

RAPPORTO ATTIVITÀ DIDATTICHE TEORICO PRATICHE

Triennio 2003 - 2006



Trento, 29 giugno 2006

PREMESSA

Il sesto Corso di formazione specifica in medicina generale ha presentato una importante novità rispetto ai precedenti: la durata del Corso è stata prolungata da due a tre anni, in ottemperanza ad una normativa europea in materia.

Le norme inserite dalla legge italiana hanno di fatto concesso la possibilità di una riduzione della durata del Corso in base a certificazioni di periodi di frequenza effettuati in altre strutture. I vari discenti avrebbero dovute effettuare frequenze di lunghezza variabile, con data dell'esame finale differenziata nel tempo: un piccolo numero doveva frequentare per due anni, la maggioranza per due anni e sei mesi, due discenti per tre anni.

Questa situazione ha posto il problema di come impostare il programma didattico e come organizzare le varie frequenze differenziate.

Il gruppo di lavoro della Scuola di Trento ha prodotto un nuovo programma triennale, basato sulle competenze (e non sulle materie) ed orientato specificatamente alla medicina generale come disciplina scientifica specialistica (Per un approfondimento consultare il Programma 2003 -2006). Il documento è stato tradotto in inglese e presentato al congresso europeo WONCA 2004 ad Amsterdam nel giugno del 2004: "Syllabus 2003 – 2006" e pubblicato sul sito della Scuola (www.scuolamgtn.it).

Nell'articolazione pratica sono emerse necessità contingenti (ad es. corso per alcuni di due anni e mezzo per altri di tre anni) che hanno portato ad attuare rigorosamente alcune parti del programma, a modificarne alcune e ad istituire percorsi e figure didattiche non inizialmente previste.

Alcuni aspetti che hanno caratterizzato il percorso didattico nell'attuazione del programma.

- Un programma comune per tutti i discenti e comprensivo di tutte le frequenze imposte dalla legge, per i primi due anni.
- Programmi didattici personalizzati anche in funzione delle caratteristiche dei vari discenti per la parte di frequenza eccedente i primi due anni.
- Creazione della figura di responsabile della qualità didattico scientifica che verifichi i contenuti e la coerenza con il programma di tutte le unità didattiche, nella figura del dott. Giuseppe Parisi.
- Privilegio della didattica basata sulla pratica, rispetto a quella basata sulla teoria.
- Aumento della frequenza dal medico di medicina generale.
- Affidamento di ogni discente ad un tutor medico di medicina generale di riferimento fin dall'inizio delle attività del Corso con anche un ruolo di guida e appoggio per le attività e le frequenze specialistiche.
- Alternanza tra periodi di frequenza in ospedale o in strutture territoriali specialistiche e frequenze nello studio del medico di medicina generale con periodi di una lunghezza non superiore a due o tre mesi al fine di stimolare riflessioni periodiche e di approfondire differenti punti di vista caratteristici delle varie branche mediche.
- Inserimento all'inizio e alla fine di ogni periodo di frequenza degli incontri in aula con i discenti per presentare, riflettere e per confrontarsi relativamente alle varie attività.
- Creazione della figura di coordinatore dei Tutor medico di medicina generale: un docente medico di medicina generale esperto che svolge le funzioni di abbinamento tra discenti e tutor, di raccordo con le altre attività didattiche, di controllo e di valutazione.
- Garanzia di una relazione Tutor discente 1 a 1 anche in ambiente ospedaliero.
- Predisposizione di un percorso di complessità crescente, partendo dai problemi clinici "puri" in particolare quelli acuti per concludere con quelli complessi: relazionali, etici, organizzativi, integrati con più figure professionali (paziente terminale ad esempio).
- Stimolo alla programmazione di unità didattiche composte da alcune sessioni rispetto ai seminari isolati.

- Scelta delle unità didattiche principali in base a determinate caratteristiche relative alla metodologia formativa e lavorativa oltre che al contenuto clinico. (privilegiare la metodologia).
- Inserimento sempre nella didattica teorica gli elementi di specificità dell'attività del medico di medicina generale.
- Utilizzo di norma come docenti i medici di medicina generale, anche e soprattutto in presenza di docenti specialisti, per mantenere ben presente l'orientamento alla medicina generale.
- Collegamento costante della didattica teorica a quella pratica, limitando al massimo le lezioni frontali, e inserimento di vari momenti di confronto e discussione tra pari o tra discenti e medico di medicina generale esperto.
- Definizione di uno standard organizzativo con una giornata di teoria una volta in settimana, eventualmente modificabile per esigenze didattiche diverse.
- Preferenza per la didattica su casi clinici o con metodologia del PBL (problem based learning).
- Collegamento quando possibile della didattica teorica d'aula con quella pratica effettuata nello stesso periodo nelle varie strutture specialistiche.
- Differenziazione della didattica presso le strutture ospedaliere e specialistiche territoriali in due grandi categorie: le Unità Operative con maggiore affinità o prossimità alla medicina generale cioè la medicina interna, la geriatria, la chirurgia generale, la pediatria, l'ostetricia - ginecologia e il pronto soccorso, da un lato e le Unità Operative o Servizi ad impronta molto specialistica con frequenze brevi, dall'altro. Le prime organizzate con frequenze prolungate e con tutor consapevoli della effettiva realtà della medicina generale; le altre strutturate soprattutto per sviluppare una conoscenza delle problematiche ospedaliere o di interfaccia ospedale territorio e in questo caso con tutor non espressamente orientati alla medicina generale.
- Potenziamento del laboratorio culturale con il compito di collegare la cultura medica alla cultura generale e di creare una "sensibilità emotiva" al vissuto del paziente.
- Inserimento di seminari extraclinici come ormai prassi in ambito Europeo ed in alcune Facoltà italiane: sociologia della salute, antropologia della salute, uso avanzato dell'informatica per il self audit o per la ricerca.
- Valutazione dei discenti basata su obiettivi concordati, restringendola preferenzialmente alle frequenze ospedaliere del primo tipo e a quella del medico di medicina generale.
- Decisione di conferire un ruolo predominante alla valutazione fornita dal medico di medicina generale attraverso uno specifico lavoro di approfondimento: il fine ultimo del Corso è quello di creare dei medici di medicina generale in grado di svolgere una buona attività e quindi in tale sede è indicato valutare le competenze acquisite.
- Valutazioni dei discenti tramite questionari all'ingresso, al termine del Corso e con cadenza periodica ogni sei mesi circa sia per esplorare il gradimento che alcuni indici di cambiamento.
- Allargamento del numero dei tutor medico di medicina generale mantenendo però un rapporto di collaborazione e formazione anche con i tutor non in attività.
- Organizzazione di un corso per tutor aperto anche ai colleghi ospedalieri e specialisti territoriali.
- Organizzazione di alcuni eventi culturali aperti ai medici di medicina generale.
- Convenzione per attività di ricerca e di approfondimento con la facoltà di sociologia come primo passo per una collaborazione con altre discipline utili alla medicina generale.
- Approfondimento di metodologie didattiche innovative tra cui didattica teorica tutoriale 1 a 1, uso del paziente simulato non solo nell'analisi della relazione medico paziente, introduzione agli strumenti della ricerca qualitativa.
- Rapporto privilegiato con le organizzazioni culturali della medicina generale.

Articolazione del rapporto

1. Dettaglio sintetico del percorso didattico triennale effettuato
2. Ore attività teorica effettuate
3. Rapporti attività teorica: seminari teorici. (Ordinari e speciali)
4. Laboratorio Tesi
5. Rapporti sul coordinamento
6. Rapporti attività tirocinio pratico
7. Altre attività formative ed iniziative culturali e scientifiche.

1. Dettaglio sintetico del percorso didattico triennale effettuato

Presentazione sintetica di tutto il percorso teorico e pratico del triennio nel suo svolgersi temporale

2. Ore attività teorica effettuate

Tutte le ore dedicate alla attività seminariale e alle unità didattiche nell'arco del triennio

3. Rapporti attività teorica: seminari teorici (Ordinari e speciali)

Vengono presentati tutti i seminari svolti. Nella parte speciale sono raccolti i seminari extraclinici e le unità didattiche in cui vi è stata una sperimentazione di contenuti e/o metodi

Ampia libertà (purchè supportata da rigore metodologico) è stata lasciata sia nelle metodologie didattiche che nei criteri di valutazione.

Metodi, tecniche e strumenti (sotto elencati) sono stati variamente utilizzati, a seconda del tipo di didattica e dell'esperienza del responsabile e dei docenti.

Va sottolineato, infine, che la scelta dei contenuti è stata operata tenendo conto della specifica epidemiologia e della peculiare caratteristica del lavoro del medico di medicina generale. Un'attenzione particolare è stata attribuita al metodo di approccio ai problemi di salute del cittadino - tipico di questo professionista.

Metodi e tecniche (didattiche):

- Lezione (frontale, magistrale, interattiva)
- Lavoro a piccoli gruppi (didattica attiva, focus group)
- Lavoro d'aula (gruppo nominale, tavola rotonda)
- Lavoro d'aula (gioco di ruolo – role playing- acquario)
- Dimostrazioni pratiche (imitazione)
- Esperienza pratica con simulatori (routine, protocollo)
- Paziente simulato (con attore-paziente)
- Percorso esperienziale (immersione, come osservatori partecipi, in contesti di pratica)
- Tirocinio pratico (apprendimento – guidato dall'esperienza, briefing e debriefing)

- Didattica classica
- Didattica induttiva
- Problem Based Learning
- Approccio costruttivo (L'evento formativo viene modificato/costruito durante il percorso di apprendimento nell'interazione tra docente e discente)

Strumenti didattici:

- Strumenti di sussidio didattico (Lavagna, lucidi, diapositive, Power Point, video, film)
- Strumenti di sussidio didattico (Letteratura)

- Strumenti di autoapprendimento (Strumenti informatici con particolare attenzione alle banche dati nell'ambito dell'aula informatica - dieci stazioni in rete con accesso ad Internet)
- Strumenti di autoapprendimento (Riviste e libri con numerosi testi disponibili nella biblioteca della Formazione Specifica)

Per quanto attiene la valutazione è stata fatta la scelta di privilegiare la valutazione formativa, lasciando il peso principale della valutazione certificativa alla frequenza dello studio del medico di medicina generale e secondariamente alle frequenze pratiche ospedaliere e in parte a quelle territoriali oltre ad alcuni seminari teorici ritenuti rilevanti. (L'assenza anche se giustificata obbligava comunque a un percorso di recupero).

E' comunque presente un'insoddisfazione di fondo per le metodologie valutative utilizzate e, anche alla luce di un dibattito in corso sulla valutazione sul "vocational training" in medicina generale, ci ha spinto a individuare alcune direttrici sperimentali che verranno testate nel prossimo triennio.

4. Laboratorio Tesi

Vengono presentati i titoli delle tesi e un breve rapporto sul lavoro svolto

5. Rapporti sul coordinamento

L'attività della scuola è stata caratterizzata da un intenso lavoro di coordinamento tra parte teorica e pratica; inoltre sono state effettuati diversi incontri di confronto con docenti e discenti. In questa parte è presentata una breve relazione

6. Rapporti attività di tirocinio pratico

Nei rapporti sulla attività pratica è continuato il lavoro di costruzione di un'interfaccia con l'ambito specialistico ospedaliero e territoriale alla ricerca di percorsi didattici condivisi per la formazione di un futuro medico di medicina generale ed anche, di fatto, di uno spazio produttivo di confronto tra diverse professionalità.

L'attività didattica tutoriale presso il medico di medicina generale è stata particolarmente seguita sia con un gruppo di supporto ai colleghi tutor, sia coinvolgendo i tutor in attività formative, e con la didattica tutoriale uno ad uno su contenuti selezionati. A questa ultima esperienza è dedicato un breve capitolo del rapporto.

7. Altre attività formative e iniziative culturali

Questa parte del rapporto è dedicata una sola pagina alle altre attività formative, culturali e scientifiche della Formazione Specifica per docenti, discenti e rivolte anche ai medici di medicina generale oltrechè ad attività e iniziative in ambito nazionale ed europeo.

Osservazioni finali

Il percorso didattico si è svolto regolarmente rispettando gli obiettivi generali del programma e l'obiettivo di fondo, cioè formare un professionista medico che lavora in prima linea sul territorio per rispondere alle domande di salute e di cura del cittadino.

Una valutazione più approfondita con analisi dettagliata verrà fatta a conclusione di tutto il triennio (mancano ancora due discenti per i quali vi sarà un percorso personalizzato), ma già si possono considerare come risultati

lusinghieri la buona qualità della maggioranza delle tesi, l'analisi dei questionari di entrata e uscita e le osservazioni emerse dai discenti nell'incontro finale.

Sicuramente la presenza di una classe poco numerosa ha permesso un ottimo rapporto tra chi fa didattica e i discenti ed ha facilitato il lavoro. Indipendentemente dai numeri la formazione dei professionisti della salute necessita di uno sforzo particolarmente impegnativo da parte dei formatori sia in merito ai contenuti che alle metodologie didattiche sempre naturalmente nel rispetto dei vincoli istituzionali e della legislazione vigente.

Prime indicazioni per un prossimo programma potrebbero essere quelle di puntare in maniera sempre maggiore sulla didattica pratica. Ai seminari d'aula viene delegato il compito di integrare ed supportare la didattica pratica, di insistere sugli aspetti metodologici per competenze propri della medicina generale, come nel campo della prevenzione e del prendersi cura dei pazienti complessi, oltre ad acquisire conoscenze nel campo delle leggi e delle normative vigenti. Altro terreno privilegiato nella didattica d'aula sarà quello dell'approfondimento per l'accesso alle fonti, sulla capacità di leggere criticamente un articolo scientifico, e per la conoscenza del EBM.

In quest'ottica pare opportuno accrescere l'utilizzo dei giochi di ruolo (role playing) ma soprattutto del paziente simulato quale momento di approccio alla clinica in medicina generale, prima ancora dell'esperienza della pratica tutoriale.

Il percorso è stato costellato da convegni, eventi ed anche dall'attenzione agli aspetti relazionali e culturali: le cosiddette "humanities". Questo aspetto è di recente reinserimento nella formazione dei medici a livello europeo e mondiale e rappresenta una risposta di molte Facoltà di Medicina alla richiesta di centralità della persona e della ricerca di una relazione qualificata, informata e orientata all'autodeterminazione che emerge sempre con maggior forza nei paesi industrializzati.

L'analisi quantitativa dei seminari d'aula fa emergere anche in questo triennio una netta prevalenza degli aspetti clinici, rispetto quelli organizzativi e relazionali.

Anche in questo caso dovrà esserci presumibilmente un riequilibrio, puntando ad inserire elementi extraclinici, sociali e relazionali direttamente nella clinica tramite metodologie didattiche adeguate anche sperimentali come ad esempio il paziente simulato.

Il Direttore

Dott. Fabrizio Valcanover

Il Vice Direttore

Dott. Paolo Colorio

Ha lavorato alla stesura del presente report la dottoressa Marzia Zeni.

1. DETTAGLIO SINTETICO DEL PERCORSO DIDATTICO TRIENNALE EFFETTUATO

Periodo	Attività prevalentemente pratica	Attività prevalentemente d'aula
Gennaio 2004		Il primo periodo è stato dedicato al disbrigo di formalità burocratico amministrativo organizzative. In questo periodo è anche iniziata la conoscenza tra discenti e docenti del Corso di formazione, sono stati presentati il programma didattico gli obiettivi formativi, le metodologie e le norme adottate dalla scuola. I discenti hanno anche imparato ad utilizzare il registro informatizzato per le presenze e per le attività.
Febbraio 2004	<p>Frequenza presso</p> <ul style="list-style-type: none"> - distretti territoriali - ambulatori specialistici convenzionati - servizi di igiene pubblica. <p>La durata è stata di 4 settimane.</p> <p>Tra gli obiettivi didattici previsti per questo periodo erano compresi la conoscenza dell'organizzazione del SSN e dell'Azienda e relativi obiettivi, le convenzioni per la MG e la continuità assistenziale, i centri di erogazione dei presidi, delle esenzioni, oltre ad alcuni aspetti clinici relativi all'attività ambulatoriale degli specialisti convenzionati. Il programma didattico è risultato conseguentemente parzialmente differenziato per i vari discenti anche in funzione dell'offerta di servizi delle varie strutture coinvolte.</p>	<p>Seminari /Unità didattiche</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attività e organizzazione del distretto - Introduzione ai seminari a) Teorie e Metodi in Medicina Generale b) Introduzione alla metodologia e all'analisi decisionale in medicina generale c) Il paziente con problemi alla tiroide - Leggi e convenzioni: presentazione della Convenzione per la Medicina Generale - Incontri di briefing e debriefing sulla attività pratica nel distretto con riflessione sull'apprendimento
Marzo Aprile 2004	<p>Frequenza presso i reparti chirurgici ospedalieri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - chirurgia generale (tre settimane) - ortopedia (una settimana) - urologia (una settimana) - chirurgia vascolare (una settimana) - dermatologia (una settimana) - otorinolaringoiatria (una settimana) - pronto soccorso (una settimana) <p>In totale di nove settimane di frequenza a rotazione.</p> <p>Gli obiettivi didattici erano sia di tipo clinico che di tipo organizzativo operativo Tra i primi vi era il riconoscimento delle urgenze, la conoscenza delle manovre semeiologiche e strumentali per il medico di medicina generale, l'iter diagnostico e alcuni concetti di terapia per i problemi attinenti all'attività del medico di medicina generale,</p>	<p>In questo periodo sono stati effettuati approfondimenti in aula sulla gestione del paziente con problemi chirurgici da parte del medico di medicina generale e delle riflessioni su aspetti organizzativi.</p> <p>Seminari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestione del paziente con problemi chirurgici - Teorie e Metodi in Medicina Generale (Storia della medicina generale, le reti organizzative e culturali in medicina generale) - Introduzione alla metodologia e all'analisi decisionale in medicina generale - Il paziente con problemi alla tiroide - Il paziente con vertigini - Incontri di briefing e debriefing sulla attività pratica in ospedale con riflessione sull'apprendimento.

	<p>per i secondi la conoscenza dei servizi e relative organizzazioni, le modalità di collaborazione ed interazione con il medico di medicina generale, l'invio del paziente urgente o programmato, le possibilità ed i limiti delle strutture coinvolte.</p> <p>Una scheda di valutazione era richiesta per la frequenza presso i reparti di chirurgia generale, mentre era facoltativa per gli altri periodi di frequenza a causa della loro brevità che rende poco attendibile la valutazione.</p>	
Maggio Giugno (fino al 20) 2004	<p>Frequenza presso lo studio del medico di medicina generale tutor: periodo dell'osservazione.</p> <p>Si è trattato di una frequenza di sette settimane durante le quali è avvenuta la conoscenza reciproca, la stesura di un contratto formativo condiviso, sulla base di interessi ed esigenze di entrambi.</p> <p>Il discente aveva il mandato di osservare le modalità organizzative, l'approccio relazionale, l'impostazione diagnostica e terapeutica del proprio tutor discutendone con lui gli aspetti non chiari o meritevoli di approfondimento.</p> <p>Anche questo periodo è stato preceduto e seguito da incontri in aula di presentazione, discussione e chiarimenti.</p>	<p>Seminari /Unità didattiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Introduzione alla metodologia e all'analisi decisionale in medicina generale - Il paziente con una patologia acuta: <ul style="list-style-type: none"> a) il paziente con dolore lombare b) il paziente con artrite c) il paziente con cefalea (seminario con sperimentazione didattica) d) il paziente con polmonite - Incontri di briefing e debriefing sulla attività pratica dal medico di medicina generale con riflessione sull'apprendimento.
Giugno (dal 21) Luglio 2004	<p>Frequenza presso le unità operative ospedaliere e i servizi di</p> <ul style="list-style-type: none"> - neurologia - nefrologia - oculistica - pneumologia - gastroenterologia - radiologia - laboratorio sia biochimico che microbiologico. <p>L'organizzazione pratica prevedeva frequenze settimanali brevi, di tre giornate per ogni unità didattica, accorpando la frequenza in radiologia e laboratorio in una settimana.</p> <p>L'obiettivo fondamentale era quello di far conoscere ai discenti l'organizzazione, le caratteristiche e le funzioni principali delle singole strutture, inoltre indagare le problematiche e le criticità nei rapporti con la medicina generale.</p> <p>Altri obiettivi erano stati proposti nel campo dei contenuti specifici, ad esempio discussione sulle indicazioni dei vari esami strumentali, modalità di invio per gli accertamenti, presentazione di alcuni quadri clinici caratterizzanti le varie branche ecc.</p>	<p>Seminari / Unità didattiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Introduzione alla metodologia e all'analisi decisionale in medicina generale - Il paziente con una patologia acuta: <ul style="list-style-type: none"> a) il paziente con disuria b) il paziente con problemi alle alte vie respiratorie - Il paziente e le pazienti con problemi di sessuologia - Le certificazioni in medicina generale - Percorso sperimentale sulla didattica tutoriale - Teorie e Metodi in Medicina Generale (la definizione Wonca 2002 della medicina generale, nozioni di epidemiologia in medicina generale, la rete di lavoro del medico di medicina generale, la famiglia dei curanti) - Incontri di briefing e debriefing tra i discenti e il coordinatore delle attività pratiche per la presentazione, la discussione ed il confronto sulle attività svolte.

	<p>Questo blocco di frequenze ha presentato in qualche caso aspetti estremamente positivi, dove era avvenuta una buona condivisione di intenti (pneumologia, gastroenterologia, un reparto oculistico e soprattutto la radiologia che ha visto i colleghi ospedalieri più entusiasti di poter esprimere le loro opinioni) e in qualche caso notevoli criticità nello svolgimento a causa della mancata indicazione di tutor dedicati a tale ruolo e forse anche alla scarsa condivisione degli obiettivi proposti.</p> <p>L'organizzazione di tale frequenza per un prossimo Corso andrà rivalutata e ridiscussa alla luce della presente esperienza.</p> <p>Data la brevità delle frequenze non era richiesta una valutazione scritta, ma veniva raccolto il parere a voce da parte del coordinatore delle attività pratiche.</p>	
Agosto 2004 PAUSA ESTIVA		
Settembre Ottobre Novembre (fino al 5) 2004	<p>Frequenza in ospedale presso le unità operative di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pediatria medica (quattro settimane) - chirurgia pediatrica (una settimana) - ostetricia e ginecologia (quattro settimane). <p>Per una maggior discussione e condivisione degli obiettivi formativi è stato organizzato un incontro con tutti i responsabili delle medicine e chirurgia pediatrica interessate con lo scopo di costruire un insieme organico di obiettivi utilizzabile nella preparazione dei futuri medico di medicina generale.</p> <p>Gli obiettivi didattici proposti per questa frequenza sono quelli della conoscenza delle strutture con la loro organizzazione e metodologia, le problematiche di interfaccia con la medicina generale oltre naturalmente agli aspetti clinici peculiari delle singole branche. Un particolare obiettivo è quello di raggiungere una discreta abilità sia nella visita ed esame obiettivo del paziente in età pediatrica sia per la visita ginecologica.</p> <p>E' stata richiesta per queste frequenze ospedaliere una scheda di valutazione scritta a cui si aggiunge il colloquio del coordinatore delle attività pratiche con i singoli responsabili.</p>	<p>Seminari /Unità didattiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informatica uso office - Rischio cardiovascolare in medicina generale - L'ipertensione arteriosa in medicina generale - La salute della donna in medicina generale - Il laboratorio sull'immigrazione e l'integrazione tra culture diverse (partecipazione a convegno con discussione) - Percorso di etica clinica con partecipazione ai seminari "Progressi scientifici e problematiche di fine vita" - Laboratorio della comunicazione, relazione e disagio psichico - Incontri di briefing e debriefing tra i discenti e il coordinatore delle attività pratiche per la presentazione, la discussione ed il confronto sulle attività svolte.
Novembre (dal 8) Dicembre (fino al 23) 2004	<p>Frequenza presso il tutor medico di medicina generale.</p> <p>L'obiettivo preminente di iniziare l'attività guidata e supervisionata del discente da parte del tutor.</p>	<p>Seminari /Unità didattiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rischio cardiovascolare in medicina generale - L'ipertensione arteriosa in medicina generale - La salute della donna in medicina generale - Percorso di etica clinica con partecipazione ai seminari "Progressi scientifici e problematiche

	<p>Il grado di autonomia nell'attività è naturalmente condizionato dall'esperienza professionale del discente e dalle capacità tutoriali del docente, oltre che dalle caratteristiche delle relazioni paziente tutor tirocinante che si instaurano.</p> <p>Risulta evidente anche negli incontri in aula di preparazione e confronto che la presenza di tutor esperti con buona esperienza e con pazienti abituati alla presenza di un tirocinante facilita l'attività e l'apprendimento del discente.</p>	<p>di fine vita"</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laboratorio della comunicazione, relazione e disagio psichico - Incontri di briefing e debriefing tra i discenti e il coordinatore delle attività pratiche per la presentazione, la discussione ed il confronto sulle attività svolte. - Sperimentazione didattica relativa all'apprendimento teorico nel corso di attività pratiche: la didattica tutoriale teorica uno a uno. <p>Una riflessione sul metodo e sui risultati è riportata nel periodo Gennaio - Aprile 2005</p>
Dicembre (dal 23) 2004 - Gennaio (fino al 12) 2005 - PAUSA INVERNALE		
<p>Gennaio (dal 14) 2005</p> <p>Aprile (Fino al 11) 2005</p>	<p>Frequenza presso le unità operative di</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina interna per tredici settimane - Geriatria per tre settimane - Pronto soccorso per quattro settimane che si sommano così alla precedente esperienza di una settimana già effettuata nel 2004. <p>Sono previsti quattro giorni di pratica in ospedale e una giornata di didattica in aula con rare sessioni pomeridiane aggiuntive. Vengono trattate le basi teoriche di importanti problematiche internistiche con unità didattiche come il rischio cardiovascolare, il paziente diabetico, il paziente iperteso, il paziente anziano, ecc..</p> <p>Gli obiettivi didattici per queste frequenze ospedaliere sono molto articolati ed in particolare per quanto riguarda la medicina interna discussi e condivisi con la responsabile della didattica tutoriale più accreditata.</p> <p>Si riferiscono alla conoscenza delle strutture, della metodologia ed all'approccio clinico internistico, o geriatrico o relativo all'urgenza.</p> <p>Sono stati aggiunti obiettivi particolari come la valutazione della comunicazione tra territorio ed ospedale e viceversa attraverso i dati disponibili al momento del ricovero o della presentazione al pronto soccorso, ma anche si è tentato un ragionamento sull'utilità e sulle ricadute delle lettere di dimissione (dati indicati, terapie e aderenza alle note prescrittive...)</p> <p>Un'attenzione particolare è stata dedicata alle possibilità e ai limiti offerti dalle strutture ospedaliere sia in riferimento alla risposta urgente sia verso i ricoveri in acuto o per situazioni complesse anche dal punto</p>	<p>Seminari / Unità didattiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Completamento sperimentazione sulla didattica teorica tutoriale uno a uno iniziata nella precedente frequenza dal medico di medicina generale con la presentazione e discussione in aula dei lavori. <p>Il paziente simulato è stato utilizzato sia in seminari clinici che in seminari con valenza relazionale</p> <p>Metodo: ogni coppia discente tutor sceglie a piacere un argomento che abbia caratteristiche cliniche acute, di pertinenza della medicina generale, ne approfondisce gli aspetti peculiari per un approccio e un trattamento utile al medico di medicina generale e di tale argomento produce una presentazione su supporto informatico (Power Point) da presentare in aula per essere discussa con gli altri discenti e tutor.</p> <p>Osservazioni: Questa metodica di didattica si è conclusa nel corso di alcuni mesi ed è risultata impegnativa ma molto proficua e gradita sia ai discenti che ai tutor, con la produzione di interessanti lavori su riniti e congiuntiviti allergiche, sul follow up della celiachia, sulle entesiti e spalla dolorosa, sulle vertigini e altri argomenti.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Strumenti informativi ed organizzativi di supporto (con particolare attenzione all'utilizzo della cartella clinica informatizzata in medicina generale) - Percorsi e strumenti professionalizzanti: l'utilizzo dell'ECG in medicina generale - Percorso di etica clinica con partecipazione ai seminari "Dialoghi di bioetica e biodiritto". Ogni partecipazione alla giornata di seminario era seguita da una riflessione e discussione d'aula sugli argomenti trattati.

	<p>di vista assistenziale.</p> <p>Obiettivi particolari sono stati la valutazione geriatrica dello stato cognitivo, la gestione ospedaliera di patologie ad alta integrazione terapeutica con il territorio come lo scompenso cardiaco e la gestione dei codici bianchi (patologie non pericolose nell'immediato) al pronto soccorso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Laboratorio della comunicazione, relazione e disagio psichico - Il laboratorio sull'immigrazione e l'integrazione tra culture diverse - Laboratorio culturale: il laboratorio culturale è stato presente in numerose unità didattiche con funzione di supporto utilizzando la filmografia.
<p>Aprile (dal 11) 2005</p> <p>Giugno (fino al 10) 2005</p>	<p>Frequenza presso il tutor medico di medicina generale.</p> <p>Verso l'autonomia L'obiettivo preminente è stato quello di invitare i discenti che hanno maturato una certa esperienza sia ospedaliera che presso il medico di medicina generale ad operare, sempre sotto il controllo del loro tutor, ma con maggior margine decisionale ed autonomia lavorativa.</p> <p>Questo periodo di nove settimane di frequenza dal medico di medicina generale è stato appositamente inserito per interrompere la lunga ed importante sessione rivolta alla medicina interna. L'obiettivo di una siffatta articolazione era quello di bilanciare la visione dei problemi osservandoli dai due punti di vista per ragionare e comprendere meglio le relative specificità e metodologie.</p>	<p>In questo periodo inizia la lavorazione per la commedia "Il dr. Knok o il trionfo della medicina di J Remain 1923. Questi lavori si protrarranno per un anno e mezzo (fino aprile 2006) con numerose rappresentazioni e con la produzione di un DVD didattico.</p> <p>La partecipazione alla costruzione della rappresentazione ha prodotto notevoli cambiamenti nei discenti nel senso professionale e relazionale.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seminario sulla qualità dell'assistenza e la soddisfazione del paziente (seminario sperimentale che si è protratto per un anno) - Il paziente anziano in medicina generale - Incontri di briefing e debriefing tra i discenti e il coordinatore delle attività pratiche per la presentazione, la discussione ed il confronto sulle attività svolte. <p>NOTA</p>
<p>Giugno (dal 13) 2005</p> <p>Luglio 2005</p>	<p>Ripresa frequenza presso le unità operative di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medicina interna per tredici settimane - Geriatria per tre settimane - Pronto soccorso per quattro settimane che si sommano così alla precedente esperienza di una settimana già effettuata nel 2004. <p>Questa frequenza ospedaliera molto lunga è stata spezzata in due blocchi interposti da un periodo di frequenza dal medico di medicina generale come detto sopra.</p> <p><u>Gli obiettivi e la discussione sugli obiettivi di questa frequenza è riportata nel periodo Aprile Giugno 2005</u></p> <p>E' stata prevista una scheda di valutazione oltre ai colloqui del coordinatore con i vari responsabili.</p> <p>Negli incontri di discussione e confronto tenutisi in aula all'inizio e al termine di ciascun periodo di frequenza sono state raccolte osservazioni interessanti che hanno generato discussioni vivaci e produttive per una valutazione più strutturata e documentata delle relazioni ospedale territorio, nei prossimi corsi.</p>	<p>Alcune importanti unità didattiche teoriche d'aula sono state collegate alla metodologia di aggiornamento scientifico, alla ricerca delle fonti validate, trattate precedentemente nel seminario sulla metodologia clinica e all'uso dell'informatica con particolare attenzione per i software della medicina generale.</p>

AGOSTO 2005: pausa estiva e recuperi concordati		
Settembre 2005 Ottobre (fino al 7) 2005	<p>Frequenza di cinque settimane in strutture territoriali "ad elevata complessità" anche emotiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sert - Centro salute mentale - Consultorio per il singolo la coppia, la famiglia - Servizi di riabilitazione fisica (comprensiva degli esiti neurologici ischemici e traumatici) - Servizi cure domiciliari e palliative <p>Gli obiettivi stabiliti erano quelli della conoscenza delle opportunità e delle potenzialità offerte dalle strutture stesse, le relative modalità operative, le interazioni con la medicina generale e alcuni aspetti clinici peculiari per ogni disciplina coinvolta. Non è richiesta alcuna scheda di valutazione scritta ma sono stati effettuati colloqui con i responsabili o con i loro delegati all'organizzazione delle frequenze ed il coordinatore delle attività pratiche.</p> <p>Per problemi organizzativi di alcune strutture ma anche personali di qualche discente, non tutte le frequenze si sono svolte in questo periodo, per cui è stato necessario prevedere un sistema di recupero nel primo semestre dell'anno successivo.</p>	<p>Seminari /Unità didattiche</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lo scompenso cardiaco in medicina generale - Incontri di briefing e debriefing tra i discenti e il coordinatore delle attività pratiche per la presentazione, la discussione ed il confronto sulle attività svolte.
Ottobre (dal 10) 2005 Dicembre 2005	<p>Frequenza presso il medico di medicina generale tutor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - periodo della rotazione (quattro settimane) - periodo dal proprio tutor medico di medicina generale (sette settimane), verso l'autonomia. <p>Quattro delle undici settimane previste per questo periodo sono state dedicate ad un periodo di rotazione tra discente e tutor. Scopi della rotazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - di mostrare modalità organizzative, realtà sanitarie e stili di lavoro differenti nell'ambito della medicina generale - ottenere una seconda valutazione del tirocinante da un altro tutor. <p>Tema indicato ai discenti</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'osservazione delle modalità organizzative cogliendo le diversità anche legate all'ambiente tra i differenti tutor. <p>E' stata richiesta ad ogni specializzando una relazione scritta per questo periodo di rotazione.</p> <p>Altro obiettivo didattico indicato per questo</p>	<p>Seminari /Unità didattiche</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il paziente diabetico - Il paziente domiciliare cronico e terminale - Laboratorio tesi <p>Gia dal settembre 2005 è iniziato un articolato percorso per la preparazione delle tesi finali. Il tema comune proposto dal consiglio didattico è stato quella della continuità assistenziale Questo percorso continuerà anche per tutti i primi sei mesi del 2006 ed è stato organizzato con:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) incontri d'aula con il responsabile e il gruppo di lavoro b) periodi di autoformazione per la compilazione e l'effettuazione delle tesi (alcune erano tesi di ricerca) c) incontri con i tutor da parte del responsabile d) incontri e colloqui singoli con relatore/i e responsabile e) momenti comuni di revisione e discussione <ul style="list-style-type: none"> - Incontro / lezione sull'organizzazione del lavoro in medicina generale propedeutico al periodo di rotazione presso il medico di medicina generale

	<p>periodo era il progredire verso l'autonomia lavorativa e professionale.</p> <p>In questo periodo è stato effettuato anche un lavoro integrato tra didattica d'aula e attività pratica intitolato la qualità. Si è trattato di progettare un modello di qualità basato su un self audit con approfondimento della metodologia operativa e della verifica di qualità. Come campo di indagine scelto per questa unità didattica, dopo una appassionata discussione, è stata l'ipertensione arteriosa ed in particolare gli strumenti messi in essere in caso di cattivo controllo dei valori pressori.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Seminario di sociologia della salute (aperto anche a docenti e tutor), condotto dal dott. Rino Fasol docente della Facoltà di Sociologia di Trento - Incontri di briefing e debriefing tra i discenti e il coordinatore delle attività pratiche e la responsabile dei tutor medici di medicina generale per la presentazione, la discussione ed il confronto sulle attività svolte. - Incontro tra tutor medici di medicina generale e responsabile dei tutor, per una discussione sull'andamento della frequenza, sui problemi e sui criteri di valutazione.
DICEMBRE 2005 (Pausa invernale dal 23 al 31)		
	<p>E' stato stabilito un programma comune per i primi sei mesi con un certo grado di flessibilità individuale, in funzione del percorso seguito, dei recuperi da effettuare, delle caratteristiche e grado di avanzamento della tesi finale e in parte anche dagli orientamenti individuali maturati durante il Corso.</p> <p>A parte le prime settimane di gennaio, dedicate esclusivamente alle tesi e ad eventuali recuperi, in questo periodo l'attività teorica in aula è stata accorpata in periodi compatti di una settimana al mese per quattro mesi.</p> <p>Le restanti tre settimane circa per quattro mesi sono state dedicate alla frequenza dal medico di medicina generale tutor per un totale di trenta ore a settimana e ad attività varie di recupero di frequenze non effettuate o allo sviluppo della tesi per il restante periodo settimanale disponibile.</p> <p>Frequenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - presso il medico di medicina generale di circa 12 settimane. <p>Periodo del perseguimento da parte dei discenti della maggior autonomia possibile.</p> <p>La peculiarità organizzativa consigliata ma non obbligatoria era che tramite l'accordo tra discente e tutor medico di medicina generale la frequenza poteva essere concentrata anche in dodici ore al giorno come piena immersione nella pratica della medicina generale</p> <p>Potevano anche essere riconosciute dal punto di vista didattico anche delle brevi sostituzioni, purché rientrassero nel quadro di un obiettivo didattico e una metodologia precisa (mandato chiaro, individuazione delle attività cliniche ma non solo cliniche rilevanti svolte, discussione con il tutor al termine della sostituzione e valutazione comune degli effetti delle decisioni intraprese). Inoltre le frequenze dal medico di medicina generale oltre che compatte potevano essere gestite da tutor e discente in modo tale da liberare brevi periodi per l'elaborazione della tesi o altra attività.</p>	<p>Seminari /unità didattiche:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il paziente affetto da asma e BPCO - Il paziente domiciliare cronico e terminale (conclusione seminario) - Laboratorio della comunicazione e della relazione (conclusione percorso) - I problemi specifici di salute della donna (conclusione percorso) <p>Questi seminari / unità didattiche sono state consideranti rilevanti nel percorso formativo e sono state svolte anche con l'obiettivo di stimolare abilità nei discenti dal punto di vista metodologico nella capacità di affrontare e risolvere problemi complessi in medicina generale.</p> <p>Con varia frequenza, quindi sono state utilizzate competenze acquisite in altri seminari: metodologia clinica ed analisi decisionale, laboratorio culturale (percorsi filmografici), laboratorio della comunicazione e relazione ed anche è stato utilizzato lo strumento del paziente simulato che costituisce uno strumento didattico e potenzialmente valutativo che la Scuola di Trento ha cominciato ad utilizzare nel corso di questo triennio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il rischio oncologico in medicina generale - Il paziente con problemi urologici in medicina generale (lezione interattiva) - Introduzione alla metodologia clinica e all'analisi decisionale (conclusione del percorso) - La qualità dell'assistenza e la soddisfazione del paziente (conclusione del percorso) - Seminario di antropologia medica (aperto anche a tutor e docenti) condotto dalla dr.ssa Roberta Rafaetà, antropologa dell'Università di Losanna (CH) - Laboratorio culturale (conclusione percorso con registrazione professionale su DVD della

		<p>commedia "Il dott. Knok o il trionfo della medicina").</p> <p>- Seminario monotematico sulla cartella clinica informatizzata, sull'uso avanzato dell'informatica per il medico di medicina generale che comprende gli aspetti psicologici sociali e gli strumenti per il self-audit</p> <p>- Laboratorio Tesi Dopo che all'inizio del precedente semestre erano stati decisi i titoli delle varie tesi sulla base di un filo conduttore unico individuato nella continuità delle cure e dell'assistenza, ed era stato iniziato il lavoro di ricerca (sul campo o bibliografica) si è lasciato uno spazio iniziale, nel mese di gennaio, per poter organizzare il lavoro in particolare per chi doveva strutturare ed inviare dei questionari. Anche nel mese di giugno l'attività è stata tutta concentrata sulla stesura finale delle tesi e sulla preparazione delle presentazioni di queste alla commissione di esame.</p> <p>- Incontro tra tutor medici di medicina generale e responsabile dei tutor, per una discussione sull'andamento della frequenza, sui problemi e sulla valutazione degli specializzandi da parte del tutor medico di medicina generale. Questi incontri sono avvenuti prima e dopo ogni fase di frequenza presso il medico di medicina generale nel corso del triennio. A questi incontri sono stati invitati sempre anche i medici che non avevano uno specializzando (tutor in fase non attiva) e, al bisogno, i docenti impegnati in attività didattica su temi rilevanti che illustravano contenuti e metodi della loro didattica</p>
--	--	--

2. ORE ATTIVITÀ TEORICA EFFETTUATE

DICEMBRE 2003 - GIUGNO 2006

UNITÀ	SEMINARIO	A	B	B1	F	Tot.
Altro	Altro		12		5,5	17,5
Altro_Sper	Percorso Sperimentale Didattica Tutoriale - lezioni 1/1	56				56
	Percorso Sperimentale Didattica Tutoriale - lezioni d'aula	8			5	13
	Qualità assistenza e soddisfazione paziente	18				18
	Simulazioni				9	41
Antropologia medica	Antropologia medica	7				7
Aspetti dell'organizzazione del distretto	Aspetti dell'organizzazione del distretto	6	6,5			12,5
Attività tecniche e pratiche professionalizzanti	Attività tecniche e pratiche professionalizzanti	3	3			6
Diagnosi e gestione dei Problemi Acuti Rilevanti in medicina generale	Il paziente con cefalea	10				10
	Il paziente con disuria e/o ematuria	9				9
	Il paziente con la tosse, le infezioni acute delle vie respiratorie e l'influenza	6	3			9
	Il paziente con patologia osteoarticolare acuta	12,5				12,5
	Il paziente con problemi tiroidei	9				9
	Il paziente con vertigini	6	0,5			6,5
Economia Sanitaria	Economia Sanitaria	3	7			10
Etica clinica e norme deontologiche	Etica clinica e norme deontologiche	9	23,5		2	34,5
Gestione dei problemi a complessità Media e Alta nell'area della cronicità	Il paziente affetto da asma e/o BPCO	24	3			27
Gestione del paziente a Rischio cardiovascolare e con problemi cardiovascolari e metabolici	Il paziente con cardiopatia ischemica e/o scompenso cardiaco	12				12
	Il paziente diabetico	21				21
	Il paziente iperteso	12				12
Gestione del rischio e Prevenzione del Singolo, nella comunità e sui luoghi di lavoro	L'individuazione e la gestione del rischio cardiovascolare	9	3	3		15
	L'individuazione e la gestione del rischio oncologico	6				6
Gestione Problemi Complessi Rilevanti	I pazienti e le pazienti con problemi di sessuologia	15			3	18
	I problemi specifici di salute della donna	9				9
	Il paziente anziano	20	8,5		6	34,5

UNITÀ	SEMINARIO	A	B	B1	F	Tot.
	Il paziente domiciliare cronico e terminale	24	3			27
Incontri di riflessione sul percorso didattico	Incontri di riflessione sul percorso didattico	39			42	81
Incontri per la valutazione dei cambiamenti nell'atteggiamento professionale	Incontri per la valutazione dei cambiamenti nell'atteggiamento professionale				3	3
Introduzione alla Metodologia Clinica e all'Analisi Decisionale	Introduzione alla Metodologia Clinica e all'Analisi Decisionale	42	9			51
Laboratorio culturale	Laboratorio culturale	3			132	135
Laboratorio della comunicazione, relazione e del disagio psichico	Laboratorio della comunicazione, relazione e del disagio psichico	24	3		14	41
Laboratorio sull'immigrazione e l'integrazione tra culture diverse	Laboratorio sull'immigrazione e l'integrazione tra culture diverse	17	7		3	27
Laboratorio tesi	Laboratorio tesi	10	18		3	31
Leggi e contratti specifici	Leggi e contratti specifici	18				18
Nozioni di base di piccola chirurgia	Nozioni di base di piccola chirurgia	18				18,0
Nozioni di organizzazione ed etnografia organizzativa	Nozioni di organizzazione ed etnografia organizzativa	3				3
Sociologia della salute	Sociologia della salute	7				7
Strumenti informativi e organizzativi di supporto	Strumenti informativi e organizzativi di supporto	27	3		21,5	51,5
Teoria e metodi della medicina generale	Teorie e metodi della medicina generale	19	18			37
	Totale complessivo	541,5	131	3	249	924,5

A) Attività seminariali

B) Studio finalizzato proposto dai coordinatori

B1) Verifica lavoro fatto

C) Sessione di confronto con i tutori

D) Studio guidato proposto dai rispettivi tutori

E) Sessioni di ricerca, riflessione e confronto fra tirocinanti

F) Altro

3. RAPPORTI ATTIVITÀ TEORICA:

SEMINARI TEORICI DICEMBRE 2003 – GIUGNO 2006

Sono stati svolti i seguenti seminari, dei quali vengono proposte le relazioni finali.

3.1 UNITÀ DIDATTICHE/SEMINARI ORDINARI

Cap.	SEMINARIO	RESPONSABILE
3.1.1	Attività tecniche e pratiche professionalizzanti	dott. Paolo Colorio
3.1.2	Etica clinica e norme deontologiche	dott.ssa Loreta Rocchetti
3.1.3	I pazienti e le pazienti con problemi di sessuologia	dott. Mauro Bertoluzza
3.1.4	I problemi specifici di salute della donna	dott.ssa Alessandra Maggioni
3.1.5	Il paziente affetto da Asma e/o BPCO	dott. Paolo Colorio
3.1.6	Il paziente anziano	dott.ssa Maria Pia Perlot
3.1.7	Il paziente con cardiopatia ischemica e/o scompenso cardiaco	dott. Pasquale Laurino
3.1.8	Il paziente con cefalea	dott. Giuseppe Parisi
3.1.9	Il paziente con disuria e/o ematuria	dott.ssa M. Isabella Bini
3.1.10	Il paziente con la tosse, le infezioni acute delle vie respiratorie e l'influenza	dott. Giuseppe Parisi
3.1.11	Il paziente con patologia osteoarticolare acuta	dott.ssa Maria Pia Perlot
3.1.12	Il paziente con problemi tiroidei	dott.ssa Ornella Mana
3.1.13	Il paziente con vertigini	dott. Eduino Andreatta
3.1.14	Il paziente diabetico	dott. Pasquale Laurino
3.1.15	Il paziente domiciliare cronico e terminale	dott.ssa Maria Pia Perlot
3.1.16	Il paziente iperteso	dott. Carlo Buongiovanni
3.1.17	Leggi e contratti specifici	dott. Claudio Scalfi
3.1.18	L'individuazione e la gestione del rischio cardiovascolare	dott.ssa Alessandra Maggioni
3.1.19	L'individuazione e la gestione del rischio oncologico	dott. Marco Clerici
3.1.20	Nozioni di base di piccola chirurgia	dott. Paolo Colorio

Cap.	SEMINARIO	RESPONSABILE
3.1.21	Strumenti Informativi e organizzativi di supporto	dott. Carlo Buongiovanni
3.1.22	Teorie e modelli di approccio specifici in medicina generale	dott. Fabrizio Valcanover

3.2 UNITÀ DIDATTICHE/SEMINARI SPECIALI

Cap.	SEMINARIO	RESPONSABILE
3.2.1	Antropologia medica	dott.ssa Norma Sartori
3.2.2	Introduzione alla metodologia clinica e all'analisi decisionale	dott. Pasquale Laurino
3.2.3	Laboratorio culturale	dott. Mauro Bertoluzza
3.2.4	Laboratorio della comunicazione, relazione e del disagio psichico	dott.ssa Norma Sartori
3.2.5	Laboratorio sull'immigrazione e l'integrazione tra culture diverse	dott.ssa Maria Pia Perlot
3.2.6	Qualità assistenza e soddisfazione del paziente	dott. Pasquale Laurino
3.2.7	Simulazioni	dott.ssa Norma Sartori
3.2.8	Sociologia della salute	dott.ssa Norma Sartori

Il responsabile di ogni seminario fa sempre parte del Consiglio Didattico. Nei seminari sono stati scelti anche diversi docenti con l'approvazione del Consiglio Didattico e la nomina del Direttore.

Hanno svolto attività di docenza: Dott. Andreatta Eduino, Dott. Bertoluzza Mauro, Dott.ssa Bini Maria Isabella, Dott. Buongiovanni Carlo, Dott. Chesani Fabio, Dott. Chiumeo Francesco, Dott. Clerici Marco, Dott. Colorio Paolo, Dott.ssa Costantini Monica, Dott. Dainese Antonio, Dott. Del Zotti Rino, Dott.ssa Facchinelli Vittoria, Dott. Fachinat Germano, Dott. Fedrizzi Paolo, Dott. Jörg Josef, Dott. Laurino Pasquale, Dott.ssa Maggioni Alessandra, Dott.ssa Mana Ornella, Dott.ssa Odorizzi Rosanna, Dott. Parisi Giuseppe, Dott. Pasolli Luca, Dott.ssa Perlot Maria Pia, Dott.ssa Sartori Norma, Dott. Scalfi Claudio, Dott. Scotton Maurizio, Dott. Severino Pietro, Dott. Spagnoli Fulvio, Dott. Valcanover Fabrizio, Dott.ssa Vergine Ada Magda, **medici di medicina generale.**

Dott. Agostini Claudio, Dott. Fasanelli Andrea, Dott. Inchiostro Sandro, Dott. La Torre Antonio, Dott.ssa Lombardi Alessandra, Dott.ssa Marzano Amelia, Dott. Ottolini Luca, Dott.ssa Rocchetti Loreta, Sig. Tenni Carlo, **dipendenti e dirigenti di I e II livello delle attività ospedaliere e territoriali dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari.** Dott. Marco Tiberi, dott. Aldo Genovese, Dott.ssa Plotegher Violetta, **medici specialisti.** Dott.ssa Scantamburlo Maria Licia, **psichiatra.**

Dott. Fasol Rino, professore dell'Università degli Studi di Trento, Facoltà di Sociologia

Dott.ssa Roberta Raffaetà, **antropologa**. Sig.ra Gadotti Stefania, **attrice**. Dott.ssa Delucca Francesca, **ex tirocinante della scuola**.

Dott.ssa Filippi Roberta, **funzionario provinciale**.

Dott.ssa Zeni Marzia, **segretaria Scuola di Formazione Specifica in medicina generale**.

3.1. UNITÀ DIDATTICHE/SEMINARI ORDINARI

3.1.1. ATTIVITÀ TECNICHE E PRATICHE PROFESSIONALIZZANTI

Responsabile: dott. Paolo Colorio

DOCENTI COINVOLTI Dr. Francesco Chiumeo, Dr. Paolo Colorio,

INTRODUZIONE La necessità di una forte interazione tra medico e paziente per ottenere risultati clinici apprezzabili può richiedere in alcuni casi anche al MMG delle abilità tecniche e la capacità di utilizzare strumenti diagnostici e terapeutici che possono essere particolarmente preziose in varie situazioni della Medicina Generale. La Scuola di Trento ha inserito una Unità Didattica apposita per implementare queste abilità in un'ottica non di competizione con le specialità ospedaliere, ma come complemento agli strumenti base normalmente utilizzati dal MMG, in funzione di un servizio più completo, offerto a vantaggio del paziente. Il percorso didattico prevede una parte pratica con approfondimenti teorici da svolgersi in aula per poi cercare di trasferire le abilità acquisite nell'attività quotidiana del MMG.

OBIETTIVI DIDATTICI

O. GENERICI: Il discente deve apprendere le indicazioni, le caratteristiche e le modalità d'uso di alcuni strumenti pratici utilizzabili per la gestione di problemi rilevanti in pazienti affetti da malattie respiratorie.

O. SPECIFICI: Lo specializzando deve:

- Conoscere e saper utilizzare gli strumenti di valutazione qualitativa per l'asma (ACT test)
- Conoscere e saper usare lo spirometro.
- Conoscere e saper usare il PFM.
- Conoscere e saper usare il plusossimetro.
- Conoscere e saper insegnare ad utilizzare correttamente i principali devices per la terapia delle malattie respiratorie
- Conoscere le problematiche connesse all'ossigenoterapia di lungo termine.
- Conoscere la sindrome delle apnee (OSAS) notturne con il relativo strumento di valutazione (questionario di Berlino)
- Conoscere le nuove linee guida relative alla rinite allergica con/senza poliposi nasale

CONTENUTI

Nelle prima sessione è stato presentato lo spirometro (2 apparecchi differenti) con illustrazione delle indicazioni, caratteristiche, modalità di utilizzo e successiva prova pratica di tutti i discenti. E' iniziata la presentazione del questionario di Berlino per l'OSAS, proseguita nella seconda sessione con la dimostrazione d'uso e la prova pratica con il plusossimetro ad infrarossi. In questa sessione si è anche parlato delle problematiche prescrittive e pratiche della terapia con ossigeno a lunga durata.

La terza sessione ha visto affrontare il problema della rinite allergica e della poliposi nasale con relative nuove linee guida, si è poi effettuato un vero e proprio role playing relativo all'utilizzo del misuratore di picco di flusso e dei devices terapeutici per le malattie respiratorie ostruttive.

METODI DIDATTICI

L'obiettivo generale di questa Unità Didattica è di insegnare ad utilizzare alcuni strumenti, per cui la modalità didattica si è basata su brevi spiegazioni frontali e il coinvolgimento di tutti i discenti nell'effettuazione di prove con le varie attrezzature, fino al raggiungimento di una manualità ed abilità sufficiente. Per alcuni strumenti come i questionari sono stati scelti alcuni discenti volontari per la compilazione delle risposte, in altri casi è stata utilizzata la pratica del role playing come metodo di coinvolgimento diretto o indiretto dei discenti nella funzione di insegnamento al paziente di alcune manualità.

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

I discenti, hanno mostrato una notevole curiosità lungo tutta l'Unità Didattica evidenziando un grado di apprendimento molto buono, con dimostrazione di acquisizione della tecnica d'uso degli strumenti presentati in tempi assai brevi.

La discussione delle linee guida della rinite allergica/poliposi nasale ha suscitato un discreto interesse che si è concretizzato con la compilazione del questionario di valutazione ECM on line in tempo reale. Il questionario di Berlino e l'OSAS hanno stimolato domande e richieste di spiegazioni in quanto possibile strumento di lavoro.

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO

L'unità didattica ha riscosso un notevole successo, rilevato sia dalla frequenza dei discenti sempre elevata, sia dai commenti e apprezzamenti a volte realmente entusiastici. I docenti sono stati apprezzati ma è stata sottolineata la necessità di evitare ripetizioni di argomenti già parzialmente trattati, per limitarsi agli aspetti innovativi di essi. La parte pratica con i vari strumenti è stata gradita in modo particolare e si è manifestata la richiesta di concedere più spazio alla dimostrazione con i devices (role playing) che ha evidenziato la difficoltà intrinseca a raggiungere la dimostrazione di un utilizzo corretto degli stessi. Gli obiettivi didattici d'aula sono stati raggiunti e si confida che vi siano ricadute nella pratica quotidiana.

EVENTUALE ARTICOLAZIONE CON ALTRI SEMINARI E/O EVENTI

L'unità didattica è svolta in stretta associazione con la parte teorica d'aula relativa alla gestione del paziente con problemi respiratori di tipo ostruttivo e con una sessione con paziente simulato su un caso di asma sospetta: come comunicare la diagnosi possibile e quali strategie adottare. La frequenza presso reparti internistici o di pneumologia, dove in parte era stata approfondita la tecnica per la spirometria, per questo Corso si è già conclusa: andrà ripensato il posizionamento di tale UD nei prossimi Corsi. Rimane aperta la possibilità di verificare la ricaduta dell'apprendimento di queste attività professionalizzanti nella pratica quotidiana presso lo studio del MMG tutor con il quale sarebbe indicato aprire un momento di discussione e valutazione comune sui tempi e sulle modalità.

ALTRE OSSERVAZIONI

3.1.2. ETICA CLINICA E NORME DEONTOLOGICHE.

Responsabile: dott.ssa Loreta Rocchetti

DOCENTI COINVOLTI Loreta Rocchetti

OBIETTIVI I tirocinanti dovrebbero comprendere la complessità delle scelte etiche nell'attività clinica soprattutto in una società multiculturale. Dovrebbero inoltre conoscere lo sviluppo del pensiero etico e bioetico fino ai nostri giorni anche attraverso le visioni di pensatori che si riferiscono a paradigmi diversi.

SVOLGIMENTO DEL CORSO Il corso si è svolto in quattro incontri in aula (sei ore nelle giornate 9 marzo, 18 maggio, 22 giugno e quattro ore il 6 aprile) e la partecipazione di Dialoghi di Bioetica e Biodiritto, tenuti a Trento presso la sede della Facoltà di Giurisprudenza nelle giornate di 4 marzo, 1 aprile, 13 maggio, 3 giugno .

Il programma svolto è stato il seguente:

Partecipazione ai dialoghi con argomento: La salute, i "federalismi sanitari", salute e globalizzazione, salute e culture: la società, Salute e culture: la donna, salute e dintorni mediatici.

Ripresa in aula degli argomenti trattati nei Dialoghi.

Lezioni con discussione e trattazione casi clinici su:

1. Relazioni, analogie, validità e limiti di: legge, deontologia, etica e bioetica, all'interno delle quali si svolge l'attività professionale medica.
2. Il concetto di persona: Essere umano e persona (sec. Malerbe) Persone come agenti morali (secondo H.T.Engelhardt)
3. Dove nasce l'idea di ciò che è bene-male? Una fotografia dell'etica nella pratica: etica come morale del senso comune, etica critica e area del giudizio etico, etica come riflessione filosofica
4. L'approccio etico in medicina clinica: i tre livelli (secondo Paul Ricoeur) La relazione medico-malato: (Pedro Lain Entralgo 1964), Modelli di scelta etica (Max Weber 1919)
5. Introduzione alla Bioetica: Il contesto generale dal quale emerge la Bioetica: fattori "esterni" al mondo sanitario (1- Sviluppo tecnico scientifico 2. Emergenza dei diritti individuali 3. Cambiamento della relazione professionista/paziente 4. Comparsa ed affermazione del pluralismo morale Fattori "interni" al mondo sanitario (1. La ricerca (il Belmont Report) 2. La clinica 3. La politica sanitaria)
6. I principi "classici" della Bioetica. Il Belmont Report (1978). Autonomia, Beneficenza, Non maleficenza, Giustizia (o equità)
7. Principi e Dichiarazione di Barcellona : Autonomia, dignità, Integrità, Vulnerabilità
8. L'arte del discernimento morale.

9. Il C.D. prezioso e indispensabile, non può in alcun caso esonerare dalla riflessione personale sui problemi etici.

Aspetti particolari del CD: inizio vita sessualità e riproduzione: art. 40 41 42 diagnosi e terapia: art. 12 fine vita: art. 15 20 Cap V art. 36 37 sperimentazione: Cap VIII minori anziani disabili: art. 29 art. 19 : obiezione di coscienza

10. Etica clinica

METODOLOGIA DIDATTICA: lezioni frontali, partecipazione a dibattiti allargati, discussione in aula su casi clinici.

VALUTAZIONE FINALE attraverso la discussione casi.

3.1.3. I PAZIENTI E LE PAZIENTI CON PROBLEMI DI SESSUOLOGIA.

Responsabile: dott. Mauro Bertoluzza

DOCENTI COINVOLTI dott.sa Violetta Plotegher, dr. Antonio La Torre dr. Marco Tiberi , dr. Mauro Bertoluzza

OBIETTIVI "Il tirocinante (futuro medico di Medicina Generale) dev'essere in grado di aiutare i propri pazienti con problematiche e difficoltà sessuali; deve pertanto assumere un ruolo rilevante nella gestione dei problemi sessuali dei propri pazienti, poiché sulla base di un'accurata anamnesi, di un'iniziale valutazione psicologica, dell'obiettività clinica e dell'interpretazione dei parametri ematochimici, potrà formulare un primo orientamento diagnostico, che andrà approfondito e verificato dallo specialista (urologo, andrologo, ginecologo, sessuologo)".

SVOLGIMENTO DEL CORSO

Prima sessione

Docente: dr. Mauro Bertoluzza

Contenuti:

Analisi dei bisogni e raccolta delle aspettative.

Somministrazione del PRE TEST: due casi clinici (v. allegato).

Le competenze del medico di Medicina Generale.

La lettura della domanda sessuologica: il primo colloquio.

La relazione medico di M.G. – paziente con problemi sessuali.

I problemi sessuali di più frequente riscontro nella pratica quotidiana del medico di Medicina Generale.

Patologie mediche che possono interferire con l'attività sessuale.

Il disturbo sessuale – segnale di patologie mediche.

I farmaci che provocano disfunzioni sessuali: un aggiornamento.

Metodologia didattica:

Lezione integrata. Casi clinici videoregistrati: visione e discussione. Utilizzo di griglie di osservazione/valutazione (momenti empatici della comunicazione, momenti di distacco comunicativo, atteggiamenti non verbali negativi per la comunicazione, atteggiamenti del paziente nei confronti del suo problema, atteggiamenti di disponibilità al dialogo, le caratteristiche del linguaggio, cosa avresti fatto tu per aiutare il paziente?)

Seconda sessione

Docenti: dr. Antonio La Torre, dr. Mauro Bertoluzza

Contenuti:

Modalità di approccio alle disfunzioni sessuali da parte del sessuologo.

La "salute sessuale" e la classificazione delle disfunzioni sessuali.

Quali sono i limiti dei sistemi classificativi attuali (DSM – IV, ICD – X)

Quale metodologia di intervento nelle disfunzioni sessuali?

La conduzione del colloquio nell'ambulatorio di sessuologia.

Chi è il cliente/paziente? Il cliente è la relazione tra i partner?

A chi sono rivolti gli accertamenti diagnostici e gli interventi terapeutici?

La collaborazione tra specialisti e il medico di M.G. La necessità di un intervento integrato.

Quali risposte terapeutiche?

Metodologia didattica: Lezione integrata. Presentazione di casi clinici reali e discussione.

Terza sessione

Docente: dott.sa Violetta Plotegher, dr. Mauro Bertoluzza

Contenuti:

Le disfunzioni sessuali femminili.

Il disordine del desiderio sessuale femminile e/o desiderio sessuale ipoattivo.

Avversione o fobia sessuale.

Dipendenza sessuale o desiderio compulsivo.

Disturbi dell'eccitazione.

Anorgasmia.

Il dolore associato all'attività sessuale (dispareunia).

Vaginismo.

Metodologia didattica: Lezione integrata, presentazione di casi clinici e discussione. Il caso di Annalisa.

Quarta sessione

Docenti: dr. Marco Tiberi, dr. Mauro Bertoluzza

Contenuti:

Le disfunzioni sessuali maschili.

Le disfunzioni dell'eccitazione: deficit erettile (le cause, i fattori di rischio associati, la diagnostica di laboratorio di 1° e 2° livello, la diagnostica strumentale, l'esame obiettivo, le proposte terapeutiche).

Le disfunzioni dell'orgasmo maschile: l'eiaculazione precoce, ritardata, retrograda (cause e possibilità terapeutiche).

Metodologia didattica: Lezione integrata, casi clinici, intervista.

Una quinta sessione sulle parafilie è stata inserita nel Laboratorio Culturale ("Cinema e perversione: comportamenti e situazioni perverse nella rappresentazione cinematografica") con la visione del film "La pianista" di Michael Haeneke e discussione.

VALUTAZIONE FINALE

E' stata effettuata con la somministrazione di pre e post test che contengono due casi clinici con una serie di domande aperte che indagano, nel pre test, le conoscenze dei tirocinanti nella lettura della domanda (raccolta dei dati anamnestici, rilevamento di eventuali componenti patologiche fisiche e psichiche, di problematiche relazionali), nell'approccio ad un possibile esame obiettivo, nella richiesta di esami di primo livello e nella decisione di un eventuale invio a consulenza specialistica. Le competenze comunicative e relazionali sono state valutate in itinere attraverso l'utilizzo di role playing e di casi clinici videoregistrati con relative griglie di lettura.

Casi clinici

1° caso

Arriva in ambulatorio un uomo di 35 anni, che è sempre stato bene, l'avete visto solo un paio di volte nell'arco di cinque anni....dopo qualche attimo d'imbarazzo riferisce di temere di "essere diventato impotente".

Quali domande potresti rivolgerti riguardo al problema riferito?

.....
.....Quali altre domande non specifiche?

.....Quali altre domande su problemi di salute (recenti e/o passati)?

.....
Lo visiti? Che cosa potresti valutare e perché?

.....
Quali esami di primo livello potresti richiedere?

.....
Quali potrebbero essere gli esami di secondo livello? Di chi la competenza?

2° caso

Si presenta in ambulatorio una donna di 30 anni che riferisce dolore al momento del coito, con conseguente timore e rifiuto nei confronti della sessualità....e perdita del desiderio sessuale.

Che cosa decidi di fare?

.....
Quali domande potresti rivolgerle riguardanti il problema riferito?

.....
La visiti? O sì O no

Se sì, che cosa potresti valutare e perché?

.....
Decidi di inviarla a consulenza ginecologica? O sì O no

Pensi che l'esame obiettivo dovrebbe essere affidato allo specialista (ginecologo)? O sì O no

Decidi di inviarla a consulenza psicologica? O sì O no

Se sì, perché?

Nome e cognome del tirocinante

3.1.4. I PROBLEMI SPECIFICI DI SALUTE DELLA DONNA

Responsabile: dott.ssa Alessandra Maggioni

DOCENTI COINVOLTI : Dr. Mauro Bertoluzza, Dr. Maria Isabella Bini, Sig.ra Stefania Gadotti, Dr. Alessandra Maggioni, Dr. Norma Sartori, Dr. Fabrizio Valcanover

ABSTRACT : i problemi di salute specifici delle donne che più frequentemente i MMG si trovano ad affrontare e gestire nel tempo da soli o parallelamente ai ginecologi riguardano soprattutto la contraccezione e i problemi legati alla menopausa. Si e' riservato anche uno spazio per approfondire l'iter diagnostico del nodulo mammario , l'interpretazione delle risposte del Pap-test, e su richiesta dei corsisti, il ruolo del MMG e la gravidanza, con particolare riguardo all'uso dei farmaci. Si e' poi dedicato un incontro all' interruzione volontaria di gravidanza (IVG) nel quale si è fatto ricorso alla tecnica del paziente simulato

OBIETTIVI :

i corsisti devono essere in grado

- di prescrivere autonomamente la terapia estro-progestinica a scopo anticoncezionale alle donne in età fertile con particolare riguardo all' informazione e alla contraccezione d'emergenza.
- di identificare un percorso decisionale con le pz per la gestione dei problemi di salute legati al climaterio e all'ipoestrogenismo post menopausale.
- di identificare le opportunità per il MMG di prevenire (ac. Folico, vaccinazione rosolia) e intervenire tempestivamente prima, durante e dopo la gravidanza nelle situazioni di rischio per la salute materno-infantile (ipertensione, infezione vie urinarie, depressione post partum...) , così come fornire adeguato counselling a donne in particolari situazioni cliniche.
- di conoscere e saper applicare le procedure previste in merito alla legge 194 , ed in particolar modo saper creare un setting adeguato alla consultazione "delicata", essere consapevoli del proprio atteggiamento rispetto al problema dell'IVG sia dal punto di vista professionale che personale e di come questo interferisce nella consultazione e nell'applicazione stessa della legge.

SVOLGIMENTO DEL CORSO

DATA	CONTENUTO e METODO	DOCENTE
01/12/04	controindicazioni assolute e relative, elementi anamnestici, semeiologici e laboratoristici necessari e sufficienti per la prescrizione degli EP, informazioni adeguate sulla terapia , gestione nel tempo della terapia EP Discussione di un caso clinico in gruppi e successivamente in aula	Dr. M.Isabella Bini

DATA	CONTENUTO e METODO	DOCENTE
15 / 12 /04	La diagnosi di menopausa evidenze su efficacia, effetti collaterali e rischi della TOS e terapie alternative per la sindr. climaterica, schemi terapeutici, gestione dell'osteoporosi come fattore di rischio Discussione di un caso clinico in gruppi e successivamente in aula	Dr. A. Maggioni
22/01 /05	Miscellanea	Dr. Bini, dr. Maggioni
19 /03/05	IVG e legge 194 Consultazione con pz simulata	Dr. Bertoluzza, dr. Bini, sig.ra Gadotti, dr. Maggioni, dr. Sartori, dr. Valcanover

VALUTAZIONE FINALE

È stata effettuata attraverso la valutazione degli interventi in aula e l'elaborazione di un testo scritto in merito alla esperienza con la paziente simulata per quanto riguarda l'IVG

Molti dubbi sono stati sollevati dall'aver introdotto a questo punto del percorso formativo triennale il metodo del paziente simulato, utilizzato per la prima volta in questa occasione. Certamente le performance ottenute vanno lette alla luce di questa "prima volta" e potrà forse essere più utile in futuro collocare diversamente l'esperienza; tuttavia per un argomento come l'interruzione di gravidanza non vi sono metodi didattici altrettanto adeguati e formativi

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA CONTRACCEZIONE

3. Medicina Generale a cura di M. Tombesi: parte speciale: prevenzione, diagnosi e gestione. La prevenzione: sez. 21- La prevenzione nelle diverse età: pg.198-199 e pg 200-209
4. Bollettino d'informazione sui farmaci, anno VIII- n°6 novembre-dicembre 2001: Informazioni sulla trombosi venosa del viaggiatore pg215-218
5. Guida all'uso dei farmaci 2 – Ministero della salute - anno 2003: Contraccettivi – pg332-339
6. Occhio Clinico: anno II, n° 4 – Una giovane donna sorvegliata speciale. F. Suzzi – pg12
7. Occhio Clinico: novembre 2000 – Il permesso di nascere non lo deve dare la società. A. Santosuosso
8. Occhio Clinico: settembre 2004 – Chi lascia la via vecchia per la nuova, non sa che contraccezione trova. D. Condorelle
9. Drug and therapeutic bulletin: vol. 12 n° 3 marzo 2003: Ritirate le affermazioni promozionali di Yasmin – il retroscena.
10. The medical letter: anno XXX, n° 5 1° marzo 2001: Dispositivo intrauterino Mirena
11. Drug and therapeutic bulletin: vol 12 n° 12 dicembre 2003: Evra – un cerotto al posto della contraccezione orale?
12. Kemmeren JM et al. Third generation oral contraceptives and risk of venous thrombosis: meta-analysis. BMJ 2001; 323: 131.
13. Adverse drug reaction bulletin: n° 135, giugno 2000: Ictus indotto da farmaci.
14. Occhio Clinico: novembre 2000: Levonorgestrel. A. Messa
15. Mira Harrison et al. : Improving access to emergency contraception. BMJ vol. 322 27 January 2001
16. A. Santosuosso: Libertà di cura e libertà di terapia: Obiezione di coscienza, pg 61-64 Pensiero scientifico editore 1998
17. A. Nobili, L. Pasina: Le interazioni dei contraccettivi orali: una valutazione della loro rilevanza clinica. Ricerca & Pratica anno 20, n° 2, 2004
18. T. Feola: Responsabilità legale del medico di medicina generale. ed. Minerva Medica Torino 1999: cap. 11: Il consenso del minore al trattamento medico chirurgico pg 85-87 e cap. 25: Il medico di medicina generale e la contraccezione con particolare riguardo ai minori pg 168-170

19. Per conoscere Brecht: un'antologia delle opere a cura di Roberto Fertonani: "Della infanticida Maria Farrar"
pg 244-249

Alcuni siti web particolarmente interessanti:

<http://www.princeton.edu/push/SECH/contraception.html> e <http://www.princeton.edu/push/SECH/ecp.html>

che contengono materiale, in inglese per i pazienti, specialmente per gli adolescenti, sull'uso dei contraccettivi e sulla contraccezione d'emergenza

www.ministerosalite.it/medicinali/farmacovigilanza/nota.jsp?val=Contraccettivi sul rischio tromboembolico associato all'uso di contraccettivi orali

www.saperidoc.it

www.jus.unitn.it/services/arc/2004/0422/home.html dove è possibile vedere la registrazione del seminario sulla "Pillola del giorno dopo"

LA MENOPAUSA

Dear Doctor Letter: comunicazione sulla sicurezza della terapia ormonale (TOS) pg 209 – 211 a cura del Ministero della Salute

Occhio Clinico : Pillole di buona pratica clinica – scheda 18

Dato che la TOS presenta seri rischi, esistono alternative di provata efficacia per le donne disturbate dai sintomi vasomotori ?

www.saperidoc.it : terapia Ormonale Sostitutiva : benefici e rischi

TOS : Tibolone

Quali sono le alternative alla TOS ?

La pagina del paziente : " Iodonna in menopausa "

www.saperidoc.it : Osteoporosi : e' possibile individuare i soggetti a rischio ?

quando e come misurare la densità ossea

Si può prevenire l'osteoporosi ?

www.ceveas.it : linee guida provincia di Modena : densitometria ossea

Approccio al problema

LA GRAVIDANZA

www.saperidoc.it : la gravidanza

FOCUS bollettino di farmacovigilanza : farmaci e Gravidanza : parliamone ancora, Anno IX – N. 38 agosto 2004 pg 1-2

3.1.5. IL PAZIENTE AFFETTO DA ASMA E/O BPCO.

Responsabile: dott. Paolo Colorio

DOCENTI COINVOLTI Dr. Paolo Colorio, Dott.ssa Ada Magda Vergine

INTRODUZIONE Questa Unità Didattica si pone al termine del percorso formativo ed ha una valenza particolare in quanto approfondisce un campo clinico in cui le conoscenze tecniche devono essere integrate in maniera particolarmente stretta con la capacità di coinvolgimento attivo del paziente per poter ottenere risultati duraturi apprezzabili e non solo brevi ed effimeri successi terapeutici. Questa necessità di interazione continua tra medico e paziente che richiede conoscenze teoriche, abilità tecniche, e capacità di gestione della relazione che mira anche alla partecipazione attiva e consapevole del paziente, è comune a varie situazioni della Medicina Generale. La Scuola di Trento ha scelto questo campo come esempio metodologico, cercando di collegare la parte teorica con le abilità tecniche e con la capacità di relazione, in un percorso da svolgersi in aula per poi cercare di verificarle nella pratica quotidiana presso il MMG. Questa UD in particolare è indirizzata all'approfondimento delle basi teoriche, a breve distanza temporale è stata organizzata una snella UD relativa ad attività professionalizzanti centrata sull'uso dello spirometro, del misuratore di picco di flusso, dei devices terapeutici e altri aspetti collegati, infine una sessione con paziente simulato è stata dedicata alla relazione e alla capacità di interazione con un paziente affetto da asma sospetta.

OBIETTIVI DIDATTICI

OBIETTIVI GENERICI: Il Tirocinante deve analizzare e discutere i principali problemi ed ostacoli che si pongono nella gestione del paziente con asma e/o BPCO nell'ottica delle linee guida dell'OMS (GINA e GOLD) allo scopo di conoscerli e poterli superare e per riuscire a diagnosticare e gestire correttamente le patologie respiratorie ostruttive in riferimento alle competenze della Medicina Generale (Questi obiettivi sono comuni ad altre UD, alla pratica presso lo studio del MMG tutor e in parte con l'attività ospedaliera)

OBIETTIVI SPECIFICI: Lo specializzando deve:

- Conoscere gli strumenti e le metodologie per la diagnosi di asma e/o BPCO.
- Conoscere le classificazioni di gravità e le scalette terapeutiche per l'asma e la BPCO.
- Conoscere i presidi terapeutici per le patologie ostruttive polmonari.
- Conoscere le problematiche connesse al follow-up di lungo termine per i pazienti affetti da asma e/o BPCO.

CONTENUTI

Nelle prime due sessioni sono stati utilizzati una serie di casi clinici semplificati e didattici che esploravano la diagnosi, la valutazione gravità, la terapia ai asma e BPCO anche in situazioni particolari come gravidanza e al telefono per un bambino con difficoltà respiratorie. E' stato affrontato anche il problema della nota AIFA con la

sua definizione e le possibili difficoltà applicative in situazioni non classiche. Nel terzo incontro si è affrontato il discorso dell'impostazione del follow up per il paziente asmatico e di tutte le problematiche relative al monitoraggio e alla prevenzione o riconoscimento precoce con il trattamento adeguato delle riacutizzazioni. Una intera sessione è stata dedicata alla BPCO: prevenzione, diagnosi, trattamento, riacutizzazioni, integrazione con lo specialista e criteri di ospedalizzazione. L'ultimo incontro è stato dedicato alle problematiche legate al follow up delle patologie ostruttive bronchiali, anche dal punto di vista organizzativo per il Medico di Medicina Generale

METODI DIDATTICI

All'inizio dell'UD sono stati forniti e presentati gli obiettivi didattici ed i criteri di valutazione utilizzati (Presenza in aula, partecipazione attiva alle discussioni, contributi forniti anche in base alle proprie esperienze lavorative, questionario di ingresso e di uscita: punteggio e variazione) con discussione su di essi.

Il questionario di ingresso, uguale a quello di uscita, prevedeva una metodica particolare, essendo un classico questionario a risposta multipla con una sola soluzione e oltre alle risposte cliniche anche una serie di opzioni come tutte o nessuna delle risposte precedenti, manca un dato, non è possibile rispondere perché la domanda è assurda. Oltre a questa risposta il questionario chiedeva anche il grado di certezza con cui la risposta veniva fornita. L'elaborazione informatizzata di tale questionario fornisce oltre il punteggio relativo alle conoscenze anche dei valori di realismo delle risposte e di autostima, che esaminano la prudenza e la consapevolezza dei tirocinanti.

La discussione dei casi clinici è orientata all'individuazione dei problemi in discussione, alla loro messa in ordine di priorità, al rilievo dei campi di approfondimento da parte di ogni specializzando, e alla condivisione di strategie di intervento o di terapia con i controlli nel tempo. I problemi che necessitano di approfondimento, se comuni a tutti, vengono discussi in aula se invece limitati a pochi discenti, allora si preferisce indirizzare uno studio guidato.

Le sessioni che prevedono una lezione hanno sempre visto una modalità interattiva con molti spazi dedicati alla discussione e sono sempre aperte ad osservazioni, domande e richieste di precisazioni. Non sono state utilizzate metodologie di role playing perché si è preferito riservarle all'UD sulle attività professionalizzanti e soprattutto perché è stato inserito un caso con metodica del paziente simulato.

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

I discenti, hanno mostrato un grado di preparazione decisamente elevato, contribuendo nella maggior parte dei casi con osservazioni appropriate e con apporti originali a momenti di discussione molto stimolanti. Il questionario, molto complesso e difficile, ha evidenziato un più che discreto livello di conoscenze di base e un progresso elevatissimo nel questionario finale con valori di realismo ed autostima decisamente buoni all'inizio e cresciuti al termine dell'Unità didattica.

Si può concludere che il livello di conoscenza finale appare decisamente buono.

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO

L'unità didattica ha riscosso un ottimo successo, rilevato sia dalla frequenza sempre elevatissima dei discenti, sia dai commenti e apprezzamenti, sia infine dall'analisi del questionario di gradimento. Da quest'ultimo si nota una sostanziale omogeneità di approvazione degli obiettivi, dei metodi e della disponibilità e chiarezza dei docenti, vi è in qualche caso una richiesta di maggiori informazioni riguardo le diagnosi differenziali o l'approfondimento delle linee guida, mentre più variegata è la posizione rispetto ai criteri di valutazione che in tre casi su nove vengono riferiti inadeguati o mostrano perplessità sulla novità del questionario, ma la cosa rientra nella normalità visto lo scarso gradimento che la valutazione ottiene sempre di per sé.

Per il docente vi è la chiara sensazione di aver raggiunto gli obiettivi didattici prefissati associati ad un gradimento elevato, che si confida abbia ricadute nella pratica quotidiana

EVENTUALE ARTICOLAZIONE CON ALTRI SEMINARI E/O EVENTI

L'unità didattica teorica si è svolta in stretta associazione con una sessione con paziente simulato su un caso di asma sospetta: come comunicare la diagnosi possibile e quali strategie adottare. A breve distanza è stata programmata una breve Unità Didattica su attività professionalizzanti relative a metodi e strumenti per il MMG alle prese con pazienti con problemi respiratori. La frequenza presso reparti di pneumologia o internistici si è già conclusa e andrà quindi ripensato il posizionamento di tale UD nei prossimi corsi. Rimane aperta la possibilità di verificare l'apprendimento nella pratica presso lo studio del MMG tutor con il quale sarebbe indicato aprire un momento di discussione e valutazione comune.

ALTRE OSSERVAZIONI

3.1.6. IL PAZIENTE ANZIANO.

Responsabile: dott.ssa Maria Pia Perlot

DOCENTI COINVOLTI Dr. Claudio Scafi, Mariapia Perlot, Maurizio Scotton, Josef Jorg, Mauro Bertoluzza,

ABSTRACT

L'unità didattica si è svolta in vari moduli e con articolazioni diverse (partecipazione a convegno, lezioni frontali, presentazione con discussione di casi clinici, proiezioni cinematografiche con discussione e analisi dei film,). Lo scopo del corso e le modalità didattiche utilizzate hanno cercato di evidenziare la complessità delle problematiche legate all'anziano. La testimonianza in aula di un anziano e la proiezione di 2 film che evidenziavano le risorse, i vissuti, le potenzialità, gli aspetti emotivi e relazionali della persona anziana nelle varie circostanze, hanno contribuito a creare un quadro completo ed esauriente delle problematiche e delle risorse dell'anziano.

OBIETTIVI

- Essere in grado di cogliere e valutare i problemi sanitari e i bisogni socio-sanitari dei pazienti anziani al fine di poter intervenire correttamente.
- Saper affrontare correttamente le malattie più comuni nell'anziano.
- Individuare le possibili aree per interventi di promozione della salute e di prevenzione delle complicanze nei soggetti anziani e predisporre un piano d'interventi per la prevenzione delle malattie, delle loro complicanze e dell'invalidità (prevenzione delle cadute e dell'osteoporosi).
- Essere in grado di gestire i problemi legati all'incontinenza urinaria.
- Conoscere le problematiche legate alla terapia farmacologica con particolare attenzione alla compliance alle interazioni dei farmaci, agli effetti collaterali,
- Conoscere e saper gestire i problemi nutrizionali e di disidratazione.

SVOLGIMENTO DEL CORSO

Il corso si è svolto da aprile a luglio 2005 e comprendeva la partecipazione ad un convegno (8 ore) debriefing sul convegno e vari moduli di 3 ore ciascuno in aula per complessive 35 ore. Vista la contemporanea frequenza dei discenti presso i reparti di geriatria e presso l'ambulatorio di MG è stato dato mandato di osservare eventuali problematiche e criticità da discutere poi in aula con i docenti. Si è attuata un'integrazione con il laboratorio culturale con la proiezione di due film sulle problematiche del paziente anziano valutate in modo positivo dai discenti.

VALUTAZIONE FINALE

La valutazione finale ha tenuto in considerazione l'assiduità nella frequenza dei vari discenti al corso, la partecipazione in aula alla discussione dei casi presentati dai docenti, la partecipazione a lavori di gruppo su casi simulati e la stesura di un test finale. I discenti hanno apprezzato il corso ed hanno suggerito di ampliare l'argomento sull'uso dei farmaci nell'anziano e problematiche a ciò connesse.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Atti del Convegno "Fragilità e libertà. Problematiche giuridiche, deontologiche ed etiche nella cura dell'anziano non autosufficiente 9 aprile 2005 a cura dell'Ordine Dei Medici e Odontoiatri Di Trento
- 2) V. Caimi e M Tombesi. Medicina Generale, Torino UTET 2003

3.1.7. IL PAZIENTE CON CARDIOPATIA ISCHEMICA E/O SCOMPENSO CARDIACO.

Responsabile: dott. Pasquale Laurino

DOCENTI COINVOLTI Dott. Monica Costantini, Dott. Pasquale Laurino, Dott. Amelia Marzano

OBIETTIVI

Obiettivo generale

Approfondire le conoscenze per una corretta individuazione e gestione del paziente affetto da scompenso cardiaco da parte del Medico di Medicina Generale

Obiettivi specifici

- ✓ Conoscere e saper rilevare e interpretare i dati anamnestici e clinici suggestivi di scompenso cardiaco
- ✓ Saper utilizzare in maniera corretta e sequenziale gli strumenti diagnostici disponibili
- ✓ Conoscere altre indagini utili per un inquadramento anche eziologico dello scompenso, per una diagnosi differenziale, per un' impostazione della terapia.
- ✓ Promuovere l' utilizzo di sistemi di classificazione per la graduazione della severità dei sintomi dello Scompenso Cardiaco
- ✓ Ricercare e diagnosticare tempestivamente la presenza di eventuali fattori precipitanti dello scompenso, prevenendone, per quanto possibile, le instabilizzazioni
- ✓ Dopo aver stabilito la diagnosi clinica e, se possibile, eziologica dello Scompenso Cardiaco ed aver valutato la presenza di patologie concomitanti in grado di interferire sulla funzione cardiaca e/o sulla eventuale terapia, saper impostare un corretto piano terapeutico. In particolare:
 1. fornendo indicazioni terapeutiche non farmacologiche
 2. utilizzando in maniera appropriata la terapia farmacologica, controllandone l'efficacia e la tollerabilità, nonché l'aderenza del paziente al trattamento stesso.
 3. conoscendo eventuali ulteriori possibilità terapeutiche, ad es. chirurgiche
 4. conoscendo le opzioni terapeutiche nei più rari casi di scompenso non legati, almeno primitivamente, a disfunzione del V.Sn.
- ✓ Saper programmare il follow-up e la gestione del paziente scompensato.
- ✓ Analizzare gli strumenti ed i modelli organizzativi per la gestione dello scompenso cardiaco in medicina generale.
- ✓ In tutti i diversi momenti della presa in carico del paziente scompensato (diagnosi, terapia, follow-up) saper interagire con le strutture e gli specialisti di riferimento, conoscendo le indicazioni assolute e relative per l'invio del paziente allo specialista, o per il ricovero ospedaliero del paziente stesso.
- ✓ Saper affiancare e sostenere il paziente nella sua interazione con la malattia cronica e con le modifiche di vita che questa può comportare.

SVOLGIMENTO DEL CORSO

L'unità didattica si è articolata in 4 incontri di 3 ore ciascuno (16, 21, 28 settembre, 12 ottobre).

Nel primo incontro si sono trattate le problematiche pertinenti alla prevenzione, diagnosi clinica e strumentale e stadiazione dello scompenso. Il secondo e il terzo sono stati dedicati alla terapia.

Per trattare in maniera sistematica ed esaustiva l'argomento, nel tempo previsto, in questi primi tre moduli abbiamo affiancato alla discussione di casi clinici, costruiti per evidenziare nei discenti i bisogni formativi, la lezione frontale, tenuta dai docenti m.m.g.

I primi tre incontri avrebbero pertanto uno schema piuttosto fisso:

- ✓ Presentazione per step successivi di un caso clinico, con formulazione ad ogni stadio di domande puntuali che venivano discusso (5-10') dai discenti in gruppi di 2-3.
- ✓ Discussione in plenaria delle risposte elaborate dai singoli gruppi con evidenziazione delle aree critiche.
- ✓ Momento finale di lezione frontale con sistematizzazione delle informazioni necessarie.

Il quarto modulo è stato gestito in collaborazione con un medico specialista ospedaliero, la dott. Amelia Marzano, cui è stato affidato il compito di approfondire alcune tematiche complesse la cui gestione è maggiormente affidata allo specialista, quali lo scompenso diastolico, la gestione della terapia in presenza di situazioni di particolare rischio; in ciò rispondendo anche a sollecitazioni emerse dai discenti nei precedenti moduli.

VALUTAZIONE

La valutazione dell'apprendimento è stata fatta attraverso la somministrazione di brevi questionari alla fine dei primi tre moduli.

BIBLIOGRAFIA

- ✓ ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult- Summary Article. *Circulation* 2005;112:1825-1852.
- ✓ CeVEAS Modena. Progetto TRIPSS II " Sperimentazione in nove regioni di strumenti per l'implementazione di linee-guida nel Servizio sanitario Nazionale "
- ✓ Gestione dell'insufficienza Cardiaca. Trentino AA e Friuli. 2001 (scaricabile dal sito dell'azienda sanitaria trentina).
- ✓ Collecchia G, Tombesi M. Lo scompenso cardiaco. In: Caimi V, Tombesi M. *Medicina Generale*. 2003. Utet, Torino.
- ✓ Davies M, Gibbs C, Lip G. ABC of heart failure. Investigation. *BMJ* 2000;320:297-300.
- ✓ Gibbs C, Jackson G, Lip G. ABC of heart failure. Non-drug management. *BMJ* 2000; 320: 366-369.
- ✓ Hobbs F, Davis R, Lip G. ABC of heart failure. Heart failure in general practice. *BMJ* 2000; 320: 626-629.
- ✓ McKelvie R. Scompenso cardiaco. *Clinical Evidence* 2. Ed. Italiana. 2003.
- ✓ Millane T, Jackson G, Gibbs C. ABC of heart failure. Acute and Chronic management strategies. *BMJ* 2000; 320: 559-562.
- ✓ NICE Guideline n. 5. Chronic Heart failure
- ✓ Watson RD, Gibbs CR, Lip GY. ABC of heart failure. Clinical features. *BMJ* 2000;320:236-239

3.1.8. IL PAZIENTE CON CEFALEA

Responsabile: dott. Giuseppe Parisi

DOCENTI COINVOLTI Aldo Genovese

ABSTRACT

Criteri di diagnosi differenziale del paziente con cefalea, con particolare riguardo agli elementi di allarme. Sono esclusi gli aspetti di terapia

OBIETTIVI

- Distinguere le cefalee primarie da quelle secondarie;
- Individuare, sulla base dei criteri diagnostici IHS (International Headache Society), le varie forme di Emicrania;
- Individuare gli elementi di allarme per porre l'indicazione ad un approfondimento diagnostico strumentale;
- Acquisire capacità di condurre una anamnesi mirata;
- Individuare le diverse qualità del dolore cefalico;
- Approfondire la fisiopatologia del dolore cefalico.

SVOLGIMENTO DEL CORSO

I discenti sono stati divisi in due gruppi: al primo gruppo è stata somministrata una lezione di tipo tradizionale, al secondo didattica attiva secondo il metodo del PBL. Sono stati effettuati due incontri a distanza di una settimana: nel primo incontro il primo gruppo aveva l'occasione di studiare l'argomento su testi scelti dal docente mentre il secondo gruppo affrontava i primi 5 dei 7 salti. Nel secondo incontro il primo gruppo partecipava alla lezione tradizionale mentre il secondo eseguiva i rimanenti due salti.

VALUTAZIONE FINALE

La destrezza del docente ha reso possibile una uniforme soddisfazione nei due gruppi di discenti. Il gruppo del PBL ha trovato un po' faticosa la parte di analisi del caso clinico.

EVENTUALE BIBLIOGRAFIA

Compresa nella relazione del dott. Aldo Genovese

3.1.9. IL PAZIENTE CON DISURIA E/O EMATURIA.

Responsabile: dott.ssa M. Isabella Bini

DOCENTI COINVOLTI dr. Spagnolli Fulvio, dr. Bini M. Isabella

ABSTRACT

Si è affrontato il problema del paziente con disuria, soprattutto considerando le situazioni di più comune riscontro nella pratica quotidiana nell'ambulatorio di M.G., ponendo l'accento sulla diagnosi differenziale e la terapia e sulla relazione MMG/paziente affetto da sintomi riferibili all'apparato genito urinario.

OBIETTIVI

Diagnosticare correttamente e differenziare le cause di disuria:

Riconoscere le infezioni non complicate da quelle potenzialmente complicate.

Identificare gli elementi anamnestici e obiettivi indispensabili per la diagnosi.

Strumenti minimi per una valutazione laboratoristica nell'ambulatorio di medicina generale:

Quale tipo di strisce?

Come effettuare la raccolta di urina in ambulatorio?

Quando usare il laboratorio (es. urine, urinocoltura)?

Attendibilità e interpretazione del laboratorio.

Quale può essere la soluzione terapeutica?

Quali farmaci?

Per quanto tempo?

Costi delle terapie.

Quali le altre misure non farmacologiche utili?

Quale e quando la verifica dell'efficacia? E' sempre necessaria?

L'educazione del paziente:

Come? Sempre? Quale il coinvolgimento e la responsabilizzazione del/dei partner/s sessuale/i?

Strumenti utili per comunicare, spiegare ed educare.

Interpretazione del vissuto del paziente rispetto a patologie che interessano l'apparato genitourinario e rispetto al trattamento.

La gestione può essere tutta del MG?

Quando e perché chiedere le consulenze.

Priorità.

Quali i metodi di diagnosi (laboratoristica o strumentale) prima di inviare allo specialista e perché?

Se la disuria è un problema ginecologico è sempre di competenza del ginecologo?

E se il problema è urologico o nefrologico?

Casi particolari:

gravidanza (batteriuria asintomatica),

anziani,

maschi,
portatori di catetere.

SVOLGIMENTO DEL CORSO

Il corso si è svolto in due incontri di tre ore ciascuno partendo dall'analisi di due casi reali col metodo P.S. Al termine del primo incontro si sono proposti agli specializzandi alcuni casi clinici (un caso a testa) da prendere in considerazione durante un periodo di autoformazione di 3 ore e si è consegnata una bibliografia. Nel secondo incontro si è ripercorsa la teoria a partire dalle soluzioni dei casi in oggetto.

VALUTAZIONE FINALE

Non effettuata

INCONTRO - DISCUSSIONE CON GLI SPECIALISTI DI UROLOGIA

Nel quadro di incontri didattici tra i discenti della Scuola e gli specialisti il giorno 06.06.2006 è stato programmato un incontro dibattito con gli specialisti Urologi.

L'obiettivo dell'incontro era quello di ragionare, anche alla luce dei dati di evidenza, su comportamenti condivisi ed accettati, in campo urologico, partendo dai sintomi comuni incontrati nella pratica quotidiana.

I campi scelti erano quelli riferibili alla disuria, pollachiuria e altri disturbi minzionali, legati soprattutto ad una patologia prostatica, poi l'ematuria, e infine la prevenzione della sterilità maschile con l'identificazione e il trattamento del varicocele.

L'incontro si è svolto in due fasi: la prima centrata su una presentazione della patologia prostatica benigna e del suo trattamento, effettuata dal Dr. Malossini, la seconda con una discussione, guidata ma centrata sugli interventi dell'aula, sostenuta dal Dr. Reich.

In entrambe le situazioni era presente un MMG esperto, il Dr. Colorio, con la funzione di mantenere la discussione nel campo specifico della Medicina Generale.

Pur avendo le caratteristiche della lezione frontale, la parte relativa alla patologia prostatica, ha sollevato una serie di interventi risultando così sufficientemente interattiva e spendibile nel senso di scelte pratiche da effettuare al cospetto del paziente.

Abbastanza accesa è risultata la discussione relativa all'utilizzo del PSA e il riferimento al trattamento del tumore prostatico, indice comunque di un approccio differenziato e del diverso grado di selezione dei rispettivi pazienti, normalmente sani quelli del MMG, di regola affetti da patologie più o meno avanzate quelli dello specialista, a cui i pazienti peraltro si rivolgono con aspettative differenti.

Si è cercato di stabilire le attività ed i limiti del lavoro del MMG e le modalità corrette di invio allo specialista, per quanto riguarda la patologia prostatica benigna.

Vivace la discussione anche sui rimanenti temi, verso i quali si è cercato di fornire alcuni messaggi pratici molto chiari.

In conclusione l'incontro ha ribadito l'utilità di un dialogo tra lo specialista i discenti del Corso di Formazione, centrato sulla scelta dei comportamenti più opportuni in presenza di determinati sintomi, anche se è stata sottolineata l'opportunità che queste riunioni vengano effettuate subito prima della frequenza in ospedale, e collegate ad essa, anche per approfondire il razionale teorico delle scelte pratiche.

3.1.10. IL PAZIENTE CON LA TOSSE, LE INFEZIONI ACUTE DELLE VIE RESPIRATORIE E L'INFLUENZA.

Responsabile: dott. Giuseppe Parisi

DOCENTI COINVOLTI Dott. Pasolli Luca

ABSTRACT

Saper prendere decisioni in termini di gestione e trattamento terapeutico di fronte al paziente con sospetta CAP a domicilio.

OBIETTIVI

- Conoscere elementi che permettono una diagnosi di probabilità
- Conoscere elementi che permettono di valutare la gravità (ospedalizzare o trattare a domicilio)
- Conoscere le modalità di gestione della CAP.
- Conoscere le principali linee guida sull'antibiototerapia della CAP.

SVOLGIMENTO DEL CORSO

Cercando di seguire il metodo PBL (Problem Based Learning), dopo aver selezionato al massimo le cose importanti da trasmettere, è stato costruito un caso clinico "grigio" da discutere in gruppo allo scopo di porre lo studente in forma attiva stimolandolo a riflettere sui punti critici emersi e ad approfondirli mediante una ricerca personale o di gruppo (autoformazione).

Il modulo è iniziato con la presentazione del caso clinico. Il gruppo ha poi formulato le varie ipotesi diagnostiche ed è iniziata la discussione sul caso fino alla "sofferta" e faticosa individuazione dei punti critici sulla diagnosi di probabilità di CAP (significato di segni e sintomi, esame obiettivo specifico e generale) e sulla valutazione della gravità della malattia con formulazione dei fattori prognostici negativi correlati alla mortalità.

Questa prima parte, oltre ad occupare gran parte della lezione, è stata molto laboriosa: la difficoltà sta nel non dare mai delle risposte dirette, bisogna invece favorire la discussione cercando di definire le cose su cui il gruppo è d'accordo e le cose su cui l'accordo manca e che il gruppo ritiene utile approfondire.

Questa prima fase del modulo ha incontrato qualche resistenza e qualcuno nella valutazione finale ha detto che avrebbe preferito un passaggio di nozioni più classico ritenendo questa fase un po' inconcludente.

La prima lezione è finita distribuendo i compiti a piccoli gruppi sui punti critici più importanti emersi nella discussione. La bibliografia, già selezionata in partenza, è stata fornita ai discenti. Questa scelta è stata fatta per motivi di tempo, anche se il metodo prevederebbe che la ricerca bibliografica fosse fatta dai discenti stessi.

La seconda lezione è iniziata con il chiarimento dei punti critici alla luce delle nuove conoscenze da parte dei discenti. E' stato poi presentato un secondo caso clinico che è stato analizzato e valutato applicando le nozioni acquisite.

L'argomento sull'antibiototerapia è stato introdotto con la presentazione delle linee guida britanniche e americane, cui è seguita una discussione in aula.

Dopo una discussione generale sulla gestione della CAP sulla base delle linee guida, è stato somministrato il test di uscita le cui domande vertevano sui due casi presentati a lezione.

VALUTAZIONE

La valutazione è stata fatta somministrando un test a risposta multipla esclusivamente sui due casi presentati a lezione il cui risultato è stato molto soddisfacente per tutti i discenti.

Nel complesso le lezioni sono state accettate di buon grado da tutti. La prima fase è stata però molto ostica anche a causa della poca esperienza della metodologia didattica attiva.

C'è ancora una volta da sottolineare che l'applicazione completa della metodologia PBL richiede maggior tempo a disposizione.

BIBLIOGRAFIA

1. Fine MJ, Smith MA, Carson CA et al. Prognosis and outcomes of patients with CAP: a meta-analysis. JAMA.1996;275:134-141.
2. Metlay JP, Kapoor WN, Fine MJ. Does this patient have CAP? Diagnosing pneumonia by history and physical examination. JAMA.1997;278:1440-5.
3. Fine MJ et al. A prediction rule to identify low-risk patients with CAP. N Eng J Med 1997;336:243.
4. British Thoracic Society. British Thoracic Society: guideline for the management of CAP in adults admitted to hospital. Br J Hosp Med 1993;49:346-50.
5. American Thoracic Society. Guideline for the management of adults with CAP. Diagnosis, assessment of severity antimicrobial therapy and prevention. Am J Respir Crit Care Med 2001;163(7):1730-54.
6. Mandell LA, Marrie TJ, Grossman RF, et al. Canadian guidelines for the initial management of community-acquired pneumonia: an evidence-based guideline by the Canadian Infectious Diseases Society and the Canadian Thoracic Society. The Canadian CAP Working Group. Clin Infect Dis 2000;31:383-421.

3.1.11. IL PAZIENTE CON PATOLOGIA OSTEOARTICOLARE ACUTA.

Responsabile: dott.ssa Maria Pia Perlot

DOCENTI COINVOLTI Dr.ssa Vittoria Facchinelli

ABSTRACT

Approccio al paziente con patologia osteo-articolare insorta acutamente.

OBIETTIVI

- saper condurre un'anamnesi adeguata ad evidenziare tutti gli elementi utili a orientare la diagnosi;
- saper condurre un esame obiettivo articolare e generale alla ricerca di eventuali segni associati all'impegno articolare;
- saper prescrivere in modo appropriato le indagini di laboratorio e strumentali utili alla diagnosi;
- conoscere le indicazioni per l'invio del paziente allo specialista,
- saper impostare una terapia (farmacologia e non) in presenza di patologie acute
- sapere le indicazioni e eseguire le infiltrazioni articolari e periarticolari;
- saper supportare il paziente con adeguato counselling sulle malattie reumatiche, sulle tecniche diagnostiche e terapeutiche

SVOLGIMENTO DEL CORSO

26/04/04 ore 14.00-17.00

23/06/04 ore 14.00-17.00

VALUTAZIONE FINALE

L'argomento trattato con impronta prevalentemente pratica ha suscitato buon interesse da parte dei discenti che non hanno tanta dimestichezza con le malattie reumatiche, conosciute più come singole entità che come approccio al paziente. Utile è stato il riferimento a reali casi clinici e la discussione in gruppo delle problematiche emerse.

EVENTUALE BIBLIOGRAFIA

PARTE SECONDA DEL SEMINARIO:

DOCENTI COINVOLTI Dr.ssa Perlot Mariapia

ABSTRACT

OBIETTIVI

Essere in grado di fare la diagnosi, di prescrivere in modo appropriato gli esami strumentali e di laboratorio, saper prescrivere la terapia (sia farmacologica che non farmacologica) più idonea in caso di pazienti affetti da lombalgia o sciatalgia acuta, situazione clinica molto frequente nella medicina generale

SVOLGIMENTO DEL CORSO

Il corso si è svolto in tre moduli con la metodologia didattica PBL. Il primo modulo ha previsto la presentazione di due casi clinici reali in aula; si è passati poi a stilare in gruppo un protocollo concordato fra i discenti sulle tecniche d'EO, sull'anamnesi, sugli esami strumentali e di laboratorio più appropriati per i casi presentati e infine sulle terapie da mettere in atto. Nel gruppo sono emersi comportamenti diversi nell'affrontare e gestire i casi clinici. Il docente ha raccolto le criticità emerse e ha proposto ai discenti del materiale scelto per autoapprendimento (alcune linee guida recenti sulla Lombardia e lombosciatalgia acuta) prevedendo per questo un modulo di tre ore.

Il terzo modulo si è svolto in aula dove il docente ha stimolato i discenti a voler risolvere le criticità emerse nel primo incontro anche alla luce delle informazioni raccolte dalle linee guida. Dalla discussione è anche emersa l'importanza di analizzare i propri comportamenti abituali e di confrontarli con le evidenze scientifiche in continua evoluzione, sempre nel rispetto della singolarità del paziente.

VALUTAZIONE FINALE

I discenti hanno apprezzato alla fine il lavoro fatto insieme, hanno partecipato alla discussione e alla risoluzione dei problemi; hanno ritenuto opportuno anche di modificare il loro approccio precedente al problema del paziente con lombalgia e sciatalgia acuta.

EVENTUALE BIBLIOGRAFIA

3.1.12. IL PAZIENTE CON PROBLEMI TIROIDEI.

Responsabile: dott.ssa Ornella Mana

DOCENTI COINVOLTI

Dott.ssa Ornella MANA

Dott. Antonio DAINESE

ABSTRACT

E' stato proposto un ciclo di tre lezioni di tre ore, durante le quali è stata affrontata la tematica della gestione delle problematiche legate alle patologie tiroidee affrontate nell'ambulatorio di medicina Generale.

OBIETTIVI

La gestione del paziente con problemi tiroidei, dal punto di vista diagnostico e terapeutico; in particolare individuare strumenti utili nella Medicina Generale per:

- descrivere i criteri di diagnosi nell'ipotiroidismo, nelle tireotossicosi, nella patologia della tiroide in gravidanza, nelle tiroiditi, nei carcinomi tiroidei, nella patologia tiroidea indotta da farmaci, nei gozzi.
- approfondire le conoscenze per gestire la terapia nell'ipotiroidismo, nelle tireotossicosi, nella patologia della tiroide in gravidanza, nella patologia tiroidea indotta da farmaci.
- capacità di stabilire una corretta relazione con il paziente in rapporto alla patologia specifica, dando giusta considerazione all'aspetto emotivo.

SVOLGIMENTO DEL CORSO

CONTENUTI: Percorsi diagnostici e approfondimento delle conoscenze per gestire terapie nelle patologie della tiroide, modalità per stabilire la corretta relazione con il paziente in rapporto alla patologia specifica.

METODI DIDATTICI: Le lezioni sono state organizzate partendo da un caso clinico, con la partecipazione attiva dei discenti che hanno interagito con i docenti, sottoponendo quesiti e proponendo ipotesi diagnostiche.

Successivamente è stata proposta una lezione frontale durante la quale il docente ha analizzato le linee guida per la gestione della patologia tiroidea nell'ambulatorio di Medicina Generale. Per questo scopo il mezzo utilizzato è stato il computer e nello specifico il programma di power point, in seguito sono state fornite ai tirocinanti fotocopie del programma svolto.

VALUTAZIONE FINALE

Non è stata fatta una valutazione specifica di ogni singolo partecipante al corso per la brevità dello stesso, ma si è tenuto in considerazione sia l'interesse dimostrato, che la partecipazione: entrambi sono stati ottimi.

Proprio in relazione alla fattiva partecipazione dei tirocinanti, il giudizio finale non può che essere positivo; l'esperienza si è rivelata utile in primis perché ha fatto sì che i tirocinanti si chiarissero le modalità di comportamento di fronte ai vari problemi legati alle diverse patologie tiroidee, che si possono presentare nell'attività ambulatoriale di medicina Generale e in secondo luogo perché è stata occasione di confronto ed approfondimento.

EVENTUALE BIBLIOGRAFIA

3.1.13. IL PAZIENTE CON VERTIGINI.

Responsabile: dott. Eduino Andreatta

DOCENTI COINVOLTI: Dr. Andreatta Eduino

ABSTRACT

1a sessione: Lunedì, 03-06-2002 ore 14,00 – 17,00

- E' stato effettuato un test iniziale per individuare le conoscenze sulla vertigine
- E' stato assegnato un caso clinico a testa con argomento:
 - ❖ La pseudovertigine
 - ❖ La vertigine parossistica posizionale benigna
 - ❖ La vertigine nell'anziano
 - ❖ La vertigine psichiatrica
 - ❖ La vertigine vertebrobasilare
- Ogni discente ha elaborato il caso assegnatogli cercando di individuarne la corretta soluzione
- Ognuno ha esposto ed indicato la possibile soluzione del caso
- Si è discusso sulle priorità e correttezza nella soluzione dei problemi

Tempi:

Test d'inizio: 30 minuti

Analisi dei CASI: 30 minuti

L'esposizione delle ipotesi di soluzione dei casi è continuata fino alle ore 17

2a sessione: Lunedì, 10-06-2002 ore 14,00 – 17,00

Si è continuata la discussione sulla soluzione dei casi clinici esposti nella prima giornata coinvolgendo ogni discente.

- E' stato fatto dal docente un breve riassunto su: inquadramento, epidemiologia, test, esami, terapia
- Si è valutato l'apprendimento, gradimento ed interesse per il problema "vertigini" con un questionario
- Il questionario ha evidenziato un buon miglioramento nella conoscenza e soluzione del problema "vertigine" rispetto al test d'inizio. E' stato espresso anche un elevato interesse sull'argomento.

OBIETTIVI

OBIETTIVI EDUCATIVI GENERALI DELL'UNITA' DIDATTICA

L'obiettivo didattico generale è stato quello di capire come si diagnostica, inquadra e si gestisce il paziente affetto da vertigine sia in fase acuta che nella sua evoluzione.

Gli obiettivi didattici specifici sono stati:

1. Riconoscere quando esiste l'urgenza nella patologia vertiginosa
2. Costruzione di un percorso logico per la diagnosi
3. Effettuazione di un esame obiettivo corretto ed esauriente.
4. Conoscenza ed effettuazione dei test per la soluzione del caso.
5. Individuazione e riflessione sulla comunicazione col paziente
6. Conoscenza della terapia medica o chirurgica
7. Valutazione e conoscenza delle conseguenze

SVOLGIMENTO DEL CORSO

Totale ore: 6

Data di svolgimento degli incontri: lunedì 3-10 giugno-2002

Orario: dalle 14 alle 17

VALUTAZIONE FINALE

La VALUTAZIONE si è basata sull'esecuzione di trenta quiz a risposta multipla.- Tutti i discenti hanno superato il minimo del punteggio richiesto (60% di risposte esatte.).

EVENTUALE BIBLIOGRAFIA

- DE LA MEILLEURE G., DEHAENE I., DEPONDT M., et al.: Benign paroxysmal positional vertigo of the horizontal canal. *J. Neurol. Neurosurg. Psych.*, 1996; 60; 68-71.
- DIX M.R., HALLPIKE C.S.: Pathology, symptomatology and diagnosis of certain common disorders of the vestibular system. *Ann. Otol. Laryngol.*, 1952; 61: 987-1016.
- EPLEY J.M.: The canalith repositioning procedure for treatment of benign paroxysmal positional vertigo. *J. Otolaryngol.* 1992; 107: 399-404.
- GACEK R.R.: Singular neurectomy update. II. Review of 102 cases. *Laryngoscope*, 1991; 101: 855-862.
- GUIDETTI G., MONZANI D., GALETTI G.: Il contributo della manovra di Semont alla diagnosi e alla risoluzione delle vertigini parossistiche da posizionamento. *Rivista critica di 310 casi. Acta Otorhinolaryngol. Ital.*, 1988; 8: 493-497.
- HALL S.F., RUBY R.R.F., MCCLURE J.A.: The mechanism of benign paroxysmal vertigo. *J. Otolaryngol.*, 1979; 8: 151-158.
- LEMPERS T., TIEL-WILCK K.: A positional manoeuvre for treatment of horizontal canal benign positional vertigo. *Laryngoscope*, 1996; 106: 476-478. LINSAY J.R., HEMENEWAY W.G.: Postural vertigo due to unilateral sudden partial loss of vestibular function. *Ann. Otol. Laryngol.*, 1956; 65:692-708. MCCLURE J.A.: Horizontal canal BPV. *Am. J. Otolaryngol.*, 1985; 14:30-35.
- NUTI D., PAGNINI P.: Epidemiologia della cupulolithiasi: XII Giornata Italiana di nistagmografia Clinica. Viterbo: Ed. Boots-Formenti, Milano; 1992: 25-34.
- NUTI D., VANNUCCHI P., PAGNINI P.: Benign paroxysmal vertigo of the horizontal canal: a form of canalolithiasis with variable clinical features. *J. Vest. Res.*, 1996; 6: 173-184.
- PAGNINI P., NUTI D., VANNUCCHI P.: Benign paroxysmal vertigo of the horizontal canal. *ORL J. Otorhinolaryngol. Rel. Spec.*, 1989, 51; 161-170.
- PARNES L.S., MCCLURE J.A.: free floating endolymph particles: a new operative finding during posterior semicircular canal occlusion. *Laryngoscope*, 1992; 102: 988-992.
- SCHUKNECHT H.F.: Cupulolithiasis. *Arch. Otolaryngol.*, 1969; 90: 765-778.
- SEMONT A., FREYSSE G., VITTE E.: Curing the BPPV with a liberatory manoeuvre. *Adv. Otolaryngol.*, 1988; 42: 290-293.
- STEDDIN S., BRANDT T.: Horizontal canal benign paroxysmal positioning vertigo (h-BPPV): transition of canalolithiasis to cupulolithiasis. *Ann. Neurol.*, 1996; 40: 918-922.
- VANNUCCHI P., GIANNONI B., PAGNINI P.: Treatment of horizontal semicircular canal benign paroxysmal positional vertigo. *J. Vestib. Res.*, 1997

3.1.14. IL PAZIENTE DIABETICO.

Responsabile: dott. Pasquale Laurino

DOCENTI COINVOLTI Dott. Sandro Inchiostro, dott. Pasquale Laurino, dott. Maria Pia Perlot

ABSTRACT

Il diabete mellito tipo 2, per la sua prevalenza e per le problematiche multidisciplinari ad esso correlate, rappresenta una situazione paradigmatica di assistenza a un paziente cronico complesso.

C'è un generale sul fatto che una assistenza di qualità al paziente diabetico presuppone un coinvolgimento coordinato di più figure professionali ed una buona organizzazione.

Nella nostra realtà sanitaria però la mancanza di un modello condiviso porta a pratiche assistenziali con un coinvolgimento molto variabile dei medici di medicina generale sia in funzione dei loro interessi e delle loro competenze sia anche in funzione di altri aspetti (la distanza dal CAD, l'affollamento del CAD ...).

La possibilità di accedere direttamente ai centri specialistici senza l'azione di filtro del medico di medicina generale porta a evidenti debolezze ed inefficienze del sistema e spesso ad una vera e propria contrapposizione fra i due livelli assistenziali.

Tutto ciò non ci permette di proporre all'interno del seminario un modello assistenziale integrato, ma è solo possibile riflettere sui dati di letteratura esistenti al riguardo.

In questo seminario abbiamo affrontato i temi clinici, ma anche organizzativi e relazionali, dell'assistenza al paziente diabetico partendo da casi reali della medicina generale. La metodologia didattica prevedeva infatti la presentazione di casi clinici selezionati dai docenti, che venivano discussi in aula con lo scopo di far emergere eventuali dubbi e bisogni di approfondimento. Questi punti problematici venivano poi affrontati e risolti attraverso la discussione in gruppo e l'approfondimento della letteratura, utilizzando soprattutto fonti secondarie.

Nell'ultimo incontro è stato invitato un diabetologo del CAD di Trento con lo scopo di approfondire alcune tematiche dell'assistenza paziente diabetico e con lo scopo di promuovere, pur in assenza di un progetto gestionale comune, l'integrazione con il livello specialistico

OBIETTIVI

Obiettivo generale

Approfondire le conoscenze per una corretta gestione del diabete mellito di tipo 2 in medicina generale.

Obiettivi specifici

1. Individuare strumenti e metodi utili nella medicina generale per la prevenzione primaria e secondaria (diagnosi precoce) del diabete mellito tipo 2.
2. Descrivere i criteri di diagnosi del diabete mellito.
3. Riflettere sugli obiettivi di un buon controllo metabolico e descriverne gli indicatori.
4. Individuare interventi, strumenti e metodi per lo screening delle complicanze croniche del diabete mellito e per una loro gestione tempestiva.
5. Approfondire le conoscenze per la gestione della terapia del diabete mellito tipo 2.
6. Saper riconoscere i segni precoci delle complicanze acute del diabete mellito.
7. Analizzare gli strumenti e i modelli organizzativi per la gestione del diabete mellito in medicina generale, con attenzione agli aspetti relazionali e di condivisione delle scelte.

SVOLGIMENTO DEL CORSO

Venerdì 28/10	Ore 9-12	I criteri diagnostici. La prevenzione primaria e secondaria del diabete mellito.
Venerdì 28/10	Ore 14-17	I criteri diagnostici. La prevenzione primaria e secondaria del diabete mellito.
Venerdì 4/11	Ore 14-17	Il follow up del diabete mellito tipo 2. Le complicanze croniche del diabete mellito tipo 2.
Venerdì 11/11	Ore 14-17	La terapia del diabete mellito tipo 2: la terapia dietetica e la terapia orale.
Mercoledì 16/11	Ore 14-17	La terapia del diabete mellito tipo 2: la terapia dietetica e la terapia insulinica.
Venerdì 25/11	Ore 14-17	Le complicanze acute del diabete: l'ipoglicemia, la chetoacidosi, il coma iperosmolare.
Venerdì 2/12	Ore 14-17	Confronto con lo specialista diabetologo sui criteri di utilizzo dei tiazolidinedioni e sulla terapia insulinica nel diabete mellito tipo 2

VALUTAZIONE FINALE

La valutazione d'apprendimento è stata fatta attraverso la valutazione della partecipazione alla didattica d'aula (discussione dei casi clinici) e attraverso la somministrazione di brevi questionari a risposta multipla alla fine di quasi tutti i moduli.

EVENTUALE BIBLIOGRAFIA

- The national clinical guideline for type 2 diabetes. National Institute for Clinical Excellence 2002
- American Diabetes Association. Clinical Practice Recommendations 2005.
- The Diabetes Control and Complications Trial Research Group: The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. *N Engl J Med* 329:977–986, 1993
- UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group: Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet* 352:837–853, 1998
- UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group: Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes (UKPDS 34). *Lancet* 352:854–865, 1998[

3.1.15. IL PAZIENTE DOMICILIARE CRONICO E TERMINALE.

Responsabile: dott.ssa Maria Pia Perlot

DOCENTI COINVOLTI Dr Giuseppe Parisi, Dr Fabrizio Valcanover, Dr Luca Ottolini, IP Carlo Tenni, Dr Alessandra Lombardi, Dr Loreta Rocchetti, Dr Paolo Colorio
TUTOR: Mariapia Perlot

ABSTRACT

L'unità didattica si è svolta da novembre 2005 a gennaio 2006 dopo che i discenti avevano già frequentato il servizio cure domiciliari e palliative del Distretto di Trento. Il percorso didattico si è svolto in moduli di 3 ore ciascuno e oltre al docente di contenuto era presente sempre un Tutor (medico di medicina generale esperto di didattica) che aveva il compito di indirizzare i lavori d'aula verso le problematiche tipiche e di maggior interesse per il medico di medicina generale. Ogni modulo di 3 ore prevedeva una parte teorica (lezione) e una parte di discussione casi. Nella docenza sono stati coinvolti docenti MMG e medici dipendenti del Distretto sanitario, medici e infermieri delle cure palliative, una geriatra. Sono stati affrontati molti aspetti riguardanti il paz. domiciliare cronico e terminale: l'atteggiamento e le cure palliative, le reti sociali e il caregiver, l'UVM, i livelli assistenziali, le modalità organizzative di ADI e cure palliative, i presidi quali cateteri, cateterismi, ecc, la relazione con il paz. e la sua famiglia, la gestione dell'angoscia di morte.

La valutazione di discenti si è valsa di più strumenti: partecipazione attiva in aula, contributi al gruppo, domande scritte a risposta aperta, quiz a risposta multipla.

Un modulo di 3 ore si è svolto in integrazione con l'unità didattica del "Paziente simulato" ed il tema era "dare cattive notizie".

OBIETTIVI

- ✓ saper valutare la situazione assistenziale che si presenta
- ✓ saper fare un contratto flessibile con il paziente e la sua famiglia in collaborazione con il team di cure
- ✓ saper gestire le crisi nel percorso assistenziale
- ✓ saper opportunamente rivalutare la situazione
- ✓ saper gestire le emergenze
- ✓ saper gestire la fase finale
- ✓ saper gestire il lutto
- ✓ saper valutare l'assistenza prestata con le altre figure professionali del team

SVOLGIMENTO DEL CORSO

Le esperienze di tirocinio (svolto presso il Servizio di cure domiciliari e Palliative del distretto di Trento nel mese di settembre 2005) sono stimolo all'osservazione e all'individuazione delle curiosità nei discenti, oltre ad essere fonte di storie cliniche che devono essere raccolte a cura del discente per poi essere utilizzate come materiale di lavoro vivo in aula.

L'unità didattica si è svolta in 8 moduli di 3 ore ciascuno dal mese di novembre 2005 a gennaio 2006

Ogni modulo d'aula si articola in una parte teorica (lezione) e una parte di discussione casi utilizzando il materiale raccolto. Ogni modulo è condotto da un docente (del servizio cure domiciliari o medico di MG) e da un tutor medico di MG.

Un modulo di 3 ore si è svolto in integrazione con l'unità didattica del "Paziente simulato" sul tema "dare cattive notizie" in data 08-03-2006

VALUTAZIONE FINALE

La valutazione finale dei discenti si è fatta con vari strumenti: osservazione dei discenti in aula, partecipazione attiva alla discussione, contributi al gruppo, domande a risposte aperte, quiz a risposta multipla.

Valutazione del corso: la durata del corso è stata congrua con gli argomenti trattati; non è stato affrontato il tema delle RSA, argomento sicuramente da inserire nella prossima programmazione del percorso didattico

EVENTUALE BIBLIOGRAFIA

- 1) Parisi G. e altri autori. Il malato di cancro in medicina generale. UTET, Milano 1998
- 2) Caimi V, Tombesi M. (a cura di). Medicina Generale. UTET Torino 2003.

3.1.16. IL PAZIENTE IPERTESO.

Responsabile: dott. Carlo Buongiovanni

DOCENTI COINVOLTI Dr. ssa Amelia Marzano;Dr. Carlo Buongiovanni

ABSTRACT

Presentazione e discussione in plenaria di casi clinici;individuazione e conferma,prevalenza e controllo dell'iperteso; metodi di misurazione della PA;il rapporto valle picco e lo smootnes index strumenti utili per una corretta terapia;stratificazione del rischio c.v. nel paz. Iperteso;esami ematochimici e strumentali di primo e secondo livello;i rapporti con il centro ipertensione;cenni di diagnosi differenziale;il valore della microalbuminuria nell'approccio al paz. Iperteso;terapia dell'ipertensione;la gestione delle urgenze e emergenze ipertensive.

OBIETTIVI

Obiettivi Generali: Lo specializzando doveva acquisire conoscenze utili per una gestione del paziente iperteso tenendo conto degli aspetti peculiari della professione che è diversa da quella esercitata in altri comparti sanitari e dalla realtà cui attingono i grandi trias.

Obiettivi Specifici: Lo specializzando doveva dimostrare, alla fine del seminario, di aver acquisito conoscenze in grado di permettergli di svolgere nei confronti del paziente iperteso, il ruolo di principale e costante punto di riferimento, di seguire percorsi diagnostico terapeutici espressione della integrazione tra la sua quotidiana attività, le linee guida internazionali e le conoscenze della medicina basata sull'evidenza anche integrandosi, all'occorrenza, con strutture di II° livello.

SVOLGIMENTO DEL CORSO

Il corso si è articolato in quattro lezioni ciascuna della durata di 3 ore, tenutesi il 10 e 17 Novembre; il I° e 15 Dicembre. Come pre test del corso si è scelto di esaminare in aula un caso clinico, dando così modo ai discenti di esprimere le proprie conoscenze ed i propri dubbi. Gli argomenti sono stati sempre trattati facendo ricorso alla didattica interattiva, alla discussione in plenaria e lasciando ampio spazio a domande sia rivolte dal docente ai discenti, sia da questi al docente. Per la misurazione della PA si è ricorso ad un "roll playing" in cui a turno i discenti si sono cimentati, rispettivamente come medico e paziente. Gli altri discenti erano invitati ad evidenziare i punti critici di volta in volta emersi nella tecnica di misurazione.

VALUTAZIONE FINALE

I discenti durante tutto il corso hanno mostrato interesse agli argomenti trattati e sempre vi è stata un loro coinvolgimento attivo nella didattica d'aula. Questo ha permesso loro di rapportarsi in maniera a volte anche positivamente "critica" con il docente con il risultato finale di un'acquisizione di conoscenze non imposte, ma condivise.

EVENTUALE BIBLIOGRAFIA

Di ogni lezione è stata rilasciata il materiale didattico in Power P. con annessi riferimenti bibliografici.

3.1.17. LEGGI E CONTRATTI SPECIFICI.

Responsabile: dott. Claudio Scalfi

DOCENTI COINVOLTI Dott.ssa Maria Pia Perlot Dott. Iosef Jorg Dott. Claudio Scalfi.

OBIETTIVI DIDATTICI: Conoscere i diversi certificati di competenza del medico di medicina generale. Saper compilare correttamente un certificato medico.

OBIETTIVI GENERICI: Conoscere i principi generali della certificazione medica, le regole e le responsabilità. Sapere quali sono i certificati di competenza del medico di M.G. e conoscerne le caratteristiche.

OBIETTIVI SPECIFICI: Saper compilare correttamente un certificato medico.

CONTENUTI:

- Illustrazione delle problematiche relative all'attività certificativa del medico.
- Breve presentazione delle forme più diffuse di documentazione certificativa sanitaria:
 - referto
 - denuncia – segnalazione
 - ricetta medica
 - certificato medico
- Definizione, caratteristiche e requisiti del certificato medico.
- Accenni alla normativa relativa agli infortuni e alle malattie professionali propedeutica alla compilazione dei certificati stessi.
- Elenco dei vari certificati rilasciati da medici appartenenti alla Pubblica Amministrazione.
- Analisi dei più frequenti certificati di competenza dei medici convenzionati con il S.S.N.

Programma

I° giornata: certificato medico: certificato di malattia.

II° giornata: i vari certificati di competenza del M.G.

III° giornata: ricetta medica.

IV° giornata: esercitazione nella compilazioni di vari certificati.

METODI DIDATTICI

- Presentazione teorica delle varie problematiche.
- Esercitazioni pratiche di compilazione di diversi tipi di certificazione medica (malattia, infortunio e malattia professionale) partendo da otto casi clinici reali.
- Elaborazione personale su PC di facsimile di modulo per il rilascio di certificati di diversa tipologia (Raccolta in un'unica cartella condivisa dei vari file elaborati dai medici specializzandi in formazione).

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

Data l'esiguità del tempo a disposizione si è ritenuto di valutare i singoli tirocinanti attraverso l'attitudine e le abilità acquisite nell'elaborazione personale dei diversi tipi di certificazione medica.

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO

Ritengo personalmente che il seminario abbia raggiunto gli obiettivi didattici prefissati; gli argomenti trattati hanno suscitato l'interesse dei medici in formazione, la cui partecipazione è stata attiva e costruttiva.

Il percorso didattico è stato sufficientemente articolato e vario. La complessità e l'importanza dell'argomento avrebbero tuttavia richiesto un ulteriore sviluppo della discussione e del confronto e un numero più consistente di esercitazioni pratiche su casi concreti.

EVENTUALE ARTICOLAZIONE CON ALTRI SEMINARI E/O EVENTI

Non effettuate perché non previste dalla programmazione.

3.1.18. L'INDIVIDUAZIONE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE.

Responsabile: dott.ssa Alessandra Maggioni

DOCENTI COINVOLTI Dr. Alessandra Maggioni – dr. Amelia Marzano

OBIETTIVI DIDATTICI

OBIETTIVI GENERICI: Saper valutare il RCV globale dei pazienti e saper proporre, qualora necessario una strategia d'intervento farmacologica e non , volta alla riduzione del RCV in pz asintomatici

OBIETTIVI SPECIFICI: Saper INDIVIDUARE nella storia clinica e anamnestica dei pz i F.R. piu' rilevanti
Saper UTILIZZARE le carte del rischio CV per valutare il RCV globale del singolo paziente e conoscerne i limiti
CONOSCERE prove di efficacia e di sicurezza dei trattamenti farmacologici e non
Saper INFORMARE adeguatamente in merito al suo RCV e alle strategie di intervento
saper NEGOZIARE una strategia di intervento volta alla riduzione del RCV globale
saper ORGANIZZARE il lavoro del MMg per gestire (e ridurre ?) il RCV dei suoi pz sia a livello individuale che "di popolazione " (la gestione dei dati nella cartella clinica, strumenti, organizzazione degli accessi, valutazione dell'attivit )

3.1.19. L'INDIVIDUAZIONE E LA GESTIONE DEL RISCHIO ONCOLOGICO.

Responsabile: dott. Marco Clerici

Gli obiettivi generali dell'unità didattica sono stati i seguenti:

- ✓ Saper identificare nell'anamnesi e nella storia clinica dei pazienti i fattori di rischio oncologico eventualmente presenti
- ✓ Saper valutare l'opportunità di sottoporre a test di screening specifiche categorie di pazienti ad alto rischio di cancro
- ✓ Saper valutare la propria collocazione professionale rispetto agli screening proposti dalla struttura sanitaria provinciale
- ✓ Acquisire abilità nel counseling al paziente che si sottopone ad attività di screening
- ✓ Acquisire abilità nel counseling al paziente ad alto rischio oncologico.

L'attività didattica è stata organizzata, al fine del raggiungimento degli obiettivi di cui sopra, in 4 incontri, ciascuno della durata di 3 ore.

L'argomento proposto come base di discussione è stato il nuovo programma di screening del cancro del colon-retto per i familiari di primo grado, promosso dall'APSS.

Gli incontri sono stati articolati nelle seguenti fasi:

- prima parte : discussione in 2 gruppi sulle conoscenze presenti, definizione degli argomenti da approfondire e anche delle conoscenze considerate certe e conosciute e preparazione di un report ;
- seconda parte: breve lezione sulla questione degli screening e indicazioni sui siti da utilizzare (cancergov, nice, cancerbacup, ecc);
- terza parte : discussione in plenaria per la ridefinizione dei problemi da eventualmente approfondire
- quarta parte: nuovo lavoro di gruppo e ristesura del report di presentazione del lavoro finale dei gruppi
- quinta parte: discussione finale

Gli obiettivi specifici dell'unità didattica erano i seguenti

1. OBIETTIVI SPECIFICI COGNITIVI:

- ✓ conoscere e saper identificare i fattori di rischio generali e specifici per la malattia tumorale
- ✓ conoscere e saper identificare i gruppi a rischio di patologia tumorale
- ✓ acquisire capacità di ricercare in fonti di dati secondarie le migliori e più attuali informazioni disponibili sullo screening e sulla diagnosi dei tumori
- ✓ acquisire abilità nella identificazione e nell'interrogazione dei migliori siti oncologici
- ✓ conoscere e saper qualificare dal punto di vista del valore predittivo i test di screening per le patologie tumorali di cui ai casi
- ✓ acquisire capacità di rispondere in tempi brevi ai quesiti posti dai pazienti in temi oncologici

2. OBIETTIVI SPECIFICI RELAZIONALI :

- ✓ saper identificare le informazioni più verificate da dare al paziente in merito al personale rischio di cancro
- ✓ saper valutare con il paziente la opportunità o meno di sottoporsi a test di screening
- ✓ saper condurre con il paziente un'analisi decisionale condivisa sui problemi di diagnosi precoce in oncologia

Gli obiettivi si possono dire sostanzialmente raggiunti.

Tutti gli argomenti sono stati trattati nei tempi previsti e sembra essersi verificato, almeno per quanto stimabile dai contenuti della discussione e dei report dei gruppi, un sufficiente miglioramento delle conoscenze specifiche sul tema del rischio oncologico in medicina generale.

Gli specializzandi hanno inoltre dimostrato di aver raggiunto un sufficiente livello di abilità nel reperire informazioni in campo oncologico, e di saper valutare la qualità delle stesse.

3.1.20. NOZIONI DI BASE DI PICCOLA CHIRURGIA.

Responsabile: dott. Paolo Colorio

DOCENTI COINVOLTI Dr. Paolo Colorio

INTRODUZIONE Si tratta della prima UD "lunga" del Corso, che cade quando i discenti hanno appena iniziato il percorso sia in Ospedale, proprio presso i reparti chirurgici, che in aula, dopo i primi incontri propedeutici di illustrazione delle attività della Scuola e di quelle svolte presso i Distretti territoriali. Anche per questo motivo si intende proporre un approccio metodologico "morbido", con la proposta di alcuni casi clinici semplici, ma inseriti nel contesto della Medicina Generale. Questi minicasi hanno lo scopo di indirizzare i discenti all'individuazione "del problema" e ragionare sull'orientamento al tipo di intervento urgente o meno, diretto o delegato, analizzandone aspetti e possibili soluzioni. L'Unità Didattica si prefigge anche lo scopo di approfondire il ruolo, le attività ed i compiti del MMG in campo chirurgico, con una serie di riflessioni nel campo della comunicazione e della relazione con i pazienti da parte del MMG. Infine si forniscono anche alcune basi teoriche di piccola chirurgia ambulatoriale. La parte relativa all'esame obiettivo, le tecniche e la pratica chirurgica vera e propria verrà affrontata più ampiamente nell'ambiente ospedaliero.

OBIETTIVI DIDATTICI

OBIETTIVI GENERICI: Il Tirocinante deve saper individuare e svolgere il proprio ruolo di Medico di Medicina Generale relativamente ai pazienti affetti da problemi e/o patologie chirurgiche, utilizzando correttamente la semeiotica, le indagini (strumentali e non), la comunicazione e l'integrazione dei problemi chirurgici con gli altri aspetti clinici e psicologici dei pazienti stessi. Deve conoscere le basi teoriche per le manovre di piccola chirurgia ambulatoriale. (Questi obiettivi sono integrati con la pratica ospedaliera)

OBIETTIVI SPECIFICI: Lo specializzando deve:

- Conoscere la semeiotica chirurgica normalmente praticabile dal MMG.
- Saper richiedere ed interpretare correttamente gli esami di laboratorio e strumentali di primo livello, per le patologie chirurgiche.
- Saper comunicare correttamente sia con il paziente affetto da patologie chirurgiche, sia con lo specialista.
- Conoscere le problematiche connesse ad eventuali altri problemi e alla terapia farmacologica, in pazienti con patologie chirurgiche.
- Conoscere le problematiche connesse alle conseguenze di lungo termine di interventi chirurgici.
- Saper organizzare lo strumentario ed il materiale chirurgico per la piccola chirurgia ambulatoriale.
- Conoscere i principi per la sterilizzazione dello strumentario chirurgico.
- Conoscere le principali manovre di piccola chirurgia ambulatoriale.

CONTENUTI

Pretest con una serie di piccoli e semplici casi clinici, discussi in aula, esercitazioni sul ruolo, attività e compiti del MMG in campo chirurgico con successiva discussione. Relazione e discussione sullo strumentario chirurgico, la disinfezione, la sterilizzazione, principi di trattamento di piccole ferite ed ustioni, suggerimenti pratici per la piccola chirurgia ambulatoriale, le prestazioni di particolare impegno professionale. Relazione e discussione su la comunicazione con i pazienti affetti da problemi chirurgici, le terapie farmacologiche in tali pazienti, la Day Surgery, la chirurgia mininvasiva.

Presentazione di un caso clinico su patologie ano-rettali, iter diagnostico-terapeutico, con approccio metodologico, infine discussione ed approfondimento di problemi emersi nell'UD con alcune riflessioni sull'UD stessa, post test e questionario di gradimento.

Sono stati forniti materiali cartacei relativi all'utilizzo dei Marker tumorali, e ad alcuni aspetti tecnici, e burocratici, ed i testi delle relazioni tenute in aula.

METODI DIDATTICI

All'inizio dell'UD sono stati forniti e presentati gli obiettivi ed i criteri di valutazione (Presenza, partecipazione attiva, contributi ed elaborati, pre-post test: punteggio e variazione) con discussione su di essi.

Sono stati utilizzati i mini casi clinici del pre test per una discussione indirizzata alla individuazione del problema nel contesto specifico per il MMG con particolare attenzione al grado di urgenza presentato (effettiva, ma anche soggettiva per il paziente, ad esempio il dolore) ed ai dispositivi che possono essere attivati. E' stata proposta una esercitazione per singoli tirocinanti e una in piccoli gruppi rispettivamente sul ruolo ed attività del MMG in campo chirurgico e sull'organizzazione dell'ambulatorio per le attività chirurgiche. E' stata tenuta una relazione sugli aspetti tecnici, organizzativi e di comunicazione in ambito chirurgico, con ricerca di momenti di discussione e confronto, è stato utilizzato un caso clinico strutturato nei vari passaggi con lo scopo di affrontare metodologicamente un problema chirurgico, sempre con discussione e confronto di opinioni, infine si sono discusse le conclusioni dell'UD e svolto il post test che ha l'obiettivo principale di veder se vi sono state variazioni teoriche di atteggiamento (presa in carico rispetto alla delega), o maggior attenzione all'urgenza, come per il dolore.

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

I discenti, nella quasi totalità, hanno mostrato un grado di preparazione in campo chirurgico decisamente elevato, contribuendo con osservazioni appropriate e con apporti originali a momenti di discussione molto stimolanti. Particolare interesse hanno prodotto le indicazioni e le osservazioni relative al contesto in cui si cala il problema chirurgico. Abbastanza significativi gli elaborati e costantemente elevata la presenza, la partecipazione ed i contributi portati dai discenti. Elevato il livello del pre e del post test nella quasi totalità, con un incremento dei punteggi raggiunti, nella maggioranza dei casi. Discreto l'orientamento al riconoscimento dell'urgenza e anche alla presa in carico personale del problema con ricorso mirato alla delega (PS e consulenza specialistica)

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO:

L'unità didattica ha riscosso un buon successo di gradimento, rilevato sia dalla frequenza elevata dei discenti, sia dai commenti e apprezzamenti, sia infine dall'analisi del questionario di gradimento. Da quest'ultimo si nota una sostanziale omogeneità di apprezzamento degli obiettivi e dei metodi, vi è una richiesta di maggior completezza dei contenuti e una maggior disponibilità di materiali didattici (3 su 12), mentre più variegata è la posizione rispetto ai criteri di valutazione: per 7 discenti essi sono validi, mentre per 5 sono o inaffidabili (3) o inadeguati (1) o poco utili (1). Non vi sono suggerimenti in merito al miglioramento dei vari aspetti.

Per il docente vi è la sensazione di aver raggiunto la maggior parte degli obiettivi anche se con qualche limite nel trasferimento di alcuni messaggi.

EVENTUALE ARTICOLAZIONE CON ALTRI SEMINARI E/O EVENTI:

L'unità didattica teorica si è svolta in parallelo con quella pratica presso alcuni reparti chirurgici, e nel corso delle discussioni è stato stimolato il ripensare alcuni aspetti dell'esperienza pratica anche in aula.

3.1.21. STRUMENTI INFORMATIVI E ORGANIZZATIVI DI SUPPORTO

Responsabile: dott. Carlo Buongiovanni

DOCENTI COINVOLTI Dr. F. Valcanover; Dr. P. Severino; Dr. C. Buongiovanni.
"Tutor Testimoni" : Dr. ssa A. Maggioni; Dr. J. Jorg; Dr. Chiumeo; Dr. Scalfi; Dr. E. Andreatta; Dr. P. Fedrizzi

ABSTRACT

Il personal computer è ormai alla pari del fonendoscopio e dello sfigmomanometro uno strumento indispensabile per la gestione del paziente nell'ambulatorio di Medicina Generale. Inoltre la "Clinical Governance" impone di perseguire la migliore qualità clinica praticabile utilizzando tutte le risorse disponibili. Questo comporta che i M MG si dotino velocemente di tutti gli strumenti di lavoro necessari a metterne in pratica i principi.

OBIETTIVI

- ⇒ Lo specializzando deve realizzare che l'uso del personal computer in ambulatorio comporta una riorganizzazione della tradizionale modalità di lavoro del M MG
- ⇒ lo specializzando deve acquisire conoscenze relative alle basi razionali su cui è strutturata la cartella clinica informatizzata orientata per problemi
- ⇒ lo specializzando deve acquisire conoscenze utili a migliorare i percorsi di diagnosi e cura, utilizzando al meglio sistemi informativi clinicamente orientati e comunque capaci di gestire sistemi di monitoraggio delle performance, EBM, linee guida, percorsi diagnostico terapeutici assistenziali, audit clinico, indicatori di processo e di esito
- ⇒ lo specializzando deve acquisire conoscenze relative alle modalità diverse con cui i più diffusi programmi di gestione dell'ambulatorio del M MG, rispondono alle esigenze di cui sopra

SVOLGIMENTO DEL CORSO

Il corso è stato strutturato in sette incontri di tre ore ciascuno per un totale di ventuno ore totalmente svolte in aula informatica. A queste ore vanno aggiunte tre ore di auto formazione e quattro dedicate all'organizzazione, alla valutazione finale e ad aspetti amministrativi e di segreteria per un totale complessivo di ventisette ore.

E' stato introdotto per la prima volta la figura del "tutor testimone" ossia di un tutor scelto tra quelli già impegnati nell'attività di tutoraggio ambulatoriale e considerato esperto conoscitore di quello specifico programma. Il suo ruolo dunque non è stato quello di docenza, bensì quello di illustrare ai discenti il programma da lui usato in ambulatorio, evidenziandone i vari aspetti. Al fine di conferire alle varie presentazioni, per quanto possibile, un' omogeneità è stato preparato il caso, identico per tutti i tutor, di un paziente che per la prima volta acceda all'ambulatorio e a mano a mano che questi va esponendo la sua storia clinica, il tutor mostrava le modalità previste dal suo software per tradurla in quella specifica cartella clinica. Al docente dunque rimaneva il compito di definire le linee generali, guidare la discussione in aula e garantire il

raggiungimento da parte dei discenti degli obiettivi previsti. In particolare i docenti sono stati impegnati ad illustrare gli aspetti e i problemi organizzativi di un ambulatorio informatizzato, il razionale nonché il corretto uso di una cartella clinica informatizzata per la medicina generale, nonché nella gestione dell'aula e nella valutazione finale.

VALUTAZIONE FINALE

Nello svolgimento del corso i discenti hanno sempre partecipato in maniera critica ed attiva alla discussione in aula dimostrando di possedere in generale buone attitudini e conoscenze informatiche di base. Questo ha sicuramente permesso loro di rapportarsi con i diversi programmi presentati senza grosse difficoltà. Alla fine del corso i discenti hanno dimostrato di aver compreso i principi generali della cartella clinica orientata per problemi in base ai quali hanno potuto cogliere le differenze presenti tra i vari programmi presentati e di evidenziarne attraverso il confronto con il docente, gli aspetti positivi ed i rispettivi limiti.

BIBLIOGRAFIA

- ⇒ "L'organizzazione del lavoro in Medicina Generale". Vittorio Caimi. UTET Periodici Vol 1; 1997
- ⇒ "Computer e reti in Medicina Generale". Fabrizio Valcanover UTET Periodici 1999
- ⇒ "Clinical governance". Giornale del Medico Anno XXI;N°3;3;14.02.2005

INCONTRO RELATIVO AI PROBLEMI DELLA CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA. TRENTO 31.05.2006

Questo incontro, guidato dal Dr. Francesco Del Zotti e con la compresenza del Dr. Carlo Buongiovanni e del Dr. Paolo Colorio, ha rappresentato un momento di riflessione a fine Corso relativo all'apprendimento teorico e pratico riguardante i programmi informatici per la Medicina Generale da parte dei vari tirocinanti.

Dopo un rapido giro di presentazione con verifica del livello di utilizzo personale dei sistemi informatici da parte degli specializzandi, si è passati all'identificazione di meriti e limiti dei sistemi maggiormente utilizzati in Italia.

La prima annotazione importante è stata che detti sistemi sono stati ideati e progettati circa trent'anni or sono, secondo una mentalità orientata solo alla raccolta dei dati biologici. Attualmente, anche per la notevole evoluzione della Medicina e della Medicina Generale in particolare, questi sistemi si possono considerare vecchi, sempre molto validi per quanto riguarda la raccolta dei dati biologici anche se spesso troppo rigidi, ma assolutamente carenti per quanto riferisce agli aspetti psicologici e sociali dei pazienti e delle situazioni organizzative, che peraltro necessitano di uno sguardo non solo individuale ma anche familiare.

Per tale motivo il Dr. Del Zotti ha mostrato alcuni esempi di possibili inserimenti nella cartella informatica di situazioni sia in riferimento a link familiari sia come costruzione di schemi di relazioni interpersonali con ovvie ricadute organizzative. Il docente ha presentato anche degli schemi geometrici per chiarire gli aspetti tecnici, psicologici e sociali di alcune diagnosi e trattamenti, in particolare il diabete, che necessita di trattamento insulinico. Se non si esplorano e tengono in considerazione tutti gli aspetti vi è un più che fondato rischio di fallimento o di gravi errori nel trattamento, come talvolta accade nella medicina specialistica che spesso collega

diagnosi e trattamento in modo consequenziale senza tenere in debito conto gli aspetti collaterali. (Diagnosi di diabete tipo 1 e prescrizione automatica della terapia insulinica, che però il paziente non assume per rifiuto). Questa parte della lezione ha innestato un dibattito sul ruolo del MG che ha mostrato anche dei limiti da parte di alcuni specializzandi verso la comprensione, a livello teorico, del ruolo complessivo della MG.

Nella seconda parte il Dr. Del Zotti ha mostrato alcuni esempi di possibile utilizzo dei dati analizzati dal PC con scopi più raffinati ed elevati che per l'uso comune routinario. In particolare l'estrazione dei pazienti con particolari problemi, ad esempio la sindrome metabolica o lo scompenso, a partire da segni o sintomi differenti, oppure l'isolamento di sottoclassi particolari (diabetici sottoposti ad esame del FO in un determinato periodo).

Questa sessione di lavoro ha stimolato l'interesse dei vari tirocinanti che hanno posto domande e quesiti.

La lezione si è conclusa con l'augurio di poter iniziare una collaborazione più fruttuosa e duratura nel tempo.

3.1.22. TEORIE E MODELLI DI APPROCCIO SPECIFICI IN MEDICINA GENERALE.

Responsabile: dott. Fabrizio Valcanover

Premessa

Nell'ambito dell'Unione Europea con la Direttiva UE 93/16 viene promossa la libera circolazione dei medici e vengono invitati i paesi dell'Unione a rispettare alcuni criteri comuni per la formazione dei medici.

La Direttiva, però, dice poco sul contenuto e sulla qualità della formazione. Questo ha spinto molte organizzazioni professionali della medicina generale in Europa ad interrogarsi sugli aspetti condivisi della professione del medico di medicina generale (competenze ed abilità).

Pur essendo il dibattito in corso in Italia, in Europa il WONCA (The European Society of General Practice / Famiglie Medicine, organizzazione a carattere marcatamente culturale e scientifico che rappresenta quasi tutti i paesi europei) ha elaborato nel 2002 una definizione condivisa della medicina generale che individuava le caratteristiche peculiari e specifiche e tracciava un quadro ampio della professione medico di medicina generale. Nell'ambito del saggio esplicativo pubblicato in Europa (e tradotto anche in Italiano) si fa inoltre riferimento alla ampia letteratura prodotta sull'argomento negli ultimi 20 anni a livello europeo e mondiale.

A livello internazionale, comunque, è riconosciuto che il Corso debba trasmettere quelle abilità e competenze per il lavoro del medico di medicina generale che sono specifiche e non un ripasso di argomenti già trasmessi dall'Università di medicina, che devono essere dati per scontati. Esula dagli interessi della collettività che il corso sia un doppiopione delle competenze di base del medico, in quanto è un corso di specialità, strutturato per dare qualcosa di più e di diverso al medico, utilizzando risorse, conoscenze e un setting tutoriale specifico che può essere rinvenuto solo là dove si svolge il lavoro di primo livello.

Si intende inoltre che le abilità e le competenze sono sottese ad un atteggiamento specifico da acquisire che deve informare il metodo clinico, il comportamento nella relazione con il paziente, nell'ambito di una cultura che è quella delle cure di primo livello. Per cultura si intende qui un insieme di significati correlati che danno senso ad una professione.

Obiettivi

Obiettivo generale di questo modulo è quindi quello di fornire al discente strumenti specifici ed integrati nell'ambito della relazione, della clinica e dell'organizzazione del lavoro e di stimolare la conoscenza e la riflessione sui core content della medicina generale e sulla specificità professionale.

Svolgimento, contenuti

I contenuti trattati nel modulo hanno come comune denominatore la loro specificità inerente la medicina generale.

Sono stati articolati in

- Incontri d'aula dedicati con lettura di testi, discussione e relazione scritta
- ✓ Storia del medico di medicina generale italiano ed implicazioni sul ruolo professionale
- ✓ L'epidemiologia della medicina generale
- ✓ Ruolo e aspetti professionali specifici del medico di medicina generale

- ✓ La Definizione europea della medicina generale
- ✓ Competenze specifiche della medicina generale

- Lezioni d'aula con metodologia attiva ed uso di simulazioni e giochi di ruolo all'interno di altri seminari / unità didattiche (Laboratorio della comunicazione e della relazione e del disagio psichico, Il paziente domiciliare cronico e terminale, Il laboratorio sull'immigrazione e l'integrazione tra culture diverse, Strumenti informativi ed organizzativi di supporto)

- ✓ La rete di lavoro del medico di medicina generale: il sistema gestionale di erogazione delle cure
- ✓ Organizzazione ed artefatti organizzativi in medicina generale
- ✓ Il servizio e l'ottica di servizio in medicina generale: la centralità del cittadino
- ✓ Il sistema di riferimento profano e la famiglia dei curanti
- ✓ La consultazione in medicina generale
- ✓ Stili relazionali in medicina generale
- ✓ La relazione di lunga durata
- ✓ Il paziente difficile
- ✓ La comunicazione della cattiva notizia
- ✓ La negoziazione in medicina generale
- ✓ Dati ed informazioni in medicina generale
- ✓ Le classificazioni in medicina generale

I contenuti relativi all'organizzazione sono stati anche trattati prima del periodo di rotazione dai tutor medici di medicina generale (dicembre 2005) al fine di fornire ai discenti strumenti di osservazione di diverse modalità organizzative. Al termine del periodo di rotazione è stata richiesta una relazione scritta secondo uno schema prestabilito.

Alcuni contenuti ad alta valenza relazionale sono stati integrati anche nelle simulazioni con l'uso del paziente simulato. Una relazione è presentata all'interno del rapporto sul paziente simulato.

Tutti i contenuti con aspetti relazionali hanno avuto verifiche sul campo all'interno di sedute di giochi di ruolo e di simulazioni proposte comunque in contesti in cui veniva chiesta una integrazione delle abilità cliniche, organizzative e relazionali.

Note su aspetti di valutazione

In questa unità didattica non è stata effettuata una unica valutazione.

Parte della valutazione è stata inserita all'interno dei singoli seminari / unità didattiche in cui sono stati trattati i diversi argomenti.

Alcuni contenuti miravano ad una crescita professionale del discente, per cui è stata privilegiata la discussione d'aula interattiva (con produzione di documenti sintetici condivisi) e la produzione di relazioni scritte individuali.

L'esperienza del paziente simulato non è stata usata per una valutazione in quanto essa stessa è stata utilizzata dal gruppo di lavoro per porre le basi di un nuovo strumento valutativo sulle abilità e sulle capacità empatiche e professionali del medico di medicina generale.

3.2. UNITÀ DIDATTICHE/SEMINARI SPECIALI

3.2.1. ANTROPOLOGIA MEDICA.

Responsabile: dott.ssa Norma Sartori

11 maggio 2006

Obiettivo della giornata:

Un altro sguardo su salute, malattia e sofferenza: un percorso di introduzione all'antropologia medica

Presentazione:

Presentandosi la docente parla brevemente della sua tesi di dottorato, la cui tematica riguarda le allergie.

Oggi tutti dicono di avere delle allergie, anche se solo un cibo fa un effetto indesiderato. Esiste un grande gap tra le allergie dichiarate dalle persone e quelle riconosciute dagli allergologi. La bio-medicina non è l'unica forma di terapia, ci sono un sacco di terapeuti non medici a cui i pazienti con patologie croniche, come possono essere le allergie, si rivolgono.

I punti di vista sull'allergia possono essere diversi a seconda di chi è l'osservatore:

11. allergologi
12. pazienti
13. medici alternativi, esempio i cinesi, nella loro teoria non esiste il sistema immunitario. Si occupa di medicina delle migrazioni.

Si occupa anche di progetti di sostegno a paesi in via di sviluppo.

Sociologia e antropologia: quali differenze?

Si assomigliano.

La sociologia studia la società moderna dell'ultimo secolo.

L'antropologia ha come oggetto di studio l'uomo, quindi orizzonte più ampio, anche da un punto di vista temporale. Se il sociologo studia la delinquenza: analizza il fenomeno a livello europeo, l'antropologo fa un "giro più lungo", si distanzia e si chiede se nelle altre culture, il fenomeno oggetto di studio, esiste.

"I divari tra me e coloro che pensano diversamente da me definiscono i reali confini del sé. Sono le asimmetrie tra ciò che noi crediamo o sentiamo e ciò che gli altri credono o sentono a renderci possibile localizzare dove siamo ora nel mondo, come ci si sente ad essere lì e dove noi potremmo o non potremmo voler andare".

Il termine primitivo riferito alle popolazioni ha perduto le accezioni negative (anche se a tutt'oggi gli antropologi non ritengono corretto usare tale termine).

Antropologia medica, o della salute o della malattia: oggetti di studio sono le concezioni popolari delle cause e della natura delle malattie, nonché i trattamenti, le terapie e i terapeuti.

Attenzione se parliamo di medicina dobbiamo precisare **bio-medicina** che si differenzia dalle altre medicine. I determinanti di salute delle popolazioni dipendono dalla scienza medica nel 10-20% dei casi, il resto è dovuto a igiene, scolarizzazione, alimentazione ecc.

L'antropologia medica è nata all'inizio del 1900, con la colonizzazione dei paesi del terzo mondo. I colonizzatori si portavano dietro gli antropologi per capire meglio le popolazioni ivi residenti. Osservavano i primitivi nel loro ambiente naturale: "osservazione partecipante" condividendone la vita quotidiana e cercando di capirne le caratteristiche. Nell'ottocento gli antropologi studiavano nelle biblioteche senza andare sul posto. Le prime pubblicazioni hanno titoli molto suggestivi: magie, stregoni ecc.

Approccio evoluzionista: si va dal primitivo e si percorre una strada in salita arrivando fino al nostro grado di sviluppo, quindi i primitivi sono inferiori a noi! Sono più stupidi, più ignoranti. L'evoluzione è lineare e cumulativa: noi siamo il prodotto di più sviluppi che si sono accumulati. Quello che fa il popolo primitivo sono dei tentativi imperfetti, perchè loro non posseggono la verità. "Loro credono noi sappiamo". C'era l'ossessione dell'oggettività, ma poi si sono scoperti i diari segreti, dove si leggono delle cose terribili "contro" le popolazioni autoctone. Questi antropologi studiavano le "altre" popolazioni. La scienza come sistema **vero** con corrispondenza nella realtà, contrapposto alle **credenze** dei primitivi.

Approccio funzionale : il pensiero magico come "gigantesca variazione sul tema del principio di causalità" (Mauss). È come se i primitivi non conoscessero il principio di causalità, ma lo praticano inconsapevolmente. Il malato è una vittima per le società con pensiero magico, per noi che abbiamo un pensiero naturalistico, il malato è colpevole e responsabile di quello che gli succede. I primitivi non sono completamente stupidi: i primitivi avevano un pensiero strutturato in modo diverso. È esperienza comune di molti medici il fatto che i pazienti, a volte si sentono in colpa della loro malattia.

Teorie relativiste: sono americane. Ogni cultura è un fatto a sé: dobbiamo vedere nel contesto come la storia costruisce quella cultura. È illecito comparare diverse culture. Il prodotto finale delle diverse culture è per forza diverso perchè è diverso il contesto in cui si sviluppa. Bisogna andare sul posto e cercare di capire. Ci sono antropologi appartenenti a questo filone si sono occupati di medicina: il concetto di normale e anormale non è un fatto ma è determinato dal contesto; alcune culture si caratterizzano per la loro particolarità psicologica. Ci sono culture paranoide, schizofreniche per il loro modo di rapportarsi e relazionarsi, ma per chi vive dentro quella cultura questo è un comportamento normale, è anormale per chi guarda da fuori. Quindi quello che è normale per noi non lo è per altri. In Africa ci sono certi virus intestinali così diffusi che è anormale chi non ce l'ha.

Ecologia umana: spiega le strategie socio-culturali adattative all'ambiente ecologico. È una deriva del funzionalismo.

Fino a quando una cosa non ha nome non esiste. Quando è stato coniato il termine allergia? Nel 1905. Anche prima del 1905 morivano persone per shock anafilattici, ma non morivano di allergia.

Discussione.

Dalle teorie relativiste all'approccio interpretativo:

dal concetto che sotto al termine che designa una malattia ci sia una corrispondenza di realtà al concetto descritto da Kleiman (si interessa soprattutto di psichiatria): la malattia non è un'entità ma un modello esplicativo, la malattia appartiene alla cultura e in particolare per noi alla cultura della bio – medicina. Il

fondamento ontologico della malattia è di tipo culturale non naturale (sta nell'interpretazione e nel significato attribuitogli dall'uomo).

Klaiman dice che facciamo un errore quando individuiamo la malattia come un puro elemento naturale e biologico. In realtà il contesto culturale nostro ci spinge a questo tipo di errore, ogni giorno vediamo i progressi della scienza, della medicina che ci portano a considerarli acriticamente, prescindendo da un concetto culturale.

Osservazione di un discente: 20 anni fa c'era più "contenimento" religioso. Come sarà il futuro? Non c'è un'univoca risposta e spiegazione alla malattia, varia da paziente a paziente.

Per questo è importante l'approccio antropologico.

Klaiman: disease (malattia biologicamente intesa aspetto fisiologico dell'infermità)-illness (malattia percepita dal soggetto, malessere soggettivo)-sickness (stato socialmente riconosciuto di malattia). Il concetto di malattia deve scaturire da tutti e tre questi concetti.

Illness: Klaiman usava interviste in cui si andava a chiedere al paziente il perchè gli è venuta una malattia, come descrive il paziente la storia della malattia. Si osservano sempre degli scarti tra quanto descrive il paziente, i suoi familiari, i medici.

B. Good fa una piccola variazione sulle credenze di malattia di Klaiman e propone le **reti semantiche** (rete delle parole, delle situazioni, dei significati, dei sintomi e delle emozioni attraverso la quale il sofferente conferisce un significato alla propria malattia): non solo spiegazione di malattia, ma anche interpretazione, perchè c'è connessione con l'universo simbolico sociale. "Una delle caratteristiche essenziali dell'arte di guarire consiste nel simbolizzare l'origine della sofferenza, nel trovare un'immagine attorno alla quale una spiegazione prenderà forma".

Se la rete semantica del medico e del paziente sono troppo lontane e diverse il paziente non accetterà la terapia.

Negli anni si sono utilizzati gli antropologi per le campagne di sensibilizzazione, perchè si è visto che il modo in cui pensa il paziente non è razionale e logico, non si sovrappone a quello del medico. I modelli interpretativi delle malattie vanno negoziati con i pazienti. "Non c'è presa di polso a cui non corrisponda la stretta di mano" (Ippocrate). Sapere è potere: il paziente arriva con un bagaglio di sapere...dobbiamo rimettere in gioco la distribuzione del potere se vogliamo comprendere la malattia.

Osservazione di un docente: l'ascolto ha a che fare con l'udito, significa uso dei sensi, ma non solo!...la crisi dell'ascolto in medicina ha a che fare con la clinica stessa, in senso globale (auscultare, uso di strumenti anzichè visitare, ascoltare, sentire il paziente).

Lettura di una pagina di B.Good su rapporto medico paziente.

Discussione sulle specializzazioni mediche.

Sickness: creazione delle conoscenze e delle condizioni dello stato di malattia. Le teorie di Klaiman e Good non tengono in considerazione il fatto che anche le spiegazioni del paziente sono sempre ideali. Joung critica così: si dà troppa attenzione alla illness; attenzione che la malattia ha modo di esistere perchè c'è diffusione delle conoscenze e anche di certe condizioni dello stato di malattia. C'è anche il sociale! Gramsci sostiene che il potere (medico) crea delle reti di significati non solo per orientare gli uomini nel mondo, ma anche per mascherare certe realtà.

Le reti di significati sono mistificanti: ad esempio il fatto di creare un discorso medico-scientifico sulla depressione è un modo per far cadere la colpa sul paziente (ineguaglianza sociale, ingiustizie, problemi

politici); la sofferenza sociale ha radici politiche, ma attraverso un discorso medico si nega ciò. Illich e molti altri hanno portato in luce questo discorso, dagli anni 80 molti antropologi stanno riprendendo questi concetti. L'antropologia oggi sta tentando di avvicinare l'approccio interpretativo con l'approccio critico.

Con l'approccio interpretativo sembrava che gli antropologi fossero a favore della medicina "con" i medici, l'approccio critico sembrava "contro" i medici.

Le riflessioni su salute e malattia venivano sempre impostate su un corpo biologico (come sottolineato dalla bio – medicina): l'incorporazione cerca di definire come la società ci induce a pensare e vivere il nostro corpo (es. la gestualità è frutto della società e della cultura). Il corpo come espressione di qualcosa che arriva dall'esterno e come creazione di un linguaggio; si riferisce anche a qualcosa che non accetto, quindi una forma di resistenza, un conflitto.

Ci sono rapporti con la psicanalisi?

Si parla di psico – neuro – immunologia: questo approccio teorico prende e da molto alla visione psichica della malattia come somatizzazione.

Secondo l'incorporazione illness-sickness-disease sono tre poli interconnessi di uno stesso aspetto; interferiscono tra loro. Rappresentato come i vertici di un triangolo.

Augè: pensare alla propria malattia significa già fare riferimento agli altri. La natura della malattia è paradossale, è il più sociale e il più individuale degli eventi!

Rosenberg: Le culture sono fantastiche macchine creatrici di senso, le malattie e i fattori di rischio ad esse associate sono delle costruzioni socioculturali.

Segue una lunga discussione sull'arbitrarietà del modello antropologico.

Attraverso spezzoni di un film americano osserviamo come una paziente costruisce una sua interpretazione di una sindrome da allergia estrema a tutto...test e indagini tutte negative!

Molte volte quando non si capisce qualcosa in medicina si ricorre alla spiegazione causale di un problema psicologico o psichiatrico, lo sguardo antropologico è alternativo alla classificazione di natura psichiatrica.

Riflessioni di antropologia sulla bio – medicina:

gli antropologi, tornano a casa dall'Africa, applicano i sistemi di indagine che hanno imparato ad usare con i primitivi, qui da noi, negli ospedali ad esempio. Si è visto come in medicina ci siano state delle mode: appendicectomia, tonsillectomia, circoncisione, isterectomia ecc. Non sempre questi interventi erano leciti, utili, etici!

Caratteristiche della scienza medica:

- scientificità
- razionalità
- verità

Il corpo è uno e viene scomposto ecco perchè si parla di riduzionismo.

La bio-medicina fonda le sue radici nella cartesianità, è diverso in altre culture. La varietà culturale della rappresentazione del corpo: esempio in Brasile c'è una popolazione che per designare il corpo dice "la carne di qualcuno".

Good cerca di capire perchè si è arrivati a una cultura medica come la nostra, quindi va a vedere come i medici vengono formati. Si è visto che la funzione del vedere, lo sguardo del medico è uno sguardo ben preciso; la

clinica è fondata sull'osservazione medica, nasce con l'anatomia patologica alla fine dell'ottocento, quindi la clinica si fonda su un vedere ben diverso dal vedere comune quotidiano. Anche lo scrivere medico è particolare: il medico che scrive una diagnosi o una terapia è un atto di costruzione; è inoltre un atto molto potente...addirittura magica per Levi (in Cristo si è fermato ad Eboli).

Good: la formazione dei medici è costruita su una logica arbitraria e che tiene conto soprattutto delle gerarchie.

Gli antropologi aiutano a allargare lo sguardo e ad essere critici sulla scientificità/arbitrarietà dell'agire medico.

Spesso tutto ciò è tacito, la dimensione non rigida e arbitraria è negata e sottaciuta.

L'origine della bio medicina nasce dalla divisione mente-corpo.

Le sfide del 21° secolo:

- 1.malattie croniche
- 2.pluralismo medico
- 3.pressioni economiche
- 4.medicalizzazione
- 5.rafforzamento dell'individualizzazione e della depoliticizzazione
- 6.rafforzamento dell'ideologia scienziata e illusione della salute perfetta

Cercare di cambiare paradigma nella nostra pratica quotidiana può portare molti benefici nell'ottica di una ripianificazione degli atti terapeutici, per un'etica della medicina.

3.2.2. INTRODUZIONE ALLA METODOLOGIA CLINICA E ALL'ANALISI DECISIONALE

Responsabile: dott. Pasquale Laurino

Il seminario "introduzione alla metodologia clinica e all'analisi decisionale" fa parte del percorso didattico n. 1 "Il metodo, la qualità dell'assistenza e la partecipazione del paziente". Questo percorso si propone, come obiettivo formativo generale, la diagnosi e la gestione di problemi che si incontrano nella pratica della medicina di famiglia utilizzando il metodo clinico ad essa peculiare.

La metodologia clinica è l'insieme di tutte quelle regole e di tutte quelle procedure indispensabili per la pratica della medicina. Questo corso si occupa quindi del modo di operare del medico che, nell'esercizio della pratica di medicina generale, si rapporta con il paziente / cittadino utente sia nell'area della "salute" che in quella della "malattia".

Nell'attività clinica, il medico dispone, per rilevare le informazioni dal paziente e per processarle, di un metodo ben standardizzato. Tale metodo è insegnato, anche se spesso in modo acritico, nelle Università attraverso lo studio delle "cliniche" (metodologia applicata) e attraverso l'osservazione/imitazione del clinico/docente.

Il medico neolaureato quindi già dispone di un metodo e di tecniche precise che utilizza nell'incontro con il paziente per affrontare i problemi che questo ultimo gli pone, anche se tale metodo, nel trasferirsi nella pratica della medicina generale subisce degli adattamenti su cui vale la pena riflettere.

Nell'attività clinica il medico ha però bisogno, per processare i dati che deriva dal paziente e per prendere le decisioni, di conoscenze biomediche aggiornate. Noi riteniamo quindi che parte integrante del metodo clinico sia la capacità di ricercare e selezionare le informazioni biomediche per poterne disporre nell'incontro con il paziente. Queste abilità, così rilevanti, vista la breve emivita delle conoscenze scientifiche e l'enorme mole di informazioni di così diverso valore di cui il medico può oggi disporre, sono ancora poco insegnate nell'ambiente universitario.

La prima parte del corso "introduzione alla metodologia clinica e all'analisi decisionale" ha dunque avuto come obiettivo di apprendimento generale la capacità di selezionare e di valutare autonomamente le informazioni scientifiche utili alla gestione delle patologie più comuni nella pratica della medicina generale.

Inizialmente il corso si è occupato della selezione e della valutazione delle fonti "primarie" di informazione, In realtà, nella pratica del medico di medicina generale, è più frequente e più tipico ricorrere alle fonti "secondarie" di informazione. Per tale motivo si è ritenuto opportuno dedicare una breve sezione del corso alla acquisizione di abilità di ricerca e di valutazione delle "fonti secondarie di informazione".

Gli obiettivi di apprendimento specifici di questa prima parte sono stati i seguenti:

1. Acquisire capacità di valutazione delle differenze di qualità dei dati provenienti da studi di tipologia diversa (sperimentali, di coorte, caso-controllo, RCT)
2. Acquisire capacità di valutazione delle differenze di entità e di importanza dei dati di uno specifico studio di terapia (significatività, intervallo di confidenza, rischio relativo, number needed to treat, ecc.)

3. Acquisire capacità di valutazione delle differenze di entità e di importanza dei dati relativi all'utilizzo in medicina generale di un test diagnostico (sensibilità, specificità, potere predittivo, rapporto di verosimiglianza, ecc.)
4. Acquisire abilità di accesso e interrogazione al principale database delle fonti primarie (MEDLINE)
5. Acquisire capacità di evidenziare la rilevanza e la trasferibilità delle informazioni relativamente al contesto della medicina generale
6. Acquisire capacità di valutazione della qualità, rilevanza, trasferibilità dei dati provenienti da linee guida
7. di valutazione della qualità, rilevanza, trasferibilità dei dati provenienti da revisioni di letteratura
8. Acquisire abilità di accesso e interrogazione ai principali database delle fonti bibliografiche secondarie (National Guideline Clearinghouse, NICE, SIGN, ecc.).

Articolazione con altri seminari/eventi

Abbiamo deciso di utilizzare il dolore toracico, nel corso della trattazione delle fonti secondarie, come argomento traccia per il raggiungimento di alcuni obiettivi didattici.

Si è proceduto, sia in discussione plenaria che con ricerca individuale, a identificare le fonti secondarie più rilevanti, pertinenti e trasferibili, sulla gestione del dolore toracico acuto da parte del medico di medicina generale.

Successivamente, in particolare sulla questione se le fonti secondarie contenessero indicazioni sulla eventuale esistenza di segni clinici sufficientemente sensibili e/o specifici per discriminare un dolore toracico acuto potenzialmente letale, si è proceduto ad un'esercitazione individuale, da potersi utilizzare come test di valutazione.

Calendario e programma

Data		Titolo. Docenti	Metodo didattico
1	25/2/04 9-12	Le fonti di informazione del M.M.G. Dott. Marco Clerici	Role playing: la visita dell'informatore scientifico Discussione
2	25/2/04 14-17	Le fonti di informazione del M.M.G	Autoapprendimento: lavoro di gruppo: ricerca di informazioni e commento critico sui contenuti della visita dell'informatore scientifico
3	5/3/04 14-17	Le fonti di informazione del M.M.G Dott Marco Clerici Dott.sa Amelia Marzano	Presentazione del lavoro di gruppo Lezione: sintesi dei concetti principali relativi alle fonti di informazione del M.M.G. Il parere dello specialista sul tema trattato Discussione
4	12/3/04 14-17	Introduzione all'EBM La differenza di qualità delle informazioni Dott Marco Clerici	Lezione e discussione Lavoro individuale: valutazione della Q di alcuni studi di differente tipologia presentati in abstract
5	19/3/04	La differenza di qualità delle informazioni	Presentazione dei lavori individuali e

	14-17	Dott Marco Clerici	discussione Lezione di sintesi dei concetti principali: studi osservazionali e sperimentali (coorte, caso-controllo, RCT), outcome outcome hard/soft, principali/surrogati
6	26/3/04 14-17	La differenza di qualità delle informazioni	Autoapprendimento: lavoro individuale: lettura di due RCT e valutazione dell'importanza per il MMG
7	2/4/04 14-17	I risultati di un trial clinico: l'entità e la precisione dei dati Dott Marco Clerici	Presentazione e discussione dei lavori individuali
8	23/4/04 14-17	I risultati di un trial clinico: l'entità e la precisione dei dati Dott Marco Clerici	Lezione: rischio relativo e rischio assoluto, NNT, NNH, significatività, intervallo di confidenza Lavoro individuale: Valutazione dei risultati di alcuni RCT presentati
9	30/4/04 14-17	Pubmed/Medline: l'interrogazione del principale database di fonti primarie Dott Marco Clerici	Lezione/esercitazione sui principali strumenti di interrogazione di Pubmed/Medline: operatori booleani, MESH browser, Limits ecc.)
10	07/5/04 14-17	Pubmed/Medline: l'interrogazione del principale database di fonti primarie	Esercitazioni individuali e digruppo

3.2.3. LABORATORIO CULTURALE.

Responsabile: dott. Mauro Bertoluzza

Il laboratorio culturale ha visto impegnati gli specializzandi in due momenti formativi qualificanti: il percorso narrativo cinematografico e quello teatrale con la recita della commedia "Knock o il trionfo della medicina".

Il percorso narrativo cinematografico

E' stato caratterizzato dalla introduzione, per alcuni moduli dei percorsi didattici del Corso triennale, 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.

L'**obiettivo didattico** di questa scelta sta nel fatto che il cinema, per la sua straordinaria efficacia narrativa e didascalica e per la sua forza di rappresentazione, può contribuire a formare altrettanto efficacemente di quanto possano fare, da sole, le lezioni d'aula tradizionali. Inoltre è un dato ormai acquisito che la trasmissione delle conoscenze debba far ricorso, oltre alla razionalità, anche all'affettività del discente, stimolando emozioni e sentimenti; e in questo senso il linguaggio cinematografico risulta molto efficace nel suggerire interpretazioni profonde dell'agito umano. E proprio questa capacità di interpretazione può consentire al medico di colmare la distanza che si è venuta a creare tra la medicina tecnologica e il vissuto dei pazienti, facilitandone il compito quando si troverà a decidere in situazioni complesse.

Il cinema può quindi affiancarsi agli strumenti più tradizionali dell'apprendimento, quelli che attraverso l'analisi introspettiva, interpretativa e clinica possono far comprendere meglio vissuti e sofferenze legate all'esperienza di malattia.

Il cinema inoltre 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 di valutazione critica fondata su basi scientifiche, etiche, filosofiche, emotive.

Si potrebbe obiettare che questa metodologia didattica centrata sulla visione/discussione di un film sarebbe perfettamente assimilabile a quelle iniziative didattiche orientate all'arricchimento culturale e personale del discente, che non hanno quindi un'immediata ricaduta nella prassi; in realtà sono sempre più convinto che, incidendo sulla sensibilità e l'abito mentale dei discenti, avranno in tempi lunghi un'utilità altrettanto rilevante.

Altri obiettivi didattici:

- ⇒ sensibilizzare gli specializzandi alla complessità della relazione d'aiuto e di cura nelle sue dimensioni etiche, psicologiche, sociologiche, antropologiche, ambientali.
- ⇒ Migliorare la relazione di cura e di aiuto, contestualizzando il processo grazie alla conoscenza dell'ambiente e della storia personale dei soggetti, delle loro culture specifiche, comunicando di conseguenza con stili relazionali adeguati e modalità eticamente rispettose.
- ⇒ Accrescere le competenze necessarie alla comunicazione fra gli attori della scena della cura e dell'aiuto, fra le istituzioni sociali e sanitarie e i cittadini.

- ⇒ Restituire al soggetto che soffre e cerca aiuto la sua soggettività e la sua parola, aiutandolo, in modo adeguato, a riguadagnare una centralità.
- ⇒ Superare la logica del riduzionismo e del causalismo meccanico nell'interpretazione dei fatti sociali e degli eventi di malattia.
- ⇒ Sviluppare una dialettica tra le discipline diverse che interagiscono sulla scena dell'aiuto e della cura.

Film visionati:

- "Don Juan De Marco maestro d'amore" sul rapporto medico-paziente psichiatrico (Laboratorio comunicazione e relazione).
- "Un'ora sola ti vorrei" sul rapporto medico-paziente depresso (Laboratorio comunicazione e relazione)
- "Un silenzio particolare" sull'esperienza di una comunità di accoglienza di pazienti psichiatrici (Laboratorio comunicazione e relazione).
- Iris, un amore vero" sul rapporto medico-paziente affetto da malattia di Alzheimer (Laboratorio comunicazione e relazione).
- "Una storia vera", "Il posto delle fragole" sul rapporto medico-paziente anziano (Modulo sulla salute dell'anziano).
- "Un bacio appassionato" sul rapporto medico-paziente immigrato (Modulo sul paziente immigrato).

Il percorso narrativo teatrale

L'altra iniziativa culturale formativa è stata la recita della piece teatrale "Knock o il trionfo della medicina", commedia scritta nel 1923 da Jules Romains.

E' stata tradotta dal francese dalla dottoressa Loreta Rocchetti (a tutt'oggi non esiste in commercio una copia in italiano) ed è stata adattata e integrata in alcune parti dal sottoscritto.

E' la storia dell'arrivo nel paese di San Maurizio del dottor Knock, con qualifiche mediche minime e quanto meno discutibili, che sostituisce il dottor Parpalaid, vecchio medico del paese, che ha deciso di trasferirsi in una grande città; Knock ne acquisisce tutti i pazienti, poco abituati ad andare dal medico, ed è abilissimo a convincere tutti gli abitanti di San Maurizio di essere affetti da varie malattie, di essere tutti dei malati potenziali ("...ammalarsi...vecchia nozione che non regge più di fonte 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...").

La commedia è straordinariamente attuale. "Oggi giorno la società è oggetto, senza che ne abbia consapevolezza, di una medicalizzazione ad oltranza; questa dinamica, già messa in evidenza oltre vent'anni or sono da Ivan Illich sembra mirare a trasformare in un futuro prossimo le persone in buona salute in altrettanti malati. Jules Romains ha anticipato all'inizio del secolo scorso la realizzazione di questo obiettivo nella commedia *Knock o il trionfo della medicina'* (G. Domenighetti).

Tutti gli specializzandi del triennio hanno recitato una loro parte nella commedia e, al di là della sopraccitata "modernità" della stessa, un aspetto didattico molto importante dal punto di vista formativo è stato il superamento di difficoltà comunicative e di interazione di gruppo, acquisite appunto con il lavoro interpretativo. Da questa esperienza ne è derivato, ad esempio, una minore titubanza e una maggiore padronanza di sé e delle proprie emozioni nella realizzazione di role playing e simulate (metodologia didattica utilizzata nel Laboratorio sulla comunicazione e relazione).

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

3.2.4. LABORATORIO DELLA COMUNICAZIONE, RELAZIONE E DEL DISAGIO PSICHICO.

Responsabile: dott.ssa Norma Sartori

DOCENTI COINVOLTI dr. Claudio Agostini, dr. Mauro Bertoluzza, dr. Aldo Genovese, dott.sa Norma Sartori, dr. Giuseppe Parisi, dr. Fabrizio Valcanover

PREMESSA

Questa unità didattica differisce dalle altre perché ha un interesse principale che consiste nel seguire durante il triennio gli specializzandi in medicina generale per far crescere in loro soprattutto la consapevolezza della centralità relazionale in medicina generale. In alcuni incontri vengono anche proposti strumenti per conseguire abilità comunicative e contenuti cognitivi, ma, anche in questi incontri lo sfondo è sempre la crescita generale e la capacità di utilizzare una nuova consapevolezza nell'esercizio della clinica e delle altre innumerevoli azioni che compie quotidianamente e nel tempo il medico di medicina generale nell'esercizio della sua professione.

Non è strano, quindi, che in questo percorso sia particolarmente sottolineata la centralità del paziente/cittadino e sia particolarmente studiata la reazione soggettiva del medico di medicina generale alle situazioni di criticità ma anche di normalità nelle innumerevoli relazioni con i diversi attori che incontro nel lavoro di cura del paziente.

Ne consegue – come verrà detto alla fine – che la valutazione assume particolari caratteristiche che non sono misurabili con i sistemi classici ma che possono emergere in colloquio finale con il singolo specializzando.

Questo seminario ha quindi spesso caratteristiche sperimentali, si integra con numerosi altri seminari e con la parte pratica svolta presso il medico di medicina generale.

INTRODUZIONE

Il corso di studi universitario non fornisce allo stato attuale agli studenti gli elementi indispensabili allo sviluppo di quelle abilità relazionali considerate imprescindibili per la pratica della medicina generale. Il contesto in cui si svolge la formazione specifica e la sua articolazione offre invece l'occasione per colmare tale lacuna o comunque per approfondire questi aspetti. Lo specializzando infatti frequenta per lunghi periodi lo studio del mmg e può, all'inizio, direttamente osservare l'esistenza e il dipanarsi della relazione tra medico e paziente, nonché osservare gli aspetti prettamente comunicativi tra i due soggetti e, alla fine del periodo, può anche interagire e vivere in prima persona la relazione con il paziente. Inoltre, svolgendosi le attività teoriche in un peculiare contesto diverso dalla grande aula universitaria, esse offrono lo spazio e il tempo adeguati agli studenti per entrare nel gioco comunicativo-relazionale attraverso varie tecniche interattive (gioco di ruolo, acquario, paziente simulato etc) con le quali esercitarsi in condizioni di sicurezza e tutela, a vantaggio non solo del discente, ma anche del paziente.

La scelta di creare ed introdurre un laboratorio sulla relazione e sulla comunicazione nel programma di studi della scuola, origina dalla consapevolezza dell'importanza di tali aspetti nel lavoro del mmg, ma anche dalla convinzione che la relazione non si può insegnare in teoria, ma va praticata, esercitata, provata e vissuta.

Altra scelta maturata e cresciuta da un ricco e singolare percorso di esperienze, da parte di alcuni docenti della scuola, sia formative con medici di medicina generale sia collaborative con il servizio psichiatrico territoriale è

quella di affrontare all'interno del laboratorio alcuni dei principali problemi che si incontrano nella cura e nella gestione del paziente con disagio psichico. La relazione con questi pazienti non solo è particolarmente difficile per un mmg, ma diventa essa stessa delicato strumento terapeutico e spesso si trasforma nell'unico indicatore valido per tracciare i confini delle competenze e del ruolo professionale del mmg nei confronti di tali pazienti. Collocare la trattazione dei problemi psichiatrici in questa sezione comporta infine la volontà di rinunciare a una visione nosografica a se stante delle malattie mentali, a favore della scelta di affrontarne sintomi, conseguenze e problematiche connesse.

Il laboratorio nel suo dipanarsi ha incontrato esigenze trasversali di altre unità didattiche ed ha così dedicato specifici incontri nell'ambito del seminario sul paziente immigrato, nella comunicazione della cattiva notizia a pazienti neoplastici, nella gestione del paziente asmatico. È auspicabile che analoghe esperienze di integrazione avvengano con altre unità didattiche e questo sarà uno degli elementi di sviluppo su cui il laboratorio imposterà la propria progettualità futura.

OBIETTIVO GENERICO

Migliorare le capacità relazionali e comunicative nel rapporto con il paziente (con particolare riferimento al paziente con disagio psichico) al fine di sviluppare abilità gestionali, la consapevolezza del proprio vissuto nella relazione medico paziente e la capacità di integrare clinica e relazione, per un progetto curativo efficace e condiviso.

OBIETTIVI SPECIFICI

- Sviluppare capacità di ascolto nella relazione medico-paziente al fine di migliorare le capacità diagnostiche.
- Sviluppare abilità gestionali nel medico, anche in considerazione di un coinvolgimento di altri professionisti socio-sanitari, per un progetto curativo condiviso e rispettoso delle specifiche competenze di cura.
- Acquisire consapevolezza rispetto alle fasi dei processi decisionali e alle variabili in gioco al fine di attivare interventi efficaci e condivisi.
- Acquisire abilità di osservazione dello stile relazionale del medico (obiettivo trasversale).
- Migliorare le proprie competenze relative al colloquio clinico.
- Migliorare le proprie capacità di riconoscimento e di corretta valutazione dei disturbi psichici e le proprie capacità di gestione del paziente con disagio psichico, anche utilizzando gli psicofarmaci (il paziente depresso, il paziente psicotico, il paziente affetto da demenza, l'urgenza psichiatrica) e del paziente "difficile".
- Migliorare le proprie capacità di utilizzo della relazione nell'ambito di problemi cronici complessi, nella comunicazione della cattiva notizia e nella gestione delle problematiche del paziente immigrato.
- Saper utilizzare l'organizzazione (il setting) come modulazione della relazione con il paziente.
- Sviluppare la capacità di autoriflessione sul proprio stile di relazione medico paziente.

METODOLOGIA DIDATTICA

- 1) Confronto-dibattito.
- 2) Lezioni integrate.
- 3) Intervista.

- 4) Addestramento pratico al colloquio e alla comunicazione medica attuato tramite videotape, discussioni in setting di gruppo di colloqui clinici videoregistrati.
- 5) Lavoro di gruppo su casi clinici "carta e penna".
- 6) Racconti di esperienze.
- 7) Role playing.
- 8) Esperienze simulate con attrice-paziente (NOTA: PER APPROFONDIMENTI SU TALE METODO SI RIMANDA ALLA "RELAZIONE SUL PAZIENTE SIMULATO") .
- 9) Percorso narrativo cinematografico: visione di film, introdotti e seguiti da discussione, in modo da poter rivivere in forma di fiction narrativa alcune tematiche analizzate nelle sessioni teoriche dei singoli moduli.
- 10) Percorso esperienziale (la rete dei curanti per il paziente psichiatrico: l'esperienza di Valle Aperta).
- 11) Recitazione di piece teatrale.

SVOLGIMENTO DEL CORSO

Il seminario si è svolto dal 20.20.04 al 12.05.06 per un totale di 41 ore suddivisi in 13 incontri uno dei quali di autoformazione.

Sessioni:

Prima sessione: 20.10.04

Contenuti: presentazione del programma, analisi dei bisogni e raccolta delle aspettative.

Somministrazione del pre test: due simulazioni videoregistrate ("La signora Viola" e "L'acqua miracolosa")

Metodologia didattica: visione di due casi clinici videoregistrati e lavoro individuale (riflessione scritta).

Dall'elaborazione degli scritti si evidenzia una discreta attenzione agli aspetti relazionali e una frequente tendenza al giudizio (qualche volta critico) nei confronti della gestione del problema da parte del medico.

Docenti: dott. Bertoluzza e dott.ssa Sartori

Seconda sessione: 27.10.04

Contenuti: la relazione medico-paziente nel contesto della medicina generale, le varie dimensioni delle competenze relazionali. La "centralità relazionale" in medicina generale. Modelli di relazione medico-paziente.

Tecniche di relazione (ad orientamento psicoanalitico – gruppi Balint), a orientamento sistemico (counseling, terapie familiari), psicosociologico, ecc. L'approccio negoziale centrato sulla relazione.

L'incontro, che ha visto come docente il dott. Valcanover, è stato caratterizzato da un aspetto di propedeuticità allo svolgimento delle varie tematiche previste nel laboratorio.

Riflessioni ed approfondimenti stimolati durante l'incontro:

- la relazione come elemento di base imprescindibile, la cui esistenza non è legata ad un atto di volontà, ma al semplice incontro tra due persone che, nello specifico, sono il medico e il paziente.

La relazione nella MG assume aspetti peculiari che il tirocinante deve incominciare a comprendere e sperimentare. È importante acquisire la consapevolezza che ci sono strumenti di modulazione della relazione affinché essa divenga terapeutica ed efficace;

- la consapevolezza di come il medico sta nella relazione, di come gioca le proprie emozioni nell'interagire con il paziente diventa determinante per evitare che, in questo campo della professione, in cui non si possono seguire linee guida o ricorrere all'EBM, il professionista assuma un atteggiamento di arbitrarietà.

Ovviamente la relazione non si presta ad essere studiata sui libri, e nello stesso tempo non rientra tra gli obiettivi di questo percorso formativo l'acquisizione di tecniche comunicative particolari, ma in modo molto graduale si cercherà di riflettere (narrazione di casi reali), osservare (film, videoregistrazioni) e poi agire (role playing, paziente simulato) la relazione.

Parallelamente si è ritenuto utile offrire agli specializzandi un approfondimento sulle diverse correnti di pensiero (anche le diverse scuole psicoterapiche) a cui ci si riferisce quando si analizza la relazione medico paziente.

Docenti: dott.Valcanover, dott.Bertoluzza e dott.ssa Sartori

Terza sessione: 05.10.04

Contenuti: le sindromi depressive.

Metodologia didattica: visione del film-documentario "Un'ora sola ti vorrei" e discussione. Il film della regista Alina Marazzi è frutto del montaggio di spezzoni di vecchie pellicole amatoriali, che raccontano la vita breve e tragica di Liseli (madre della regista) morta suicida all'età di 34 anni.

I filmati si intrecciano con la lettura dei diari di Liseli, le lettere all'amica, i referti medici che segnano il lungo travaglio nelle case di cura. E' la storia di una depressione considerata alla stregua di un capriccio e curata, male, nelle cliniche psichiatriche. Il film, coinvolgente e "didattico", è servito come stimolo a una costruttiva riflessione sulla depressione, molto di più di quanto si sarebbe potuto ottenere con una lezione tematica con linee guida e classificazioni, ha infatti permesso di toccare tutti gli aspetti semeiotici di un caso tipico di depressione.

Docenti: dott.Genovese e dott.Bertoluzza.

Quarta sessione: 24.11.04

Contenuti: le demenze e il ruolo del mmg.

Metodologia didattica: Visione del film "Iris un amore vero" e discussione. visione del film "Iris un amore vero" e discussione. Come nella terza sessione il film è servito per stimolare una riflessione e discussione sulla tematica trattata. Il film racconta la storia vera della scrittrice irlandese Iris Murdoch (1919-1999) colpita dalla malattia di Alzheimer nel '97 e morta due anni dopo, amorevolmente assistita dal marito, il critico letterario John Bayley. Il regista Richard Eyre, la cui madre ha sofferto del morbo di Alzheimer, ricostruisce fedelmente le manifestazioni fisiche e psichiche del deterioramento della personalità e delle funzioni intellettive della scrittrice. Anche in questo caso una lezione non avrebbe stimolato una così ricca riflessione sull'argomento (gestione della malattia, rete di assistenza, supporto ai familiari, ecc.). Per approfondimenti si rimanda al report della giornata (allegato in calce al rapporto)

Docenti: dott.Bertoluzza e dott.ssa Sartori

Quinta sessione: 10.12.04

Contenuti: le demenze, diagnosi differenziale anche con la depressione

Metodologia didattica: lezione integrata, lettura di articolo. Partendo da una serie di casi clinici (carta e penna) si è costruito un percorso diagnostico differenziale con l'interazione di tutti i tirocinanti e la supervisione dello specialista neurologo.

E' stato inoltre distribuito un articolo (per una lettura individuale) dello scrittore Jonathan Franzen "Il cervello di mio padre" (tratto da una raccolta di saggi), nel quale l'autore ricorda l'esperienza vissuta con il padre affetto dalla malattia di Alzheimer evidenziando tra l'altro come è facile che un approccio scientifico rigido possa rischiare di non cogliere questa drammatica e dolorosa esperienza umana di minorità.

Docente: dott.Genovese e dott.Bertoluzza

Sesta sessione: 22.12.04

Contenuti: la gestione del paziente delirante.

Metodologia didattica: visione (seguita da discussione guidata) del film "Don Juan De Marco maestro d'amore" del regista medico-psicoterapeuta Jeremy Leven. E' il racconto della presa in carico e della gestione di un paziente delirante da parte di una psichiatra contro il parere e gli indirizzi terapeutici (farmacologici) dei colleghi della clinica.

Alla visione del film è seguita una discussione guidata.

Docenti: dott.Bertoluzza e dott.ssa Sartori

Settima sessione: 19.01.05

Contenuti: le psicosi

Metodologia didattica: autoapprendimento con invito ad una riflessione sul capitolo "Le psicosi" di G.Parisi (dal libro Medicina Generale di Caimi-Tombesi) e narrazione di un caso psichiatrico realmente incontrato nella pratica quotidiana durante la frequenza dell'ambulatorio del tutor o nel corso di una sostituzione. L'obiettivo proposto non era quello di giungere a una diagnosi o soluzione terapeutica del caso, ma piuttosto quello di far emergere il tipo di approccio e di gestione del problema.

Durante l'incontro è emersa una difficoltà a coniugare un approccio orientato alla persona con presa in carico della sofferenza con la nosografia classica (DSM IV ma anche clinica tradizionale). Questa ed altre difficoltà sono state affrontate nell'incontro successivo (l'ottava sessione)

Ottava sessione: 26.01.05

Contenuti: la gestione del paziente delirante da parte del medico di Medicina Generale, gestione delle urgenze psichiatriche e cenni al TSO

Metodologia didattica: visione di caso videoregistrato, discussione con la supervisione dello psichiatra, racconto di esperienze cliniche.

Lo spunto per l'inizio dell'incontro è stato offerto dalla difficoltà incontrata dai tirocinanti nella lettura del capitolo sulle psicosi (vedi autoapprendimento: settima sessione) e dalla visione di un role playing (gestione di un pz psichiatrico durante una consultazione). I discenti sono stati invitati a spostare l'attenzione dalla diagnosi nosografica e dal bisogno di classificazioni e rapide risposte risolutorie verso la centralità terapeutica della relazione medico-paziente. Si è sottolineato come, per entrare con il paziente in una relazione che sia costruttiva e quindi terapeutica, le griglie di lettura, gli schemi e le interpretazioni che i libri e il percorso universitario ci hanno insegnato, ci siano d'ostacolo, è necessario quindi rinunciare inizialmente a questi

strumenti utilizzandoli solo in un secondo tempo, "a posteriori"; essi ci devono aiutare a inquadrare e chiarire ciò che è accaduto durante l'incontro con il paziente.

Dalla sessione è emerso in modo chiaro l'importanza di

1. non arrivare, a tutti i costi e immediatamente, a una diagnosi, (classificazione, algoritmi e quant'altro) quando ci troviamo di fronte a un paziente con problemi psichiatrici;
2. di resistere alla tentazione (maturata durante l'insegnamento universitario) di dare un nome (diagnosi) al paziente che abbiamo di fronte;
3. di resistere alla tentazione di risolvergli il problema in dieci minuti con il rischio di prendere decisioni affrettate. Infine un invito ad accogliere il paziente attingendo a stimoli culturali ampi, che non riguardino solo la psichiatria, ma anche la letteratura, l'arte, l'antropologia, la sociologia e in generale l'esperienza che ognuno di noi può avere del mondo guardato con occhi attenti ai più variegati aspetti.

Si è accennato al TSO e alle strategie negoziali per evitarlo. E' stata descritta l'organizzazione del servizio psichiatrico di Trento e della sua rete di supporto.

Docenti: dott.Agostini, dott.Bertoluzza e dott.ssa Sartori

Nona sessione: 04.04.06

Contenuti: la negoziazione in MG

Partendo da casi reali narrati da docenti e discenti è stato illustrato il concetto di conflitto e di negoziazione in medicina generale e dei modelli della relazione medico paziente, per arrivare poi ad una descrizione dei principi generali della negoziazione, con sistematizzazione teorica ed illustrazione dei modelli negoziali. Negoziazione come: stile di relazione, strumento, elemento costitutivo della relazione. Conflitto come due punti di vista diversi di due persone che entrano in relazione. Conflitto non necessariamente negativo, ma generativo.

I contenuti di questo argomento sono ripresi nel modulo didattico sulle teorie e metodi in medicina generale

Docente dott.Valcanover, dott.Colorio e dott.ssa Sartori

Decima sessione: 05.04.06

Contenuti: approccio non medico a situazioni di disagio psichico grave.

Visone del film "Un silenzio particolare" che narra la storia vera di come un padre e una madre tentano di affrontare la grave patologia mentale del figlio creando una comunità d'aiuto che faccia leva su valori etici, volontariato, approccio relazionale, di accoglienza, di gioco. Gli specializzandi hanno discusso sul valore e il senso di un punto di vista e di un approccio al disagio psichico diversi da quelli della psichiatria. Un approccio in cui la relazione e l'elemento biografico diventano gli strumenti "terapeutici" principali. La lezione è servita anche per introdurre la sessione successiva (vedi).

Docenti: dott.Bertoluzza e dott.ssa Sartori

Undicesima sessione: 07.04.06

Contenuti: la rete dei curanti in MG; bisogni e risposte non medici alla sofferenza psichica; esperienza sul campo.

La sessione si è svolta nella sede di Valle Aperta a Ponciach di Faver (TN). I tirocinanti hanno avuto modo di vivere un percorso esperienziale c/o una struttura che accoglie pazienti psichiatrici gravi per un breve periodo (2 settimane) di vacanza. L'associazione utilizza un metodo ludico e fonda l'approccio all'utente sulla relazione come strumento terapeutico, sull'accoglienza, sulla creazione di un ambiente familiare, sull'utilizzo del gioco e

dello humor. Non si avvale di personale sanitario e utilizza molto il volontariato. Il CDA è costituito esclusivamente da volontari. Gli specializzandi sono stati accolti nel gruppo da operatori e utenti, hanno pranzato insieme, visitato la casa e dopo un breve momento di gioco e relax, hanno potuto intervistare due operatori. Hanno avuto la possibilità di approfondire il metodo usato dall'associazione, conoscere la storia e i motivi che hanno portato alla creazione di tale realtà (cenni alla legge 180 e alla recente storia della psichiatria italiana). Infine si è tenuta una breve lezione sulla rete dei curanti (dott. Valcanover) in medicina generale con particolare riguardo alla gestione del paziente psichiatrico.

I contenuti di questo argomento sono ripresi nel modulo didattico sulle teorie e metodi in medicina generale

Docenti: dott.Valcanover e dott.ssa Sartori

Dodicesima sessione: 12.05.06

Contenuti: la consultazione in medicina generale.

Sono stati affrontati i concetti di agenda del medico e agenda del paziente con illustrazione dei riferimenti teorici che riguardano la consultazione in medicina generale.

I contenuti di questo argomento sono ripresi nel modulo didattico sulle teorie e metodi in medicina generale

Docente: dott.Parisi.

Tredicesima sessione: 12.05.06

Contenuti: gli psicofarmaci

Per motivi organizzati non è stato possibile realizzare una tavola rotonda come era programmato. La lezione si è svolta con tre docenti: un neurologo, uno psichiatra mmg e un mmg. Gli specializzandi hanno posto una serie di quesiti sull'utilizzo degli psicofarmaci, attingendo dalla loro esperienza durante il tirocinio e il lavoro. Le risposte hanno riguardato aspetti tecnici, ma si è anche aperta una riflessione su problemi etici, connessi alla grande spinta al consumo di tali farmaci (specie per quanto riguarda gli antidepressivi di ultima generazione) da parte delle ditte produttrici. La discussione si è ampliata anche con domande sul reperimento di fonti attendibili e sull'entrata in una comunità di pratica, che possa aiutare a interpretare correttamente le fonti stesse (liste di discussione in internet, audit ecc)

Docenti: dott.Genovese, dott.Valcanover, dott.Bertoluzza e dott.ssa Sartori

VALUTAZIONE FINALE

La tipologia degli obiettivi didattici del laboratorio sulla comunicazione e relazione esclude l'interesse per una valutazione delle conoscenze apprese, pertanto il giudizio sul raggiungimento degli obiettivi didattici e del miglioramento delle competenze comunicative e relazionali è legata ad una valutazione non di conoscenze, bensì di competenze, che un pre test, seguito da un post test, non possono soddisfare in modo esaustivo.

La valutazione delle competenze è stata effettuata in aula e "in itinere", attraverso l'utilizzo prevalente di role playing e del paziente simulato, supervisione di casi clinici videoregistrati e discussioni in plenaria.

Si è comunque iniziato il laboratorio con un pretest perchè, in base all'esperienza degli anni precedenti, riteniamo che sia uno strumento utile per verificare il grado di interesse iniziale, la sensibilità agli aspetti relazionali e le eventuali conoscenze teoriche in questo campo dei discenti, e le aspettative. Abbiamo scelto inoltre l'utilizzo di un pretest con consultazioni videoregistrate da commentare perchè così impostato il test

immette i discenti fin da subito in una situazione in cui ciò che conta è l'attenzione alla relazione, ritrovando episodi simili a quelli che hanno visto (o vedono) nell'ambulatorio del mmg e li si invita a riflettere su una dimensione prevalente che è quella relazionale pur coesistendo il problema gestionale e di responsabilità decisionale.

L'attenzione è stata posta sul **cambio di atteggiamento** da parte degli specializzandi nei confronti dei pazienti simulati (simulazione) o recitati (role playing) su aspetti riguardanti:

- l'accoglienza
- l'individuazione del problema e del motivo per cui il paziente si reca dal medico
- la qualità della relazione che si instaura con il paziente
- la capacità di gettare le basi di una relazione che continuerà nel tempo
- lo sforzo per stimolare la compliance
- la capacità di attingere alle diverse risorse del paziente (personali, familiari, di comunità-contesto), la responsabilità gestionale dei vari problemi del paziente.

Tutti questi elementi sono stati valutati anche nell'ambito di argomenti svolti in altre unità didattiche e nel corso della sperimentazione didattica del "paziente simulato" (vedi specifica relazione).

Le unità didattiche "trasversali" con cui il laboratorio ha collaborato sono state:

- la gestione del paziente immigrato (role playing)
- la gestione del paziente con asma (paziente simulato)
- la gestione di problemi connessi con la salute della donna (richiesta di IVG: paziente simulato)
- il laboratorio culturale (recita della piece teatrale "Il trionfo della medicina").

Si è notato un evidente cambio di atteggiamento in tutti i discenti (pur con differenze soggettive) con il raggiungimento degli obiettivi didattici previsti.

Il metodo di valutazione coinvolgeva direttamente il paziente simulato (e la sua percezione), medici esperti che assistevano ai vari tipi di giochi di ruolo, un medico di medicina generale esperto in relazione, i responsabili del seminario e i discenti che partecipavano alla sedute come osservatori: laddove possibile o congruo la valutazione di competenza riguardava l'approccio integrato e globale (e non la somma di competenze cliniche, relazionali ed organizzative)

Va sottolineato infine che tale cambiamento è senza dubbio il frutto di quanto sperimentato nel laboratorio della comunicazione e relazione, ma anche della frequenza dell'ambulatorio del tutor MMG e del percorso complessivo di studi condotti nell'arco del triennio.

ALLEGATO

RELAZIONE SULLA LEZIONE: MORBO DI ALZHEIMER (24 novembre 2004)

a cura di Norma Sartori

METODOLOGIA: VISIONE DEL FILM "IRIS-UN AMORE VERO" (R.EYRE)

SEGUITA DA DISCUSSIONE

docenti dott.Bertoluzza, dott.ssa Sartori

PREMESSA

Nell'ambito del laboratorio sulla comunicazione, relazione e disagio psichico verrà affrontato il problema della diagnosi differenziale tra patologia depressiva e demenza, con particolare attenzione all'inquadramento diagnostico all'esordio di tali malattie. Non si ritiene importante soffermarsi ed approfondire gli aspetti fisiopatologici delle demenze e la loro distinzione anatomopatologica in quanto argomento degli studi universitari.

Si ritiene invece prioritario riconoscere i primi segni e quindi il porre il sospetto diagnostico di tali patologie per mettere in atto le procedure terapeutiche e assistenziali necessarie. È altrettanto importante che gli specializzandi conoscano il carico assistenziale da parte del caregiver e della famiglia in generale e che sappiano attuare le misure necessarie alla promozione della costituzione della rete di curanti.

Si è scelto di proiettare il film con l'obiettivo che gli specializzandi siano in grado di individuare i primi segni clinici della patologia e riflettere sul ruolo del mmg in caso di assistenza a paziente con Morbo di Alzheimer.

IL FILM

"Gli ultimi giorni della letterata irlandese Iris Murdoch e della sua lotta contro il morbo di Alzheimer, che la sprofonda nell'oblio della demenza e della morte. Accanto a lei, il marito J.Bailey, che la ama con devozione e la assiste non soltanto nella lotta contro la malattia, ma anche in una sfida disperata a cercare di impedire che la fragilità delle parole finisca col causare la prematura disincarnazione dell'identità personale."

Il film sottolinea fin dall'inizio, l'importanza, per la protagonista, dell'uso della parola: è una scrittrice ed una filosofa e per tutta la sua vita l'espressione verbale e scritta ha comportato una ricerca incessante con livelli di raffinatezza molto elevati.

Si può notare il lento emergere dei segni clinici della malattia, che dal primo esordio, ripetizione di qualche frase e parole, si snoda attraverso l'insorgenza di atteggiamento "perplesso", difficoltà a concentrarsi, paura di impazzire, labilità mnemonica, distrazione, prime risposte "non a tono" (MMSE), frasi come "mi sentirei come

un animale predato se non potessi far uscire la parola”, fino alla confusione mentale conclamata e sempre più costante e pervasiva. E' un crescendo anche di disordine nella casa e nell'abbigliamento della protagonista e del marito a sottolineare la difficoltà non solo della paziente, ma anche del caregiver, come accade in ogni caso di grave demenza come il morbo di Alzheimer.

LA DISCUSSIONE

Finito il film, in aula è sceso il silenzio.

Un silenzio carico di emozione e turbamento.

Lo specializzando che rompe questo momento di sospensione silenziosa lo fa chiedendosi “...dove va a finire il *substrato* di questa persona? Sparisce? Rimane in qualche posto? Se così fosse ci dovremmo impegnare per cercarlo e tirarlo fuori! Questo potrebbe aiutare alla costruzione del senso di una tale malattia, da parte dei familiari e da parte di noi medici”

La coscienza si costituisce grazie alla relazione con gli altri, non esiste coscienza se non esiste l' altro, con il quale sono in relazione, ecco perchè questo "substrato" non può svanire, è biologicamente fondato (sotto forma di mappe rientranti che si costituiscono nelle relazioni) e quindi rimane in chi sopravvive.

Il ghiaccio è rotto e anche gli altri esprimono le proprie riflessioni:

“...rimane un guscio vuoto, dietro la porta c'è il vuoto...”

“L'affettività rimane anche se le aree corticali sono distrutte”.

“L'entrata in clinica per l'istituzionalizzazione è desolante, ma anche inevitabile, tutto sommato arriva al momento giusto”

“Questa storia, come altre che ho visto nella mia esperienza lavorativa e di frequenza dal mmg (coppia di sordo-muti il marito diventa cieco) mi costringono a riflettere sul *senso della vita*. ”

Qualcuno accenna al dramma vissuto in prima persona, all'esperienza di stare dalla parte dei familiari e non dei neurologi o dei medici che si affannano per organizzare la rete assistenziale attorno alla malcapitata famiglia.

Qualche commento sull'atteggiamento del neurologo, sulla cattiva comunicazione della diagnosi, sulla durezza, quasi crudeltà del suo atteggiamento, ma forse lo specialista “deve” mantenere il distacco affettivo e riportare alla realtà il caregiver e finchè è possibile anche il paziente stesso; non dimentichiamo poi la diversità culturale tra Italia e mondo anglosassone.

Infine tutti sono invitati a riflettere sul ruolo del mmg nell'assistenza ad un paziente, con morbo di Alzheimer.

“Il mmg deve *frequentare* la famiglia di questi pazienti, costruendo attorno a loro una rete di curanti, la rete è la cosa più importante perchè l'amore coniugale non può reggere da solo un carico assistenziale così impegnativo. Il mmg deve anche stimolare i familiari a mantenere una vita sociale...perchè è come se la malattia fosse “contagiosa”, soprattutto per il caregiver, così il mmg deve riportare i conviventi del paziente alla realtà e nello stesso tempo stimolarli a mantenere legami sociali. Il mmg deve innanzitutto spendere del tempo con queste persone, per poter ascoltare, consigliare e indirizzare, anche quando si profila la necessità di una istituzionalizzazione e deve saper cogliere quando e se si muove nell'intimo di mariti, mogli o figli il senso di colpa per una scelta che non vorrebbero dover affrontare, ma che si trovano loro malgrado costretti a prendere.

3.2.5. LABORATORIO SULL'IMMIGRAZIONE E L'INTEGRAZIONE TRA CULTURE DIVERSE.

Responsabile: dott.ssa Maria Pia Perlot

Gruppo di progetto: dott.Bertoluzza, dott.ssa Bini, dott.ssa Maggioni, dott.Parisi,dott.ssa Perlot, dott.ssa Odorizzi, dott.ssa Sartori, dott. Valcanover

Docenti coinvolti: dott.Bertoluzza, dott.ssa Bini, dott.ssa Maggioni, dott.ssa Perlot, dott.ssa Odorizzi, dott.ssa Scantamburlo, dott.ssa Sartori,

ABSTRACT:

Obiettivo generale di questo laboratorio è stato condurre i discenti a conoscere le problematiche connesse alla migrazione, con particolare attenzione agli aspetti antropologici e socio-culturali, e saper gestire correttamente il paziente immigrato nel suo percorso di salute.

Il MMG, sempre più frequentemente viene a contatto nel suo lavoro quotidiano con persone immigrate, che spesso, provengono da culture molto diverse dalla nostra. L'incontro con questi pazienti è spesso difficile non solo per difficoltà di comprensione linguistica, ma anche semantica e di diversità culturale. Le maggiori difficoltà nell'approccio e nella gestione del paziente immigrato nascono proprio dalle differenze culturali e non dalla peculiarità delle patologie di tali soggetti, che presentano nelle maggior parte dei casi malattie comuni e non esotiche o rare. Il laboratorio si è aperto con la partecipazione di tutti gli specializzandi, ad un seminario organizzato dal GR.I.S. Di Trento, che ha costituito l'introduzione didattica al nostro percorso affrontando tematiche generali di ampio respiro culturale come gli "Scenari Socio-Sanitari dell'immigrazione" e "cultura, salute e malattia" da un punto di vista antropologico e sociale. Il successivo percorso che si è svolto tra marzo e giugno 2005, per un totale di 6 incontri di tre ore ciascuno è stato condotto in modo da porre l'accento soprattutto sugli aspetti antropologici e le implicazioni socio-culturali delle migrazioni, senza tuttavia trascurare anche elementi più prettamenti clinici di maggiore riscontro pratico, quali la salute mentale, le patologie connesse alla riproduzione e l'asma come tracciante di patologia cronica.

OBIETTIVI GENERICI: Conoscere le problematiche connesse alla migrazione, con particolare attenzione agli aspetti antropologici e socio-culturali, e saper gestire correttamente il paziente immigrato nel suo percorso di salute.

OBIETTIVI SPECIFICI: Conoscere il concetto di "progetto migratorio" e saperlo utilizzare nella comprensione dei problemi del paziente e nella gestione della relazione con l'immigrato.

Condurre la consultazione con particolare attenzione ai problemi di comunicazione e di relazione.

Saper individuare e gestire il disagio relazionale

Conoscere e saper affrontare i problemi specifici della salute della donna e del bambino, con particolare attenzione alle patologie connesse alla riproduzione.

Saper gestire la cronicità (con particolare riguardo a diabete, ipertensione e asma) e saper impostare gli interventi di prevenzione.

CONTENUTI:

Nel primo modulo sono state condotte riflessioni di carattere antropologico, sociale e culturale sul fenomeno della migrazione e sull'incontro tra culture diverse: quella del medico e quella dell'immigrato.

Nella seconda lezione si è affrontato, attraverso l'uso del role playing, il problema della consultazione con particolare attenzione alle difficoltà di comunicazione e di relazione, cenni al disagio psichico; nel terzo incontro si è analizzato il concetto di "progetto migratorio" e delle sue implicazioni pratiche per la gestione del paziente immigrato da parte del MMG. Nel quarto incontro si è trattato della salute della donna, nonché della patologia riproduttiva. Nel quinto incontro Francesca Delucca, ex tirocinante, ha presentato la sua tesi: una ricerca qualitativa, intervista a un paziente diabetico immigrato. Un'altro incontro è stato dedicato alla patologia cronica, utilizzando come tracciante l'asma.

E' stata effettuata anche la proiezione del film "Un bacio appassionato" di K.Loach, che tratta problematiche connesse all'integrazione culturale dell'immigrato. Nel corso del laboratorio ci sono stati momenti di autoapprendimento che hanno condotto alla produzione di riflessioni scritte, utilizzabili anche a scopo valutativo.

METODI DIDATTICI:

Si sono utilizzate: partecipazione ad un convegno, lezioni integrate, role playing con recita su canovacci di casi reali, discussioni plenarie, lavori di gruppo con casi clinici carta e penna, visione di film con successiva riflessione scritta, presentazione di lavoro originale (tesi) con successiva discussione, autoapprendimento con produzione di documentazione scritta.

VALUTAZIONE:

La valutazione del processo di apprendimento è stata effettuata in itinere attraverso la produzione di scritti individuali, la partecipazione a role playing videoregistrati (in cui si è posta attenzione nel dare spazio ad ogni discente nel gioco di ruolo) e la discussioni in gruppo. Si è osservato nei discenti un positivo cambio d'atteggiamento nei confronti delle problematiche della migrazione con raggiungimento degli obiettivi prestabiliti.

NOTA:

Si segnala l'introduzione di una nuova figura di docente di supporto, che nello specifico è stata la dott.ssa Rosanna Odorizzi, con il compito di partecipare e osservare ad ogni incontro didattico allo scopo di registrare elementi positivi e criticità del percorso formativo. Da un debriefing tra i vari docenti coinvolti, il responsabile di percorso e il docente di supporto potranno emergere elementi su cui fondare eventuali variazioni al programma didattico dei prossimi anni, ma anche spunti sul processo di valutazione dell'apprendimento.

In allegato la relazione della dott.ssa Rosanna Odorizzi e quella del dott. Mauro Bertoluzza.

ALLEGATO 1: RELAZIONE DOTT.SSA ODORIZZI

OSSERVAZIONI IN MERITO AL LABORATORIO PER LA GESTIONE DEL PAZIENTE IMMIGRATO E DELL' INTEGRAZIONE TRA CULTURE DIVERSE

Visti gli obiettivi del corso: "conoscenza delle problematiche connesse alle migrazioni con particolare attenzione agli aspetti antropologici e socio-culturali e capacità di gestire correttamente il paziente immigrato nel suo percorso di salute" mi sembra di poter dire che questi siano stati raggiunti.

In particolare l'uso del role-playing con casi clinici reali attinti dalla nostra pratica ha avvicinato i discenti alle problematiche che il corso si prefiggeva di affrontare. Li ha portati a confrontare la loro idea della medicina come scienza astratta con una medicina di primo livello centrata sulla persona prima ancora che sulla malattia. Si sono esercitati nell'uso della consultazione per attingere quelle informazioni, riguardanti il progetto migratorio e gli aspetti culturali, utili per individuare e gestire le problematiche della salute intesa come cura della malattia, ma anche come prevenzione .

PUNTI CRITICI

Ho notato una certa difficoltà - a volte quasi una forzatura- da parte dei docenti nel mettere in luce come il 'progetto migratorio' e la conoscenza della persona immigrata siano indispensabili per una buona pratica della medicina generale. Inizialmente le lezioni riguardanti questo argomento sembravano quasi poco funzionali alla preparazione professionale e solo con l'utilizzo del caso clinico si è riusciti a dare una connotazione pratica anche a questa parte del seminario.

La stessa impressione ha suscitato la proiezione del film che pur molto interessante e attinente al tema del seminario, poteva rischiare di essere goduto come momento puramente culturale.

Ho colto la mancanza di un momento di integrazione fra i vari docenti precedente le varie lezioni, che peraltro non sono state continuative, magari con il supporto di una traccia delle stesse, in modo da poter mantenere un filo conduttore evitando il rischio di perdere di vista l'obiettivo.

ALLEGATO 2: RELAZIONE SUL FILM ALL'INTERNO DEL SEMINARIO (DOTT. BERTOLUZZA)

In data 1 giugno 2005 ho proposto il film "Un bacio appassionato" del regista inglese Ken Loach" (autore di altri importanti film di denuncia sociale: "Family Life", "Riff Raff", "Piovono pietre", "Ladybird Ladybird", "Terra e libertà", "La canzone di Carla", il bellissimo "My Name is Joe", "Sweet Sixteen", il commovente corto di "11 settembre 2001").

Il film è ambientato nella Glasgow dei giorni nostri; protagonista è un giovane pachistano di seconda generazione, che si innamora di Rosin, insegnante in una scuola cattolica. Portare avanti questa storia significa per lei rinunciare a un posto di lavoro, per lui, destinato a un matrimonio musulmano combinato, significa opporsi alla famiglia e mettere in discussione le proprie tradizioni.

Altri film di successo ("East Is East", "Sognando Beckham") hanno affrontato problematiche analoghe, ma il tema di questi film riguardava più il conflitto generazionale e l'indipendenza dei figli dai genitori, ma non affrontava la questione della relazione tra due adulti di religione diversa.

Dopo un commento "a caldo" da parte di tutti, li ho invitati a una riflessione scritta sulle emozioni suscitate e sulla valutazione del film. Durante la discussione è emerso anche un problema, che si potrebbe presentare nell'eventuale domanda di aiuto da parte di una paziente di religione musulmana, che rifiuta la visita (l'esame obiettivo): come devo comportarmi? Ricuso la paziente o arrivo a dei compromessi?

Commenti, emozioni suscitate, valutazioni del film.

Commenti: *"Molto bello, molto umano, così va nella vita", "Interessante per conoscere le reali difficoltà di integrazione fra culture e religioni differenti in un paese "moderno" come il Regno Unito", " Un film che approfondisce in maniera estremamente realista le differenze culturali in una stessa città tra gente di diversa etnia, religione, visione della vita", "Mi è molto piaciuto, trovo l'argomento trattato molto attuale e la storia molto coinvolgente", "Bel film che ha esasperato la differenza di cultura religiosa esistente tra gli occidentali e la comunità pachistana. Interessante l'aver messo in evidenza il modo di vivere dei pachistani che hanno esportato la loro cultura e sono molto ferrei nel rispettare le loro tradizioni. Inoltre viene esaltata la differenza tra chi è immigrato e le nuove generazioni nate nel paese ospitante".*

Emozioni suscitate: *"Allegria e tenerezza, invidia, rabbia", "Dispiacere nei confronti della storia fra i due protagonisti", "Forti emozioni, soprattutto ho sentito il contrasto tra la completa libertà di sentimento da parte della ragazza e la rigidità e il tentativo di contrastare da parte della sorella grande della famiglia pachistana", "Sensazione di oppressione, ma anche tenerezza e condivisione", "La differenza culturale può travalicare i sentimenti? E i sentimenti che peso hanno nelle diverse culture?"*

Valutazione: *"Ottimo", "Buon film, soprattutto di critica sociale in una Europa che sta diventando sempre più multietnica", "Buono e molto interessante".*

3.2.6. QUALITÀ ASSISTENZA E SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE

Responsabile: dott. Pasquale Laurino

DOCENTI COINVOLTI Dott. Giuseppe Parisi, Dott. Pasquale Laurino, Dott.sa Maria Pia Perlot

ABSTRACT

I temi della valutazione della Q e della promozione del cambiamento migliorativo, pur non essendo ancora patrimonio teorico di gran parte dei medici di medicina generale, sono entrati a far parte, anche se molte volte in modo conflittuale, della loro vita professionale

Termini come linea guida, PDT, audit clinico, appropriatezza, equità, priorità sono utilizzati infatti quotidianamente nella nostra realtà lavorativa, anche se spesso in modo impreciso.

Abbiamo ritenuto pertanto indispensabile riproporre nel nostro Corso un seminario sulla qualità perché i MMG in formazione potessero acquisire le conoscenze e le abilità necessarie per valutare le iniziative loro proposte ma anche perché essi stessi potessero diventare soggetti attivi nella promozione continua della Q del loro lavoro.

Una valutazione critica dei seminari sulla Qualità svolti nei corsi precedenti ci ha fatto però temere che molti degli argomenti potessero risultare molto teorici per i medici di medicina generale in formazione.

Abbiamo pertanto deciso di proporre un percorso pratico, con poche lezioni frontali, che tendesse agli obiettivi formativi attraverso la costruzione in aula, sotto la guida del docente, e la realizzazione negli ambulatori dei tutori di un progetto di valutazione e miglioramento di qualità.

E' stato quindi costituito un gruppo di lavoro per la realizzazione di questo progetto sperimentale (vedi relazione sul progetto) ed è stato scelto l'argomento da sottoporre a valutazione: la gestione del paziente iperteso.

OBIETTIVI

Obiettivo generale del corso:

Il medico tirocinante, alla fine del corso, deve conoscere i problemi e le potenzialità connessi alla definizione della qualità e all'applicazione di alcune procedure per il miglioramento della Q nella medicina generale.

Obiettivi specifici:

Il medico tirocinante, alla fine di questo corso deve:

1. conoscere, a grandi linee, la storia della valutazione della qualità nei servizi sanitari;
2. usare un linguaggio condiviso sui temi della valutazione e del miglioramento della Q;
3. conoscere le fasi del ciclo della Qualità;

4. conoscere ed utilizzare strumenti, tecniche e metodologie per la progettazione e la realizzazione di un percorso di Q nella pratica della medicina generale.
5. identificare i motivi che a volte rendono difficile l'applicazione delle LG nella pratica della M.G. e le strategie pratiche con cui i MMG affrontano i problemi relativi a tale difficoltà.

SVOLGIMENTO DEL CORSO

Nel primo incontro (4/2/2005), partendo dalle definizioni soggettive del termine "qualità" si sono esplorate le varie dimensioni della Q nei sistemi sanitari.

I successivi quattro incontri (11 e 25/2/05, 30/3/05 e 15/4/05) sono stati dedicati all'elaborazione di un protocollo per la raccolta dati. Questo percorso è stato l'occasione per una riflessione sistematica sulla definizione di problema, sulla scelta delle priorità, sui concetti di indicatore, criterio e standard e sui vari strumenti e metodi per la promozione della Q.

Nei mesi successivi poi alcuni tirocinanti hanno svolto l'indagine negli ambulatori dei propri tutor e i dati ottenuti sono stati analizzati e restituiti ai tirocinanti nell'ultimo incontro del 6/4/06.

VALUTAZIONE FINALE

La valutazione dei discenti è stata fatta attraverso la discussione d'aula, la partecipazione all'elaborazione del progetto e alla fase della raccolta dati.

Per quanto riguarda la valutazione del corso c'è da sottolineare la partecipazione intensa alla discussione nella costruzione del protocollo da parte di quasi tutti i tirocinanti, a testimonianza dell'utilità di un percorso basato sulla ricerca e sulla pratica.

EVENTUALE BIBLIOGRAFIA

Pickering T.G. et al Recommendations for Blood Pressure Measurement in Humans and Experimental Animals. AHA Scientific Statement *Circulation*. 2005;111:697-716

The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure.

NICE Essential Hypertension: managing adult patients in primary care. 1 Aug 2004

3.2.7. SIMULAZIONI

Responsabile: dott.ssa Norma Sartori

PREMESSA

Da qualche anno un gruppo di docenti della scuola di Trento ha manifestato interesse per l'utilizzo del Paziente Simulato in ambito didattico, una particolare metodologia formativa, largamente diffusa nei paesi del Nord Europa. Le prime sperimentazioni sono state effettuate con gli studenti del corso precedente, mentre nel 2005 si è tenuto un seminario di approfondimento con la prof. Evelyn Baumgarten in qualità di esperta di tale metodo, con la partecipazione di numerosi docenti (anche provenienti da altre scuole italiane). L'obiettivo didattico del seminario era quello di conoscere in termini teorici la tecnica, e quello di riflettere sulla sua applicabilità nella formazione specifica in MG in Italia.

La giornata di lavoro è stata suddivisa in una prima parte in cui la docente ha descritto la situazione formativa universitaria del proprio dipartimento, con dettagli sul programma didattico e particolare riferimento all'utilizzo del Paziente Simulato. Ha illustrato dettagliatamente la tecnica e la sua applicazione pratica. Nella seconda parte si è lavorato, suddivisi in gruppi, sull'implementazione di un percorso didattico che preveda l'utilizzo del Paziente Simulato. Ogni gruppo ha prodotto un diverso programma formativo.

Dopo il seminario i docenti hanno approfondito il problema dell'applicabilità del metodo in Italia, e hanno discusso le variazioni necessarie da introdurre partendo da considerazioni sulle differenze culturali tra realtà italiana e nord europea.

Inoltre si è attinto alle elaborazioni di gruppo per realizzare un percorso didattico con l'utilizzo della tecnica, scegliendo il paziente con problemi respiratori e in particolare il paziente con sospetta asma all'esordio.

DESCRIZIONE DELLA METODOLOGIA

La tecnica del Paziente Simulato prevede l'utilizzo di persone, con formazione non medica, che vengono istruite e formate per interpretare, in un gioco di ruolo, la figura del paziente. Ogni paziente simulato recita su un canovaccio, sempre lo stesso, entrando nella parte del paziente portatore di uno specifico problema sanitario. Recitando questo ruolo il Paziente Simulato porta al medico, oltre ai sintomi fisici, anche i suoi vissuti psicologici, le sue preoccupazioni, i suoi problemi familiari e/o sociali. La simulazione riproduce così situazioni estremamente verosimili, con un paziente che è molto simile al vero paziente che incontriamo quotidianamente nei nostri ambulatori.

I vantaggi di questa metodologia didattica sono evidenti soprattutto se messi in relazione alla più diffusa e comune tecnica del role playing e all'incontro reale del discente con il paziente nello studio del mmg.

Rispetto al role playing il Paziente Simulato ci permette la produzione di una situazione molto più realistica, ma soprattutto è completamente diverso il rapporto che si crea tra simulatore (non medico!) e studente (medico) rispetto a quello che si crea tra i due attori di un role playing (due medici). Si tratta di un rapporto sovrapponibile a quello che si crea in uno studio medico nella realtà quotidiana, con il vantaggio che non si corrono rischi di danneggiare un vero paziente, o di compiere errori non riparabili facilmente. Gli studenti si

possono così esercitare in situazioni molto difficili e critiche (vedi più avanti la descrizione della nostra esperienza sull'IVG o sulla comunicazione di una cattiva notizia). Inoltre con un paziente simulato qualora la consultazione vada male, qualora il discente ne esca insoddisfatto o frustrato, si può ripetere la scena, correggendo gli errori e ottenendo non solo aumento dell'autostima nel discente, ma soprattutto producendo una elevata qualità di apprendimento. Tra i vantaggi della tecnica esiste poi la possibilità di avere dal simulatore una restituzione. Questa è pressochè l'unica occasione che il discente ha di poter sentire dalla voce del paziente come gli è parsa la consultazione, come ha percepito il medico, come si è sentito lui stesso nella relazione. La restituzione dei simulatori nell'esperienza nord europea avviene in modo diverso da quella che abbiamo scelto di fare noi: è molto più complessa, articolata e i simulatori hanno grande libertà e responsabilità nella gestione del feed back. Noi abbiamo scelto per ora di limitarci ad una restituzione basata sul metodo "interpersonal recall process". Mentre la gestione della vera restituzione spetta al docente. Sono i docenti (è opportuno che ci siano più di un docente per ogni simulazione) inoltre che devono tutelare discente e simulatore da emozioni troppo forti o dal crearsi di situazioni che possano diventare insopportabili psicologicamente per gli attori. Si deve infatti ricordare che tale tecnica è molto delicata e difficile e va gestita con attenzione e competenza, è sempre necessario creare un contesto sicuro e rassicurante e essere in grado di gestire eventuali tensioni emotive che possono sempre emergere.

È importante sottolineare che il Paziente Simulato è uno strumento utile per apprendere e migliorare non solo le competenze relazionali, ma anche quelle cliniche ed organizzative del futuro MMG e potrebbe diventare anche uno strumento di valutazione. In realtà qualsiasi argomento si presta ad essere affrontato con questa metodologia, soprattutto se integrata con altri strumenti didattici. Si tratta però di una tecnica abbastanza laboriosa che prevede numerose riunioni del gruppo di discenti, l'addestramento del simulatore, la presenza in aula di più docenti. Per questi motivi e anche in attesa di addestrare nuovi simulatori, nel periodo di sperimentazione abbiamo deciso di scegliere solo 3 argomenti.

ESPERIENZE REALIZZATE

Nell'arco dell'ultimo anno del corso si sono relizzate tre simulazioni, la prima il 9 marzo 2005 mentre le altre due il 7 e l'8 marzo 2006.

1. INTERRUZIONE VOLONTARIA DI GRAVIDANZA

Nell'ambito del seminario "La salute della donna" è stato affrontato l'argomento dell'IVG utilizzando la metodologia didattica del Paziente Simulato.

Obiettivi didattici:

"portare i discenti a conoscenza della legge 194, devono saperla interpretare anche alla luce di implicazioni etico-morali, ma nello stesso tempo devono saper condurre una consultazione nel corso della quale venga formulata la richiesta di IVG".

Il copione è stato tratto da un caso reale di richiesta di interruzione di gravidanza.

Il gruppo di programmazione che si dedica allo studio della metodologia utilizzata è composto da: Beroluzza, Bini, Maggioni, Sartori, con la supervisione di Parisi e Valcanover (tutti presenti in aula tranne Parisi).

In aula: la simulatrice sig.ra Gadotti Stefania recita tre volte con tre diversi dicenti.

Docenti di contenuto: Bini e Maggioni. Gestione della metodologia Valcanover, Sartori e Bertoluzza.

Viene effettuata una recita seguita da commenti, si fa una pausa, poi recitano due discenti di fila, i commenti delle ultime due simulate avvengono contemporaneamente.

In conclusione, per completare gli obiettivi didattici, si discute su tutte e tre le simulate, ampliando lo sguardo su osservazioni generali, sui principi della legge, sulle implicazioni etico-morali.

Osservazioni:

i discenti hanno accolto con entusiasmo il nuovo strumento didattico, anche se hanno espresso le difficoltà e la fatica legate al mettersi in gioco davanti a colleghi, docenti e cinepresa. Per questo motivo è particolarmente importante ribadire se lo scopo della simulazione è quello di valutare o meno lo studente. Nel caso in questione il nostro scopo non era valutativo, ma esclusivamente didattico. La tensione emotiva si è osservata soprattutto nel corso della prima recita, mentre già nella seconda lo studente è apparso più rilassato.

L'argomento affrontato è di per se molto delicato e difficile perchè suscita, disagio ed incertezze, va a toccare questioni etiche e morali di medico e paziente. A riprova di ciò il commento del primo discente-attore è stato: "per fortuna non mi sono mai trovato in una situazione come questa".

Ogni discente alla fine della propria simulazione ha commentato il personale atteggiamento in modo critico, evidenziando eventuali errori o sottolineando e motivando certe affermazioni e atteggiamenti. Gran parte del valore del metodo didattico risiede proprio in questo sviluppo di auto-consapevolezza e auto-critica che il discente può facilmente raggiungere (a differenza di ciò che accade usando altri metodi formativi), anche con l'aiuto dei commenti del paziente e dei colleghi osservatori. Inoltre il tipo di apprendimento che si ottiene viene particolarmente impresso e fissato nella memoria perchè veicolato non solo da elementi cognitivi, ma anche emotivi ed affettivi.

È interessante notare come i discenti che hanno recitato nella seconda e nella terza simulata hanno utilizzato materiale emerso nella prima recita: hanno individuato i punti critici che secondo loro dovevano essere modificati e su di essi hanno modulato gli obiettivi della loro simulazione.

Forse è stato questo fatto a far emergere l'osservazione da parte dei dicenti stessi che la simulata "ideale" avrebbe dovuto racchiudere tutti gli elementi presenti nelle tre diverse recite.

2. COMUNICAZIONE DI UNA CATTIVA NOTIZIA

Nell'ambito dell'UD sul "Il paziente domiciliare cronico e terminale", si è scelto di utilizzare il Paziente Simulato, per affrontare il tema della comunicazione della cattiva notizia.

Il copione prevedeva l'arrivo in ambulatorio, dal sostituto, di una paziente di anni 30 con linfoma di Hodgkin. La paziente porta il referto di una biopsia dei linfonodi, recentemente eseguita, che rivela la presenza di cellule di Reed-Sternberg, suggestive per linfoma di Hodgkin. Il medico, essendo sostituto, vede la paziente per la prima volta.

Obiettivi didattici: il medico deve riconoscere la ragione della presenza del paziente, aspettative e paure; deve saper gestire il paziente attuando un invio urgente in ambiente specialistico ematologico per mezzo di un contatto personale del medico con lo specialista; devono emergere accordi chiari con il paziente sulle modalità di comunicazione dell'appuntamento preso.

Il ruolo di medico viene recitato da due discenti e in conclusione da un docente (dott. Valcanover). Dalle osservazioni di chi ha recitato emerge soddisfazione da parte dei due discenti rispetto al proprio comportamento, al tipo di relazione stabilita con la paziente, alla gestione del problema presentato; il docente esprime la difficoltà di relazionarsi con una paziente sconosciuta, la delicatezza del caso, esplicita la motivazione del coinvolgimento della famiglia della paziente e altre sue scelte relazionali.

Gli argomenti emersi dalle simulazioni e che sono divenuti temi di discussione:

accoglienza e strategia di lunga durata,

verità e diagnosi,

conoscere se stessi - consapevolezza del proprio stile personale,

ottica di servizio e autorevolezza,

il modo e il tempo della clinica,

negoziato: il paziente negozia tutto, la terapia, ma anche la diagnosi e lo stile relazionale con il medico.

3. GESTIONE DI UN PAZIENTE CON ASMA ALL'ESORDIO

(questa parte di report è stata scritta con il contributo del dott. Paolo Colorio)

L' **obiettivo didattico generale** di questa simulazione, posta all'interno dell'unità didattica sulla gestione del paziente con patologie respiratorie ostruttive, è stato espresso in questo modo: " Il discente dovrà essere in grado di formulare la diagnosi di asma (all'esordio), di impostare la tp e gettare le basi per il follow up".

Lo scenario previsto era quello di un giovane Medico di Medicina Generale al quale si presenta una paziente, poco nota, che lamenta disturbi riferibili ad una possibile asma. La consultazione così concepita doveva durare circa 10 minuti, il medico non aveva altri mandati se non quello di adottare un comportamento usuale, paragonabile a quello normalmente assunto nella propria pratica professionale, in presenza di asma sospetto.

Al termine di due consultazioni si apre la discussione che coinvolge i medici protagonisti, la paziente simulata, e tutti i discenti, oltre ai MMG tutor e responsabili presenti.

Un dato abbastanza netto che si è evidenziato in entrambe le simulazioni è la presenza di una tensione particolare mirante ad applicare le nozioni apprese nella parte teorica appena svolta, quasi a voler sottolineare l'acquisizione del messaggio didattico ricevuto, trascurando in parte, però l'attenzione alla componente relazionale.

I protagonisti hanno analizzato la loro prestazione con sufficiente chiarezza, soprattutto per alcuni aspetti tecnici. La paziente simulata ha riferito un certo disagio in entrambe i casi, aggiungendo che probabilmente non sarebbe tornata per una seconda visita, sembra non aver capito l'entità del proprio problema e soprattutto la mancanza di un appuntamento preciso, l'ha indotta a pensare di avere un problema acuto, che si risolverà senza necessità di tornare dal medico.

È emerso il problema del dubbio diagnostico e dell'incertezza che è sempre presente nella pratica clinica in medicina generale (anche in situazioni apparentemente semplici come la diagnosi di asma), ciò ha costituito un'importante occasione per approfondire in gruppo il concetto di "autorevolezza" del medico. Autorevolezza che si ottiene non tanto perseguendo la sicurezza e la certezza, ma interpretando e gestendo il dubbio.

3.2.8. SOCIOLOGIA DELLA SALUTE

Responsabile: dott.ssa Norma Sartori

prof. Rino Fasol - 14 dicembre 2005

Il professor Fasol è ricercatore nel campo dell'analisi organizzativa dei servizi sanitari e sociali (con Gherardi e Bruni); lavori in neuropsichiatria infantile, servizi socio sanitari ecc. Insegna organizzazione dei servizi sociali a sociologia e fa didattica in corsi per infermieri e per università di psicologia (a Bologna).

Obiettivi della giornata:

**offrire una panoramica degli ambiti di ricerca e analisi da un punto di vista sociologico;
prospettare un punto di vista e un approccio diverso da quello della medicina.**

L'insieme di paradigmi della medicina è molto più stabile, la medicina è "molto più scienza"; la sociologia è giovane e non interessa molto chi governa. Non voglio mettere in contrapposizione due paradigmi, ma fornire un diverso punto di vista, che rimanga autonomo e possa integrare l'altro punto di vista.

La difficoltà è l'uso di un linguaggio per voi poco familiare, c'è rischio di fraintendimenti, spero che ci capiamo. Vi chiedo di aiutarmi a farmi capire.

Tratteremo alcuni argomenti:

- 1) origini del tipo di analisi sanitaria della sociologia, ciò rimane ancora molto attuale nel pensiero dei sociologi;
 - 2) stili di vita e condizioni di salute, atteggiamenti nei confronti della malattia e della cura e prevenzione
 - 3) rischio
 - 4) tecnologia e innovazione tecnologica: impatto tra operatori e utenti
 - 5) traiettorie di cura: continuità della cura, integrazione dei diversi attori
- quando si comincia a parlare di sociologia sanitaria? Con Parson nel 1951, ma qualcuno anche prima; nel 1700 con Ramazzini che ha scritto un libro sulle condizioni di salute e lavoro di alcune categorie di lavoratori; Engels 1845 " la situazione della classe operaia in Inghilterra; e tutta una serie di altri sociologi che si occupano di medicina. Quello del sistema di cura è una cartina tornasole di come funziona una società: valori, cultura, caratteristiche di una civiltà. Ovviamente stiamo parlando del nostro mondo occidentale e nordico. Esistono studi che riguardano anche il mondo in via di sviluppo. Uno studio di New York mostra come la risposta al dolore sia influenzata e determinata dalla cultura e dai valori. Es. gli ebrei non si lamentano, i latini sono più clamorosi, i nordici sono più contenuti e così via. (cure palliative: controllare il dolore è una questione di alchimie chimiche? O anche di cultura?). Parson definisce la **salute come situazione in cui è ottimale la capacità dell'individuo di eseguire efficacemente le prestazioni richieste dal ruolo** che ha nella società. Parla del ruolo sociale e del modo e dei segni con cui nella nostra società si comprendono e si intendono. La malattia quindi si manifesta come un disturbo delle capacità di svolgere ruoli e compiti. La devianza normalmente è condannata dalla società (se non lavoro vengo multato, licenziato ecc) ma se sono malato la devianza è giustificata, legittimata e tollerata. Si delinea così il ruolo di paziente. Si tratta di una prospettiva diversa di chi si occupa di studiare come

funziona una società. Precondizione: il soggetto non è responsabile della devianza, ecco che la devianza viene legittimata; c'è una sorta di privilegio, coccole ecc., ma questa devianza è subordinata al fatto che si chieda aiuto al medico, così come per chi ruba c'è il poliziotto e il giudice, per chi è ammalato c'è il medico: ecco che il medico svolge un **controllo sociale** (cioè socialmente determinato)! Del controllo sociale fa parte anche il monopolio del medico, lui può legittimare il malato, il fattucchiere non può farlo. Del controllo fa parte anche la prescrizione di comportamenti e farmaci. Parson dice anche che si devono "isolare" i malati, nel senso che si deve pagare lo scotto di questo privilegio, come per evitare il "contagio" della devianza. Rinforzo della motivazione dei sani a non ammalarsi. Il professionista ha autorità e prestigio. In inglese customer è quello che compra una cosa, che va dalla parucchiera o chiama l'idraulico, client invece è chi va dall'avvocato, dal medico, con cui instaurano una relazione e nella cui relazione c'è asimmetria. Il medico fa un lavoro socialmente utile, quindi ha un prestigio che deriva dall'utilità sociale. I professionisti hanno un bagaglio molto solido di teorie e conoscenze, al punto che si deve aver seguito un corso di studi molto complesso, lungo e articolato. Dopo gli anni 50 ci sono stati molti arricchimenti, ma anche contestazioni radicali (allo struttural-funzionalismo) a Parson: il comunismo non può accettare questa teoria e si afferma il paradigma critico di Illich (in quegli anni si analizzava l'ospedale come una fabbrica, quindi classi sociali, ceti: rapporto critico tra i diversi operatori sanitari); paradigma eco-sistemico (Luhmann) riprende e arricchisce il modello di Parson; fenomenologia introduce la dimensione della soggettività (Schutz, Berger e Lukmann) e si parla di costruzione sociale della realtà, nel senso che c'è una oggettività, ma essa fa i conti con quelle che sono le percezioni e l'attribuzione di significato che i vari gruppi sociali gli danno (Sadnoo è uno studioso etnografico che parla dell'organizzazione sociale della morte; accanto alla dimensione fisica della morte ce n'è una che è sociale, la morte ha un impatto sociale, ci sono delle regole che ci stanno attorno). La storia di sociologia è partita da qualcosa di estremamente logico e razionale, tutto è lineare e semplice, si arriva infine a mettere in dubbio queste certezze, queste oggettività, perchè c'è soggettività, ogni persona è diversa, non si può dare tutto per scontato. Lo scontato, il pregiudizio, lo stereotipo però non sono solo negativi, sono necessari, senza fare ogni volta riflessioni, analisi etc. Il nostro approccio deve essere più neutro.

- Abitudini e stile di vita influenzano in modo determinante le cause principali di morbilità e morte. Ci sono una serie di studi nell'ambito delle credenze di salute. Beker e Maiman studiano il campo degli screening: perchè alcuni non si sottopongono a tali test? Non perchè non conoscono razionalmente il problema o non hanno ricevuto l'informazione. Allora perchè accade ciò? Non si può pensare che le persone abbiano una struttura mentale razionale logica prevedibile e tutti uguali. Moskovic: lavora sulla teoria ingenua sociale che le persone hanno della psicoanalisi, non sono propriamente idee personali, ma sono concetti che circolano nei mass media, nei film, nei discorsi di altri, ecc. e che costruiscono delle idee; il problema è che queste rappresentazioni sociali ci influenzano nella vita di tutti i giorni, anche per quanto riguarda la salute e la malattia abbiamo queste rappresentazioni. Da qui nascono le credenze sulla salute. Da una parte le persone valutano il grado di minaccia della malattia, ma anche i costi e i benefici dell'azione di screening. La percezione della minaccia della malattia: riguarda la percezione della vulnerabilità individuale e anche della gravità della malattia. Esistono anche barriere (difficoltà di spostamenti, mancanza di mezzi di trasporto, problemi con l'orario, ma anche barriere culturali), costi emotivi (sapere che per qualcuno non è accettabile la risposta dello screening) e benefici dell'azione da intraprendere. Ma anche: variabili socio-demografiche e socio-psicologiche e le spinte all'azione. Oltre a Illness e Disease ricordiamo anche la coesistenza di Sickness che riguarda il significato sociale della malattia come percezione e attribuzione di senso collettivo.

La teoria del comportamento pianificato (Fishbein e Ajzen) prende in considerazione le credenze sulle conseguenze del comportamento, la valutazione di queste conseguenze, le credenze normative e la motivazione ad aderire alle credenze e infine le credenze sul controllo. Non si deve pensare che l'intenzione conduce ad un comportamento voluto o prevedibile e questo ha a che fare con la compliance. Rotter si occupa della percezione del controllo applicando al campo della salute il concetto di locus of control. La prima distinzione è tra internalità (dipende da me, da mie scelte e comportamenti, ha a che fare con la consapevolezza) ed esternalità (non dipende da me, è capitato, sono stato sfortunato, ha a che fare con il fatalismo). A ciò si aggiungono gli altri "competenti". (Wallstone&Wallstone hanno studiato il locus of control interno, esterno e altri competenti attraverso un questionario, molto strutturato e standardizzato). Bandura parla invece del concetto di self-efficacy (Wallostone in realtà subito dopo aver creato la teoria del locus aderisce a questo concetto): in realtà le persone sanno cosa dovrebbero fare, ma non ci riescono, non solo perchè non sono capaci individualmente, ma perchè non hanno sufficiente rinforzo dalle persone che gli stanno attorno: l'intenzione si distanzia da atteggiamenti e comportamenti concreti.

- Il concetto di rischio è molto usato: molti studiosi sostengono che quella attuale è la società del rischio. Il sapere e la conoscenza hanno senso quando sono contestualizzati, non si può sempre fare affidamento su bagagli di conoscenze trasmissibili, linearmente e semplicemente. Non si tratta più solo di relatività delle conoscenze ma di incertezza. Lo sguardo medico: dalla capacità di lettura dei segni della malattia si è passati alla tecnologia, l'occhio clinico non serve più, la ricerca dei segni va molto più in profondità (genetica), non solo lo sguardo si fa più acuto entrando nel corpo umano, ma anche si allarga lo sguardo a una dimensione collettiva con la messa a punto dello screening. I confini dell'anormalità vengono allargati, addirittura le malattie si colgono quando ancora non si vede nulla. Prevenzione: significa intervenire quando la malattia non c'è ancora. La diagnosi precoce non è prevenzione. Si creano **pazienti senza sintomi** (worried well) collocati in un limbo terapeutico. Non ci si può fidare più dello stare bene, pensando di essere sani. Alcuni autori parlano di ridefinizione della competenza sanitaria del medico in termini di consulenza di chi ha già raccolto informazioni da varie fonti, e quindi sa già molto. Il vigilant lay body: ogni persona è vigile, attenta a riconoscere i segni e i minimi sintomi. Il paziente esperto si procura consigli, ma anche prodotti al di fuori dello specifico sistema. Si crea una socializzazione della diagnosi clinica. Il parlare "da medici" prevede un gergo, con la diffusione del sapere questo linguaggio è meno intoccabile: ci sono contro-discorsi e contro-retorica all'interno dei gruppi di profani. Il sapere è molto diffuso, ma molto annacquato. La fiducia si sposta dal medico allo strumento, alla tecnologia con indebolimento dell'autorità epistemologica e professionale della scienza e della pratica medica. Mi fido della tecnologia non del medico. La tecnologia che cura! Se per molte persone è difficile entrare nella logica dello screening, dall'altra parte chi supera questa resistenza varca una soglia e comincia a prendersi cura di se, incominciare un comportamento terapeutico. Il paradosso della diagnosi del rischio e della domanda delle informazioni certe: rapporto tra esperto e profano sempre più basato sulla conoscenza tecnica che sulla fiducia. Spetta al medico indirizzare e gestire la pleora delle informazioni che il paziente ha del suo corpo, derivanti dalla tecnologia? Si discute sul concetto di fiducia. La perdita di fiducia alimenta la medicina difensiva.
- L'impatto delle tecnologie sul lavoro del medico: ne abbiamo a lungo parlato e inoltre ci sono le fotocolor delle diapositive in allegato.
- La continuità della cura. (Strauss) La specializzazione del sapere medico crea parcellizzazione e perde in ampiezza; ciò non riguarda solo le malattie croniche ma si può estendere a qualsiasi situazione. Strauss

parla di ospedale, ma ciò si può estendere a tutto il sistema sanitario; ne parla in termini di "posti di lavoro". Cosa succede quando le persone lavorano? Quali rapporti si instaurano? La persona che viene curata in un ospedale o anche in un sistema sanitario, passa da un posto all'altro, perchè gli interventi devono essere multiprofessionali, un'operatore solo non può provvedere a tutti gli interventi. L'organizzazione temporale di questi interventi è la cosa più particolare: si determina la traiettoria della cura a cui si affianca il decorso della malattia. La persona quindi passa da un posto di lavoro all'altro, da un punto all'altro del sistema sanitario. La cura come processo dinamico: fino ad ora i sociologi non se ne erano mai occupati, si occupavano del rapporto medico-paziente. Lo studio diacronico, il concetto di traiettoria è nuovo e obbliga a interrogarsi sul fare una serie di fotografie o un film. Cita uno studio appena terminato sulle disegualianze in medicina a Bologna. Le disegualianze in medicina non sono legate ai bisogni, ma allo status socio-economico. Uno studio si interroga sui tipi di cura che ricevono le persone: c'è una correlazione tra status socio-economico e luogo in cui si va a farsi curare (livello basso: PS e MMG). Se PS e MMG sono risorse meno costose esse sono molto scelte indipendentemente dai bisogni dei pazienti. Il MMG ha minor tecnologia anche intesa in termini di cultura e formazione. La cura non è la semplice somma di tanti atti uno vicino all'altro, ma ha una traiettoria. E chi ha il governo di queste traiettorie? Un'immagine del sistema di cura come una rete di tanti nodi. Ogni nodo di questa rete è responsabile di una parte della cura, ma la capacità di muoversi in questa rete è ancora affidata alla singola persona. **Se non c'è una progettualità nello scandire un progetto di cura, l'arrivare in uno dei certi nodi sopra citati, determina cosa poi ti accade e non è detto che corrispa più ai bisogni!** La circolazione delle informazioni che dovrebbero accompagnare le persone nei loro percorsi di cura sono spesso casuali e del tutto inefficaci.

4. LABORATORIO TESI

Responsabile: dott. Marco Clerici

L'elemento innovativo principale, adottato con questo corso, è stata la decisione di proporre agli specializzandi un argomento generale comune attorno al quale articolare le tesi individuali.

L'argomento, "*la continuità delle cure in medicina generale*", è stato definito in sede di consiglio didattico. Allo specializzando, e al suo relatore, coordinati dal responsabile del laboratorio tesi, è stata poi lasciata libertà di scelta sulla articolazione specifica del tema generale.

Sette specializzandi su nove hanno aderito a questa proposta di coordinamento delle tesi. Due specializzandi hanno invece preferito approfondire un tema di loro particolare interesse.

La gestione del laboratorio-tesi, per quanto riguarda gli specializzandi che hanno aderito all'approfondimento del tema della continuità delle cure, ha seguito le seguenti direttrici :

- applicare metodologie di ricerca sia quantitativa che qualitativa;
- non puntare alla rappresentatività statistica del campione oggetto di ricerca (troppo oneroso dal punto di vista del tempo necessario allo specializzando per la fase di raccolta dati) ma alla coerenza e alla qualità del progetto, che assume così le caratteristiche del progetto-pilota da eventualmente implementare;
- utilizzare strumenti di rilevazione (es questionari) già validati in studi presenti nella letteratura scientifica della medicina generale, in particolare europea, in modo da poter iniziare a confrontare quanto avviene nella medicina generale trentina con altre realtà;
- cercare la collaborazione con enti e/o istituzioni locali in grado di fornire un utile apporto di conoscenza per la scuola: quest'anno ci si è avvalsi dell'aiuto dell'Osservatorio Epidemiologico dell'APSS e di un ricercatore della Facoltà di Sociologia dell'Università di Trento.

Per quanto riguarda gli aspetti di tipo didattico-organizzativo, il laboratorio-tesi è stato strutturato con le seguenti modalità:

- incontri strutturati tra lo specializzando, il responsabile del laboratorio-tesi ed il mmg relatore, nella fase di definizione del campo di ricerca, della scelta del materiale di indagine e dei relativi metodi, nella valutazione dei risultati;
- incontri individuali tra lo specializzando e il responsabile del laboratorio-tesi, tutte le volte che veniva ritenuto necessario, per la costruzione "pratica" della ricerca .

Il tema generale della " continuità delle cure in medicina generale " è stato così articolato nelle diverse tesi:

- le opinioni dei mmg trentini sulla continuità delle cure (quantitativa, su tutti i mmg trentini);
- le opinioni dei pazienti sulla continuità delle cure (quantitativa, campione randomizzato di mmg);
- la continuità delle cure nel paziente iperteso (quantitativa) ;
- la continuità delle cure nel paziente psichiatrico (quali-quantitativa);
- la continuità delle cure nel paziente con scompenso cardiaco (qualitativa);
- le opinioni sulla continuità delle cure nei pazienti che si recano in pronto soccorso (quantitativa)*

- la continuità delle cure in medicina generale e le cure domiciliari palliative (quali-quantitativa)*

* verranno presentate dagli specializzandi che termineranno il corso nel novembre 2006.

Di seguito una tabella riassuntiva dei candidati che sosterranno l'esame il 29/06/2006 con i relativi titoli e relatori.

CANDIDATO	TITOLO TESI	Relatore/i
Dott. Dario Berghella	La continuità delle cure in medicina generale: il paziente con ipertensione arteriosa	Dott. Marco Clerici
Dott. Carmelo Coniglione	La continuità delle cure in medicina generale: il paziente psichiatrico	Dott.ssa Norma Sartori Dott. Lorenzo Gasperi
Dott. David Fasoletti	La continuità delle cure in medicina generale: il paziente con scompenso cardiaco	Dott.ssa Alessandra Maggioni
Dott. Angelo Fracchiolla	La continuità delle cure in medicina generale: la soddisfazione del paziente	Dott. Giovanni Widmann
Dott. Dott. Giuseppe Paccione	La continuità delle cure in medicina generale: la telemedicina	Dott. Fabrizio Valcanover
Dott. Pierluigi Piccirillo	La continuità delle cure: l'opinione dei medici di medicina generale del trentino	Dott.ssa Mariapia Perlot
Dott. Emanuele Pozzo	Il dolore toracico atipico: quale ruolo per il medico di medicina generale ed il medico di guardia medica?	Dott. Germano Fachinat

Le tesi dei candidati all'esame finale sono state riassunte in una presentazione Power Point che è stata utilizzata per la discussione in sede d'esame finale.

5. RAPPORTI SUL COORDINAMENTO

5.1. INTEGRAZIONE DIDATTICA PER COMPETENZE

Con il programma didattico per il primo Corso triennale 2003-2005, la Scuola di Formazione specifica in Medicina Generale di Trento, ha introdotto il concetto dell'insegnamento per competenze. Questa modalità didattica è stata inserita per cercare di superare la tradizionale docenza per materie o per problemi isolati, al fine di trasmettere competenze complesse e specifiche più che nozioni.

La scelta di un insegnamento per competenze spinge inevitabilmente a selezionare alcuni modelli metodologici da apprendere per essere applicati nella pratica, al posto delle principali patologie e campi d'azione del medico.

In questa ottica è stato scelto di proporre la gestione del paziente con problemi respiratori di tipo ostruttivo, da parte del Medico di Medicina Generale, piuttosto che l'asma o la BPCO come patologie a sé stanti.

La gestione del paziente con problemi respiratori di tipo ostruttivo è stata individuata come esempio di una competenza che richiede conoscenze, abilità e che prevede un forte coinvolgimento attivo del paziente per ottenere risultati apprezzabili.

Dal punto di vista dell'insegnamento l'integrazione è stata perseguita con l'accorpamento di tre unità didattiche, o parti di esse, svolte in un breve periodo temporale.

In particolare è stata programmata una unità teorica in aula, concentrata in un blocco unico di pochi giorni, che prevedeva l'approfondimento dei problemi della diagnosi, della classificazione di gravità, della terapia e del follow up dei pazienti con problemi respiratori ostruttivi attraverso la metodologia del problem based learning. Sono stati utilizzati dei casi clinici semplificati, che portavano a riconoscere i vari problemi, individuare i necessari campi di approfondimento, e ricercare le soluzioni anche attraverso discussioni, confronti e approfondimenti centrati soprattutto sulle linee guida riconosciute e validate dall'OMS. Uno spazio importante è stato dedicato alla discussione relativa all'applicazione pratica delle linee guida medesime, con tutte le difficoltà che ciò comporta.

A questa area di insegnamento teorico è stata associata una sessione con paziente simulato dedicata all'approfondimento degli aspetti relazionali e tecnici al cospetto di una paziente con sintomi fortemente sospetti per asma. Questa metodica è stata inserita per stimolare la discussione sui molti aspetti della consultazione, della relazione e delle strategie che è necessario adottare per ottenere una sufficiente empatia e anche dei buoni risultati tecnici. La metodica del paziente simulato non è stata utilizzata per scopi valutativi anche perché necessiterebbe un adeguato periodo di allenamento e preparazione sia da parte dei discenti che soprattutto da parte di chi avrebbe il compito di valutare. Il fatto che non fosse prevista una valutazione ha favorito una discussione estremamente vivace, libera, e costruttiva da parte di tutti i discenti, che vivono l'esperienza con grande passione e che ne chiedono la ripetizione con la maggiore frequenza possibile.

A breve distanza dalle prime sessioni formative è stata inserita, sempre con incontri ravvicinati, un'altra breve unità didattica indirizzata all'insegnamento pratico dell'uso di alcuni strumenti diagnostici e terapeutici utilizzabili dal medico di Medicina Generale. Questa unità denominata "Attività Professionalizzanti" prevedeva una dimostrazione e poi l'uso da parte di tutti i discenti dello spirometro, del plusossimetro, del misuratore di

picco di flusso, fino al raggiungimento di una discreta dimestichezza e manualità, e ancora un breve role playing relativo alla illustrazione e all'utilizzo di alcuni devices per la terapia della flogosi e dell'ostruzione bronchiale. Alla pratica con questi apparecchi è stata aggiunta la presentazione e dimostrazione d'uso di questionari relativi alla qualità di vita del paziente asmatico e all'individuazione di possibile OSAS, utilizzabili nella pratica quotidiana. Sono state affrontate anche le nuove linee guida relative alla rinite allergica e alla poliposi nasale, con valutazione su questionario ECM on line, in tempo reale e infine le norme e modalità per l'ossigenoterapia di lunga durata.

L'integrazione degli aspetti cognitivi, delle abilità con l'utilizzo di strumentazioni, e di peculiarità della consultazione e della relazione così organizzata ha suscitato vivo interesse e grande apprezzamento da parte dei discenti.

Ad una prima valutazione, anche se non approfondita da parte dei responsabili didattici, il risultato appare decisamente soddisfacente, con l'indicazione di incrementare l'attività con il paziente simulato per approfondire anche altri aspetti relazionali e gestionali tipo counselling per il fumo e motivazione all'automisurazione dei valori respiratori, gestione delle crisi ecc.

Altra indicazione importante è quella di cercare di collegare l'insegnamento di queste competenze all'attività didattica svolta dal discente presso alcuni reparti ospedalieri, ma soprattutto alla frequenza presso lo studio del medico di medicina generale per valutare l'impatto effettivo del cambiamento nella pratica lavorativa specifica.

5.2. RAPPORTO ATTIVITÀ DI COORDINAMENTO - INCONTRI, CONFRONTI, QUESTIONARI

Un buon clima relazionale è necessario nelle situazioni didattiche, e a maggior ragione quando i discenti sono adulti. Per avere le conoscenze e le sensazioni adeguate alla creazione di un clima positivo, la Scuola di Trento prevede una serie di strumenti.

Oltre alle informazioni preliminari sui discenti e alcune loro caratteristiche, utili per programmare eventuali moduli didattici propedeutici, come la conoscenza dell'inglese per la lettura scientifica o l'uso base del personal Computer, il primo passo è quello di uno o due incontri di presentazione reciproca comprensiva dell'esposizione delle aspettative dei singoli e di quelle della Scuola, che si può anche configurare come una specie di minimo contratto formativo. In questa sede viene somministrato anche il questionario di ingresso che indaga molti aspetti, e che viene riproposto alla fine del Corso allo scopo di valutare una parte dei cambiamenti avvenuti. Di tali questionari viene compilata una relazione apposita (vedi).

Con l'inizio delle attività hanno svolgimento anche gli incontri di briefing e debriefing, cioè per ciascun periodo di frequenza viene programmato un momento di illustrazione delle attività che saranno svolte con la valutazione delle aspettative, i consigli, le osservazioni ed i suggerimenti pratici. In questa sede viene ricordato che i discenti hanno la possibilità o meglio l'invito a scrivere una relazione sulle attività svolte con i commenti del caso. Questi lavori, molto utili per ritarare continuamente la didattica e la relazione con i tutor, vengono considerati attività didattica a tutti gli effetti, per cui è riconosciuto, da parte del coordinatore, un credito orario di autoformazione per ciascun lavoro consegnato.

Al termine di ogni periodo vengono raccolte, in aula a voce, le osservazioni sull'esperienza, le critiche, i commenti. Normalmente a questi incontri è presente il Coordinatore delle attività pratiche e talvolta il Direttore della Scuola o la Coordinatrice delle attività presso i tutor MMG e/o qualche altro membro dello staff.

Oltre questi incontri, centrati su una frequenza specifica, ogni tre mesi circa o in caso di necessità vengono effettuati delle riunioni tra i discenti e il Direttore con il Coordinatore, per rivalutare il clima didattico generale, nuove aspettative, o lamentele o preoccupazioni. Questi momenti vengono anche utilizzati per riaggiustare andamenti non corretti o insidiosi.

Altro strumento adoperato per valutare molti aspetti della didattica e dell'organizzazione, è il questionario di gradimento semestrale, che viene somministrato appunto ogni sei mesi circa per indagare alcuni aspetti generali della Scuola, le varie attività pratiche e quelle teoriche, compreso i tutor ed i docenti ma anche l'andamento del coordinamento delle varie attività. Con questo strumento si può rilevare il maggior gradimento per le attività pratiche specie per la frequenza dal MMG e in alcuni reparti dell'ospedale.

Per questo corso il gradimento complessivo si è sempre mantenuto su un livello più che accettabile, con qualche annotazione che viene sempre considerata.

Oltre a tutte queste opportunità viene aggiunta anche la possibilità di colloqui individuali con il Direttore e/o il coordinatore a richiesta del discente.

Al termine del Corso viene organizzata una riunione con i discenti e lo staff didattico, per le ultime osservazioni e soprattutto per i commenti e i giudizi formulati da parte dei discenti. Anche solo confrontando quest'ultima riunione con il primo incontro si percepisce il grande cambiamento che si è prodotto nei discenti.

5.3. RAPPORTO QUESTIONARIO D'INGRESSO E QUESTIONARIO D'USCITA

All'inizio ed al termine del Corso viene somministrato un questionario generale abbastanza articolato che ha la funzione di raccogliere dati in svariati campi, sia anagrafici che per alcune conoscenze di base o specifiche. Indaga anche alcuni orientamenti professionali e l'atteggiamento verso la formazione, la ricerca e l'economia sanitaria. Il questionario iniziale ha lo scopo di fornire un profilo del gruppo dei discenti anche per impostare alcune attività didattiche, quello finale intende verificare, anche se in modo molto grossolano, le variazioni delle conoscenze e di alcuni atteggiamenti da parte dei discenti.

La prima osservazione è che la composizione del gruppo è molto cambiata, essendo presenti in 14 con 4 femmine all'inizio e solo 9 con 1 femmina solo al termine a causa di sei abbandoni per inserimento lavorativo o scelta di altra specialità e per un nuovo acquisto per trasferimento da altra regione.

L'età media dei 14 colleghi era nel 2003 di 33 anni e 5 mesi, ora dopo due anni e mezzo è di 35 anni e 4 mesi, quindi un po' minore di quella attesa dato che è più probabile che siano i colleghi meno giovani a trovare un inserimento lavorativo, strada facendo. Stesso discorso per l'età di laurea: era di quasi sei anni all'inizio, ora è di 7 anni e cinque mesi.

Due dei tre discenti in possesso di un diploma di un'altra specialità hanno trovato uno sbocco lavorativo e si sono ritirati.

La prima conclusione è che per l'investimento e la continuità didattica sarebbe meglio aver discenti giovani e non specialisti in altre branche.

Da questo punto in poi i dati sono stati comparati sui questionari di entrata ed uscita degli otto discenti "superstiti".

Sempre buona è rimasta la conoscenza delle lingue straniere ed in particolare tutti dichiarano di conoscere l'inglese.

La capacità di uso del PC, che era già discreto all'ingresso, è migliorato di poco salvo la conoscenza dei software per la medicina generale che ora tutti hanno rispetto ad uno solo dell'inizio.

E' aumentata naturalmente l'esperienza professionale in Medicina Generale essendo presente ora anche per i tre che non ne avevano all'ingresso come per la Continuità Assistenziale.

Sei degli otto discenti hanno confermato l'iscrizione al Corso per una scelta esplicita, spinta da esperienze personali, per due si tratta di un ripiego professionale.

Come ci si poteva aspettare è migliorata la conoscenza di leggi, norme e regolamenti: la 833 era sconosciuta, ora 4 la conoscono parzialmente, adesso tutti hanno informazioni sulla Convenzione per la MG rispetto ad uno solo nel 2003. Riguardo il nuovo codice deontologico solo uno rispetto ai due dell'ingresso dichiara di non conoscerlo, mentre per le norme e leggi che regolano il Corso di Formazione ben tre discenti ancora non le conoscono e tre solo parzialmente. Serve una maggior attenzione specificamente a questo riguardo, dato che la mancata o scarsa conoscenza di tali norme può spingere verso aspettative non realizzabili come la lunghezza del Corso o di alcune frequenze.

La conoscenza della legge 626 è aumentata da quattro a sei discenti su otto.

Le norme prescrittive, sono note a tutti, quelle sulla certificazione e quelle sulla medicina legale sono conosciute piuttosto bene da sette su otto discenti, anche se il risultato è buono con grande miglioramento

riguardo all'ingresso, bisogna lavorare ancora in questi campi per fornire a tutti i futuri MMG queste nozioni fondamentali, in modo approfondito.

La conoscenza delle strutture sanitarie è decisamente migliorata, ora 5 la ritengono buona e 2 sufficiente, 1 solo dichiara che è scarsa. All'ingresso questa conoscenza veniva considerata molto importante, alla fine, forse perché acquisita, meno importante.

Invariate sono rimaste le preferenze per l'attività in associazione della MG rispetto al lavoro da solo (7 a 1), come l'atteggiamento verso il PC ritenuto indispensabile da 6 e utile da 2 e anche la preferenza accordata da tutti 8 per un ambulatorio con caratteristiche tipo relazionale rispetto ad uno molto tecnologizzato.

Anche la domanda rispetto l'atteggiamento che si assume verso pazienti con possibili importanti divergenze (tipo testimoni di Geova, o altre culture o modi di pensare molto differenti) rimane invariata: è considerata uno stimolo alla discussione da parte di sette specializzandi.

Da 5 a 7 sono passati i colleghi che pensano che non si debbano celare le proprie emozioni, nelle consultazioni con pazienti con importanti problemi emotivi.

In caso di problemi complessi e articolati ora 7 colleghi ne parlano apertamente con il paziente e concordano strategie di attesa mentre uno solo manda dallo specialista, all'ingresso erano 4 e 4.

Il risultato forse più eclatante però si riferisce alla conoscenza della medicina basata sull'evidenza: da 1 che dichiarava di conoscerla e anche in modo superficiale si è passati a 8 che la conoscono mediamente bene.

Gli eventi formativi scientifici ora sono seguiti da tutti e vedono la netta preferenza per quelli con argomenti di Medicina Generale rispetto a quelli specialistici ospedalieri.

Le funzioni e l'attività delle società scientifiche che erano quasi sconosciute ora sono note a 7 specializzandi su 8.

I messaggi degli informatori scientifici del farmaco che venivano considerati come utili nell'80% delle risposte all'ingresso, nel test di uscita risultano prevalentemente scorretti nel 60% e comunque utili nel 40%. Probabilmente vi è un difetto nella domanda, altrimenti sembra difficile far quadrare questa risposta con l'EBM, ma forse l'impatto umano e le tecniche di comunicazione attenuano il rigore scientifico.

Nel campo della ricerca scientifica e delle nozioni di farmacoeconomia vi è stato un rovesciamento di posizioni, da pressoché sconosciute a note per 7 su 8 anche se in maniera solo sufficiente. Queste nozioni ora vengono considerate importanti.

Anche se con molti limiti, il questionario mostra parecchi cambiamenti, migliorativi, nelle direzioni volute, mostra però ancora alcune pecche e limiti che dovranno essere affrontati nel prossimo Corso, e la necessità anche di migliorare lo strumento di indagine.

6. RAPPORTI ATTIVITÀ DI TIROCINIO PRATICO

La formazione pratica si è così articolata:

6.1 Formazione pratica presso l'ospedale.

6.2 Formazione pratica presso il medico di medicina generale.

6.3 Formazione pratica presso le attività territoriali.

La gestione dell'attività pratica è stata portata avanti direttamente dal direttore, dal dott. Paolo Colorio, coordinatore dell'attività teorica e pratica e dalla dott.ssa Alessandra Maggioni (responsabile dei tutor di medicina generale).

6.1. FORMAZIONE PRATICA PRESSO L'OSPEDALE

6.1.1. FREQUENZA PRESSO I REPARTI OSPEDALIERI DI CHIRURGIA

Nel periodo di marzo e aprile 2004 si è svolta la prima frequenza presso l'ospedale ed in particolari sono stati scelti i reparti con attività chirurgica.

Le specialità interessate sono state la chirurgia generale, l'ortopedia, la chirurgia vascolare, l'urologia, la dermatologia l'otorinolaringoiatria, ed il pronto soccorso.

E' stato richiesto ed ottenuto l'utilizzo di sedici strutture per sette specialità, in particolare la prima Unità operativa di chirurgia generale dell'Ospedale Santa Chiara di Trento e quella dell'Ospedale Santa Maria del Carmine di Rovereto, la chirurgia generale dell'Ospedale San Camillo di Trento e la chirurgia generale dell'Ospedale di Tione, l'Unità operativa di chirurgia vascolare dell'Ospedale Santa Chiara di Trento, l'Unità operativa di ortopedia dell'Ospedale di Trento, quella dell'Ospedale Santa Maria del Carmine di Rovereto e l'ortopedia dell'Ospedale di Tione, l'Unità operativa di dermatologia dell'Ospedale Santa Chiara di Trento, e quella dell'Ospedale Santa Maria del Carmine di Rovereto, l'Unità operativa di otorinolaringoiatria dell'Ospedale Santa Chiara di Trento, e quella dell'Ospedale Santa Maria del Carmine di Rovereto, l'Unità operativa di urologia dell'Ospedale Santa Chiara di Trento, il pronto soccorso dell'Ospedale Santa Chiara di Trento, quello dell'Ospedale Santa Maria del Carmine di Rovereto e quella dell'Ospedale di Tione.

Per ogni struttura è stato coinvolto il responsabile, cui è stato chiesto di indicare almeno un tutor di reparto che si assumesse la responsabilità didattica delle frequenze. In molti casi si è concordato il nome di un collega che già in passato aveva avuto esperienze tutoriali a favore della Scuola.

La durata delle frequenze era prevista in tre settimane presso le Unità di chirurgia generale ed in una settimana per ognuna delle altre sei specialità, per un totale complessivo di nove settimane. Per ogni settimana erano previste tre giornate intere e una mattinata di frequenza nei vari reparti e una giornata e mezza di attività teoriche in aula, in parte connesse ai temi di questa frequenza pratica. L'orario previsto era di otto ore nelle giornate intere e quattro e mezzo nelle mattinate.

Una scheda di valutazione era espressamente richiesta sia per la chirurgia generale come per il pronto soccorso ma in questo caso solo al termine di un secondo periodo di frequenze previsto per l'anno successivo. Per le altre specialità era previsto un colloquio tra il tutor responsabile e il coordinatore delle attività pratiche della Scuola, anche per la brevità del periodo di frequenza.

Come obiettivo didattico generale la Scuola ha proposto l'apprendimento del metodo dell'attività chirurgica ambulatoriale con particolare attenzione al riconoscimento delle urgenze, la conoscenza delle opportunità e dei problemi della pratica ospedaliera in funzione anche della migliore integrazione possibile con la Medicina Generale.

Per quanto attiene agli obiettivi particolari ne è stata proposta una griglia per ogni specialità, comprendente molti aspetti clinici e di abilità strumentale, diagnostica ed operativa, di pertinenza del medico di medicina generale. Questa proposta di obiettivi era naturalmente da discutere, integrare e modificare in funzione delle opportunità della pratica ospedaliera, ma sempre rimanendo nell'ottica della formazione per il medico di medicina generale.

Come attività d'aula connessa è stata effettuata un'Unità didattica sulla gestione del paziente con problemi chirurgici da parte del medico di medicina generale, una sui problemi osteoarticolari, e due incontri di presentazione e di discussione confronto relative al periodo interessato.

La valutazione da parte dei discenti è stata generalmente positiva e ritenuta utile come frequenza, ma con variazioni anche importanti tra singole realtà, dipendendo moltissimo dall'esperienza e dalla disponibilità del tutor ospedaliero di riferimento. La valutazione da parte dei tutor è stata più variabile con l'attenzione particolarmente rivolta all'interesse dimostrato dai discenti, che in alcuni casi non è stato elevatissimo, mentre in altri casi è risultato notevole e con importante profitto.

La scuola ringrazia per l'importante attività svolta i responsabili di reparto, i tutor di riferimento, ma anche i numerosissimi colleghi ospedalieri che hanno dedicato parte del loro prezioso tempo alla formazione dei futuri medici di medicina generale.

6.1.2. FREQUENZA PRESSO I SERVIZI SPECIALISTICI INTERNISTICI E DI DIAGNOSTICA.

Nel periodo compreso tra il 21 giugno e il 28 luglio 2004 è stato organizzato un complesso integrato di frequenze in ospedale presso alcune Specialità di Medicina o di diagnostica. In particolare sono state interessate Nefrologia e Pneumologia presso l'Ospedale Santa Chiara di Trento e ancora Neurologia, Oculistica, Gastroenterologia, Radiologia e il Laboratorio sia biochimico che microbiologico presso gli ospedali Santa Chiara di Trento e Santa Maria del Carmine di Rovereto.

L'organizzazione pratica prevedeva frequenze settimanali brevi, di tre giornate intere per ogni unità didattica, accorpando le frequenze in radiologia e in laboratorio in una settimana.

Per Nefrologia e Pneumologia, le due strutture con sede unica all'ospedale di Trento era prevista la frequenza di due tirocinanti contemporaneamente, mentre per le altre strutture la frequenza era di un solo tirocinante per turno settimanale.

L'obiettivo didattico fondamentale di questa serie di frequenze brevi era quello di raggiungere una conoscenza della struttura, dell'organizzazione, delle attività che si svolgono in queste specialità osservandone le possibilità offerte ed i limiti operativi, e valutando anche le criticità dell'interrelazione ospedale territorio. A questo obiettivo principale era stata aggiunta la proposta di alcuni obiettivi clinici differenziati per le singole specialità, scelti in funzione dell'epidemiologia in medicina generale, e da perseguire in base alle possibilità operative delle singole strutture. Non era espressamente richiesta una scheda di valutazione data la brevità del periodo di frequenza.

Il coordinatore ha contattato tutti i responsabili illustrando la proposta e chiedendo la disponibilità e l'indicazione di uno o più tutor responsabili per tale didattica.

La disponibilità formale è stata concessa da tutti i responsabili, ma non sempre è stata indicata la persona o le persone incaricate dell'attività tutoriale. A tutti i responsabili, ai tutor indicati e a colleghi rappresentativi di alcune delle strutture coinvolte è stato inviato un abbondante materiale illustrativo dell'iniziativa.

Il programma ed il significato delle frequenze è stato illustrato e discusso ampiamente in aula con i discenti, prima del suo inizio.

Il risultato didattico di questo periodo è risultato molto differenziato, con aspetti estremamente positivi, dove era avvenuta una buona condivisione di intenti ed erano stati indicati tutor espressamente dedicati come in pneumologia, gastroenterologia, uno dei reparti di oculistica, ma soprattutto presso le radiologie dove i colleghi ospedalieri hanno salutato con entusiasmo il fatto che qualche medico clinico potesse osservare la loro realtà lavorativa. In altri casi, come nelle neurologie, il risultato didattico è apparso discreto, infine in altri casi il contributo didattico è stato nullo per mancanza della figura del tutor incaricato.

Queste valutazioni sono emerse nel corso dell'incontro con i discenti alla fine del periodo, e anche dagli incontri del coordinatore con i responsabili o incaricati delle varie strutture.

L'organizzazione di una frequenza con caratteristiche simili alla presente andrà rivalutata e ridiscussa alla luce della presente esperienza, restringendola eventualmente a quelle strutture che saranno in grado di garantire una collaborazione didattica efficace.

In questo periodo di frequenze hanno prestato la loro preziosa opera di guida formativa, dodici responsabili e numerosi altri colleghi specialisti, cui va il ringraziamento della Scuola al di là di qualsiasi problema si possa essere incontrato.

6.1.3. FREQUENZA PRESSO IL REPARTO OSPEDALIERO DI GINECOLOGIA ED OSTETRICIA.

Nel periodo compreso tra il 6 settembre ed il 5 novembre 2004 è stato organizzato un periodo di frequenza ospedaliero presso le Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia e quelle di Medicina e Chirurgia Pediatrica,. L'abbinamento delle frequenze in questi reparti molto differenti tra loro avviene per motivi organizzativi e per alcune caratteristiche particolari della visita e della consultazione che sono presenti in queste specialità.

Per quanto riguarda l'ostetricia e ginecologia è stata prevista una frequenza di quattro settimane, con la collaborazione dei reparti degli Ospedali Santa Chiara di Trento, Santa Maria del Carmine a Rovereto, e degli ospedali di Cles e di Borgo Valsugana.

Ciascun responsabile ha provveduto alla nomina di un tutor di riferimento in ogni reparto, per coordinare la didattica e così tutti i medici potevano assumere un ruolo tutoriale.

La frequenza prevede quattro giornate intere di otto ore in reparto e una giornata dedicata alla teoria in aula.

E' richiesta anche per queste frequenze ospedaliere una scheda di valutazione scritta.

In questo periodo i discenti sono rimasti solo in otto, a causa di tre abbandoni per inserimento lavorativo o scelta di altra specialità e in un caso per gravidanza.

Il coordinatore delle attività pratiche della Scuola, ha proposto una serie articolata di obiettivi didattici suddivisi in organizzativi, clinici e relazionali. Quelli organizzativo metodologici comprendono sia la conoscenza della struttura che dell'organizzazione e della metodologia operativa. Gli obiettivi clinici erano centrati sull'anamnesi, sull'esame obiettivo, sulla costruzione razionale di ipotesi diagnostiche tramite anche la proposta di accertamenti e su formulazioni di proposte terapeutiche. Gli obiettivi relazionali indagano la capacità di analizzare la comunicazione con la paziente o con i familiari, e di riconoscerne eventuali caratteristiche particolari.

Tali obiettivi naturalmente sono stati proposti in modo flessibile; vanno discussi, condivisi o modificati e perseguiti in funzione delle realtà lavorative ma anche delle opportunità offerte dall'attività clinica.

E' previsto che i discenti svolgano svariate attività in reparto, al pronto soccorso e negli ambulatori, limitando la frequenza in sala operatoria o in sala parto.

Sono stati effettuati due incontri in aula all'inizio e al termine della frequenza per la presentazione delle attività e per un confronto sulle attività svolte.

La valutazione di questa frequenza da parte degli specializzandi ha fornito giudizi molto positivi, sia per la variabilità di lavoro incontrata che per la presenza di tutor di riferimento esperti e disponibili, in grado di fornire messaggi didattici utili anche in momenti di rilevante impegno lavorativo.

Da parte dei tutor di riferimento e dei responsabili non sono state sollevate osservazioni negative ed è stato sottolineato al contrario il buon andamento complessivo della frequenza.

La scuola ringrazia per l'importante attività svolta i responsabili di reparto, i tutor e anche i numerosi colleghi ospedalieri che hanno dedicato parte del loro prezioso tempo alla formazione dei futuri medici di medicina generale.

6.1.4. FREQUENZA PRESSO I REPARTI DI PEDIATRIA MEDICA E CHIRURGIA PEDIATRICA.

Tra il 6 settembre ed il 5 novembre 2004 è stato organizzato un periodo di frequenza ospedaliero presso le Unità Operative di Pediatria Medica, Chirurgia Pediatrica, Ostetricia e Ginecologia. L'abbinamento delle frequenze in questi reparti molto differenti tra loro avviene sia per motivi organizzativi, sia per alcune caratteristiche particolari della visita e della consultazione che sono presenti in queste specialità.

Per quanto riguarda la pediatria è stata prevista una frequenza di cinque settimane, e ci si è avvalsi della collaborazione dei reparti degli Ospedali Santa Chiara di Trento e Santa Maria del Carmine a Rovereto. Presso l'Ospedale di Trento una settimana è stata dedicata alla frequenza presso la chirurgia pediatrica. Per i discenti di Rovereto, tramite un accordo con il responsabile, si è stabilito di discutere anche di problemi chirurgici nell'ambito del periodo trascorso in medicina pediatrica.

Sono stati nominati alcuni tutor in entrambe i reparti, ma senza un ruolo di riferimento fisso, cosicché in pratica tutti i medici assumevano il ruolo tutoriale, a turno.

La frequenza prevede quattro giornate intere di otto ore in reparto e una giornata dedicata alla teoria in aula. E' richiesta per queste frequenze ospedaliere una scheda di valutazione scritta.

In questo periodo i discenti sono rimasti solo in otto, a causa di tre abbandoni per inserimento lavorativo o scelta di altra specialità e in un caso per gravidanza.

La Scuola, tramite il coordinatore, ha proposto una serie articolata di obiettivi didattici suddivisi in organizzativi, clinici e relazionali. Essi comprendono sia la conoscenza della struttura, dell'organizzazione e della metodologia operativa, che quella dell'anamnesi, esame obiettivo, costruzione di ipotesi diagnostiche e terapeutiche e infine la capacità di analizzare la comunicazione con il paziente o i familiari, riconoscendone le rispettive caratteristiche.

Tali obiettivi naturalmente sono stati proposti in modo flessibile, per essere discussi, condivisi o modificati e perseguiti in funzione delle necessità e delle opportunità offerte dall'attività clinica.

E' previsto che i discenti svolgano le svariate attività in reparto, al pronto soccorso e negli ambulatori, con l'esclusione di quello oncologico, che ha caratteristiche di relazione particolarmente confidenziali.

Sono stati effettuati due incontri in aula all'inizio e al termine della frequenza per la presentazione e il confronto sulle attività svolte.

La valutazione di questa frequenza da parte degli specializzandi ha fornito alcune note critiche, specialmente in relazione alla mancanza di un medico tutor con ruolo e caratteristiche ben definite. A Rovereto questa figura è stata assunta in parte dal responsabile dell'Unità Operativa. A Trento è stato sottolineato l'entusiasmo didattico dei colleghi della chirurgia pediatrica, coinvolti per la prima volta, associato però anche alla fluttuazione molto variabile dell'attività lavorativa, con momenti di impegno totale e altri di scarsità di attività clinica.

Anche i tre responsabili, in una riunione di confronto, hanno lamentato qualche difficoltà, specie per ciò che si riferisce al coinvolgimento dei discenti meno propositivi e attivi, e hanno suggerito di modificare una parte dell'organizzazione e degli obiettivi e, si sono offerti di costruire una griglia più completa.

La scuola ringrazia per l'importante attività svolta i responsabili di reparto, i tutor e anche i numerosi colleghi ospedalieri che hanno dedicato parte del loro prezioso tempo alla formazione dei futuri medici di medicina generale.

6.1.5. FREQUENZA PRESSO IL REPARTO DI MEDICINA.

I primi sette mesi del 2005 sono stati destinati alla frequenza in Ospedale, nei reparti di Medicina Interna, Geriatria e in Pronto Soccorso. I tre periodi, che complessivamente avevano una durata di venti settimane, sono stati interrotti da una frequenza di nove settimane presso lo studio del MMG tutor con l'intenzione dichiarata di alternare visioni e metodologie di lavoro differenti, per meglio analizzarle e comprenderle.

Sono state coinvolte la prima e la seconda Unità Operativa di Medicina Interna dell'Ospedale Santa Chiara di Trento, e quelle degli Ospedali di Rovereto, di Borgo Valsugana e di Cles.

La frequenza presso questi reparti è stata programmata su una durata di tredici settimane, sviluppata normalmente su quattro giornate intere di pratica in ospedale ed una giornata in aula ogni settimana, salvo qualche ulteriore pomeriggio dedicato alla didattica teorica comune. Si è cercato di mantenere il più possibile continua la frequenza dei vari discenti, limitando le interruzioni al minimo possibile. L'orario ha previsto otto ore di frequenza per le giornate intere e quattro ore e mezzo per le mattinate.

Tutti i responsabili dei reparti coinvolti hanno individuato un tutor per il riferimento didattico, a cui è stato conferito il mandato di organizzare le attività, lo studio e la valutazione del discente.

Il rapporto didattico era di tipo 1 a 1 anche nei reparti che hanno visto più frequenze, ed in questi casi il tutor di riferimento era differente per ogni specializzando,

La proposta degli obiettivi didattici per questo periodo è stata elaborata dal coordinatore della Scuola con la collaborazione del Dr. Parisi in qualità di esperto di metodologia didattica e della Dott.ssa Marzano, persona di riferimento per la formazione tutoriale presso l'Ospedale Santa Chiara. E' stata evidenziata la metodologia clinica come obiettivo primario, con particolare riferimento per alcune situazioni importanti anche per la Medicina Generale, cioè il paziente con dispnea, o dolore toracico o cirrosi epatica, o con importante aumento del rischio cardiovascolare. Altri obiettivi basilari erano la valutazione dell'appropriatezza del ricovero considerando concordanza e discordanza rispetto agli obiettivi delle varie figure professionali incontrate nell'iter intraospedaliero e le aspettative del paziente o dei familiari. Ulteriore obiettivo rilevante era la valutazione della comunicazione tra medici e figure sanitarie da un lato con paziente e familiari dall'altro.

Gli specializzandi che hanno effettuato questo percorso sono stati otto, ma per la dottoressa al rientro dopo la gravidanza è stato disegnato un programma personalizzato.

All'inizio e al termine di ogni blocco di frequenze è stato proposto un incontro in aula per la presentazione e la discussione di situazioni, difficoltà, osservazioni, note e stimoli. Questi incontri hanno evidenziato molti aspetti, quadri e fatti meritevoli di approfondimento nei prossimi Corsi, soprattutto per quanto attiene alla comunicazione tra ospedale e territorio.

La valutazione fornita dai discenti è stata unanimemente molto positiva ed in alcuni casi francamente entusiasta verso l'insieme di questa frequenza, molto buona anche se con qualche differenziazione la valutazione fornita dai responsabili di queste attività didattiche.

La scuola ringrazia per l'importantissima attività svolta i responsabili di reparto, i tutor e anche i numerosi colleghi ospedalieri che pur senza un incarico preciso hanno dedicato parte del loro prezioso tempo alla formazione dei futuri medici di medicina generale.

Alla ripresa delle attività nel 2005 viene prevista ed organizzata una frequenza articolata tra le unità operative di medicina interna per tredici settimane, geriatria per tre settimane e pronto soccorso per altre quattro

settimane che si sommano così alla precedente esperienza di una settimana già effettuata nel 2004. Questa frequenza ospedaliera molto lunga viene spezzata in due blocchi interposti da un periodo di frequenza dal MMG. Sono previsti quattro giorni di pratica in ospedale e una giornata di didattica in aula con rare sessioni pomeridiane aggiuntive. Vengono trattate le basi teoriche di importanti problematiche internistiche con unità didattiche come il rischio cardiovascolare, il paziente diabetico, il paziente iperteso, il paziente anziano...

Gli obiettivi didattici per queste frequenze ospedaliere sono molto articolati ed in particolare per quanto riguarda la medicina interna discussi e condivisi con la responsabile della didattica tutoriale più accreditata. Si riferiscono alla conoscenza delle strutture, della metodologia ed all'approccio clinico internistico, o geriatrico o relativo all'urgenza. Sono stati aggiunti obiettivi particolari come la valutazione della comunicazione tra territorio ed ospedale e viceversa attraverso i dati disponibili al momento del ricovero o della presentazione al pronto soccorso, ma anche si è tentato un ragionamento sull'utilità e sulle ricadute delle lettere di dimissione (dati indicati, terapie e aderenza alle note prescrittive...). Un'attenzione particolare è stata dedicata alle possibilità e ai limiti offerti dalle strutture ospedaliere sia in riferimento alla risposta urgente sia verso i ricoveri in acuto o per situazioni complesse anche dal punto di vista assistenziale. Obiettivi particolari sono stati la valutazione geriatrica dello stato cognitivo, la gestione ospedaliera di patologie ad alta integrazione terapeutica con il territorio come lo scompenso cardiaco e la gestione dei codici bianchi (patologie non pericolose nell'immediato) al pronto soccorso.

E' prevista una scheda di valutazione oltre ai colloqui del coordinatore con i vari responsabili.

Negli incontri di discussione e confronto tenutisi in aula all'inizio e al termine di ciascun periodo di frequenza sono state raccolte osservazioni interessanti che hanno generato discussioni vivaci e produttive per una valutazione più strutturata e documentata delle relazioni ospedale territorio, nei prossimi corsi.

6.1.6. FREQUENZA PRESSO IL REPARTO DI GERIATRIA.

Il periodo compreso tra gennaio e luglio 2005 è stato destinato alla frequenza in Ospedale, nei reparti di Geriatria, al Pronto Soccorso e in Medicina Interna. La frequenza complessiva di questi tre periodi ha avuto una durata di venti settimane, ed è stata suddivisa in due tronconi relativamente di tredici e di sette settimane interrotti da una frequenza di nove settimane presso lo studio del MMG tutor. Questa alternanza è stata decisa con l'intenzione dichiarata di alternare visioni e metodologie di lavoro differenti, per meglio analizzarle e comprenderle.

Sono state coinvolte le Unità Operative di Geriatria dell'Ospedale Santa Chiara di Trento, e dell'Ospedale Santa Maria del Carmine di Rovereto.

La frequenza di ogni discente presso questi reparti è stata programmata su una durata di tre settimane sviluppata normalmente su quattro giornate intere di attività pratica in ospedale ed una giornata di approfondimento in aula ogni settimana, salvo qualche ulteriore pomeriggio dedicato alla didattica teorica comune. L'orario ha previsto otto ore di frequenza per le giornate intere e quattro ore e mezzo per le mattinate.

Tutti i responsabili dei reparti coinvolti hanno individuato un tutor per il riferimento didattico, a cui è stato conferito il mandato di organizzare le attività di reparto ed ambulatoriali, lo studio e la valutazione del discente. Il rapporto didattico era sempre di tipo 1 a 1 e nei periodi con più di una frequenza nello stesso reparto il tutor di riferimento era differente per ogni specializzando.

La Scuola tramite il coordinatore ha proposto alcuni obiettivi didattici per questo periodo, in particolare per quanto riguarda la metodologia di approccio e il lavoro in campo geriatrico, le possibilità ed i limiti che si presentano nell'ambiente ospedaliero, l'integrazione con la Medicina Generale. Altri aspetti che si è proposto di approfondire sono stati le caratteristiche del paziente geriatrico ricoverato e di quello ambulatoriale, la comunicazione tra medico, paziente e familiari.

Gli specializzandi che hanno effettuato questo percorso sono stati otto, ma per la dottoressa al rientro dopo il parto è stato disegnato un programma personalizzato.

All'inizio e al termine di ogni blocco di frequenze è stato proposto un incontro in aula per la presentazione e la discussione di situazioni, difficoltà, osservazioni, note e stimoli. Questi incontri hanno evidenziato vari aspetti e situazioni contribuendo all'approfondimento di varie tematiche differenti.

La valutazione fornita dai discenti è stata normalmente positiva, buona anche se con differenze importanti la valutazione fornita dai responsabili di queste attività didattiche.

La scuola ringrazia per l'importantissima attività svolta i responsabili di reparto, i tutor e anche i numerosi colleghi ospedalieri che pur senza un incarico preciso hanno dedicato parte del loro prezioso tempo alla formazione dei futuri medici di medicina generale.

6.1.7. FREQUENZA PRESSO IL REPARTO DI PRONTO SOCCORSO.

Lo svolgimento delle attività pratiche in Ospedale, per quanto riguarda il 6° Corso, ha offerto alcune novità: tra le più rilevanti è l'allungamento notevole delle frequenze presso il Pronto Soccorso. Già nel 2004 tra le frequenze dei reparti chirurgici era stata inserita una settimana presso quella sede, che ha visto una nuova frequenza di altre quattro settimane nel periodo compreso tra gennaio e luglio 2005 coordinata con le frequenze nei reparti di Geriatria e di Medicina Interna. Per il Pronto soccorso la frequenza totale assomma così a cinque settimane nell'intero Corso di Formazione.

La frequenza complessiva in ospedale all'inizio del 2005 per Medicina, Geriatria e Pronto Soccorso ha avuto una durata di venti settimane, ed è stata suddivisa in due tronconi di tredici e di sette settimane rispettivamente, interrotti da una frequenza di nove settimane presso lo studio del MMG tutor. Questa successione è stata decisa con l'intenzione dichiarata di alternare visioni e metodologie di lavoro differenti, per meglio analizzarle, comprenderle e infine discuterle.

Sono state coinvolte le sedi di Pronto Soccorso dell'Ospedale Santa Chiara di Trento, dell'Ospedale Santa Maria del Carmine di Rovereto e dell'Ospedale di Borgo Valsugana.

In questa sessione, la frequenza di ogni discente è stata programmata per una durata di quattro settimane. Ogni settimana normalmente si articola su quattro giornate intere di attività pratica in ospedale ed una giornata di approfondimento in aula, salvo qualche ulteriore pomeriggio dedicato alla didattica teorica comune. L'orario prevede otto ore di frequenza per le giornate intere e quattro ore e mezzo per le mattinate.

Solo alcuni dei responsabili dei reparti coinvolti hanno individuato un tutor unico per il riferimento didattico a cui è stato conferito il mandato di organizzare le attività in pronto soccorso e in astanteria, lo studio e la valutazione del discente. A Trento, per la particolare organizzazione lavorativa si è scelto un modello differente: il discente segue l'attività indirizzandosi ai casi più interessanti tra quelli presenti e anche selezionando i colleghi più disponibili all'attività tutoriale, mentre il Responsabile si assume l'onere della valutazione e del controllo.

Il rapporto didattico qui non è più del tipo 1 a 1 ma diventa di un discente per più tutor da scegliere in base alle prestazioni in essere e alle caratteristiche tutoriali dei singoli medici in attività.

La Scuola, tramite il coordinatore, ha proposto alcuni obiettivi didattici per questo periodo, in particolare la metodologia di approccio al paziente e l'organizzazione del lavoro al Pronto Soccorso, le grandi possibilità diagnostiche terapeutiche ma anche i limiti, ed in particolare la mancata conoscenza dei pazienti, che si presentano nell'ambiente ospedaliero, in particolare per le situazioni di urgenza e l'integrazione non facile con la Medicina Generale. Altri aspetti di cui si è proposto l'approfondimento sono le caratteristiche del paziente che si presenta al Pronto Soccorso e la comunicazione tra medico e paziente.

Gli specializzandi che hanno effettuato questo percorso sono stati otto, ma per la dottoressa al rientro dopo il parto è stato disegnato un programma personalizzato.

All'inizio e al termine di ogni blocco di frequenze è stato proposto un incontro in aula per la presentazione e la discussione delle situazioni, delle difficoltà, con osservazioni, note e stimoli. Questi incontri hanno evidenziato vari aspetti e quadri in chiaroscuro, e hanno contribuito all'approfondimento di varie tematiche rilevanti.

La valutazione fornita dai discenti è stata positiva ma con importanti criticità, buona anche se con differenze marcate tra i vari discenti la valutazione fornita dal responsabile e dai tutor di queste attività didattiche.

La scuola ringrazia per l'importantissima attività svolta i responsabili di reparto, i tutor e anche i numerosi colleghi ospedalieri che pur senza un incarico preciso hanno dedicato parte del loro prezioso tempo alla formazione dei futuri medici di medicina generale.

6.2. FORMAZIONE PRATICA PRESSO IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

6.2.1. RELAZIONE SULL'ATTIVITÀ SVOLTA PRESSO IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Il tirocinio presso il MMG, che in questo primo corso triennale prevedeva 46 settimane complessive di frequenza, ed è stato organizzato mantenendo una struttura per blocchi, già sperimentata negli ultimi due corsi, alternando cioè la frequenza presso il MMG per circa otto settimane consecutive con quella nei reparti ospedalieri o nei servizi territoriali. In questo modo ogni semestre il collega in formazione ha potuto "tornare" al contesto della Medicina Generale, dal proprio tutor MMG che ha costituito così il filo rosso del percorso. L'alternanza delle frequenze ha permesso una riflessione continua sulle differenti modalità di approccio ai problemi sanitari.

Gli specializzandi hanno potuto gradualmente familiarizzare con la MG e passare da una prima fase di osservazione (primavera 2004) ad una fase di notevole autonomia (autunno 2005). In questi periodi i giorni di frequenza nello studio del tutor MMG erano quattro la settimana, mentre una giornata veniva dedicata alle lezioni teoriche

Negli ultimi mesi del corso (febbraio – maggio 2006) i colleghi in formazione hanno sperimentato una full immersion nell'attività del medico di famiglia. Infatti quest'ultimo periodo di frequenza è stato di dodici settimane, più lungo dei precedenti, e gli specializzandi hanno frequentato l'ambulatorio del MMG per tre settimane consecutive al mese riservando la quarta settimana alle attività teoriche o alla stesura della tesi. Questo ha dato modo a quasi tutti i discenti di sperimentare momenti di piena autonomia lavorativa.

Proseguendo l'esperienza già iniziata nel corso precedente sono state riproposte, perfezionandole, due esperienze importanti:

- la didattica teorica tutoriale
- la rotazione discente tutor

Didattica teorica tutoriale : Negli ultimi anni è iniziata una sperimentazione che vede i Tutor MMG coinvolti ufficialmente anche nello svolgimento del programma didattico teorico della Scuola e impegnati in una modalità didattica teorica uno a uno con i propri tirocinanti con l'obiettivo di rendere meno separati teoria e pratica e meno accademica possibile la parte teorica.

In pratica ogni specializzando si è impegnato nell'approfondimento di una tematica clinica caratteristica della MG, non predefinita dal programma della scuola ma emersa nella pratica quotidiana che, avendone stimolato la curiosità e l'interesse, risultasse meritevole di uno studio di chiarimento. Con l'aiuto e l'assistenza del Tutor MMG il discente ha ricercato il materiale più adatto e prodotto un elaborato. Successivamente il lavoro è stato presentato in aula e così condiviso con i discenti ed i tutor interessati, diventando patrimonio dell'intero Corso.

Gli argomenti trattati sono stati :

La malattia celiaca con particolare riguardo al follow up

La rinocongiuntivite allergica: diagnosi e terapia

Le vertigini

Gli acufeni

Le entesiti

La spalla dolorosa

Questo lavoro di approfondimento, è stato molto apprezzato da specializzandi e tutor, anche per l'impostazione pratica, indirizzata ai problemi della Medicina Generale ed è stato considerato come parte integrante dei seminari teorici proposti dalla Scuola.

Interessante potrebbe risultare un utilizzo più ampio di questa modalità didattica sebbene vada considerata piuttosto impegnativa in termini di tempo dedicato.

Rotazione dei discenti/tutor: rispetto ai precedenti Corsi si è potuto riservare a questa esperienza un tempo sufficientemente lungo: quattro settimane dal 07/11/06 al 02/12/06. Il criterio adottato per "lo scambio" dei tutor è stato quello di offrire agli specializzandi ambienti di lavoro tra loro diversi o per questioni geografiche (alternanza periferia/città) oppure organizzative (medicina di gruppo vs single handled practices) . Per poter garantire un'adeguata sistemazione a tutti i tirocinanti, sono stati coinvolti anche tutor non in attività, nel senso che in questo corso non avevano un tirocinante fisso (dott.ssa Vergine, dr. Cignini e dr. Scotton). Inoltre per rendere più proficuo questo periodo di frequenza si è deciso di fornire degli obiettivi precisi. All'inizio di questa sessione si è provveduto a strutturare un incontro teorico sull'organizzazione del lavoro del Medico di Medicina Generale ed è stata fornita ai tirocinanti una griglia di osservazione per evidenziare differenze o similitudini tra ambienti di lavoro diversi.

Uno degli scopi del periodo di rotazione è anche quello di ottenere una seconda valutazione da parte di un altro tutor MMG, che seppur limitata ad un periodo molto breve, può rafforzare la valutazione del tutor di riferimento oppure contribuire a far emergere delle criticità, da approfondire.

I tirocinanti hanno gradito molto questa opportunità fornendo spunti di riflessione interessanti sulle osservazioni effettuate in questo periodo, che dovrebbero risultare loro utili al momento dell'inserimento nella Medicina Generale.

Tutti i periodi di frequenza presso l'ambulatorio del MMG sono stati preceduti e seguiti da incontri dei tirocinanti con il responsabile dei Tutor ed il coordinatore delle attività pratiche del Corso. Lo scopo era quello di focalizzare ed esplicitare le aspettative, i dubbi e le difficoltà incontrate e di puntualizzare gli obiettivi formativi nei confronti del tirocinio (briefing e debriefing periodici).

Anche i tutors si sono riuniti periodicamente nel corso di questi anni di attività per discutere relativamente all'andamento del tirocinio e alle nuove attività proposte (rotazione e didattica teorica uno a uno, modalità attuative del periodo della full immersion, problema della valutazione). A questi incontri sono stati invitati a partecipare anche gli altri tutor iscritti all'albo, anche se momentaneamente non attivi con un tirocinante, come momento di formazione e aggiornamento permanente.

6.2.2. RELAZIONI SULLA DIDATTICA TUTORIALE UNO A UNO.

6.2.2.A. DOTT. BUONGIOVANNI – DOTT. CONIGLIONE

ARGOMENTO SVOLTO

“APPROCCIO E GESTIONE DEL PAZIENTE CON ACUFENI NELL’AMBULATORIO DI MEDICINA GENERALE”

MANDATO

Impegnare il tirocinante nell’approfondimento di conoscenze relative a problematiche cliniche emerse nella pratica ambulatoriale.

METODO

La decisione di trattare l’argomento indicato nel mandato, è nata da dalle seguenti motivazioni:

- ✓ in ambulatorio si è realmente presentato un giovane paziente con recente insorgenza di acufeni
- ✓ dovendo scegliere nel corso della prescrizione delle visite specialistiche il relativo codice “RAO”, tirocinante e tutor si ponevano la domanda, se l’acufene fosse o meno un sintomo da sottoporre in tempi rapidi alla valutazione dello specialista, visto che il manuale “RAO” non la prevedeva come urgenza
- ✓ in tempo reale via internet, si poneva la domanda ad uno specialista ORL dell’ Ospedale di Rovereto, conosciuto dal tirocinante, considerato da lui esperto e che normalmente mette a disposizione la sua posta elettronica per pazienti e medici per rispondere a loro dubbi e domande
- ✓ in un breve spazio di tempo, cioè nella stessa mattina, arrivava la risposta che l’acufene : “ è un urgenza ORL”

Questa comunicazione anziché porre fine alla discussione tra tutor e tirocinante, la stimolava ancora di più.

Alla fine le criticità che motivavano la necessità di approfondire l’argomento erano:

- ✓ l’argomento non rientra tra quelli che generalmente un medico di MG tende ad approfondire, anche se si calcola che fino al 25% della popolazione ha provato un acufene della durata superiore ai 5’ nella sua vita
- ✓ la tendenza più comune è quella di inviare il paziente allo specialista ORL affidandogli tutto il percorso diagnostico terapeutico del paziente
- ✓ questo atteggiamento non giova ad una responsabilizzazione del M.MG
- ✓ il M.MG si sente anche poco motivato, visto gli insuccessi dei pochi presidi terapeutici disponibili
- ✓ questa abitudine tuttavia non permette di valutare i pazienti con acufeni e di selezionare tra questi quelli che hanno bisogno di una rapida consulenza
- ✓ il sintomo spesso dura a lungo
- ✓ questo spinge il paziente a chiedere aiuto al proprio medico

- ✓ spesso questi pazienti mal gestiti finiscono per sviluppare sindromi ansioso depressive reattive al disturbo ORL

Queste ragioni, hanno motivato un puntuale e attento lavoro di consultazione anche su siti web specifici da parte del tirocinante che alla fine riportava l'intero lavoro svolto in un file "Power Point" che è divenuto oggetto di una presentazione in aula agli altri colleghi tirocinanti.

Il lavoro è stato "toccato" il meno possibile dal tutor che ha svolto soltanto il ruolo di supervisore, pur consapevole del fatto che il discente ha affrontato l'argomento secondo la logica e la metodologia clinica appresa all'università e non secondo la metodologia propria della Medicina Generale.

Facendo presente al discente la necessità di ricercare nella esposizione un approccio diverso, sono stati introdotti dallo stesso discente due casi clinici che sostanzialmente però non hanno modificato la strutturazione del file espositivo dell'approccio clinico.

Tuttavia sono stato convinto che solo "responsabilizzando" in prima persona il discente e permettendogli di portare in aula l'approccio clinico espositivo da lui seguito ed appreso nelle aule universitarie, tutto questo poteva diventare oggetto di un costruttivo ed auspicabile critico confronto in aula con gli altri discenti, mentre per lui questa poteva essere occasione di crescita e di gratificazione.

CONTENUTI

□ il file disponibile presso il sito della scuola, riporta il seguente percorso:

- ✓ neurofisiopatologia dell'acufene
- ✓ approccio al paziente
- ✓ raccolta appropriata e mirata dell'anamnesi
- ✓ esame obiettivo
- ✓ uso razionale e ragionato delle indagini diagnostiche sia strumentali che ematochimiche
- ✓ classificazione degli acufeni
- ✓ valutazione delle ricadute sulla psiche del paziente sofferente di acufeni
- ✓ approccio terapeutico

OSSERVAZIONI E VALUTAZIONE DELL'ESPERIENZA

La metodica di coinvolgere il tutor nella didattica "uno ad uno" è sicuramente valida ed è stata per me motivo di soddisfazione

Tra l'altro, questo tipo di didattica obbliga entrambe le figure ad un confronto talvolta dialettico che se opportunamente incanalato, rispettando la dinamica distinta dei due ruoli docente-discente, permette a quest'ultimo di raggiungere conoscenze pratiche e concrete diversamente non acquisibili e gli fornisce la possibilità di coniugare conoscenze teoriche e pratiche sotto la supervisione del tutor. Al docente invece fornisce un'occasione di verifica delle proprie conoscenze, della propria capacità di porsi nelle dinamiche ambulatoriali e quindi di quanta parte di queste realtà egli sia in grado di trasferire al discente stesso.

6.2.2.B. DOTT. CHESANI – DOTT. PICCIRILLO

Nell'ambito della attività di tutorship, il tirocinante viene a contatto con le patologie dal punto di vista pratico; alcune le sa affrontare bene, di alcune chiede al tutor spiegazioni: come sospettarle, come diagnosticarle, come curarle.

Il tirocinante che ho seguito ha notato che con frequenza si presentavano pazienti con disturbi dell'equilibrio, e di questi aveva una conoscenza sommaria.

Abbiamo quindi deciso insieme di sviscerare l'argomento, con l'obiettivo di comunicare agli altri colleghi tirocinanti il frutto di tale lavoro, effettuato con ricerca su letteratura in testi specifici ed in dispense preparate da specialisti per lezioni per medici di medicina generale.

Successivamente avremmo esposto con lezione in aula i risultati, con l'idea di sviluppare un confronto reciproco,

Separatamente abbiamo cercato bibliografia, cercando di privilegiare l'aspetto pratico, piuttosto che fare una banale lezione teorica, partendo dalla classificazione, eziologia, ecc. ecc.

Abbiamo trovato un libro in cui l'approccio parte dai sintomi, e da successivi approfondimenti anamnestici inizialmente, e semeiologici successivi, si imposta una diagnosi differenziale, fino ad arrivare alla diagnosi conclusiva e conseguente terapia – se possibile.

Dopo aver preso visione di questa letteratura separatamente – tutor e tirocinante - , ci siamo incontrati alcune ore insieme ed abbiamo steso la relazione da presentare all'aula.

Il lavoro è stato preparato nel modo di come un medico di medicina generale può vedere, ed affrontare, tale patologia , basata soprattutto sull'esperienza intrinseca nella peculiarità della medicina generale.

Nella preparazione il tirocinante, più fresco della parte teorica, ha focalizzato la sua attenzione più su quest'aspetto, mentre il sottoscritto ha portato l'esperienza della "pratica", sottolineando soprattutto l'importanza dell'ascolto del paziente nella descrizione della sua sintomatologia.

L'obiettivo principale di questa esperienza, secondo il sottoscritto, è di far capire ai tirocinanti che noi non siamo dei piccoli specialisti, ma dobbiamo saper affrontare nel migliore dei modi tutte le patologie, consapevoli che nella maggior parte dei casi le risolveremo autonomamente, ma anche consapevoli dei nostri limiti, e di qui la richiesta di aiuto da parte dello specialista nel momento opportuno.

Questa esperienza ritengo sia stata utile:

- al tirocinante, in quanto nel preparare la lezione ha meglio compreso l'approccio che il medico di medicina generale utilizza nell'affrontare un problema, ma soprattutto nell'affrontare il paziente nel suo insieme;
- al sottoscritto perché nel momento in cui si deve spiegare un argomento ad una platea si viene stimolati ad una ricerca accurata sul tema in questione (si vuole evitare di fare brutte figure) e da ciò risulta un aggiornamento personale probabilmente molto più proficuo rispetto a quelli solitamente effettuati come "ascoltatore".

Allego le slide della lezione sulla sindrome vertiginosa, preparata con il mio tirocinante.

6.2.2.C. DOTT. COLORIO – DOTT. PACCIONE

Uno dei motivi, e senza dubbio il più rilevante, per cui mi sono proposto come tutor MMG in questo Corso, è stata proprio la sperimentazione sulla didattica tutoriale 1 a 1.

Nel Corso precedente una esperienza analoga aveva dato risultati non pienamente soddisfacenti, ed il problema principale sembrava una certa riluttanza del tutor a proporsi come docente di argomenti teorici stabiliti a priori, abbinata alla cronica mancanza di tempo per il confronto e la discussione con il tirocinante.

Mi sembrava assolutamente corretto calarmi nell'esperienza per comprenderne difficoltà e problematiche e valutarne la fattibilità.

Nel primo periodo della frequenza dal MMG tutor ho privilegiato gli aspetti della conoscenza reciproca, cercato di individuare gli interessi del tirocinante, e le sue caratteristiche principali. Dopo le primissime settimane, al momento di formulare un contratto formativo, ho anche prospettato questa modalità didattica, lasciando al tirocinante la scelta di un argomento da approfondire, nel campo dei problemi acuti, che fosse di suo gradimento. E' passato l'intero primo blocco di frequenza con discussioni settimanali su argomenti clinici ed organizzativi, ma senza che venisse evidenziata una vera e propria preferenza.

Per questo motivo, all'inizio del secondo blocco di frequenze ho proposto io l'argomento da approfondire: -Le tendiniti ed le entesiti "banali", l'approccio e le decisioni del MMG-, anche perché notavo un certo impaccio e superficialità diagnostica ed ancora di più terapeutica riguardo a questo problema.

Il tirocinante ha accettato subito e mi è sembrato quasi con piacere e sollievo, stimando il lavoro "semplice" ma nel quale effettivamente si rendeva conto di non avere conoscenze approfondite. Anche io sentivo la necessità di approfondire parecchi argomenti, specie in campo terapeutico.

Ho proceduto in questo modo: da una parte l'ho invitato a cercare liberamente della bibliografia e del materiale, dall'altra l'ho invitato a visitare più o meno tutti i pazienti che presentassero una sintomatologia suggestiva per tendinite e/o entesite, molti in prima battuta, alcuni invece dopo la mia visita. Ci siamo soffermati alcune volte sulle manovre più indicate per evidenziare tali patologie, specie per la spalla, il gomito ed il ginocchio. In questa prima fase normalmente la terapia la proponevo io, e solo in pochi e selezionati casi (per le caratteristiche del paziente e della lesione) la facevo proporre a lui, che però mostrava ancora dubbi ed incertezze.

Il lavoro non è proceduto spedito per due motivi: perchè il tirocinante in quel periodo ha avuto moltissimi problemi personali e perché aveva oggettiva difficoltà a reperire del materiale utile. Ho provveduto allora a cercare nella piccola biblioteca dell'ambulatorio dei libri e delle pubblicazioni che indirizzassero il lavoro, in particolare poi ho procurato le clinical evidence per quanto riguarda le prove di efficacia della terapia.

Abbiamo continuato a discutere dei vari aspetti di questa patologia in vari momenti, ed in particolare ho proposto di riflettere sui punti più critici per il MMG: le manovre semeiologiche; le differenze tra i vari tipi di tendiniti/entesiti; le definizioni di acuzie e di cronicità in questo settore; quando e quali indagini diagnostiche strumentali proporre; quando inviare allo specialista e perché; quali terapie prescrivere e su quali basi di evidenza.

Anche se non proprio regolarmente, il lavoro ha proceduto il suo cammino con alcuni incontri e discussioni, fino alla stesura della presentazione in Power point che il tirocinante ha sviluppato in maniera autonoma. I miei richiami ripetuti alle problematiche per il MMG non hanno trovato troppo ascolto, risentendo il lavoro di una

costruzione un po' troppo scolastica, d'altro canto non ritenevo il mio compito quello di fare io la relazione o quello di stravolgerne l'impianto.

Inoltre i maggiori problemi incontrati si sono rivelati proprio quelli della scarsità del materiale disponibile per una materia tanto "banale" ma anche tanto comune, e della scarsità di tempo per dedicarsi ad una ricerca più approfondita ed estesa. Infine da parte del tirocinante non vi è ancora (al momento della stesura del lavoro) la consapevolezza piena delle caratteristiche della MG e delle sue problematiche.

La ricerca però ha risvegliato interesse e curiosità: non è stata trovata una soddisfacente definizione di cronicizzazione rispetto la fase acuta, non indicazioni precise alla diagnostica strumentale, povertà di evidenze in campo della terapia, soprattutto ha impressionato la mancanza di prove della superiorità netta di una pratica terapeutica nei riguardi di un'altra.

La presentazione in aula si è svolta in concomitanza con un'altra presentazione di didattica 1 a 1 con argomento assimilabile (la spalla dolorosa). Entrambe le relazioni hanno suscitato vivo interesse ed hanno stimolato un'accesa discussione anche per il taglio pratico conferito loro e per la prevalenza di questi problemi nella pratica quotidiana del MMG.

In riferimento ai miei dubbi e problemi iniziali direi che la risposta è che questa metodologia sia particolarmente stimolante sia per chi la attua che al momento della discussione, necessita di un investimento importante di impegno e lavoro, ma selezionando bene l'argomento ed il percorso della ricerca i risultati possono essere gratificanti e meritevoli di essere raccolti in una minibiblioteca della Medicina Generale, particolarmente utile per i futuri MMG, ma non solo a loro.

Le 56 ore previste sono state fatte tutte.

6.2.2.D. DOTT. FACHINAT – DOTT. POZZO

L'origine della mia scelta di fare il Tutor nasce da un corso ECM di formazione per Tutor. Questo corso ha fatto nascere in me una serie di "voglie".

"Voglia" di cimentarmi nella didattica-cosa non del tutto nuova per me anche se finora svolta solo in corsi di addestramento per volontari in organizzazioni di Pronto Soccorso.

Quindi "voglia" di trasmettere- a un collega- il mio modo di fare Medicina Generale, l'entusiasmo che metto nello svolgerlo ma anche le difficoltà che si incontrano, i conflitti che si devono affrontare ed anche le delusioni che si presentano.

Infine "voglia" di sperimentare – io che ho sempre lavorato da solo con pochi confronti - il lavoro in equipe (seppur piccola) e quindi di confrontarmi quotidianamente con un collega sulla relazione con il paziente, sull'iter diagnostico, sulle terapie sulla valutazione finale di un problema che il paziente pone. Ma anche sulle difficoltà e sulle problematiche che tutti i giorni si presentano in ambulatorio e a domicilio dei miei pazienti.

L'arrivo del Tirocinante (dr. Emanuele Pozzo) in Ambulatorio è stato preceduto da un colloquio nel mio studio. Colloquio che è servito a fare una prima conoscenza ed a determinare assieme i ruoli reciproci - le necessità formative del tirocinante e gli obiettivi da raggiungere e i tempi necessari per raggiungerli.

La mia prima impressione (destinata a migliorare decisamente nel tempo) è stata di trovarmi di fronte ad un collega già con una cospicua esperienza professionale alle spalle e con idee ben chiare sul suo futuro lavoro di medico di Medicina Generale e quindi consapevole delle sue capacità-conoscenze e abilità. Quindi una persona un po' presuntuosa e troppo "rigida" per i miei gusti.

Interessi formativi principali erano l'emergenza territoriale – di cui aveva esperienza – la piccola chirurgia ambulatoriale – l'approfondimento della cartella clinica informatizzata e della burocrazia certificativa.

Abbiamo convenuto – visto il lungo periodo di lavoro assieme – di darci tempo per cercare di raggiungere gli obiettivi previsti.

Iniziando con un periodo – due settimane – di reciproca conoscenza ed osservazione in cui il tirocinante affiancava il tutor ascoltando, osservando senza intervenire e dedicando molto tempo al debriefing con presentazione e discussione dei casi clinici che si presentavano ed alla illustrazione del rationale delle decisioni che il tutor prendeva.

Seguito da un periodo successivo in cui il tirocinante oltre che affiancare il tutor poteva intervenire direttamente sia in sede di anamnesi che di esame obiettivo che di proposta diagnostica e terapeutica sotto la responsabilità del tutor.

Accanto al lavoro d'ambulatorio e domiciliare c'è stato un impegno di approfondimento scientifico per lo più teorico di casi clinici e di situazioni complesse che il tirocinante svolgeva a casa e sulle quali poi si discuteva.

Nel secondo periodo di tirocinio abbiamo concordato di iniziare a rendere autonomo il tirocinante cominciando a permettergli di svolgere autonomamente – sotto la supervisione del tutor – alcuni setting- inizialmente su pazienti selezionati e poi via via fino ad arrivare ad una seduta ambulatoriale completa. Questo lavoro autonomo è sempre stato seguito da una discussione in modo da poter approfondire-correggere il modus operandi del tirocinante.

Devo dire che in questo periodo nessun paziente ha rifiutato la presenza e l'attività del tirocinante anche se gli sguardi chiedevano la tacita approvazione del tutor.

Nel successivo periodo di tirocinio si dovrebbe raggiungere la piena autonomia del tirocinante con il lavoro totalmente autonomo senza la presenza del Tutor.

Dopo questi due periodi di lavoro assieme al tirocinante posso dire di aver approfondito molto la conoscenza del dottor Emanuele e di apprezzarlo molto sul piano professionale ed umano.

Si è dimostrato serio, puntuale, rispettoso nei confronti del tutor e attento nell' inserirsi nel setting con il paziente.

Presenta delle difficoltà nella relazione ed un atteggiamento "Universitario-Ospedaliero" nell'iter diagnostico con ridondanza di esami laboratoristici e specialistici spesso inutili o poco mirati, difficoltà nella negoziazione con il paziente e poca attenzione nel valutare le potenzialità e i limiti del paziente e della sua famiglia. Difficoltà peraltro che ritengo siano dovute alla poca conoscenza – e per troppo poco tempo – della situazione del paziente e destinati sicuramente a migliorare con il tempo.

Punti critici o scontri non ce ne sono mai stati anche perché nei debriefing si è potuto con serietà e umiltà reciproca chiarire ogni divergenza.

Indubbiamente ritengo che se avessi avuto come tirocinante un neo laureato con poco o nulla esperienza sul campo l'impegno che il tutor avrebbe avuto sarebbe stato notevolmente più oneroso e pesante.

Indubbiamente il tempo è il grande limite di questa esperienza.

Il Medico di Medicina Generale con il suo carico Ambulatoriale - le visite domiciliari – le ADi – ADIPC –Visite Programmate – carico burocratico ha veramente poco tempo a disposizione per essere un buon docente per il tirocinante che spesso è costretto a "rubare" l'arte.

Ma nonostante questo , dato il lungo periodo di tirocinio – diluito in tre anni – penso sia possibile fare un buon lavoro e far sì che questa esperienza risulti molto positiva sia per il tirocinante che – e soprattutto – per il tutor che si trova ad arricchire il suo bagaglio scientifico ed umano.

6.2.2.E. DOTT. JÖRG – DOTT. FASOLETTI

Dovendo decidere un argomento da selezionare e dedicargli studio e ricerca come didattica tutoriale, avendo io equivocato sugli argomenti possibili, vedendo in ambulatorio, in quel periodo, frequentemente un mio assistito per cui ci vollero diverse visite specialistiche, esami e ricoveri per arrivare prima ad una diagnosi certa, poi ad una terapia soddisfacente, pensai di farne appunto argomento di approfondimento e studio per lo specializzando che seguivo, il dr. Fasoletti.

Si decise così di studiare meglio la miastenia grave, malattia da cui risultò alla fine affetto, cercandone l'eziopatogenesi, i sintomi che potessero guidare la diagnosi, la terapia ed il follow up.

Lo studio fu condotto dal tirocinante in maniera dettagliata e precisa, oltre che con passione; discutemmo sui vari esami da fare e soprattutto su quali non valesse la pena soffermarsi. affrontammo la terapia di mantenimento facendoci un quadro abbastanza preciso, ma le visite frequenti del paziente ci convinsero come era molto più bravo e sensibile l'interessato a dosare i farmaci alla bisogna e come il follow up fosse infondo molto semplice.

Il paziente aveva consultato più specialisti, fino ad un centro universitario a Padova, ed anche in questo caso, lui stesso si era convinto come avrebbe potuto fermarsi alla prima consultazione, dove forse con un po' più di pazienza aspettando i risultati desiderati dalla terapia si sarebbe risparmiato disturbi, viaggi, apprensioni e soldi, ottenendo gli stessi risultati.

6.2.2.F. DOTT.SSE MAGGIONI E BINI – DOTT.SSE DEL MARCO E KUTILKOVA

ARGOMENTO : RINCONGIUNTIVITI ALLERGICHE

Nel progettare l'esperienza di didattica tutoriale e identificare l'argomento su cui lavorare, abbiamo scelto assieme alle tirocinanti un tema che fosse di comune riscontro nell'attività ambulatoriale, con molti casi osservabili e che fosse un'area "grigia" della medicina, sul quale cioè cui non vi fossero delle "evidenze" chiare.

Le **rino-congiuntiviti allergiche** ci parevano perciò un tema adeguato.

Obiettivi della ricerca erano i seguenti :

- 1) fornire ai colleghi criteri di diagnosi delle rino-congiuntiviti allergiche nell'ambito delle cure primarie
- 2) fornire schemi terapeutici con particolare riguardo alla prescrivibilità (nota 89).
- 3) fornire indicazioni alla terapia vaccinale

Contenuti:

- diagnosi - indicazione alle prove allergiche
- terapia topica
- terapia sistemica con particolare riguardo alle differenze tra i vari anti-istaminici in commercio in termini di efficacia, costi e sicurezza (bambini e donne in gravidanza)
- indicazioni alla terapia desensibilizzante e prove di efficacia
- eziopatogenesi

Le specializzande hanno predisposto un primo abbozzo di programma, che abbiamo poi supervisionato e modificato assieme, cercando di evitare l'impostazione classica di trattazione (limitando l'enfasi sulle ipotesi patogenetiche) e di sottolineare l'aspetto pratico.

La dr. Del Marco già esperta in tema di malattie respiratorie si è dedicata all'aspetto della diagnosi e terapia, mentre la dr. Kutilkova, con esperienza in medicine complementari, ha affrontato il tema della desensibilizzazione.

Le specializzande che le tutor hanno svolto separatamente la ricerca bibliografica, confrontando e scambiandosi poi i risultati nel corso di appositi incontri al di fuori della normale attività ambulatoriale.

Nel periodo di studio le specializzande hanno inoltre gestito direttamente i casi relativi alla patologia in argomento che si presentavano in ambulatorio.

Le difficoltà incontrate hanno riguardato essenzialmente la mancanza di "evidenze" rispetto alla terapia farmacologica e desensibilizzante.

La realizzazione di questo progetto ha richiesto circa un mese di lavoro di preparazione.

La presentazione in aula è stata molto apprezzata dai colleghi che sono intervenuti con domande.

Ci è sembrato che questa sperimentazione sia fattibile e molto utile proprio perché nasce dalla pratica quotidiana, nel cui contesto si pongono le domande relative all'argomento, mentre l'approfondimento teorico, originato in questo modo ci è sembrato più produttivo e meno viziabile da aspetti che riguardano solo marginalmente la Medicina Generale.

Forse uno dei limiti potrebbe essere quello di non poter affrontare nello stesso modo molte patologie di frequente riscontro durante un solo tirocinio, a causa del tempo e dell'organizzazione necessari.

Probabilmente, inoltre, l'argomento non riesce ad essere sviscerato completamente e a rendere il MMG competitivo con lo specialista della patologia affrontata, e questo elemento potrebbe risultare un po' frustrante per gli specializzandi.

Per il futuro crediamo che sarebbe utile pianificare a livello di programmazione didattica gli argomenti da studiare, tenendo conto dei tempi del tirocinio e della maggior incidenza delle patologie rispetto al periodo dell'anno, fissando un limite minimo di temi da trattare per ogni specializzando.

6.2.2.G. DOTT.SSA MANA – DOTT.SSA DE GENNARO

ARGOMENTO

Le reazioni anafilattiche e anafilattoidi

L'esigenza di svolgere il tipo di didattica in oggetto nasce dalla frequenza dei casi di allergia che abbiamo avuto modo di osservare in quel periodo in ambulatorio.

Ci ha fatto decidere un caso di allergia a gadolinio, sostanza usata durante l'esecuzione di RMN.

I vantaggi della didattica in ambulatorio sono rappresentati dalla possibilità di vedere applicata una scelta diagnostica e terapeutica con risposta a breve termine o dilazionata nel tempo, quindi di avere una visione globale dell'argomento considerato, vedendone anche la sua applicazione e le relative evoluzioni.

Un elemento che gioca non certo a favore di un buon sviluppo della didattica ambulatoriale è il tempo frammentato che si ha a disposizione, considerata l'imprevedibilità del tipo di lavoro, nonostante sia sempre presente la ricerca di una sempre più accurata organizzazione.

6.2.2.H. DOTT.SSA PERLOT – DOTT. BERGHELLA

Nel mese di Aprile 2004 all'inizio della frequenza dello specializzando presso l'ambulatorio di MG abbiamo fissato un incontro per definire un argomento di interesse per il tirocinante, argomento che sarebbe stato poi scelto per la didattica tutoriale.

L'interesse del tirocinante si è indirizzato verso il problema della celiachia (interesse stimolato da una consultazione avvenuta nel mio ambulatorio qualche giorno prima, per la richiesta di una paziente di voler eseguire dei controlli ematochimici per verificare il buon controllo della malattia con la terapia dietetica), situazione clinica che lui riteneva importante approfondire dal punto di vista teorico (indagini di laboratorio, lesioni microscopiche della mucosa intestinale, aspetti immunologici della malattia, aspetti genetici, ecc.).

Io rimasi un po' stupita dei suoi interessi "culturali e accademici" e gli proposi di fare un lavoro di ricerca molto più attinente alle problematiche della MG, cioè su quali possono essere i sintomi della M.C. in quali casi sospettare la malattia, quali sono gli es. ematochimici e strumentali per fare una corretta diagnosi, quale la terapia da attuare, quali gli accertamenti per verificare il buon controllo della malattia in seguito alla terapia dietetica.

Dopo una ricca e coinvolgente discussione abbiamo deciso di partire dal caso che ci era capitato in ambulatorio e di approfondire le nostre conoscenze sulla malattia utilizzando varie fonti.

Durante le settimane successive ci siamo incontrati (mediamente 2-3 ore in settimana) per valutare il materiale bibliografico trovato (materiale ricercato sia su banche dati informatiche che cartacee, ma prevalentemente informatiche).

Abbiamo deciso di strutturare il nostro lavoro di presentazione in aula su una serie di domande a cui dovevamo dare delle risposte, e le domande erano inerenti le conoscenze che il MMG doveva avere per poter essere preparato sull'argomento per poter gestire un paz. Con malattia celiaca.

Esempio di domande:

- Cos'è la malattia celiaca?
- È una malattia rara o frequente?
- Quali sono i sintomi con cui si manifesta?
- Quali sono gli accertamenti utili per la diagnosi?
- Quali gli accertamenti per il monitoraggio della malattia?
- Quale la dieta indicata?
- A quali associazioni si può rivolgere il paz. per ulteriori informazioni?

Abbiamo cercato di rispondere a queste domande e in questo modo abbiamo anche strutturato la lezione da fare in aula con gli altri colleghi.

Il tirocinante si è molto dedicato alla ricerca bibliografica su banche dati informatiche ed in modo autonomo ha preparato le diapositive con il programma PowerPoint.

La lezione si è svolta in aula nel mese di luglio alla presenza degli specializzandi; non erano presenti altri tutor anche perché era la prima lezione della didattica tutoriale e visto il mese forse molti tutor erano in ferie.

La presentazione in aula è stata fatta prevalentemente dal tirocinante; io sono intervenuta solo per qualche precisazione e a moderare la discussione sulle problematiche emerse nel corso dell'esposizione dell'argomento.

L'argomento ha suscitato un buon interesse da parte dei partecipanti. Al termine della presentazione abbiamo fornito a tutti gli specializzandi copia del materiale didattico.

6.2.2.1. DOTT. SCALFI – DOTT. CAMMARATA

Il collega dott. Giuseppe Cammarata ha iniziato l'attività di tirocinio presso il mio studio medico nel mese di maggio 2004 e l'ha interrotta nel mese di giugno 2004, successivamente ha assunto un incarico presso il Servizio di U.O. di assistenza territoriale del Distretto di Trento.

La durata breve e incompleta del tirocinio non consente di sviluppare un giudizio articolato sull'attività di didattica tutoriale. Tuttavia nel periodo in cui il dott. Cammarata, come tirocinante, ha frequentato il mio studio ho avuto modo di verificare che questi possiede una discreta preparazione teorica, ottime le sue conoscenze per quanto riguarda la Medicina Pubblica (vaccinazioni, malattie infettive, igiene ambientale, ecc.). Ha mostrato una sufficiente abilità diagnostica e una discreta capacità di orientamento per quanto riguarda la diagnosi differenziale. Buona la disponibilità all'ascolto e all'apprendimento. Discrete le abilità informatiche. È parso fortemente motivato ad acquisire conoscenze, competenze specifiche e abilità tipiche della medicina del territorio. Apprezzabile la puntualità negli orari di ambulatorio e la disponibilità al lavoro anche dopo gli orari canonici. Corretto il rapporto con il tutor, i colleghi, i vari operatori sanitari e gli assistiti.

Va segnalata però una certa difficoltà del tirocinante nel relazionarsi con i vari operatori sanitari e nello stabilire un giusto rapporto empatico con il paziente, ciò forse a causa della sua riservatezza di carattere. Qualche carenza si è manifestata nell'esecuzione dell'esame obiettivo completo, derivata questa dalla sua limitata esperienza sul campo. Non è emersa inoltre una particolare propensione agli approfondimenti e alla ricerca bibliografica.

Assieme al tirocinante dopo tre settimane di frequenza nello studio medico abbiamo concordato un primo "Contratto formativo" fissando alcuni obiettivi condivisi che di seguito riporto:

- Migliorare l'abilità nella esecuzione dell'esame obiettivo;
- Acquisire maggiore competenza nella prescrizione appropriata degli esami strumentali e di laboratorio e della terapia;
- Perfezionare la conoscenza delle più comuni patologie dermatologiche;
- Migliorare la capacità nel saper gestire una buona consultazione nell'ambulatorio di M.G
- Conoscere e sapere utilizzare uno dei più comuni software per la gestione informatizzata della cartella clinica nell'ambulatorio del MMG;
- Affinare le conoscenze relative agli aspetti prescrittivi e certificativi dell'attività del MMG;
- Conoscere i principali adempimenti contabili e fiscali del MMG.

Nel corso del mese giugno con il Dott. Cammarata ci si è impegnati, a dir il vero con buoni risultati, nella realizzazione degli obiettivi che ci eravamo prefissati.

La limitatezza dell'esperienza di tirocinio ha tuttavia consentito un'acquisizione solo parziale delle competenze e delle abilità specifiche del Medico di Medicina Generale. Non posso che esprimere il mio rammarico per un precoce ritiro.

6.2.2.J. DOTT.SSA VERGINE – DOTT. BENETTI

“Quando il medico di medicina generale ascolta la Mente attraverso il Corpo”

Il tirocinante ha osservato e segnato per ogni accesso in ambulatorio, durante 20 giorni lavorativi, la motivazione della consultazione di ciascun paziente.

Nelle ore di discussione il tirocinante rilevava che spesso egli percepiva altre motivazioni non così esplicite ed evidenti sottese alla consultazione.

Da ciò emergeva la domanda: “ma quanti sono i pazienti psichiatrici?”

Si decideva di prendere in osservazione per un lavoro tutoriale il *Campo del disagio psichico* con il seguente PROGETTO DIDATTICO

- Evidenziare peculiarità del medico di medicina generale con i pazienti con disagio psichico e i disturbi psichiatrici;
- Approccio alla psicosomatica.

OBIETTIVI

- Riflessione sull’operatività del medico di medicina generale;
- Conseguire abilità nella gestione di pazienti con disagi psichici e sintomi psicosomatici.

Condivisione di

BASE TEORICA

- I disturbi psichici in medicina generale di E. Parma, UTET in MEDICINA GENERALE Caimi e Tombesi
- *Psicoterapia, counseling e medicina generale* Tiziana GALOPIN
- *Ansia e paura* Giuseppe PARISI
- *La depressione* Marco VISCONTI
- *La psicosi* Giuseppe PARISI

METODO

Revisione di un registro patologie psichiatriche con ricerca delle cartelle cliniche informatizzate dei pazienti che assumono terapia psichiatrica e analisi di quali specialisti li seguono (psichiatri – psicologi – psicoterapeuti)

CONCLUSIONE

Si restringeva l’indagine a “Quando il medico di medicina generale ascolta la Mente attraverso il Corpo – la psicosomatica.

Si coglie l’occasione di condividere il lavoro tutoriale con gli altri tutor e tirocinanti nell’ambito dell’evento curato dal dott. F. Chiameo nella Scuola di formazione specifica in medicina generale del 23.10.04.

6.3. TIROCINIO PRESSO LE STRUTTURE TERRITORIALI DI BASE DELL'A.P.S.S.

Di seguito vengono elencate le strutture per cui è stato fatto il rapporto finale.

6.3.1 Distretti

6.3.2 Strutture e Servizi territoriali specialistici.

6.3.1. ATTIVITÀ SVOLTE PRESSO I DISTRETTI

Il primo periodo di attività pratiche del Corso di Formazione negli ultimi anni è sempre stato quello presso i Distretti. L'obiettivo perseguito è quello di proporre l'approfondimento della conoscenza del sistema sanitario, ed in particolare delle strutture, dei servizi e delle norme che regolano, disciplinano e coordinano la Medicina Generale. In questo periodo vengono anche tradizionalmente associate attività cliniche presso gli ambulatori specialistici convenzionati esterni che normalmente trovano sede presso i distretti medesimi.

Per il presente Corso sono stati coinvolti cinque Distretti e precisamente quelli di Trento, Rovereto, Riva, Tione e Cles. La scelta dei Distretti da coinvolgere è determinata essenzialmente dalla residenza dei vari discenti oltre che dalla disponibilità, peraltro sempre presente, dei Direttori di Distretto. Altro criterio utilizzato è quello di evitare un sovraccarico di impegno didattico in una sede chiedendo eventualmente la disponibilità di spostamento a qualche specializzando.

I discenti, che a questo punto del Corso si erano ridotti a dodici a causa di un trasferimento e di un abbandono, sono stati così distribuiti: tre a Trento e a Rovereto, due a Riva, a Tione e a Cles.

I direttori di Distretto hanno indicato i relativi responsabili organizzativi e precisamente: il Dr. Giuseppe Penasa ha indicato per Trento il Dr. Andrea Fasanelli e per Cles il Dr. Luigi Palano, il Dr. Raffaele Ottaviano ha indicato per Rovereto il Dr. Silvano Zanoni e per Riva il Dr. Pierluigi Gardini, infine il Dr. Elio Reale ha indicato per Tione il Dr. Antonio Prestini per le attività presso il distretto e il Dr. Umberto Papa per le attività relative agli ambulatori specialistici convenzionati.

La Scuola di Formazione, tramite il coordinatore delle attività pratiche, ha proposto una serie di obiettivi lasciando però ampia facoltà ai responsabili organizzativi locali di integrarli, ampliarli, modificarli a seconda delle esigenze e delle disponibilità locali.

Gli obiettivi didattici proposti si riferivano in generale all'approfondimento delle caratteristiche, del metodo di lavoro utilizzato e delle opportunità offerte dai distretti al fine di un'integrazione sempre migliore tra il futuro professionista MMG e l'organizzazione amministrativa.

Gli obiettivi particolari erano indirizzati alla conoscenza dell'organizzazione sia del SSN che dell'Azienda Sanitaria, delle convenzioni per la MG, per la continuità assistenziale e parzialmente di quella per i pediatri di libera scelta, inoltre comprendevano la presa in visione della legge provinciale n° 6 relativa all'assistenza aggiuntiva, la comprensione delle attività dei centri di erogazione delle autorizzazioni, delle prestazioni, presidi ed esenzioni, e la conoscenza delle principali caratteristiche organizzative ed operative del servizio infermieristico, sociale, alcolologico e l'igiene pubblica e infine delle RSA.

Per quanto riguarda l'attività presso gli ambulatori specialistici convenzionati, gli obiettivi generali proposti si riferivano all'osservazione delle modalità di invio allo specialista dei pazienti da parte del MMG, e alle caratteristiche del trattamento delle patologie tipiche in questo ambito, oltre alle basi teoriche per la relativa diagnosi e trattamento.

Le specialità coinvolte sono state numerose: ortopedia, cardiologia, otorinolaringoiatria, dermatologia, oculistica, endocrinologia, medicina dello sport, fisiatria, odontoiatria, gastroenterologia, ginecologia e neurologia però in modo differenziato a seconda della disponibilità che le varie sedi potevano garantire.

La durata prevista per questo periodo di frequenza è di quattro settimane, articolata in quattro giornate settimanali. La quinta giornata era destinata ad approfondimenti in aula anche per armonizzare e rendere

omogenee una serie di informazioni attraverso delle presentazioni frontali e delle discussioni sulle attività svolte.

La valutazione relativa alle attività svolte è risultata generalmente molto positiva da parte di quasi tutti i discenti, che in alcuni casi avrebbero desiderato un prolungamento delle attività con particolare riguardo per quelle ambulatoriali, positiva per tre dei cinque responsabili organizzativi, tiepida o prevalentemente negativa per altri due responsabili. In questi ultimi casi è prevalsa la considerazione per lo scarso interesse mostrato per talune attività da parte di qualche discente.

In questo mese di frequenze hanno prestato disinteressatamente ma con passione la loro preziosa opera di didattica tutoriale o di guida formativa, oltre ai cinque responsabili organizzativi, numerosissimi altri colleghi specialisti e personale amministrativo operanti nei distretti, cui va il ringraziamento della Scuola.

6.3.2. ATTIVITÀ SVOLTE PRESSO STRUTTURE E SERVIZI TERRITORIALI SPECIALISTICI.

Nel programma del 6° Corso di Formazione l'ultima attività pratica effettuata, a prescindere da quella svolta nello studio del Medico di Medicina Generale, è stata una serie di frequenze presso alcune Strutture e Servizi territoriali specialistici con attività complesse. Questo periodo chiude il lungo ciclo didattico partito all'inizio del Corso con l'esplorazione delle attività territoriali di base e degli ambulatori convenzionati, passato attraverso un percorso articolato tra quasi tutte le attività ospedaliere alternate con quelle del MMG, per concludersi proprio con queste attività territoriali che coinvolgono molte professionalità e interagiscono frequentemente con il lavoro del MMG.

Le strutture coinvolte in questo periodo rappresentano cinque branche differenti: le **Cure domiciliari**, con il Servizio di Trento e quello di Rovereto, il **Consultorio** per il singolo, la coppia e la famiglia, che ha visto la collaborazione delle Strutture di Trento, Rovereto, Cles e Borgo Valsugana, il **Centro di Salute Mentale**, con le Strutture di Trento, Rovereto e Borgo Valsugana, il Servizio per il recupero dalla tossicodipendenza **SERT**, con le sedi di Trento e Rovereto, ed infine i centri per la riabilitazione fisica: la **Fisiatria**, comprensivo anche della riabilitazione per i politraumatizzati ed i pazienti affetti da gravi esiti ischemici invalidanti, che ha partecipato con la disponibilità delle strutture di Pergine Valsugana, Trento e Rovereto.

Il periodo destinato a queste frequenze è stato dal 5 Settembre al 7 ottobre 2005: cinque settimane con rotazione prevista degli otto discenti in tutte e cinque le strutture. Sono stati fissati quattro giorni di frequenza alla settimana con otto ore per ciascuna giornata. Il quinto giorno della settimana sono state programmate attività didattiche in aula con riferimento anche alle attività svolte. Nella realtà non è stato possibile effettuare tutte queste frequenze nel periodo previsto, in qualche caso per problemi organizzativi delle strutture ed in altri casi per problematiche legate ai discenti, incluso il peso psicologico di un percorso che presenta l'incontro con tantissima sofferenza e la morte. Le frequenze non effettuate in questo periodo sono state generalmente recuperate all'inizio del 2006.

Il coordinatore delle attività pratiche ha preso contatto con tutti i responsabili delle varie strutture e Servizi, concordando una serie di obiettivi ed indirizzi comuni, alcuni percorsi particolari, e condividendo in qualche caso l'individuazione di un tutor per il riferimento didattico delle attività.

Gli obiettivi comuni, comprendono la presentazione delle strutture, del personale e delle attività che vengono svolte nelle singole discipline, l'illustrazione delle principali modalità organizzative previste con i percorsi diagnostico terapeutico riabilitativi ed assistenziali seguiti, e la discussione dei principali problemi e difficoltà di interfaccia che si incontrano con la MG.

Per gli aspetti clinici e tecnici vi è stata una differenziazione, nella prevista massima autonomia, da parte di ogni struttura.

I servizi di cure domiciliari hanno posto l'attenzione sull'UVM (unità di valutazione multidisciplinare) e sulle cure ai pazienti terminali, i Consultori hanno organizzato una presentazione articolata e ben strutturata delle numerose attività svolte, i centri per la salute mentale hanno cercato di puntare l'attenzione sulla gestione dell'attività ambulatoriale ordinaria e quella d'urgenza con illustrazione delle varie possibilità assistenziali, i SERT hanno coinvolto i discenti nella attività quotidiana presentando le problematiche più comuni. Le strutture riabilitative hanno mostrato la complessità e le difficoltà organizzative soprattutto per integrare le prestazioni multidisciplinari con la massa delle richieste minori.

La valutazione da parte dei responsabili di queste di attività vede una buona soddisfazione e anche qualche richiesta di allungamento del periodo di frequenza. Ciò va inteso come desiderio di un coinvolgimento del MMG sempre maggiore, verso la propria attività.

Da parte dei discenti l'impatto di questo complesso di situazioni è risultato senza dubbio molto positivo ed importante, con la scoperta di un mondo finora poco conosciuto.

In questo complesso di frequenze hanno prestato la loro preziosa opera di guida formativa, quattordici responsabili con numerosi colleghi specialisti e altro personale sanitario cui va il ringraziamento di tutta la Scuola.

7. ALTRE ATTIVITÀ FORMATIVE ED INIZIATIVE CULTURALI RIVOLTE AGLI SPECIALIZZANDI, AI DOCENTI ED AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

In questa sezione vengono riportate alcune attività ed iniziative legate al corso di formazione o attinenti con un'attività culturale generica nel campo della cultura medica con un'attenzione particolare alla medicina generale.

Non sono riportate tutte le attività, come le riunioni periodiche del consiglio didattico, delle commissioni tecniche tematiche di approfondimento, ecc.

Vengono presentati anche gli abstract presentati ed accettati per il convegno europeo della medicina generale (Wonca Europe 2006) che si tiene a Firenze alla fine di agosto 2006

La documentazione estesa e le riflessioni su questi convegni ed eventi sono riportati sul sito della scuola (www.scuolamgtn.it)

- Corsi di formazioni per tutor (Trento febbraio 2004)

Nel febbraio 2004 si è svolto un corso di formazione dal titolo *"Essere Tutor"*. Obiettivo del corso è stato quello di formare alla funzione di tutor nell'ambito della Formazione Specifica in Medicina Generale. Si è svolto inoltre un corso di formazione per tutori valutatori, rivolto cioè a chi avrà nel proprio ambulatorio studenti che svolgeranno il tirocinio per abilitazione.

Sul sito programma e relazione dei corsi

- Seminario (Trento 2 aprile 2005)

Il paziente simulato. Un seminario avanzato sull'apprendimento delle abilità cliniche e relazionali nella formazione post-laurea

Il seminario ha avuto come oggetto una metodologia didattica particolarmente studiata ed utilizzata in Gran Bretagna ed Olanda. La giornata ha rappresentato un'occasione di apprendimento e confronto sul tema del paziente simulato. Docente la dott.ssa Evelyn Van Weel Baumgarten, Università di Nimejen Olanda, esperta della tematica.

Al seminario hanno partecipato formatori e docenti scelti anche dalle Scuole di Formazione Specifica del Veneto e del Friuli Venezia Giulia. Ampie relazioni e commenti sono presenti sul sito della Scuola di Trento

- Convegno (Trento, 27 e 28 maggio 2005)

Il laboratorio: dieci anni di formazione specifica in medicina generale. Idee e prospettive per una nuova figura di medico di medicina generale.

La prima giornata è stata di riflessione sulla Scuola stessa, sulla sua evoluzione nel tempo, sull'apprendimento, sull'inserimento lavorativo degli ex allievi, sui cambiamenti determinati nel tempo in coloro che nella Scuola si

sono formati o che vi operano come tutor e/o docenti, sulle loro aspettative per il futuro. Nella seconda giornata si sono presi in considerazione i cambiamenti attuali e futuri della pratica professionale del medico di medicina generale e il modificarsi della sua formazione specialistica specifica che si è evoluta nel tempo anche attraverso una continua riflessione sull'operato della Scuola stessa e un costante adattamento delle sue metodologie didattiche.

- Abstract delle relazioni e del seminario che sono stati accettati per il convegno europeo:

*Wonca Europe. 12 Regional Conference: Brindino the gap between Biology and Humanities, Florence (Italy)
27-30 August 2006 (<http://www.woncaeurope2006.org/home/index.htm>)*

Il Convegno è in lingua inglese.

Fabrizio Valcanover GP Trento Director Vocational Training in General Practice, Trentino Independent District – Italy

Alfonso Fiorillo, GP Regional School of Family Medicine, Latium Region - Italy

Marco Mazzi, GP Coordinator Verona District Regional School of Family Medicine, Veneto Region - Italy

Emanuele Messina, GP Director Vocational Training in General Practice, Toscana Region Italy

Romano Paduano, GP, Scientific Director Regional Department Training in Primary Care, Friuli Venezia Giulia Region – Italy

Vocational Training in Italy: a point of view about teaching GP in a context that it's growing

Vocational Training in Italy started 1994, independent of University as a regional public two-year course. Over the years many GP's with knowledge in CME worked in regional course; the regional course became School of vocational training in GP; it started the debate with University about the institutional status and about the teaching in vocational training, although General Practice/Family Medicine isn't Academic Discipline. Since 2000 has been the contact between some regional schools. The School has debated about program, teaching's method, and core competences also about Definition Wonca 2002 of GP/FM and lately Educational Agenda.

At the present time the young Italian experience has produced work about teaching method in schoolroom and in practice, organizational arrangement and a reflection about core competence of GP/FM.

In the workshop some regional schools will present their experience with attention about core competences, clinical learning goals (objectives), educational methods, recruitment and formative methods for teachers and trainers and use of non-clinical competences (humanities)

A training course for GP Trainers

Maggioni S. Bini I. Parisi G. Valcanover F

Suola di Formazione Specifica in MG Trento Vocational Training

A training course addressed to general practitioners, paediatricians and doctors working in hospitals and in the public facilities has been organised in order to prepare new trainers for the vocational training course in general practice held in Trento, Italy.

Aims of the training course:

to acquire and update theoretical knowledge;
to improve relational and communication skills;
to learn an effective teaching method.

Course contents:

Theoretical bases and the European definition of General Practice, looking for a common language to use with the various kinds of professionals and finding teaching aims relating to their professional and didactic role

Methods to teach in clinical settings

Methods to Evaluate trainers

The organization of the training.

Teaching Methods:

Theoretical lessons and plenary discussions. The aim was to make learning and involvement more active.

The participants worked together or in homogeneous groups.

Role-Play and "fishball" techniques were used.

Evaluation:

To evaluate the participants a self evaluation pre and post test about competences, skills, knowledge and motivation needed to be a trainer have been used.

Teaching EBM

Laurino P. Clerici M. Parisi G. Valcanover F

Scuola di Formazione Specifica in MG Trento Vocational Training

In this report it is critically described the experience in teaching clinical methodology at the Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale in the Province of Trento, specifically related on the appraisal of quality and relevance of the results of clinical trials and on their transfer in the primary care practice.

The starting point was the perceived importance of introducing the principles of EBM, seen as a "new paradigma" in a cultural context of suspicion against everything that could hinder the "prescribing freedom" of the doctor.

Soon after EBM was considered more correctly as an educational instrument to be used in building an independent opinion of general practitioners on the most frequent and important clinical questions they could find in their daily work.

The problem of transfer of scientific research into practice was then stimulated in a specific course named "method, quality of care and patient participation".

Finally some experiences of problem based learning and quality assessment on management of blood pressure control are described.

Approaching research

Clerici M. Laurino P. Parisi G. Valcanover F

Scuola di Formazione Specifica in MG Trento Vocational Training

The experience of the "Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale" in the Province of Trento in teaching principles of methodology and building attitudes towards research is presented.

An approach based on collective participation in the construction of the individual final thesis of the course is used.

The collective participation, which involved all the students and many teachers of the school, has been characterized by:

- defining a unique research theme (for this course "the continuity of care in general practice" was chosen);
- supporting each student with a general practitioner as a tutor in the development of the specific contents of the thesis. The aim of the thesis is not to collect statistically representative data but to build a methodologically sound research protocol;
- discussing the obtained partial results during the most critical phases of the research (methods of sampling, analysis of data, interpretation of results);
- organizing the feed-back of information to all the general practitioners involved in the different researches.

Finally a brief report of the most relevant discussion themes on continuity of care in general practice in the province of Trento is presented.

Organization of trainers in general practitioner vocational training

Colorio P. Maggioni S. Parisi G. Valcanover F.

Scuola di Formazione Specifica in MG Trento Vocational Training

General Practitioner's vocational training is based on daily work by a GP practice or in hospital, and moreover theoretic teaching activity.

The most important and specific teaching relationship is with GP trainers. So the main effort by the team of GP specific School is for growing high quality GP trainers.

Also during the young GP's hospital activity is important to get trainers who have high teaching quality and a good knowledge of work of GP. This isn't an easy problem. Is very expensive, in time and money, to raise up a great number of such teachers.

For this reason in Trento specific school for GP we chose to perform our didactic action on a little number of hospital trainers to get a good knowledge of GP activity and characteristics, "tutors", and to use a larger number of trainers, the "trainers", with simpler and easier didactic characteristics.

The "tutors" are specialists in Medicine, Gynaecology and Obstetrics, Paediatrics, and surgery. They coach young GP for rather long periods and teach them some basic competence and some contents of GP activity.

The "trainers" have a simpler job: to present the activity, the characteristics, and the competences of the single specialist department and try to get a good knowledge and positive relationship between the GP and the specialists of the department.

In this way the Trento specific school for GP try to select the tutorial activity reducing the number of hospital trainers of high teaching quality and specific qualification for the GP's job.

A laboratory to learn communication and relational skills

Sartori N. Bertoluzza M, Parisi G. Colorio P. Valcanover F.

Scuola di Formazione Specifica in MG Trento Vocational Training

Italian students don't have during the undergraduate curriculum a suitable training about relational skills, in spite of these skills cannot be disregarded to work as GP. The context of post graduate vocational training in GP and its articulation can be a important chance to fill this gap. It is important not only the attendance of GP surgery but either taught sessions which are developed in a special context, very different than lecture hall. The suitable time and the suitable space to get into the communicative-relational play is needed. The tools to improve relational skills (role playing, fish ball, simulated patient, etc) allow the students to train with safety and protection. It is necessary to have experience, to live, to try, to improve relational skills, because they have to be learned and teach in practice.

The school of Trento set up a laboratory to learn communication and relational skills keeping into account these considerations.

In this laboratory there is a module about care and management of patient who have psychiatric problems and existential difficulties too. The relationship with these patients is very difficult for Gps, but it can become a precious and tricky therapeutic tool.

The laboratory dealt (using the simulated patient) in some other topics too: immigrant patient, asthmatic patient, breaking bad news.

Humanities in vocational training course of GP in Trento

Sartori N. Bertoluzza M, Parisi G. Colorio P. Valcanover F.

Scuola di Formazione Specifica in MG Trento Vocational Training

Long since the Vocational Training course in general practice in Trento has utilized Humanities as integral part of vocational training for every Gp.

In 1996 was utilized a literary text (" Conversazioni in Sicilia" E. Vittorini) to reflect about life and death.

In the last years we used films, writing, and theatrical text whit different objectives:

facilitate reflection about complexity of sickness, in order to integrate illness and disease models;

learn relational skills to manage the problem of patient;

change personal and professional attitude in order to incentive process of identification whit patient and ability to "get in and get out" in hi/her subjectivity

learn to listen to the patient

facilitate an holistic vision of the patient

We present some utilizations of films, the laboratory of writing experience and an theatrical performance.

- *Recita della piece teatrale "Knock o il trionfo della medicina", commedia scritta nel 1923 da Jules Romains.*

Questa commedia scritta nel 1923 è stata tradotta dalla dr.ssa Loreta Rocchetti (docente della scuola) ed adattata per il teatro dal dott. Mauro Bertoluzza, responsabile del Laboratorio Culturale.

E' stata rappresentata in occasione di tre convegni:

- IL LABORATORIO - Dieci anni di Formazione Specifica in medicina generale tenutosi a Trento il 27 maggio 2005.
- XVIII Congresso CSerMEG, tenutosi a Costernano il 21, 22 e 23 ottobre 2005.
- Inaugurazione anno accademico 2005 – 2006 dei corsi di laurea delle professioni sanitarie, tenutosi a Trento il 6 febbraio 2006.

E' stato prodotto anche un DVD professionale a scopo didattico, viste le numerose richieste pervenute da Scuole di Formazioni Specifiche Italiane ed anche della SIPEM (Società Italiana di Pedagogia Medica)

Una relazione sulla commedia e sulla sua valenza didattica è presentata nel rapporto sull'unità didattica "Il Laboratorio Culturale"

INDICE GENERALE

PREMESSA.....	2
1. Dettaglio sintetico del percorso didattico triennale effettuato	7
2. ORE ATTIVITÀ TEORICA EFFETTUATE	15
3. Rapporti attività teorica: SEMINARI TEORICI DICEMBRE 2003 – GIUGNO 2006. 17	
3.1. UNITÀ DIDATTICHE/SEMINARI ORDINARI	20
3.1.1. Attività tecniche e pratiche professionalizzanti	20
3.1.2. Etica clinica e norme deontologiche.	23
3.1.3. I pazienti e le pazienti con problemi di sessuologia.	25
3.1.4. I problemi specifici di salute della donna.....	28
3.1.5. Il paziente affetto da Asma e/o BPCO.	31
3.1.6. Il paziente anziano.....	34
3.1.7. Il paziente con cardiopatia ischemica e/o scompenso cardiaco.	36
3.1.8. Il paziente con cefalea	38
3.1.9. Il paziente con disuria e/o ematuria.....	39
3.1.10. Il paziente con la tosse, le infezioni acute delle vie respiratorie e l'influenza.	41
3.1.11. Il paziente con patologia osteoarticolare acuta.	43
3.1.12. Il paziente con problemi tiroidei.	45
3.1.13. Il paziente con vertigini.	46
3.1.14. Il paziente diabetico.....	48
3.1.15. Il paziente domiciliare cronico e terminale.....	50
3.1.16. Il paziente iperteso.	52
3.1.17. Leggi e contratti specifici.	54
3.1.18. L'individuazione e la gestione del rischio cardiovascolare.	56
3.1.19. L'individuazione e la gestione del rischio oncologico.	57
3.1.20. Nozioni di base di piccola chirurgia.	59
3.1.21. Strumenti Informativi e organizzativi di supporto	62
3.1.22. Teorie e modelli di approccio specifici in medicina generale.	65
3.2. UNITÀ DIDATTICHE/SEMINARI SPECIALI	67
3.2.1. Antropologia medica.	67
3.2.2. Introduzione alla metodologia clinica e all'analisi decisionale.....	72
3.2.3. Laboratorio culturale.	75
3.2.4. Laboratorio della comunicazione, relazione e del disagio psichico.	77
3.2.5. Laboratorio sull'immigrazione e l'integrazione tra culture diverse.....	87
3.2.6. Qualità assistenza e soddisfazione del paziente.....	91

3.2.7. Simulazioni.....	93
3.2.8. Sociologia della salute.....	97
4. LABORATORIO TESI	101
5. RAPPORTI SUL COORDINAMENTO	103
5.1. INTEGRAZIONE DIDATTICA PER COMPETENZE	103
5.2. RAPPORTO ATTIVITÀ DI COORDINAMENTO - INCONTRI, CONFRONTI, QUESTIONARI	105
5.3. RAPPORTO QUESTIONARIO D'INGRESSO E QUESTIONARIO D'USCITA.....	106
6. RAPPORTI ATTIVITÀ DI TIROCINIO PRATICO	108
6.1. FORMAZIONE PRATICA PRESSO L'OSPEDALE	109
6.1.1. Frequenza presso i reparti ospedalieri di chirurgia.....	109
6.1.2. Frequenza presso i Servizi specialistici internistici e di diagnostica.	111
6.1.3. Frequenza presso il reparto ospedaliero di ginecologia ed ostetricia.....	112
6.1.4. Frequenza presso i reparti di pediatria medica e chirurgia pediatrica.....	113
6.1.5. Frequenza presso il reparto di medicina.	114
6.1.6. Frequenza presso il reparto di geriatria.	116
6.1.7. Frequenza presso il reparto di pronto soccorso.	117
6.2. FORMAZIONE PRATICA PRESSO IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE.....	119
6.2.1. Relazione sull'attività svolta presso il medico di medicina generale	119
6.2.2. Relazioni sulla didattica tutoriale uno a uno.....	121
6.3. TIROCINIO PRESSO LE STRUTTURE TERRITORIALI DI BASE DELL'A.P.S.S.	135
6.3.1. Attività svolte presso i Distretti.....	136
6.3.2. Attività svolte presso strutture e servizi territoriali specialistici.....	138
7. ALTRE ATTIVITÀ FORMATIVE ED INIZIATIVE CULTURALI RIVOLTE AGLI SPECIALIZZANDI, AI DOCENTI ED AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE	140
INDICE GENERALE	I