



*Provincia Autonoma
di Trento
Assessorato
alle Politiche per la salute*



*Ordine dei
Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Trento*



*Scuola di Formazione
Specifica in Medicina
Generale
Trento*



*Azienda Provinciale per i
Servizi Sanitari*

ATTI

**della
Giornata di studio**

L'INSEGNAMENTO DELLA MEDICINA GENERALE NELL'EUROPA CHE CAMBIA Le scuole di Trento e di Maastricht a confronto

Venerdì 10 ottobre 2008
Sala Conferenze
Agenzia delle Entrate
Via Brennero 133 – Trento

Presentazione

1. Introduzione.....	4
2. La giornata di venerdì.....	5
3. La giornata di sabato.....	8

Atti

1. La costruzione di una rete europea per la qualità dell'assistenza in medicina generale.....	10
2. L'esperienza di Maastricht: fatti, risultati e riflessioni.....	13
3. L'evoluzione del percorso formativo della scuola di Trento: dalla consultazione alla "famiglia dei curanti".....	18
4. L'evoluzione del percorso formativo della scuola di Trento: dalla pratica alla teoria.....	21
5. La Formazione Specifica in Medicina Generale nella Regione Toscana.....	29
6. L'Italia delle Signorie: frammentazione e progetti comuni.....	32
7. Il medico del futuro: percorsi e reti europee.....	35
8. Il paziente nella didattica: il laboratorio della relazione, il paziente simulato e il laboratorio culturale.....	38
9. La formazione del tutor medico di medicina generale olandese.....	41
10. Laboratorio culturale.....	45
11. Il laboratorio di scrittura.....	49
12. L'apprendimento nell'ambito del laboratorio culturale e del paziente simulato.....	51
13. Verso una teoria della medicina generale: l'esperienza di dieci anni di insegnamento.....	53

Presentazione

1. Introduzione

La motivazione

L'iniziativa è incentrata sullo scambio culturale e scientifico di due realtà didattiche europee diverse ma per certi versi molto simili tra loro. Da una parte la scuola di medicina generale di Trento, che dopo una fase iniziale in cui ha seguito curricula, metodi e impostazioni didattiche tipiche del nord Europa, in questi ultimi anni ha trovato una sua posizione didattica e propone un percorso di apprendimento ai giovani medici peculiare che si può ben definire "una via italiana" alla professionalizzazione del medico di medicina generale. Dall'altra la scuola di medicina generale di Maastricht, inserita nel mondo accademico olandese, nell'università che è il tempio universalmente riconosciuto della innovazione didattica in medicina, e che ha la capacità di interrogarsi sulla qualità del proprio insegnamento e cerca confronto con altre realtà.

La preparazione di questo evento di per sé è stata utile perché ha permesso di effettuare una rivalutazione di tutto il lavoro fatto all'interno del consiglio didattico della scuola. Inoltre, avere un'audience di eccezione come quella degli accademici di Maastricht è stato motivo di orgoglio per i docenti della scuola e ha contribuito alla loro qualificazione come gruppo di lavoro competente e compatto.

Il percorso

L'iniziativa si è sviluppata attraverso due eventi complementari: una prima giornata rivolta al pubblico di professionisti, manager e formatori a livello locale e nazionale per condividere in modo più orizzontale possibile il percorso della scuola di Trento e il punto di vista dei colleghi olandesi, ma anche per far comprendere la sostanza della formazione in medicina generale e la professione stessa attraverso il dibattito sostenuto da discussant degni di nota. La prima giornata è servita anche agli attori dello scambio come una prima presentazione generale reciproca.

La seconda giornata è stata invece uno spazio di discussione su temi specifici e tecnici e si è rivolta ad un numero limitato di partecipanti in modo da promuovere la discussione in profondità arrivando ad una vera e propria intervista di gruppo. Da tale workshop sono sgorgate iniziative di collaborazione sul piano della ricerca, della didattica e della ricerca in didattica.

I risultati

I risultati nell'immediato sono stati una maggior visibilità dei percorsi formativi nell'ambito della medicina generale per quanti hanno interessi e responsabilità in tale campo e nel campo dell'assistenza primaria. Il confronto è sempre utile strumento per meglio comprendere i percorsi e le innovazioni in atto.

Il risultato finale concreto sono questi atti, pubblicazione che comprende fedelmente tutti gli aspetti del dibattito e racconta la peculiarità del percorso fino ad oggi fatto.

I risultati a medio e a lungo termine attesi sono una collaborazione nel tempo continua e solida tra le due realtà utile sul piano della produzione scientifica e della ricerca in pedagogia, pressoché ignorata nel nostro paese. Inoltre, si potrà costruire una rete a livello europeo per tutor e specializzandi che contempli periodi di studio all'estero, per la costruzione di una medicina generale con competenze di respiro europeo.

2. La giornata di venerdì

La formazione specifica in medicina generale post laurea in Italia viene attuata ormai da dieci anni. L'esperienza formativa è regionalizzata e si presenta a macchia di leopardo, proponendo curricula e standard d'insegnamento che differiscono da regione a regione. Oggi la sfida per la medicina generale è di favorire l'innovazione diffusa di questi corsi, costruendo curricula coerenti e omogenei, e che non abbiano un'ottica riduzionista nei confronti della complessità necessaria ad un percorso formativo di questo tipo.

Si tratta di favorire la professionalizzazione del medico nel momento in cui accede alla comunità di pratica della medicina generale, utilizzando forme di conoscenza ormai presenti nel corpus teorico della disciplina, ma anche forme lontane dal sapere dichiarativo, acquisite nei comportamenti e nelle decisioni dei medici italiani e non formalizzate.

In questi anni il confronto con l'Europa ha visto un primo momento di attenzione e di acquisizione delle esperienze didattiche dei paesi nei quali la medicina generale veniva insegnata da più tempo, seguito da un secondo periodo nel quale la riflessione in seno ai medici impegnati nella didattica e nella ricerca è riuscita a tracciare nuove strade peculiari e a trovare una via "italiana" all'insegnamento della disciplina.

In questo momento è quindi possibile un confronto con le altre realtà europee e uno scambio di esperienze.

Questa giornata ha dato a quanti sono interessati alla progettazione e all'organizzazione delle cure di primo livello e ai professionisti sensibili spunti di riflessione attraverso il confronto tra realtà didattiche quali la scuola olandese, quella fiorentina e quella trentina. La giornata è stata anche il primo atto di collaborazione con altre realtà europee e italiane per il miglioramento dell'insegnamento della medicina generale con lo scopo di costruire un professionista con competenze di respiro internazionale.

PROGRAMMA

L'INSEGNAMENTO DELLA MEDICINA GENERALE NELL'EUROPA CHE CAMBIA: SCUOLE A CONFRONTO

Giornata di studio, venerdì 10 ottobre 2008

- 8.30 *Registrazione dei partecipanti*
- 9.10 *Prima sessione*
Chairman: Romano Paduano
La costruzione di una rete europea per la qualità dell'assistenza
in medicina generale
L'esperienza di Maastricht: fatti, risultati e riflessioni
Giorgio Visentin
Bas Maiburg
Paul Ram
Dibattito
- 11.00 *Seconda sessione*
Chairman Luciano Vettore
L'evoluzione del percorso formativo della scuola di Trento:
dalla consultazione alla "famiglia dei curanti"
L'evoluzione del percorso formativo della scuola di Trento:
dalla pratica alla teoria
Giuseppe Parisi
Fabrizio
Valcanover
Dibattito
- 13.00 *Pranzo*
- 14.00 *Terza sessione*
Chairman: Maria Pia Perlot
L'esperienza della scuola toscana
Emanuele Messina
Alessandro Bussotti
e Stefano
Giovannoni
Paolo Colorio
Ingrid Van den
Heijden e David
Fasoletti
L'Italia delle signorie: frammentazione e progetti comuni
Il medico del futuro: percorsi e reti europee
Dibattito
- 16.00 *Quarta sessione*
Chairman Amelia Marzano
Il paziente nella didattica: il laboratorio della relazione, il
paziente simulato e il laboratorio culturale
Norma Sartori
La formazione dei tutor olandesi
Gerard Benthem
Dibattito
- 17.10 *Chiusura lavori e redazione questionario apprendimento*

Comitato scientifico

Rino Fasol	<i>Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale. Università di Trento</i>
Silvia Gherardi	<i>Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale. Università di Trento</i>
Pasquale Laurino	<i>Coordinatore attività d'aula scuola di medicina generale di Trento</i>
Gianni Martini	<i>Esperto in politiche sanitarie</i>
Ugo Morelli	<i>Università di Venezia</i>
Claudia Pancino	<i>Dipartimento di Storia. Università di Bologna</i>
Massimo Tombesi	<i>Medicina Generale Macerata</i>

Relatori e discussant

Gerard Benthem	<i>Coordinator trainers curriculum GP vocational training Institute University Maastricht</i>
Alessandro Bussotti	<i>Coordinatore attività teoriche Formazione Specifica in Medicina Generale Regione Toscana</i>
Paolo Colorio	<i>Vice Direttore scuola di medicina generale di Trento</i>
David Fasoletti	<i>Coordinatore Gruppo Giotto Italia e Vasco de Gama Group</i>
Stefano Giovannoni	<i>Coordinatore attività teoriche Formazione Specifica in Medicina Generale Regione Toscana</i>
Bas Maiburg	<i>Education coordinator GP vocational training Institute University Maastricht, coordinator trainees' curriculum</i>
Amelia Marzano	<i>Responsabile Ufficio Aggiornamento Azienda Sanitaria Trento</i>
Emanuele Messina	<i>Direttore Formazione Specifica in Medicina Generale Regione Toscana</i>
Romano Paduano	<i>Professore a contratto di medicina generale – Università di Udine</i>
Giuseppe Parisi	<i>Responsabile qualità formativa scuola di medicina generale di Trento</i>
Maria Pia Perlot	<i>Coordinatore tutor scuola di medicina generale di Trento</i>
Paul Ram	<i>Director GP vocational training Institute University Maastricht</i>
Norma Sartori	<i>Coordinatore laboratorio relazione e comunicazione- Scuola di medicina generale di Trento</i>
Fabrizio Valcanover	<i>Direttore scuola di medicina generale di Trento</i>
Ingrid van der Heijden	<i>Staff member International Competences GP vocational training Institute University Maastricht</i>
Luciano Vettore	<i>Past president e Consigliere emerito della Società italiana di Pedagogia medica (SIPeM)</i>
Giorgio Visentin	<i>Copresidente Wonca Italia</i>

3. La giornata di sabato

Seminario su invito aperto a 15 didatti. Traduzione non simultanea

9.00- 13.00 presentazione della scuola di Trento e discussione

Temi

L'integrazione delle arti e delle scienze umane nel curriculum della scuola di Trento

La commedia (il suo esordio, il passato il presente e il futuro)

Come mettere in scena una commedia può essere una esperienza di apprendimento e una opportunità per il gruppo degli studenti

L'obiettivo didattico delle proiezioni dei film (metodi: per affinare il metodo clinico o per stimolare la sensibilità e l'affettività e la percezione degli altri come esseri umani) l'esperienza della mostra di Venezia -

Percorsi artistici: l'esperienza del "MART"

Leonardo Spina: "Clown a Kabul"

Il laboratorio di scrittura

La focalizzazione di aspetti educativi complessi e interrelati

Il paziente simulato come esempio di approccio olistico e risorsa per la generazione di modelli relazionali

Il seminario sulla teoria e sui metodi di medicina generale

Luci e ombre

Punti critici dell'introduzione delle scienze umane nel curriculum: esperienze e considerazioni.

Elementi di sociologia medica

Elementi di antropologia medica

Pranzo di lavoro e visita della scuola

Comitato promotore: Provincia Autonoma di Trento Assessorato alle politiche della salute Servizio organizzazione e qualità delle attività sanitarie Tel 0461 494105 Formazione sanita @provincia.tn.it	Comitato organizzatore: Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale Tel 0461 492431 segreteria@scuolamgtn.it
---	--

Il comitato Organizzatore
Fabrizio Valcanover, Giuseppe Parisi, Paolo Colorio, Andrea Moser, David Fasoletti, Mauro Bertoluzza, Norma Sartori, Monica Bonenti, Pasquale Laurino
Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale di Trento

Atti

1. La costruzione di una rete europea per la qualità dell'assistenza in medicina generale

Giorgio Visentin

Nel mio intervento non riporterò dati di letteratura ma racconterò la storia delle organizzazioni della medicina generale e presenterò fatti ma anche le mie impressioni sugli aspetti positivi e negativi di tali organizzazioni, per mostrarvi come si possono costruire reti di lavoro e di conoscenza.

L'evento attuale è un esempio di un buon networking: la scuola di Trento ha iniziato facendo rete con le scuole trivenete, e in un secondo tempo con Toscana e Lazio, per arrivare ora a proporre networking a livello internazionale con l'università di Maastricht. Non è stata quindi fatta una mera lotta di potere ma è stato sempre perseguito il confronto su contenuti e su proposte concrete per far crescere la cultura della medicina generale. È un lavoro degno di nota perché in Italia ma anche in molte parti d'Europa lo spirito campanilista impedisce questo confronto fertile..

Elencherò i network della medicina generale già presenti partendo dal più noto e più grande, WONCA.

WONCA

WONCA è nata nel 1972, e oggi vanta la rappresentanza di 120 stati e raggiunge l'ottanta per cento della popolazione mondiale. È nata come società scientifica e ha buona rappresentatività a livello di ogni nazione. I college nazionali sono valutati in base alla qualità del loro lavoro e non alla loro rappresentatività. Ad esempio anche i rappresentanti di Trinidad e Tobago (college numericamente risibili) hanno potuto far conoscere la loro esperienza di successo nella lotta contro il fumo utilizzando la propaganda fatta dai loro atleti che hanno una grossa influenza come opinion leader. I risultati raggiunti in questo modo sono stati eclatanti e il programma di Trinidad e Tobago è adesso un esempio da seguire in tutto il mondo. Esistono alcuni lati negativi di WONCA. Innanzitutto la rappresentatività non è uniforme: mancano alcuni paesi della regione araba dell'Asia e gran parte dell'Africa, mentre piccoli stati come l'Olanda sono molto rappresentati, altri stati come l'Italia sono coinvolti ma chi li rappresenta non ha un mandato chiaro dalle istituzioni nazionali.

Inoltre, essendo molto grande offre congressi che assomigliano ad una grande fiera, congressi con 4000 persone che non sono tutte interessate ai lati scientifici dell'evento.

Infine, la sua filosofia di intervento non è chiara, al suo interno si può dire tutto e il contrario di tutto e così in certe aree si è persa l'indipendenza dei contenuti.

WONCA Europe

WONCA Europe, è una delle regioni vincenti di WONCA che fa network per produrre conoscenza che tra l'altro ha prodotto per merito di EURACT, ma non solo, la "Definizione della medicina generale", punto di partenza per definire la medicina di famiglia come disciplina autonoma.

La sua capacità di lobbying in wonca non riesce sempre a esprimersi bene, cosa che si traduce in poca influenza e poca comunicazione sia all'interno di Wonca che a livello politico con l'Unione Europea.

EURACT

EURACT è uno dei tre network satelliti a WONCA Europe. È network di insegnanti, che lavora bene e ha fatto crescere la medicina generale. È il gruppo che più ha prodotto riguardo all'insegnamento della medicina generale, anche se rischia una decadenza endogamica in quanto si focalizza troppo sui problemi interni delle scuole.

Sarebbe auspicabile una maggior attenzione alla professione del medico, che si prende cura dei pazienti non solo degli studenti e quindi una maggior attenzione ai problemi dei pazienti.

EGPRN

Organizzazione ben calibrata, è formata da accademici della specialità della medicina generale e ha come obiettivo la stimolazione, la diffusione e la valutazione della ricerca in medicina generale. È forse il network più vivace di WONCA., ma anch'esso tende a chiudersi in se stesso, non riesce a costruire trial multicentrici di buon livello. Sarebbe utile si collegasse ai network sulla formazione

EQUIP

Ha fatto lavori pregevoli sulle metodologie per la valutazione della qualità in medicina generale, ma alcuni dei suoi strumenti sono entrati in circuiti commerciali diversi da quelli che dovrebbero garantire un approccio di cultura universale.

HEELSUM COLLABORATION

Heelsum è un gruppo che ha lavorato informalmente su invito, finanziato da produttori caseari al fine di creare suggerimenti e comunicazioni sulle diete. Si è partiti dalle linee guida e ci si è accorti che le fonti molto spesso non sono trasferibili nella medicina generale, finendo a discutere sulla comunicazione al paziente e sui problemi dell'influenza del sociale. In questo modo si sono prodotte nuove idee di ricerca e si è dimostrato come anche piccole reti informali possono produrre materiali importanti.

WONCAITALIA

Per quanto riguarda l'Italia si deve ricordare che per la prima volta tutta la comunità di WONCA è stata portata in Italia in occasione del congresso di Firenze del 2006 che è stato un avvenimento storico anche per altre due ragioni: è stata partenza di altri network che si sono creati nel nostro paese e la formazione del gruppo degli studenti di specialità in medicina generale. Il comitato scientifico del congresso ha costituito il gruppo WONCAITALIA al quale hanno partecipato le società scientifiche della ASSIMEFAC AIMEF e CSeRMEG, pediatri e il "Gruppo Giotto".

Il progetto è di costruire network sulla formazione specifica e sviluppare nuove proposte metodologiche, ad esempio "position paper" per sganciare la medicina generale dal mercato sia da influenze settarie di zone professionali specialistiche.

Nel marzo 2009 si terrà un congresso sulla continuità informativa e gestionale tra paziente pediatrico e paziente adulto

EUROPEAN FORUM

È un gruppo formato non solo da medici di medicina generale ma anche da infermieri e altre figure professionali delle cure primarie. Il gruppo fa lobbying per l'indipendenza e il potenziamento delle cure primarie presso la commissione europea. È di questo gruppo l'iniziativa "15 entro 2015" per incentivare programmi di tipo orizzontale e non verticale per le cure primarie.

VASCO DE GAMA

Gruppo di giovani medici partito al congresso europeo di Amsterdam nel 2004 e che sta organizzandosi per produrre non solo sessioni di confronto ma anche nuove idee. Al congresso di Parigi è stato presente nelle key notes.

GIOTTO

Il movimento GIOTTO è un movimento culturale formato e rivolto ai Medici di Medicina Generale all'inizio del loro percorso formativo e professionale, inteso come il periodo che va dal primo giorno di iscrizione al Corso di Formazione Specifica in medicina generale fino al quinto anno dopo aver ottenuto la convenzione per la Medicina Generale (Assistenza Primaria).

Al movimento sono invitati a partecipare come tutor-senior alcuni medici di medicina generale che si occupano di didattica: essi garantiscono il contatto con le scuole di formazione specifica in Medicina Generale.

Scopo del movimento è quello di facilitare la discussione e il confronto tra i giovani medici di medicina generale italiani, in modo da cercare di creare una “coscienza comune” dei contenuti culturali e scientifici specifici della Medicina Generale. Argomenti di discussione sono in particolare: le competenze specifiche della medicina generale, gli aspetti organizzativi del lavoro sul territorio, le necessità didattiche del medico di medicina generale, la ricerca in Medicina Generale.

Il movimento si pone inoltre l'obiettivo di facilitare il confronto con altre diverse realtà europee della medicina di famiglia. In questo caso il referente principale è identificato nel Vasco da Gama Movement. Il movimento non vuole avere scopi sindacali politici e economici

Presentati tutti i gruppi ufficiali della medicina generale voglio ricordare anche un gruppo in seno a WONCAITALIA che vuol proporre un protocollo di ricerca multicentrico. Se la medicina generale vuole produrre nuova conoscenza deve scrivere i propri protocolli di ricerca e utilizzare la tecnica del call for funding (sia nel pubblico che nel privato).

Per concludere:

- La medicina generale è riuscita a definirsi e a costruire la sua disciplina
- Rimangono tuttora grandi aree grigie o aree nere di conoscenza che ci vedono dipendere dalle conoscenze fornite da una medicina centrata sulla malattia (Disease Oriented Evidence)
- È il momento di costruire nuovi network per produrre nuove conoscenze
- Le scuole di formazione italiane e le scuole di specializzazione Europee sono il punto di partenza ideale per la produzione di nuova conoscenza (tesi condivise tra diverse scuole, ricerche multicentriche, ecc)

2. L'esperienza di Maastricht: fatti, risultati e riflessioni

Bas Maiburg e Paul Ram

Buon giorno e grazie per le gentili parole di presentazione e grazie anche per il vostro invito.

Siamo felici di essere qui ed entusiasti di questa opportunità che ci viene offerta di scambiare esperienze e conoscenze sulla formazione dei medici di medicina generale.

Bas Maiburg ed io vorremmo descrivervi la realtà olandese. Comincerò con alcune informazioni generali e poi Bas continuerà parlando del profilo delle competenze dei medici di medicina generale. Dopo la nostra presentazione avremo tempo per la discussione e per condividere idee su questi temi.

Veniamo da Maastricht, capoluogo della provincia più meridionale del paese. L'Olanda è una monarchia con 16 milioni di abitanti e una delle popolazioni più inurbate d'Europa. La caratteristica demografica principale del paese è, similmente a quanto troviamo in Italia, il crescente invecchiamento della popolazione. Si stima che la quota di persone sopra i 65 anni aumenterà del 23% nei prossimi due decenni. L'aspettativa di vita nei Paesi Bassi è di quasi 80 anni. È nella media europea per quanto riguarda gli uomini e leggermente al di sotto per quanto riguarda le donne.

L'Italia è in una situazione migliore e ha un anno in più di aspettativa di vita. Le persone in Italia e in Olanda possono aspettarsi di vivere sane per circa il 90% della loro vita. Gli italiani sono tuttavia penultimi nella classifica europea sulla salute percepita, con solo il 56% degli italiani che definiscono il loro stato di salute buono o molto buono, rispetto a più del 77% degli olandesi.

Le principali tre patologie in Olanda sono le stesse che si trovano in Italia. I disturbi neuropsichiatrici coprono circa il 25% del totale delle patologie. Le malattie cardiovascolari e quelle neoplastiche contano per circa il 18%.

Una differenza nella classifica della mortalità fra i due paesi è la proporzione sette volte più alta di decessi per lesioni involontarie in Italia, soprattutto incidenti stradali e cadute.

L'Olanda, similmente all'Italia, ha una quota di 400 medici per 100.000 abitanti. Il numero di medici di famiglia per 100.000 abitanti in Olanda è tuttavia la metà rispetto a quello italiano: solo 51 per 100.000 rispetto a 93 per 100.000 abitanti in Italia.

È interessante notare invece che l'Olanda ha un rapporto infermieri-medici doppio rispetto a quello italiano (4 infermieri ogni dottore, rispetto a due infermieri ogni medico in Italia).

L'Olanda ha un sistema sanitario organizzato su due livelli. Tutta l'assistenza primaria è finanziata con un sistema di assicurazioni private obbligatorie. L'assistenza cronica per gli anziani, i malati terminali, i malati mentali cronici, ecc. è coperta dalla previdenza sociale finanziata dalle tasse.

Il sistema sanitario olandese è per il 60% finanziato dal governo e per il 40% finanziato dai privati. Ogni adulto in Olanda è obbligato a scegliere un programma assicurativo privato. E ognuno deve registrarsi con un medico di famiglia (MF), che funge da ponte per l'assistenza specialistica e le cure ospedaliere. I medici di famiglia hanno in media 2350 pazienti l'uno. I pazienti sono liberi di cambiare medico di famiglia, ma in realtà la gran parte di loro rimane con lo stesso medico per tutta la vita, costruendo così una relazione duratura.

I medici di famiglia ricevono una quota pro-capite per ogni paziente iscritto sulla loro lista, oltre ad una quota per il loro servizio.

Per quanto riguarda l'organizzazione della medicina primaria in Olanda, è giusto dire che questa ha una posizione solida all'interno della medicina e nel suo complesso anche all'interno del sistema sanitario nazionale. Fornisce assistenza continua 7 giorni la settimana e 24 ore su 24, con accesso diretto ai medici.

La medicina generale in Olanda è forgiata in base alla Definizione WONCA Europe di Medicina Generale. I medici di famiglia trattano la gran parte dei problemi di salute e il tasso di rinvio allo specialista è basso, intorno al 4%. La spesa totale per la sanità nei Paesi Bassi rappresenta circa il 9% del PIL (Prodotto Interno Lordo), simile dunque alla spesa in Italia.

Se esaminiamo da vicino la popolazione dei medici di famiglia in Olanda, ravvisiamo una tendenza: c'è un numero crescente di medici che lavorano part-time e in ambulatori associati.

Attualmente la percentuale di medici di famiglia donna è del 34%, ma la quota di donne che studiano per diventare medici di famiglia si avvicina al 70%. Questo comporta nuove sfide di organizzazione logistica della formazione specifica di medicina generale, dato che la gran parte delle giovani dottoresse sono in età fertile e andranno in congedo maternità durante il programma di formazione.

Prima che un medico possa fare domanda di iscrizione presso un istituto di formazione specifica deve aver conseguito la laurea in medicina. La formazione medica di base inizia di norma dopo la scuola secondaria superiore a 18 anni, presso la facoltà di medicina. Un periodo di quattro anni per acquisire conoscenze e competenze è seguito da un periodo di 2 anni di pratica, dove gli studenti acquisiscono un'esperienza di base di medicina generale negli ospedali universitari per un periodo di otto settimane. Dopo la laurea si è pronti per la specializzazione. A quel punto i giovani dottori non possono ancora svolgere autonomamente la loro attività in ambito specialistico. La laurea rappresenta l'inizio del programma di specializzazione. Possono scegliere fra 23 specialità. La formazione post-laurea in medicina generale viene fornita in otto dipartimenti di formazione specifica e dura tre anni. Per capire l'organizzazione della formazione specifica in medicina generale in Olanda, spiegherò il ruolo e la posizione di tutte le parti in causa.

Il Ministero della Salute spende 100 milioni di euro per garantire la formazione specifica in medicina generale. Il denaro viene erogato ad una fondazione di nome SBOH, che impiega circa 1.500 MF discenti e ha firmato contratti di lavoro con 1.800 tutor di medicina generale. Un corsista costa 5.500 euro al mese, circa 3.400 euro di stipendio e 2.100 euro per la formazione. Esiste poi un ente che verifica la conformità con le normative nazionali.

La formazione specifica in medicina generale viene fornita da 8 dipartimenti accademici uniti in un'associazione nazionale chiamata "Huisartsopleiding Nederland". La società olandese di medici di medicina generale, l'organizzazione scientifica nazionale, e l'associazione nazionale di MF contribuiscono entrambe alla professionalizzazione della medicina generale.

Dal 1989 la Società Olandese ha sviluppato delle Linee Guida per la professione. Ogni linea guida - per uno specifico disturbo o malattia - riflette lo 'stato dell'arte' della scienza medica. Fino ad ora sono state pubblicate 80 Linee Guida, che vengono continuamente aggiornate. La Società Olandese e l'Associazione Nazionale sono molto attive nel delineare le prospettive future della medicina generale in Olanda. L'unione dei corsisti e l'unione dei tutor provvedono a tutelare gli interessi specifici dei loro membri.

Nel 2003 è stato avviato il progetto di Riforma del Curriculum, cui collaborano gli 8 dipartimenti di formazione specifica in medicina generale per il raggiungimento di comuni obiettivi.

Lo slogan in quella fase era: 'un solo tirocinio in otto diversi dipartimenti'. Come è evidente, sembrava esserci allora una "costellazione stellare" piuttosto favorevole: in collaborazione con la Società Olandese di Scienze, l'Associazione nazionale dei medici di famiglia ha pubblicato un importante studio intitolato "Le prospettive future del medico di famiglia", un'ampia e pratica descrizione delle caratteristiche della medicina generale.

Ma non è tutto: è di recente stata creato CanMeds Classification, un documento dettagliato e ispirato dalla Società di Medicina e riguardante il ruolo dei medici. I docenti stanno ora incorporando questo documento in curriculum specifici di medicina generale, il nuovo credo della formazione specifica. Infine, il legislatore ha appoggiato questi sviluppi per avere maggiore uniformità!

Come potete immaginare questi fatti hanno prodotto una sorta di 'Big Bang' nel cosmo della formazione specifica olandese. Dall'epicentro si sono staccate le due "placche": il profilo delle competenze (PC) del medico di famiglia e il Core Curriculum (CC) della formazione specifica. Sono stati sviluppati due importanti quadri di riferimento per la formazione e la valutazione, sia sul posto di lavoro, sia in istituto. Questi quadri di riferimento sono stati quindi inseriti a pieno titolo nel curriculum.

Ora voglio presentarvi due concetti olandesi con uno stile italiano, usando come esempio Piazza del Campo (Siena). Primo: il Profilo delle Competenze. Descrive il lavoro del medico di famiglia in termini di obiettivi da raggiungere e formulati sotto forma di competenze.

Vi mostrerò che Piazza del Campo non solo è idonea a scattare fotografie o sfilare lungo i portici, ma anche, suppongo in maniera abbastanza inattesa, è estremamente idonea a spiegare la composizione del PC. Come vedrete, questo è dovuto al suo magnifico disegno. La Piazza, così come il profilo, sono composti di diversi elementi corrispondenti. Avvicinandoci è possibile individuare meglio questi elementi, i mattoni della Piazza. Nel PC le piccole parti di conoscenze, le competenze o gli atteggiamenti costituiscono i mattoni. Abbiamo formulato e assemblato questi mattoni in un opuscolo intitolato “Requisiti finali per la formazione del medico di famiglia”, divenuto un elenco esaustivo di conoscenze e competenze [le conoscenze, le competenze e gli atteggiamenti di questo opuscolo sono illustrati in maniera pratica].

Approfondiamo ora i collegamenti tra questi diversi elementi. Scopriremo alcuni schemi o disegni comuni; i mattoni sono disposti in file (o in altro modo). Questo corrisponde alle aspettative che abbiamo nei confronti dei corsisti per quanto concerne le conoscenze, le competenze e gli approcci: cerchiamo di applicare tutti questi elementi in maniera integrata durante il loro lavoro quotidiano. Siamo quindi passati al livello pratico; questo è il livello cui ci riferiamo quando parliamo di ‘competenze’.

Ciò significa che l’elenco di competenze del PC non è una lista da spuntare, ma si riferisce piuttosto alla capacità di far fronte a tutti i possibili problemi, in maniera continuativa e aggiornata.

La fase successiva che abbiamo ideato prevede di inserire le competenze in un quadro più ampio per avere una panoramica a tutto campo della medicina generale. Le competenze sono state organizzate in domini, presi dai ruoli CanMeds. Ogni dominio include 3 competenze, per un totale di 22. Come capite, il dominio della conoscenza e dell’esperienza medica ha una posizione centrale e strettamente connessa al dominio della comunicazione medico-paziente.

Ancora una volta, come una sfilata lungo la piazza, durante la visita ad un paziente il corsista usa le competenze di diversi domini. Questo è evidente se consideriamo i primi due domini.

La piazza illustra chiaramente che tutti i domini puntano verso il centro, o se vogliamo, verso un risultato finale: vale a dire il medico di famiglia. Inoltre, i domini si incontrano al centro; in altre parole tutti i domini (e le competenze) sono interconnessi.

Vediamo un esempio di competenza presa dal dominio dell’expertise: “Si considerino i fattori fisici, psicologici, sociali, culturali e ideologici del paziente, la fase della vita e la storia medica per interpretare i sintomi”.

Nel PC si aggiunge una specifica alla competenza e un riferimento alla conoscenza corrispondente (questo chiude il cerchio).

Il secondo concetto che vorrei presentare è il Core Curriculum (CC). Rappresenta il curriculum nazionale ed è formulato da direttori degli otto dipartimenti di formazione specifica.

Mentre il PC descrive e prescrive **cosa** imparare e insegnare durante la formazione specifica di medicina generale, il CC indica **come** la professione viene appresa e insegnata.

Come i disegni di Leonardo da Vinci, si tratta di una bozza per i curriculum locali che erano da riformare.

Nel frattempo il CC si è diffuso ed è stato applicato in tutto il paese. Prevede 3 anni di formazione specifica ed è ora conosciuto come il modello sandwich, o in perfetto italiano, il “tramezzino”. Tornerò su questo nome più avanti.

I tre anni di formazione sono proiettati sull’uomo di Vitruvio e possono essere considerati come parti diverse, pur tuttavia coerenti, del curriculum. Prima di entrare al primo anno, il corsista deve superare un colloquio di circa un’ora con una commissione formata da membri del corpo docente, altri corsisti e tutor del nostro dipartimento. La commissione tiene conto soprattutto di elementi che riguardano la motivazione e la conoscenza della medicina generale. Quindi non vengono verificate le competenze specifiche, né vengono proposti test pratici per la selezione dei partecipanti.

Dopo essere stati selezionati i corsisti partecipano ad alcuni incontri, un cosiddetto ‘carosello’, con un gruppo di corsisti e tutor di medicina generale. Sulla base delle reciproche preferenze, cerchiamo di avere una buona corrispondenza fra corsisti e tutor. I corsisti poi passano il primo anno di formazione in un ambulatorio di medicina generale; un corsista per ambulatorio e quindi per tutor.

Vi è in media un giorno di formazione la settimana presso il nostro istituto. Oltre a lavorare in piccolo gruppi, il corsista riceve anche un’assistenza individuale da un mentore.

Il programma comincia con un periodo propedeutico di un mese, in cui i corsisti passano la metà della settimana in istituto. Durante il primo anno, i contenuti didattici (nel dominio dell’expertise medico) variano dal ‘mal di gola’ alla ‘fatica senza causa evidente’. Inoltre, già dal primo anno cominciano le lezioni di gestione ed EBM (domini delle scienze e della gestione, presi dal PC). In questa fase della formazione il corsista cerca consiglio dal suo tutor.

Il secondo anno di formazione si basa su quanto appreso nel corso del primo: durante questo anno i corsisti fanno esperienza pratica di ambulatorio. Il curriculum di questo secondo anno associa il lavoro presso i dipartimenti clinici e l’ulteriore sviluppo di competenze e conoscenze utili al medico di famiglia. Il periodo minimo di lavoro è di 6 mesi, conformemente alla normativa europea. In Olanda i corsisti devono passare questo periodo presso i reparti di pronto soccorso. Per essere preparati a svolgere questo periodo di specializzazione in un pronto soccorso, viene organizzato un corso propedeutico di due settimane su scala nazionale. Dopo questo corso i giorni di formazione presso l’istituto diminuiscono. Il corsista diventa parte del team di pronto soccorso, lavora in base a turni e gradualmente viene a contatto con tutti i tipi di eventi acuti che si presentano in un reparto di pronto soccorso. Obiettivo principale: prepararsi bene alle emergenze che si possono incontrare anche durante l’attività di medico di famiglia.

Successivamente il corsista passa un periodo di 3 mesi presso dipartimenti psichiatrici o centri di aiuto mentale, a seconda della loro precedente esperienza o delle loro finalità didattiche. In un numero limitato di casi l’intero periodo di tirocinio può essere sostituito da un tirocinio facoltativo personalizzato in base all’esperienza e agli obiettivi del corsista.

Il secondo anno si conclude con un “tirocinio di assistenza” di 3 mesi. Il corsista lavora presso una casa di riposo o una clinica, dove l’obiettivo principale è l’assistenza e non la cura. Un corso facoltativo molto apprezzato è quello di 6 settimane in cure palliative, presso un *hospice* nel Regno Unito. Tuttavia i corsisti possono sostituire solo uno dei due tirocini da tre mesi.

Il terzo anno serve a completare la formazione del medico di famiglia, a renderlo un vero professionista. Questa completezza è ben illustrata dalla testa dell’uomo di Vitruvio, la sede della mente e della riflessione.

Il terzo anno viene svolto presso un ambulatorio medico. E questo spiega l’uso della parola ‘Tramezzino’ per questo modello di formazione totale: la formazione clinica è come il ripieno di un tramezzino, messo fra due fette di formazione e didattica (primo e terzo anno).

A prima vista il terzo anno assomiglia al primo. Ma uno sguardo più approfondito rivela alcune importanti differenze:

- Nessun paziente viene visto in ambulatorio, perchè il corsista aumenti il ritmo e l’efficienza.
- Il corsista lavora più autonomamente dal tutor di medicina generale.
- Inoltre, le giornate settimanali di formazione sono dedicate a programmi con un più elevato grado di difficoltà.

Tuttavia viene mantenuto un bilancio equilibrato fra pratica e lezioni a scuola, pur sottolineando l’importanza del collegamento fra luoghi di lavoro e luoghi di apprendimento. I corsisti ricevono dei compiti da svolgere e presentano dei casi clinici alla discussione.

Il contenuto medico del curriculum riflette il crescente numero di pazienti con malattie croniche e patologie associate. Durante questo corso il diabete mellito e le cure palliative in medicina generale sono utilizzati come esempi da approfondire. A questo proposito abbiamo notato che lo sviluppo professionale richiede una riflessione sia individuale che di gruppo (su base quotidiana). A questo punto il corsista è parte attiva di un team di medici di famiglia, infermieri, segretario, nutrizionista, fisioterapista, ecc.).

Quando i corsisti hanno un piano ben motivato, è possibile scegliere un secondo corso opzionale durante questo anno di formazione: i piani variano da formazione ICT alla formazione in consulenza psicologica.

Possiamo riassumere i quattro elementi fondamentali del nostro programma di formazione specifica, che offre:

- Un'integrazione di lavoro e studio durante tutto il corso: il corsista lavora in ambulatorio e frequenta le lezioni di formazione per tutti i tre anni di programma.
- Un livello di difficoltà che aumenta con il passare degli anni: dai bambini con “mal di gola” agli anziani con disturbi multipli.
- Corsi che durano per tutti i 3 anni (per esempio abbiamo corsi in: comunicazione medico-paziente, gestione dell'EBM).
- Materie che ricorrono nel programma in maniera varia e continua allo stesso tempo, il cosiddetto curriculum a spirale.

E cosa rende Maastricht ancora più speciale?

Senza alcun dubbio la nostra flessibilità e disponibilità a personalizzare i programmi. Non ci sono due persone uguali, con le stesse identiche conoscenze o attitudini. Dunque, quando possibile, cerchiamo di modellare i nostri programmi di formazione e di introdurre anche valutazioni personali.

Il Dr. Paul Ram vi parlerà del protocollo di valutazione.

Mostrerò il nostro programma di valutazione nei tre anni. Iniziamo con il primo anno, totalmente dedicato alla frequenza presso l'ambulatorio del medico di medicina generale. Dopo tre mesi il medico di medicina generale e i membri dello staff, vale a dire i tutor, discutono i progressi con il tirocinante, focalizzandosi strettamente sugli obiettivi didattici. Dopo sei mesi il tirocinante viene consigliato dal proprio tutor sulla modalità con cui continuare l'esperienza, tenendo conto degli obiettivi di apprendimento specifici

Il responsabile del dipartimento prende questa decisione basata sui consigli dei tutor e dei membri dello staff: è permesso al tirocinante continuare il programma didattico il secondo anno, e, in caso affermativo sotto specifiche condizioni o no?

Per sostenere la decisione viene utilizzato il COMBEL, “strumento di valutazione basato sulle competenze”.

Come funziona il protocollo di valutazione generale? Quattro volte all'anno, cioè una volta ogni tre mesi, sia il trainer medico di medicina generale che il tutor discutono con il tirocinante i suoi progressi. Se tutto va bene, è in regola con la tabella di marcia? Altrimenti, come e perché migliorare?

Tuttavia l'ultima sessione di ogni anno è sull'intera esperienza. La decisione da prendere è se dare il permesso di continuare il programma formativo. Essa è basata innanzitutto sui consigli del trainer medico di medicina generale e del tutor, sulla base del COMBEL, secondariamente sui risultati del test sulle conoscenze. Anche il risultato dell'osservazione delle videoregistrazioni è tenuto in conto. Inoltre possono essere utilizzati test di abilità in laboratorio e nella pratica quotidiana.

Qual è la decisione che deve essere presa dal capo- dipartimento?

GO: significa stai con noi, dopo il primo anno sei benvenuto nell'anno successivo. Dopo il secondo anno: stai con noi il terzo anno. Alla fine del terzo anno: hai finito l'intero programma con successo, vai e vai avanti, sii un buon medico di medicina generale e rimani tale seguendo il piano di sviluppo professionale continuo.

GO SOTTO CONDIZIONI, condizione che può essere un test cognitivo, un esame orale focalizzato sul ragionamento clinico una ricerca o un piccolo progetto di miglioramento della qualità a livello ambulatoriale. Tutto ciò può portare ad una condizione di GO o di NO GO.

NO GO significa fermati, è meglio che cerchi un altro lavoro, sei insufficiente su tutto il profilo.

Per concludere, abbiamo tentato di cambiare la cultura del “paura di esser valutato” in “orgoglioso di essere valutato”. Infatti è bello mostrare agli altri che tu sei un buon o perfino un ottimo medico.

3. L'evoluzione del percorso formativo della scuola di Trento: dalla consultazione alla "famiglia dei curanti"

Giuseppe Parisi

In questo intervento è mia intenzione presentare tre traiettorie evolutive del pensiero sulla formazione che si sono sviluppate in questa stagione di quasi vent'anni di attività della Scuola di Trento. Vorrei mostrare come organizzare la didattica e insegnare nell'ambito della scuola è stato per tutti noi uno stimolo alla riflessione e non una sterile cristallizzazione su posizioni definite. Abbiamo visto il curriculum come un processo di costruzione e non come un marmoreo mausoleo alla scienza stabilito a priori e intoccabile. Questa flessibilità e disponibilità al dialogo è testimoniata dal fatto che siamo qui ad incontrare i colleghi olandesi, animati da desiderio di apprendere nuove idee confrontandoci con loro a mente aperta.

La prima traiettoria evolutiva del pensiero sulla formazione parte da un iniziale atteggiamento di ricerca di modelli teorici specifici. Tali modelli dovevano risultare utili al discente nell'apprendimento di *"un saper fare"* efficace nel contesto specifico della medicina generale. Gradualmente siamo passati ad una particolare attenzione ai metodi didattici utili al discente per essere in grado di *dare un senso al "fare"*. Vediamo l'evoluzione.

Inizialmente Valcanover e io abbiamo utilizzato un modello semplice per metter in luce dove si situa il "credere" alla base del "saper fare" del medico di medicina generale: abbiamo affermato che il "credere" non è costituito solo da conoscenze cliniche correlate in modo debole a conoscenze nel campo psicosociale antropologico e organizzativo, ma da tre registri presenti in egual misura e ugualmente importanti e tra loro interrelati (clinico, antropologico e organizzativo).

Mentre l'importanza del registro antropologico nell'agire del medico di medicina generale era stata già enfatizzata dagli anni cinquanta in poi iniziando da Balint fino al filone della psicologia sociale, l'importanza del registro organizzativo era meno riconosciuta.

Fu quindi un'innovazione a livello teorico affermare che il "fare" del medico, ossia le sue capacità umane e psicologiche, la sua competenza scientifica, la sua capacità di curare e guarire e di gestire sapientemente le risorse, afferenti all'ambito clinico o alla tensione antropologica, sono capacità strettamente connesse alla rete di lavoro articolata che il medico ha saputo strutturare, interagendo con la cultura della popolazione dei suoi utenti, con i bisogni di ogni singolo paziente, influenzato dalla cultura istituzionale.

Se i tre registri sono presenti in eguale misura le discipline extracliniche dovrebbero essere insegnate, nei loro contenuti essenziali in misura equivalente a quelle cliniche.

Le dimensioni dell'insegnamento delle competenze relazionali e metodologiche presso la scuola è passato da 70 ore che venivano effettuate nei corsi prima del 2000 alle attuali 90 ore di laboratorio della comunicazione insieme con 60 ore di simulazioni, 72 ore del seminario di teoria e metodi della medicina generale, per un totale di 220 ore. È stato introdotto un seminario di sociologia medica di 54 ore.

In un secondo tempo è venuta l'esigenza di tracciare le regole e la geografia di quella gestalt che è l'attività del medico di medicina generale: la medicina generale era stata comparata ad un quadro dell'Arcimboldo, un volto umano nella sua totalità, ma di varia sostanza in ogni sua parte.

Noi possiamo insegnare ogni singola parte della disciplina ma non è detto che in questo modo si riesca ad insegnare il tutto, l'armonioso configurarsi che rende la disciplina quella che è. La vera sfida è insegnare ad essere un medico di medicina generale e ciò che rende un professionista medico di medicina generale non è la mera conoscenza in un'area clinica, anche se connessa alle conoscenze psicosociali e organizzative, ma il comportamento nella pratica, lo *stile* nell'ambiente

complesso della professione, l'armonioso coesistere delle conoscenze date dalle varie discipline. Per dirla con Bateson è "la struttura che connette" che ci interessa.

Ci siamo concentrati su come trasmettere queste abilità peculiari ponendo obiettivi ad hoc. Ad esempio non interessava formare un professionista che sapesse curare la polmonite bensì un medico di medicina generale capace di assistere nel tempo al domicilio un signore anziano con infezione delle vie aeree non altrimenti specificata con l'aiuto del nucleo familiare e delle altre figure territoriali. Veniva data maggior importanza agli obiettivi educativi contributivi che non agli obiettivi generali di processo. Anche il modo di denominare i seminari è cambiato: per esempio non si è parlato più di seminario di oncologia, o di medicina interna, ma di seminario sul paziente con cefalea, con disuria ed ematuria e così via.

Successivamente ci siamo spinti più in là, abbiamo affrontato anche il problema rilevante dell'assistenza oggi: l'attività sanitaria oggi poggia su una divaricazione formidabile tra complessità di approccio alla persona e specializzazione. Da una parte la necessità di dare senso alla cura di quel singolo paziente. Significa porsi problemi a tutto campo, problemi ai quali non c'è risposta tecnica, che trovano il loro fondamento nel momento in cui la storia naturale della malattia può essere modificata. Dall'altra un sapere dettagliato, quello dello specialista, che non raggiunge la profondità di conoscenza necessaria per essere un aiuto nella decisione sul singolo paziente. Imparare a dar senso ad una consultazione, o più semplicemente pensare nel corso dell'azione, o riflettere criticamente su di essa, sono conoscenze di metodo che divengono cruciali quanto le conoscenze biomediche stesse.

Quale iter formativo per un professionista che deve coagulare in sé specifiche abilità tecniche nell'ambito di un atteggiamento aperto alla gestione degli interrogativi primari, le questioni inerenti la vita e la morte delle persone? Un professionista che riesca ad abitare la manualità dell'artigiano e al contempo la saggezza del filosofo, un professionista mentore, e al tempo stesso tecnico.

Un professionista che sappia *dare un senso al fare*.

Per questo abbiamo posto l'interesse sui metodi di cambiamento culturale creando seminari e laboratori ad hoc: il laboratorio culturale, il lavoro con il paziente simulato, il seminario di teoria e metodi e seminari complementari per docenti

La seconda traiettoria di pensiero sulla formazione è quella che partendo dalla consapevolezza della specificità della medicina generale in quanto inserita nel contesto territoriale giunge a prefigurare una serie di competenze trasversali attese per i professionisti che lavorano in tale contesto al fine di creare una *professionalità territoriale*.

Inizialmente eravamo concentrati sulle peculiarità della nostra professione, poi un po' alla volta abbiamo riconosciuto professionisti più vicini, coloro i quali lavorano sul territorio

Il termine "territorio" è stato utilizzato dagli anni ottanta in poi nel linguaggio dei professionisti sanitari e di chi si occupa di politica sanitaria per definire la pratica assistenziale che avviene al di fuori dell'ospedale nella consapevolezza, che negli anni si è fatta sempre più precisa, che tale pratica risponda a canoni diversi di quelli dell'assistenza ospedaliera.

Negli ultimi anni esistono strutture sanitarie non ospedaliere legate maggiormente al territorio che non alle logiche organizzative ospedaliere, come ad esempio le RSA, gli Hospice, i "country hospital", le lungodegenze, le casa di accoglienza e tutte le strutture intermedie che necessariamente non possono erogare una assistenza con presidi diagnostici e terapeutici comparabili a quelli che esistono ora in ospedale che potrebbero essere considerate anch'esse "territorio". Il termine quindi non sta ad indicare quindi solo una pratica ambulatoriale di "quartiere" o di villaggio, o un intervento al domicilio stesso del paziente. Pratica "territoriale" può indicare una pratica in situazione che mette in qualche modo in discussione o mostra i limiti della pratica clinica ospedaliera e la sua organizzazione assistenziale.

Si pensa che il professionista (un infermiere di territorio, di un tecnico dell'assistenza, di un medico di medicina generale, di un medico di RSA che lavora al di fuori dell'ospedale) deve possedere

delle competenze specifiche accanto alle competenze trasversali: prendere le decisioni in condizioni di incertezza, deve saper poi progettare l'azione, identificando vincoli e possibilità, deve sapersi muovere nel labirinto della consultazione ed infine esercitarsi ad avere una visione ecologica del problema che si sta trattando, visione che parte dalla capacità di analizzare il contesto in un atteggiamento non riduzionista. Entrano in quest'area le capacità di colpo d'occhio, di occhio clinico e di intuizione, capacità che rendono l'esercizio della medicina anche in parte un'attività artistica.

Il professionista del territorio deve avere chiaro il concetto di contingenza storica, come diverso da quello di determinismo. Gli esiti delle sue azioni non sono determinati unicamente dal caso, egli può incidere modulando e talvolta decisamente cambiando la storia naturale della malattia, ma deve essere consapevole che gli esiti finali e gli accidenti di percorso non possono essere previsti a tavolino. Questa opacità del futuro deve restituire al professionista il senso del limite, molto spesso perduto in questi ultimi anni.

Se il paziente in ospedale è un essere in cattività, il paziente al proprio domicilio presenta caratteristiche diverse: la vasta letteratura sull'argomento, la trattatistica sul paziente esigente, consumatore, difficile, e così via è nutrita e vale la pena di essere presentata come base di conoscenza per raggiungere l'obiettivo di gestire la relazione da parte del professionista del territorio.

La terza traiettoria di pensiero è legata all'esigenza fatta sempre più pressante di prendere in carico il paziente in modo integrato con altri professionisti, costruendo azioni sinergiche nell'ambito di *una famiglia di curanti*.

Ci si è posti quindi il problema di come integrare nel curriculum obiettivi didattici nuovi per fornire competenze di lavoro d'equipe e la capacità di erogare un'assistenza condivisa con altri professionisti.

In conclusione il frutto del lavoro di questi anni e delle tensioni culturali della scuola è una idea ben precisa di medico che vogliamo preparare: è un professionista consapevole della sua specificità che sappia dare senso al suo fare, che sappia riconoscere la sua appartenenza alla cultura professionale del territorio, che utilizzi competenze trasversali del territorio e sappia lavorare in equipe per fornire un'assistenza integrata.

4. L'evoluzione del percorso formativo della scuola di Trento: dalla pratica alla teoria

Fabrizio Valcanover

Buongiorno e un saluto a tutti. Il mio intervento segue le relazioni dei colleghi di Maastricht dai quali noi abbiamo tanto da imparare. La loro offerta di collaborazione ci sarà preziosa per molti aspetti a cominciare da quello di cui ha parlato il prof. Vettore: quello sulla Valutazione.

Questo è un aspetto delicato e difficile da affrontare. I medici di medicina generale italiani trovano molto difficile valutare un collega. Non è nella loro tradizione e nella loro cultura.

Da qualche anno a Trento stiamo lavorando su questo aspetto, cercando di non limitarci alla sola valutazione "oggettiva" tramite i test.

Attualmente i nostri due principali criteri di valutazione sono la tesi finale, che è un prodotto originale che deve essere fatto dal collega e la valutazione fatta dal tutor medico di medicina generale.

Voglio preliminarmente ribadire che anche se la scuola trentina è una realtà piccola rispetto ad altre in Italia, una classe di 15 -20 discenti a Trento è uguale a quelle di Roma, Milano, Palermo ecc. Da questo punto di vista la didattica è riproducibile e confrontabile

Il titolo del mio intervento "dalla pratica alla teoria" può sembrare provocatorio; in realtà mi è venuto in mente sia rivedendo un po' il percorso, che la scuola di Trento ha fatto negli ultimi otto anni, sia facendo riferimento a contributi teorici nell'ambito della formazione non solo in campo medico, in linea con il dibattito in atto tra funzionalismo e costruttivismo, con il contributo delle neuroscienze, con le recenti acquisizioni sull'importanza delle emozioni, degli affetti e della percezione nei processi di apprendimento.

Del resto come diceva Giuseppe O. Longo del Dipartimento di Elettrotecnica Elettronica Informatica (DEEI) dell'Università degli Studi di Trieste, la presunta superiorità della teoria sulla pratica è, nella nostra cultura un "pregiudizio platonico: un bambino di 5 anni parla in modo che si vede molto chiaramente che sa, più o meno, usare la grammatica e la sintassi, poi va a scuola, comincia la 1° elementare e – dico io - disimpara la grammatica e la sintassi.

Nel corso del mio intervento parlerò dei riferimenti, parlerò della nostra pratica, mostrando come noi confrontandoci con esperienze didattiche sul campo dei vari colleghi che hanno collaborato alla costruzione di questo progetto ci siamo ritrovati all'interno di contributi teorici sulla formazione che provenivano non solo dall'ambito metodologico dell'apprendimento e formazione in medicina, ma anche da ambiti organizzativi, aziendali, umanistici, ecc.

Volevo infine ribadire che il nostro è un percorso che ha sempre tenuto d'occhio l'utente e cioè il cittadino, non solo come soggetto del nostro lavoro ma anche perché, senza i cittadini, senza i pazienti la nostra professione non esisterebbe.

L'incontro di oggi penso debba essere rivolto anche alla collettività la quale dovrebbe avere interesse a conoscere come saranno formati i futuri medici di famiglia.

In un periodo in cui si impiegano grandi tecnologie (TAC, RNM, ecc.) e la promessa della vita eterna aleggia in continuazione nei mass media e nel discorso scientifico forse è utile un ritorno a ciò di cui spesso i pazienti sentono la mancanza, vale a dire alla presenza e alla vicinanza dei sanitari nei momenti di sofferenza e di malattia.

In Italia il corso di MMG è nato nel 1994 dopo un ennesimo ultimatum della comunità europea che diceva che per la libera circolazione dei medici di medicina generale bisogna avere un analogo percorso formativo.

La nascita "per obbligo comunitario" ha ovviamente influenzato la qualità i finanziamenti e la pratica del Vocational Training in Italia, solitamente fatto malamente nel disinteresse totale delle

amministrazioni pubbliche, delle regioni, dell'università, in parte anche degli stessi medici di medicina generale fatto salvo rare eccezioni.

Il corso è stato della durata di due anni fino dal 1994 ed è diventato di 3 anni nel 2003. Con bando annuale dal 2006. In Italia non si sapeva neanche dell'esistenza in Europa di una specializzazione in medicina generale, e si era quindi assolutamente impreparati e disinteressati.

In sintesi il percorso di avvicinamento all'Europa è stato lento e tuttora è incompiuto.

Il lento percorso italiano di avvicinamento all'Europa

- Il vocational training (Formazione Specifica) in Medicina Generale (General Practice) è stata da poco introdotta in Italia (1994)
- Fino al 1994 si poteva fare il Medico di Medicina Generale (GP) senza nessuna formazione specifica
- Nel 1994 primo Corso di due anni; dal 2004 (DL 277/03) Corso di tre anni
- Solo dal 2006 concorso nazionale annuale

Caratteristiche generali attuali; ben vicino all'Europa, ma non troppo

- Gestito dalle Regioni sulla base di principi e programmi che dovrebbero essere indicati dal Ministero della Salute
- Affidato per l'organizzazione effettiva spesso agli Ordini dei Medici, a Società Scientifiche della medicina Generale, a Istituti formativi privati
- L'università solo da poco ha cominciato ad inserire la Medicina Generale nel corso di studi della Facoltà di Medicina e a collaborare con qualche formazione specifica regionale
- Concorso per l'ammissione
- Esame finale per il conseguimento del titolo
- Numero (quasi) programmato 1500 posti, prima concorsi saltuari. I posti sono ripartiti tra le Regioni già con il test di ingresso (In Provincia di Trento 15 posti)
- Discendente con borsa di studio sottopagata rispetto agli altri specializzandi
- Condannato ad essere un eterno studente

Quindi dal punto di vista organizzativo ci avviciniamo al resto dell'Europa. Solo da questo punto di vista a mio avviso, perché lo studente che fa specializzazione di medicina generale è ancora sottopagato e discriminato rispetto alle altre specializzazioni (800 euro al mese rispetto ai circa 1600), i 5.000 euro dati ai corrispondenti specializzandi olandesi sono lontanissimi.

Inoltre le frequenze pratiche (anche dal medico di medicina generale) di fatto non permettono agli specializzandi quel "lavorare imparando ed imparare lavorando" così diffuso in Europa

Il nuovo corso di formazione dal 2000 in poi (decreto 369/1999 mod 2003; 2006)

Frequenza pratica (NON lavorativa) : 3.200 ore di 4.800

- **medico medicina generale (12 mesi; 6 mesi fino al 2004)**
- medicina clinica (6 mesi)
- chirurgia generale (3mesi)
- dip. materno infantili (4 mesi)
- strutture di base USL (6 mesi)
- ostetricia ginecologia (2 mesi)
- pronto soccorso ospedale (3 mesi)

Seminari teorici: 1600 ore di 4.800

- Il programma quadro definitivo con il decreto del 1999 è demandato ad una commissione nazionale che per ora non lo ha elaborato

- In molte regioni è stato mantenuto lo schema del corso biennale che divideva in seminari metodologici (Informatica, etica, relazione medico paziente, legislazione, ricerca, VRQ) e seminari clinici (medicina interna, chirurgia, ecc)
- In alcune regioni dal 2000 (anche nella Provincia di Trento) sono stati strutturati percorsi autonomi, in alcuni casi riferendosi alla definizione WONCA del 2002

Il percorso Trentino

In Provincia di Trento dal 1994 al 2000 il corso era gestito dalla Provincia Autonoma che ha mostrato un interesse nello stimolare innovazione; questo nel quadro di un interesse generale anche della Azienda Sanitaria per la formazione.

La novità principale rispetto alle altre realtà è stato l'interesse a formare dei medici di medicina generale che si occupassero della formazione dei loro colleghi non solo come supporto agli specialisti, ma anche nella progettazione e nella conduzione degli eventi formativi. Ciò ha comportato una piccola rivoluzione ed ha contribuito a formare medici di medicina generale esperti di formazione.

Alle origini i primi 3 corsi biennali (1994- 2000)

- 1994 : Prove di integrazione e di inserimento di novità al primo corso biennale
- Letteratura, filosofia, role playing, organizzazione nel ottica del service management con gioco di simulazione finale.
- Prove di integrazione ed innovazione in alcuni seminari metodologici e clinici per iniziativa spontanea di un gruppo di medici di medicina generale.

Dal 2000 in poi con il decreto 369/99 e le successive modifiche è cambiato qualcosa sia in Italia che nella Provincia di Trento: il corso è diventato triennale con 4800 ore di cui 3200 di frequenza pratica e 1600 di seminari teorici. La frequenza pratica prevedeva 12 mesi dal medico di medicina generale, già qualcosa rispetto ai sei mesi previsti precedentemente.

Non è stata fatta una legge attuativa del nuovo decreto, per cui , come spesso accade, nel limbo legislativo quasi tutte le regioni (con eccezioni della Toscana e in parte del Veneto) hanno continuato a seguire i vecchi programmi

Cosa è successo a Trento?

La gestione è stata affidata dalla Provincia all'Ordine dei Medici che ha dato autonomia alla scuola che, ispirandosi all'Europa ed attingendo a disparate discipline che si dedicavano alla formazione e all'apprendimento, ha creato un suo proprio percorso.

La Scuola trentina e i primi corsi triennali (2000 – 2008)

- Dal 2000 convenzione tra Ordine dei Medici e Provincia Autonoma di Trento con autonomia didattica e in parte economica: nasce la Formazione Specifica in Medicina Generale
- Nel 2000 primo corso tutor gestito direttamente dalla neonata Scuola di Trento
- Dal 2003 corso triennale e revisione della convenzione regionale: nasce la Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale
- La Scuola di Trento ne ha approfittato per elaborare un proprio percorso didattico basato sulle competenze e non sulle materie ed attingendo da diverse fonti culturali e metodologiche e da diverse esperienze.
- Parlare di “competenza” vuole dire per noi avere un forte aggancio con la pratica che diventa la base della teoria

Chi ha ispirato i programmi 2001, 2003, 2007

- il contributo dell'Europa: la definizione di Olesen del 2000 sulla medicina generale è stata da tutti accettata come base culturale ed immagine della scuola di Trento.
- l'esperienza della formazione ricevuta nell'ambito della formazione continua dei mmg da parte di società scientifiche della medicina generale (Simg)
- l'esperienza della formazione ricevuta dalla parte pubblica che, in provincia di Trento, ha permesso ad alcuni medici di medicina generale percorsi sulla progettazione, sulla didattica e sulla gestione dei gruppi di lavoro.
- l'esperienza di formazione basata sulla pratica della ricerca in mg, nella scuola di formazione alla ricerca in mg della fondazione Mario Negri e sulle esperienze pionieristiche del Centro Studi e Ricerca in medicina Generale
- Altri colleghi hanno portato l'esperienza derivata dall'approfondimento di diversi approcci fra i quali segnalo:
 - neuroscienze (primo fra tutti GM Edelman)
 - pedagogia e utilizzo della narrazione (J. Brunner),
 - sociologia (in particolare i lavori sull'apprendimento nelle "Comunità di Pratica" con i successivi sviluppi e revisioni – S. Gherardi),
 - antropologia nella sua dimensione simbolica e culturale (A. Kleimann e B. Good),
 - studio sul conflitto e la negoziazione in ambito non medico (Shelling, Lax Sibelius, U. Morelli),
 - studi epidemiologici sulle disuguaglianze e sui determinanti di salute (De Vogli, Marmot)
- Con interesse ed attenzione sono stati recepiti anche i contributi che andavano in questo senso nell'ambito della medicina generale (C. Helman, T. Greenhalgh)

Non solo ci siamo ispirati a diversi autori e metodologie, ma anche abbiamo cercato di portare nella Scuola esperienze significative italiane ed europee. Da tutti abbiamo appreso qualcosa.

Alcuni dei nostri ospiti/maestri

- M. Giambalvo - Filosofo
- J. Middleton – GP Leichester
- Igor Svaab – Dep. GP University Lubiana
- Evelyn Baumgarten Van Weel - Univ. Nijmegen
- S. Gherardi – Sociologa
- Leonardo Spina – Clown dottore
- Massimo Tombesi – MMg Italiano

Strumenti e metodi nella costruzione del nostro programma

Se la definizione europea della Medicina Generale Wonca 2002, L'educational agenda Euract, assieme allo studio dei programmi per competenze Danesi, Inglesi e, ovviamente, Olandesi hanno costituito costante riferimento assieme alla nostra esperienza personale (ed a quella delle risorse umane coinvolte), in dettaglio molti altri autori, anche non medici, hanno contribuito a rafforzare le basi concettuali e le metodologie applicative del nostro programma formativo.

Il metodo di lavoro è stato quello di partire da ciò che avevamo fatto dal 1994 in poi e di confrontarlo con questi autori, con le esperienze europee ed internazionali di una vasta area di discipline umanistiche e scientifiche.

Tengo a ribadire che per noi, quasi sempre, la teoria è stato uno strumento preziosissimo per ridefinire e correggere quello che stavamo facendo: la curiosità ci ha spesso spinto a cercare quale teoria si era incarnata nella nostra pratica e come potevamo innestare processi di miglioramento.

Practice based studies e l'apprendimento come sapere pratico

- Le idee viaggiano globalmente e attecchiscono localmente. Ciò significa che il loro significato va ricercato nel contesto locale e presso la comunità di parlanti che danno forma a tale idea
- Apprendere come facoltà di partecipare con la dovuta competenza alla complessa rete di relazioni ed attività in cui si è coinvolti quando si mette in atto una pratica.

S. Gherardi

La narrazione

Ma né la conoscenza verificata dell'empirista né le verità assiomatiche del razionalista descrivono i motivi per i quali la gente comune si dispone a capire il senso delle proprie esperienze, a capire per esempio cosa poteva significare il saluto un po' freddo di un amico o cosa intendeva dire l'IRA non usando la parola "permanente" nella dichiarazione di cessate il fuoco del 1994.

Sono questioni che richiedono una storia.

J. Brunner

Regole conflitto

Negli aspetti che più contano della nostra vita [...] quelli più importanti, più profondi, quelli che maggiormente ci distinguono come esseri umani, in tutti quei casi noi non eseguiamo mai regole, ma le creiamo continuamente. E le situazioni conflittuali che ci presentano la possibilità e la necessità di ridefinire la relazione sono fra queste.

U. Morelli

L'approccio olistico "in pratica"

Quando osserviamo una persona compiere una certa azione si attivano nel nostro cervello le stesse cellule che entrano in funzione quando siamo noi stessi a compiere quel gesto.

I neuroni specchio di V. Gallese e G. Rizzolatti

L'intuizione

Features of Intuition

- Rapid, unconscious process
- Context-sensitive
- Comes with practice
- Involves selective attention to small details
- Cannot be reduced to cause-and-effect logic (i.e. B happened because of A)
- Addresses, integrates, and makes sense of, multiple complex pieces of data

Intuition and evidence - uneasy bedfellow? T. Greenhalgh, BJGP 2002,52,395-400

Alcuni oggetti scientifici non sono soggetti indagabili con il metodo scientifico

Not every phenomenon can be measured, or reduced to numbers - especially those intangible elements of a successful doctor-patient relationship: trust, affection, compassion, understanding, humour, and a shared history.

The culture of general practice

British Journal of General Practice, August 2002 - Editorial : 619

Cecil Helman

Department of Primary Care and Population Sciences, Royal free and University College Medical School London

Il contributo fenomenologico qualitativo

- Rispetto agli obiettivi formativi formulati all'inizio ci sono state modifiche tenendo conto delle esigenze che via via emergevano?
- Le attività hanno incontrato l'interesse dei partecipanti?
- Hanno costituito per loro un'esperienza significativa?
- È cambiato il modo di porsi da parte dei soggetti di fronte alle problematiche formative emerse nel contesto didattico?

I riferimenti teorici

- Neuroscienze, selezionismo evoluzionista: apprendiamo per selezione e non per istruzioni (G.M. Edelman ed altri)
- Teoria dell'attività (A.N. Leontev)
- Il significato come momento unitario di pensiero e linguaggio (Vigotskij)
- Conflitto e sue potenzialità generative e creative (T. Shelling, U. Morelli)
- Apprendimento passione e significato (J. Brunner)
- Apprendimento narrazione
- Apprendimento e complessità (il problem setting)
- Apprendimento nelle comunità di pratiche (o dalle pratiche di comunità) (S. Gherardi, ed altr.)

Un rapido sguardo al nostro programma.

La parte pratica privilegia l'attività tutoriale del medico di medicina generale, sul quale facciamo un grande lavoro; non ci dimentichiamo delle frequenze ospedaliere e distrettuali che comunque vogliamo sempre gestire in prima persona concordando gli obiettivi con i colleghi coinvolti.

Riteniamo la parte teorica come una sorta di scuola di metodo. Vengono sempre privilegiate metodiche attive, esperienziali. Ruolo centrale ha la parte con il paziente simulato per il quale abbiamo creato un nostro percorso pur prendendo spunto da analoghe esperienze europee. Non viene dimenticato l'aspetto cognitivo, ma l'apprendimento e la rivisitazione di conoscenze cliniche viene soprattutto spostato sulla parte pratica e sui momenti di integrazione tra pratica e teoria.

Le tesi è vista come momento che stimola la crescita globale del se' professionale, non solo come momento didattico di formazione in cui si valutano le conoscenze, ma anche indice della maturazione professionale.

Il programma in pratica

- Programma organizzato su cinque aree teoriche articolate nei tre anni che si intersecano con le frequenze pratiche.
- Privilegiata l'attività tutoriale del medico di medicina generale
- La parte teorica come scuola di metodo e/o come metafora della pratica.
- Attraverso la simulazione la parte teorica deve mostrare di essere reale
- La tesi anche come momento che stimola la crescita globale del se' professionale

Le cinque aree teoriche

Senza entrare in merito alle descrizioni ricordo che le prime due aree sono eminentemente cliniche; la terza riguarda le problematiche di fine vita. La quarta riguarda problemi che hanno anche una marcata componente sociale e culturale

- **Area 1** (Tra il 11 e 13 % del monte ore - crediti per l'attività teorica)
 - Diagnosticare e gestire i problemi clinici, spesso acuti di comune riscontro nella pratica, che rivestono una rilevanza immediata per il paziente e richiedono al medico prevalentemente abilità di diagnosi differenziale. (esempi seminari :Il paziente con

problemi osteo-articolari acuti, Il paziente con disuria e/o ematuria, Il paziente con problemi tiroidei ecc)

- **Area 2** (Tra il 13 e 15 % del monte ore - crediti per l'attività teorica)
 - Gestire i problemi cronici complessi che presuppongono la capacità del medico di individualizzare in integrazione con il secondo livello i percorsi diagnostico terapeutici del paziente e la capacità di gestire una relazione di lunga durata. (esempi Il paziente affetto da asma e/o BPCO, Il paziente a rischio cardiovascolare (iperteso, diabetico, dismetabolico)Parte 1 e Parte 2
- **Area 3** (Tra il 3 e 5% del monte ore - crediti per l'attività teorica)
 - Assistere nel proprio contesto territoriale il paziente con patologia grave a prognosi infausta.: il paziente terminale: problematiche di fine vita
- **Area 4** (Tra il 10 e 12% del monte ore – crediti per l'attività teorica)
 - Gestire problemi complessi non esclusivamente clinici riscontrati nella pratica lavorativa. Alcuni seminari: Il paziente anziano, I pazienti e le pazienti con problemi di sessuologia, La famiglia e la salute del bambino, Problemi specifici di salute della donna, Il paziente svantaggiato (emarginato, e/o povero, e/o immigrato povero, ecc)

La quinta area comprende argomenti teorici insegnati lungo tutti i tre anni. Sottolineo l'importanza del seminario di teoria e metodi della medicina generale, di cui parlerà il dott. Parisi: noi riteniamo che una disciplina debba insegnare i suoi fondamenti disciplinari, per cui abbiamo dato ampio spazio a questo seminario. In questa ultima area, decisamente metodologica, culturale e di supporto abbiamo inserito l'organizzazione dello studio medico, il laboratorio ricerca qualità, il laboratorio della relazione alla comunicazione, e dei seminari autonomi di psichiatria, il paziente simulato e la neuropsicologia cognitiva.

Dedichiamo un ampio spazio alla ricerca ed alla formazione sulla ricerca in medicina generale.

Pur con molte difficoltà spesso le tesi sono dei progetti di ricerca sia quantitativi che qualitativi.

Abbiamo infine inserito da tempo il laboratorio culturale come attività lungo due anni del corso e che comprende molte attività.

Non abbiamo trascurato le scienze sociali: teniamo un corso di sociologia medica, ma anche dei seminari di antropologia medica

In questa parte abbiamo inserito l'apprendimento all'uso di strumenti tecnologici medico sanitari per sottolineare che sono effettivamente strumenti e non un fine della nostra professione.

- **Area 5** (Tra il 54 e il 64% del monte ore - crediti per l'attività teorica)
 - Teorie e metodi in medicina generale
 - Organizzazione strumenti informativi, informatica
 - Laboratorio Ricerca e Qualità
 - Laboratorio relazione e comunicazione (al suo interno anche seminari autonomi di Psichiatria e Disagio Psicologico, Il paziente simulato, Neuropsicologia cognitiva)
 - Problemi deontologici, etici, legali, contrattuali
 - Laboratorio culturale
 - Scienze Sociali
 - Introduzione all'utilizzo di strumenti tecnologici

E avvicinandomi alla fine di questo intervento mi preme ricordare che ora la Scuola di Trento è una realtà che coinvolge un'ottantina di medici di medicina generale (su 400) attivamente coinvolti nella didattica, nella progettazione, e nella organizzazione. Copriamo tutti gli ospedali e i distretti della Provincia, coinvolgendo più di 250 medici ospedalieri e territoriali.

Abbiamo una convenzione con la Facoltà di Sociologia, intratteniamo rapporti con diverse Università Europee e con molte realtà italiane.

Prima della conclusione vorrei ricordare che nostro compito è, a mio avviso, non solo quello di allenare dei tecnici preparati e competenti, ma anche di allevare dei professionisti autoriflessivi, che si assumano responsabilità, che siano in grado anche di prendersi cura del cittadino.

Ovviamente non possiamo fare tutto. Molte responsabilità in questo campo sono anche dei cittadini stessi, dei politici e degli amministratori.

A noi spetta una piccola parte che comunque vogliamo fare in modo competente e qualificato.

Mi piace concludere con un “Promemoria” tratto da un editoriale del 1999 di Richard Smith a lungo direttore del British Medical Journal e con una poesia di Auden, non a caso figlio di un medico e di una infermiera.

Promemoria per medici, medici specializzandi, studenti di medicina, pazienti, amministratori e politici

- la morte è inevitabile;
- la maggior parte delle malattie gravi non può essere guarita;
- gli antibiotici non servono per curare l'influenza;
- le protesi artificiali ogni tanto si rompono;
- gli ospedali sono luoghi pericolosi;
- ogni medicamento ha anche degli effetti secondari;
- la maggioranza degli interventi medici danno solo benefici marginali e molti non funzionano affatto;
- gli screening producono anche risultati falsi negativi e falsi positivi; ci sono modi migliori di spendere i soldi che utilizzarli per acquistare tecnologia medico-sanitaria.

Richard Smith BMJ 1999

Give me a doctor

Give me a doctor partridge plump,
short in the leg and broad in the rump,
an endomorph with gentle hands,
who'll never make absurd demands
that I abandon all my vices,
or pull a long face in a crisis,
but with a twinkle in his eye,
will tell me that I have to die

Wystan Hugh Auden (1907-1973)

5. La Formazione Specifica in Medicina Generale nella Regione Toscana

Emanuele Messina, Alessandro Bussotti, Stefano Giovannoni

Organizzazione del Corso

Il corso di Formazione Specifica in Medicina Generale in Toscana è organizzato in tre sedi (Firenze, Pisa, Siena) con 9 classi. Attualmente nei tre anni di corso sono iscritti circa 200 medici in formazione.

Le attività teoriche in ciascuna classe sono programmate da un MMG in veste di Coordinatore, coadiuvato da altri colleghi (44 in tutte le classi della Regione) organizzati in Consigli di Classe. Dei Consigli di Classe fanno parte MMG operanti all'interno del Corso in qualità di Tutor e di Docenti, giovani medici con il titolo già ottenuto ma non ancora inseriti e rappresentanti dei discenti.

Il vero corpo docente del Tirocinio è rappresentato da 102 MMG tutor, 88 MMG abilitati alla docenza, oltre a 68 reparti per la frequenza ospedaliera e distrettuale. I reparti ospedalieri e le sedi distrettuali vengono individuati dal Servizio Sanitario Regionale su proposta del Comitato Tecnico Scientifico del triennio. I MMG tutor vengono individuati in base ad un concorso per titoli e vengono incaricati dell'attività mediante delibera regionale dopo la frequenza di un apposito corso di formazione. I docenti vengono individuati dallo staff del corso.

Le tre sedi di insegnamento teorico sono collocate presso le tre sedi universitarie della regione (Firenze, Pisa, Siena), ma sono assolutamente indipendenti dall'Università sia nei programmi che nella gestione, dipendendo il Corso di Formazione Specifica direttamente dal Servizio Sanitario Regionale.

I rapporti fra Medicina Generale e Università sono ovviamente resi complicati dalla mancanza di un dipartimento universitario di MG, anche se dal 2005 è stato istituito presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Firenze il Centro di Facoltà per lo Studio e la Ricerca in Medicina Generale, formato da MMG e che si occupa dell'insegnamento della Medicina Generale nel corso di laurea specialistica in Medicina e Chirurgia e dell'organizzazione del periodo di frequenza degli studenti del V anno e degli abilitandi presso gli studi dei MMG tutor..

Programma didattico

L'attività teorica si articola in seminari, che si svolgono in una giornata alla settimana e sono finalizzati all'acquisizione di nozioni, al confronto di esperienze pratiche, alla discussione di metodi ed all'organizzazione di simulazioni, sul modello sviluppato all'interno del Corso di Formazione Specifica di Trento.

Il programma didattico toscano viene rielaborato ogni anno, avendo come riferimento il programma didattico nazionale, punta all'acquisizione di competenze e considera la suddivisione in parte teorica e pratica come momenti diversi di un unico apprendimento

La scelta delle competenze da insegnare viene effettuata sulla base di Wonca Europe 2002, dell'Accordo Collettivo Nazionale, del Piano Sanitario Regionale Toscano 2008-10

Per ogni singola competenza vengono presi in considerazione l'aspetto clinico, quello relazionale, quello organizzativo, oltre, naturalmente, ad un esame specifico del ruolo del contesto.

Il programma è organizzato in Aree Didattiche:

Area didattica 1 - Gestione dell'acuzie in MG (Medicina di Attesa)

A- Quadri "definiti" con caratteristiche di urgenza:

- paziente con addome acuto
- Paziente con dispnea acuta
- Paziente con dolore toracico anteriore

- Paziente con rischio di suicidio
 - Paziente con impotenza funzionale acuta di un segmento corporeo
- Sede dell'apprendimento: Reparti di Chirurgia e Pronto Soccorso

B- Quadri "definiti" senza caratteristiche di urgenza:

- paziente con lombalgia acuta
- Paziente con spalla dolorosa acuta
- Paziente con sintomi acuti delle vie respiratorie
- Paziente con sintomi acuti delle vie urinarie
- Paziente con attacco di panico

Sedi dell'apprendimento: Ambulatorio del MMG tutor
Ambulatori specialistici distrettuali
Reparti di Medicina e Pediatria

C- Quadri "indefiniti" con o senza caratteristiche di urgenza:

- paziente con vertigini
- Paziente con tosse
- Paziente con prurito
- Paziente con febbre
- Paziente con cardiopalmo

Sede dell'apprendimento: Ambulatorio del MMG tutor

Area didattica 2- Gestione della cronicità in MG (Medicina di Iniziativa)

A- Patologie croniche senza riduzione funzionale in atto

- Paziente con diabete
- Paziente con BPCO
- Paziente con ipertensione arteriosa
- Paziente con scompenso cardiaco cronico
- Paziente con disfunzione tiroidea

B- Patologie croniche con riduzione funzionale in atto

- Paziente con insufficienza respiratoria
- Paziente con deficit motorio da vasculopatia cerebrale
- Paziente con deficit motorio da lesione osteoarticolare
- Paziente con patologia degenerativa cerebrale

Sedi dell'apprendimento: Ambulatorio del MMG tutor
Reparti Ospedalieri
Ambulatori distrettuali

La didattica di questa area deve prevedere la prossima introduzione di modelli organizzativi quali le UMG ed il Chronic Care Model e, quindi, l'intervento del MMG all'interno di un team multidisciplinare e la redistribuzione dei ruoli, specie con gli infermieri

Area didattica 3- Gestione dei problemi parafisiologici

- Gestione della donna in gravidanza
- Gestione dell'adolescente
- Gestione della donna in menopausa
- Gestione del paziente anziano

Sedi dell'apprendimento: Ambulatorio del MMG tutor
Ambulatori ospedalieri specialistici
Ambulatori distrettuali

La didattica di questa area prevede una puntualizzazione sul rischio di consumismo sanitario e disease mongering

Area didattica 4- Gestione della prevenzione e della educazione alla salute

- Valutare e Gestire il Rischio in Medicina Generale
- Gestire il paziente con aumentato rischio CV
- Organizzare gli screening sistematici e opportunistici
- Gestire il paziente con dipendenza da droghe
- Gestire il paziente con dipendenza da fumo
- Gestire il paziente con rischio fratturativi

Sedi dell'apprendimento: Ambulatorio del MMG tutor
SERT

Strutture che si occupano di prevenzione

Strutture che si occupano di educazione alla salute

Anche la didattica di questa area deve prevedere riferimenti al rischio di consumismo sanitario e Disease Mongering e la presentazione di un modello interdisciplinare e multiprofessionale.

Area didattica 5- Strumenti per sviluppare il metodo specifico della Medicina Generale

- Capacità di esercitare la MG secondo il modello proposto in WONCA Europe 2002
- Capacità di prendere in carico il paziente, decodificare i suoi problemi clinici e non clinici
- Conduzione della storia e dell'esame obiettivo focalizzato sul problema
- Capacità di risolvere i problemi: uso della procedura decisionale basata sul compromesso

tra dati EBM, esperienza personale e conoscenza del paziente

Sede dell'apprendimento: Ambulatorio del MMG tutor

Come previsto nello schema precedente, ogni singolo gruppo di competenze ha una sua sede naturale di insegnamento sul campo: l'ambulatorio del MMG tutor rappresenta la vera sede dell'apprendimento, racchiudendo l'insieme degli aspetti dell'assistenza sanitaria, consentendo l'analisi dell'intera evoluzione dei casi clinici e facendo vedere la casistica reale. La didattica è sicuramente favorita dal rapporto uno a uno fra tutor e discente.

La frequenza nei reparti ospedalieri e nei distretti è sicuramente utile per alcuni aspetti clinici, in particolare per problemi con scarsa frequenza in MG

Propositi per il prossimo futuro

Si prevede l'organizzazione dei tutor in piccoli gruppi, che discutano e sviluppino una condivisione progressivamente sempre maggiore di competenze e procedure, oltre che di gestione dell'ambulatorio ed anche di singoli casi, producendo una omogeneizzazione dei comportamenti e quindi una didattica coerente e coordinata fra attività pratica e teorica.

Si prevede anche di continuare e potenziare l'attività di costruzione di casi simulati, raccolti in registrazioni video, con gli stessi MMG tutor come attori. Questi video dovrebbero consentire la presentazione dei casi ad altri gruppi al fine di studiare i comportamenti clinici, ma soprattutto la relazione medico-paziente ed i modelli organizzativi.

I tutor dovrebbero essere infine portati ad una sempre maggior partecipazione al processo di formazione e soprattutto a quello di valutazione.

6. L'Italia delle Signorie: frammentazione e progetti comuni

Paolo Colorio

Per la maggior parte degli ultimi mille anni di storia l'Italia è stata frammentata in comuni o divisa in piccolissimi staterelli. Questa divisione ha rappresentato la maggior debolezza dello Stato, ma al tempo stesso ha generato una competizione in una gara continua a superarsi che ha prodotto una miriade di opere d'arte e ha contribuito a quello splendido fenomeno socioculturale che ora chiamiamo rinascimento.

Con tutte le dovute differenze la tendenza alla divisione e alla competizione è ancora presente in tanti campi e la medicina generale non sfugge a tale modello.

In particolare la Formazione Specifica in Medicina Generale è presente dal 1994 come applicazione di una normativa comunitaria europea per la libera circolazione delle merci e delle persone. Non è stata creata come una risposta ad una richiesta della Medicina Generale italiana, ma per colmare una "lacuna amministrativa"

Nasce come corso biennale affidato alle regioni (e alle province autonome) e non all'università (per problematiche economiche e per mancanza, da parte universitaria, di strutture territoriali - dipartimenti di MG - dedicate alla medicina generale)

L'impianto organizzativo, metodologico e didattico viene proposto in modo generale con decreti legge ministeriali, che le Regioni e le Province autonome applicano singolarmente in funzione delle loro esigenze e strutture particolari. Il principale DL (l'unico seguito da un decreto attuativo che entrava nel dettaglio organizzativo e didattico) è stato il 368/99 poi corretto dal 277/03, che regolava alcune importanti modifiche prima tra tutte il passaggio del Corso da biennale a triennale. Altra fondamentale norma è quella riferita alla variazione del titolo V della costituzione (federalismo) del 2001 con cui venivano attribuite alle singole regioni varie competenze tra cui quelle organizzative per il corso di formazione. In tal modo è stata sancita definitivamente l'autonomia organizzativa degli enti regionali e provinciali in materia di Formazione specifica per i MMG. Questa norma rende difficoltosa e su base volontaria un'aggregazione nazionale della formazione specifica italiana.

In Europa d'altronde esiste un modello simile, in cui ogni Stato dispone di autonomia organizzativa e didattica all'interno di un quadro normativo comune che regola i requisiti per lo scambio di professionisti MMG/GP/MdF entro la comunità. Non è definito un modello unico di MMG/GP/MdF o gli standard della MG che valgano per i singoli paesi.

In Europa accanto a realtà con una lunga storia, tradizione e cultura della MG e del suo insegnamento (Olanda ed Inghilterra per prime) ve ne sono altre con tradizione assai più breve e altre che hanno appena iniziato. Vi è quindi anche a livello continentale una disomogeneità rispetto all'organizzazione, ai criteri didattici e alle metodologie per quanto riguarda la formazione specifica.

Circa due terzi delle Università europee dispongono di dipartimenti universitari di MG con ampia variabilità. Si passa da situazioni in cui tutte le facoltà di medicina di una nazione hanno il dipartimento di MG ad altre senza (ad esempio in Italia non esistono). Allo stesso modo non in tutte le regioni italiane esiste la facoltà di Medicina (non c'è nel Trentino AA e nella Valle d'Aosta). Generalmente i Trainees in Europa sono inseriti a tutti gli effetti nelle varie realtà lavorative anche se con durata e modalità differenti, in Italia no dispongono di una borsa di studio senza contratto di lavoro, e la gestione della borsa è differente nelle singole realtà.

Se le differenze regionali possono apparire come aspetti negativi per la mancanza di omogeneità e di coordinamento, con dispersione di obiettivi, di metodologie e variabilità di contenuti, possono però essere viste anche come un'opportunità, come un laboratorio culturale dove in base alle singole esigenze e caratteristiche vengono prodotti modelli parzialmente differenziati, che arricchiscono il quadro generale della formazione specifica stessa.

Tra le esperienze peculiari delle regioni e province italiane ne cito brevemente alcuni ma senza poter entrare in dettaglio per problemi di tempo:

Umbria: la settimana metodologica. Presentazione della MG con lavori in piccoli gruppi poi discussi in plenaria con MMG tutor esperti.

Piemonte: condivisione degli obiettivi didattici per i tutor specialisti per gruppi (fino al 2004) poi centrati sul percorso formativo del discente.

Liguria: introduzione di un periodo formativo per la gestione dell'emergenza prolungato presso il Pronto Soccorso.

Friuli: ha visto la nascita del primo centro per la MG con competenza per la formazione specifica, le formazione professionale continua dei MMG e la ricerca in MG.

Lombardia: gestione affidata ad una società esterna alla MG che cura tutta la formazione professionale medica.

Lazio: la difficile gestione di cinque poli di formazione specifica con cinque poli universitari e una moltitudine di ospedali con i relativi tutor/trainers, tutti gravitanti sullo stesso territorio (Roma in particolare) ha portato tra l'altro ad una "babele di obiettivi didattici". Proprio per ovviare a questo stato di cose è iniziato nel 2004 un percorso per definire il core curriculum della formazione del MMG che, in questi giorni è stato recepito dalle università e condiviso con una razionalizzazione didattica molto importante. Un grosso successo della MG e della Formazione specifica in particolare.

Per la *Toscana* abbiamo sentito la precedente relazione.

In *Alto Adige* vi è un'organizzazione particolare (l'accademia) con una spiccata propensione alla didattica in ospedale e di tipo specialistico, con molta attenzione al mondo culturale tedesco.

In *Emilia Romagna* vi sono situazioni molteplici con un polo in particolare (Modena e Reggio) dedicato alla didattica tutoriale specie per l'insegnamento della MG nel corso di laurea in Medicina.

Oltre agli aspetti particolari e differenti nelle varie realtà vi sono aspetti che accomunano e che tendono ad aggregare la MG e la formazione specifica. Cito in particolare la norma che prevede una formazione didattica particolare per i MMG che svolgono attività tutoriale, mentre non è prevista per i tutor universitari o ospedalieri. Questa disposizione ha creato alcuni programmi formativi, gestiti dalle regioni, che avvalendosi di MMG esperti tramite società scientifiche o gruppi dedicati hanno sviluppato percorsi abbastanza omogenei sul territorio nazionale.

Altro punto comune è stata la disposizione che prevede la prova finale con discussione di una tesi, normalmente centrata sulla medicina generale.

Ulteriore impulso alla riagggregazione della MG italiana è stato il nuovo Esame di Stato (dal 2004) con l'introduzione del periodo valutativo del neolaureato da parte del MMG. Tale norma ha ulteriormente dato incremento al ruolo tutoriale del MMG e al ripensamento della figura stessa del MMG in chiave europea, partendo dalla definizione Wonca Europe 2002 della medicina generale.

Un problema fondamentale, avvertito assai precocemente, è stato quello di raccogliere e di coordinare queste esperienze anche per dare una voce unitaria e possibilmente autorevole alla formazione specifica stessa. Per questo motivo ricordo con particolare soddisfazione che si è mossa per prima proprio la nostra Scuola di Trento che ha promosso all'inizio una serie di incontri, in particolare:

Coordinamento triveneto (Bassano 2003, Treviso 2004) con produzione di obiettivi, modalità didattiche e contenuti specifici oltre ad una proposta di allargamento nazionale del coordinamento stesso e il richiamo all'applicazione delle norme (passaggio da biennale alla durata triennale del corso, recepita a livello nazionale dal 2004, ecc)

Coordinamento nazionale varato a Bologna nel 2004 che ha preparato vari documenti nazionali e l'incontro di Roma del 2004 oltre a stabilire la nascita di una mailing list dedicata esclusivamente all'insegnamento della MG.

Incontri vari nazionali sul coordinamento (Modena annuale dal 2003 specie su organizzazione, ruolo tutor e valutazione, Milano 2004 e 2005 definizione di un progetto comune, Bari 2004 prospettive della FS, Roma 2004 e 2006 verso una definizione condivisa di core competences, e core curriculum) Traviso annuale dal 2005, Costermano all'interno dei lavori del congresso di una società scientifica della MG.

All'inizio del 2006, sempre a partenza dalla scuola di Trento, ed in previsione del congresso WONCA Europe 2006 di Firenze è nato il gruppo Giotto, associazione di discenti delle formazioni specifiche in MG e dei giovani MMG italiani per i primi 5 anni di lavoro, affiliato al movimento europeo Vasco da Gama.

Tutto questo fervore di incontri ha generato la formazione di un gruppo allargato ed informale di MMG che si dedicano da tempo alla formazione specifica per MMG e hanno maturato un'esperienza significativa nel campo didattico.

Non è stato ancora creato un organismo ufficiale tipo una conferenza delle scuole o dei direttori che abbia anche valenza consultiva per gli amministratori.

Sono stati individuati una serie di campi da approfondire in maniera coordinata, tipo i livelli minimi di apprendimento (LED), un programma didattico che rispecchi le esigenze di una preparazione professionale completa, le modalità di reclutamento dei trainees futuri MMG, la formazione dei tutor/trainers, l'inserimento professionale adeguato...)

Per concludere l'Italia presenta un quadro fortemente disomogeneo per tanti aspetti della formazione specifica, ma tali diversità non rappresentano solo criticità e debolezze, hanno anche una valenza positiva essendo questa differenziazione una fucina di idee e un insieme di laboratori applicativi di tali concetti. Si tratta di fare tesoro di tali esperienze raccogliendole e elaborandole criticamente.

7. Il medico del futuro: percorsi e reti europee

Ingrid V.der Heijden, David Fasoletti

David Fasoletti:

Il sistema sanitario italiano è storicamente considerato come un sistema centrato sull'ospedale. Per questa ragione la medicina generale ha passato una fase di mancanza di identità, non avendo condizioni organizzative e strutturali adeguate per sviluppare le proprie potenzialità in modo coordinato ed efficiente.

Nonostante questi limiti, di fatto la Medicina di Famiglia rappresenta il maggiore riferimento sanitario a cui la popolazione si rivolge. Considerate le difficoltà di budget, il rispetto dei tempi di dimissione, l'aderenza a linee guida e protocolli, aumenta sempre più la richiesta alle strutture ospedaliere di porre attenzione più alla patologia che al malato. Questo contrasta spesso con i bisogni del paziente e indica la necessità di essere sensibili agli aspetti culturali nell'approcciarsi ai problemi di salute. Per sua natura la medicina di famiglia è primariamente coinvolta nel dare una risposta, ad esempio migliorando gli aspetti educativi e informativi al paziente.

Questa sfida deve essere raccolta con grande impegno da parte dei MMG soprattutto considerando il contesto dell'invecchiamento nella popolazione. Nel 1971 i pazienti oltre i 60 anni erano il 17% della popolazione italiana, nel 2000 il 24%. Si calcola che per il 2020 sarà il 30%. Nel 2040 addirittura il 40%. Ma l'invecchiamento dei suoi pazienti non necessariamente significa maggiore lavoro per il MMG a patto però che l'assistenza sia accompagnata da una corretta informazione e prevenzione.

Questo significa passare da un approccio strategico "high-tech" ad uno "high-touch" per migliorare la qualità della vita del paziente e ridurre le ospedalizzazioni.

In accordo con quanto presentato dagli olandesi sui forti cambiamenti demografici in corso, anche noi italiani dobbiamo analizzare i nostri cambiamenti interni, considerando il nostro paese all'interno del contesto europeo. Invecchiamento e flussi migratori rappresentano sfide comuni ai paesi appartenenti a tale contesto. Ciò significa iniziare ad pensare globalmente e agire localmente.

Sin dall'inizio della sua costituzione, la scuola di Medicina Generale di Trento ha promosso una cultura europea nella formazione del medico di famiglia, facilitando il confronto con diverse scuole d'oltralpe, dialogando con esse attraverso programmi di scambio ed esperienze coinvolgendo sia tutors che specializzandi. Negli ultimi anni il programma di scambio tra tirocinanti "Ippocrate" ha dato la possibilità a specializzandi Svedesi ed Inglesi di visitare la scuola. Degli specializzandi di Trento hanno avuto la possibilità di seguire il programma e di andare in Spagna. Inoltre, grazie al programma di scambio annuale olandese la nostra scuola è stata coinvolta in diverse esperienze interessanti in Olanda. Una relazione costruttiva è iniziata tra tutor della scuola di Nijmegen in Olanda e di Leicester in Inghilterra.

Un altro obiettivo importante è stato raggiunto attraverso la partecipazione di due specializzandi trentini nel 2005 al primo incontro del movimento europeo Vasco da Gama (movimento europeo di giovani medici in medicina generale, legato a Wonca-Europe). Questa esperienza ci ha aiutato a guardare oltre le Alpi, rompendo le incertezze ed iniziando un dialogo collaborativo che sta procedendo. Con questi precedenti si è potuto andare a costituire il "Movimento Giotto".

Abbiamo colto l'occasione di un'iniziativa europea per creare un movimento nazionale che potesse collaborare attivamente in ambito internazionale dal punto di vista scientifico e culturale, considerando che il contributo internazionale sorge da una rete nazionale di collaborazione tra differenti società scientifiche. Questo è un esempio di come sia possibile costruire una rete concreta di giovani medici di medicina generale a livello nazionale tenendo in considerazione le sfide che dovremmo affrontare nel prossimo futuro.

Inoltre si dimostra che è possibile prendere in considerazione prospettive inedite nel mondo della medicina di famiglia condividendo le esperienze. Ciò motiva e migliora la qualità del nostro lavoro. Abbiamo appena cominciato e come una palla di neve stiamo crescendo, determinati a fare ulteriori passi in questa direzione. Mettere in pratica nuove strategie culturali potrebbe causare cambiamenti

profondi nel setting delle cure primarie passando da un isolamento professionale ad un setting collaborativo tra medici di famiglia (per esempio condividendo gli stessi programmi informatici per creare un database comune) ma anche trovando un dialogo reale con gli altri professionisti investendo in programmi e progetti.

L'evidente mancanza di un retroterra culturale visibile come una letteratura medica di medicina generale dovrebbe stimolarci a costruire una banca dati appropriata e a lavorare per la costituzione di dipartimenti di medicina generale. La situazione organizzativa della medicina generale italiana particolarmente frammentata dal punto di vista culturale e storico rappresenta una grande risorsa in termini di varietà e vivacità culturale. Questa energia può essere canalizzata per la creazione di un collegio nazionale di medicina generale che può essere referente per i collegi nazionali delle altre nazioni. Inoltre, muovendosi da una prospettiva locale, condividendo progetti ed esperienze (ad esempi sul tema delle migrazioni) e andando verso una prospettiva europea si può stimolare e migliorare la qualità del nostro lavoro.

Ingrid V.der Heijden:

La realtà quotidiana in Europa è influenzata dal fatto che il mondo diventa sempre più grande grazie a Internet. I pazienti vi trovano ogni sorta di informazione medica e questo influenza il modo in cui cercano assistenza o le aspettative che ripongono nella consultazione con il proprio medico di famiglia.

Anche per i medici il web ha comportato enormi cambiamenti. Come scritto nell'editoriale di settembre 2008 del BMJ: ciò che sappiamo delle malattie, della diagnosi e dei trattamenti cresce rapidamente. Oggi i medici di famiglia non si affidano solamente a ciò che hanno imparato all'università, se vogliono dare il meglio ai loro pazienti. Cresce la sfida rappresentata dall'EBM — più di 2000 nuovi articoli pubblicati su Medline ogni giorno.

Le linee guida derivanti dall'Evidence Based Medicine possono aiutare i medici in alcuni ambiti selezionati, ma non possono coprire tutta la gamma di problemi dei singoli pazienti o avere un impatto sempre decisivo sulla normale pratica clinica. I medici di famiglia devono essere in grado di scoprire e utilizzare al meglio le evidenze. I medici di famiglia del futuro devono avere una sufficiente capacità di valutazione della ricerca ed impegnarsi in un percorso di formazione continua, nella consapevolezza che per i singoli pazienti non contano solo le competenze nella pratica dell'EBM, ma soprattutto i risultati integrati in termini di qualità dell'assistenza.

In Europa si assiste ad un rapido e consistente invecchiamento della popolazione. L'aspettativa di vita degli europei nel 2050 (Eurostat) sarà di 79,7 anni per gli uomini e 85,1 per le donne. Di conseguenza cresce anche l'onere rappresentato dalle malattie croniche.

Un altro fattore rilevante è lo sviluppo di nuovi prodotti farmaceutici e di nuove tecnologie che permettono ai pazienti di curarsi a casa, invece che rimanere ricoverati in ospedale per lunghi periodi di tempo. (Per esempio, la somministrazione di chemioterapici a domicilio e l'utilizzo di infusioni sottocutanee nei casi di cure palliative). Questi sviluppi aggiungono una nuova dimensione ai contenuti del lavoro del medico di famiglia.

Un'altra caratteristica demografica è l'invecchiamento della popolazione nell'Unione Europea. L'aspettativa di vita degli europei nel 2050 sarà di quasi 80 anni per gli uomini e 85 per le donne. La quota di persone anziane dovrebbe crescere a quasi un quarto della popolazione totale. Di conseguenza aumenterà anche l'onere rappresentato dalle malattie croniche.

Per quanto riguarda la demografia in Europa, notiamo un'altra caratteristica: la crescente diversità culturale nell'ambulatorio del medico di famiglia. Ciò è solo in parte dovuto ai cambiamenti demografici riguardanti i medici di medicina generale. In Olanda, per esempio, l'attuale rapporto fra medici di famiglia uomini e donne è di 70 a 30, ma nella fase di formazione questo rapporto è quasi invertito. Questo grosso cambiamento influenzerà sicuramente i rapporti fra medico e paziente.

Un altro fenomeno osservabile è la crescente mobilità dei medici di famiglia. La legislazione europea permette ai medici di lavorare in tutti i paesi europei. Ma anche se un medico di famiglia rimane nel suo paese sarà comunque confrontato con un aumento della diversità dovuta agli

immigrati e ai profughi. Saranno importanti non solo le competenze linguistiche, ma anche la capacità di capire i diversi aspetti culturali e ci sarà quindi bisogno di competenze comunicative specifiche. Inoltre, i medici di famiglia dovranno avere maggiori conoscenze di alcune specifiche malattie, maggiormente legate a gruppi etnici o culturali.

A Maastricht abbiamo messo a punto un programma di formazione sulle competenze comunicative interculturali. Alla base del programma c'è *Cultures and Organizations, Software of the Mind* di Hofstede. I partecipanti sono invitati a riflettere sui loro quadri di riferimento e vengono offerti loro strumenti per esplorare altre dimensioni culturali (distanza, individualismo, mascolinità, incertezza, evitamento e orientamento di lungo periodo).

Abbiamo anche sviluppato un programma che aiuta i corsisti a comprendere l'aspetto culturale dell'EBM. Abbiamo inoltre una serie di programmi sull'esperienza medica in medicina tropicale oppure sulla prescrizione di farmaci durante il Ramadan.

Organizzazioni di medicina generale, come EURACT (European Academy for Teachers) e la loro partecipazione alla creazione del Vasco da Gama Movement e il gruppo di lavoro per giovani medici di WONCA Europe.

Si è trattato di una vera coincidenza temporale: la conferenza di WONCA Europe è stata organizzata ad Amsterdam nel 2004, nello stesso anno in cui SBOH, il datore di lavoro dei corsisti olandesi, ha festeggiato il proprio anniversario, decidendo di finanziare la partecipazione alla conferenza internazionale dei giovani medici.

Fons Sips, un docente di Maastricht con un interesse personale per il contesto europeo e molti anni di esperienza in WONCA Europe, ha organizzato la prima riunione dei giovani medici propedeutica alla conferenza ad Amsterdam. Questo scambio di esperienze e di buone pratiche fra giovani medici europei è stata di grande ispirazione e a livello nazionale ha dato nuovo impulso alla rete dei corsisti olandesi. Era evidente che l'esperienza doveva essere ripetuta. È stato così costituito il Vasco da Gama Movement, come foro di incontro per i giovani medici europei.

Il dipartimento di formazione specifica di Maastricht ha facilitato la creazione del VdGM, ospitando due conferenze internazionali negli ultimi cinque anni.

Maastricht ha anche un format per ospitare una riunione annuale con colleghi belgi e tedeschi.

A livello nazionale è stata riconosciuta la necessità di continuare queste esperienze di partecipazione a conferenze internazionali. A questo fine è stato approvato un bilancio che permette a 50 giovani medici di partecipare alle conferenze WONCA Europe. Questi medici dovranno poi condividere le loro esperienze scrivendo un articolo da pubblicare su una rivista specializzata nazionale o dando una presentazione orale a favore dei colleghi presso la scuola di formazione specifica. Quest'anno per la quinta volta consecutiva 50 giovani medici hanno potuto partecipare alla conferenza. Anche 20 membri del personale di otto dipartimenti hanno ricevuto il finanziamento per prendere parte alla conferenza WONCA Europe.

I corsisti di Maastricht hanno l'opportunità di svolgere un corso facoltativo di 8 settimane in cure palliative nel Regno Unito. Questo corso è molto apprezzato, non solo perché dà ai corsisti la possibilità di conoscere lo stato dell'arte nelle cure palliative, ma anche perché dà loro l'occasione di conoscere un diverso sistema sanitario. Il requisito per parteciparvi è una buona conoscenza della lingua inglese.

Italia e Olanda per esempio differiscono soprattutto per quanto riguarda la scala di mascolinità. Il tasso di mascolinità è l'entità di polarizzazione fra uomini e donne. Un elevato punteggio su questa scala è considerato mascolinità e implica una forte differenza di genere: la popolazione maschile è competitiva e risoluta nei confronti della popolazione femminile. Valori tipici di una società femminile sono la modestia e l'attenzione per gli altri. I paesi più femminili in Europa sono quelli scandinavi e anche l'Olanda. Il paese più mascolino in Europa è l'Austria, seguita da Svizzera e Italia.

8. Il paziente nella didattica: il laboratorio della relazione, il paziente simulato e il laboratorio culturale.

Norma Sartori

Una delle principali sfide didattico - formative della scuola di Trento è sempre stata quella di avvicinare il medico in formazione in modo pratico e concreto al paziente, di far incontrare questi due soggetti in uno scenario formativo, per condurre il giovane medico a svolgere la propria professione basata sulla centralità relazionale.

Ho cominciato a frequentare la scuola di MG di Trento come discente nel 1994. Il primo giorno di frequenza, sono stata messa dinnanzi ad un paziente e per dieci minuti ho dovuto “recitare” il ruolo di medico. Si trattava di un role playing e il paziente non era un vero paziente. Potevo anche sbagliare. Ma soprattutto non potevo non ripensare, analizzando con attenzione, la scena, a tutto ciò che era avvenuto. La paura che io medico provavo nel trovarmi, a tu per tu da sola, con un paziente, l’emozione e quella leggera euforia che mi dava il fatto che un distinto signore mi chiedesse aiuto, la difficoltà così improvvisamente evidente di dover prendere rapidamente una decisione (avevo 10 minuti di tempo), la difficoltà di scegliere le parole giuste per non spaventare il paziente e convincerlo che la mia diagnosi e la mia proposta terapeutica fosse corretta, scoprire che il distinto signore aveva una grande paura, forse più grande della mia e comunque diversa. Queste e tante altre le emozioni che scaturirono da quei dieci minuti. Mi fu subito chiarissimo che la strada per diventare una professionista era ancora lunga, che le cose da imparare erano ancora molte, nuove e diverse rispetto a quelle che mi avevano insegnato all’università e nell’ospedale.

Il racconto di questa piccola esperienza personale mi è servita per introdurre il concetto di come la scuola di Trento pone al cuore del proprio obiettivo didattico la centralità relazione della professione del MMG. E si è per questo, negli anni, dotata di strumenti didattici appositamente pensati per raggiungere tale obiettivo. Oggi con la mia breve presentazione vi parlerò del laboratorio della relazione e comunicazione, del laboratorio culturale e del paziente simulato.

Quello che vi ho raccontato è una seduta di role playing strumento propedeutico all’uso del Paziente Simulato.

Il role playing viene utilizzato come strumento propedeutico prima di condurre gli specializzandi ad incontrare i pazienti simulati. Nel corso dei primi sei mesi di frequenza, nell’ambito delle lezioni sul “Teorie e metodi della MG” e delle prime lezioni del “Laboratorio sulla relazione” vengono introdotte alcune brevi sedute di giochi di ruolo in cui gli specializzandi recitano vicendevolmente la parte del medico e del paziente, su semplici canovacci inerenti agli argomenti affrontati nel corso della lezione. Per brevità e semplicità vi illustrerò la tecnica del paziente simulato che differisce dal role playing per il fatto che il paziente è rappresentato da un collega nel secondo caso mentre nel primo caso si tratta di un “laico”. Entrambe le tecniche sono accomunate da una elevata tensione emotiva e lo stress emozionale può essere notevole soprattutto nel corso delle prime esperienze di uso di tale tecnica. L’emozione è minore quando il discente recita con un collega, per questo si inizia con i giochi di ruolo e solo dopo aver rotto il ghiaccio si passa alle simulazioni. La scuola di Trento ha elaborato una originale metodologia del paziente simulato dopo aver conosciuto e studiato le tecniche utilizzate in Inghilterra (Leicester), in Olanda (Nijmegen) e Belgio. Nel 2003 è stata arruolata la prima simulatrice e sono state condotte le prime esperienze di simulazione. Nel 2007 sono stati selezionati altri 6 simulatori (3 maschi e 3 femmine). La selezione si basa su alcuni elementi importanti: non essere medici, o nell’ambito di professioni sanitarie, non aver avuto esperienze traumatiche di malattia direttamente o all’interno della propria famiglia, non essere attori, avere un’istruzione media, tale da essere in grado di dare una adeguata restituzione al discente. Come avviene la simulazione: il paziente recita su canovaccio. Deve essere molto chiaro il carattere della persona che il paziente interpreta. La storia medica. Il problema o i problemi portati in quel giorno, in quel momento in ambulatorio. La scena si svolge in aula riproducendo il setting dell’ambulatorio della MG dove avviene la consultazione. Il discente ha a disposizione carta e

penna, un telefono e a volte altri strumenti (campioni di farmaci, prontuario, fonendoscopio, misuratore di picco di flusso ecc) usualmente presenti in uno studio di MG. La consultazione simulata dura 10 minuti e avviene nel rispetto di una serie di rigorose regole di comportamento valide sia per chi sta in scena e recita, ma anche per chi osserva. L'esplicitazione delle regole avviene sempre prima di ogni role playing e prima di ogni simulazione, finché gli specializzandi le assumono e le fanno proprie. Ad esempio non si interrompe non si parla non si critica non si giudica, si aiuta, si fa da consulente. Attenzione, la tecnica prevede il coinvolgimento di tutta l'aula, per chi non recita non si tratta di un'osservazione passiva, ma partecipe. Infatti tutti i presenti in aula vengono coinvolti dapprima nell'osservazione e successivamente in una discussione basata sulle regole della consulenza, dell'aiuto al collega che ha recitato il ruolo di medico. In conclusione del modulo (3 ore) viene effettuata la mappatura della consultazione da parte di un docente esperto. E ultimo atto conclusivo ogni persona presente in aula (docenti, discenti, simulatori e osservatori esterni) è invitata a scrivere alcune righe rispondenti alla domanda "che cosa ho imparato oggi". Le prime difficoltà che si incontrano sono di competizione, dopo alcune sedute l'atteggiamento di tutti cambia e si fa cooperativo. La gestione dell'aula da parte dei docenti è un elemento critico su cui si basa il buon esito dell'incontro e il processo di apprendimento del gruppo.

Laboratorio sulla relazione e comunicazione

Perché un laboratorio?

Stiamo parlando di relazione, di un elemento che sempre esiste implicitamente in ogni incontro tra persone, indipendentemente dalla volontà o dalle intenzioni dei soggetti che si incontrano, stiamo parlando di un elemento costitutivo della coscienza individuale. Gli ultimi studi di neuroscienze ci indicano come prima viene la relazione e poi viene l'individuo. Stiamo parlando di un elemento che non si può "evitare" in una professione d'aiuto come è quella della medicina generale, ma che si può però modulare e imparare a utilizzare a scopo diagnostico e terapeutico. È però necessario acquisire consapevolezza dell'esistenza della relazione, delle sue caratteristiche di come individualmente la abitiamo e la agiamo se vogliamo poi modularla e renderla terapeutica. È altresì necessario acquisire consapevolezza delle reazioni emotive, affettive, più o meno inconsce che la relazione può suscitare. Non possiamo però studiare tutto ciò in teoria, ma è necessario creare una situazione d'apprendimento particolare in cui poterla vivere, provare sulla propria pelle. Ecco perché un laboratorio in cui accanto a role playing e simulazioni ci sia lo spazio per riflettere, ed elaborare dei concetti nuovi, delicati e difficili, di cui difficilmente si tratta nei percorsi universitari. L'obiettivo generale del laboratorio è "Promuovere lo sviluppo di una competenza gestionale del paziente orientata ad un progetto curativo efficace e condiviso e fondata sulla centralità relazionale. Favorire la consapevolezza dell'esistenza di reazioni e interazioni emotive nella relazione con il paziente, che non sempre possono essere modificate ma che devono essere governate perché possibili strumenti terapeutici ma anche di perturbazione critica del percorso di cura."

Le competenze che gli specializzandi devono acquisire attraverso questo percorso sono:

- Stimolare la consapevolezza sulle proprie teorie in uso sulla relazione medico paziente in medicina generale e modificare il modo di abitare la relazione spostando il focus dall'orientamento al paziente alla centralità relazionale.
- Riconoscere e saper utilizzare nella gestione del paziente, le specificità della relazione di lunga durata tipica della MG, attraverso lo studio approfondito della consultazione e delle relative teorie.
- Acquisire i concetti di conflitto e negoziazione in MG e sviluppare abilità gestionali all'interno della relazione con il paziente
- Acquisire abilità gestionali in caso di relazioni difficili.

- Acquisire consapevolezza delle proprie emozioni e dei propri sentimenti che entrano in gioco nella relazioni con il paziente e sviluppare abilità nell'utilizzo dell'ascolto, dell'affettività, del setting ed altri strumenti modulatori della relazione.
- In sinergia con altri seminari sviluppare competenze nella gestione della relazione in contesti complessi, con più attori e all'interno delle forme associative ed intergrate della medicina generale.
- Acquisire consapevolezza e strumenti di conoscenza dell'approccio narrativo in medicina generale.

Sono previste 7 sessioni di 3ore ognuna nell'arco dei tre anni, anche se in realtà esistono interconnessioni e correlazioni con altri percorsi didattici che parzialmente si sovrappongono per argomenti trattati e competenze perseguite. Essi sono:

- Teorie e metodi in medicina generale
- Neuropsicologia cognitiva
- Organizzazione in medicina generale
- Psichiatria e disagio psichico

Il laboratorio culturale:

Facilitare la riflessione sulla complessità, per integrare malattia biologica e malattia soggettiva, per stimolare la capacità di ascolto dei pazienti, per imparare a essere nel contempo vicino e lontano, per affinare le proprie capacità gestionali e promuovere una visione olistica del paziente entrando in una comunità di pratica che esercita una professione a netta centralità relazionale.

Gli strumenti utilizzati vanno dalla filmografia alla letteratura, alla scrittura creativa, al coinvolgimento diretto in attività di recitazione, alla visione guidata di mostre ed altre espressioni artistiche.

In questo momento l'impegno maggiore di questo laboratorio è la preparazione di una piece teatrale tratta da Un caso clinico di Dino Buzzati, che vede coinvolti tutti i discenti del terzo anno. Ognuno ha letto il copione ed espresso idee e critiche. È stata proposta la visione del film "Un fischio al naso"(tratto dal racconto in questione). Infine dopo la proposta di assegnazione delle parti si è iniziato a provare.

Il corso precedente ha messo in scena Il dottor Knok ovvero il trionfo della medicina. Le ricadute oltre che in termini di soddisfazione personale e divertimento dei partecipanti si sono notate a livello di apprendimento: è cambiato il modo di relazionarsi tra loro come gruppo, con i pazienti, con i docenti. È cambiato il clima d'aula e di partecipazione alle lezioni. Si è sviluppato un alto livello cooperativo nel gruppo. Ovviamente questo è uno strumento altamente impegnativo e dispendioso in termini di energie e di impegno sia da parte dei discenti che da parte del responsabile di tale laboratorio (il dott. Bertoluzza). A queste esperienze si è arrivati dopo anni di rodaggio in cui le attività si fondavano soprattutto su visione di film "Il cinema per la sua straordinaria efficacia narrativa e didascalica e per la sua forza di rappresentazione, attraverso l'analisi introspettiva, interpretativa e clinica può far comprendere meglio vissuti e sofferenze legate all'esperienza di malattia".

9. La formazione del tutor medico di medicina generale olandese

Gerard Benthem

Grazie per l'invito e un grazie speciale ai membri del comitato organizzatore. Mi sento ben accolto. In questa comunicazione vorrei esporvi il programma di insegnamento e di formazione degli insegnanti e dei tutor, iniziando dal profilo di competenze atteso per i tutor dei tirocinanti in medicina generale. Il profilo di competenze descrive ciò che c'è da insegnare ai tutor, è il contenuto del loro curriculum. La seconda parte della lezione sarà più pratica e vi esporrò quando e come insegniamo ai tutor queste competenze.

Per prima cosa vorrei fare questa affermazione: l'ottanta per cento del tempo di formazione dei tirocinanti è speso nella pratica. La pratica, vale a dire l'ambiente di lavoro, è il luogo centrale dell'apprendimento. Nella pratica divengono specialisti di medicina generale indipendenti lavorando come specialisti di medicina generale attraverso la formazione fornita dal tutor. Ciò significa che il ruolo del tutor nella pratica riguardo alla formazione del tirocinante è centrale.

L'istituzione ha un ruolo centrale nel fornire la formazione complementare e di supporto, oltre ad altri processi quali la valutazione, la logistica e così via.

L'integrazione della formazione nella pratica e l'istituzione è molto importante. Per questa ragione Maiburg e io abbiamo strutturato consulti sui contenuti della formazione dei tutor e dei tirocinanti. Anche i tutor la maggior parte del loro tempo praticano in qualità di medici di medicina generale ma anche in qualità di tutor. Essi stabiliscono nella pratica la maggior parte degli obiettivi per migliorare il loro funzionamento come tutor. Anche per loro le esperienze basate sulla pratica sono la fonte del loro processo di apprendimento.

Vorrei ora farvi conoscere il seguente concetto: "Apprendere in itinere", di Ruth Bankey, Canadese, uno degli autori del CANMEDS.

Questo processo aiuta a migliorare e sviluppare le abilità che vengono utilizzate sulla base del lavoro di tutti i giorni. È un processo pratico per sviluppare abilità per la pratica e le esperienze di tutti i giorni sono la fonte del processo di apprendimento in quanto aiutano a identificare gli obiettivi di apprendimento. Questi obiettivi sono il primo passo nel processo di apprendimento, rispetto al quale ognuno ha poi le proprie modalità di interazione.

Questo processo facilita la focalizzazione sui plurimi aspetti della pratica che il tirocinante e il tutor esperiscono. Per quanto riguarda il tirocinante Maiburg nella precedente comunicazione ha illustrato le sette competenze: dall'esperto medico a tutte le altre come ad esempio collaboratore, e così via. Per il tutor gli obiettivi di apprendimento risultano dall'esperienza connessa al loro profilo di competenze. Ed è questo profilo che vado a illustrare, utilizzando tre personaggi famosi nella storia dell'umanità. Mi dispiace di non aver trovato un italiano: ce ne sono molti di famosi, ma mi era difficile capire il loro modo di vivere in maniera sufficiente da fare un paragone. Vi racconterò di essi e vi spiegherò perché fallirono dal punto di vista del loro profilo di competenze.

Essi sono Newton l'inglese, van Leeuwenhoek l'olandese e Salvator Dali, il pittore spagnolo. Si possono ricordare alcuni loro prodotti famosi, la seconda legge di Newton, il microscopio di van Leeuwenhoek e i dipinti di Dali. Questi uomini avevano due cose in comune: per prima cosa erano degli ottimi artefici, avevano tutti e tre cambiato la visione del mondo. Essere un buon artefice è il primo requisito per essere un buon tutor. È il requisito centrale. Ma nessuno di loro ha avuto tirocinanti e io vorrei spiegare perché successe così. Per essere un buon tutor di tirocinanti in medicina generale bisogna essere buoni artefici ma aver anche altre competenze.

Newton visse nel diciassettesimo secolo e cambiò la visione del mondo scoprendo le quattro famose leggi della fisica. Prima di queste leggi erano le leggi spirituali e religiose che dominavano le menti della gente. Egli scoprì che esistono altre leggi oltre queste ultime e spiegò perché il sole sorge e perché i pianeti girano nel cielo. Scrisse un libro intitolato "Principia" e fu famoso già ai suoi tempi. Ma la sue conferenze e i suoi libri erano così difficili da capire che nessuno riuscì a leggere il suo libro e alle sue conferenze non era presente mai nessuno. Parlava sempre in aule vuote. Quest'uomo

non aveva proprio nessuna abilità didattica. Essa è necessaria per essere un buon tutor, è il secondo requisito del suo profilo di competenze. Un cattivo insegnante non ha tirocinanti.

Il secondo personaggio che voglio farvi conoscere è van Leeuwenhoek. Ai suoi tempi era possibile fare lenti che ingrandivano fino a 30 volte. Egli produsse lenti che ingrandivano quasi 500 volte e scoprì così il mondo microscopico, con i suoi globuli rossi, spermatozoi, batteri e così via. Fece queste lenti da solo, nessuno lo vide produrle e quando morì nessuno riusciva a fare lenti di quella qualità. Questa situazione durò 150 anni e le scoperte del mondo microscopico rimasero ferme. Van Leeuwenhoek era un buon artefice, ma un pessimo facilitatore. Non facilitò il trasferimento delle sue abilità ai tirocinanti perché non li aveva ammessi al suo laboratorio. Facilitare è il terzo requisito del profilo di competenze e significa accessibilità al luogo di lavoro, strumenti e tempo per il processo di apprendimento del tirocinante.

Salvador Dalí era un pittore spagnolo che dipinse il mondo del surrealismo e divenne molto famoso il secolo scorso. Neanche lui ebbe tirocinanti perché era molto vanitoso e non sopportava di dividere l'attenzione con qualcun altro. Era al centro del suo mondo, tutta l'attenzione doveva essere rivolta a lui. Non aveva l'attitudine di condividere l'attenzione e di investire sugli altri. Questo è il quarto requisito del profilo di competenze: il professionalismo del tutor.

Uno dei più famosi artisti olandesi è Rembrandt: nel 1632 dipinse un quadro intitolato "La lezione di anatomia" che riproduceva il dottor Nicolaas Tulp mentre insegnava ai suoi tirocinanti. Rembrandt ebbe 40 tirocinanti e una buona parte di loro divennero ottimi pittori. Ancor oggi si discute sull'attribuzione di certi dipinti a Rembrandt stesso o alla sua scuola. Taluni dei suoi allievi divennero bravi quanto il maestro. Ai suoi tempi era famoso sia come pittore che come maestro. Aveva tutte le competenze necessarie.

Abbiamo iniziato a Maastricht tre anni fa con un nuovo curriculum basato sul profilo di competenze e ad oggi tutte otto le nostre scuole stanno implementando questo programma. Gli otto coordinatori si incontrano frequentemente per discutere i contenuti del curriculum dei tutor e per trovare accordo specialmente sulla valutazione. Stiamo cooperando bene e ciò è importante per il programma nazionale per i tutor e per i 1800 tutor medici di medicina generale dell'Olanda.

Voglio darvi una panoramica del programma completo per i nostri tutor, ma prima ricordo il profilo di competenze necessario, e quindi il contenuto del curriculum, di fatto la descrizione di ciò che c'è da apprendere, dando alcuni esempi per ogni requisito.

Il primo requisito è essere un buon medico di medicina generale, avere le sette competenze precedentemente illustrate da Maiburg.

Il secondo requisito sono le abilità didattiche. Si possono fare alcuni esempi delle abilità necessarie: in primis è importante non solo lasciare lavorare il tirocinante dandogli tale opportunità, ma anche stimolarlo a imparare la lezione dal lavoro. Il lavoro di ogni giorno è la sorgente del processo di apprendimento e il tutor deve stimolare tale processo. Inoltre il tutor deve possedere tecniche di comunicazione quali la capacità di dare feedback e di istruire, ma anche dar spazio alla comunicazione dei difetti e dei deficit del tirocinante e aiutarlo a trasformarli in obiettivi di apprendimento concreti. Infine, la valutazione è un grande stimolo per l'apprendimento se è ben fatta: nel curriculum dei tirocinanti quattro volte all'anno ci sono momenti importanti per la valutazione, ma nel lavoro di tutti i giorni c'è la possibilità di un certo numero di momenti valutativi.

Il requisito della capacità di facilitare l'apprendimento significa che in pratica il tutor deve offrire un buon posto di lavoro, un atelier al tirocinante. Il tutor deve organizzare il suo lavoro in modo da lasciare opportunità al training. Ciò significa in pratica che il tutor riserva ogni giorno tempo per l'insegnamento e la discussione con il tirocinante, senza essere interrotto da telefono o pazienti. Inoltre il tutor ha da monitorare che il tirocinante possa visitare diverse tipologie di pazienti. Ciò significa che il tirocinante vede tutti i tipi di pazienti che frequentano l'ambulatorio del medico, iniziando con i disturbi minori e finendo con i pazienti cronici. Il tutor è responsabile della gestione di tale flusso.

L'ultimo requisito, connesso con il professionalismo, è il dovere da parte del tutor di mantenere e migliorare le sue capacità di insegnamento. Il punto più importante per i tirocinanti non è la competenza clinica ma il fatto che il tutor sia entusiasta di insegnare. Questa qualità è la più apprezzata dai tirocinanti nei rispettivi tutor. Essi sono modelli di ruolo e sono consapevoli di esserlo. Per mantenere performances d'insegnamento il tutor ha un contratto con l'istituto per otto giorni di formazione all'anno.

Ora possiamo passare alla panoramica del programma in toto dalla domanda fin alla fine della formazione.

Esso inizia con una selezione telefonica dei tutor, dove si chiedono informazioni sull'ambulatorio, sull'anzianità professionale, sulle assistenti di studio e sull'esperienza come tutor di studenti di medicina. L'esperienza di formazione con gli studenti è un prerequisito obbligatorio. Se in medico vuole diventare tutor e non ha esperienza con gli studenti viene presentato al coordinatore degli studenti di medicina. Dopo due anni di esperienza con essi è benvenuto nella formazione per divenire tutor di tirocinanti di medicina generale.

I candidati ricevono tutte le informazioni necessarie e fanno domanda.

Il secondo passo è la selezione e l'arruolamento: la procedura di selezione è basata sulla valutazione cognitiva e di comunicazione. La valutazione cognitiva è la stessa a cui i tirocinanti si sottopongono due volte all'anno. Ma prima di ciò viene richiesto al coordinatore dell'insegnamento agli studenti di medicina di illustrare la capacità di insegnamento, la pratica e le qualità personali del medico. Non reclutiamo medici che abbiano avuto giudizi negativi nella precedente esperienza con gli studenti. Ram nella precedente comunicazione ha detto che l'organizzazione che controlla fa una visita ufficiale e controllo l'hardware dell'ambulatorio: l'edificio, le stanze, il sistema di cartelle, la presenza del computer e dell'accesso a Internet, l'assistenza, la certificazione del medico e le assistenti di studio.

Il corso iniziale dura due giorni e contiene la prima formazione in abilità educative e di valutazione video. I partecipanti scrivono il loro piano di apprendimento individuale e lo discutono insieme. Il prossimo anno tutte otto le scuole introdurranno un nuovo piano di apprendimento digitale con il profilo del medico e della sua practice. Durante questi due giorni i nuovi tutor ricevono nuovamente informazioni.

Dopo il corso iniziale il tutor inizia con il suo primo tirocinante e con il primo periodo di formazione individuale. Esso dura tre anni, ognuno con otto giorni di formazione, per un totale di 24 giorni di formazione. Usiamo diversi metodi di formazione, solitamente in piccoli gruppi. La scelta che abbiamo fatto per la formazione dei professionisti è che ogni tutor partecipi per sei anni ad un gruppo di consulenza tra pari, tre anni durante il primo periodo e tre anni durante il secondo periodo con altri partecipanti e altri consulenti. I gruppi sono di 5-7 partecipanti. Abbiamo anche iniziato con colloqui individuali con ogni tutor una volta ogni tre anni. Dal 2009 dopo un anno e dopo tre anni viene effettuata la valutazione con un membro dello staff della scuola.

Il periodo seguente è il secondo periodo di formazione che è a grandi linee simile al primo, la differenza sta nell'enfasi che viene messa sul processo di apprendimento, che in questo periodo è posta su differenti abilità educative, quali dare il feedback e la valutazione del tirocinante. Esistono numerosi programmi per il processo di apprendimento, ma il coaching è molto importante.

Dopo tre anni c'è la valutazione con un membro dello staff della scuola.

Il terzo periodo di formazione è quello che si effettua dopo sei anni di formazione ai tirocinanti e di formazione personale. Sono i nostri tutor d'esperienza e compongono metà del programma formativo a seconda dei loro bisogni. Possono scegliere ad esempio tra supervisione, coaching con un nuovo tutor, lezioni didattiche o creare programmi formativi per la scuola. Le lezioni sull'accreditamento della practice sono programmi nuovi. Con il prossimo anno inizieremo una valutazione di progresso.

Penso che il nostro gruppo di tutor concorda con il concetto di apprendimento per tutto l'arco della vita ed essi utilizzano la presenza del tirocinante per realizzare questo obiettivo. Inoltre essi stanno sempre in contatto con la scuola.

Il registro del tutor è lo strumento con il quale il processo di apprendimento viene monitorato e le funzioni del tutor vengono valutate. Esso contiene i test cognitivi eseguiti ogni due anni, la valutazione attraverso videoregistrazione all'inizio del processo formativo, la valutazione effettuata ogni anno dal tirocinante, quella effettuata dallo staff della scuola, gli eventi critici e infine la valutazione dei progressi.

10. Laboratorio culturale

. Mauro Bertoluzza

Il laboratorio culturale è articolato in più percorsi, a volte autonomi, spesso integrati con altri seminari. È uno strumento trasversale al percorso formativo, di completamento e di supporto anche ad altre unità didattiche. Gli strumenti utilizzati vanno dalla filmografia alla letteratura, alla scrittura creativa, al coinvolgimento diretto in attività di recitazione, alla visione guidata di mostre e altre espressioni artistiche.

Esso vuole essere un percorso di crescita del sé professionale e al tempo stesso del soggetto nella sua globalità, vuol rendere lo specializzando capace di comprendere la complessità del mondo delle interazioni umane dove le azioni, dense di significati, hanno sempre un senso, anche se talvolta non appaiono ragionevoli.

In altre parole si vuole facilitare la riflessione sulla complessità per integrare il costrutto di malattia biologica (disease) e quello malattia soggettiva (illness), per stimolare la capacità di ascolto dei pazienti, per imparare a tenere la giusta distanza relazionale, per affinare le proprie capacità gestionali e promuovere una visione olistica del paziente.

Il percorso narrativo cinematografico

Il percorso narrativo cinematografico consiste nella introduzione, per alcuni moduli dei percorsi didattici, di uno o più momenti di visione cinematografica, introdotti e seguiti da discussione, in modo da poter rivivere in forma di fiction narrativa alcune tematiche analizzate nelle sessioni teoriche dei singoli moduli e affrontare temi riguardanti il saper essere e il saper gestire situazioni relazionali complesse.

Il cinema può svolgere un ruolo importante nella formazione del medico in un momento in cui la sola preparazione tecnico-scientifica non è più sufficiente per rispondere a un'assistenza centrata sul paziente e attenta alla globalità delle sue esigenze. Emerge sempre più la necessità di un approccio multidimensionale, in cui siano utilizzati anche nuovi linguaggi come quello cinematografico.

L'agire medico va concepito sempre più come atto integrato, punto di partenza e di applicazione di conoscenze non solo strettamente mediche, ma anche di carattere psicologico, filosofico, etico. Riflettere e far riflettere il medico sul fatto che ogni malato ha prima di tutto una sua storia personale è indispensabile per comprendere la malattia, anche se non è sempre facile in un momento in cui l'evidence based medicine sembra imporre i suoi paradigmi statistici, ancorando le scelte del medico a precise linee guida.

Il cinema per la sua straordinaria efficacia narrativa e didascalica e per la sua forza di rappresentazione, attraverso l'analisi introspettiva, interpretativa e clinica, può far comprendere meglio vissuti e sofferenze legate all'esperienza di malattia.

La narrazione, anche quella cinematografica, è al cuore dell'esperienza di malattia e della relazione di cura, in quanto la sofferenza richiede di essere integrata in un racconto per acquisire un senso e diventare condivisibile.

Il cinema ha il merito di condensare in un lasso di tempo limitato il dipanarsi di storie lunghe una vita, di delineare con pochi tratti episodi, personaggi e azioni che difficilmente si possono incontrare nel percorso formativo tradizionale e che diventano, grazie alla forza di suggestione che crea il film, oggetto concreto di discussione, di riflessione e valutazione critica.

Si potrebbe obiettare che questa metodologia didattica centrata sulla visione-discussione di un film sarebbe assimilabile a quelle iniziative didattiche orientate all'arricchimento culturale e personale del discente, che non hanno quindi un'immediata ricaduta nella prassi. In realtà siamo sempre più convinti che incidere sulla sensibilità e affettività dei discenti avrà in tempi lunghi un'utilità altrettanto rilevante.

Riflessione dello scrittore sudafricano André Brink

“...in un mondo minacciato da carestia e malattia, violenza e guerra, rifugiati, tiranni e moltitudini oppresse, la parola **cultura** può rischiare di assumere una valenza oscena. Questo è vero solo se insistiamo a considerare la cultura come la riserva di pochi oziosi privilegiati, non considerandola invece come la generatrice di significato in una società nella sua totalità. La fame esiste e la si può placare solo con del pane, non con la musica. Il riconoscimento della piena umanità di una donna non dipende da un dipinto. Ma ciò non implica nemmeno per un istante che l’umanità non abbia bisogno di musica, o di letteratura, di teatro o di pittura”.

Alcuni esempi di moduli

La rappresentazione del disagio psichico e della malattia mentale

- **Don Juan de Marco maestro d’amore** (del medico regista Jeremy Leven) sul rapporto medico-paziente delirante.
- **Un’ora sola ti vorrei** di Alina Marazzi sul rapporto medico-paziente depresso.

La terza età

- **Il posto delle fragole (Smultronstallett)** di Ingmar Bergman.
- **Una storia vera (Straight story)** di David Lynch.
- **Iris un amore vero (Iris)** di Richard Eyre, il racconto di un caso reale di malattia di Alzheimer.

Problematiche di fine vita

- **Sussurri e grida (Viskningar och rop)** di Ingmar Bergman, riflessione sul dolore e la pietà.
- **La forza della mente (Wit)** di Mike Nichols sul rapporto medico-paziente affetta da cancro e sottoposta a pesante chemioterapia.
- **Verso il sole (The Sunchaser)** di Michael Cimino sul rapporto medico-paziente oncologico che rifiuta il trattamento chemioterapico.

Etica clinica

- **La vita come malattia sessualmente trasmessa** di Krzysztof Zanussi sul suicidio assistito.
- **Le invasioni barbariche (Les invasion barbares)** del canadese Denys Arcand sull’eutanasia.
- **Mare dentro (Mar adentro)** di Alejandro Amenabar, caso reale di eutanasia.
- **Il segreto di Vera Drake (Vera Drake)** di Mike Leigh sull’interruzione di gravidanza.

Humour (la terapia del sorriso)

- **Patch Adams** di Tom Shadyac, con la presenza in sala dello stesso protagonista.
- **Clown in Kabul** di Enzo Balestrieri e Stefano Moser sulla spedizione umanitaria di medici-clown a Kabul. A questo proposito si vuole citare l’incontro con Leonardo Spina, protagonista con altri venti clown dottori del film “Clown in Kabul”, presidente dell’Associazione Ridere per Vivere, esperto di comicoterapia.

Impegno sociale

- **Insider** di Michael Mann sul processo alle multinazionali del tabacco.
- **Jung – Nella terra dei mujaheddin** di Vendemmia e Lazzaretti. Film-documentario sull’avventura umanitaria e professionale di Gino Strada (Emergency) in Afghanistan.
- **Un bacio appassionato (Ae fond kiss)** di Ken Loach sul problema degli immigrati.

Sul rapporto malattia-genio-produzione artistica

- **Un angelo alla mia tavola (An angel at my table)** di Jane Champion, reale autobiografia della scrittrice neozelandese Janet Frame curata erroneamente per schizofrenia.
- **Shine** di Scott Hicks, film-biografia del pianista David Helfgoot affetto da schizofrenia.

- **Pollock** (di Ed Harris) principale esponente dell' action painting distrutto dall'alcool.
- **Basquiat** del regista pittore Julian Schnabel, sulla breve vita di uno dei massimi esponenti del neo espressionismo astratto americano morto di overdose.
- **A Beautiful Mind** di Ron Howard sulla carriera e malattia (schizofrenia) di John Nash, premio Nobel per l'economia.
- **Frida** di Julie Taymor sulla breve e sfortunata vita della pittrice messicana Frida Kahlo.

Il percorso teatrale

Recita della piece teatrale **“Knock o il trionfo della medicina”** da parte degli specializzandi e docenti del 1° Corso triennale della Scuola di formazione in Medicina Generale di Trento. La commedia di Jules Romain, rappresentata per la prima volta a Parigi nel dicembre 1923, anticipa temi di estrema attualità, centrale tra questi la medicalizzazione ad ogni costo di aspetti normali della vita umana, evidenziando argutamente come la società tenda a enfatizzare o inventare patologie al fine di trasformare i sani in persone malate.

“Ammalarsi...vecchia nozione che non regge più di fronte ai dati della scienza attuale. La salute non è che una parola che si potrebbe tranquillamente cancellare dal nostro vocabolario. Io non conosco gente sana...coloro che si credono sani sono malati senza saperlo” (Knock).

Tutti gli specializzandi del triennio hanno recitato una parte nella commedia e questa esperienza didattica ha creato un particolare clima di lavoro collettivo e ha favorito molto l'interazione di gruppo e l'apprendimento, con conseguente minore titubanza e maggior padronanza di sé e delle proprie emozioni nella realizzazione di role playing e simulazioni.

L'esperienza teatrale, vissuta dagli specializzandi in prima persona come protagonisti, ha rappresentato un importante strumento didattico per migliorare le proprie capacità relazionali e comunicative all'interno del percorso formativo della Scuola di formazione in Medicina Generale di Trento.

Attualmente viene proposta la recita della piece teatrale **“Un caso clinico”** di Dino Buzzati, tratto da un suo racconto **“Sette Piani”**, rappresentato per la prima volta nel 1953 al Piccolo Teatro di Milano per la regia di Giorgio Strehler. E' il racconto grottesco di Giovanni Corte, un manager agiato e benestante, che viene ricoverato per un check up all'ultimo piano di un ospedale organizzato su sette livelli, secondo la gravità dei sintomi. Una volta trasferito al piano inferiore non è più possibile tornare a quello superiore, e scivolando di piano in piano Corte si avvicina inevitabilmente alla fine dei suoi giorni, espropriato della sua salute e avvolto in una spirale di menzogne.

Al di là dei contenuti della commedia (la comunicazione medico paziente, il rischio della “medicina preventiva”, la perdita d'identità del ricoverato, l'isolamento del malato dai sani, l'allontanamento e il disinteresse dei familiari...) anche in questo caso la recita da parte degli specializzandi assume un aspetto didattico molto importante per la costruzione del sé professionale.

Percorso artistico

Visita guidata al Mart di Rovereto (Museo d'arte moderna e contemporanea) in occasione della mostra inaugurale **“Le stanze dell'arte – Viaggio nel Novecento”** e visione del film **Arte e medicina** film documentario di Sergio Davi e **Il dolore nelle arti figurative**, sempre di Sergio Davi

Percorso di lettura

Sono stati proposti i seguenti testi sulla medicina, i medici e le malattie nelle descrizioni di romanzieri e poeti.

- **“L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello”** di Oliver Sacks
- **“La lunga notte del dottor Galvan”** di Daniel Pennac
- **“Il male oscuro”** di Giuseppe Berto

- “*La morte felice*” di Alber Camus
- “*La cura*” di Herman Hesse
- “*Le memorie di Adriano*” di Margherite Yourcener
- “*La morte di Ivan Il'ic*” di Tolstoj
- “*Il medico della mutua*” di Giuseppe d'Agata
- “*Il dottor Semmelweis*” di L.F. Celine
- “*Doctor Faustus*” di Thomas Mann
- “*Ricordi di un giovane medico*” di M. Bulgakov

11. Il laboratorio di scrittura

Laura Zambanini

“Fondamentalmente se si vuole imparare a scrivere bene bisogna fare tre cose: leggere parecchio, ascoltare bene e intensamente e scrivere tanto. Dogen, un grande maestro zen, ha detto: “Se cammini nella nebbia, ti bagni”. Perciò non dovete far altro che ascoltare, leggere e scrivere.” (da “Scrivere Zen”, di Natalie Goldberg)

Nell’anno scolastico 2002-03 la Scuola ha attivato all’interno delle attività del laboratorio culturale un “Laboratorio di scrittura: tecniche e modelli per la produzione scritta”, che si poneva tali obiettivi:

- fornire strumenti utili per avvicinarsi con maggiore consapevolezza e competenza alla pratica della scrittura;
- sollecitare la creatività e quindi il piacere della scrittura;
- attivare, attraverso la pratica delle correzioni e della riscrittura, l’idea della perfettibilità del testo prodotto e l’abitudine alla scrittura come processo e come competenza da apprendere, più che capacità innata;
- migliorare le capacità di comprensione del testo attraverso appropriate tecniche di lettura e di riformulazione;
- sviluppare attraverso le attività di gruppo uno spirito di équipe collaborativa;
- attraverso il lavoro di correzione individuale focalizzare le idiosincrasie personali e sviluppare uno stile di scrittura efficace con l’ausilio degli strumenti della retorica.

In altre parole, erano richiesti energia ed impegno individuale in un tipo di lavoro che si presentava utile - o intrigante - per la crescita della persona in senso più ampiamente culturale o esistenziale, ma non tradizionalmente “curriculare” per un Medico di Medicina Generale.

Ognuna delle 4 lezioni, incentrate sulle diverse tipologie del testo - descrittivo, narrativo, espositivo ed argomentativo – si strutturava in due momenti:

- una lettura-stimolo seguita da esercitazioni individuali e collettive;
- la correzione collettiva di elaborati (competenze ortografiche e sintattiche, paragrafazione e organizzazione spaziale del testo, punteggiatura, ordine espositivo, concordanze e reggenze, uso dei connettivi, individuazione della frase topica, legame del testo con la situazione comunicativa / il destinatario / il punto di vista)

Demmo una valutazione positiva dell’esperienza : la risposta dei corsisti fu sempre di attenzione e viva partecipazione alla lezione e verificammo miglioramenti effettivi nella loro pratica di scrittura. Emerse però, nel corso di un incontro di auto-valutazione conclusiva, una loro difficoltà nel “collegare” appieno questa esperienza, esteticamente e cognitivamente appagante, con la pratica professionale. In riferimento a questo loro bisogno, abbiamo operato degli “aggiustamenti di tiro” nella proposta per l’anno 2008-09, alla luce anche dell’esperienza da me svolta nel frattempo con un laboratorio di scrittura alla facoltà di Scienze Politiche presso l’Ateneo di Bologna.

Il lavoro di quest’anno (“Percorso parola: lettura, studio, scrittura”) si presenta come una proposta per certi versi più ambiziosa ma anche più circoscritta, ponendosi specificamente due obiettivi: la narrazione e l’argomentazione (o struttura retorica del testo).

Ci muoviamo quindi una duplice prospettiva:

- un’attenzione specifica alle tipologie di testi che il discente è tenuto a produrre nel corso del proprio iter specialistico, ad esempio schedatura e rielaborazione sintetica di testi di studio o progettazione e articolazione di testi espositivi e argomentativi (si svilupperà in particolare la capacità di riconoscere le informazioni cui il testo fa riferimento individuandone l’organizzazione interna, cioè la configurazione gerarchica dei nuclei tematici)
- lo sviluppo di competenze che si estendano oltre la stesura della tesi e coinvolgano la vita lavorativa e personale nel suo complesso, in relazione alla capacità di comprensione di un testo, alla creatività, al piacere della scrittura ed alla narrazione in quanto modalità precipua

con cui gli esseri umani si relazionano (e specificamente nell'incontro diagnostico e nel processo terapeutico, alla ricerca di una "verità condivisa" tra paziente e medico)

Ognuna delle 4 lezioni si comporrà di 4 momenti:

- la correzione collettiva di materiali e soluzione di problemi specifici (l'errore come strumento per riconoscere strategie di difficoltà e tracciare un percorso di autocorrezione, in particolare focalizzando come l'"errore" sia inadeguatezza di una scelta rispetto al contesto e alla finalità comunicativa)
- un momento teorico-esplicativo: le tecniche di scrittura, in particolare argomentativa e narrativa;
- l'analisi di un testo, argomentativo e narrativo;
- un'esercitazione di scrittura creativa a partire da un testo-stimolo, narrativo.

Punto di riferimento teorico è il "senso della testualità": la capacità di analisi dell'architettura del testo, nella sua coerenza e coesione, da riconoscere - quando si legge - e organizzare - quando si produce.

Gli studenti-medici scriveranno per fare chiarezza sul proprio vissuto, lavorativo e non (come scrive Giuseppe Pontiggia, "la retorica non è solo uno strumento per esprimersi, ma anche per inventare, nel senso etimologico del termine, che è frequentativo di *invenio*: trovare quello che non si sapeva che c'era"), e liberare preziose energie interiori; per addestrarsi nell'arduo compito della trascrizione dell'oralità (che è linguaggio della parole e del corpo, linguaggio *naturale*) nella consapevolezza dello scrivere come operazione *artificiale*; per costruire mondi possibili e in tal modo acuire la propria attenzione verso tutti i mondi e le storie che la professione farà loro incontrare; per analizzare, interpretare e rielaborare conoscenze e situazioni con strumenti che il loro iter scolastico probabilmente non ha valorizzato appieno.

"Come scriverei bene se non ci fossi! Se tra il foglio bianco e il ribollire delle parole e delle storie che prendono forma e svaniscono senza che nessuno le scriva non si mettesse di mezzo quello scomodo diaframma che è la mia persona. Se fossi solo una mano, una mano mozza che impugna una penna e scrive..." (da "Se una notte d'inverno un viaggiatore..." di Italo Calvino).

12. L'apprendimento nell'ambito del laboratorio culturale e del paziente simulato

Norma Sartori e Fabrizio Valcanover

Vogliamo sottolineare innanzitutto alcune ricadute sull'apprendimento e sulle dinamiche di gruppo tra i discenti della commedia come già esposto nell'intervento del dott. Mauro Bertoluzza. La valutazione della ricaduta deve essere fatta a nostro avviso con strumenti non quantitativi puntuali, essendo comunque problematico ridurre la complessità delle emozioni, percezioni soggettive e processi di attribuzione di significato a comportamenti standardizzati ed osservabili. Questo processo è possibile, ma non è uno strumento adeguato di lettura della complessità degli elementi messi in gioco. Cosa è cambiato?

- è cambiato il clima di gruppo da competitivo a collaborativo: nei team di cure primarie, nelle practices di GP, ma in genere in molti contesti lavorativi industriali e nei servizi è richiesta una competenza caratterizzata dalla capacità di lavorare assieme. Generalmente l'iter formativo procede in senso opposto sviluppando l'individualismo e la competitività interindividuale. Questo aspetto è stato formativo anche dal punto di vista della crescita personale
- si sono rafforzati i rapporti interpersonali tra i discenti, tra discenti e docenti, senza una diminuzione del rispetto:

quasi tutte le teorie sull'apprendimento sottolineano l'importanza di relazioni affettive significative nel processo di cambiamento ed acquisizione di competenze

- è cambiato il modo di relazionarsi con il paziente: questo aspetto è stato segnalato dai docenti che lo hanno rilevato nel corso delle simulazioni e dei giochi di ruolo e dai tutor MMG (GP) che lo hanno colto durante la frequenza pratica presso il loro studio
- è cambiato il modo di utilizzo dello strumento Paziente Simulato: è diventato sempre di più uno strumento di "consulenza" professionale e sempre meno una lezione o una prestazione dovuta al docente nella quale ci si sente giudicati (es. desiderio di offrirsi spontaneamente nell'entrare in scena, senza più il timore/pudore che si osservava in precedenza)

Vogliamo ora sottolineare come il paziente simulato possa essere strumento di riflessione sull'approccio olistico e miniera di teorie sulla relazione medico paziente in MG.

Il paziente simulato è una tecnica che, in Italia viene usata in diverse branche della medicina, in particolare in quelle molto prescrittive-esecutive in cui c'è un protocollo da eseguire, molto standardizzato e di facile valutazione quantitativa (rianimazione). In questi casi l'obiettivo principale è quello di apprendere e valutare una serie di abilità da cui le emozioni sono bandite, anzi la loro presenza inficia il processo di apprendimento e di valutazione. Noi usiamo la tecnica con lo scopo opposto: vogliamo che anche le emozioni, gli affetti e i sentimenti vengano normalmente espressi e diventino materiale di discussione e di apprendimento. Nella relazione tra medico e paziente in MG non sono scindibili gli aspetti clinici da quelli relazionali e sociali-antropologici. In particolare lavoriamo sulle emozioni e percezioni espresse dal paziente e dal medico che non devono essere interpretate in termini psicologici o socio-antropologici, ma utilizzate come momento di conoscenza dell'altro e come momento di autoconsapevolezza dell'emergenza del mondo emozionale e percettivo. Lo stesso atteggiamento è richiesto ai partecipanti alla seduta. L'approccio diventa analitico e fa riferimento a conoscenze abilità e teorie quando si lavora anche sugli aspetti clinici o sulla mappa della consultazione, anche se la teoria di riferimento rimane quella della MG. Quindi il nostro obiettivo è quello di un apprendimento basato su un reale approccio olistico. È per questo che i nostri canovacci sono

sempre tratti da casi reali. Anche nei casi in cui i nostri obiettivi sono prevalentemente clinici, ad esempio corretto inquadramento diagnostico e terapeutico in un paziente con sospetta asma bronchiale, o la gestione del paziente diabetico o di quello con elevato rischio cardiovascolare, c'è sempre una particolare attenzione alle competenze gestionali globali che non possono prescindere dalla relazione. E in effetti attraverso il paziente simulato entriamo in merito e “costringiamo” lo specializzando a diventare consapevole delle emozioni che nascono nella relazione. A capire che possono essere positive e negative e sempre hanno ricadute sul paziente e sul processo di diagnosi e cura.

Vogliamo anche che gli specializzandi diventino consapevoli del fatto che la relazione è modulabile e che può divenire anche strumento di diagnosi e di cura. Offriamo loro attraverso la tecnica in questione, l'opportunità di esercitarsi su ciò.

È anche l'unica occasione per avere una restituzione dal paziente e di discutere con lui tutti gli aspetti emersi durante la consultazione, i perchè e come le cose sono andate bene o male; infine pur essendo una situazione estremamente reale, con un paziente molto “vero”, si può anche “riavvolgere il nastro” e riprovare la stessa consultazione con l'obiettivo di correggere eventuali errori.

Altro aspetto: gli specializzandi si incontrano più volte nell'arco dei tre anni con i nostri simulatori, sempre gli stessi così che finiscono per istaurare una relazione di lunga durata tipica della MG, che non rimane un semplice aspetto teorico, ma viene vissuto in modo molto concreto.

Qual'è la differenza tra un approccio bio-psico-sociale classico e il nostro? Noi non facciamo un'analisi dei tre elementi separatamente, ma analizziamo ciò che emerge insieme, ciò comporta che a volte certi aspetti clinici perdano di rilevanza oppure vadano a influenzare la didattica del docente di contenuto. Esempio: una linea guida non seguita in un paziente diabetico complesso è un problema che riguarda le conoscenze del discente, il metodo didattico con cui sono state insegnate, la praticabilità (quindi la verità) della linea guida stessa. È la realtà che deve adeguarsi al modello o il modello alla realtà? In conclusione la scomposizione dell'analisi in tre parti può non cogliere la complessità globale dell'intervento diagnostico e terapeutico e finisce per non essere un momento di apprendimento.

13. Verso una teoria della medicina generale L'esperienza di dieci anni di insegnamento

Giuseppe Parisi

Da più di dieci anni la Scuola di Medicina Generale offre insegnamenti d'aula su temi teorici della medicina generale stessa. Da alcuni anni essi sono stati presentati in un seminario specifico denominato: "Teoria e metodi della Medicina Generale", che ha l'obiettivo di fornire un approccio strutturato ai fenomeni che avvengono durante il lavoro quotidiano del medico per riuscire a gestire meglio la situazione. La convinzione che sottostà a questo insegnamento è che dare un nome ai fenomeni aiuta il professionista ad affrontarli e a parlarne con gli altri colleghi.

In realtà l'obiettivo del seminario è più ambizioso: si vogliono muovere i primi passi per la costruzione di una teoria coerente della medicina generale come disciplina. È noto che i principi sottostanti il lavoro del medico di medicina generale sono diversi da quelli sottostanti il lavoro del medico ospedaliero, ma che è difficile presentarli nella loro specificità in modo scientificamente corretto e convincente.

L'obiettivo educativo operativo per i discenti è di riuscire a individuare la connessione tra i modelli teorici e l'azione. Infatti per costruire una teoria dell'azione clinica in medicina generale è importante che il discente sappia capire i modelli teorici sottostanti e le forze in campo.

Il seminario nella sua veste attuale ha le sue radici teoriche nel lavoro di Fabrizio Valcanover e del sottoscritto che è stato portato avanti in questi ultimi vent'anni. La domanda che vent'anni fa ci eravamo posta era: qual è la teoria, la visione, il programma di ricerca che può aiutare il medico nel suo lavoro? A quale teoria può essere riferita la "teoria in pratica" del medico di medicina generale? Di primo acchito risponderemo che sarebbe stato un errore fare riferimento ad una singola teoria, e che la medicina generale poteva essere ben rappresentata da uno dei quadri dell'Arcimboldo, un puzzle, un patchwork di teorie, di modelli e di programmi di ricerca appartenenti a diverse discipline. A questo punto sorgeva la domanda successiva: se le cose stanno così, come organizzare in un discorso tutti questi elementi, e come insegnarli?

Dopo 20 anni di studio Valcanover e il sottoscritto siamo stati in grado di concepire il programma del seminario che viene riportato a grandi linee qui di seguito, ricordando che esso è passibile di cambiamento, è una struttura viva, ma che comunque è l'illustrazione di tutti questi anni di ricerca e riflessione sulla nostra pratica e che cerca di dar risposta alla richiesta di una organizzazione di tutti questi elementi.

Il seminario attualmente consiste in 16 unità didattiche. Ogni unità, della durata di tre ore, inizia generalmente con una lezione teorica seguita da un lavoro di gruppo, o un role play o una simulazione attraverso il "Paziente simulato". Questo schema è naturalmente flessibile. Il modello oggetto della lezione teorica non viene necessariamente ad essere l'oggetto dello scenario di simulazione preparato per il role play o per il "Paziente simulato" anzi al contrario lo scenario viene utilizzato per aprire l'universo delle possibilità, per insegnare al discente che il modello teorico oggetto della lezione è semplicemente un modello utile tra i tanti per descrivere un contesto complesso.

La prima unità didattica si intitola: "La specificità del medico di medicina generale: Natura, contenuti ed obiettivi della Medicina Generale nel contesto Italiano ed Europeo". Il discente deve esprimere la sua idea di medicina generale, condividerla con i colleghi e compararla e integrarla con le competenze specifiche della WONCA. Il risultato finale è la creazione di una idea comune nel gruppo sulla medicina generale e sulle competenze che dovranno essere apprese.

La seconda unità didattica è focalizzata sulla storia della medicina generale italiana. Si invita il discente ad una riflessione sulle figure professionali presenti dal settecento ad oggi sul territorio per meglio comprendere la figura attuale del medico di medicina generale.

La terza unità didattica presenta le due grandi cornici all'interno delle quali avviene l'insegnamento: quella della consultazione e quella della relazione di lunga durata con il paziente. Il medico di medicina generale ha tre obiettivi di largo respiro nell'assistere ai pazienti: il primo è l'assistenza nel senso di aiutarli a mantenere la salute, consigliarli sui problemi di salute, il secondo è costruire e mantenere una relazione di lunga durata con il paziente per avere un capitale di fiducia e di buona collaborazione con esso, il terzo è mantenere il suo professionalismo, vale a dire i confini professionali, l'organizzazione che eroghi un servizio orientato al paziente, fino alla difesa della propria vita privata. Questi obiettivi trovano respiro nella cornice della relazione di lunga durata con il paziente. Esiste però anche la più ristretta cornice della singola consultazione, nella quale il medico ha i suoi obiettivi tattici a breve periodo. Tattico in linguaggio militare significa tutto ciò che viene messo in atto per raggiungere l'obiettivo strategico ma non è direttamente connesso ad esso. Per esempio portare i cannoni sulla montagna discosta dal confine per colpire più facilmente l'obiettivo al di là del confine. Nella consultazione un obiettivo tattico classico è riuscire a capire la ragione della presenza del paziente. Esso non è direttamente connesso con la salute del paziente ma è il primo passo per eseguire una buona consultazione.

Pertanto la prima parte del seminario è divisa in due grandi parti: quella relativa alla cornice della consultazione e quella relativa alla cornice della storia relazionale.

L'insieme di unità didattiche sulla cornice della consultazione sono 6, dalla terza all'ottava del seminario. La prima presenta in generale i modelli della consultazione, secondo la letteratura, la seconda l'esordio della consultazione, invitando il discente ad analizzare il primo minuto di consultazione. Le successive unità presentano in dettaglio vari modelli esplicativi di consultazione. Quindici anni fa avevamo provato ad insegnare un singolo modello di consultazione, quello di Pendleton, e avevamo iniziato a mappare le consultazioni simulate e i role play con la sua metodologia, ma scoprimmo che pur essendo un potente strumento per analizzare molte consultazioni, non riusciva a coprirle tutte: la maggior parte di esse non rientravano nello schema rigido di Pendleton. In effetti, arrivammo alla conclusione che il modello di Pendleton era uno dei molti modi possibili per descrivere e analizzare la danza parlata, il dialogo danzante, quell'interazione complessa che è la consultazione. Si correva il pericolo di scotomizzare fenomeni importanti se non rientravano nel modello secondo la legge che se si ha solo un martello, tutti i problemi diventano chiodi. Così abbandonammo l'idea di insegnare solo un modello in modo approfondito e di utilizzarlo per analizzare e mappare ogni consultazione.

La quinta e la sesta unità didattiche (la terza e la quarta sulla consultazione), prendono in considerazione i cosiddetti modelli ciclopici, o modelli ad una agenda, che sono utili nella cosiddette consultazioni lineari. Vengono approfonditi i modelli della psicologia sociale sui comportamenti di salute e malattia e si ripercorre la storia del paziente come attore sociale, che in questi ultimi anni è passato dall'essere un insieme di segni e sintomi utili al motore diagnostico ad un paziente cosiddetto "pieno", vale a dire un paziente pieno di aspettative, di paure, di idee sulla propria salute, soggetto di vita, perfino esperto della propria salute. La settima unità didattica prende in considerazione i modelli negoziali, e in particolare il "modello-faccia" di Middleton, utili da applicare nelle consultazioni complesse, approfondendo anche il concetto di orientamento al paziente e orientamento alla malattia dalla sua formulazione di Byrne e Long del 1974 all'utilizzo attuale.

L'ultima unità sulla consultazione prende in esame le consultazioni difficili e suggerisce la possibilità di generare metafore per gestirle al fine di dare senso al lavoro che si fa. Il messaggio è: anche le consultazioni peggiori e più oscure e frustranti hanno un senso, una struttura ed elementi che tu puoi descrivere sia con modelli tradizionali ma anche e specialmente con metafore "grounded".

La nona unità didattica porta il discente nella cornice della relazione di lunga durata e fornisce strumenti teorici per affrontare la contingenza, l'opacità del tempo, la complessità e la turbolenza della situazione attraverso la lettura e il commento di storie predefinite e storie narrate dai partecipanti. Con questa unità finisce il discorso teorico generale, e inizia quello più propriamente metodologico clinico ristretto.

La decima unità didattica presenta l'epidemiologia della medicina generale quale introduzione alle successive quattro unità sul metodo clinico rinnovato che alternano esercitazioni sui concetti di sensibilità, specificità e potere predittivo dai test alla discussione di casi clinici in cui vengono utilizzati strumenti diagnostici specifici della medicina di primo livello (ad esempio l'utilizzo del tempo come strumenti diagnostici). Viene eseguita una ricognizione in plenaria sulle abitudini prescrittive e di invio allo specialista da parte dei discenti riguardo a patologie comuni, e si riflette sui dati ottenuti, per approfondire i problemi relativi all'uso delle tecnologie sanitarie. Viene presentato anche il placebo come potente strumento terapeutico.

Le ultime due unità didattiche vogliono affrontare l'altra faccia dell'approccio strategico: la spinta dei valori.

L'attività del medico di medicina generale che si confronta quotidianamente con la complessità e la turbolenza dell'ambiente territoriale è simile all'attività del manager che opera in ambienti turbolenti e che, come afferma Morgan, non può porsi obiettivi da raggiungere ma deve lasciarsi spingere piuttosto da valori, non deve essere attento agli esiti ma piuttosto ai vincoli, deve in definitiva essere progettista e non attore. L'importanza dei valori che spingono l'attività è quindi grande.

I discenti identificano i valori specifici del professionista medico di medicina generale e della medicina in generale e costruiscono una serie di obiettivi di interesse professionale da perseguire come categoria per il futuro

*Traduzione Anna De Poli, Antonia Caola e Giuseppe Parisi,
Curatori: Giuseppe Parisi, Antonia Caola, Valcanover Fabrizio, Pasquale Laurino, Norma Sartori
e Andrea Moser*