVE DELLA CANNABIS MEDICINA
Chirurgia Generale	Primo	16	OTOSCOPIA: LE BASI
		17	CORSO DI SUTURA: LE BASI
		18	GESTIONE DELLA LESIONE DA DECUBITO INIEZIONE S.C./I.M., PRELIEVO VENOSO, TAMPONE NASO-FARINGEO, CATERISMO VESCICALE
		19	DIAGNOSI E TRATTAMENTO DI TROMBOSI VENOSA PROFONDA: CASI CLINICI
		20	INFILTRAZIONE ARTICOLARE ESERCITAZIONE E CASI CLINICI: prima parte
Valutazione	Primo	21	Test di verifica del percorso formativo

MACROAREA	ANNO	NUMERO	DESCRIZIONE EVENTO
Dipartimento Materno Infantile	Secondo	22	SCREENING ONCOLOGICO: MAMMELLA E UTERO ESAME OBIETTIVO SENOLOGICO
		23	CENTRO VACCINALE: CALENDARIO, BUONA PRATICA (COUNSELLING).
		24	SPAZIO ADOLESCENTI: SUPPORTO PSICOLOGICO ED EDUCAZIONALE
		25	NEUROPSICHIATRIA INFANTILE: DISTURBI NEUROLOGICI NELL'ETA' DELLO SVILUPPO
		26	CONSULTORIO FAMILIARE: SOSTEGNO ALLA GENITORIALITA', EDUCAZIONE SESSUALE PERCORSO IVG
Pronto Soccorso	Secondo	27	CORSO DI PRIMO SOCCORSO BLS: LE BASI
		28	CORSO DI PRIMO SOCCORSO BLS: ESERCITAZIONE
		29	Protocolli assistenziali: IMA-STEMI-POLI TRAUMA-STROKE-TIA-VERTIGINE 1°parte
		30	Protocolli assistenziali: IMA-STEMI-POLI TRAUMA-STROKE-TIA-VERTIGINE: 2°parte
		31	DIAGNOSI E TRATTAMENTO EDEMA POLMONARE ACUTO -EMERGENZE DIABETOLOGICHE
		32	GESTIONE DELL'EMERGENZA PSICHIATRICA
Medicina Generale	Secondo	33	ECG LA PATOLOGIA: prima parte
		34	ECOGRAFIA GENERALISTA LA PATOLOGIA: prima parte
		35	ECG LA PATOLOGIA: seconda parte
		36	ECOGRAFIA GENERALISTA LA PATOLOGIA: seconda parte
		37	SLOW MEDICINE seconda parte
		38	PRESCRIVIBILITA'/RIMBORSABILITA' -NOTE AIFA _ FARMACI SOTTOPOSTI A PIANO TERAPEUTICO (INTRA EXTRA REGIONALE) TERAPIA EPARINICA

MACROAREA	ANNO	NUMERO	DESCRIZIONE EVENTO
Medicina Clinica e Laboratorio	Secondo	39	OTOSCOPIA: esercitazione
		40	SPIROMETRIA: esercitazione
		41	PUA: CURE DOMICILIARI DI PRIMO E SECONDO LIVELLO
		42	INTERPRETAZIONE RX TORACE: LE BASI – ESERCITAZIONE
		43	L'ESAME NEUROLOGICO NELL'APPROCCIO GENERALISTA
Valutazione	Secondo	44	Test di verifica del percorso formativo
Medicina Generale	Terzo	45	INTERPRETAZIONE RX OSTEO-ARTICOLARE: CASI CLINICI
		46	ECG :CASI CLINICI prima parte
		47	ECOGRAFIA GENERALISTA ESERCITAZIONE E CASI CLINICI: prima parte
		48	SPIROMETRIA ESERCITAZIONE E CASI CLINICI
		49	SLOW MEDICINE terza parte
		50	ECG CASI CLINICI seconda parte
		51	ECOGRAFIA GENERALISTA ESERCITAZIONE E CASI CLINICI: 2^ parte
		52	AUDIT INTERNO -AUDIT ESTERNO, UCAD, REPORT: GESTIONE CONDIVISA DIABETE, SCHEDA FRAGILITA'
		53	PROGRAMMA GESTIONALE: importanza e modalità della raccolta dati
		54	PROMOZIONE ED EDUCAZIONE ALLA SALUTE: EMPOWERMENT
		55	ESAME OBIETTIVO AFFEZIONI ARTICOLARI, MUSCOLARI, TENDINEE
		56	INTERPRETAZIONE ESAMI DI LABORATORIO

MACROAREA	ANNO	NUMERO	DESCRIZIONE EVENTO
Strutture di Base e Territoriali	Terzo	57	MEDICINA IMMIGRAZIONE AMBULATORI/STP-ENI
		58	CURE PALLIATIVE DI III LIVELLO E CURE PALLIATIVE - INTERVENTI NUTRIZIONALI
		59	CORSO DI SUTURA: Esercitazione
		60	INFILTRAZIONE ARTICOLARE ESERCITAZIONE E CASI CLINICI: seconda parte
		61	AFFEZIONI ARTICOLARI MUSCOLARI TENDINEE: CENNI DI FISIOTERAPIA
		62	CONSTATAZIONE DI DECESSO: MODELLO ISTAT
		63	EMOGASANALISI: LA PATOLOGIA, ESERCITAZIONE E CASI CLINICI
		64	IL PEIDE DIABETICO
		65	PENITENZIARIA: Dinamiche di salute in regime di detenzione, organizzazione dei servizi
		66	ACN AIR COMITATO EX ART 23 COMITATO EX ART 24 GRADUATORIA REGIONALEV AZIENDALE MODALITA' ACCESSO ALLA PROFESSIONE ESENZIONI REDDITO, PATOLOGIA MALATTIE RARE TRAPIANTI FUORI REGIONE
Valutazione	Terzo	67	Test di verifica del percorso formativo

GRIGLIA DI RIEPILOGO DEI CORSI

DESCRIZIONE	NUMERO SEMINARI			TOTALE
	I ANNO	II ANNO	III ANNO	ORE
ELETTROCARDIOGRAFIA	2	2	2	36
ECOGRAFIA GENERALISTA	2	2	2	36
SPIROMETRIA	1	1	1	18
EMOGAS ANALISI	1	1	1	18
SLOW MEDICINE	1	1	1	18
INFILTRAZIONE ARTICOLARE	-	1	1	12
CORSO DI SUTURA	1	-	1	12
OTOSCOPIA	1	1	-	12
PRIMO SOCCORSO BLS/D	-	2	-	12

6.5.3 A.D.T. – S.R.C. SEMINARI CENTRALI

L'organizzazione dei Seminari Centralizzati dovrà prevedere una strutturazione didattica basata sulle competenze (individuate dalla WONCA).

Si ritiene necessario che ciascun docente si coordini con la figura di supporto alla didattica (particolarmente formata in ambito di pedagogia medica) per la preparazione della propria lezione in termini di: individuazione degli obiettivi formativi della giornata, della metodologia didattica interattiva maggiormente coerente con tali obiettivi e della strutturazione del materiale didattico idoneo allo scopo.

I docenti e le figure di supporto alla didattica avranno, nei tre anni di corso, l'obiettivo di trasferire competenze professionali tenendo conto delle diverse funzioni della competenza:

- Funzione cognitiva (acquisizione e utilizzo di conoscenze per risolvere problemi di vita reale professionale)
- Funzione integrativa (utilizzo dati biomedici e psicosociali nel ragionamento clinico)
- Funzione relazionale (comunicazione efficace con i pazienti e i colleghi)
- Funzione affettiva/morale (disponibilità, pazienza e consapevolezza emotiva di utilizzare queste abilità giudiziosamente ed umanamente)

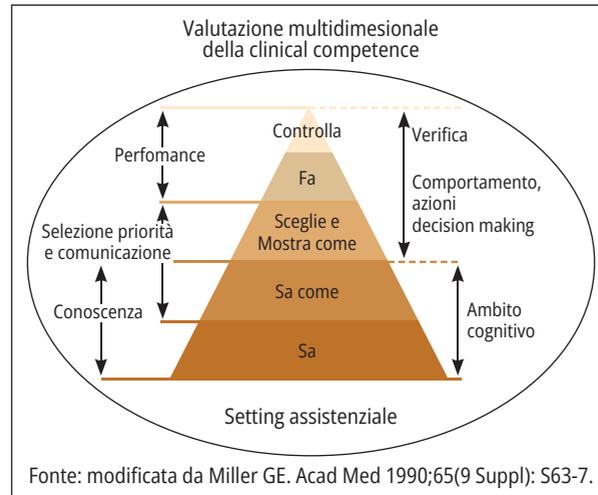
“la qualità più importante di un programma educativo è la pertinenza, deve (cioè) consentire ai professionisti di affrontare efficacemente i problemi che incontreranno nel corso della loro attività professionale” (Guilbert, 2002).

Per raggiungere tale scopo si ritiene necessario utilizzare nei tre anni di corso una “progressione”, che tenga conto del continuum dell'acquisizione di competenze strutturate secondo il modello delle MILESTONES, intese come competenze minime fondamentali attese e valutate a tappe stabilite del percorso formativo, considerato nella sua completezza, dal primo anno al terzo anno (Accreditation Council for Graduate Medical Education 2013).

Saranno strutturate nei tre anni delle lezioni su tematiche epidemiologicamente rilevanti per il MMG (ad es. diabete, ipertensione etc...) che saranno trattate nei tre anni con un approccio didattico differente che consenta di passare progressivamente da un momento maggiormente cognitivo applicativo (che al primo anno consente di riflettere sulle proprie conoscenze in merito all'argomento ed identificare la persona con quel problema di salute tenendo conto dell'approccio migliore da mettere in atto) ad un livello più di tipo comportamentale (che permette non soltanto di riconoscere ma anche di rendersi conto di come agire nel proprio contesto professionale), fino a giungere ad un terzo livello di competenza, che prevede il “padroneggiamento” del problema di salute, la capacità di affrontarlo nel rapporto col paziente e di gestire efficacemente anche il rapporto con terzi e la capacità di empowerment e di coinvolgimento attivo del paziente nel proprio percorso terapeutico sperimentando la reale presa in carico dell'assistito.

Tale progressione nei tre anni consentirà al discente di attraversare i quattro livelli dell'apprendimento (Conosce, conosce come, mostra come, esegue) indicati dalla piramide dell'acquisizione delle competenze cliniche di Miller (Miller, 1990).

Oltre a queste lezioni che si ripeteranno nei tre anni con modalità ed obiettivi formativi differenti, ai discenti verranno proposte per ciascuna annualità, lezioni relative agli altri aspetti della professione del medico di medicina generale come l'importanza dell'aspetto organizzativo, gestionale etc....



STRUTTURA DELL'ATTIVITA DIDATTICA CENTRALE

ORE SINGOLO EVENTO FORMATIVO = 5
NUMERO EVENTI NEL TRIENNIO = 80
TOTALE NUMERO ORE ATTIVITA' = 400

NUMERO	ANNO	DESCRIZIONE EVENTO	PRINCIPALI OBIETTIVI
1	Primo	seminario introduttivo 1: Conoscenza	Motivazioni e aspettative. Obiettivi del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale
2	Primo	seminario introduttivo 2: Processo	Riflessioni e criticità: il ruolo del discente nel proprio percorso formativo. Il processo della formazione andragogica.
3	Primo	seminario introduttivo 3: Feedback e valutazione	Esercitazione sui processi formativi in campo. Feedback e riflessioni sui processi valutativi
4	Primo	Il paziente affetto da ipertensione arteriosa	Epidemiologia del territorio, principali linee guida, principali interazioni farmacologiche e effetti collaterali, motivi di invio allo specialista, appropriatezza indagini approfondimento, distinguere rialzo pressorio\emergenza\urgenza ipertensiva, distinguere rialzo pressorio occasionale - ipertensione arteriosa, impostare e/o modificare terapia. Quando l'aumento della pressione nasconde qualcosa di più.
5	Primo	la gestione del paziente obeso da parte del MMG	Elementi di educazione alimentare, individuazione dei disturbi alimentari.
6	Primo	L'approccio generalista tra E.B.M. e medicina narrativa	Storia e definizione EBM, sviluppare giudizio critico. Acquisire competenze narrative, feedback fenomenologico.
7	Primo	Introduzione al colloquio professionale; accoglienza e ascolto attivo	Basi teoriche della comunicazione e dell'accoglienza, principali ostacoli della comunicazione, creare un setting adeguato all'ascolto, impostare una relazione con il paziente, principi basilari del feed-back fenomenologico.
8	Primo	Il paziente affetto da diabete mellito	Prevalenza, linee guida, diagnosi precoce, gestione condivisa (PDTA), gestione delle complicanze, elementi di terapia.
9	Primo	Il rischio cardiovascolare. Il paziente affetto da cardiopatia ischemica cronica	Calcolo del rischio cardiovascolare, medicina d'iniziativa, gestione del post evento cardiovascolare, farmaci e motivi di invio dallo specialista.
10	Primo	L'empowerment come strumento di efficacia	Definizione, rilevanza clinica, metodologia, orientare il colloquio in ragione del patient empowerment, valutare l'efficacia degli strumenti del paziente per promuoverli
11	Primo	Il paziente affetto da scompenso cardiaco Il paziente affetto da cardiopalmò\ tachicardia	Epidemiologia, linee guida, interazioni farmacologiche ed effetti collaterali, farmaci sottoposti a pianoterapeutico, definizione cardiopalmò/tachicardia: epidemiologia, diagnosi differenziale, appropriatezza diagnostica e terapeutica.individuare emergenza\urgenza, impostare e/o modificare terapia, monitorare eventuali complicanze. Motivi di invio allo specialista.

NUMERO	ANNO	DESCRIZIONE EVENTO	PRINCIPALI OBIETTIVI
12	Primo	La medicina ambientale	Principali patologie connesse alla problematica ambientale, rimedi e contromisure.
13	Primo	La relazione di alleanza terapeutica, la ridefinizione del bisogno e la gestione del conflitto	Definizione e rilevanza clinica dell'alleanza terapeutica, fattori ostacolanti e facilitanti costruire un dialogo basato sull'individuazione del bisogno e sulla negoziazione degli obiettivi terapeutici.
14	Primo	Il paziente affetto da tosse Il paziente affetto da sinusite	Classificazione e diagnosi differenziale tosse/sinusite, appropriatezza diagnostica e impostazione/modifica terapeutica, esclusione patologie gravi, motivi di invio allo specialista
15	Primo	Il paziente affetto da influenza like illness-ILI Il paziente affetto da polmonite	Epidemiologia del territorio, principali linee guida, principali interazioni farmacologiche e effetti collaterali, appropriatezza indagini di approfondimento, individuare e/o modificare la terapia, monitorare eventuali complicanze. Quando la richiesta di visita è impropria.
16	Primo	Il paziente affetto da infezione da Sars-Cov-2 Il paziente affetto da sindrome post-covid-19	Epidemiologia del territorio, principali indicazioni, riconoscere Long Covid 19, gestire il paziente positivo, individuare le emergenze, impostare e/o modificare la terapia, monitoraggio delle complicanze.
17	Primo	Valutazione	simulazione delle competenze
18	Primo	Il paziente affetto da dispnea	Classificazione e diagnosi differenziale, dispnea/stadiazione e diagnosi BPCO, nota aifa 99 e farmaci sottoposti a piano terapeutico, interazioni farmacologiche ed effetti collaterali, linee guida ed epidemiologia del territorio, individuazione emergenza e urgenza ed esclusione patologie gravi, impostazione /modifica della terapia e motivi di invio allo specialista, gestione della non aderenza del paziente alla terapia.
19	Primo	Il paziente affetto da asma bronchiale	Classificazione e diagnosi differenziale, nota aifa 82 e farmaci sottoposti a piano terapeutico, interazioni farmacologiche ed effetti collaterali, linee guida e epidemiologia del territorio, appropriatezza diagnostica e terapeutica ed esclusione patologie gravi, impostazione e modifica terapia, motivi di invio allo specialista.
20	Primo	Il paziente affetto da insufficienza respiratoria Il paziente affetto da OSAS	Classificazione e diagnosi, farmaci sottoposti a piano terapeutico, principali interazioni farmacologiche ed effetti collaterali, linee guida ed epidemiologia del territorio, appropriatezza diagnostica, impostazione e modifica della terapia, esclusione patologie gravi, motivo di invio allo specialista, gestione resistenza del paziente alla cpap/ossigeno terapia.

NUMERO	ANNO	DESCRIZIONE EVENTO	PRINCIPALI OBIETTIVI
21	Primo	Adempimenti fiscali, il contratto, tutele normative	Adempimenti fiscali, contatto, tutele normative
22	Primo	Il paziente affetto da problemi tiroidei	Definizione, diagnosi e classificazione ipo/ipertiroidismo, diagnosi e classificazione k tiroide, principali linee guida, principali interazioni farmacologiche ed effetti collaterali, appropriatezza diagnostica e impostazione e modifica della terapia, motivi di invio allo specialista.
23	Primo	Il paziente affetto da osteoporosi	Definizione e principali linee guida, principali interazioni farmacologiche ed effetti collaterali, farmaci sottoposti a piano terapeutico e nota aifa 42, nota aifa 79, nota aifa a 96, epidemiologia del territorio, appropriatezza diagnostica ed impostazione e modifica della terapia, motivo dell'invio allo specialista. Quando l'osteoporosi è fisiologica? gestione e ridefinizione del bisogno del paziente.
24	Primo	Il MMG e le malattie genetiche	Linee guida SIGU ed appropriatezza prescrittiva
25	Primo	La Continuità Assistenziale	Storia, struttura e compiti. Gestione telefonica del paziente. individuare le emergenze/urgenze, individuare il paziente bisognoso di accesso domiciliare, limiti/divieti del medico operante in CA. casi clinici.
26	Primo	Farmaci innovativi: la cura del diabete 2.0	Un'opportunità o un ulteriore carico per il MMG? Appropriatezza prescrittiva, ricollocazione professionale nella gestione integrata del diabete mellito.
27	Primo	La Terapia Antivirale sul territorio: IL CASO COVID	Linee guida, caratteristiche principali dei farmaci.
28	Secondo	Il paziente affetto da ipertransaminasemia, il paziente affetto da steatosi epatica non alcolica, il piano nazionale per eradicazione dell'infezione da HCV	Classificazione e diagnosi steatosi ed infezione da HCV, farmaci sottoposti a piano terapeutico, principali interazioni farmacologiche ed effetti collaterali, principali linee guida, epidemiologia del territorio, appropriatezza diagnostica, impostazione e modifica terapia, motivi di invio allo specialista, gestione del rifiuto del paziente alla terapia eradicante.
29	Secondo	Il paziente affetto da colica addominale, il paziente affetto da colica biliare	Classificazione e diagnosi, nota aifa 2, principali interazioni farmacologiche ed effetti collaterali, appropriatezza diagnostica, principali linee guida, epidemiologia del territorio, riconoscere emergenze/urgenze, esclusione patologie gravi, impostazione /modifica terapia, motivi di invio allo specialista.

NUMERO	ANNO	DESCRIZIONE EVENTO	PRINCIPALI OBIETTIVI
30	Secondo	Il paziente affetto da affezioni proctologiche	Classificazione e diagnosi, principali linee guida, appropriatezza diagnostica, epidemiologia del territorio, riconoscere le emergenze/urgenze, esclusione patologie gravi, impostazione e modifica della terapia, motivi invio allo specialista, gestione del problema psichico correlato dal problema proctologico.
31	Secondo	Le tecniche di base del counseling	Tecniche di base del counseling, logica ed ambiti di applicazione, principali errori di comunicazione, condurre un colloquio efficace
32	Secondo	Il paziente affetto da reflusso gastroesofageo \ paziente affetto da gastrite \ ulcera \ Helicobacter Pylori	Classificazione e diagnosi, principali interazioni farmacologiche ed effetti collaterali, note aifa 1 e 48, principali linee guida, epidemiologia del territorio, appropriatezza diagnostica, riconoscere emergenze/urgenze, impostazione/modifica della terapia, motivi di invio allo specialista, gestione dell'uso inappropriato dell'IPP.
33	Secondo	Il MMG e l'appropriatezza prescrittiva dell'ecocolor-doppler artero-venoso, elementi di chirurgia vascolare	Esame clinico, classificazioni CEAP, trattamento patologie venose ed arteriose, trattamento delle lesioni cutanee (ulcere da decubito, varicoe, ecc.).
34	Secondo	Il paziente con disturbi funzionali gastrointestinali Il paziente affetto da colon irritabile	Classificazione e diagnosi, principali interazioni farmacologiche ed effetti collaterali, principali linee guida, epidemiologia del territorio, appropriatezza diagnostica, riconoscere le emergenze/urgenze, esclusione patologie gravi, impostare/modificare la terapia, motivi di invio allo specialista, gestione del paziente con colon irritabile che cela altro.
35	Secondo	Slow medicine-Choosing wisely	Quando fare di più non significa fare meglio
36	Secondo	Il paziente affetto da cistite acuta \ pielonefrite \ infezioni urinarie ricorrenti \ prostatite \ orchiepididimite	Classificazione e diagnosi, principali interazioni farmacologiche ed effetti collaterali, principali linee guida, epidemiologia del territorio, appropriatezza diagnostica, riconoscere le emergenze/urgenze, esclusione patologie gravi, impostare/modificare la terapia, motivi di invio allo specialista.
37	Secondo	Il paziente affetto da febbre di origine sconosciuta	Classificazione e diagnosi differenziale, principali interazioni farmacologiche ed effetti collaterali, principali linee guida, epidemiologia del territorio appropriatezza diagnostica, riconoscere le emergenze/urgenze, esclusione patologie gravi, impostare/modificare la terapia, motivi di invio allo specialista.

NUMERO	ANNO	DESCRIZIONE EVENTO	PRINCIPALI OBIETTIVI
38	Secondo	Il paziente affetto da malattie sessualmente trasmesse	Classificazione e diagnosi, principali interazioni farmacologiche ed effetti collaterali, principali linee guida, epidemiologia del territorio, appropriatezza diagnostica, riconoscere le emergenze/urgenze, esclusione patologie gravi, impostare/modificare la terapia, motivi di invio allo specialista. Gestione del paziente che non riesce ad esprimersi liberamente.
39	Secondo	La terapia antibiotica ragionata Antimicrobial Stewardship	Definizione, epidemiologia del territorio, appropriatezza prescrittiva, principali linee guida, EUCAST, breakpoint, principali interazioni farmacologiche ed effetti collaterali, nota aifa 55, interpretazione dell'antibiogramma, scelta antibiotico, durata terapia, motivo di invio dallo specialista.
40	Secondo	Disease mongering La medicina di iniziativa	Definizione disease mongering, inquadramento socio-economico-culturale, definizione di medicina di iniziativa, esempi pratici. Corretta informazione al paziente, riflessione sulla fast-medicine, non fare di più non significa fare meglio.
41	Secondo	Lo screening oncologico Il ruolo dei markers tumorali	definizione screening, quali ?, percorsi aziendali. Prescrizione e valutazione dei markers. Quando una richiesta inappropriata crea disagio nel paziente.
42	Secondo	La gestione degli effetti collaterali principali delle terapie oncologiche	Principali terapie non farmacologiche, principali farmaci chemioterapici, effetti collaterali ed interazioni farmacologiche, monitoraggio complicanze a lungo termine, impostare/modificare terapia farmacologica. Quando il paziente non sa cosa aspettarsi.
43	Secondo	Come dare cattive notizie	Protocollo SPIKES, i principi che orientano il colloquio in caso di comunicazioni di bad news. Necessità di implementare capacità comunicative di base.
44	Secondo	Valutazione	simulazione delle competenze
45	Secondo	Il paziente affetto da ansia Il paziente affetto da depressione	Epidemiologia del territorio, principali linee guida, principali interazioni farmacologiche ed effetti collaterali, classificazione e diagnosi. Riconoscere le emergenze/urgenze, impostare /modificare terapia, motivi di invio allo specialista.
46	Secondo	Il paziente affetto da fibromialgia	Epidemiologia del territorio, principali linee guida, principali interazioni farmacologiche ed effetti collaterali, classificazione e diagnosi, appropriatezza indagini di approfondimento, terapia non farmacologica. Impostare/modificare la terapia, motivi di invio allo specialista.

NUMERO	ANNO	DESCRIZIONE EVENTO	PRINCIPALI OBIETTIVI
47	Secondo	Il paziente affetto da cefalea muscolotensiva Il paziente affetto da emicrania	Epidemiologia del territorio, principali linee guida, principali interazioni farmacologiche ed effetti collaterali, classificazione e diagnosi, appropriatezza indagini di approfondimento, terapia non farmacologica. Impostare/modificare la terapia, motivi di invio allo specialista. Riconoscere le emergenze/urgenze, escludere le patologie gravi.
48	Secondo	Come gestire situazioni di conflitto e il pregiudizio correlati alla salute mentale (iper-utenti, pazienti somatizzanti ecc) Modalità adeguate di invio allo psicologo	Definizione frequent/attendere, principali forme di disagio psicopatologico, principali servizi psicologici presenti sul territorio, riconoscere i disturbi sottostanti e quelli somatoformi, condurre colloquio col paziente finalizzato all'emersione del problema di salute psicologica, valutare la possibilità/volontà del paziente di valutare/ effettuare l'invio, instaurare relazione con lo psicologo per valutazione congiunta degli esiti di salute.
49	Secondo	La medicina di genere	Quando nasce, dove e come; differenza tra sesso e genere, la medicina di genere è la medicina delle donne? Gendergap
50	Secondo	Il controllo di gravidanza normale \ principali emergenze ginecologiche La menopausa	Principali sintomi ginecologici, sospetto gravidanza ectopica, rottura di cisti, minaccia di aborto, pre-eclampsia, appropriatezza esami ematici di controllo gravidanza. Principali segni e sintomi di menopausa, indicazione e controindicazioni della terapia sostitutiva in gravidanza, trasmissione certificato gravidanza online. Menopausa, tutte le donne sono uguali?
51	Secondo	L'infertilità maschile e femminile L'interruzione di gravidanza	Epidemiologia del territorio, le principali linee guida, principali interazioni farmacologiche ed effetti collaterali, classificazione e diagnosi, appropriatezza indagini di approfondimento. Legislatura attuale su interruzione gravidanza e fecondazione assistita, strutture territoriali, informare sulle opzioni terapeutiche disponibili, accompagnare lungo il percorso.
52	Secondo	Elementi di Management Sanitario	Conoscere gli strumenti del management sanitario e del governo clinico, il MMG come gestore delle risorse del SSN.
53	Secondo	Il MMG e la Spalla Dolorosa	Prevalenza, test clinici, appropriatezza nell'uso di tecniche di imaging, terapie farmacologiche e fisioterapiche.
54	Terzo	Invecchiamento della popolazione, Gestione delle cronicità	Statistiche e stratificazione della popolazione, proiezioni incidenza e prevalenza principali patologie, aspetti psicologici e sociali legati alla convivenza con la cronicità ed il loro impatto sull'engagement sull'aderenza alla terapia, setting organizzativo volto alla gestione delle cronicità, quando essere paziente cronico è una malattia.

NUMERO	ANNO	DESCRIZIONE EVENTO	PRINCIPALI OBIETTIVI
55	Terzo	Il paziente affetto da insufficienza renale cronica e da iperuricemia \ gotta	Epidemiologia, linee guida, interazioni farmacologiche ed effetti collaterali, classificazione e diagnosi, appropriatezza indagini di approfondimento, dialisi, riconoscere le emergenze/urgenze, impostare/modificare la terapia, modificare la terapia cronica in base al filtrato glomerulare; motivi di invio allo specialista.
56	Terzo	Il paziente affetto da artrite reumatoide, Il paziente affetto da psoriasi	Epidemiologia, linee guida, interazioni farmacologiche ed effetti collaterali, classificazione e diagnosi, appropriatezza indagini di approfondimento, terapie non farmacologiche, escludere patologie gravi, impostare/modificare la terapia, motivi di invio allo specialista. Quando il paziente non accetta.
57	Terzo	Riprogrammare l'assistenza sanitaria ed i processi di integrazione con l'Ospedale: una nuova sfida anche alla luce del PNRR	Configurazione di un modello organizzativo funzionale alle nuove emergenze assistenziali con ricaduta in termini di salute sulla popolazione affetta da cronicità, vulnerabilità e poli morbilità
58	Terzo	L'assistenza territoriale ed i processi di integrazione con l'ospedale	cosa vuol dire integrare l'ospedale ed il territorio, il rapporto tra mmg e distretti, nuovi assetti organizzativi: case della salute ed ospedali di comunità, cosa cambierà nel rapporto con l'utenza? Il percorso riabilitativo domiciliare, le dimissioni protette, ricovero in strutture accreditate per i cod. 75-56-60 o R.S.A. disabili.
59	Terzo	Il paziente pediatrico \ in età evolutiva	Approccio al bambino/ adolescente, calendario vaccinale, riconoscere i principali esantemi, riconoscere ADHD, disturbi dell'umore, disturbi dell'apprendimento, identificare scoliosi
60	Terzo	Il paziente affetto da problemi dermatologici	Epidemiologia, classificazione e diagnosi patologie batteriche, virali, micotiche, cheratosi attinica, principali linee guida, interazioni farmacologiche ed effetti collaterali, appropriatezza indagini di approfondimento, Nota Aifa 88, escludere patologie gravi, impostare/modificare la terapia, motivi di invio allo specialista.
61	Terzo	Il paziente affetto da problemi di dipendenza	Classificazione delle dipendenze, definizione counseling motivazionale, strutture sul territorio. Individuare e gestire la persona con dipendenza, corretto invio allo specialista e/o alle strutture del territorio.
62	Terzo	Osservatorio Epidemiologico Regione Campania	sorveglianza epidemiologica della popolazione, coordinamento della rete epidemiologica, coordinamento ed indirizzo dei registri regionali di patologia e delle cause di morte, sistemi di sorveglianza (PASSI, PASSI d'Argento, OKKIO, HBSC, Sorveglianza 0-2 anni), predisposizione, coordinamento e/o realizzazione di studi epidemiologici ad hoc, coordinamento, supporto e monitoraggio al Piano Regionale di Prevenzione, coordinamento degli screening oncologici, programmazione immunoprofilassi della popolazione, Registro Tumori regionale.

NUMERO	ANNO	DESCRIZIONE EVENTO	PRINCIPALI OBIETTIVI
63	Terzo	Il paziente anziano	Definizione ed individuazione fragilità, compilazione scheda fragilità, variazioni del metabolismo ed effetti di polifarmacoterapia, valutazione multidimensionale, valutazione dell'ambiente domestico e familiare, periodicità dei controlli clinici ed aderenza terapeutica, quando la visita medica stessa cura, ospedalizzazione, è sempre inevitabile?
64	Terzo	Il paziente affetto da declino cognitivo e demenza	Epidemiologia, linee guida, interazioni farmacologiche ed effetti collaterali, classificazione e diagnosi, diagnosi e trattamento del delirium, correlazione demenza-depressione, appropriatezza indagini di approfondimento, escludere le patologie gravi, impostare/modificare la terapia, motivi di invio allo specialista. quando il paziente ed i familiari sottovalutano i sintomi, quando i familiari hanno aspettative irrealistiche.
65	Terzo	Il paziente affetto da insonnia	Epidemiologia, linee guida, interazioni farmacologiche ed effetti collaterali, classificazione e diagnosi, appropriatezza indagini di approfondimento, impostare/modificare la terapia, motivi di invio allo specialista. Quando l'insonnia nasconde qualcosa in più.
66	Terzo	Attuale modello organizzativo della Medicina Generale	Aggregazioni Funzionali Territoriali, Modello culturale ed organizzativo, Assistenza h12 con erogazione prestazioni di primo livello, garantire i PDTA
67	Terzo	Il paziente affetto da disfunzione erettile	Epidemiologia, linee guida, interazioni farmacologiche ed effetti collaterali, classificazione e diagnosi, appropriatezza indagini di approfondimento, Nota Aifa 75, abuso di farmaci nei giovani, riconoscere le emergenze/urgenze, escludere patologie gravi, impostare/modificare la terapia, motivi di invio allo specialista. Quando la disfunzione erettile nasconde qualcosa in più.
68	Terzo	Il paziente affetto da sintomi urinari, Il paziente affetto da colica renale	Epidemiologia, linee guida, interazioni farmacologiche ed effetti collaterali, classificazione e diagnosi, appropriatezza indagini di approfondimento, riconoscere le emergenze/urgenze, escludere patologie gravi, impostare/modificare la terapia, motivi di invio allo specialista.
69	Terzo	Il paziente affetto da parastesie	Classificazione, quali malattie si associano? Rimedi, quando si invia allo specialista?
70	Terzo	Il paziente affetto da vertigini	Linee guida, interazioni farmacologiche ed effetti collaterali, classificazione e diagnosi, appropriatezza indagini di approfondimento, riconoscere le emergenze/urgenze, escludere patologie gravi, impostare/modificare la terapia, motivi di invio allo specialista.
71	Terzo	Medicina Narrativa	Definizioni, perché occuparsi di medicina narrativa, il ruolo dell'ascolto delle narrazioni dei pazienti nel processo terapeutico assistenziale, costruire l'alleanza terapeutica.

NUMERO	ANNO	DESCRIZIONE EVENTO	PRINCIPALI OBIETTIVI
72	Terzo	Valutazione	<i>simulazione delle competenze</i>
73	Terzo	Il paziente affetto da lombalgia, Il paziente affetto da osteoartrite	Epidemiologia, linee guida, interazioni farmacologiche ed effetti collaterali, classificazione e diagnosi, appropriatezza indagini di approfondimento, Nota Aifa 66, riconoscere le emergenze/urgenze, escludere patologie gravi, impostare/modificare la terapia, motivi di invio allo specialista.
74	Terzo	La medicina dell'immigrazione	Il fenomeno migratorio, lo stato di salute della popolazione migrante, patologie internistiche, chirurgiche, infettive e psichiatriche, Nursing transculturale. La normativa.
75	Terzo	Il dolore non neoplastico	Epidemiologia ed eziopatogenesi, linee guida, valutazione intensità, appropriatezza indagini di approfondimento, principali opzioni terapeutiche e adiuvanti, principali interazioni farmacologiche ed effetti collaterali, trattamenti non farmacologici, impostare/modificare la terapia, motivi di invio allo specialista. Quando il dolore nasconde qualcosa in più.
76	Terzo	Il MMG dalla clinica alla ricerca	Il valore della raccolta dei dati, Health Search, ricerca quantitativa e qualitativa in medicina generale, come progettare ed attuare uno studio.
77	Terzo	Il dolore neoplastico	Epidemiologia ed eziopatogenesi, linee guida, valutazione intensità, principali opzioni terapeutiche e adiuvanti, principali interazioni farmacologiche ed effetti collaterali, trattamenti non farmacologici, impostare/modificare la terapia, motivi di invio allo specialista. Quando il medico ha pregiudizi sugli oppiacei, quando il medico considera la malattia e non il paziente, quando il paziente rifiuta la terapia.
78	Terzo	Le cure di fine vita	Definizione, obiettivi, principali farmaci ed interventi, riconoscere la prossimità della morte, informare i familiari, checklist, impostare e modificare la terapia, quale intervento per il paziente? Quale per i familiari? Prendersi cura dei familiari, confrontarsi con loro ed informarli sul significato delle scelte terapeutiche. Quando il "non fare" viene interpretato come abbandono terapeutico.
79	Terzo	Gli esami diagnostico-strumentali (Radiologia tradizionale Eco, Tac, RM)	Appropriatezza nella prescrizione e corretta interpretazione per uso razionale delle risorse diagnostiche strumentali
80	Terzo	Il codice deontologico nella disciplina medica e la donazione di organi	Definizione, il ruolo dell'Ordine Professionale, doveri e sanzioni, il ruolo del MMG nella donazione degli organi, doveri del medico nei confronti di chi non può guarire.

6.5.4 - FORMAZIONE A DISTANZA (FAD 300 ORE)

Rivolta a tutti i corsisti assegnati alle strutture.

6.5.5 PERCORSI DIAGNOSTICI TERAPEUTICI ASSISTENZIALI

La Regione Campania, con il DCA n. 32 del 25/03/2019, ha introdotto definitivamente i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali quale importante strumento di governo clinico, inoltre approvando il Documento Tecnico di indirizzo, ha reso omogenea la predisposizione di tutte le attività inerenti a partire dalla valutazione dell'impatto, il monitoraggio, le fasi di implementazione ed aggiornamento, ecc.

Definizione di PDTA: Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) è uno strumento di gestione clinica indirizzato a migliorare l'appropriatezza del processo assistenziale per rispondere al bisogno di salute da parte di pazienti affetti da specifiche malattie, rappresentando uno strumento fondamentale per la gestione attiva e programmata di tali patologie.

Sono percorsi clinici basati sulle evidenze scientifiche disponibili (Linee Guida) contestualizzate in relazione alla realtà locale, con le proprie caratteristiche organizzative e gestionali.

Prevedendo il coinvolgimento di tutte le professionalità disponibili in sede locale e che operano in quel contesto, si pongono come strumento per un passaggio culturale dalla gestione per specialità ad un più ampio processo di trasversalità delle cure.

Scopo dei PDTA: In pratica i PDTA, a differenza delle Linee Guida che definiscono il "cosa fare", devono anche indicare "chi fa che cosa" e "dove, come e quando", il tutto in un percorso valutabile attraverso l'uso di indicatori che consentano di misurare e confrontare gli effetti del percorso sia in relazione agli *outcome* clinici, sia in relazione a indicatori costo-beneficio. Ciò ha il duplice scopo di confrontare percorsi che si applichino alla stessa condizione clinica in contesti diversi (per esempio in diverse regioni o ASL) e di aggiornare nel tempo i contenuti del PDTA, in relazione al progresso scientifico e tecnologico (aggiornamento delle Linee Guida) ed in conseguenza del monitoraggio degli indicatori di processo ed esito misurati.

Inoltre, nella loro applicazione, diventano anche un importante strumento di governo clinico ed in particolare di *risk management*. Il raggiungimento prioritario di obiettivi di appropriatezza clinica ed organizzativa, consente di affrontare e monitorare anche le problematiche proprie del rischio clinico condividendone ad esempio gli strumenti applicativi attraverso il percorso degli audit.

Cosa rappresenta il PDTA per il paziente: il Percorso Assistenziale è il "cammino" che il paziente percorre all'interno del SSR, utilizzando piani di cura multiprofessionali e multidisciplinari, che identificano la migliore sequenza di attività necessarie a raggiungere gli obiettivi di salute. In tal senso il PDTA deve prevedere che "le persone giuste" facciano "le cose giuste", nella "sequenza giusta", "nel tempo giusto", "nel posto giusto", con "il giusto esito", e nella prioritaria considerazione del "bisogno di salute del paziente". Obiettivo principale di ogni PDTA è assicurare la centralità del paziente nell'ambito del percorso, facendo sì che ogni attività sia dinamica, facilitando l'accesso alle cure da parte del malato e garantendogli, di fatto, la "prossimità" delle soluzioni per ogni step assistenziale previsto.

Con il **Piano di Potenziamento della Rete di Assistenza Territoriale**, approvato con la DGRC n. 475 del 03-11-2020, si è dato corso ad una profonda ristrutturazione organizzativa

del sistema delle cure primarie, al fine di recuperare la propria mission di prossimità e presa in carico, è stata pertanto riconosciuta l'AFT come unica forma organizzativa della medicina generale in Regione Campania e tra gli obiettivi di attività delle AFT, particolare importanza, nell'ottica di garantire reale presa in carico e gestione della cronicità, viene data alla partecipazione dei MMG ai PDTA, strumento operativo finalizzato al raggiungimento degli obiettivi del Piano Nazionale della Cronicità.

Nello specifico, si sottolinea come l'attuazione dei PDTA, innanzitutto per le patologie croniche, rappresenti un obiettivo prioritario regionale. A tal fine, il coinvolgimento dei MMG nei PDTA viene valutato come obiettivo di AFT, spostando quindi il focus da una dimensione individuale del singolo medico, a obiettivi collettivi.

Nell'ambito delle attività previste dai PDTA, per i MMG, oltre all'arruolamento e preso in carico dei pazienti con patologie croniche, è prevista l'effettuazione di esami di diagnostica di primo livello per gli assistiti della propria AFT.

In questa ottica si intende dare un ulteriore impulso alle attività didattiche del CFSMG con l'obiettivo di coinvolgere da subito i futuri medici di MG nei PDTA adottati nella Regione Campania in un percorso formativo centrato sul trasferimento di competenze dallo specialista al MMG, concernente la corretta esecuzione delle operazioni connesse alla diagnostica di primo livello affidata a questi ultimi e l'utilizzo corretto delle strumentazioni tecnologiche

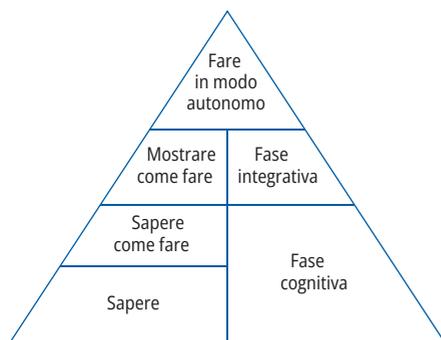
Per questi motivi i PDTA adottati dalla Regione Campania, il cui oggetto è compatibile con la funzione svolta dai MMG, possono – di fatto – essere ascritti nel Programma Didattico del CFSMG in ambito Aziendale (A.D.T. – S.R.S.)

Per ogni progetto – in base alle differenti realtà Aziendali – è previsto un percorso formativo teorico-pratico a cui i medici in formazione del CFSMG – su valutazione condivisa dal Coordinatore Aziendale e quelli Regionali – potranno accedere durante le differenti fasi del CFSMG. Il numero degli incontri e la valenza in termine orario varia per ogni Azienda e comunque per poter consentire la partecipazione dei medici di MG in formazione, l'attività didattica connessa ai PDTA deve avere metodologia mista con seminari teorici rivolta alla classe di ADT ed esercitazioni pratiche rivolte alla classe di ADP.

COMPETENZE DEI FORMATORI

Al fine di poter trasferire il modello culturale proprio della Disciplina della Medicina Generale, è necessario che tutte le figure coinvolte a vario titolo nella formazione dei discendenti (*Tutor Medici di Medicina Generale, Tutor Clinici, Coordinatori delle Attività Didattiche, Docenti dei Seminari Centrali e Territoriali, figure di supporto alla Attività Didattica*), consapevolizzino l'obiettivo formativo e lo condividano.

Inoltre, risulta necessario che, in particolar modo i *Tutor Medici di Medicina Generale* ed i *Tutor Clinici*, acquisiscano le competenze necessarie a guidare il processo formativo del discente secondo il seguente schema:



Miller Fitt & Posner

Triangolo di sviluppo delle abilità

Pratica deliberata:

1. Identificazione della componente di skill
2. Focalizzazione sulla pratica
3. Feedback immediato

Sviluppo di expertise di Ericsson

5

Il triangolo di sviluppo delle abilità esprime la concettualizzazione di Miller⁶ e le modificazioni introdotte da Fitts e Posner⁷, per giungere poi al livello più alto di sviluppo delle competenze (Expertise); il raggiungimento della "performance esperta" si ottiene grazie all'uso della cosiddetta "pratica deliberata", descritta da Ericsson⁸ come la decisione consapevole e motivata di eseguire e ripetere con costanza una data attività, al fine di raggiungere il livello di performance di un esperto. Per ottenere una performance di alto livello è indispensabile che il discente sia sostenuto da una forte motivazione, che l'azione da compiere sia commisurata al suo background di conoscenza, che sia ripetuta frequentemente e venga accompagnata dal feedback immediato di un esperto (tutor).

Affinchè i formatori acquisiscano ed implementino le competenze espicitate, verranno organizzati dei momenti di confronto, condivisione e formazione a piccoli gruppi rivolti agli stessi formatori.

Bibliografia

1. Huber et al. BMJ 2011;343: d4163
2. Global Burden of Disease The Lancet, 2017
3. Evans, P. "Wonca Europe 2011 Edition. The European definition of General Practice." Family Medicine.
4. Dewey, J. Experience and education. New York: Collier Books, 1933
5. Diagramma tratto da Michelson J, modificato
6. Miller G.E., 1990
7. Fitts PM, Posner MI., 1979
8. Ericsson KA., 2004

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)).

Vigente al: 31/12/2022

Titolo IV

Capo I

Formazione specifica in medicina generale

Art. 21.

1. Per l'esercizio dell'attività di medico chirurgo di medicina generale nell'ambito del Servizio sanitario nazionale è necessario il possesso del diploma di formazione specifica in medicina generale fermo restando la validità degli attestati già rilasciati ai sensi del decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro della pubblica istruzione 10 ottobre 1988, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana, serie generale n. 267 del 14 novembre 1988 e del decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 256.

Art. 22.

1. Le denominazioni dei diplomi, certificati o altri titoli comprovanti la formazione specifica di medicina generale sono quelli indicati nell'allegato E.

Art. 23.

1. I cittadini di uno Stato membro in possesso di diplomi, certificati o altri titoli di cui all'articolo 22, se riconosciuti, utilizzano in Italia il corrispondente titolo professionale e la relativa abbreviazione in lingua italiana.

Art. 24

((*) 1. Il diploma di cui all'articolo 21 si consegue a seguito di un corso di formazione specifica in medicina generale della durata di tre anni ed è riservato ai laureati in medicina e chirurgia, abilitati all'esercizio professionale. I primi diplomi rilasciati a seguito di una formazione della durata di tre anni sono rilasciati entro il 1° gennaio 2006.

2. Il corso di cui al comma 1, comporta un impegno dei partecipanti a tempo pieno con obbligo della frequenza alle attività didattiche teoriche e pratiche, da svolgersi sotto il controllo delle regioni e province autonome e degli enti competenti. Il corso si conclude con il rilascio di un diploma di formazione in medicina generale da parte delle regioni e delle province autonome, conforme al modello predisposto con decreto del Ministro della salute.

2bis. La durata del corso di cui al comma 1, può essere ridotta per un periodo massimo di un anno e comunque pari a quello della formazione pratica di cui all'articolo 18, se tale formazione è impartita o in ambiente ospedaliero riconosciuto e che disponga di attrezzature e di servizi adeguati di medicina

generale o nell'ambito di uno studio di medicina generale riconosciuto o in un centro riconosciuto in cui i medici dispensano cure primarie. Le Università notificano l'attivazione di tali periodi di formazione al Ministero della salute e al Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca.

2ter. Per il primo corso di formazione della durata triennale, il cui avvio è previsto entro il 31 dicembre 2003, la durata può essere ridotta per un periodo massimo di un anno riconducibile a periodi di tirocinio teorico pratico precedenti l'esame di abilitazione che rispettino le caratteristiche e le condizioni previste al comma 2bis. Il rimanente percorso formativo teorico pratico è, per questo primo corso, quello previsto dal presente decreto legislativo in attesa dei principi di riferimento di cui all'articolo 25, comma 2.

3. La formazione a tempo pieno, implica la partecipazione alla totalità delle attività mediche del servizio nel quale si effettua la formazione, comprese le guardie, in modo che il medico in formazione dedichi a tale formazione pratica e teorica tutta la sua attività professionale per l'intera durata della normale settimana lavorativa e per tutta la durata dell'anno. La frequenza del corso non comporta l'instaurazione di un rapporto di dipendenza o lavoro convenzionale né con il Servizio sanitario nazionale, né con i medici tutori. Le regioni e le province autonome possono organizzare corsi a tempo parziale purché siano soddisfatte le seguenti condizioni:

- a) il livello della formazione corrisponda qualitativamente a quello della formazione a tempo pieno;
- b) la durata complessiva della formazione non sia abbreviata rispetto quella a tempo pieno;
- c) l'orario settimanale della formazione non sia inferiore al 50% dell'orario settimanale a tempo pieno;

d) (*)

e) (*)

(*) **ABROGATI lettera b) comma 5, art. 12, D.L. 30/04/2019 n. 35, convertito in Legge 60/2019**

((*) **AGGIORNAMENTO così disposto dall'art. 9, comma 1, lettera h) punti 1), 2), 3) e 4) del D.Lgs. 8 luglio 2003, n. 277, pubblicato nella Gazzetta**

Ufficiale n. 239 del 14 ottobre 2003 - Supplemento Ordinario n. 161

4. Il medico iscritto ai corsi di cui al comma 1, ove sussista un rapporto di pubblico impiego, è collocato, compatibilmente con le esigenze di servizio, in posizione di aspettativa senza assegni secondo le disposizioni legislative contrattuali vigenti. Il periodo di aspettativa è utile ai fini della progressione di carriera e del trattamento di quiescenza e di previdenza.

5. Gli impedimenti temporanei superiori ai quaranta giorni lavorativi consecutivi per servizio militare, gravidanza e malattia, sospendono il periodo di formazione, fermo restando che l'intera sua durata non è ridotta a causa delle suddette sospensioni. Restano ferme le disposizioni in materia di tutela della gravidanza di cui alla legge 30 dicembre 1971, n. 1204, e successive modificazioni, nonché quelle sull'adempimento del servizio militare di cui alla legge 24 dicembre 1986, n. 958, e successive modificazioni.

6. Non determinano interruzione della formazione, e non devono essere recuperate, le assenze per motivi personali, preventivamente autorizzate salvo causa di forza maggiore, che non superino trenta giorni complessivi nell'anno di formazione e non pregiudichino il raggiungimento degli obiettivi formativi. In tali casi non vi è sospensione della borsa di studio.

AGGIORNAMENTO La Corte Costituzionale, con sentenza 2229 maggio 2002, n. 219 (in G.U. 1a s.s. 5/6/2002, n. 22) ha dichiarato l'illegittimità costituzionale del comma 1 del presente articolo "nella parte in cui esclude dall'accesso al corso di formazione specifica in medicina generale i possessori di diploma di specializzazione di cui all'art. 20 del presente decreto, o di dottorato di ricerca".

Art. 25

(*)1. Le regioni e le province autonome entro il 31 ottobre di ogni anno determinano il contingente numerico da ammettere annualmente ai corsi, nei limiti concordati con il Ministero della salute, nell'ambito delle risorse disponibili.)

2. Le regioni e le province autonome, emanano ogni anno, entro il 28 febbraio, i bandi di concorso per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale, in conformità ai principi fondamentali definiti dal Ministero della salute, per la disciplina unitaria del sistema.

3. Il concorso consiste in una prova scritta, soluzione di quesiti a risposta multipla su argomenti di medicina clinica **(*)** ~~unica su tutto il territorio nazionale~~, che si svolge nel giorno ed ora fissati dal Ministero della sanità e nel luogo stabilito da ciascuna regione o provincia autonoma.

4. Del giorno e dell'ora della prova scritta è data comunicazione ai candidati, almeno trenta giorni prima della prova stessa, a mezzo di avviso pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana 4 serie speciale "Concorsi ed esami". Del luogo della

prova scritta e dell'ora di convocazione dei candidati, è data comunicazione a mezzo avviso pubblicato nel Bollettino ufficiale della regione o della provincia autonoma e affisso presso gli ordini provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri della regione o della provincia autonoma.

5. Nel caso di costituzione di più commissioni i candidati sono assegnati a ciascuna commissione, fino al raggiungimento del numero massimo di 250 candidati per commissione, in base alla località di residenza ovvero in ordine alfabetico ovvero in base ad altro criterio obiettivo stabilito dalla regione o provincia autonoma.

(*) **AGGIORNAMENTO** così disposto dall'art. 9, comma 1, lettera i) punti 1) e 2) del D.Lgs. 8 luglio 2003, n. 277, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 239 del 14 ottobre 2003 - Supplemento Ordinario n. 161

Art. 26

(*) 1. Il corso di formazione specifica in medicina generale si articola in attività didattiche pratiche e attività didattiche teoriche da svolgersi in un ambiente ospedaliero individuato dalla regione o provincia autonoma territorialmente competente, in relazione alla disponibilità di attrezzature e di servizi, o nell'ambito di uno studio di medicina generale o di un centro anch'esso accreditato, ai fini della formazione, dalla regione o provincia autonoma. La formazione prevede un totale di almeno 4800 ore, di cui 2/3 rivolti all'attività formativa di natura pratica. Gli obiettivi didattici, le metodologie di insegnamento apprendimento ed i programmi delle attività teoriche e pratiche e l'articolazione della formazione vengono definiti con decreto del Ministro della salute, sentito il Consiglio superiore di sanità, la Conferenza per i rapporti permanenti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri.

2. Il corso prevede:

a) un periodo di formazione in medicina clinica e medicina di laboratorio, articolato in almeno **(sei)** mesi effettuato 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, con attribuzione alle stesse della responsabilità della formazione. Il periodo comprende un'attività clinica guidata ed un'attività di partecipazione a seminari su argomenti di metodologia clinica, neurologia e psichiatria, medicina interna, terapia medica, medicina di urgenza, oncologia medica, geriatria e patologia clinica;

b) un periodo di formazione in chirurgia generale, articolato in almeno **(tre)** mesi, effettuato sempre presso le strutture indicate alla lettera a), comprendente: attività clinica guidata ed attività di partecipazione a seminari su metodologia clinica, chirurgia generale, chirurgia d'urgenza;

c) un periodo di formazione nei dipartimenti materni infantili, articolato in almeno **(quattro)** mesi, effettuato sempre nelle strutture indicate alla lettera a) e nelle strutture territoriali comprendenti: attività clinica guidata ed attività di partecipazione a seminari di pediatria generale, terapia pediatrica, neuropsichiatria infantile, pediatria preventiva;

d) un periodo di formazione, articolato in **(dodici)** mesi, effettuato presso un ambulatorio di un medico di medicina generale convenzionato con il servizio sanitario nazionale, comprendente attività medica guidata ambulatoriale e domiciliare; ovvero qualora non sia reperibile un numero adeguato di medici convenzionati all'uopo disponibili, il predetto periodo di formazione può effettuarsi anche in parte presso le strutture di cui alla lettera a);

e) un periodo di formazione, articolata in almeno **(sei)** mesi, effettuato presso strutture di base dell'unità sanitaria locale sul territorio con il coordinamento del responsabile delle unità operative, comprendente attività pratica guidata presso distretti, consultori, ambulatori e laboratori, attività di partecipazione a seminari in medicina preventiva, igiene ambientale, medicina del lavoro ed igiene e profilassi;

f) un periodo di formazione in ostetricia e ginecologia, con attività clinica guidata ed attività di partecipazione a seminari, articolato in almeno **(due mesi)** effettuato presso le strutture indicate alla lettera a);

f) bis un periodo di formazione in pronto soccorso ed emergenza urgenza ospedaliera articolato in almeno tre mesi.

2bis. I periodi di cui al comma 2, in attuazione dell'articolo 24, comma 2bis, sono ridotti in proporzione al credito formativo riconosciuto.

3. ((COMMA SOPPRESSO DAL D.LGS. 8 LUGLIO 2003, N. 277)).

4. Le attività pratiche sono costituite da periodi svolti in pronto soccorso, ambulatori, day-hospital, oltre che presso gli ambulatori di medici di medicina generale accreditati **(ai sensi del comma 3))** e caratterizzati didatticamente da un'attività clinica guidata.

5. Il corso inizia entro il mese di novembre e si conclude, compreso lo svolgimento dell'esame finale, entro il 30 ottobre del triennio successivo. La formazione non può concludersi prima del 30 settembre del terzo anno.

(*) **AGGIORNAMENTO** così disposto dall'art. 9, comma 1, lettera l) punti 1), 2), 3), 4), 5) e 6) del D.Lgs. 8 luglio 2003, n. 277, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 239 del 14 ottobre 2003 - Supplemento Ordinario n. 161

Art. 27

1. La formazione specifica in medicina generale comporta la partecipazione personale del candidato all'attività professionale e l'assunzione delle responsabilità connesse all'attività svolta. Le attività teori-

che sono articolate in attività seminariali, studio guidato proposto dai rispettivi tutori, studio finalizzato proposto dai coordinatori delle attività seminariali, sessioni di confronto con i tutori e sessioni di ricerca, riflessione e confronto tra i tirocinanti della stessa area didattica. Il programma delle attività teoriche e quello delle attività pratiche si integrano tra loro a livello di obiettivi didattici, ma sono autonomi nella realizzazione concreta.

2. Presso le strutture accreditate **(di cui all'art.26, comma 3))** la funzione tutoriale per le attività didattiche di natura pratica deve essere affidata a dirigenti medici del personale del Servizio sanitario nazionale o posizione corrispondente qualora si tratti di docente universitario con funzioni assistenziali, in accordo con il responsabile della unità operativa.

3. I tutori di cui all'articolo 26 sono medici di medicina generale convenzionati con il servizio sanitario nazionale con un'anzianità di almeno **(dieci) cinque * anni** di attività convenzionale con il servizio sanitario nazionale, nonché possedere la titolarità di un numero di assistiti nella misura almeno pari alla metà del massimale vigente e operare in uno studio professionale accreditato **(di cui all'art.26, comma 3))** I medici che svolgono la funzione docente o di coordinamento o tutoriale sono iscritti in un elenco regionale all'uopo istituito.

4. I medici tutori di cui al comma 3 durante il periodo di formazione di loro competenza, eseguono la valutazione del livello di formazione. Al termine di ciascuna fase del percorso formativo il coordinatore delle attività pratiche esprime,

sulla base di giudizi analitici e motivati espressi dai singoli tutori, un giudizio complessivo sul profitto del partecipante al corso. Analoga certificazione è rilasciata dal coordinatore delle attività teoriche.

5. L'accesso alle varie fasi in cui il corso è articolato è subordinato al superamento con esito positivo della fase svolta in precedenza. Qualora il partecipante alla formazione, a giudizio del medico preposto alla formazione o del tutore,

non abbia conseguito un idoneo apprendimento nel singolo periodo formativo, è ammesso a frequentare nuovamente il periodo stesso per una sola volta.

6. Qualora il partecipante alla formazione, sulla base dei giudizi formulati dai singoli medici preposti alle varie attività formative, non abbia raggiunto gli obiettivi previsti per una parte di un determinato periodo di apprendimento può recuperare, ove ne sussistano le condizioni, **(nello stesso triennio))** le attività finalizzate al raggiungimento di quel gruppo specifico di obiettivi mancati. Qualora il partecipante alla formazione, sulla base dei giudizi formulati dai singoli medici preposti alle varie attività formative, non abbia conseguito un idoneo apprendimento per gli obiettivi di un intero periodo di apprendimento, è ammesso a frequentare nuovamente il periodo stesso per una sola volta **(nel triennio successivo)).**

Il giudizio non favorevole formulato a seguito della nuova ammissione comporta l'immediata esclusione del partecipante dalla frequenza del corso.

*** modificato dal D.L. 24/03/2022, n. 24 convertito nella Legge 52 del 19/05/2022.**

7. COMMA ABROGATO DALLA Legge 1° MARZO 2002, N. 39.

(*) AGGIORNAMENTO così disposto dall'art. 9, comma 1, lettera m) punti 1), 2) e 3) del D.Lgs. 8 LUGLIO 2003, n. 277, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 239 del 14 ottobre 2003 - Supplemento Ordinario n. 161

Art. 28

1. I corsi sono organizzati ed attivati dalle regioni e dalle province autonome che comunicano al Ministero della sanità il piano dei corsi stessi entro il 31 ottobre di ogni anno.

2. COMMA SOPPRESSO DAL D.LGS. 8 LUGLIO 2003, N. 277 art. 9, comma 1, lettera n).

Art. 29

1. La commissione d'esame, per l'ammissione al corso, è composta dal presidente dell'ordine dei medici chirurghi del capoluogo di regione o suo delegato che la presiede, da un primario ospedaliero di medicina interna designato dalla regione, da un medico di medicina generale designato dall'ordine e da un funzionario amministrativo regionale con funzioni di segretario. La commissione deve completare i suoi lavori entro il termine perentorio di sette giorni dalla data dell'esame.

2. Le graduatorie di ammissione dei partecipanti alla formazione sono determinate sulla base del punteggio conseguito nella prova scritta di cui all'articolo 25.

3. Al termine del **(triennio)**, la commissione di cui al comma 1, integrata da un rappresentante del Ministero della sanità e da un professore ordinario di medicina interna o disciplina equipollente designato dal Ministero della sanità a seguito di sorteggio tra i nominativi inclusi in appositi elenchi predisposti dal Ministero dell'università, ricerca scientifica e tecnologica, previo colloquio finale, discussione di una tesina predisposta dal candidato e sulla base dei singoli giudizi espressi dai tutori e coordinatori durante il periodo formativo, formula il giudizio finale.

(modificato dal D.LGS. 8 LUGLIO 2003, N. 277 art. 9, comma 1, lettera o)).

Art. 30.

1. In deroga a quanto previsto dall'articolo 21, hanno diritto ad esercitare l'attività professionale in qualità di medico di medicina generale i medici chirurghi abilitati all'esercizio professionale entro il 31 dicembre 1994.

2. Detto diritto è esteso ai medici cittadini di un Paese membro già iscritti all'albo dei medici chirurghi ai sensi della legge 22 maggio 1978, n. 217, e che erano titolari, alla data del 31 dicembre 1996 di un

rapporto convenzionale per l'attività di medico in medicina generale.

3. I medici di cui ai commi 1 e 2 che intendono esercitare l'attività professionale in qualità di medico di medicina generale nel regime nazionale di sicurezza sociale di uno dei Paesi membri, anche se non in possesso di una formazione specifica in medicina generale, devono chiedere il rilascio del relativo attestato al competente ordine provinciale dei medici chirurghi, previa presentazione della documentazione comprovante il diritto acquisito.

4. L'ordine provinciale dei medici chirurghi competente per l'iscrizione provvede alla relativa annotazione ai sensi dell'articolo 3, commi 3 e 4, del decreto del Presidente della Repubblica 5 aprile 1950, n. 221, al fine del rilascio degli attestati di cui al comma 3.

Art. 31.

1. Il Ministero della sanità riconosce i diplomi, certificati o altri titoli di formazione specifica o complementare in medicina generale dei cittadini dell'Unione europea, al fine dell'esercizio dell'attività di medico in medicina generale.

2. Il riconoscimento del diploma di medico in medicina generale è subordinato al possesso di un diploma, certificato o altro titolo di medico di cui all'allegato A.

3. Il medico di cui ai commi 1 e 2 che abbia ottenuto un rapporto convenzionale con il servizio sanitario nazionale, ha gli stessi diritti ed è soggetto agli stessi obblighi e sanzioni disciplinari stabiliti per i medici cittadini italiani.

4. L'uso del titolo professionale e delle relative abbreviazioni è consentito nella lingua italiana.

5. Il Ministero della sanità, nel caso di fondato dubbio circa l'autenticità dei diplomi, dei certificati e degli altri titoli, svolge i necessari accertamenti presso la competente autorità dello Stato di origine o di provenienza e chiede conferma del possesso, da parte dell'interessato, di tutti i requisiti di formazione prescritti per il conseguimento del titolo.

6. Nel caso in cui il Ministero della sanità venga a conoscenza di fatti gravi o specifici, verificatisi fuori del territorio nazionale, che possano influire sull'ammissione del richiedente all'esercizio della professione, chiede informazioni al riguardo alle competenti autorità dello Stato di origine e provenienza. Le informazioni acquisite sono sottoposte a segreto d'ufficio.

Art. 32.

1. Il Ministero della sanità fornisce a richiesta delle competenti autorità sanitarie dei Paesi comunitari le informazioni inerenti alle istanze dei medici chirurghi italiani tendenti ad ottenere l'ammissione all'esercizio dell'attività specifica in medicina generale nei Paesi dell'Unione europea e rilascia le certificazioni richieste, previa acquisizione della relativa documentazione.

Allegato E

Elenco delle denominazioni dei diplomi, certificati ed altri titoli di formazione e dei titoli professionali di medico generico:

Austria: Arz fur allgemeinmedizin.

Belgio: Arrete' ministe'riel d'agre'ment de me'decin ge'ne'raliste/ministerieel erkenningsbesluit van huisarts.

Danimarca: Tilladelse til at anvende betegnelsen alment praktiserende lge/speciallge almen medicin.

Finlandia: todistus laaharin perusterveydenhuollon lisakoulutuksesta/bevis om tillaggsutbildning av lakare i primarva rd.

Francia: diplome d'E'tat de docteur en me'decine (avec document annexe' attestant la formation spe'cifique en me'decine ge'ne'rale).

Germania: zeugnis uber die spezifische ausbildung in der allgemeinmedizin.

Grecia: Titlo s iatrikh s eidikothta s genikh s iatrikh s.

Irlanda: certificate of specific qualifications in general medical practice.

Italia: diploma o attestato di formazione specifica in medicina generale.

Lussemburgo: non esistono titoli di formazione in quanto non viene effettuata alcuna formazione in Lussemburgo.

Paesi Bassi: certificaat van inschrijving in het register van erkende huisartsen van de Koninklijke nederlandse Maatschappij tot bevordering der geneeskunst.

Portogallo: diploma do internato complementar de cli'geral.

Regno Unito: certificate of prescribe/equivalent experienced.

Spagna: titulo de especialista en medicina familiar y comunitaria.

Svezia: bevis om kompetens som allmanpraktiserande lakare (Europlakare) utfardat av Socialstyrelsen.

Denominazioni dei titoli professionali:

Austria: Arz fur allgemeinmedizin.

Belgio: Me'edecin ge'ne'raliste huisarts.

Danimarca: alment praktiserende lge/speciallge l almen medicin.

Finlandia: Yleislaakari/allmanlakare.

Francia: Me'decin qualifie' en me'decine ge'ne'rale.

Germania: Praktischer Arzt/Arztin.

Grecia: Titlos iatri khs eidi kothtas geni khs iatri khs.

Irlanda: General medical practitioner.

Italia: medico di medicina generale.

Lussemburgo: Me'decin ge'ne'raliste.

Paesi Bassi: Huisarts.

Portogallo: Assistente de cli'nica geral.

Regno Unito: General medical practitioner.

Spagna: especialista en medicina familiar y comunitaria.

Svezia: Allmanpraktiserande lakare (Europlakare).

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 7 marzo 2006

Principi fondamentali per la disciplina unitaria in materia di formazione specifica in medicina generale.

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Vista la direttiva comunitaria 2001/19/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 14 maggio 2001 che modifica la direttiva comunitaria 93/16/CEE, relativa alla libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli;

Visto il decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 in attuazione della direttiva n.93/16/CEE, in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli, come modificato dal decreto legislativo 8 luglio 2003, n.277 in attuazione della direttiva 2001/19/CE;

Visto il titolo IV, capo I, del citato decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, relativo alla Formazione specifica in medicina generale;

Considerato, in particolare, che il comma 2 dell'art. 25 del rinnovato decreto legislativo del 17 agosto 1999, n. 368, stabilisce che le regioni e le province autonome emanano ogni anno, entro il 28 febbraio, i bandi di concorso per l'ammissione al corso triennale di formazione specifica in medicina generale, in conformità ai principi fondamentali definiti dal Ministero della salute, per la disciplina unitaria del sistema;

Acquisito l'avviso favorevole del Coordinamento interregionale in sanità espresso con lettera in data 5 gennaio 2006, prot. n. A00GRT/4306/125.010.002.003;

Vista la proposta di ripartizione della quota del Fondo sanitario nazionale per il finanziamento del corso di formazione specifica in medicina generale predisposta dalla direzione generale della programmazione sanitaria con nota del 23 novembre 2005, n.prot. 29353;

Decreta

Art. 1.

Bandi e contingente

1. Le regioni e le province autonome emanano ogni anno, di norma entro il termine di cui all'art. 25, comma 2, del decreto legislativo n. 368 del 1999, in relazione alle proprie esigenze ed alle necessità formative evidenziate nelle rilevazioni dei fabbisogni, i bandi di concorso per l'ammissione ai corsi triennali

di formazione specifica in medicina generale. I bandi contengono, tutti, le medesime disposizioni, concordate tra le regioni e le province autonome.

2. I contingenti numerici da ammettere annualmente ai corsi sono determinati, entro il 31 ottobre di ogni anno, dalle regioni e province autonome nell'ambito delle risorse disponibili e dei limiti concordati con il Ministero della salute. La determinazione dei contingenti consegue 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.

Art. 2. Pubblicità

1. I bandi sono pubblicati sul bollettino ufficiale di ciascuna regione o provincia autonoma e nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana - 4ª serie speciale «Concorsi ed esami» - ne viene data comunicazione in estratto, entro il 30 marzo di ogni anno. La scadenza del termine per la presentazione delle domande di concorso decorre dalla data di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale.

2. Nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana viene pubblicato in estratto l'avviso del giorno e dell'ora delle prove di esame, almeno trenta giorni prima.

3. Le regioni e le province autonome fissano il luogo di svolgimento dell'esame e l'ora di convocazione dei candidati e ne danno avviso sul bollettino ufficiale della regione, almeno trenta giorni prima.

Art. 3. Prova di esame - Quiz

1. Il concorso, da svolgersi nella medesima data ed ora per ciascuna regione o provincia autonoma, stabilite d'intesa con il Ministero della salute, consiste in una prova scritta, identica per tutte le regioni, costituita da quesiti a risposta multipla su argomenti di medicina clinica.

2. Gli avvisi relativi alla data ed al luogo della prova di esame, pubblicati nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana e sui bollettini ufficiali regionali, sono affissi anche presso gli ordini provinciali dei medici chirurghi e degli odontoiatri.

3. I quesiti, formulati da commissioni di sette esperti, di cui sei designati dalla Conferenza delle regioni, individuati a rotazione secondo il criterio della rappresentatività territoriale, ed uno dal Ministero della salute, nominati tra medici di medicina generale, professori universitari ordinari di medicina interna o discipline equipollenti e da direttori di struttura complessa, sono in numero di 100, con cinque proposte di risposta, di cui una sola esatta. I quiz devono essere differenti per ogni edizione concorsuale e predisposti in modo tale da prevedere differenti livelli di difficoltà. Deve essere assicurata la massima segretezza sia nella fase della predisposizione delle prove di esame, prevedendo fascicolazioni diverse dei medesimi quiz, sia in quella della stampa del materiale. Il materiale di esame è confezionato in modo tale da poterlo dissigillare pubblicamente il giorno dell'esame, innanzi a tutta la commissione di esame e ad almeno due rappresentanti dei concorrenti. I questionari devono essere anonimi ed è fatto divieto ai candidati di apporre alcun segno sugli stessi, ad eccezione di quello sulla risposta indicata come esatta.

4. Il tempo a disposizione per la prova è uguale su tutto il territorio nazionale e, comunque, non superiore a due ore, con decorrenza dal momento in cui il presidente della commissione di esame ha terminato la lettura delle istruzioni generali contenute nel fascicolo del questionario.

5. La commissione di esperti, incaricata di predisporre la prova di esame, provvede, altresì, alla redazione della griglia di risposte esatte, che è consegnata in busta sigillata al funzionario responsabile della regione o della provincia autonoma, unitamente alle istruzioni per l'espletamento della prova. La busta contenente le soluzioni è desigillata alla presenza di tutta la commissione d'esame, al momento della correzione degli elaborati.

6. Il punteggio da attribuire durante la correzione è il seguente: le risposte esatte danno diritto ad un punto, mentre quelle errate o non date non danno luogo ad alcuna penalizzazione. **“Il superamento della prova prevede un minimo di 60 risposte esatte” - soppresso con D.M. 29/10/2021**

7. Le attività di supporto alla commissione che predispone le prove di esame sono fornite dalla competente Direzione generale del Ministero della salute.

Art. 4.

Commissioni d'esame

1. La commissione di esame per l'ammissione al corso è presieduta dal presidente dell'ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia in cui insiste il capoluogo della regione, o da un suo delegato, ed è composta da un dirigente di struttura complessa di medicina interna designato dalla regione o provincia autonoma, da un medico di medicina generale, designato dall'ordine, e da un funzionario amministrativo regionale o provinciale, con funzioni di segretario.

2. Le regioni e le province autonome possono prevedere più commissioni di esami; in tal caso le commissioni devono avere non meno di 100 candidati e non più di 250. Per l'assegnazione dei candidati alle commissioni, si utilizza il criterio della residenza, quello alfabetico o un altro criterio obiettivo stabilito dalla regione o provincia autonoma.

Art. 5.

Requisiti generali di ammissione al concorso

La partecipazione al concorso ed al relativo corso triennale è riservata ai cittadini italiani e comunitari, laureati in medicina e chirurgia, **“Il diploma di laurea in medicina e chirurgia deve essere conseguito entro il giorno antecedente alla data di espletamento del concorso”**. ***I requisiti di abilitazione all'esercizio della professione e di iscrizione al relativo albo professionale devono essere posseduti entro l'inizio del corso triennale di formazione***. Per i cittadini comunitari dell'Unione europea è considerata valida l'iscrizione al corrispondente dell'albo di ogni Paese dell'Unione europea, fermo restando l'obbligo di iscrizione all'albo in Italia prima dell'inizio del corso di formazione.

“Così modificato con D.M. Salute 12/10/2021”

Così modificato da Decreto Ministero Salute del 7 giugno 2017

Art. 6.

Domanda e termine di presentazione

1. Le domande di partecipazione al concorso devono essere redatte in carta semplice, a macchina o in stampatello, ed indirizzate al competente assessorato della regione o della provincia autonoma in cui il candidato intende svolgere il corso di formazione. La sottoscrizione della domanda è richiesta a pena della non ammissione al concorso. Non si possono produrre domande in più regioni o province autonome.

2. La domanda, oltre alla generalità (cognome, nome, data e luogo di nascita, codice fiscale e località di residenza), deve riportare, a pena di esclusione e sotto la diretta responsabilità del dichiarante,

puntuali indicazioni circa:

- a) il possesso della cittadinanza;
 - b) ~~il possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia, precisando l'università che lo ha rilasciato, il giorno, il mese e l'anno in cui è stato conseguito; **soppresso con D.M. 12/10/2021**~~
 - c) l'iscrizione all'albo professionale, precisando la provincia o il Paese europeo, in caso di cittadini comunitari;
 - d) il possesso del diploma di specializzazione, precisando la tipologia del titolo posseduto qualora già specialisti;
 - e) i periodi di formazione teorico-pratica (documentati) svolti ai sensi dell'art. 24, 2-bis del decreto legislativo n. 368/1999, con idonea certificazione delle università presso le quali sono stati svolti, purché compresi nell'elenco di cui al seguente art. 11, comma 2.
3. La domanda, oltre alle generalità (cognome, nome, data e luogo di nascita, codice fiscale e località di residenza), deve riportare, a pena di esclusione e sotto la diretta responsabilità del dichiarante, puntuali indicazioni circa:
- il possesso della cittadinanza;
 - il possesso del diploma di laurea in medicina e chirurgia, precisando l'università che lo ha rilasciato, il giorno, il mese e l'anno in cui è stato conseguito;
 - l'iscrizione all'albo professionale, precisando la provincia o il Paese europeo, in caso di cittadini comunitari;
 - il possesso del diploma di specializzazione, precisando la tipologia del titolo posseduto qualora già specialisti;
 - i periodi di formazione teorico-pratica (documentati) svolti ai sensi dell'art. 24, 2-bis del decreto legislativo n. 368/1999, con idonea certificazione delle università presso le quali sono stati svolti, purché compresi nell'elenco di cui al seguente art. 11, comma 2.
- La domanda deve essere prodotta esclusivamente a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento o per mezzo di altro corriere privato. Sulla busta contenente la domanda deve essere specificato:
- «Domanda di ammissione al concorso per il corso di formazione specifica in medicina generale».
- La domanda deve contenere la precisa indicazio-

ne del domicilio o recapito del candidato, il quale ha l'obbligo di comunicare, tempestivamente, al competente assessorato regionale o provinciale le eventuali variazioni.

Il termine per la presentazione delle domande è di trenta giorni a decorrere dalla data di pubblicazione dell'estratto nella Gazzetta Ufficiale.

Le regioni e province autonome comunicano al Ministero della salute, entro venti giorni dalla scadenza del bando il numero delle domande al concorso.

Art. 7.

Adempimenti del presidente di commissione di esami

Il presidente della commissione, il giorno della prova e prima dell'inizio di quest'ultima:

constata la regolare costituzione dell'intera commissione; verifica e fa verificare agli altri commissari, in presenza di almeno due candidati, l'integrità dei plichi ministeriali contenenti i questionari, di cui all'art. 3 del presente decreto;

provvede all'apertura dei plichi contenenti le prove d'esame, all'ora stabilita su tutto il territorio nazionale; adotta le misure più idonee per assicurare la vigilanza, anche nel caso in cui il locale per la prova d'esame non sia unico. Il presidente della commissione, al termine della prova:

raccoglie tutti gli elaborati in uno o più plichi che, debitamente sigillati e controfirmati da tutti i membri della commissione e dal segretario, sono custoditi da quest'ultimo fino al momento della correzione; coordina le operazioni di correzione dei quiz, nel giorno concordato ed alla presenza di tutta la commissione al completo, secondo le indicazioni e la griglia delle risposte corrette contenute nelle istruzioni unite ai plichi inviati dal Ministero; procede all'apposizione di un numero progressivo su ciascuna busta esterna di ogni singolo elaborato, riproducendolo anche sulla busta contenente il modulo anagrafico, sul questionario e su un distinto elenco destinato alla registrazione del voto di correzione ed alla successiva identificazione dei candidati; provvede, coadiuvato dal segretario della commissione, alla redazione di un verbale delle operazioni sia di svolgimento del concorso che di correzione degli elaborati, nel quale sono indicate anche tutte le deliberazioni prese dalla commissione esaminatrice.

Art. 8.

Adempimenti della commissione di esami

1. La commissione di esame provvede:
 - ad insediarsi in tempo utile nelle rispettive sedi di

esame fissate dalle regioni o province autonome; all'identificazione dei candidati, nella quale operazione può essere coadiuvata anche da altro personale di sorveglianza;

all'ammissione dei candidati nella sede di esame; alla constatazione dell'integrità dei plichi ed all'apertura degli stessi alla presenza di almeno due candidati;

alla vidimazione dei questionari con timbri forniti dalla regione o dalla provincia autonoma ed all'apposizione della firma di almeno un membro della commissione, a seguito di parziale lacerazione di un angolo della busta contenente il questionario stesso;

alla distribuzione dei questionari tra i candidati; alla sorveglianza del rispetto da parte dei candidati delle disposizioni contenute nelle istruzioni generali, con facoltà di adottare i provvedimenti necessari a garantire il corretto svolgimento delle prove di esame;

a garantire durante lo svolgimento della prova, la presenza di almeno due membri e del segretario nella sala degli esami;

al ritiro delle buste contenenti gli elaborati dei candidati ed alla relativa chiusura in presenza dei candidati con apposizione di colla, timbri e sigle;

alla formulazione, in base al punteggio conseguito nella prova d'esame, di una graduatoria di merito, trasmettendola, unitamente agli altri documenti concorsuali, alla regione o provincia autonoma per gli adempimenti di competenza;

a completare i propri lavori entro il termine perentorio di sette giorni dalla data di esame; in mancanza, è considerata decaduta e la regione o provincia autonoma provvede alla sostituzione di tutti i componenti della commissione stessa, escluso il segretario, senza corrispondere alcun compenso ai membri decaduti, salvo il rimborso delle spese sostenute.

Art. 9.

Graduatorie e ammissione al corso

1. La regione o provincia autonoma riscontrata la regolarità degli atti, procede all'approvazione della graduatoria di merito e, in caso di più commissioni, provvede a redigere un'unica graduatoria di merito entro e non oltre il ventesimo giorno dall'acquisizione dei verbali di esame di tutte le commissioni.
2. In caso di parità di punteggio tra candidati si fa ricorso al criterio di preferenza ~~* della minore anzianità di laurea o, in subordine,~~ della minore età'.

3. L'attribuzione dei posti è disposta in conformità alle risultanze della graduatoria unica e nei limiti del numero dei posti prefissato dal bando di concorso.

4. La regione o provincia autonoma provvede a contattare tempestivamente gli interessati a mezzo raccomandata a/r ed a darne comunicazione ufficiale a mezzo del Bollettino ufficiale della regione o della provincia autonoma procedendo, su istanza degli interessati, entro dieci giorni da detta pubblicazione alla correzione di eventuali errori materiali ed alla relativa modifica della graduatoria stessa, cui è data medesima pubblicità.

5. La graduatoria dei candidati idonei può essere utilizzata non oltre il termine massimo di dieci giorni dopo l'inizio del corso di formazione, per assegnare, secondo l'ordine della graduatoria stessa, i posti che si siano resi vacanti per cancellazione, rinuncia, decadenza o altri motivi. I giorni di corso persi devono essere recuperati e regolarmente retribuiti.

***: così modificato da Decreto Ministero Salute del 5 dicembre 2018**

Art. 10.

Durata del corso

1. Il corso ha durata triennale. Tuttavia, la durata del corso medesimo può essere ridotta per un periodo totale di un anno pari a 1600 ore ai sensi dell'art. 24, comma 2-bis, del decreto legislativo n. 368/1999.
2. Il Ministero della salute trasmette alle regioni ed alle province autonome entro il 30 giugno di ciascun anno, e, comunque, in tempo utile per consentire alle regioni ed alle province autonome la valutazione dei crediti formativi, l'elenco dei corsi attivati dalle università, valutabili ai fini della riduzione della durata della frequenza.

Art. 11.

Corsi a tempo pieno – Incompatibilità

1. Il corso è strutturato a tempo pieno. La formazione a tempo pieno implica la partecipazione alla totalità delle attività mediche del servizio nel quale si effettua la formazione, comprese le guardie, in modo che il medico in formazione dedichi a tale formazione pratica e teorica tutta la sua attività professionale per l'intera durata della normale settimana lavorativa e per tutta la durata dell'anno. Conseguentemente, è inibito al medico in formazione l'esercizio di attività libero-professionali ed ogni rapporto convenzionale, precario o di consulenza con il Servizio sanitario nazionale o enti e istituzioni pubbliche o private, anche di carattere saltuario o temporaneo. Durante la frequenza del corso è, altresì, esclusa la contemporanea iscrizione o frequenza a corsi di specializzazione o dottorati di ricerca, anche qualora si conse-

gua tale stato successivamente all'inizio del corso di formazione specifica in medicina generale. A tal fine e prima dell'inizio dei corsi di formazione, le regioni o province autonome provvedono a far sottoscrivere a tutti i tirocinanti dichiarazioni sostitutive di atto notorio ai sensi della legge 4 gennaio 1968, n. 15, e successive modificazioni, attestanti la non sussistenza di cause di incompatibilità ovvero dichiarazioni di rinuncia ai suddetti rapporti incompatibili.

2. Ai sensi dell'art. 19, comma 11, della legge n. 448 del 28 dicembre 2001, ai medici in formazione sono consentite - unicamente nei casi di accertata carenza di disponibilità dei medici già iscritti nei relativi elenchi regionali per la medicina convenzionata e purché compatibili con lo svolgimento dei corsi stessi - le sostituzioni a tempo determinato di medici di medicina generale convenzionati con il Servizio sanitario nazionale, nonché le sostituzioni per le guardie mediche notturne, festive e turistiche. Nel conferimento dei suddetti incarichi, è fatto onere alle regioni ed alle province autonome di verificare preventivamente l'effettiva sussistenza dello stato di carenza.

3. Nell'ipotesi di sostituzione del medico di medicina generale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, non è consentita la sostituzione del proprio tutor.

4. Il carattere eccezionale della deroga di cui al citato art. 19, comma 11, legge n. 448/2001 esclude la possibilità di estendere la stessa ad altri rapporti di lavoro di tipo convenzionali.

In presenza di accertata incompatibilità ne consegue l'espulsione del medico tirocinante dal corso.

5. La frequenza al corso non comporta l'instaurazione di un rapporto di dipendenza o di lavoro convenzionale con il Servizio sanitario nazionale né con i medici tutori.

6. Il medico in formazione, ove sussista un rapporto di pubblico impiego è collocato, compatibilmente, con le esigenze di servizio, in posizione di aspettativa senza assegni secondo le disposizioni legislative contrattuali vigenti. Il periodo di aspettativa è utile ai fini della progressione di carriera e del trattamento di quiescenza e di previdenza.

Art. 12.

Corso a tempo parziale

1. Le regioni e le province autonome possono organizzare corsi a tempo parziale purché siano soddisfatte le seguenti condizioni:

- a) il livello della formazione corrisponda qualitativamente a quello della formazione a tempo pieno;

- b) la durata complessiva della formazione non sia abbreviata rispetto a quella a tempo pieno;
- c) l'orario settimanale della formazione non sia inferiore al 50% dell'orario settimanale a tempo pieno;
- d) la formazione comporti un congruo numero di periodi di formazione a tempo pieno sia per la parte dispensata in un centro ospedaliero, sia per la parte effettuata in un ambulatorio di medicina generale riconosciuto o in un centro riconosciuto nel quale i medici dispensano cure primarie;
- e) i periodi di formazione a tempo pieno, sopraindicati, siano di numero e durata tali da preparare in modo adeguato all'effettivo esercizio della medicina generale.

2. In caso di attivazione di corsi a tempo parziale, le regioni e le province autonome ne danno comunicazione al Ministero della salute, alla Direzione generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane ed alla Direzione generale della programmazione sanitaria, indicando il numero ed i nominativi dei tirocinanti per i quali si applica tale tipologia di formazione.

3. La scelta della formazione a tempo parziale fa decadere ogni preclusione ed incompatibilità presente in caso di formazione a tempo pieno: ai medici che optano per tale tipologia di corso è consentito lo svolgimento di ogni altra attività lavorativa, purché compatibile con i periodi di formazione stabiliti dalla regione o provincia autonoma e fatta eccezione per i periodi in cui il corso è strutturato a tempo pieno, come previsto alla lettera d) del citato art. 24, comma 3, del decreto legislativo n. 368/1999.

4. In caso di formazione a tempo parziale, la borsa di studio è corrisposta in misura proporzionalmente ridotta, tale da garantire al tirocinante la medesima somma corrisposta in caso di corsi a tempo pieno.

5. Per quanto concerne la disciplina relativa agli impedimenti lavorativi per malattia, gravidanza, o servizio militare, nonché per la regolamentazione delle assenze per motivi personali, si fa rinvio a quanto disciplinato nel decreto legislativo n. 368/1999.

Art. 13.

Principi generali per l'organizzazione dei programmi Rinvio

1. Per tutto quel che concerne l'articolazione degli obiettivi didattici, le metodologie di insegnamento - apprendimento ed i programmi delle attività teoriche e pratiche del corso di formazione specifica in medicina generale, ai sensi dell'art. 26, comma 1,

del decreto legislativo n. 368 del 17 agosto 1999, e successive modificazioni ed integrazioni, si fa rinvio ad un successivo decreto del Ministero della salute, d'intesa con la Conferenza per i rapporti permanenti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, da adottare sentito il Consiglio superiore di sanità, la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri.

Art. 14.

Attivazione dei corsi

1. I corsi di formazione sono avviati non oltre il 30 novembre e durano 36 mesi, tranne che nelle ipotesi previste ai sensi dell'art. 24, comma 2-bis, del decreto legislativo n. 368/1999.

2. Le regioni e le province autonome comunicano al Ministero della salute, tempestivamente e, comunque, entro i primi quindici giorni dall'inizio del corso, la data di inizio delle attività.

3. Entro il 31 ottobre di ogni anno le regioni e province autonome trasmettono, altresì, il piano dei corsi.

4. L'esame finale deve essere svolto a fine corso e, comunque, entro la fine dell'anno solare in modo da permettere ai medici in formazione l'inserimento nella graduatoria regionale per la medicina generale entro il 31 gennaio dell'anno successivo.

Art. 15.

Organizzazione dei corsi

1. Le regioni o province autonome gestiscono direttamente, attraverso i propri uffici, i corsi di formazione specifica in medicina generale. Per gli adempimenti relativi allo svolgimento del corso, esse possono avvalersi della collaborazione degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri dei rispettivi capoluoghi di regione, delle università degli studi, di un apposito centro formativo regionale, ove presente, ovvero possono istituire un centro regionale per la formazione specifica in medicina generale. In ogni caso, esse nominano almeno un gruppo tecnico scientifico di supporto.

2. Con apposito provvedimento regionale o provinciale sono definiti in dettaglio tutti gli aspetti organizzativi e gestionali dei corsi, stabilendone l'assetto organizzativo ed amministrativo, l'articolazione dei periodi della formazione in conformità a quanto stabilito dalle direttive comunitarie e ministeriali, con particolare riguardo:

- all'individuazione delle sedi nelle quali si svolgono le attività formative avendo cura di verificarne l'adeguatezza alla luce dei requisiti di idoneità prefissati;

- alla definizione dei criteri e della modalità di individuazione dei coordinatori delle attività didattiche teoriche e pratiche e della loro durata in carica;

- all'individuazione di criteri oggettivi per l'abbinamento dei medici in formazione ai poli formativi ed ai tutor medici di medicina generale, ai fini dell'espletamento dei vari periodi formativi previsti dai programmi;

- alla definizione di un modello di libretto individuale per il medico in formazione che preveda le modalità di verifica delle presenze, l'indicazione del periodo di frequenza e il giudizio finale di ciascun periodo formativo espresso da ogni tutor. In tale libretto è, inoltre, prevista la possibilità per i coordinatori delle attività seminariali e pratiche, ciascuno per il proprio ambito di competenza, di riportare il proprio giudizio analitico e motivato sulle attività svolte dal medico in formazione, con particolare riguardo al raggiungimento degli obiettivi formativi raggiunti;

- all'individuazione di modalità operative che garantiscano la corretta ed omogenea attuazione dei programmi ed il raggiungimento degli obiettivi didattici programmati, prevedendo anche la possibilità di eventuali integrazioni e modifiche qualora risultassero necessarie ed opportune;

- alla definizione di criteri e modalità per la determinazione dei requisiti di idoneità della rete formativa e delle singole strutture che la compongono e la verifica, nel tempo, del permanere dei suddetti requisiti;

- alla realizzazione di corsi per coordinatori, tutor e docenti secondo le necessità formative emergenti, nonché all'individuazione di modalità e criteri per la loro valutazione periodica;

- all'individuazione dei requisiti minimi delle tesi finali, nonché alla formulazione di indicazioni sui criteri di scelta degli argomenti per la redazione delle suddette tesi.

3. L'ammissione all'esame finale è deliberata da parte del collegio di tutor e di docenti, al termine del percorso formativo, sulla base dei singoli giudizi espressi nel libretto personale del medico in formazione.

Art. 16. Prova finale

1. Per la prova finale, la commissione, di cui all'art. 4

del presente decreto, è ricostituita nella medesima composizione nominativa ed integrata da un rappresentante del Ministero della salute e da un professore ordinario di medicina interna o di disciplina equipollente, designato dal Ministero della salute, a seguito di sorteggio tra i nominativi inclusi in appositi elenchi predisposti dal Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca.

2. Le regioni e le province autonome possono prevedere anche ulteriori sedute di esame per i tirocinanti che hanno sospeso la frequenza a seguito di malattia, gravidanza o servizio militare; in tale ipotesi le sedute di esame devono essere indette secondo i criteri di economicità ed opportunità.

3. Per ragioni di uniformità di giudizio, le commissioni per gli esami finali devono prevedere la medesima composizione anche per le successive sessioni straordinarie, fatta salva la possibilità di procedere a nuove nomine in caso di impedimenti dei commissari.

4. Al termine della prova finale è rilasciato il diploma di formazione specifica in medicina generale conforme al fac-simile allegato.

5. Qualora il medico tirocinante non abbia conseguito esito favorevole all'esame finale, può essere ammesso a partecipare nuovamente agli esami nella successiva seduta utile, purché con differente commissione esaminatrice, discutendo una nuova tesi predisposta dallo stesso. La prova finale può essere sostenuta per un massimo di due volte; nel caso che il candidato non superi neppure il secondo colloquio, è escluso dal corso, ma può partecipare a future selezioni per la formazione specifica in medicina generale.

Art. 17. Borsa di studio

1. Al medico in formazione è conferita una borsa di studio annuale di Euro 11.103,82, dedotto il premio di assicurazione di cui al successivo art. 21, qualora non siano stipulate direttamente dagli interessati. Il trattamento fiscale della borsa di studio è soggetto alle trattenute I.R.P.E.F. e I.R.A.P.

Roma, 7 marzo 2006

Art. 18. Assicurazione

1. 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 sulla base delle condizioni generali suddette o, a scelta del tirocinante, dalla regione o provincia autonoma che provvede a detrarre i relativi premi dalla borsa di studio. I massimali di copertura devono essere i medesimi per tutte le regioni e le province autonome e sono definiti in sede di coordinamento interregionale. Nel caso di stipula diretta dell'interessato, copia del contratto assicurativo deve essere inviata a cura degli stessi interessati al centro regionale per la formazione specifica in medicina generale prima dell'inizio del corso.

Art. 19. Finanziamenti

1. Per il finanziamento dei corsi si provvede ogni anno con le quote vincolate del Fondo sanitario nazionale. Le regioni e le province autonome effettuano una rendicontazione dettagliata al Ministero della salute - Direzione generale della programmazione sanitaria entro l'anno successivo a quello del termine del corso cui afferisce.

Art. 20. Valutazione dei risultati

1. Al termine di ciascun anno di corso, gli uffici competenti del Ministero della salute e delle regioni e province autonome valutano congiuntamente l'andamento dei corsi ed i risultati conseguiti, anche al fine di eventuali revisioni, sia dei criteri che dei programmi, anche alla luce delle indicazioni emanate dall'Unione europea.

Art. 21. Rinvio

1. Per tutto quanto non espressamente previsto nel presente decreto, si fa rinvio alla normativa vigente. Il presente decreto sarà inviato al Ministero della giustizia per la pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Il Ministro: Storce

D.L. 14 dicembre 2018 n. 135 convertito nella Legge 11 febbraio 2019, n. 12

Art. 9

Disposizioni urgenti in materia di formazione specifica in medicina generale

1. Fino al **31 dicembre 2024**, in relazione alla contingente carenza dei medici di medicina generale, nelle more di una revisione complessiva del relativo sistema di formazione specifica i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale, iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale, possono partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali, rimessi all'accordo collettivo nazionale nell'ambito della disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale. La loro assegnazione è in ogni caso subordinata rispetto a quella dei medici in possesso del relativo diploma e agli altri medici aventi, a qualsiasi titolo, diritto all'inserimento nella graduatoria regionale, in forza di altra disposizione. Resta fermo, per l'assegnazione degli incarichi per l'emergenza sanitaria territoriale, il requisito del possesso dell'attestato d'idoneità all'esercizio dell'emergenza sanitaria territoriale. Il mancato conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale entro il termine previsto dal corso di rispettiva frequenza, **fatti salvi i periodi di sospensione previsti dall'art. 24, commi 5 e 6 del D.lgs. 368/1999**, comporta la cancellazione dalla graduatoria regionale e la decadenza dall'eventuale incarico assegnato.

2. **Per le finalità di cui al comma 1, le regioni e le province autonome, nel rispetto di quanto previsto dall'articolo 24, comma 3, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, prevedono la limitazione del massimale degli assistiti in carico fino a 1.000 assistiti, anche con il supporto dei tutori di cui all'articolo 27 del medesimo decreto legislativo n. 368 del 1999, o del monte ore settimanale e possono organizzare i corsi**

anche a tempo parziale, garantendo in ogni caso che l'articolazione oraria e l'organizzazione delle attività assistenziali non pregiudichino la corretta partecipazione alle attività didattiche previste per il completamento del corso di formazione specifica in medicina generale. Le ore di attività svolte dai medici assegnatari degli incarichi ai sensi del comma 1 devono essere considerate a tutti gli effetti quali attività pratiche, da computare nel monte ore complessivo previsto dall'articolo 26, comma 1, del citato decreto legislativo n. 368 del 1999».

3. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, in sede di Accordo collettivo nazionale, sono individuati i criteri di priorità per l'inserimento nelle graduatorie regionali dei medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale di cui al comma 1, per l'assegnazione degli incarichi convenzionali, nonché le relative modalità di remunerazione. Nelle more della definizione dei criteri di cui al presente comma, si applicano quelli previsti dall'Accordo collettivo nazionale vigente per le sostituzioni e gli incarichi provvisori.

4. Dal presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. Le amministrazioni pubbliche interessate provvedono agli adempimenti previsti con le risorse umane finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.

Così modificato dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60 di conversione del D.L. n. 35 del 30/04/2019 (Decreto Calabria)

Così modificato dalla Legge 19 maggio 2022, n. 52 di conversione del D.L. n. 24 del 24/03/2022

L'elaborato redatto dal Coordinatore della Segreteria Regionale dei Corsi, sig. Pasquale IMPROTA, di concerto con i Coordinatori Regionali delle Attività Didattiche: dr. Francesco MONTANINO e dr. Pasquale IZZO, comprende anche il "Nuovo Programma Didattico del Corso" realizzato dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Napoli ed approvato dal Gruppo Tecnico Scientifico (G.T.S.).

Il documento è stato condiviso e rivisitato dal Direttore Generale - Tutela della Salute - dr. Antonio Postiglione e dal Dirigente della UOD 10 - Personale del SSR - dr. Gaetano PATRONE.

Si ringraziano inoltre, per il contributo: la dr.ssa Maria Antonietta DE LUCA, la dr.ssa Assunta MAIELLO, il dr. Vincenzo BUONO, il dr. Massimo DI GENNARO, il dr. Vincenzo SCHIAVO, il dr. Luigi SPARANO.

