

FORMARE LA MEDICINA GENERALE

L'esperienza
della Lombardia

a cura di

Alessandro Colombo e **Marinella Gallo**

premessa di

Giovanna Beretta e **Fulvio Matone**

prefazione di

Luigi Tesio

Il presente volume è stato concepito e realizzato nell'ambito delle attività e dei corsi di formazione manageriali erogati da PoliS-Lombardia attraverso l'Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo. Gli autori dei capitoli sono stati coinvolti per svolgere attività relativa alla formazione e lezioni d'aula e, a partire da questa esperienza, hanno accettato di redigere un testo che potesse riprendere e mettere a disposizione per la formazione i contenuti trattati.

PoliS-Lombardia

Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano

www.polis.lombardia.it

©2022 Edizioni Angelo Guerini e Associati Srl

via Comelico, 3 – 20135 Milano

<http://www.guerini.it>

e-mail: info@guerini.it

Prima edizione: settembre 2022

Ristampa: V IV III II 2023 2024 2025 2026 2027

Copertina di Donatella D'Angelo

Printed in Italy

ISBN 978-88-6250-864-3

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume/fascicolo di periodico dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633. Le fotocopie effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi, Centro Licenze e Autorizzazioni per le Riproduzioni Editoriali, Corso di Porta Romana 108, 20122 Milano, e-mail autorizzazioni@clearedi.org e sito web www.clearedi.org.



Formare la Medicina Generale

L'esperienza della Lombardia

a cura di
Alessandro Colombo e Marinella Gallo

premessa di **Giovanna Beretta e Fulvio Matone**
prefazione di **Luigi Tesio**



GUERINI
E ASSOCIATI

Questo volume è dedicato al ricordo
del dottore Roberto Stella

22 luglio 1952, Busto Arsizio – 11 marzo 2020, Como

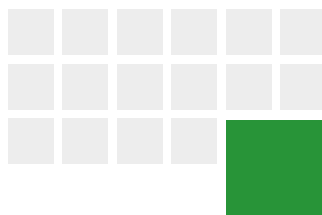


Indice

- 11 – **Premessa** di Giovanna Beretta e Fulvio Matone
- 13 – **Prefazione** di Luigi Tesio
- 19 – **LA CORNICE**
- 21 – **1. Il corso di Medicina Generale: esperienza, paradossi e prospettive**
di Alessandro Colombo
- 21 – 1.1 Introduzione
- 22 – 1.2 Esperienza
- 24 – 1.3 Paradossi e prospettive
- 59 – **2. L'organizzazione del corso di Medicina Generale in Lombardia**
di Marinella Gallo
- 59 – 2.1 Come si diventa medico di Medicina Generale
- 62 – 2.2 Organizzazione del corso regionale
- 64 – 2.3 Le innovazioni nel corso per lo sviluppo del corso
- 69 – **3. Ruolo delle ATS: polo formativo**
di Lorella Cecconami e Claudio Sileo
- 69 – 3.1 Le ATS sedi di polo formativo
- 73 – **4. Ruolo delle ASST: punto formativo di erogazione**
di Claudio Rossetti
- 73 – 4.1 Le ASST sedi dei punti formativi di erogazione
- 79 – **5. I tutori**
di Giorgio Carlo Monti
- 79 – 5.1 Il tutor
- 81 – 5.2 Il ruolo del tutor clinico nel tirocinio professionalizzante
- 83 – 5.3 Tutor, mentore, coach
- 87 – **L'ORGANIZZAZIONE DIDATTICA**
- 89 – **6. Il tirocinio ospedaliero**
di Sergio Berra e Luciano Fugazza
- 89 – 6.1 La struttura del tirocinio ospedaliero
- 90 – 6.2 I contenuti e le finalità
- 93 – **7. Il tirocinio professionalizzante**
di Ovidio Brignoli
- 93 – 7.1 Definizione e finalità del tirocinio professionalizzante
- 94 – 7.2 La proposta lombarda del tirocinio professionalizzante
- 95 – 7.3 Il tirocinio professionalizzante: aspetti pratici
- 97 – **8. Introduzione a una nuova didattica**
di Daniela Malnis e Giulia Parisi
- 97 – 8.1 Introduzione
- 98 – 8.2 La didattica
- 100 – 8.3 La valutazione
- 105 – **9. I seminari periferici e di sistema**
di Giulia Parisi e Angelo Rossi
- 105 – 9.1 I seminari periferici
- 108 – 9.2 I seminari di sistema

- 111 – **I CONTENUTI DEI NUOVI SEMINARI**
- 113 – **10. Politica sanitaria e management**
di Giorgio Carlo Monti
- 113 – 10.1 Introduzione
- 114 – 10.2 Il contesto
- 117 – 10.3 Trasformazione del ruolo professionale del medico
- 118 – 10.4 Il medico e il management
- 123 – **11. Igiene, prevenzione e promozione della salute**
di Aurelio Sessa
- 123 – 11.1 Introduzione
- 124 – 11.2 Igiene e Medicina Generale
- 125 – 11.3 Malattie infettive e vaccinazioni
- 126 – 11.4 Prevenzione e promozione della salute
- 127 – 11.5 La nutrizione
- 128 – 11.6 La medicina penitenziaria
- 131 – **12. Geriatria e Medicina Generale**
di Tiziana Panzera
- 131 – 12.1 Introduzione
- 132 – 12.2 Riconoscere la fragilità
- 132 – 12.3 Prevenzione e stili di vita
- 133 – 12.4 Prospettive e telemedicina
- 137 – **13. Cronicità**
di Davide Luigi Lauri
- 137 – 13.1 Introduzione e contesto epidemiologico
- 139 – 13.2 Le esperienze nazionali e regionali
- 142 – 13.3 La presa in carico della cronicità in Regione Lombardia
- 149 – **14. Riabilitazione**
di Anna Carla Pozzi
- 149 – 14.1 Introduzione
- 151 – 14.2 Richiesta di invalidità e disabilità
- 152 – 14.3 Trattamento riabilitativo
- 152 – 14.4 Terapie fisiche
- 157 – **15. Salute mentale e dipendenze**
di Angelo Rossi
- 157 – 15.1 Introduzione
- 158 – 15.2 I contenuti della formazione
- 161 – **16. Farmacologia**
di Aurelio Sessa
- 161 – 16.1 Introduzione
- 162 – 16.2 Farmacologia e la Medicina Generale
- 164 – 16.3 La farmacovigilanza, il rischio clinico e la riconciliazione terapeutica
- 167 – **17. Elettrocardiografia e la valutazione ecografica in Medicina Generale**
di Ovidio Brignoli
- 167 – 17.1 Introduzione
- 168 – 17.2 Proposta di un corso di formazione sull'elettrocardiogramma
- 169 – 17.3 La valutazione ecografica in Medicina Generale

173	–	IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE E IL CONTESTO
175	–	18. Il medico di Medicina Generale in rete con i servizi territoriali di Silvano Casazza e Claudio Rossetti
175	–	18.1 Introduzione
175	–	18.2 Territorio, rete dei servizi, integrazione
178	–	18.3 Il medico di Medicina Generale soggetto attivo e proattivo nella rete integrata dei servizi territoriali
181	–	19. Come si vede e come è visto il MMG di Cesare Liberali, Giulia Parisi e Alessandro Rubino
181	–	19.1 Introduzione
182	–	19.2 L'indagine
184	–	19.3 La vocazione come motore del cambiamento
187	–	20. I corsisti ripensano il futuro del corso di formazione e della Medicina Generale di Gabriella Levato
187	–	20.1 Il ruolo dei corsisti
188	–	20.2 Le ricadute didattiche e i contenuti emersi
193	–	21. MMG e infermiere di famiglia di Tiziana Panzera
193	–	21.1 Introduzione
194	–	21.2 L'infermiere di famiglia e comunità
194	–	21.3 Il corso di formazione
196	–	21.4 MMG e infermiere di famiglia/comunità
199	–	22. L'associazione e il ruolo dei giovani medici di Cesare Liberali e Alessandro Rubino
199	–	22.1 Il contesto
200	–	22.2 La nascita dell'associazione
201	–	22.3 Il ruolo dei giovani medici
203	–	Appendice
205	–	Normativa nazionale di riferimento
206	–	Normativa regionale di riferimento



Premessa

La Medicina Generale è tornata al centro dell'attenzione dei cittadini, della politica, del sistema socio-sanitario; è destinata a vivere una fase di transizione importante. Questo volume non vuole aggiungere opinioni al dibattito, ma raccontare l'esperienza della formazione in Medicina Generale così come realizzata in Lombardia.

A PoliS-Lombardia è affidato il compito di organizzare per Regione Lombardia il corso triennale, per il tramite della Accademia di formazione per il servizio socio-sanitario lombardo. In questi anni abbiamo cercato di esercitare questa attività con tre attenzioni principali, che ci auguriamo il lettore possa trovare documentate in queste pagine:

- *l'interesse dei tirocinanti*: essi hanno il diritto/dovere di partecipare a un'esperienza formativa di qualità, esigente, rigorosa, flessibile e personalizzata. Per questo la scelta di investire nel programma didattico, in modalità formative innovative e nella valutazione;
- *il servizio al sistema*: i medici di Medicina Generale partecipano a un servizio socio-sanitario, regionale e nazionale. Lo fanno come liberi professionisti, condividendo con Regione Lombardia e gli altri professionisti sanitari responsabilità e obiettivi comuni. Per questo la scelta di collocare i poli formativi nelle Agenzie di Tutela della Salute;
- *la collegialità*: tutte le decisioni e le scelte devono essere espressione di una comunità di professionisti, che si aiutano a migliorare. Per questo la scelta di un comitato didattico che mensilmente condivide le scelte organizzative.

Queste tre attenzioni, a ben guardare, possono rappresentare anche le linee di indirizzo di tutta l'attività di PoliS-Lombardia, il cui scopo è supportare Regione nella risposta ai bisogni dei cittadini, promuovendo la costruzione di politiche qualificate e reti di eccellenza.

Nel presentare questa esperienza non pretendiamo di indicarla come la migliore. Siamo invece consapevoli di tanti aspetti da migliorare, dentro la nostra organizzazione, ma anche – ci sia consentito – a livello regionale e nazionale: a nessuno sfugge la necessità di rinnovare l'assetto normativo che regola il triennio formativo a quasi 25 anni dalla sua istituzione. Presentiamo, quindi, questa esperienza piuttosto come strumento per quanti possono e desiderano contribuire alla trasformazione.

C'è, infine, un sentimento di gratitudine che intendiamo esprimere aprendo il volume.

Siamo grati innanzitutto ai tirocinanti, per la freschezza, la fatica, l'intelligenza e la disponibilità che tantissimi di loro ci regalano.

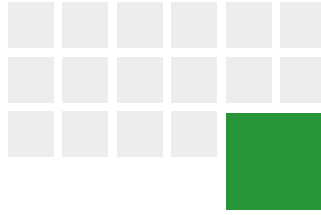
Siamo grati a Regione Lombardia, a ogni livello, per la fiducia accordata in tanti momenti anche non facili, per aver assecondato e sostenuto sforzi, riforme, aggiustamenti e nuove proposte che nascevano dalla pratica formativa.

Siamo grati ai tanti i medici di Medicina Generale, ai clinici ospedalieri ai funzionari di ATS e aziende sociosanitarie territoriali che condividono la responsabilità organizzativa. Siamo grati per il tempo dedicato, ma soprattutto per la disponibilità a cambiare. Sono stati anni anche di invenzioni di soluzioni organizzative e didattiche, che ciascuno ha interpretato come proprie e non imposte. Questa disponibilità non scontata è una risorsa preziosa per i prossimi decisivi anni.

Forse qui sta anche l'eredità Roberto Stella, collega, medico, amico e coordinatore del corso, cui il volume è dedicato. È con commozione che abbiamo riletto queste pagine: sembra che ogni aspetto del racconto rimandi a qualche caratteristica di Roberto, direttamente o indirettamente. Non saremmo arrivati a questi risultati senza di lui; e, se vi siamo arrivati senza di lui, è merito suo.

Questo è l'augurio che formuliamo anche ai lettori interessati: che queste pagine non siano tanto e solo da imitare, ma rappresentino uno spunto per attivare il contributo originale di ciascuno.

*Giovanna Beretta e Fulvio Matone
Coordinatrice Comitato di indirizzo e
Direttore Generale di PoliS-Lombardia*



Prefazione

La Medicina Generale: ossimoro o specializzazione?

Come spiega magistralmente il filosofo Evandro Agazzi la scienza ha smesso da tempo di cercare la verità per ridursi a cercare un suo surrogato: la oggettività. Se non si tiene saldo il timone del metodo sperimentale, e non si affermano valori forti, questa «oggettività» si riduce facilmente a banale intersoggettività e alla ricerca di consenso. In una certa visione sociologica si arriva facilmente alla dittatura della maggioranza, ben nota ai fondatori del pensiero liberal-democratico che l'hanno sempre temuta. Nella scienza si arriva facilmente all'assoggettamento a mode tecnologiche e forme distorte di valutazione della qualità della ricerca basate su indici di «gradimento variamente oggettivati»: primo fra tutti l'ormai screditato (ma pervicacemente adottato) *impact factor* delle riviste scientifiche.

La «moda che dà consenso», nella scienza medica, è l'idea che ci si possa avvicinare alla «verità» (ritenuta comunque inattuabile) soltanto studiando le parti *dietro* l'insieme; le molecole dietro la persona. Le parti generano più consenso dell'insieme (sul diametro dei globuli rossi ci si mette d'accordo; su una terapia psichiatrica o una politica vaccinale molto meno). La tecnologia consente sempre più di andare verso l'infinitamente piccolo o l'infinitamente grande: verso bosoni e galassie. La persona è troppo poco «oggettivabile», immersa com'è in un cono d'ombra dominato da giudizi di valore, e quindi la persona è fuori dall'interesse della scienza: quella nobile, quella «dura». Che cosa può fare il medico rimasto con un oggetto di studio poco attraente per la scienza? Il medico può attaccarsi alla tecnologia e alla sua deriva verso la parcellizzazione così da poter vivere almeno di luce riflessa. Escludendo la scienza dell'infinitamente grande, al medico resta quella dell'infinitamente piccolo. Il palcoscenico della medicina ormai appartiene ai genetisti, ai biologi molecolari, ai bioingegneri. I clinici, quelli che – come dice l'etimologia greca – si «chinano» uno alla volta su un singolo malato appaiono come figure ancillari, applicative, preda di soggettivismo, ma almeno tanto

più autorevoli quanto più sono vicine alle parti: il cardiocirurgo vale più del chirurgo generale, il chirurgo generale più del neurologo, il neurologo più del fisiatra e dello psichiatra.

In poche parole, quanto più una disciplina medica si occupa della persona come oggetto indivisibile e unico di osservazione e cura, tanto meno essa apparirà scientifica. La relazione persona-ambiente non è considerata realtà bensì pura apparenza da oltrepassare. Ecco dunque che «Medicina Generale» diviene un ossimoro, stigma di genericità assistenzialistica. Nel contempo, un autentico ossimoro, quello di «medicina molecolare», dà il nome a molti dipartimenti universitari e corsi di dottorato.

La crisi non soltanto numerica ma anche di identità della Medicina Generale si scontra dunque con la necessità politica di garantire alle singole persone il «loro» medico. Ma occorre chiedersi: ha senso il corso triennale che abilita al ruolo di «medico di Medicina Generale»? Ha senso specializzare il generale? Se queste domande sono interessanti, allora lo è anche questo volume di PoliS-Lombardia.

Il volume è molto più che un rapporto su modalità, contenuti e gradimento del corso triennale che Regione Lombardia organizza per gli aspiranti medici di Medicina Generale. Il volume è soprattutto uno spunto di riflessione non soltanto sulla Medicina Generale, ma anche sulla medicina *in generale*. Dai diversi capitoli e dalla nitida introduzione di Alessandro Colombo emerge quanto impegnativa sia la sfida di definire i contenuti della formazione e quindi le sue modalità. Citiamo alcune delle proposte che il volume porta in superficie, talvolta complementari ma spesso alternative e contraddittorie: ripasso, approfondimento e riconoscimento di materie già incontrate durante il corso di laurea (già, ma quali?); aggiunta di competenze gestionali; tirocinio in ambulatorio individuale o in contesti di aggregazione multiprofessionale; presenza in ospedale (già, ma in quali reparto o servizi?); «imparar facendo» o con didattica frontale. Emergono anche meta-sfide politiche e organizzative: insegnare la materia (comunque la si definisca) nel corso di laurea in Medicina e Chirurgia o farne un corso di specializzazione universitaria come gli oltre 50 già disponibili; integrare la figura del medico e dell'infermiere «di famiglia» (già, ma come?). Proviamo a riflettere su questo ginepraio, cercando di identificarne alcune radici.

Per i motivi sopra esposti, l'aggettivo «generale» induce la falsa impressione di genericità e superficialità rispetto a quanto suggerisce il suo opposto che nel linguaggio sanitario non è «particolare» ma «specialistico». La persona che ha difficoltà di relazione con l'ambiente –inclusivo di altre persone – (la signora Pierina di anni 88 che zoppica, ha dolori addominali, perde il fiato dopo 5 gradini, ci vede e ci sente poco, è depressa, e vive da sola) è fallace «apparenza». La «verità» sta nelle sue radiografie, nei suoi esami ematici, anzi nel suo DNA. Il fenomeno «Pierina» è di per sé illusione, oggetto forse di considerazione etica ma non scientifica. Il medico è un pietoso consolatore, tanto più quanto più è «generale». Il vero scienziato, a ben vedere, è soltanto il fisico subatomico la cui dignità è pari soltanto a quella del collega che si occupa di particelle di Dio o di Big Bang.

Qui mi basti ricordare che questo modello, proteso alla ricerca della «causa ultima», rappresenta un grossolano errore tecnico e filosofico, una distorsione ingenua del modello

sperimentale: Galileo Galilei, Isaac Newton e – per restare in medicina – Claude Bernard, non erano per nulla d'accordo.

A mio avviso, anche al netto di considerazioni economiche e burocratiche, la percezione che la Medicina Generale sia una medicina minore sottende la scarsa attrattiva che tuttora questa professione riveste se è vero che quasi metà degli iscritti la considera una scelta di ripiego: magari conveniente, ma pur sempre un ripiego. Paradossalmente (ma non tanto) il volume ci racconta che sta crescendo anche un flusso opposto di interesse: medici che lasciano l'ospedale, ovvero che evadono dallo «specialismo» per cercare una medicina «generale». Sempre al netto di considerazioni economiche e burocratiche, a me pare evidente che questi «profughi di rientro» ci stiano segnalando anche la loro insoddisfazione per un modello «specialistico-ospedaliero» che trasforma il medico nella ruota di un ingranaggio produttivo e burocratico sempre più limitativo della sua autonomia nella gestione del rapporto di cura. La molla che spinge i medici verso questa migrazione assomiglia a quella che sta spingendo molti medici «ortodossi/convenzionali» a refluire verso le medicine complementari.

Fin qui i medici: ma i pazienti che cosa vogliono? Vogliono il super-specialista. Il modello scientifico dominante – ben supportato dai media – li fa sperare sempre più nella cura della «causa ultima» che ripari «il pezzo guasto». Questo modello li rende rivendicativi: se lo «star male» (*illness*) ha cause note e parcellari (*disease*) e se le parti interagiscono secondo regole deterministiche, la guarigione, ovvero la sostituzione o la riparazione del pezzo guasto, è dovuta; è un diritto. La realtà non è affatto così semplice e la «causa ultima» non esiste: nella scienza le cause sono sempre «intermedie» e non sono mai uniche. Di conseguenza il paziente si vede sempre più spesso «rimbalzato» fra specialisti diversi, attori senza regista. Molti si lanciano in un *doctor-shopping* oneroso e frustrante, guidato dal sentito dire o dal Dr. Google. Il livello «generale» della medicina semplicemente non interessa; il livello «specialistico» delude.

In sostanza, manca un medico che sia contemporaneamente il medico personale capace di agire da regista e non soltanto da attore e che venga percepito anche come qualificato, ovvero come specialista del suo essere «generale».

La quadratura del cerchio forse è possibile ma essa non può prescindere da un ripensamento del corso di laurea in Medicina e Chirurgia. Il volume suggerisce l'inserimento della Medicina Generale nel corso di laurea (CdL): un messaggio molto forte per l'università. Tuttavia questa soluzione potrebbe rivelarsi un ripiego poco efficace. In più questo inserimento potrebbe contribuire a mascherare il problema di identità latente sotto il CdL che si vorrebbe arricchire. Occorre riflettere bene: quale differenza c'è fra «Medicina e Chirurgia» e «Medicina Generale»? Altrove ho suggerito che il CdL dovrebbe dividere più nettamente la medicina dalla chirurgia: la odontoiatria ha ottenuto molti anni fa il suo CdL e nessuno si è lamentato. Inoltre, all'interno del corso di medicina si dovrebbero definire almeno tre indirizzi, se non interi corsi di laurea, secondo il gradiente *parti corporee/persona/comunità*. Lo studente attratto dalla biochimica o dall'anatomia patologica potrebbe avere una vocazione diversa da quel-

la dello studente attratto da discipline molto più relazionali come la psichiatria, la fisioterapia e le discipline «d'organo» come cardiologia e neurologia, sempre che queste riconoscano piena dignità anche a condizioni croniche e non guaribili: mettere *stent* coronarici è una cosa, farsi carico di un paziente con scompenso cardiaco un'altra. Diversa ancora potrebbe essere la vocazione di uno studente attratto da temi epidemiologici o gestionali (tipici per esempio della igiene e medicina preventiva oppure della medicina del lavoro). Il curriculum dovrebbe essere diversificato già durante il CdL: quanta psicologia serve a un anatomico-patologo? Quanta genetica serve a un fisiatra? Una stessa materia potrebbe avere un taglio anche qualitativamente diverso a seconda del curriculum: quale statistica serve a uno psichiatra che coltivi la psicometria rispetto a quella che serve a un epidemiologo?

Va da sé che il medico (non chirurgo) formato per 6 anni attraverso un certo tipo di curriculum potrà (o forse dovrà?) scegliere specializzazioni coerenti con la sua scelta di fondo. La specializzazione smetterebbe di essere un modulo opzionale qualsiasi applicato a una laurea alquanto «generale» per diventare invece il completamento di un progetto formativo unitario e organico di 10 anni. Ormai il curriculum accademico di 6 anni appare come anacronistico: dunque ripensiamolo.

Perché questa mia digressione? Credo che soltanto all'interno di un curriculum medico centrato fin dall'inizio sulla clinica individuale si potrebbe concepire poi una prestigiosa specializzazione in «Medicina Generale». Già l'intero CdL sarebbe orientato verso la presa in carico della singola persona. Materie come la dinamica relazionale e comunicativa, la statistica psicometrica sugli outcome comportamentali, la gestione di comorbidità e disabilità, la continuità assistenziale ecc. già anticiperebbero la dignità scientifica della futura specializzazione.

Purtroppo non vedo all'orizzonte università coraggiose che vogliano proporre questo prodotto formativo dal sapore umanistico e che andrebbe in contro-tendenza rispetto a proposte già operative di «doppia laurea» Medicina-Bioingegneria. Una Legge recente (12 aprile 2022 n.33) ha definitivamente aperto la porta all'iscrizione contemporanea a due diversi corsi di formazione superiore, inclusa quindi l'iscrizione a due corsi di laurea (per esempio Medicina e Chirurgia più qualcosa d'altro), o – per le specializzazioni mediche – anche a un corso di dottorato o a un master.

Il modello formativo proposto dal Ministero dell'Università e della Ricerca è palesemente «modulare-riduzionista». Un computer può aumentare le sue prestazioni se gli si aggiungono schede di memoria: una persona può aumentare il suo livello culturale incollando due CdL in ossequio alla pervasiva utopia dell'uomo-macchina. Il medico è poco scientifico? Invece che ripensare l'ordinamento del CdL è più facile fonderlo con un modulo più tecnologico (Ingegneria, che altro?): otterremo così il «medico vero scienziato».

Fine della lamentosa *pars destruens*. In attesa che l'umanità cambi, come migliorare l'offerta formativa per la Medicina Generale? Il volume offre diversi spunti: per esempio, quello di limitare la frequenza ospedaliera degli allievi agli ambulatori; oppure quello di consentire permeabilità fra le carriere ospedaliere e di Medicina Generale. Pur tuttavia, il censimento di

successi, disagi e proposte offerto dal volume di PoliS-Lombardia va visto soprattutto come un primo, forte stimolo a ripensare la medicina «generale» che a me piace chiamare «medicina clinica». Come minimo, va data dignità di specializzazione medica a questa attività, anche nell'attesa di un'improbabile evoluzione del CdL in Medicina e Chirurgia. Tuttavia, l'osimoro di una «specializzazione generale» va risolto. Il fisico subatomico non è più «scientifico» dell'astrofisico; non c'è dicotomia fra le parti e l'insieme: purché il metodo sperimentale sia condiviso. La medicina clinica (chiedo scusa, «generale») non vale meno di quella «molecolare»: però essa deve rinforzare soprattutto il suo paradigma scientifico, fatto di variabili, misure, statistica, disegni sperimentali e processi decisionali altamente specifici. Soltanto a questo punto essa potrà entrare pienamente nel salotto buono delle «specializzazioni»: e sarà *speciale* invece che *generale* non perché si occupa delle malattie di un singolo organo, gene o molecola, bensì perché si occupa dello *star male* dell'intera persona. In questo sforzo la medicina clinica non sarebbe sola: una riflessione simile è in corso nel mondo della medicina fisica e riabilitativa che rifiuta l'approccio parcellare-d'organo e che per questo ha difficoltà nell'ottenere un pieno riconoscimento scientifico. Ripeto: non c'è più scienza nello studiare atomi invece che galassie oppure cellule invece che persone. Se così è, Regione Lombardia, attraverso la sua interessante riflessione sul corso di Medicina Generale, forse sta facendo da apripista a un nuovo modello di medicina.

Luigi Tesio
Ordinario di Medicina Fisica e Riabilitativa,
Università degli Studi di Milano Direttore,
Dipartimento di Scienze Neuroriabilitative,
Istituto Auxologico Italiano, IRCCS, Milano
luigi.tesio@unimi.it

Riferimenti bibliografici

A.A.V.V. (2013), «Beware the impact factor», *Nature*, vol. 12, <https://doi.org/10.1038/nmat3566>.

Agazzi E. (2018), *L'oggettività scientifica e i suoi contesti*, Bompiani, Milano.

Bedeschi G. (2015), *Storia del pensiero liberale*, Rubbettino, Soveria Mannelli.

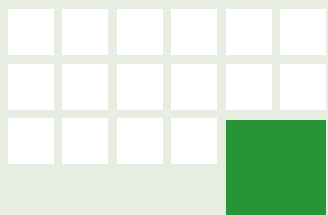
Buzzoni M., Tesio L., Stuart M.T. (2022), «Holism and reductionism in the illness/disease debate», in Wuppuluri S., Stewart I., *From electrons to Elephants and Elections*, Springer International Publishing, New York, pp. 743–778.

Tesio L. (2012), «Metafora e mito della scienza medica. Uomo-macchina, macchina-uomo», *Il Regno*, vol. 22, pp. 769–778.

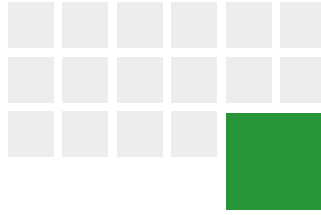
Tesio L. (2015), *I bravi e i buoni: perché la medicina clinica può essere una scienza*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.

Tesio L. (2016), «Logi, urgi e iatri: quale medico per quale sanità?», *L'arco di Giano*, fasc. 89, pp. 81–90.

Tesio L. (2019), «Scientific background of physical and rehabilitation medicine: Specificity of a clinical science», *The Journal of the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (JISPRM)*, Vol. 2, Issue 5, pp. 113–121.



La cornice



1

Il corso di Medicina Generale: esperienza, paradossi e prospettive

Alessandro Colombo

1.1 Introduzione

Quando mi venne affidata la responsabilità del corso, Roberto Stella era già lì, da tanto tempo, con tanta esperienza e con tante idee. Fu facile intenderci subito. Io avevo bisogno di imparare, lui era sempre pronto a scoprire, interrogarsi, cambiare. Io facevo domande, lui rispondeva, ma aggiungeva altre domande. Così andavamo avanti inseguendoci: lui si fidava della mia ingenuità e io mi aggrappavo alla sua esperienza e curiosità.

Quel nostro rapporto ha coinvolto e trascinato colleghi suoi e miei e poi tanti altri amici, che oggi condividono la responsabilità di guida del corso; molti di loro sono autori dei capitoli che seguono.

Questo contributo sintetizza l'esperienza condotta in Lombardia indicando nella prima parte i criteri che hanno ispirato alcune delle scelte compiute e soffermandosi nella seconda parte su alcuni paradossi e prospettive, che forse possono risultare di qualche utilità a quanti in altre Regioni o a livello centrale hanno la responsabilità di formare i giovani MMG.

Questo contributo ha una funzione introduttiva: il lettore potrà trovare approfondimenti sui diversi temi nei capitoli successivi. Ho cercato di sintetizzare alcune questioni di scenario condivise con questi colleghi, che desidero ringraziare e ai quali va il merito delle buone idee. Solo a me, invece, sono imputabili errori, inesattezze e, soprattutto, esagerazioni.

In ogni caso l'augurio è di aver imparato da Roberto e di condividere con altri la stessa disponibilità a servire in modo intelligente e creativo il cambiamento che merita questa straordinaria professione.

1.2 Esperienza

Tre parole possono sintetizzare l'esperienza di riorganizzazione del corso seguita in questi anni in Lombardia: qualità, sistema e condivisione.

Qualità

Il concetto di qualità in formazione implica diverse dimensioni e strumenti. Qui mi soffermo su uno solo: la redazione del programma didattico. La normativa nazionale che regola il corso si limita a indicare 7 periodi formativi e la relativa durata.

Il primo lavoro è consistito nello sviluppo di un programma analitico. Il testo è riportato in coda a questo capitolo (*Il programma didattico del corso di formazione specifica in Medicina Generale in Lombardia*) e dettaglia per la parte teorica (1/3 del triennio) aree, argomenti e tematiche specifiche per ciascun periodo di idoneità, specificando anche le ore minime da garantire nei seminari e indicando propedeuticità secondo gli anni. Allo stesso modo, per la parte pratica (che copre 2/3 del tempo del triennio) il programma declina per ogni periodo formativo le specifiche discipline e riporta per ognuna i problemi e le procedure da affrontare sulle quali il tirocinante viene valutato.

Ogni programma è sempre imperfetto, suscettibile di modifiche e integrazioni. Nel momento in cui scrivo è in corso una sua nuova revisione. Ma un programma dettagliato e uniforme (soprattutto in un corso con oltre 1000 tirocinanti!) significa:

- dare fiducia ai tirocinanti dichiarando loro cosa hanno diritto a ricevere in termini formativi;
- coinvolgere docenti e tutor in una responsabilità formativa precisa;
- garantire uniformità sui contenuti e coordinamento delle attività tra i diversi poli formativi di cui si compone la scuola;
- costringerci a valutare il nostro lavoro rispetto a quanto ci impegniamo a offrire.

Chi avrà la pazienza di scorrere il programma nelle pagine seguenti potrà valutare il tentativo e spero che quanti hanno responsabilità formativa in questo campo possano trovarlo utile, copiarlo, o integrarlo e correggerlo. Abbiamo la presunzione e l'orgoglio di essere all'avanguardia, ma anche la consapevolezza di aver bisogno dell'aiuto di tutti.

Governance di sistema

Nel capitolo di Marinella Gallo e nei successivi viene illustrata nel dettaglio la struttura organizzativa del corso. Rimandando a queste sezioni per l'approfondimento, preme qui sottolineare tre aspetti fondamentali che ispirano l'organizzazione e che rispondono a una logica di sistema.

Il direttore del corso è il direttore dell'agenzia di tutela della salute (ATS). È stata una scelta coraggiosa e anche in parte contrastata, ma culturalmente decisiva. Il MMG è un libero professionista, che appartiene a un sistema; è un professionista privato, che garantisce un diritto pubblico. Collocando presso le ATS la direzione del corso abbiamo voluto mettere i tirocinanti da subito in riferimento diretto con i vertici organizzativi che con loro conddivideranno la responsabilità della loro funzione pubblica. Il rapporto con le ATS significa anche rapporto con il sistema organizzativo delle cure primarie, con i sistemi formativi, con i servizi, il personale, i problemi e le opportunità di tutto il servizio pubblico territoriale. A un anno dalla nuova organizzazione è scoppiata la pandemia; in quella occasione questo legame con il sistema ha permesso di affrontare efficacemente le straordinarie difficoltà, rafforzando i legami tra giovani MMG e sistema delle cure primarie e secondarie.

I tirocinanti non rispondono solo al direttore del corso, ma anche a un referente di MG, che lo affianca ed è responsabile della didattica. Per i giovani MMG il riferimento è da subito duplice: MG e ATS, insieme. La formazione dei futuri (oggi, peraltro, già in attività) professionisti MMG è affidata congiuntamente alla collaborazione di due ruoli, che una vecchia narrazione vedeva su fronti opposti: il MMG e il sistema. Lavorare insieme, condividere direttamente la responsabilità, hanno reso la MG ancora più vicina alle ATS, che ne hanno beneficiato largamente (e viceversa).

Questa collaborazione si moltiplica poi capillarmente: in ogni polo ATS vi sono, infatti, punti formativi collocati negli ospedali. Qui un referente clinico e un altro MMG hanno il compito di supportare l'organizzazione dei tirocini ospedalieri e dell'attività teorica. Ancora una volta due mondi spesso considerati separati si trovano a lavorare insieme: a cascata gli specialisti ospedalieri e gli altri MMG docenti dei seminari lavorano insieme, si frequentano, parlano, confrontano idee e percorsi.

Condivisione

Si è realizzata, insomma, una comunità di professionisti sanitari: clinici ospedalieri, MMG, spesso anche infermieri e funzionari, che si dedicano ai giovani MMG, li guidano e li ascoltano. Questo processo di condivisione tra professionisti non ha precedenti.

Abbiamo costituito un comitato didattico, al quale partecipano i MMG referenti dei poli, i direttori di ATS e tutti coloro che condividono la conduzione del corso. È un organo che si riunisce ogni tre settimane per circa 2/3 ore. Partecipano circa 30 responsabili, che affrontano aspetti organizzativi e valutano l'andamento dell'attività.

Non era una modalità obbligatoria. Abbiamo voluto il comitato e lo riteniamo la modalità di lavoro fondamentale sulla base di tre convinzioni:

- non si può costruire nulla di solido senza condivisione di responsabilità;
- solo frequentandosi con stima e fiducia si comprendono le prospettive dell'altro;
- solo dando l'esempio di integrazione tra noi sarà possibile suggerire ai giovani medici questo percorso.

1.3 Paradossi e prospettive

L'esperienza di questi anni ha reso più evidenti alcuni paradossi dell'organizzazione della formazione che credo utile elencare, non per sterile lamentela, ma perché dalla condivisione di queste contraddizioni possono emergere ipotesi di miglioramento e forse di soluzione.

L'accesso

Un giovane diplomato che desidera diventare MMG e che ha superato il test di ammissione, frequenta la Facoltà di Medicina e Chirurgia dove per 6 anni la gran parte delle lezioni cui partecipa sono dedicate a settori disciplinari e a specializzazioni cliniche non attinenti alla MG. Quasi mai ha avuto occasione di trattare il tema. Una volta laureato, se mantiene il suo proposito, si dovrà iscrivere a un concorso di ammissione costituito da 100 domande di contenuto esclusivamente clinico.

Ora, se si considera la questione da un punto di vista di finalità di sistema, appare evidente che la selezione di accesso, più che riguardare le competenze cliniche, peraltro già certificate come condizione necessaria, deve puntare a rilevare le propensioni e le capacità attitudinali sufficienti per svolgere una professione quale quella della Medicina Generale. Non è questa la sede per indicare tali competenze e conoscenze, ma certamente una certa attitudine relazionale tipica della presa in carico delle persone pazienti deve essere considerata. Con l'attuale sistema, invece, un individuo particolarmente competente in materia clinica, ma del tutto incapace di relazionarsi con gli altri, risulterebbe perfettamente idoneo all'incarico.

Le resistenze alla modifica delle modalità di svolgimento del concorso sorgono da una duplice fatica: quella tipica dell'apparato amministrativo al cambiamento e, soprattutto, il timore di esporsi in materia di concorso a qualunque elemento di discrezionalità che alzerebbe il rischio di contenzioso in un Paese che, come noto, fatica a trovare soluzioni rapide ed efficienti in tale materia.

L'attuale normativa consentirebbe ai laureati che hanno seguito un certo percorso di studi durante i 6 anni di laurea di vedersi riconoscere fino a un anno dei tre di formazione previsti. Basterebbe che gli atenei concordassero con il Ministero un minimo di attività curricolare. Tuttavia, anche nel caso in cui ciò venisse realizzato (al momento si sono verificati pochissimi tentativi), il giovane medico non avrebbe riconosciuto tale percorso in termini di punteggio aggiuntivo in sede di concorso. È di tutta evidenza che ciò scoraggia l'attivazione di tali soluzioni che, invece, premierebbero la prospettiva vocazionale con cui tanti giovani si accostano alla medicina sperando di professare la MG.

L'incompatibilità

Prima della pandemia, la legge prevedeva un'incompatibilità assoluta con altri incarichi e consentiva ai tirocinanti di svolgere incarichi di sostituzione, di continuità assistenziale fe-

stiva e turistica. Il giovane medico in formazione, quindi, poteva visitare nei fine settimana pazienti che non conosceva, ma dal lunedì al venerdì ritornava inabile all'attività.

Dopo la pandemia le norme hanno consentito ai tirocinanti di svolgere incarichi convenzionali, che vengono riconosciuti ai fini dei periodi formativi del corso. È stato un passo avanti che, come ricordato, ci mette al pari di altri Paesi europei dove la formazione viene svolta assumendo incarichi professionali.

Anche prima della pandemia, una legge di semplificazione permetteva ai tirocinanti l'assunzione di incarichi di area carente. In Lombardia aggiungemmo in delibera che tali attività venivano riconosciute come periodi formativi.

Abbiamo sempre difeso e promosso la possibilità di percorsi professionalizzanti come occasione strategica per i tirocinanti. Anche in questo periodo difficile a causa della mancanza di medici, incoraggiamo i giovani corsisti ad assumere incarichi non solo e non tanto per rispondere a una importante esigenza di assistenza sul territorio, ma soprattutto perché siamo convinti che solo attraverso l'esercizio della professione sia più facile imparare.

Non è inutile rilevare che, quando i tirocinanti assumono un incarico, il tirocinio ospedaliero viene molto apprezzato e valorizzato perché crea un legame con gli specialisti e i giovani MG sono in grado di riportare ai colleghi problemi e questioni di carattere clinico e relative alla presa in carico.

Il «mito» della borsa e l'opportunità di un ripensamento

L'importo della borsa dei tirocinanti di Medicina Generale è quasi la metà di quello degli studenti di altre specialità. La sperequazione di trattamento ha contribuito a far percepire il corso di formazione in Medicina Generale come un percorso di «serie B» rispetto alle scuole di specialità. È vero che dura solo 3 anni a confronto dei 4 o 5 di altre specialità; è anche vero che generalmente il medico di Medicina Generale può ragionevolmente sperare di raggiungere presto il massimale e una retribuzione normalmente superiore al collega ospedaliero. Ciononostante, i tirocinanti di Medicina Generale si sentono e sono spesso percepiti come di rango inferiore rispetto ai loro colleghi di altre specialità.

Per anni la questione della borsa ha rappresentato un «mito», nel senso che a lungo si è invocato il suo aumento in termini di numero e di importo economico. Nulla, però, è sostanzialmente avvenuto fino allo scoppiare del fenomeno della carenza di medici dal 2019 e poi della pandemia.

Oggi il superamento delle incompatibilità con incarichi professionali in convenzione consente di affermare con una certa sicurezza che l'aspetto più critico che riguarda la borsa appare la sua stessa esistenza. Essa non dovrebbe esistere. In Inghilterra e in Portogallo, per citare due esempi, i tirocinanti in Medicina Generale non hanno borse di studio e vengono inseriti dal primo giorno nel sistema come medici a tutti gli effetti. Naturalmente svolgono la propria attività gradualmente e costantemente seguiti da colleghi più anziani ed esperti con un aumento progressivo di autonomia. Essi non ricevono una borsa, ma un vero e proprio

stipendio. Nel caso inglese si tratta di circa 53.000 euro l'anno, contro i 117.000 di uno stipendio pieno in professione.

Sarà interessante osservare cosa accadrà al termine del periodo di emergenza che consente l'assunzione di incarichi da parte dei tirocinanti. Sarà difficile tornare al regime di incompatibilità precedente, ma sarà altrettanto difficile mantenere questa importante innovazione senza una proposta di revisione dell'intero sistema della formazione specialistica, non solo della formazione MG.

Specialità universitaria

Da anni si discute della necessità di elevare il corso a specialità universitaria. Vi sono valide ragioni, ma credo si affronti la questione dalla coda e non dalla testa. Al netto del paradosso semantico di una «specialità» di medicina «generale» (che pure meriterebbe qualche riflessione), al netto anche dei problemi organizzativi didattici e della mancanza di competenze, quello che manca oggi è la presenza della Medicina Generale e in senso lato delle cure primarie all'interno del percorso di laurea. Solo rafforzando i settori disciplinari afferenti e coltivando ricercatori e docenti della materia, si restituisce la dimensione vocazionale che oggi manca.

L'abolizione recente dell'esame di stato e l'introduzione dei tirocini professionali, così come l'esperienza di assunzione di incarichi durante la pandemia, hanno portato i giovani laureati a scoprire la MG e a scegliere questa disciplina con entusiasmo. Dopo anni nei quali i partecipanti vivevano il corso prevalentemente come un'opzione residuale, oggi la stragrande maggioranza dei corsisti è convinta della scelta, ha scoperto durante il corso di laurea il fascino di questo lavoro. Sembra questa la direzione cui è opportuno indirizzare gli sforzi: potenziare la presenza delle cure primarie e della MG all'interno dei corsi di laurea. Questa ipotesi può anche rafforzare le competenze disciplinari per un auspicabile sviluppo di percorsi post laurea dedicati.

In Lombardia siamo sempre stati convinti che la formazione della e alla MG può consolidarsi nel rapporto con l'eccellenza della ricerca e della formazione costituita dalle università. Per questo abbiamo avviato con le Facoltà di Medicina e Chirurgia delle università lombarde un progetto nel quale la parte teorica possa venire erogata in collaborazione con le università. Auspichiamo possa rappresentare il primo passo di una collaborazione necessaria e reciprocamente auspicata.

La permeabilità delle carriere

Molti medici ospedalieri scelgono di frequentare il corso. In Lombardia quasi il 15% degli iscritti al corso ha una qualche precedente esperienza professionale in aziende sanitarie.

La questione è rilevante per due ragioni: la prima è il fenomeno di «fuga dagli ospedali». Non solo si fatica ad acquisire specialisti ospedalieri, ma coloro che già operano nelle azien-

de desiderano uscirne; non tanto e non solo per un fenomeno diffuso di burn out, quanto anche e soprattutto – così dicono i nostri tirocinanti – per il desiderio di seguire meglio i pazienti, rispetto a un contesto pressante e parcellizzato che sembra rendere più difficile un'efficace presa in carico delle persone.

La seconda ragione che rende il fenomeno rilevante è il rischio di perdita di tempo. Alcuni tirocinanti hanno anni di esperienza in reparti di chirurgia, di pronto soccorso, di medicina interna; il rischio per loro è dover frequentare periodi formativi previsti dalla normativa nei reparti dove fino a ieri lavoravano e, in alcuni casi, addirittura svolgevano la funzione di tutor per i giovani tirocinanti MMG.

L'esperienza del corso suggerisce l'opportunità di riflettere sulla possibilità di rendere le carriere più permeabili, meno separate. Un giovane medico che dedica la prima parte della propria carriera professionale all'attività ospedaliera e successivamente decide di diventare MMG potrebbe rappresentare una dinamica virtuosa, che il sistema formativo potrebbe incentivare. Oggi questo professionista deve ricominciare da capo, mentre si potrebbero trovare percorsi di accesso e accompagnamento più semplificati ed efficaci.

Serve un corso?

La domanda è retorica (nessuno dubita che serva un percorso formativo), ma viene posta provocatoriamente per aiutare a fare chiarezza. Anche perché ci troviamo in una condizione storica particolare. In Lombardia quasi il 70% dei tirocinanti ha un incarico professionale che viene riconosciuto ai fini del percorso formativo. Questo ha radicalmente trasformato la natura stessa del triennio. Non si tratta più, di fatto, di un corso per «diventare MMG», ma di un corso «di MMG». Non più tre anni di formazione per poter praticare, ma una comunità di pratica di professionisti, seguiti e che si aiutano a vicenda.

Non è inutile ricordare che la gran parte dei MMG più anziani e ancora in attività non ha frequentato alcun corso. Tanti di loro, grazie all'esperienza acquisita sul campo, sono meritoriamente coinvolti come tutor, coordinatori, docenti. Lodevole impegno, retribuito, che ogni Regione ha valorizzato in forme differenti.

Questi professionisti più maturi si sono laureati e sono entrati in convenzione subito, saturando i posti disponibili. Da allora, per anni, il mercato è rimasto bloccato. Quando nel 1999 si attivò il corso triennale, ci trovammo presto a diplomare giovani che di fatto non avevano sbocco professionale. Ancora nel 2016 la gran parte dei nostri diplomati restava per anni in attesa di entrare in convenzione.

Estremizzando possiamo dire che per un lungo periodo il corso sia servito più a coloro che lo erogavano che a coloro che lo frequentavano.

Serve, quindi, ancora il corso? Così come è organizzato no. Nessuno oggi sostiene il contrario e da più parti si invoca una riforma. La revisione necessaria potrà a nostro avviso tenere conto di alcuni elementi che l'esperienza suggerisce e che di seguito vengono indicati in prima approssimazione non esaustiva:

- il corso deve essere professionalizzante. Come insisteva Roberto Stella e come avviene in molti Paesi europei, i tirocinanti devono essere messi in condizione di imparare lavorando, non da studenti. Questo, peraltro, potrebbe essere opportuno per tutte le specialità;
- le competenze organizzative. Quello su cui dobbiamo accompagnare chi si accinge a svolgere questa professione sono gli aspetti amministrativi, gestionali e conoscitivi: l'apertura di uno studio, le questioni complicate delle certificazioni, l'organizzazione della medicina di gruppo, i sistemi informativi, la conoscenza dei servizi disponibili. Questi sono elementi essenziali, che giustamente chi si affaccia alla professione non conosce e spesso rendono impervio l'avvio della pratica;
- le competenze cliniche e il loro aggiornamento. La MG ha un disperato bisogno di rigoroso aggiornamento di ricerca e studio. Qui le università possono e devono svolgere un ruolo decisivo che le società scientifiche da sole non possono coprire;
- le competenze comunicative. Il MMG accompagna le persone; il «come» è altrettanto importante del «cosa». Le tecniche comunicative (come parlare con un paziente, dove sedersi, come usare la comunicazione non verbale ecc.) sono essenziali, spesso decisive per gli stessi esiti clinici e terapeutici. Si tratta di competenze di cui non tutti dispongono;
- le competenze di visione. Le nuove tecnologie, le strumentazioni e le possibilità diagnostiche, la medicina narrativa, la donazione di organi, le terapie digitali ecc. Come e più di altre professioni sanitarie la MG è al crocevia di una revisione strutturale della cura, dell'universalismo e del ruolo stesso del medico. Il corso dovrebbe offrire una vetrina del presente e del futuro e suscitare, almeno ai più capaci, il desiderio di coinvolgersi da protagonisti in questo cambiamento obbligato;
- occorre infine prevedere offerte formative differenti per storie professionali diverse. Quanti lasciano l'ospedale dopo anni di clinica devono poter intraprendere un percorso di ingresso e di formazione diverso da quanti invece entrano nel corso appena laureati.

Resta, sullo sfondo, la considerazione che senza una revisione del sistema di offerta, della convenzione, dell'organizzazione, dell'accesso alla professione, dei massimali ecc., il rischio di tornare a saturare l'offerta e bloccare l'ingresso esiste per il futuro prossimo, anche se oggi prevale giustamente la mancanza di medici che in questi anni e mesi stiamo vivendo.

Il programma didattico del corso di formazione specifica in Medicina Generale in Lombardia

Moduli clinici

T.1	MEDICINA CLINICA/ MEDICINA GENERALE	
	T.1.1	Approccio alle problematiche cliniche in Medicina Generale
	T.1.1.1	Iter decisionale nel paziente con anemia
	T.1.1.2	Iter decisionale nel paziente con linfadenopatia
	T.1.1.3	Iter decisionale nel paziente con prurito
	T.1.1.4	Iter decisionale nel paziente con astenia
	T.1.1.5	Iter decisionale nel paziente in sovrappeso
	T.1.1.6	Iter decisionale nel paziente con dimagrimento
	T.1.1.7	Iter decisionale nel paziente con febbre
	T.1.1.8	Iter decisionale nel paziente con disturbi urinari
	T.1.1.9	Iter decisionale nel paziente con dispnea
	T.1.1.10	Iter decisionale nel paziente in trattamento anticoagulante orale
	T.1.2	Approccio alle problematiche del paziente cronico/anziiano
	T.1.2.1	Il paziente cronico pluripatologico: ruolo del MMG
	T.1.2.2	Integrazione degli interventi terapeutici nelle patologie croniche
	T.1.2.3	Il paziente anziano fragile: aspetti clinici e assistenziali
	T.1.2.4	Il paziente anziano con disturbi cognitivi: dalla diagnosi all'ADI
	T.1.2.5	Il prurito nel paziente anziano: diagnostica differenziale e trattamento
	T.1.2.6	La dispnea nell'anziiano: orientamento diagnostico terapeutico
	T.1.2.7	La sindrome da immobilizzazione e le lesioni da decubito
	T.1.3	Approccio al paziente con problematiche infettivologiche
	T.1.3.1	Le malattie a trasmissione sessuale
	T.1.3.2	Il paziente sieropositivo o affetto da AIDS: ruolo del MMG
	T.1.3.3	Gestione del paziente con epatite acuta e cronica (prevenzione, diagnosi e cura)
	T.1.3.4	La febbre di origine sconosciuta
	T.1.4	Inquadramento clinico diagnostico del paziente con:
	T.1.4.1	Malattia autoimmune
	T.1.4.2	Malattia reumatica
	T.1.4.3	Ipertensione arteriosa 1
	T.1.4.4	Squilibri idro-elettrolitici
	T.1.4.5	Alterazioni della coagulazione
	T.1.4.6	Problematiche odontostomatologiche
	T.1.5	Aggiornamenti e nuove acquisizioni
	T.1.5.1	Genetica medica di interesse per il MMG
	T.1.5.2	Immunoematologia e terapia trasfusionale

[Continua]

	T.1.5.3	Patologie emergenti e malattie rare
	T.1.5.4	Le medicine non convenzionali
	T.1.5.5	La medicina di genere
T.2	ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA	
	T.2.1	Approccio ambulatoriale al paziente con problematiche ortopediche
	T.2.1.1	Problemi del piede, della mano e del polso
	T.2.1.2	Problemi del ginocchio, dell'anca, della colonna vertebrale
	T.2.1.3	La spalla dolorosa e le problematiche del gomito
	T.2.1.4	Il paziente con «mal di schiena»
	T.2.1.5	Problemi ortopedici nel bambino e nel giovane
	T.2.2	La traumatologia di interesse ambulatoriale per il medico di Medicina Generale
	T.2.3	Terapia fisica e riabilitativa, linee guida e razionale delle terapie fisiche, le cure termali
	T.2.4	Prevenzione, diagnosi e terapia della malattia osteoporotica
T.3	CHIRURGIA GENERALE/VASCOLARE/UROLOGIA	
	T.3.1	Problematiche chirurgiche di interesse per il MMG
	T.3.1.1	Valutazione del paziente con dolore addominale
	T.3.1.2	La patologia della mammella: prevenzione, diagnosi e cura
	T.3.1.3	La chirurgia mininvasiva e laparoscopica
	T.3.1.4	La chirurgia ambulatoriale
	T.3.1.5	Assistenza al paziente stomizzato
	T.3.2	Problematiche vascolari
	T.3.2.1	Dalla prevenzione al follow up della patologia venosa
	T.3.2.2	Dalla prevenzione al follow up della patologia arteriosa
	T.3.3.	Problematiche urologiche
	T.3.3.1	La patologia acuta e cronica della prostata
	T.3.3.2	La neoplasia prostatica: diagnosi, trattamento e follow up
	T.3.3.3	I disturbi urinari, l'incontinenza urinaria e la calcolosi renale
	T.3.3.4	Le disfunzioni sessuali: approccio diagnostico e possibilità terapeutiche
T.4	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	
	T.4.1	Approccio alla paziente con problematiche ostetrico-ginecologiche
	T.4.1.1	La gravidanza fisiologica e il puerperio
	T.4.1.2	Problematiche sessuali e IVG
	T.4.1.3	Alterazioni del ciclo mestruale
	T.4.1.4	La donna in menopausa, ruolo del MMG
	T.4.1.5	La patologia chirurgica ginecologica
	T.4.1.6	La patologia oncologica ginecologica
	T.4.1.7	La contraccezione: ruolo del MMG
	T.4.2	Infertilità maschile e femminile e PMA (procreazione medicalmente assistita)
T.5	OCULISTICA	
	T.5.1	Approccio ambulatoriale alla comune patologia oculare

(Continua)

	T.5.2	Inquadramento clinico delle malattie oculari acute e croniche
	T.5.3	Valutazione del paziente con deficit visivi
T.6	OTORINOLARINGOIATRIA	
	T.6.1	Approccio diagnostico terapeutico delle seguenti problematiche ORL:
	T.6.1.1	Flogosi acute e croniche delle alte vie respiratorie
	T.6.1.2	Flogosi acute e croniche dell'orecchio
	T.6.1.3	Neoplasie più comuni in ORL
	T.6.1.4	Le sindromi vertiginose
	T.6.2	Il paziente con deficit acustico:
	T.6.2.1	Valutazione, indicazioni terapeutiche, monitoraggio
	T.6.2.2	Aspetti medico-legali
T.7	DERMATOLOGIA	
	T.7.1	Inquadramento diagnostico e trattamento ambulatoriale delle micosi
	T.7.2	Inquadramento diagnostico/terapeutico delle più comuni patologie dermatologiche
	T.7.3	Ruolo del MMG nella prevenzione e diagnosi delle neoplasie della cute
	T.7.4	Problematiche allergiche cutanee
T.8	DIAGNOSTICA E LABORATORIO	
	T.8.1	Razionale delle indagini radiologiche
	T.8.2	Il valore informativo dei principali esami di laboratorio
	T.8.3	Diagnostica strumentale in ortopedia, cardiologia, gastroenterologia: indicazioni e limiti
	T.8.4	La telemedicina come supporto per il MMG
T.9	ONCOLOGIA	
	T.9.1	Problematiche oncologiche di interesse per il MMG
	T.9.1.1	La prevenzione in ambito oncologico: gli stili di vita
	T.9.1.2	La prevenzione in ambito oncologico: gli screening
	T.9.1.3	Il trattamento farmacologico del dolore nel paziente oncologico
	T.9.1.4	Il dolore cronico non oncologico: principali trattamenti e la rete dei servizi di terapia del dolore sul territorio
	T.9.1.5	I farmaci oppioidi
	T.9.1.6	La gestione integrata del paziente oncologico tra MMG e specialista
	T.9.1.7	Il paziente in trattamento chemioterapico: ruolo del MMG
	T.9.1.8	Le cure palliative
	T.9.1.9	Indicazioni e limiti dei markers tumorali
	T.9.1.10	Aggiornamenti in tema di neoplasie ematologiche
	T.9.1.11	Aggiornamenti in tema di neoplasie del polmone
T.10	CARDIOLOGIA	
	T.10.1	Approccio diagnostico terapeutico nel paziente con:
	T.10.1.1	Dolore toracico
	T.10.1.2	Palpitazioni e alterazioni del ritmo
	T.10.1.3	Ipertensione arteriosa 2

(Continua)

		T.10.1.4	Cardiopatía ischemica
		T.10.1.5	Scompenso cardiaco
	T.10.2	Letture e interpretazione dell'ECG (corso teorico pratico)	
	T.10.3	Diagnosi, trattamento e problemi di assistenza domiciliare nel paziente con cardiopatía	
	T.10.4	La riabilitazione nel paziente cardiopatico	
	T.10.5	La prevenzione CCV: ruolo del MMG	
	T.10.6	Lo sport: valutazione di idoneità, alimentazione, doping	
	T.10.7	Cardiologia interventistica: aggiornamenti e nuove acquisizioni	
T.11	PEDIATRIA		
	T.11.1	Inquadramento clinico del bambino affetto da:	
		T.11.1.1	Dolore addominale, stipsi, diarrea
		T.11.1.2	Dolori articolari
		T.11.1.3	Problematiche respiratorie, allergopatia
		T.11.1.4	Iperpiressia
		T.11.1.5	Esantema
		T.11.1.6	Linfoadenopatia
		T.11.1.7	Disturbi del comportamento
	T.11.2	La nutrizione nel bambino e nell'adolescente, i disturbi del comportamento alimentare	
	T.11.3	Auxologia per il medico di Medicina Generale	
	T.11.4	La comunicazione in Pediatria	
	T.11.5	L'adolescente: educazione sessuale, educazione a una corretta igiene comportamentale e stili di vita	
T.12	NEUROLOGIA PSICHIATRIA		
	T.12.1	Inquadramento diagnostico e trattamento del paziente affetto da:	
		T.12.1.1	Ansia, depressione e disturbi della personalità
		T.12.1.2	Le psicosi e i disturbi bipolari
		T.12.1.3	Disturbi del sonno
		T.12.1.4	Tremore
		T.12.1.5	«Mal di testa»
	T.12.2	La malattia epilettica aggiornamenti per il MMG	
	T.12.3	Il paziente con vasculopatia cerebrale acuta e cronica	
	T.12.4	Problematiche alcool correlate	
	T.12.5	Le malattie neurologiche degenerative	
	T.12.6	Il decadimento cognitivo, le demenze e la malattia di Alzheimer	
	T.12.7	Psichiatria e Medicina Generale	
		T.12.7.1	Approccio psicoterapeutico nelle cure primarie
		T.12.7.2	Problematiche psicosociali: quale ruolo per il MMG
T.13	FARMACOLOGIA		
	T.13.1	Razionale della terapia antibiotica, le resistenze agli antibiotici	
	T.13.2	Le interazioni tra farmaci	

(Continua)

	T.13.3	Farmacosorveglianza e ADR: vincoli prescrittivi. File F doppio canale e piano terapeutico
	T.13.4	L'uso dei farmaci in gravidanza e nell'allattamento
	T.13.5	L'uso dei farmaci negli anziani
	T.13.6	L'uso dei farmaci in neuropsichiatria
	T.13.7	Effetti secondari e nefrotossicità dei farmaci
	T.13.8	Il farmaco generico: aspetti clinici e normativi
	T.13.9	I farmaci biosimilari: aspetti clinici e normativi
	T.13.10	Farmacoeconomia e Medicina Generale
	T.13.11	L'aderenza terapeutica: ruolo del MMG
T.14	ENDOCRINOLOGIA E NUTRIZIONE	
	T.14.1	Gestione ambulatoriale del paziente diabetico ID
	T.14.2	Gestione integrata del paziente diabetico NID
	T.14.3	Aggiornamenti e nuove acquisizioni sulla sindrome metabolica
	T.14.4	Inquadramento clinico del paziente con dislipidemia
	T.14.5	Inquadramento diagnostico terapeutico delle problematiche tiroidee
	T.14.6	Inquadramento diagnostico terapeutico delle principali problematiche endocrinologiche
	T.14.7	Competenze in ambito nutrizionale per il MMG
	T.14.7.1	Approccio dietetico nelle principali patologie e stile di vita
	T.14.7.2	Allergie, intolleranze e sicurezza degli alimenti
	T.14.7.3	Il paziente a rischio di malnutrizione
	T.14.7.4	La nutrizione artificiale e domiciliare
T.15	GASTROENTEROLOGIA	
	T.15.1	Problematiche intestinali acute e croniche: inquadramento diagnostico e terapeutico
	T.15.2	La sindrome dispeptica, la malattia ulcerosa, la malattia da RGE, l'infezione da HP
	T.15.3	Approccio al paziente con epatopatia acuta e cronica
	T.15.4	Le malattie infiammatorie intestinali: inquadramento diagnostico terapeutico, follow up
	T.15.5	La patologia neoplastica gastroenterologica: dalla diagnosi al follow up
T.16	PNEUMOLOGIA	
	T.16.1	La diagnosi pneumologica: dalla valutazione clinica agli esami strumentali complessi
	T.16.1.1	Inquadramento diagnostico terapeutico del paziente con BPCO e asma
	T.16.1.2	Le polmoniti acquisite in comunità, le polmoniti interstiziali
	T.16.1.3	Prove di funzionalità respiratoria: indicazioni e interpretazione dei risultati
	T.16.1.4	L'insufficienza respiratoria: inquadramento clinico e trattamento
	T.16.1.5	La sindrome delle apnee notturne: approccio diagnostico terapeutico
	T.16.2	L'influenza e le sindromi influenzali
	T.16.3	La malattia tubercolare: aggiornamenti e nuove acquisizioni
	T.16.4	Problematiche allergologiche: indicazioni per il MMG
T.17	NEFROLOGIA	
	T.17.1	Le infezioni delle vie urinarie
	T.17.2	Inquadramento diagnostico delle ematurie

(Continua)

	T.17.3	Nefropatie acute e croniche: diagnostica, trattamento e follow up	
	T.17.4	IRC, problematiche del paziente dializzato	
	T.17.5	Assistenza e follow up del paziente portatore di trapianto renale	
T.18	MEDICINA D'URGENZA		
	T.18.1	Le urgenze/emergenze sul territorio e gli accessi impropri al PS	
	T.18.2	I farmaci per le urgenze, la borsa medica	
	T.18.3	Le urgenze in pronto soccorso	
	T.18.4	Le urgenze in ambito specialistico:	
		T.18.4.1	Chirurgia, Neurologia, Ginecologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Pediatria, Medicina interna
T.19	ETICA E DEONTOLOGIA		
	T.19.1	Deontologia e professione medica: il codice deontologico	
	T.19.2	L'Ordine dei Medici chirurghi e degli odontoiatri, la FNOMCeO	
	T.19.3	Etica dell'informazione scientifica	
	T.19.4	Etica e bioetica: spunti per una riflessione in Medicina Generale e le disposizioni di fine vita	
T.20	IGIENE E MEDICINA PREVENTIVA		
	T.20.1	Interventi di prevenzione nell'area delle cure primarie	
	T.20.2	Le vaccinazioni facoltative e obbligatorie	
	T.20.3	Principi, strumenti e metodi di educazione sanitaria	
	T.20.4	La sorveglianza sanitaria	
	T.20.5	Inquadramento generale e approccio al problema delle dipendenze	
	T.20.6	Problematiche cliniche, aspetti pratici e profilassi nel viaggiatore internazionale	
	T.20.7	Il MMG e la famiglia: la rete dei servizi	
	T.20.8	Il MMG e le problematiche legate all'handicap e alle disabilità	
	T.20.9	La medicina dei migranti: gestione degli stranieri temporaneamente presenti in Italia (STP), gli ambulatori migranti	
	T.20.10	La medicina transculturale, le malattie «neglette»	
T.21	ORGANIZZAZIONE E MANAGEMENT IN MEDICINA GENERALE		
	T.21.1	Il corso di formazione specifica in Regione Lombardia	
	T.21.2	Il medico di Medicina Generale	
		T.21.2.1	Ruolo e funzioni del MMG nella presa in carico del paziente cronico
		T.21.2.2	Organizzazione dello studio di Medicina Generale
		T.21.2.3	Organizzazione del lavoro in Medicina Generale
		T.21.2.4	Gestione della cartella clinica informatizzata, il SISS, le banche dati assistite
		T.21.2.5	Le forme associative della Medicina Generale: il contratto e i diversi modelli regionali
		T.21.2.6	Il lavoro con il personale e i collaboratori di studio
		T.21.2.7	Certificazioni, denunce e referti
		T.21.2.8	L'errore in Medicina Generale e la medicina difensiva
		T.21.2.9	Le problematiche professionali e la malpractice
		T.21.2.10	Le malattie professionali e le problematiche del lavoro: compiti del MMG

(Continua)

	T.21.2.11	Medicina delle assicurazioni. Rapporti con gli istituti ed enti previdenziali
	T.21.2.12	Problematiche fiscali nell'esercizio della professione
	T.21.2.13	Aspetti previdenziali e assicurativi per il medico. Lente di previdenza ENPAM
	T.21.2.14	Educazione continua in medicina: il sistema ECM per i professionisti
	T.21.2.15	Il monitoraggio della spesa farmaceutica in Medicina Generale: piani terapeutici, note AIFA ecc.
T.22	POLITICA SANITARIA	
	T.22.1	L'organizzazione dell'assistenza sul territorio e la presa in carico del paziente cronico
	T.22.1.1	La rete dei servizi: cure subacute, cure intermedie, riabilitazione specialistica e cure di transizione
	T.22.1.2	Le cure Palliative – ADI
	T.22.1.3	L'assistenza territoriale: RSA, RSA aperta, RSD
	T.22.1.4	I servizi sociosanitari e sociali domiciliari, SAD e misure assistenziali (voucher, misura 4, B1 ecc.)
	T.22.1.5	Le ASST e le aziende ospedaliere accreditate: struttura, organizzazione, funzioni
	T.22.1.6	Il servizio di continuità assistenziale
	T.22.2	Il sistema sanitario regionale e nazionale
	T.22.2.1	La legge di riforma in Regione Lombardia e la presa in carico del paziente cronico. Il SSN e le modalità di finanziamento
	T.22.2.2	Integrazione ospedale-territorio: realtà e prospettive della presa in carico del paziente cronico
	T.22.2.3	Organizzazioni territoriali: POT, PreSST, Ospedali di comunità
	T.22.2.4	Il ruolo del gestore del clinical manager e del case manager infermieristico e socio-assistenziale nella PIC. VMD, Valutazione dei bisogni, stesura e monitoraggio del PAI
	T.22.2.5	La stratificazione dei pazienti: paziente monopatologico e paziente pluripatologico complesso; il centro servizi e i servizi di supporto alla presa in carico
	T.22.2.6	Il piano sanitario regionale, gli atti e indirizzi di programmazione
	T.22.2.7	Gli accordi collettivi per la Medicina Generale e gli accordi regionali
	T.22.2.8	Le esperienze di gestione del paziente cronico sul territorio: i CReG, CCM, ICC (WHO), il Piano Nazionale Cronicità, la PIC
	T.22.2.9	Il governo clinico: strumenti e procedure
	T.22.2.10	Appropriatezza delle prescrizioni e delle prestazioni: modelli di valutazione delle performance in Medicina Generale
	T.22.2.11	La Medicina Generale e i sistemi sanitari in Europa
	T.22.3	La medicina basata sulle evidenze
	T.22.4	La medicina penitenziaria
	T.22.5	Principi di economia sanitaria
	T.22.6	Audit e VRQ in Medicina Generale
	T.22.7	La ricerca in Medicina Generale: normativa e organizzazione della ricerca sul territorio
	T.22.8	Analisi critica della letteratura scientifica
	T.22.9	Principi di statistica per il MMG
	T.22.10	Aggiornamento e ricerca sul web; internet e le fonti di informazione

(Continua)

	T.22.11	Information e communication technology
T.23	ECOGRAFIA INTERNISTICA CORSO TEORICO PRATICO	
	T.23.1	Principi di ecografia, semeiotica ecografica e artefatti
	T.23.2	Ecografia bidimensionale e monodimensionale, doppler e color-doppler
	T.23.3	Addome superiore: fegato, vie biliari, pancreas e milza
	T.23.4	Ecografia del collo: tiroide, paratiroidi, linfonodi; ecografia con contrasto
	T.23.5	Ecografia cardiaca
	T.23.6	Ecografia toracica
	T.23.7	Apparato urinario e genitale maschile
	T.23.8	Ecografia ginecologica e ostetrica
	T.23.9	Ecografia vascolare arteriosa (TSA, aorta, arterie arti inferiori) e venosa
	T.23.10	Eco-endoscopia digestiva ed ecografia delle anse intestinali
T.24	BLS D E URGENZE CORSO TEORICO PRATICO	
	T.24.1	Il sistema Regionale Emergenza Urgenza
	T.24.2	Struttura, organizzazione, attivazione e rapporti tra MMG e il sistema delle emergenze/urgenze
	T.24.3	BLS BLS D lezione teorica
	T.24.4	BLS BLS D lezione pratica su manichino
	T.24.5	Area trauma: principali manovre di soccorso in caso di traumatismo, valutazione e condizionamento del paziente, presidi disponibili su MSB, lezione teorico pratica
	T.24.6	Area medica: principali manovre e terapia d'urgenza in occasione di eventi medici più frequenti e comuni; confronto e discussione
	T.24.7	PBLS PBLS D lezione teorica
	T.24.8	PBLS PBLS D lezione pratica su manichino
	T.24.9	Skill test BLS BLS D e rilascio di attestato da parte di ente certificatore
	T.24.10	Urgenze ed emergenze conseguenti ad avvelenamenti accidentali chimici farmacologici, morsi e punture - I parte
	T.24.11	Urgenze ed emergenze conseguenti ad avvelenamenti accidentali chimici farmacologici, morsi e punture - II parte
T.25	COMUNICAZIONE E RELAZIONE	
	T.25.1	I principi della comunicazione
	T.25.2	La comunicazione e il rapporto medico-paziente
	T.25.3	Il medico di Medicina Generale e il counselling
T.26	VIOLENZA DI GENERE	
	T.26.1	Il contesto di riferimento: forme e dimensioni della violenza contro le donne, i minori e gli anziani. Evoluzione delle politiche pubbliche
	T.26.2	Evoluzione normativa dei reati espressione della violenza di genere (violenza sessuale, stalking, maltrattamenti), profili di responsabilità e prassi operative per i sanitari che entrano in contatto con questo fenomeno
	T.26.3	La rete territoriale come strumento di prevenzione, cura e sostegno alle vittime
T.27	SICUREZZA SUL LAVORO	
	T.27.1	Concetto di rischio
	T.27.2	Danno

[Continua]

T.273	Prevenzione
T.274	Protezione
T.275	Organizzazione della prevenzione aziendale
T.276	Diritti e doveri per i vari soggetti aziendali
T.277	Organi di vigilanza

Nuovi moduli centralizzati

POL	POLITICA SANITARIA E MANAGEMENT (POL)	
	POL 1	Principi di economia sanitaria
		POL 1.1 Il sistema socio-sanitario regionale
		POL 1.2 PNRR ed evoluzione della normativa regionale
		POL 1.3 PNRR: il documento di AGENAS
		POL 1.4 Sviluppo della legge regionale: la l.r. 22/2021
	POL 2	Diversi sistemi di tutela della salute
		POL 2.1 Sistemi sanitari comparati
	POL 3	Le politiche di tutela della salute
		POL 3.1 La politica come sintesi delle conoscenze sulla salute
		POL 3.2 Politiche e piani nazionali, regionali (generali e settoriali)
		POL 3.3 Pianificazione e programmazione aziendale
	POL 4	La ricerca bibliografica
		POL 4.1 La ricerca bibliografica
	POL 5	Epidemiologia e statistica sanitaria
		POL 5.1 Epidemiologia e statistica sanitaria
	POL 6	Determinanti della salute, fasi dell'offerta e integrazione dell'offerta
		POL 6.1 Medicina Generale: offerta e organizzazione in RL
		POL 6.2 Offerta ospedaliera: ospedali pubblici e privati accreditati
		POL 6.3 Il DM 70
		POL 6.4 Disabilità e fragilità: l'offerta socio-sanitaria
		POL 6.5 RSA e RSA aperta, RSD, cure intermedie
		POL 6.6 L'offerta locale sanitaria e socio-sanitaria e le modalità di integrazione con la Medicina Generale
	POL 7	Modelli organizzativi
		POL 7.1 Funzioni e ruoli professionali
		POL 7.2 Funzioni e ruoli manageriali intermedi
		POL 7.3 Funzioni e ruoli manageriali di direzione strategica
		POL 7.4 Il mix di conoscenze professionali organizzativo-manageriali
		POL 7.5 Comportamenti organizzativi, motivazione, delega
		POL 7.6 Organizzazione per processi

[Continua]

		POL 7.7	Processi assistenziali e processi organizzativi
		POL 7.8	Strutture organizzative
		POL 7.9	Organizzazione a rete intra-aziendale e inter-aziendale
	POL 8	I processi di comunicazione	
		POL 8.1	Fare bene e comunicare bene
		POL 8.2	Diversi strumenti di comunicazione
		POL 8.3	La scelta dei diversi canali di comunicazione
		POL 8.4	Comunicazione e assistenza proattiva
		POL 8.5	Ricostituire la fiducia nel rapporto medico-paziente
		POL 8.6	Modalità di comunicazione più efficaci
	POL 9	I rapporti di lavoro e i contratti	
		POL 9.1	Il rapporto dipendente e convenzionato
		POL 9.2	L'acquisto di servizi e prestazioni sanitarie
		POL 9.3	Convenzione nazionale
		POL 9.4	Gli accordi integrativi regionali e locali
		POL 9.5	Gli ambiti di contrattazione
		POL 9.6	I contenuti
		POL 9.7	Il coinvolgimento del MMG e PLS nella programmazione aziendale
		POL 9.8	Confronti ed esperienze a confronto
	POL 10	Strutture e servizi dell'assistenza	
		POL 10.1	Analizzare POT PRESST AFT e CA
		POL 10.2	Le funzioni definite dalle norme nazionali, regionali ecc.
		POL 10.3	Le figure professionali previste
		POL 10.4	Le dotazioni strutturali e tecnologiche
		POL 10.5	Diffusione sul territorio
	POL 11	La stratificazione dei pazienti	
		POL 11.1	L'organizzazione del lavoro nell'assistenza di base
		POL 11.2	I diversi professionisti che operano a livello territoriale
		POL 11.3	Le équipe interprofessionali
		POL 11.4	Le diverse responsabilità nelle équipe: clinical manager, care manager, fragility manager
		POL 11.5	Lavorare e comunicare in équipe
	POL 12	Sistemi informativi e digitalizzazione	
		POL 12.1	Sistemi informativi e sistemi informatici
		POL 12.3	I sistemi informativi per la gestione dei pazienti
		POL 12.4	Le informazioni necessarie per la miglior gestione dei pazienti
		POL 12.5	Le diverse fonti delle informazioni
		POL 12.6	Il fascicolo sanitario elettronico
		POL 12.7	La progettazione del sistema informativo integrato

(Continua)

	POL 12.8	Le criticità dei sistemi informativi aziendali: frammentarietà e non interoperabilità
	POL 12.9	Le informazioni strutturate per la misurazione delle performances in MG: il cruscotto
POL 13	La telemedicina e internet	
	POL 13.1	I contenuti della telemedicina: telediagnosi e teleconsulto
	POL 13.2	Le condizioni strutturali per un'efficace teleassistenza
	POL 13.3	La formazione e il ruolo del paziente e del care giver
	POL 13.4	I rapporti con i pazienti nella società di internet e web
	POL 13.5	Il paziente informato e disinformato
POL 14	La ricerca in Medicina Generale	
	POL 14.1	La ricerca nella medicina di base
	POL 14.2	Il concetto di evidence based tradizionale e di real world evidence
	POL 14.3	La ricerca di base e la ricerca scientifica
POL 15	Documentazione clinica e rischio clinico	
	POL 15.1	Documentazione del MMG e PLS
	POL 15.2	Il concetto di rischio clinico
	POL 15.3	Come affrontare il rischio clinico
	POL 15.4	Responsabilità del MMG-PLS
POL 16	Tavola rotonda finale	
	POL 16.1	Esperienze europee a confronto
	POL 16.2	Esperienze regionali a confronto
DOL	TERAPIA DEL DOLORE (DOL)	
DOL 1	Introduzione al corso	
	DOL 1.1	Condividere un glossario sulla Medicina del dolore
	DOL 1.2	Conoscere le normative di riferimento (L. 38 – DGR 4610)
	DOL 1.3	Conoscere l'epidemiologia del dolore cronico
	DOL 1.4	Identificare compiti e ruolo del MMG nella Rete regionale di terapia del dolore
DOL 2	Gli aspetti neurofisiopatologici	
	DOL 2.1	Conoscere l'Epidemiologia e classificazione del dolore (IASP e codici ICDX1): dolore primario/secondario
	DOL 2.2	Analizzare gli aspetti temporali: dolore acuto, dolore persistente, dolore cronico
	DOL 2.3	Definire il concetto Pain generator e di Sensibilizzazione periferica e spinale
	DOL 2.4	Identificare il dolore nocicettivo (somatico in particolare osteo-articolare e meccanico, muscolare, viscerale, osseo)
	DOL 2.5	Identificare dolore neuropatico (in particolare periferico e localizzato e centrale)
	DOL 2.6	Identificare la presenza di ipersensibilizzazione spinale rilevante e significativa
DOL 3	Diagnosi	
	DOL 3.1	Saper effettuare la visita del malato con dolore (algoritmo diagnostico)

(Continua)

		DOL 3.2	Conoscere e utilizzare gli strumenti di valutazione del dolore
		DOL 3.3	Definire e misurare la qualità di vita
		DOL 3.4	Definire e condividere gli obiettivi di cura
		DOL 3.5	Registrare la valutazione globale del dolore nella cartella gestionale (art.7 L.38)
		DOL 3.6	Monitorare nel tempo l'efficacia del regime terapeutico impostato
		DOL 3.7	Identificare le ipotesi diagnostiche etiopatogenetiche prescrivendo accertamenti
		DOL 3.8	Identificare i malati che hanno necessità di consulenza specialistica in terapia del dolore
	DOL 4	Approccio farmacologico	
		DOL 4.1	Definire le caratteristiche dei farmaci antalgici in relazione al loro sito d'azione
		DOL 4.2	Identificare la scelta razionale dei farmaci in terapia combinata (algoritmo terapeutico)
		DOL 4.3	Saper prescrivere i farmaci off label e quelli con Nota AIFA per la rimborsabilità
		DOL 4.4	Saper classificare i farmaci oppiacei in relazione all'onset terapeutico (SAO-LAO-ROO)
		DOL 4.5	Definire il concetto di «titolazione» e saper identificare la conclusione del processo
		DOL 4.6	Analizzare i fattori che aggravano la tossicità degli oppiacei (p. es. interazioni)
		DOL 4.7	Analizzare le situazioni che richiedono un cambio dell'oppiaceo (opioid rotation)
		DOL 4.8	Identificare e analizzare le barriere all'utilizzo corretto e appropriato degli oppiacei
		DOL 4.9	Identificare le situazioni a rischio di addiction per avviare percorso appropriato (score)
		DOL 4.10	Saper effettuare la deprescrizione dei farmaci per la terapia del dolore in particolare degli oppiacei
	DOL 5	Le strategie complessive della terapia del dolore	
		DOL 5.1	Conoscere gli aspetti generali del trattamento antalgico:
		DOL 5.2	Procedure interventistiche antalgiche
		DOL 5.3	Terapie fisico strumentali
		DOL 5.4	Terapie psicologiche
		DOL 5.5	Aspetti relazionali e supporto psicologico nei malati con dolore
		DOL 5.6	Terapia riabilitativa
	DOL 6	Dolore nel malato oncologico e nelle cure palliative	
		DOL 6.1	Definire le caratteristiche del dolore totale e delle modalità di approccio
		DOL 6.2	Identificare modalità di terapia del dolore attraverso terapia sottocutanea (elastomeri)
		DOL 6.3	Identificare il Break Through Cancer Pain (BTcP), impostare la terapia e monitorarlo nel tempo
		DOL 6.4	Riconoscere le situazioni in cui è appropriata la consulenza specialistica in terapia del dolore
		DOL 6.5	Conoscere le innovazioni in radioterapia; chemioterapia e immunoterapia

(Continua)

PAL	CURE PALLIATIVE	
	PAL 1	Introduzione al corso
		PAL 1.1 Tassonomia e glossario condiviso in Cure Palliative (CP)
		PAL 1.2 Normative nazionali e regionali di riferimento
		PAL 1.3 Epidemiologia delle principali cause di morte e della fase di terminalità, con particolare riferimento all'attività del MMG
		PAL 1.4 Compiti e ruolo del MMG nella cura dei malati inguaribili in fase evolutiva e terminale e nella Rete locale di cure palliative (RLCP)
		PAL 1.5 Il contesto di riferimento nel quale agisce il MMG in riferimento all'erogazione delle CP
	PAL 2	Individuare il malato con bisogni di CP: fra cronicità, irreversibilità ed evolutività
		PAL 2.1 Fasi della malattia: acuzie e cronicità, stabilità, instabilità, progressione, terminalità, post-mortem
		PAL 2.2 Traiettorie cliniche e fattori prognostici delle principali malattie oncologiche e non oncologiche
		PAL 2.3 Scale di misurazione, monitoraggio e strumenti di valutazione prognostica
		PAL 2.4 Strumenti di identificazione precoce del malato con bisogni potenziali di CP
		PAL 2.5 Riconoscere la inguaribilità, l'evoluzione irreversibile e la terminalità in un malato
		PAL 2.6 Criteri di eleggibilità per la presa in carico del malato nelle RLCP e nei diversi setting assistenziali
		PAL 2.7 Obiettivi di cura e ruoli degli operatori nel percorso assistenziale del malato da inserire in un programma di CP
		PAL 2.8 Specificità delle CP domiciliari, dell'hospice, dell'ambulatorio specialistico e della consulenza in CP
		PAL 2.9 Integrazione con l'équipe dedicata di CP: segnalazione e primo contatto, comunicazione, collaborazione, coordinamento
		PAL 2.10 Elementi per la valutazione della qualità in CP (qualità della vita; qualità assistenziale ecc.)
	PAL 3	Bioetica
		PAL 3.1 Bioetica al termine della vita: i principi e gli scenari clinici di loro applicazione
		PAL 3.2 Diversità culturale nell'affrontare la morte
		PAL 3.3 Aspetti e bisogni spirituali e religiosi
	PAL 4	Aspetti relazionali con il malato e la famiglia
		PAL 4.1 Malato e famiglia vs prognosi infausta: negazione, aggressività, rabbia, patteggiamento, ansia, paura, depressione e distress esistenziale
		PAL 4.2 Dialogo con il malato nelle differenti fasi della malattia e consapevolezza di diagnosi e prognosi
		PAL 4.3 Tipologie e dinamiche delle strutture familiari, i segnali caratteristici di una famiglia complessa
		PAL 4.4 Dialogo con la famiglia su inguaribilità, prognosi, sofferenza, terminalità, gestione del lutto
		PAL 4.5 Metodologia di conduzione dei colloqui con il malato e la famiglia (sincrona o asincrona)
		PAL 4.6 Orientamento, istruzione e preparazione del care giver (familiare e/o professionale)
		PAL 4.7 Dialogare con il malato e la famiglia nelle fasi finali della vita
		PAL 4.8 Fasi del lutto e lutto patologico

(Continua)

	PAL 5	CP e malattie oncologiche e non oncologiche	
		PAL 5.1	Approfondimento delle specificità dei percorsi clinici nelle malattie inguaribili
		PAL 5.2	Malattia neoplastica
		PAL 5.3	Malattie cardiovascolari, respiratorie, neurologiche, nefrologiche, infettive e metaboliche
		PAL 5.4	Inguaribilità e la terminalità nel grande anziano
		PAL 5.5	Obiettivi e governo del percorso di cura e assistenza
		PAL 5.6	Modalità di integrazione con gli specialisti di branca nel passaggio fra cronicità e fase finale della vita
	PAL 6	Aspetti Clinici in CP	
		PAL 6.1	Basi di diagnosi e trattamento dei più frequenti sintomi e dei segni fisici e psichici in CP
		PAL 6.2	Sintomi fisici: anoressia, astenia, cachessia, diarrea, disfagia, dispnea, dolore, edemi, emoftoe, fistole e lesioni cutanee, ittero, nausea e vomito, prurito, singhiozzo, stipsi (in particolare se indotta da oppioidi), tenesmo, tremore, tosse, versamenti sierosi (pleurico, ascitico)
		PAL 6.3	Sintomi psichici e psico-organici: ansia, depressione, delirium, alterazioni della coscienza
		PAL 6.4	Emergenze in CP: insufficienze acute d'organo e funzione; emorragia massiva, alterazioni elettrolitiche acute, occlusione intestinale, compressione midollare, sindrome della cava superiore, globo vescicale
		PAL 6.5	Principi di rimodulazione della terapia
		PAL 6.6	Indicazioni e buone pratiche cliniche nella sedazione palliativa
	PAL 7	Organizzazione	
		PAL 7.1	Lavoro in équipe
		PAL 7.2	Processo dalla identificazione, alla segnalazione, alla valutazione alla presa in carico, alla collaborazione
		PAL 7.3	La Rete locale di cure palliative (riferimenti specifici al territorio)
		PAL 7.4	Gli operatori della équipe dedicata alle CP (riferimenti specifici al territorio)
		PAL 7.5	Modalità di integrazione e coordinamento con l'équipe di CP
		PAL 7.6	Il volontariato in CP della realtà territoriale nella quale il MMG opera
SME	SALUTE MENTALE E DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (SME)		
	SME 1	Epidemiologia clinica e impatto sociale	
		SME 1.1	La salute mentale in Regione Lombardia
		SME 1.2	Disturbi d'ansia, da sintomi somatici e disturbi correlati
		SME 1.3	Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici
		SME 1.4	Disturbi di personalità
	SME 2	Il trattamento dei disturbi mentali	
		SME 2.1	Le terapie psicofarmacologiche
		SME 2.2	Ruolo del MMG
		SME 2.3	Terapie non convenzionali
		SME 2.4	La rete dei servizi di salute mentale
		SME 2.5	Emergenze in psichiatria
		SME 2.6	ASO e TSO

(Continua)

	SME 3	Abuso e dipendenze: epidemiologia clinica e impatto sociale	
		SME 3.1	Chi siamo, da dove veniamo e dove andiamo nel trattamento dei disturbi da uso di sostanze
		SME 3.2	Come accedere al SERD
		SME 3.3	Come è organizzato oggi un SERD
		SME 3.4	Disturbo da gioco d'azzardo patologico
		SME 3.5	Nuove tecnologie: esisterà ancora il SERD di una volta?
	SME 4	La Rete locale dei servizi per le dipendenze	
		SME 4.1	Individuare i problemi ed effettuare un invio tempestivo
		SME 4.2	Alcolismo
		SME 4.3	Il contesto locale e la rete di offerta
		SME 4.4	Dipendenze e salute mentale: approccio integrato
		SME 4.5	Servizi locali: NOA e SERD
	SME 5	L'adolescente e le sue principali problematiche	
		SME 5.1	Il ruolo delle UONPIA nella preadolescenza e adolescenza; la transizione verso i servizi per adulti
		SME 5.2	Fattori di rischio nei disturbi mentali gravi
		SME 5.3	Psicopatologia e abuso di sostanze in età giovanile
		SME 5.4	I più frequenti disturbi del comportamento nell'adolescente
	SME 6	I disturbi del comportamento alimentare	
		SME 6.1	Fattori di rischio e diagnosi precoce
IGI	IGIENE, PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE		
	IGI 1	Igiene e Medicina Generale	
		IGI 1.1	Indicatori di benessere, determinanti della salute, rapporto salute/ popolazione: glossario
		IGI 1.2	Nozioni sulle malattie infettive e loro modalità di trasmissione
		IGI 1.3	L'approccio alle principali malattie infettive maggiormente prevalenti nella popolazione lombarda, i risultati ottenuti dal sistema S-MAINF e MAINF, dalla sorveglianza sanitaria, l'azione attiva dei MMG
		IGI 1.4	I piani pandemici per la preparazione e risposta alla pandemia, ruoli, funzioni e compiti degli attori coinvolti, con particolare riferimento al ruolo attivo dei MMG
	IGI 2	Malattie infettive e vaccinazioni	
		IGI 2.1	<ul style="list-style-type: none"> - Le vaccinazioni obbligatorie e facoltative - Il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale - L'offerta vaccinale di Regione Lombardia Obiettivi, ruolo e compiti del MMG - L'informazione e la comunicazione, il consenso informato, il counselling pre-vaccinale (anamnesi e verifica delle controindicazioni) - La gestione dei casi di rifiuto della vaccinazione - Requisiti organizzativi e funzionali, la valutazione dell'efficacia delle vaccinazioni
		IGI 2.2	La classificazione dei vaccini, le reazioni avverse da vaccini
		IGI 2.3	Esperienze vaccinali presso i medici di Medicina Generale
		IGI 2.4	I servizi vaccinali di ATS e di ASST: organizzazione vaccinale

(Continua)

	IGI 3	Prevenzione e promozione della salute	
		IGI 3.1	Screening oncologici e non solo: quando fare uno screening. Gli screening attivi in Regione Lombardia e i risultati. Ruolo del MMG nel miglioramento all'adesione agli screening
		IGI 3.2	Ruolo del consultorio nella promozione della salute dell'adolescente
		IGI 3.3	Campagne di screening a livello locale: il ruolo del MMG
	IGI 4	I fattori di rischio	
		IGI 4.1	Prevenzione dei fattori di rischio e promozione dei fattori protettivi
		IGI 4.2	Fattori di rischio cardiovascolare e non solo: individuazione e prevenzione
		IGI 4.3	Osteopenia e osteoporosi: prevenzione, diagnosi e terapia
		IGI 4.4	Disassuefazione dal fumo: counselling terapia centri antifumo
	IGI 5	L'organizzazione territoriale	
		IGI 5.1	Strategie e programmi regionali per la promozione della salute e di corretti stili di vita e la prevenzione della cronicità: Piano Regionale Prevenzione 2020-25
		IGI 5.2	Il (possibile) ruolo del MMG nell'ambito e a supporto dei programmi preventivi regionali e dei PIL delle ATS nei diversi setting (scuola, luoghi di lavoro, comunità)
		IGI 5.3	Attività fisica, esercizio fisico, movimento: come promuoverli all'interno delle strategie regionali per lo sviluppo di «comunità attive»
		IGI 5.4	Promozione dell'attività fisica
		IGI 5.5	La corretta alimentazione nelle varie fasce di età (adolescente, adulto, anziano)
		IGI 5.6	Sovrappeso, obesità e sindrome metabolica
		IGI 5.7	Inquadramento diagnostico del paziente sovrappeso obeso
		IGI 5.8	Malnutrizione nelle patologie croniche e nell'età geriatrica (indicatori di intervento)
		IGI 5.9	Nutrizione artificiale: il ruolo del MMG
	IGI 6	Medicina penitenziaria e salute globale	
		IGI 6.1	La salute globale: le malattie dei migranti
		IGI 6.2	La medicina penitenziaria
		IGI 6.3	Salute penitenziaria: tema di salute pubblica
		IGI 6.4	Il malato cronico detenuto e il detenuto dimesso
		IGI 6.5	Il medico penitenziario
CRO	CRONICITÀ		
	CRO 1	Introduzione alla cronicità	
		CRO 1.1	Le basi epidemiologiche della cronicità
		CRO 1.2	Le esperienze nazionali, i CREG/CCM
		CRO 1.3	La normativa regionale, la presa in carico e delibere regionali
		CRO 1.4	Il Piano Nazionale della Cronicità
	CRO 2	Le basi della presa in carico	
		CRO 2.1	Il paziente cronico pluripatologico
		CRO 2.2	La stratificazione dei pazienti

(Continua)

		CRO 2.3	Il gestore, il clinical manager
		CRO 2.4	Il centro servizi a supporto della gestione
		CRO 2.5	Il case management infermieristico nel paziente cronico
		CRO 2.6	Un approccio multidisciplinare alla cronicità
		CRO 2.7	I problemi sociali, economici e l'integrazione socio-sanitaria e social
		CRO 2.8	La gestione della cronicità in un ospedale per acuti
		CRO 2.9	Esperienze ospedaliere e integrazione con il MMG
		CRO 2.10	La gestione del paziente cronico nella rete dei servizi socio-sanitari
	CRO 3	La presa in carico e l'integrazione dei servizi	
		CRO 3.1	Come si compila un PAI
		CRO 3.2	Come si monitora l'adesione da parte dei pazienti
		CRO 3.3	Come si gestisce la presa in carico del malato cronico
FAR	FARMACOLOGIA		
	FAR 1	Farmacologia e MG	
		FAR 1.1	Il farmaco come bene comune
		FAR 1.2	Lettura ragionata del rapporto OSMED sul consumo dei farmaci in Italia
		FAR 1.3	Appropriatezza prescrittiva
		FAR 1.4	Aderenza terapeutica e strumenti di monitoraggio
		FAR 1.5	I vincoli normativi e le agenzie regolatorie
		FAR 1.6	Prescrivibilità, rimborsabilità e dematerializzazione
		FAR 1.7	Doppio canale e File F Registri
		FAR 1.8	La prescrizione off label
		FAR 1.9	Farmaci generici e biosimilari
	FAR 2	Farmacovigilanza, rischio clinico, riconciliazione terapeutica	
		FAR 2.1	Le interazioni tra farmaci
		FAR 2.2	Farmacosorveglianza
		FAR 2.3	Effetti secondari e tossicità
	FAR 4	Antibioticoterapia	
		FAR 4.1	Antibioticoterapia e antibiotico-resistenza. Le banche dati
		FAR 4.2	Farmaci inutili e mongering diseases
	FAR 5	Farmaco e salute: i diversi attori	
		FAR 5.1	Consumi farmaceutici, dinamiche di governance e salute
		FAR 5.2	I diversi ruoli: MMG Farmacista ATS ASST Farmacia al pubblico
		FAR 5.3	Dipartimento cure primarie
GER	GERIATRIA		
	GER 1	Introduzione alla geriatria	
		GER 1.1	L'anziano negli anni 2000
		GER 1.2	Medicina Generale e Geriatria
		GER 1.3	Evoluzione demografica ed epidemiologica
		GER 1.4	Il paziente anziano pluripatologico e complesso

(Continua)

		GER 1.5	Come guardare il paziente anziano: specificità
		GER 1.6	Modelli di integrazione: il modello francese
	GER 2	Prevenzione secondaria e terziaria	
		GER 2.1	L'alimentazione nell'anziano
		GER 2.2	Fino a quando proseguire con la prevenzione secondaria?
		GER 2.3	La riconciliazione terapeutica e la deprescrizione
		GER 2.4	Riconoscere la fragilità per prevenire la disabilità
		GER 2.5	Pressione e glicemia nell'anziano
		GER 2.6	Le principali scale di valutazione: scopo e funzioni
	GER 3	Disturbi cognitivi e dell'umore	
		GER 3.1	Classificazione delle demenze con particolare attenzione a: prognosi, durata malattia, red flags per diagnosi differenziale
		GER 3.2	Disturbi cognitivi: afasia, amnesia, aprassia, agnosia
		GER 3.3	Segni extrapiramidali e piramidali
		GER 3.4	Terapia farmacologica e non farmacologica
		GER 3.5	I disturbi comportamentali (behavioral and psychological symptoms BPSD)
		GER 3.6	Psicosi: deliri, allucinazioni
		GER 3.7	Stato emotivo: depressione, ansia, apatia
		GER 3.8	Agitazione, irritabilità, aggressività
		GER 3.9	Behavioral dyscontrol: euforia, disinibizione, affaccendamento, wondering
	GER 4	La diagnostica e la clinica: approccio per problemi	
		GER 4.1	Offerta e integrazione tra servizi
		GER 4.2	La dispnea
		GER 4.3	L'astenia
		GER 4.4	La febbre
		GER 4.5	Il prurito
		GER 4.6	Il delirium come indice di altra patologia
		GER 4.7	La prevenzione delle cadute
	GER 5	Paziente allettato	
		GER 5.1	La sindrome da allettamento
		GER 5.2	Ulcere trofiche e lesioni da pressione: prevenzione e trattamento
RIA	RIABILITAZIONE		
	RIA 1	Finalità e criteri generali	
		RIA 1.1	Lectio magistralis: la finalità della riabilitazione
		RIA 1.2	Epidemiologia e glossario
		RIA 1.3	Approccio riabilitativo in Medicina Generale
	RIA 2	Specificità e multiprofessionalità	
		RIA 2.1	Gli operatori nella riabilitazione
		RIA 2.2	La riabilitazione nell'anziano
		RIA 2.3	Disabilità, cronicità e riabilitazione
		RIA 2.4	Educazione del care giver ed empowerment del paziente

(Continua)

		RIA 2.5	Articolo 26: specificità
		RIA 2.6	FAD guida paziente e care giver
	RIA 3	Appropriatezza	
		RIA 3.1	La teleriabilitazione
		RIA 3.2	Le cure fisiche: obiettivi e appropriatezza prescrittiva
		RIA 3.3	Modalità e limitazioni prescrittive
		RIA 3.4	Prescrizione di protesi e ausili
	RIA 4	Offerta	
		RIA 4.1	Seminario periferico. I servizi articolo 26
		RIA 4.2	L'offerta riabilitativa nel contesto locale
		RIA 4.3	La riabilitazione domiciliare nell'ADI e nell'articolo 26
COM	COMUNICAZIONE		
	COM 1	Deontologia e professione medica: il codice deontologico	
		COM 1.1	Deontologia e professione medica: il codice deontologico
	COM 2	Etica dell'informazione scientifica	
		COM 2.1	Etica dell'informazione scientifica
	COM 3	Etica e bioetica: spunti per una riflessione in Medicina Generale e le disposizioni di fine vita	
		COM 3.1	Etica e bioetica: spunti per una riflessione in Medicina Generale e le disposizioni di fine vita
	COM 4	Comunicare in ambulatorio	
		COM 4.1	Principali metodi e tecniche di comunicazione
		COM 4.2	L'ascolto empatico
		COM 4.3	Come comunicare le cattive notizie
		COM 4.4	Comunicazione in Pediatria e adolescenza
		COM 4.5	La medicina narrativa
		COM 4.6	Comunicare con gli operatori sanitari
		COM 4.7	Supporto alla comunicazione: i gruppi Balint
		COM 4.8	Gli errori nella comunicazione
		COM 4.9	Proporzionalità delle cure
		COM 4.10	Direttive anticipate
	COM 5	Relazione medico-paziente	
		COM 5.1	Il paziente difficile
		COM 5.2	La famiglia difficile
		COM 5.3	Il paziente che mette tutto in discussione
		COM 5.4	Supporto alla relazione: audit e confronto
	COM 6	Rilevare bisogni psicosociali	
		COM 6.1	Come rilevare i bisogni psicosociali
		COM 6.2	Sospettare maltrattamenti e abusi
		COM 6.3	Paura, aggressività, rifiuto, stress
		COM 6.4	Il malato immaginario

Attività pratica: problemi e procedure

Di seguito in dettaglio vengono indicati i periodi formativi dell'attività pratica declinati nei problemi e nelle procedure di maggior rilievo da affrontare, che costituiscono le minimal skills da acquisire durante il periodo di tirocinio nelle diverse aree specialistiche.

AREA OSPEDALIERA		
P.1	AREA MEDICA CLINICA	
	P.1.1	Medicina Interna
		Problemi
		Situazioni di emergenza medica
		Problematiche internistiche di maggior rilievo
		Squilibri idro-elettrolitici
		Avvelenamenti e intossicazioni
		Interazioni ed effetti collaterali da farmaci
		Approccio al paziente con febbre
		Il paziente hiv positivo; il paziente con aids
		Il paziente con malattia autoimmune
		Il paziente con osteoporosi e artropatia degenerativa
		Procedure
		Semeiotica fisica e strumentale
		Antibioticoterapia empirica e/o mirata
		Scelta e interpretazione delle indagini microbiologiche nelle patologie infettive
		Dietetoterapia nelle varie condizioni patologiche
		Iter decisionale ed approccio per algoritmi
		Appropriato invio allo specialista
	P.1.2	Cardiologia
		Problemi
		Dolore toracico, cardiopatia ischemica
		Ipertensione arteriosa e rischio cardiovascolare
		Il paziente aritmico e con palpitazioni
		Insufficienza cardiaca acuta e cronica, edema polmonare/embolia polmonare
		Riscontro di soffio o rumore anomalo cardiaco nel bambino e nell'adulto
		Sincope/arresto cardiaco
		Il paziente in terapia anticoagulante
		Riabilitazione nel paziente cardiopatico
		Valutazione dell'idoneità allo sport
		Procedure
		Semeiotica fisica e strumentale dell'apparato cardio-vascolare
		Rianimazione cardiorespiratoria (corso teorico-pratico di bls e blsd)
		Elettrocardiografia (esecuzione e lettura del tracciato ecgrafico)

(Continua)

		Ecocolordoppler arterioso e venoso (esecuzione ed interpretazione dell'esame)
		Monitoraggio dinamico pressorio (esecuzione e interpretazione dell'esame)
		Appropriato invio allo specialista
P.1.3	Pneumologia	
	Problemi	
		il paziente asmatico, il paziente con allergia respiratoria
		il paziente con dispnea, tosse, emottisi
		il paziente con infezione delle alte e basse vie respiratorie
		il paziente con BPCO ed insufficienza respiratoria
		aspetti diagnostici e terapeutici del paziente con tumore polmonare
		il paziente con versamento pleurico
		la TBC oggi
	Procedure	
		Semeiotica fisica e strumentale dell'apparato respiratorio
		Esecuzione diretta ed interpretazione dei test di funzionalità respiratoria
		Valutazione rx grafica degli addensamenti polmonari
		Toracentesi
		Posizionamento del drenaggio nel pneumotorace
		Raccolta dell'escreato
		Uso dell'ossigenoterapia
		Uso corretto della aerosolterapia, educazione all'uso dei devices respiratori
		Prick test
		Immunoterapia specifica
		Diete di eliminazione
		Appropriato invio allo specialista
P.1.4	Gastroenterologia	
	Problemi	
		Il paziente con sindrome dispeptica
		Il paziente con ulcera, infezione da hp
		Interpretazione dei segni e sintomi addominali
		Il paziente con epatopatia acuta e cronica
		La patologia neoplastica del fegato
		La malattia infiammatoria cronica intestinale; sindrome del colon irritabile; malattia diverticolare
	Procedure	
		Semeiotica fisica e strumentale dell'apparato gastroenterico
		Esplorazione rettale, anoscopia, rettoscopia
		Esecuzione dei test per la ricerca sangue occulto fecale
		Ricerca parassiti, scotch test
		Appropriato invio allo specialista

(Continua)

P.1.5	Nefrologia
	Problemi
	Il paziente con patologia acuta del rene
	Il paziente con insufficienza renale cronica
	Il paziente dializzato
	Procedure
	Semeiotica fisica e strumentale nefrologica
	Il laboratorio in nefrologia
	Lettura e interpretazione dell'esame delle urine
	Appropriato invio allo specialista
P.1.6	Diabetologia/Endocrinologia
	Problemi
	Il paziente diabetico di tipo 1 e 2
	Il paziente con sindrome metabolica
	Il paziente con problematiche endocrinologiche
	Il paziente con patologia della tiroide
	Procedure
	Determinazione della glicemia mediante glucometri o strisce reattive
	Insegnamento/educazione all'autocontrollo nel diabetico
	Insegnamento/educazione alimentare e stili di vita nel diabetico
	Partecipazione alle attività dell'ambulatorio diabetologico e dell'ambulatorio del piede
	Appropriato invio allo specialista
P.1.7	Oncologia-Ematologia
	Problemi
	Il paziente astenico, il paziente anemico
	Il paziente con linfadenopatia isolata o generalizzata
	Il paziente con disturbi della emostasi
	Follow-up e gestione del paziente con patologia oncoematologica
	Il paziente oncologico (dalla diagnosi al follow up)
	Il paziente in polichemioterapia
	Procedure
	Esecuzione e lettura di uno striscio periferico
	Terapia infusioneale
	Monitoraggio della terapia anticoagulante
	Supporto ai pazienti in polichemioterapia
	Appropriato invio allo specialista
P.1.8	Neurologia-Psichiatria
	Problemi
	Urgenze neurologiche
	Cefalee

[Continua]

			Vertigini, disturbi dell'equilibrio
			Tremori, il paziente con malattia di Parkinson
			Epilessia
			Vasculopatie cerebrali acute e croniche
			Demenze, la malattia di Alzheimer
			Neuropatie periferiche
			Il paziente ansioso, il paziente depresso
			Emergenze psichiatriche
			Il paziente con alterazioni della personalità
		Procedure	
			Semeiotica fisica e strumentale neurologica
			Utilizzo e interpretazione delle scale e test diagnostici
			Corretto uso dei farmaci ipnotici, ansiolitici, antidepressivi, neurolettici
			Tecnica del colloquio
			Tecniche di counselling familiare e personale
			Appropriato invio allo specialista in collaborazione con cps (centro psico sociale)
	P.1.9	Radiologia	
		Problemi	
			Diagnostica radiologica convenzionale
			Ecografia, tomografia computerizzata e risonanza magnetica
			Angiografia
			Radiologia interventistica
		Procedure	
			Lettura e interpretazione dell'esame radiografico
			Indicazioni e limiti della diagnostica radiologica convenzionale
			Indicazioni e limiti delle tecniche di imaging in radiologia
	P.1.10	Laboratorio	
		Problemi	
			Valore informativo dei principali esami di laboratorio
			La diagnostica sierologica
			I test genetici in laboratorio
		Procedure	
			Lettura e interpretazione dello striscio periferico
			La corretta raccolta dei campioni
			Interpretazione dei risultati dei test di laboratorio
P.2	AREA CHIRURGIA GENERALE		
	P.2.1	Chirurgia generale	
		Problemi	
			Patologia della mammella
			Segni e sintomi addominali

(Continua)

		Emergenze chirurgiche
		Litiasi biliare, il paziente colecistectomizzato
		Diagnostica precoce dei tumori del tubo digerente, del pancreas, del fegato
		Il paziente gastroresecat; ileo-colostomizzato
	Procedure	
		Semeiotica fisica e strumentale in chirurgia
		Palpazione della mammella e insegnamento all'autopalpazione
		Agoaspirazione con ago sottile
		Anestesia locale
		Valutazione delle masse addominali
		Valutazione pre e postoperatoria
		Uso e scelta dello strumentario chirurgico
		Problemi e tecniche di chirurgia ambulatoriale, suture
		Incisione di ascessi, escissioni, cisti sebacee e neoformazioni cutanee
		Bendaggi e medicazioni, bendaggi elastici
		Toeletta chirurgica dei decubiti
		Posizionamento sondino naso-gastrico
		Esplorazione rettale
P.2.2	Chirurgia vascolare	
	Problemi	
		Ustioni, ulcere da decubito
		Vasculopatie periferiche, aneurismi
		Insufficienza venosa, tromboflebiti, varici
	Procedure	
		Semeiotica fisica e strumentale vascolare e dell'apparato urinario
		Trattamento ambulatoriale delle ustioni, ulcere, decubiti
		Utilizzo dell'ecocolordoppler arterioso e venoso
P.2.3	Urologia	
	Problemi	
		litiasi urinaria, colica renale
		Masse e tumori del rene, della vescica, del testicolo, della prostata
		Infezioni delle vie urinarie
		Il paziente portatore di catetere vescicale
		Ritenzione urinaria, incontinenza urinaria
		Problemi del paziente trapiantato
	Procedure	
		Analisi ed interpretazione delle urine e del sedimento urinario
		Applicazione di catetere vescicale nel maschio e nella femmina
		Raccolta ed esame del secreto uretrale

(Continua)

	P.2.4	Ortopedia
		Problemi
		Fratture
		Traumatologia comune
		Paziente con flogosi e dolori articolari
		Paziente politraumatizzato
		Cure fisiche e utilizzo razionale della fkt
		Procedure
		Semeiotica fisica e strumentale in ortopedia
		Infiltrazioni endo/periarticolari
		Immobilizzazione, bendaggi
		Riduzione delle lussazioni
		Istruzione/educazione sulle pratiche fisiokinesiterapiche e di riabilitazione
		Diagnostica strumentale complessa
P.3	AREA DIPARTIMENTO DI URGENZA	
	P.3.1	Medicina d'urgenza
	P.3.2	Pronto Soccorso
		Problemi
		Urgenze mediche e chirurgiche
		Insufficienza respiratoria acuta
		IMA / Aritmie
		Politraumatizzato
		Intossicazioni acute
		ACC / Coma
		SEPSI
		Ictus
		Procedure
		Ega arteriosa
		Monitoraggio ECG – PA – SOL
		Es. colturali + antibiotico TP
		Semeiotica fisica e strumentale d'urgenza
		Trasfusioni
		Suture
		Medicazioni
P.4	AREA DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	
	P.4.1	Pediatria/Neonatologia
		Problemi
		Emergenze pediatriche
		Problematiche della crescita, pubertà precoce, ritardata

(Continua)

		La febbre del bambino
		Il bambino con dispnea, tosse
		Otalgia/otorrea, mal di gola
		Il bambino con patologie allergico-dermatologiche
		Il bambino con dolore addominale acuto/ricorrente/ stipsi/diarrea
		Il bambino con vomito, acetonemia
		Il bambino con sintomatologia urinaria, enuresi
		Parassitosi intestinali
		Riscontro di soffio cardiaco; segni di cardiopatia
		Cefalea e disturbi dell'apprendimento
		Dismorfismi della colonna, displasia dell'anca
		Artriti acute
		Obesità, magrezza, bulimia, anoressia
		Il bambino con patologia oncologica
		Il bambino astenico
		Il bambino con epilessia
		Problematiche comportamentali, disturbi del sonno
		Bambino con handicap
		Il bambino maltrattato
		L'adolescente
		Criptorchidismo
		Problemi di chirurgia pediatrica
	Procedure	
		Anamnesi ed esame obiettivo nel bambino
		Valutazione dello sviluppo psicomotorio nelle varie età
		Diagnostica differenziale degli esantemi
		Semeiotica dei vari apparati in età pediatrica
		Esame fisico e neurologico del bambino nelle varie età
		Uso delle tavole auxologiche
		Lettura della rx grafia dello scheletro
		Lettura della rx grafia del polso per età ossea
P.5	AREA OSTETRICA E GINECOLOGIA	
	Problemi	
		La gravidanza fisiologica, gravidanza a rischio, patologia della gravidanza
		Terapie in gravidanza e puerperio, problemi del puerperio
		Contraccezione ormonale e non ormonale
		Problemi mestruali
		Dolore pelvico, dispareunia
		Infertilità di coppia
		Flogosi vaginali

[Continua]

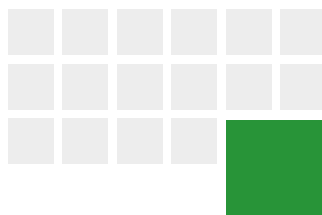
		Malattie a trasmissione sessuale
		Menopausa
		Patologia uroginecologica
		Patologia ginecologica-oncologica, prevenzione e follow-up
		Problemi o disfunzioni sessuali
		Interruzione volontaria di gravidanza e problematiche connesse
		Procedure
		Visita ginecologica, pap-test, tampone vaginale
		Diagnostica di laboratorio e strumentale in ginecologia
		Educazione sanitaria su contraccezione e gravidanza
		Valutazione e semeiotica ostetrica
P.6	AREA STRUTTURE DI BASE	
		Obiettivo generale
		Conoscenza di servizi /attività/ procedure delle strutture di base territoriali a maggior impatto sull'esercizio della medicina di famiglia, attraverso l'approfondimento degli aspetti informativi e dell'esperienza diretta del medico in affiancamento al tutore di riferimento.
	P.6.1	Distretto sociosanitario
	P.6.2	CPS Dipartimento Salute Mentale
		Acquisizione di conoscenze sui percorsi integrati in psichiatria per la gestione dei pazienti con disturbi psichiatrici minori che sono di competenza del medico di famiglia. Comprendere le modalità di collaborazione con le UONPIA, in particolare in ambito handicap, epilessia, autismo, disturbi specifici dell'apprendimento, disturbi comportamentali dell'adolescenza, epilessia e disturbi del comportamento alimentare.
	P.6.3	SerD Dipartimento delle Dipendenze
		Informazione sui compiti dei SerD sulle diverse tipologie di dipendenza, interventi diagnostici, terapeutici e riabilitativi con particolare riferimento al ruolo del MMG e alla collaborazione tra i SerD e il medico di medicina generale.
	P.6.4	Ambulatori specialistici
		Acquisizione delle corrette modalità di integrazione con lo specialista ambulatoriale per il corretto e appropriato invio allo stesso e per la prescrizione e la gestione dei follow up concordati dei percorsi di cura.
		Problemi e procedure in ambito specialistico
	P.6.4.1	Dermatologia
		Problemi
		Diagnosi e trattamento delle principali patologie in ambito dermatologico di interesse per il MMG
		Procedure
		Uso dtc o azoto liquido
		Esame microscopico secreti ed essudati
		Biopsia delle lesioni cutanee
	P.6.4.2	O.R.L.
		Problemi
		Diagnosi e trattamento delle principali patologie in ambito orl di interesse per il MMG

(Continua)

		Interventi di urgenza in orl procedure:
		Uso speculum nasale e otoscopio
		Audiometria
		Laringoscopia indiretta
		Lavaggio del condotto uditivo esterno e rimozione corpi estranei dal cue
	P.6.4.3	Oculistica
	Problemi	
		Diagnosi e trattamento delle principali affezioni in ambito oculistico di interesse per il MMG
		Interventi di urgenza in oculistica procedure:
		Misurazione del visus e test per la visione
		Uso dell'oftalmoscopio
		Rimozione di corpi estranei
	P.6.4.4	Odontoiatria
	Problemi	
		Conoscenza principali patologie odontostomatologiche
	Procedure	
		Anamnesi ed esame obiettivo nel paziente con problematiche odontostomatologiche
P.6.5	Dipartimento Cure Primarie	
		Informazione sulle modalità di avvio dell'ambulatorio di medicina generale e sui requisiti richiesti, sugli adempimenti in materia di esenzioni, di richieste di fornitura protesica maggiore e minore, sull'aggiornamento professionale, vincoli/opportunità contrattuali, procedure di controllo, progetti con la medicina generale. Particolare rilievo verrà dato alla gestione della cronicità e alla medicina di gruppo come strumento per una efficace gestione delle problematiche legate all'invecchiamento della popolazione.
P.6.6	Dipartimento di Prevenzione	
		Informazione sugli adempimenti inerenti l'idoneità degli studi medici, i requisiti igienico sanitari, sulla tipologia delle certificazioni di igiene e sanità pubblica e sulle modalità di rilascio; igiene degli alimenti e sicurezza alimentare, igiene ambientale, corretta gestione dei rifiuti speciali; acquisizione di conoscenze correlate alla prevenzione primaria e alla diagnosi precoce, con particolare riguardo alle campagne di screening oncologico, alle ricerche epidemiologiche, al registro di mortalità; informazione sulle vaccinazioni obbligatorie e facoltative e sugli interventi di profilassi delle malattie infettive, interventi di tutela della salute del viaggiatore internazionale, stili di vita, programmi di educazione alla salute, counselling al paziente sui corretti stili di vita; modalità di segnalazione delle principali malattie professionali e degli infortuni sul lavoro.
P.6.7	Sistema informativo Aziendale - Banca Dati Assistito - Analisi dei consumi sanitari - CRS - SISS – Privacy	
		Informazione sul sistema informativo aziendale correlato ai comportamenti e alle responsabilità prescrittive del MMG, attraverso l'utilizzo della scheda medico, sulla carta CRS SISS e sue applicazioni.
P.6.8	Servizio farmaceutico	
		Acquisizione di conoscenze inerenti specifiche problematiche correlate all'opportuno utilizzo del farmaco: modalità prescrittive corrette, vincoli normativi, farmacovigilanza, strumenti di miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva (PDIA, PUD, gruppi di lavoro integrati con MMG, UDCM); elementi di valutazione delle tecnologie sanitarie nella pratica quotidiana del MMG.

(Continua)

P.7	IL TIROCINIO PRESSO IL MMG
	Argomenti generali
	I modelli organizzativi della medicina generale
	La presa in carico del paziente cronico
	Il problem solving
	La gestione delle richieste improprie (esami, accertamenti, visite urgenti, certificazioni)
	La gestione del rapporto con gli specialisti
	La relazione medico-paziente
	Aspetti farmaco economici, la spesa sanitaria
	Mortalità, morbilità
	Le note prescrittive
	La prevenzione (vaccinazioni, screening)
	La prevenzione in ambito C.C.V.
	Etica di fine vita
	Il colloquio con i parenti ed il supporto psicologico
	Educazione sanitaria e agli stili di vita
	Le medicine complementari
	La prima visita: - valutazione dello stato di salute e dello stile di vita - ricerca di familiarità e fattori di rischio
	Le visite successive alla prima: - rivalutazione dei parametri: PA, FC, torace, addome, ecc - rivalutazione dei problemi in corso - rivalutazione generale del paziente (abitudini, stili di vita, aspetti psicologici, etc.)
	Approfondimenti clinici
	Problematiche delle alte e basse vie respiratorie
	Problematiche gastroenterologiche
	Problematiche endocrinologiche
	Problematiche cardiocerebrovascolari
	Problematiche oftalmologiche, orl, dermatologiche
	Problematiche osteoarticolari (vita, aspetti psicologici, etc.)
	Il paziente cronico, anziano, fragile
	Il paziente con problemi neuropsichiatrici
	Il paziente terminale, le cure palliative
	La terapia del dolore cronico
	Le interazioni tra farmaci
	Le dipendenze
	La gravidanza, il post partum, IVG
	Screening preconcezionali
	Educazione ad una corretta contraccezione
	Tecniche di inseminazione/fecondazione



2

L'organizzazione del corso di Medicina Generale in Lombardia

Marinella Gallo

2.1 Come si diventa medico di Medicina Generale

Per esercitare l'attività di medico di Medicina Generale (MMG) bisogna seguire un iter formativo specifico: dopo la laurea in Medicina e Chirurgia, si frequenta un corso triennale, che si conclude con un colloquio finale per il conseguimento del diploma di formazione specifica in Medicina Generale.

Tale percorso formativo è relativamente recente se facciamo riferimento alla sua istituzione, ma superato se guardiamo ad alcuni dei contenuti formativi.

In Europa nel 1986 la Direttiva n. 86/457 constatato che «in un certo numero di Stati membri si delineava un movimento tendente a valorizzare il ruolo del medico generico e l'importanza della sua formazione», ha messo in luce il tema della formazione specifica in Medicina Generale prevedendo l'istituzione in ogni Stato membro di una formazione specifica, prevalentemente di natura pratica, a completamento della formazione minima di base che il medico deve avere.

In Italia il decreto legislativo n. 368 del 1999 ha recepito, oltre quella sopra citata, le direttive comunitarie relative al tema e ha regolato il corso nel nostro Paese, fornendo una struttura comune su tutto il territorio nazionale. Gli aggiornamenti intervenuti nel 2003 (decreto legislativo n. 277) hanno portato la durata complessiva del corso a 36 mesi, con un monte orario minimo da svolgere di 4800 ore, di cui 2/3 da dedicare alle attività formative di natura pratica. Conseguentemente sono state aggiornate le durate dei singoli periodi formativi, secondo il seguente schema (Tabella 2.1).

PERIODI FORMATIVI	MESI
Medicina clinica e Medicina di laboratorio	6
Chirurgia generale	3
Dipartimento d'urgenza	3
Dipartimento materno-infantili	4
Ostetricia e Ginecologia	2
Strutture di base dell'unità sanitaria locale	6
Ambulatorio medico di Medicina Generale	12
Totale	36

Tabella 2.1 – I periodi formativi e la durata in mesi.

Fonte: elaborazione PoliS-Lombardia art. 26 D. Lgs. n. 368/1999 e s.m.i.

Ogni periodo formativo si articola in attività pratiche e teoriche, che si integrano tra loro a livello di obiettivi didattici. Le attività teoriche prevedono la frequenza di seminari e lo svolgimento di attività dedicate allo studio guidato, a sessioni di confronto e di ricerca.

Il corso comporta un impegno a tempo pieno dei partecipanti con obbligo della frequenza di tutte le attività didattiche pratiche e teoriche programmate.

La normativa nazionale regola anche le modalità di accesso al corso: ogni anno le Regioni e le Province Autonome (PA) emanano i bandi di concorso per l'ammissione, stabiliscono il luogo e nominano una o più commissioni di esame in base al numero di partecipanti.

Il concorso, che si svolge in ogni regione nel giorno e ora fissati dal Ministero della Salute, consiste in una prova scritta con la soluzione di 100 quesiti di natura clinica a risposta multipla. Con decreto del Ministero della Salute del 29 ottobre 2021 è stato abolito il conseguimento dell'«idoneità», ossia il raggiungimento di un punteggio minimo di 60 risposte esatte per il superamento della prova, al fine di eguagliare il trattamento di accesso alle scuole di specializzazione universitaria e di garantire la massima copertura dei posti banditi. Le graduatorie sono pertanto determinate in base al punteggio conseguito nella prova scritta e alla disponibilità di posti in ciascuna Regione. Il contingente numerico da ammettere annualmente ai corsi è concordato dalle Regioni e dalle PA con il Ministero della Salute nell'ambito delle risorse economiche disponibili.

Il concorso non è l'unica modalità di accesso al corso. La legge n. 401/2000 prevede l'ammissione dei c.d. «sopranumerari», ossia coloro che risultano iscritti alla Facoltà di Medicina e Chirurgia entro il 31 dicembre 1991 e abilitati.

Nel 2019 è stato introdotto un ulteriore canale di accesso. La legge n. 60 dispone che i laureati in Medicina e Chirurgia, abilitati all'esercizio professionale, in possesso dell'idoneità a un precedente concorso e che siano stati incaricati per almeno 24 mesi nei dieci anni antecedenti, accedono al corso tramite graduatoria riservata. Tale misura, in modo semplificato denominata «Decreto Calabria», è temporanea, la possibilità di accesso con graduatoria riservata è infatti prevista sino al 31 dicembre 2022, salvo future proroghe.

Inoltre, a partire dal 2022 (Decreto-Legge n. 228 del 30 dicembre 2021) i medici della Polizia di Stato, del Corpo nazionale dei Vigili del Fuoco e degli ufficiali medici delle Forze Armate e del Corpo della Guardia di Finanza con almeno quattro anni di anzianità sono ammessi al corso fuori del contingente numerico stabilito per il triennio di riferimento. Le ore di attività svolte dai medici in favore delle amministrazioni di appartenenza sono considerate attività pratiche da computare nel monte ore del corso, rimane l'obbligo di frequenza delle attività teoriche.

Queste tre modalità di ammissione al corso non prevedono l'erogazione di una borsa di studio, che invece viene riconosciuta per le 36 mensilità di frequenza a coloro che accedono attraverso il concorso pubblico.

Al termine del triennio di formazione, la stessa commissione del concorso, integrata da un rappresentante del Ministero della Salute e da un professore ordinario di medicina interna, presidia il colloquio finale. Per arrivare a sostenere il colloquio finale, ogni tirocinante deve avere conseguito tutte le idoneità dei periodi formativi e aver svolto il programma didattico, parte pratica e teorica, nella sua completezza.

Ogni medico tirocinante discute la sua tesi dinanzi alla commissione, che formula il giudizio finale sulla base dei giudizi espressi dai tutori e dai coordinatori didattici, verifica il conseguimento delle idoneità e la completezza dei libretti formativi, ossia la raccolta di tutta la documentazione attestante il percorso svolto durante l'arco dei tre anni di formazione.

Il superamento del colloquio finale consente di acquisire il diploma di formazione specifica in Medicina Generale.

Il percorso per diventare medico di medicina si può quindi riassumere in tre macro step, di seguito rappresentati (Tabella 2.2).

1. AMMISSIONE	2. PERCORSO FORMATIVO	3. CONCLUSIONE
Concorso Graduatoria riservata DL Calabria (L. n. 60/2019) "Sopranumerari" (L. n. 401/2000) "Medici militari" (DL n. 228/2021)	36 mesi 4.800 ore di formazione: - 3.200 attività pratica - 1.800 attività teorica Conseguimento delle idoneità	Colloquio finale Conseguimento del diploma di formazione specifica in Medicina Generale

Tabella 2.2 – Percorso per diventare MMG.

Fonte: elaborazione dell'autore.

2.2 Organizzazione del corso regionale

I corsi, nell'ambito della cornice normativa nazionale, sono organizzati e attivati dalle Regioni e dalle PA. Queste definiscono l'assetto organizzativo, gestionale e amministrativo.

La dimensione organizzativa differisce quindi da regione a regione. La maggior parte gestisce direttamente il corso attraverso le direzioni generali dei relativi assessorati (Calabria, Emilia-Romagna con il Servizio Assistenza Territoriale della Regione, Molise, Marche, Piemonte, Puglia, Sicilia e Sardegna). Altre hanno un modello che possiamo definire misto, nella misura in cui la regione gestisce direttamente aspetti amministrativi e finanziari, mentre la gestione didattico-seminariale è affidata a enti, come la Campania che si avvale dell'Agenzia Sanitaria Regionale (ARSAN), il Veneto che mette in capo alla Unità Organizzativa Regionale delle cure primarie le attività di programmazione e affida alla Fondazione Scuola Sanità Pubblica la gestione dei corsi e l'erogazione delle borse di studio. La Toscana affida lo svolgimento del corso all'Azienda Universitaria Ospedaliera Meyer e alla sua struttura interna denominata Formas; la Basilicata si avvale dell'Ordine dei medici.

Altre regioni infine si avvalgono delle aziende sanitarie locali (Abruzzo, Valle d'Aosta, Lazio) o di enti dedicati: il Friuli Venezia Giulia ha il Centro Regionale di Formazione per l'area delle cure primarie (Cerfomed), la PA di Trento ha istituito la Scuola Formazione Specifica Medicina Generale, la PA di Bolzano si avvale della Onlus Fondazione Altoatesina di Medicina Generale, l'Umbria affida la gestione al Consorzio Scuola Umbra di Amministrazione Pubblica, la Liguria ha istituito il Centro Regionale di riferimento per la Formazione Specifica in Medicina Generale.

In Regione Lombardia il corso è organizzato dall'Accademia di formazione per il servizio sociosanitario lombardo (Accademia), articolazione organizzativa di PoliS-Lombardia, Istituto regionale per il supporto alle politiche della Lombardia.

Accademia è stata istituita nel 2015 con la legge regionale che ha aggiornato il Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità (L.R. n. 23/2015) con la finalità, tra le altre, di «garantire la formazione specialistica obbligatoria non universitaria [...] in particolare cura il corso di formazione specifica in Medicina Generale [...]».

Accademia ha la responsabilità della programmazione del corso e ne garantisce l'unitarietà e l'omogeneità a livello regionale; definisce i contenuti del programma didattico, le linee guida, gli standard erogativi e le regole organizzative generali.

Originariamente – ci riferiamo alle delibere regionali degli anni 2016 e 2018 – erano previsti sei Poli didattici istituiti presso sei ospedali (5 Aziende Socio Sanitarie Territoriali – ASST e 1 Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico – IRCCS), organizzati da un referente coordinatore medico di Medicina Generale con il compito di presidiare gli aspetti didattici e organizzativi, secondo le linee definite da Accademia.

Nel 2019, la delibera regionale n. 1421 ha innovato la governance regionale del corso, coinvolgendo l'intero sistema regionale.

Il cambiamento più significativo è stato assegnare la responsabilità alle Agenzie Terri-

toriali della Salute (ATS): la direzione generale di ogni ATS, divenuta sede di polo formativo, organizza l'offerta formativa territoriale e offre ai tirocinanti a essa assegnati una programmazione didattica completa con il coinvolgimento delle strutture ospedaliere e degli ambulatoriali locali (punti erogativi). La programmazione e il coordinamento del corso sono rimasti in capo ad Accademia.

Il nuovo impianto di governance vede quindi l'articolarsi di una responsabilità territoriale che ha il suo perno nelle otto ATS regionali, che implementano le attività didattiche in stretta collaborazione con il coordinatore didattico medico di Medicina Generale (uno per ogni polo formativo), i referenti ospedalieri e i referenti MMG dei punti erogativi (uno per ogni ASST/IRCSS attivati).

Un ruolo formativo importante viene inoltre svolto dai tutori medici di Medicina Generale che ospitano presso i loro ambulatori i tirocinanti per lo svolgimento del periodo di tirocinio ambulatoriale.

L'articolato sistema di governance trova un punto di sintesi nella figura del coordinatore didattico del corso e del comitato didattico, presieduto dal direttore di Accademia e che riunisce i direttori generali delle ATS, il coordinatore del corso e i coordinatori didattici MMG di polo formativo. Il comitato didattico ha le funzioni di coordinamento generale, condivisione di indirizzi omogenei, analisi dell'andamento del corso e formulazione di pareri o proposte di sviluppo.

Nello schema che segue (Figura 2.1) si riportano alcuni numeri relativi alle figure e alle strutture del corso in Lombardia.

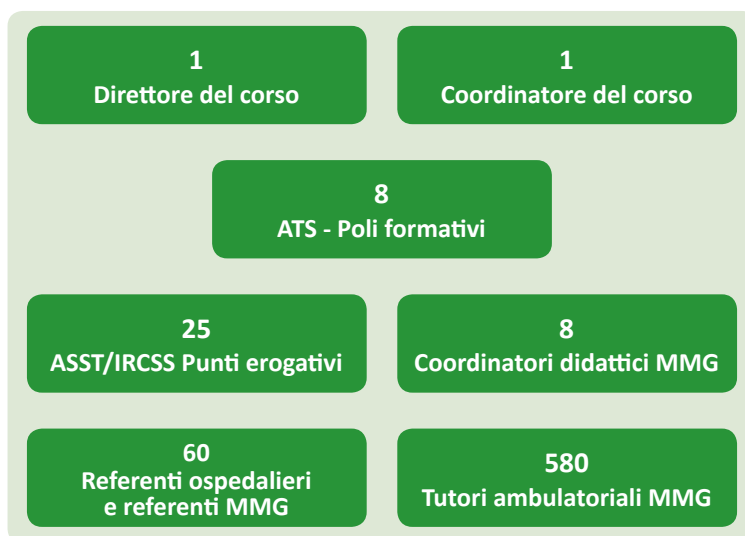
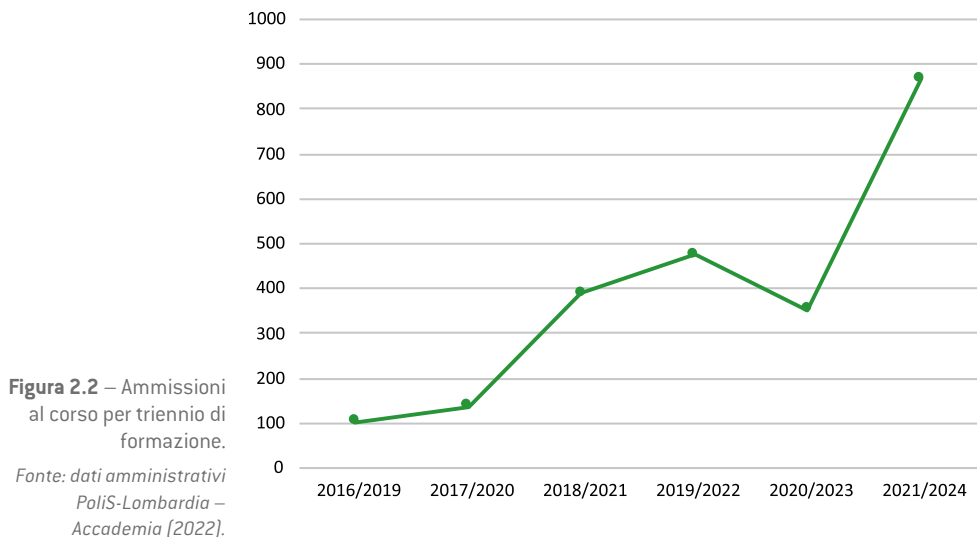


Figura 2.1 – Numeri del corso in Lombardia.

Fonte: elaborazione dell'autore.

Ogni anno, all'avvio del nuovo triennio, viene definito il numero dei posti disponibili. In regione Lombardia, a fronte di un contingente annuo che si manteneva costante a circa 100 tirocinanti per triennio, si è passati ad ammettere più di 300 tirocinanti nel triennio 2018-2021 e 476 nel triennio 2019-2022. Attualmente i medici che frequentano il corso sono 975.

La figura 2.2 sotto riportata illustra la curva dei tirocinanti a partire dal triennio 2016-2019, includendo la proiezione delle ammissioni per il triennio 2021-2024 che sarà attivato nel corso del 2022 e prevede complessivamente l'ingresso di 868 medici tirocinanti.



2.3 Le innovazioni nel corso per lo sviluppo del corso

Nell'ambito dell'impianto generale sopra descritto, possiamo rilevare che siamo in una fase che ci mette dinanzi a importanti sfide per lo sviluppo del corso. Naturalmente il tema della formazione interseca problematiche aperte, come la carenza sul territorio nazionale di medici di Medicina Generale, e temi oggetto di analisi e riflessione, come il ripensare il ruolo del medico di Medicina Generale all'interno di un rinnovato sistema di cure primarie.

Il periodo legato alla pandemia da Covid-19 ha messo in evidenza alcuni elementi. Innanzitutto, la possibilità dei medici tirocinanti di poter svolgere attività professionale e contribuire attivamente alle esigenze del sistema sanitario. Attualmente la regola generale del corso prevede un sistema di incompatibilità con attività libero-professionali e ogni tipo di rapporto convenzionale, anche di natura saltuaria o temporanea. Sono sì ammesse le guardie mediche notturne e festive, ma la *ratio* generale alla base della normativa che regola il corso è una «formazione a tempo pieno [...] in modo che il medico dedichi a tale formazione pratica e teorica tutta la sua attività professionale [...]».

Sorge così una domanda: dobbiamo considerare qualcosa di estraneo alla formazione un'attività professionale che, se guidata e monitorata, consente di mettere in pratica le conoscenze e competenze acquisite durante un percorso di studi lungo e articolato?

L'esperienza di altri Paesi ci dice che la dicotomia formazione-lavoro può essere superata. Per esempio, le esperienze del Regno Unito e del Portogallo indicano che la formazione dei medici di Medicina Generale avviene inserendo i giovani medici nell'attività lavorativa sotto il *mentoring* di colleghi esperti. Una formazione che quindi si sviluppa sul campo, con il supporto e la guida di un supervisore, consentendo ai formandi di svolgere da subito la funzione di medico.

Durante il periodo di emergenza sanitaria, la normativa ha consentito di andare in deroga al principio di incompatibilità, permettendo ai medici che frequentano il corso di assumere incarichi convenzionali.

A questo si aggiunge la possibilità, introdotta con legge n. 12 del 2019, che i medici tirocinanti acquisiscano la titolarità di un ambulatorio, ancorché temporanea sino al conseguimento del diploma e con un numero di pazienti limitato (massimo 1000 pazienti).

Sono queste aperture del sistema che il legislatore ha introdotto per dare risposte a situazioni contingenti, quali l'emergenza sanitaria e la forte carenza di medici di base. Il passo successivo è strutturare e rendere stabili tali previsioni, integrando i contenuti del corso.

Regione Lombardia ha fatto un passo in avanti in tal senso. Già con la DGR 1421/2019 ha recepito la sopracitata legge n. 12/2019, disponendo che le attività svolte nell'ambito dell'incarico convenzionale sono riconosciute ai fini del raggiungimento del monte ore di attività pratica e che tale attività deve essere svolta sotto la supervisione di un medico tutore MMG iscritto all'Elenco regionale delle cure primarie. Il comitato didattico del corso ha recepito tale previsione con il riconoscimento settimanale di dieci ore di attività pratica svolta nel proprio ambulatorio e almeno due ore di monitoraggio e accompagnamento dell'esperienza professionale con il coordinatore e i referenti didattici MMG.

Nel mese di luglio 2021 Regione Lombardia ha approvato la delibera n. 5004, in cui fornisce delle linee di indirizzo per l'aggiornamento dell'organizzazione del corso, per migliorare la qualità della formazione dei medici di Medicina Generale e meglio impiegarli nello sviluppo del sistema sociosanitario lombardo. La delibera ha una natura programmatica, necessita di un ulteriore intervento normativo per renderla attuativa. In tutti i casi delinea degli interessanti scenari di sviluppo, nella misura in cui intende riconoscere all'interno del corso, sulla linea di quanto già in attuazione, l'esperienza dei medici tirocinanti che assumono incarichi convenzionali (ambiti carenti, incarichi di sostituzione a tempo determinato) attraverso «il tirocinio professionalizzante». La chiave centrale per lo svolgimento di tale tirocinio è che i tirocinanti siano costantemente seguiti, guidati e supportati, all'interno di un quadro di regole che sono alla base del corretto svolgimento del percorso formativo-professionale. Innanzitutto, ogni incarico deve essere preventivamente autorizzato dal polo formativo e dal referente didattico medico di Medicina Generale, che ne verificano la compatibilità e definiscono la programmazione individuale delle attività.

Nello svolgimento dell'incarico, ogni tirocinante deve essere accompagnato e supportato. Il referente didattico ha la responsabilità ultima dello svolgimento del tirocinio e a lui spetta il riconoscimento dell'idoneità, ossia dell'adeguato superamento del periodo formativo. Nel monitorare l'andamento del tirocinio e garantire il costante supporto, il referente MMG si può avvalere di figure specifiche denominate «assistenti al tutoraggio», che possono seguire fino a un massimo di quattro tirocinanti contemporaneamente. È previsto inoltre che i tirocinanti svolgano sempre almeno quattro ore settimanali di confronto e monitoraggio.

In generale, il criterio che si intende affermare è che l'affiancamento al tirocinante deve essere continuo e sempre garantito dalle figure di riferimento (referente MMG, assistente al tutoraggio, ma anche referente ospedaliero), le quali devono sempre essere reperibili per ogni esigenza di confronto professionale, per risolvere casi o problemi rilevanti e urgenti incontrati dal tirocinante durante le ore di attività nel proprio ambulatorio.

Accanto al tirocinio professionalizzante, un'altra novità introdotta dalla delibera n. 5004/2021 è la valutazione. È previsto che ogni anno ciascun tirocinante sostenga un colloquio e venga valutato con voto da 1 a 10, espresso dal referente MMG e dal referente ospedaliero. In sede di colloquio finale, la commissione esaminatrice esprime la valutazione finale utilizzando la medesima scala. Accanto alle idoneità necessarie per il superamento dei periodi formativi, la volontà è quindi di inserire dei momenti di valutazione che siano innanzitutto una restituzione qualitativa al tirocinante rispetto al percorso che sta svolgendo, con la possibilità di ripetere o integrare i periodi formativi che dovessero risultare carenti.

In sintesi

Si diventa medico di Medicina Generale con il conseguimento del diploma di formazione specifica in Medicina Generale, dopo aver frequentato il corso triennale. Il corso è regolato da una specifica normativa europea, nazionale e regionale che risale al 1999, prevede un monte ore complessivo di 4800 ore, articolato in 2/3 di attività pratica e il restante di attività teorica.

Il corso si svolge a tempo pieno, si articola in periodi formativi che prevedono lo svolgimento di attività pratica presso i reparti ospedalieri, gli ambulatori territoriali e lo svolgimento di 12 mesi presso gli ambulatori dei medici di base. Si accede tramite concorso, che dà diritto alla percezione della borsa di studio, o come «soprannumerari». Il contingente numerico di ciascun triennio viene definito annualmente dalle Regioni con il Ministero della Salute, in base alle risorse disponibili.

Il corso ha subito importanti impatti a seguito della situazione emergenziale: è stato messo in evidenza il ruolo che i medici tirocinanti possono avere all'interno del sistema sanitario già durante lo svolgimento del loro percorso formativo. E proprio perché il corso punta al «saper fare» e a valorizzare l'esperienza pratica, la linea strategica che si intende perseguire in Regione Lombardia, con l'auspicio che si abbia un'evoluzione normativa nazionale, è di valorizzare tali esperienze e metterle a frutto all'interno del corso. La Regione con la deli-

bera n. 1421/2019 già riconosce le attività svolte nell'ambito degli incarichi convenzionali e ha approvato la delibera n. 5004 del luglio 2021, in cui presenta delle linee di indirizzo di sviluppo del corso, tra cui l'introduzione del tirocinio professionalizzante e meccanismi di valutazione annuali.

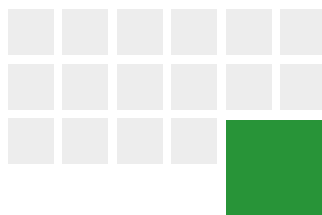
Il dibattito sul ruolo della Medicina Generale è al centro delle riflessioni sull'evoluzione e sulla riorganizzazione del Sistema sanitario nazionale e regionale. Il corso di formazione specifica in Medicina Generale dovrà seguire tale evoluzione, sfruttando la leva strategica della formazione per accompagnare tutto il sistema nel suo processo di trasformazione.

Riferimenti bibliografici

Borgonovi E. (2021), *Guardare oltre. Dialoghi per i giovani medici*, Guerini e Associati, Milano.

Colombo A. (2021), «Carenza di medici: ma per quale SSN? Dati, riflessioni e proposte dalla formazione», *Igiene e Sanità Pubblica*, 2019; 75:385-402.

Dossier FNOMCeO (2016), *Formazione specifica in Medicina Generale*.



3

Ruolo delle ATS: polo formativo

Lorella Cecconami e Claudio Sileo

3.1 Le ATS sedi di polo formativo

La Legge Regionale n. 23 del 11 agosto 2015, «Evoluzione del Sistema socio-sanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33», ha istituito le Agenzie di Tutela della Salute (ATS) e ha attribuito loro le funzioni di governo dell'assistenza primaria e di convenzionamento delle cure primarie.

La recente legge regionale n. 22 del 2021 di modifica al Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità, attribuisce alle ASST il Dipartimento delle cure primarie, lasciando alle ATS le funzioni di governo amministrativo e di convenzionamento.

All'interno delle cure primarie la figura centrale è rappresentata dal medico di Medicina Generale (MMG).

Con l'obiettivo di valorizzare il ruolo del MMG all'interno del sistema, garantendo ai tirocinanti un aumento di offerta formativa e un rapporto con i vertici del sistema stesso, tramite l'approvazione della Delibera della Giunta Regionale (DGR) della Lombardia n. XI/1421 del 25 marzo 2019 avente a oggetto «Approvazione degli indirizzi organizzativi e didattici per la progettazione attuativa del corso di formazione specifica in Medicina Generale, definizione dei massimali dei costi e del numero massimo di medici da formare nel triennio 2018/2021», si è andata a modificare l'offerta formativa del corso triennale di Formazione Specifica in Medicina Generale con il passaggio della responsabilità dell'organizzazione dei poli formativi alle direzioni generali delle ATS.

Con l'avvio delle attività didattiche del triennio formativo 2018/2021 tutte le otto ATS regionali sono diventate sede di polo formativo.

Le ATS sono pertanto passate da garantire supporto alle Aziende Sociosanitarie Territoriali (ASST) individuate come sede di polo formativo agevolando la realizzazione dei percorsi di tutoraggio nelle attività territoriali e presso ambulatori dei MMG, ad avere la responsabilità di organizzare un'adeguata offerta formativa, nel rispetto della successione dei periodi formativi e del programma definito a livello nazionale.

Le ATS organizzano il polo formativo di competenza stipulando convenzioni con le ASST e altri erogatori sociosanitari territoriali (RSA, Hospice) con ruolo attivo nell'erogazione del corso.

Ogni ATS ha provveduto a organizzare un servizio di segreteria di polo per provvedere alla gestione e al controllo della documentazione didattica del corso oltre che alla programmazione delle attività didattiche con l'identificazione dei punti erogativi.

Per quanto riguarda l'attività teorica è compito delle ATS, con il supporto del Coordinatore didattico MMG del polo, garantire la nomina dei docenti e la messa a disposizione di idonei locali che consentano l'espletamento di tali incontri; per lo svolgimento dell'attività pratica il lavoro svolto dalle segreterie del polo formativo è stato diversificato e complesso: per i periodi di tirocinio ospedaliero è stato necessario un raccordo con le ASST cui viene delegata l'organizzazione delle frequenze nei reparti ospedalieri e nelle strutture ambulatoriali territoriali; per i periodi di frequenza presso gli ambulatori dei medici di Medicina Generale le ATS, oltre a gestire la parte burocratica e a vigilare sul regolare svolgimento del periodo formativo, svolgono un ruolo centrale nel sensibilizzare i medici di Medicina Generale operanti nel territorio di competenza per la loro iscrizione nell'Elenco regionale dei formatori delle cure primarie.

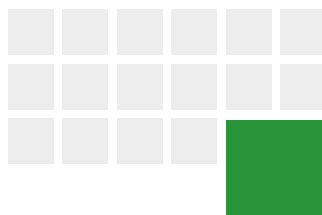
Tra i ruoli di ATS vi è inoltre la promozione di momenti di informazione e orientamento nell'ambito del percorso formativo, compresa la conoscenza delle regole del corso e della disciplina dell'incompatibilità. Tale attività, che richiede momenti di confronto tra i diversi poli formativi, si esplica anche con la partecipazione alle riunioni del comitato didattico.

Il ruolo centrale delle ATS come polo formativo è stato confermato anche nella recente DGR n. XI/5004 del luglio 2021 avente a oggetto «Approvazione delle linee guida per lo sviluppo del corso di formazione specifica per i medici di Medicina Generale e inserimento del tirocinio professionalizzante», documento nel quale vengono incrementati i compiti delle ATS sia dal punto di vista gestionale che di rapporti con i futuri MMG.

Tale documento individua l'ATS come parte attiva nel promuovere la professionalità dei corsisti all'interno del SSR. Un esempio è rappresentato dal passaggio per il corsista dal tutoraggio ambulatoriale «tradizionale» alla pratica ambulatoriale svolta come tirocinio professionalizzante: la normativa recente legata all'emergenza Covid-19 e ancora prima il D.L. 135/2018 convertito con L. 12/2019, con il successivo D.L. 35/2019 convertito con modificazioni dalla L. 25 giugno 2019, hanno consentito ai tirocinanti MMG di assumere incarichi riconoscibili ai fini del percorso formativo. In questo processo diventa fondamentale il ruolo di ATS e la sua funzione di governo dell'assistenza primaria.

In sintesi

A partire dalla DGR n. 1421/2019 le otto ATS di Regione Lombardia sono diventate sede di polo formativo, con la responsabilità di organizzare un'adeguata offerta formativa territoriale attraverso l'individuazione delle sedi dei punti erogativi dove svolgere le attività pratiche e il presidio della formazione teorica prevista dal programma del corso. L'obiettivo di tale riorganizzazione è quello di valorizzare il ruolo del MMG all'interno del sistema rafforzandone il legame territoriale.



4

Ruolo delle ASST: punto formativo di erogazione

Claudio Rossetti

4.1 Le ASST sedi dei punti formativi di erogazione

Perché la frequenza in ospedale deve essere prevista nella formazione di un medico di Medicina Generale? La domanda di partenza dovrebbe essere in realtà: che tipo di medico generale vogliamo nel futuro? Riflettendo su questo tema di fondo possiamo meglio inquadrare il ruolo degli ospedali nel percorso formativo del futuro medico generale.

I percorsi clinici dei pazienti si svolgono in modo articolato fra il proprio domicilio e le strutture sanitarie che meglio possono rispondere alle necessità cliniche che variano nel tempo. Il paziente passa quindi da necessità gestibili a domicilio a fasi acute che prevedono un ricovero cui segue una dimissione con eventuale riabilitazione in un processo che per il paziente deve essere gestito con fluidità e continuità. Partendo da questa considerazione generale, un tema abbondantemente trattato negli ultimi anni è la «continuità ospedale-territorio» sottolineando proprio la necessità di garantire al paziente la sicurezza di un accompagnamento continuo nelle necessità cliniche che via via si modificano. Per una presa in carico completa del paziente da parte del medico di Medicina Generale è quindi necessaria una visione complessiva del suo iter sanitario. In questa prospettiva principale va inserita quindi la formazione presso strutture ospedaliere. Il programma formativo, quindi, non viene centrato sulla preparazione specialistica considerando che dal punto di vista clinico i tirocinanti sono laureati e abilitati alla professione medica e spesso già svolgono o hanno svolto attività clinica sul territorio come sostituti o in servizi di guardia medica per esempio. Non si tratta quindi di preparare medici solo all'esercizio di un'attività clinica di base ma di

preparare medici di Medicina Generale a seguire pazienti sul territorio avendo una visione utile per l'inquadramento verso le cure specialistiche se necessario, condividere il percorso specialistico e garantire successivamente una continuità clinica domiciliare. La formazione ospedaliera per i futuri medici di Medicina Generale deve essere anche la premessa per un ruolo clinico dei medici di Medicina Generale all'interno delle strutture ospedaliere. Un modello in realtà che è stato in uso nel passato e che si è perso nella definizione forse troppo schematica dei ruoli e delle responsabilità. Nel passato invece i medici di Medicina Generale erano presenti anche nei reparti ospedalieri e seguivano i propri pazienti ricoverati interagendo con i medici specialisti ospedalieri di riferimento. Questo modello andrebbe ripreso adattandolo alla situazione attuale, andando incontro alla realizzazione concreta della desiderata «continuità ospedale-territorio». Sono tante le implicazioni di questo approccio e la formazione è solo una parte delle questioni da affrontare anche se è naturalmente essenziale e costituisce anzi il punto di partenza. La preparazione di una nuova generazione di medici (ospedalieri e non) che abbiano una visione della professione medica non confinata agli spazi definiti come ospedale o come ambulatorio di Medicina Generale ma che abbiano una visione allargata della cura al paziente è una sfida che chiede la collaborazione di molti attori: i formatori; i responsabili ospedalieri; i medici di Medicina Generale, anche quelli non coinvolti direttamente nella formazione ma che dovranno partecipare all'evoluzione del ruolo professionale; e infine, non meno importanti, i tirocinanti che siano motivati al processo di rinnovamento continuo della propria futura professione. Questo approccio si deve inserire in una realtà dove i bisogni del paziente siano centrali e guidino l'organizzazione sanitaria nella propria evoluzione, mentre oggi troppo spesso le convenienze organizzative condizionano e limitano le attività dei diversi ruoli sanitari. La definizione del ruolo degli ospedali nella formazione dei tirocinanti in Medicina Generale è una questione che viene affrontata non solo in Italia ma anche in ambito europeo. In un documento del 2018 pubblicato da Euract (European Academy of teachers in general practice/family medicine) su «European Training requirements for GP/FM specialist training» viene trattato anche il ruolo della formazione ospedaliera del medico di Medicina Generale. A pagina 10 e 11 in particolare al capitolo 5 «Where should training be organized?» si dice «As stated above the essential part (at least 50% of the training) should take place in GP setting...This is in line with the educational principle of workplace based learning, i.e. within patient care (on the job learning). However, important and specific outcomes can also be acquired in hospital setting.» Inoltre, «Training in hospitals posts should add to the trainees knowledge of: [...] giving insights into the interface between primary and secondary care». In un documento specifico di Euract del 2013 intitolato «Euract statement on hospital posts used for training in General Practice/Family medicine» viene meglio dettagliato questo importante obiettivo. Testualmente:

However, GP/FM trainees also need to acquire specific competencies that in most countries are most easily obtained in the hospital settings. These competencies are typically grouped in two categories:

- management of patients and conditions that are less frequently seen in GP/FM, but where it is essential that the GP/FM trainee is competent with regard to diagnosis, prognosis and appropriate treatment and investigation.
- development of skills and attitudes necessary to cooperate as future GP/FM practitioners with hospital specialists in the diagnosis and treatment of patients requiring combining care».

Questo ultimo è il punto più rilevante considerando che un numero crescente di pazienti avranno bisogno di un approccio di cura integrato fra ospedale e territorio sia prima e soprattutto dopo il ricovero. Riuscire ad arrivare a una cooperazione fra medici di Medicina Generale e specialisti ospedalieri è un traguardo certo ambizioso ma irrinunciabile. Non basta comunque la sola formazione. È naturalmente necessario che si crei un quadro normativo che dia gli strumenti organizzativi per il medico di Medicina Generale così formato e per il medico specialista ospedaliero in modo che possano agire non come solo atto volontario sia pure lodevole ma con strumenti operativi di sistema. Per questo è da programmare un ruolo formale per il medico di Medicina Generale in ospedale così come sul territorio per il medico ospedaliero specialista. In questo senso vanno considerati ruoli più permeabili, comunque inseriti nel sistema sanitario regionale in modo programmato e ordinato. In prospettiva andrà anche riconsiderata la possibilità di un passaggio di ruolo fra medici di Medicina Generale e medici specialisti ospedalieri. A oggi questo passaggio non è possibile perché i titoli acquisiti non sono considerati equivalenti in Italia. L'equiparazione consentirebbe inoltre ai medici di Medicina Generale di svolgere ruoli anche in ambito ospedaliero o comunque di estendere la propria attività. Un'equiparazione consentirebbe anche nella fase formativa un ruolo diverso anche per i tirocinanti di Medicina Generale. Attualmente, infatti, a differenza dei medici specializzandi, possono svolgere nei vari reparti solo un ruolo osservazionale mentre agli specializzandi sono consentite alcune funzioni sia pure sotto supervisione di un tutor e con identificazione del ruolo. Nella prospettiva di arrivare a una reale interazione fra i diversi ruoli dei medici di Medicina Generale e medici ospedalieri, deve essere riconsiderato il piano formativo e gli obiettivi dello stesso. Attualmente viene posta molta enfasi su aspetti tecnici inerenti alle competenze cliniche da acquisire da parte del tirocinante, mentre la collaborazione e interazione fra operatori di cure primarie e secondarie ha margini per essere ulteriormente promossa. È bene considerare inoltre che il ruolo della Medicina Generale è poco conosciuto dai medici che durante il corso di laurea non vengono a conoscenza se non in forma elementare dell'organizzazione del sistema sanitario e del ruolo della medicina territoriale con le sue articolazioni di responsabilità. Come emerge anche dai documenti di Euract questo è un aspetto rilevante e sarebbe da modulare meglio in funzione dell'obiettivo, cioè la pratica del medico di Medicina Generale. A questo proposito, per esempio, andrebbero meglio bilanciate le frequenze dei reparti specialistici. La frequenza in area chirurgica, per esempio, deve essere vista in funzione del ruolo del medico di Medicina Generale, che non riguarda sicuramente la sala operatoria ma piuttosto le attività ambulatoriali e il post

ricovero del paziente operato, solo per fare un esempio in ambito chirurgico. Al contrario andrebbe sviluppata la frequenza in aree di tipo medico, in particolare per patologie croniche degenerative, per la riabilitazione, per il monitoraggio delle patologie in fase post acuta. Sono molti gli esempi possibili da citare. Le cure palliative domiciliari e la terapia del dolore sono presenti nel piano formativo, ma andrebbero meglio rappresentate. Stessa considerazione per la cura di malattie croniche e nella riabilitazione delle fasi post acute. Da un maggior coinvolgimento del medico di Medicina Generale in questo ambito ne gioverebbe la gestione complessiva del paziente. Oltre alle competenze cliniche aggiornate come si è sopra discusso, deve essere assolutamente introdotta una modalità di formazione sull'interazione tra medici di Medicina Generale e medici ospedalieri. In questo senso il piano formativo e la definizione del ruolo dell'ASST come punto erogativo deve tenere conto dell'evoluzione organizzativa del Sistema sanitario regionale in relazione anche alle modifiche dei bisogni sanitari. In questo senso l'esperienza maturata con la pandemia da Coronavirus deve essere uno stimolo di riflessione. La mancanza di un'interazione strutturata fra medici di Medicina Generale e medici specialisti ospedalieri è stata rilevata come un punto debole del sistema che necessita di un superamento. In questa interazione devono essere inserite anche altre figure professionali, in particolare gli infermieri di famiglia, che dovranno avere un ruolo necessariamente collegato ai medici di Medicina Generale e ai medici specialisti ospedalieri. Questa interazione deve essere costruita e in questo senso la formazione gioca un ruolo fondamentale. Il piano formativo deve avere la flessibilità di adattarsi con rapidità alle modifiche organizzative in corso. Il posizionamento, per esempio, dell'ASST come riferimento anche per i medici di Medicina Generale pone in modo diverso l'ASST anche nell'ambito formativo durante il tirocinio dei futuri medici di Medicina Generale. L'ASST non sarà in questo caso solo un punto erogativo per la formazione di competenze cliniche ma diventa anche il luogo di riferimento organizzativo per il futuro medico di Medicina Generale. È un ruolo nuovo per le ASST che dovrà naturalmente riflettersi anche nella fase formativa dei medici di Medicina Generale. Le ASST dovranno maturare una maggiore responsabilità per attività territoriali che non si svolgono solo nel perimetro fisico dell'ospedale. In parte questo è già in opera con la gestione di alcune attività territoriali con presidi extra ospedalieri e con funzioni come l'Assistenza domiciliare integrata. Certamente l'inserimento delle attività dei medici di Medicina Generale modificherà il ruolo delle ASST e d'altra parte anche i medici di Medicina Generale avranno una posizione organicamente inserita nella struttura di ASST che ora viene spesso percepita come estranea. È evidente che inserire il tirocinio dei futuri medici di Medicina Generale in questo scenario in evoluzione ha un significato molto diverso rispetto solo a pochi anni fa. In generale sarebbe auspicabile poter svolgere il programma formativo per i medici di Medicina Generale in un unico ambito superando la distinzione troppo schematica fra ospedale (inteso come ASST) e territorio (inteso come ambulatorio di Medicina Generale). Attualmente questa distinzione è frutto di una visione consolidata che si è tradotta in modelli organizzativi e normativi. Il processo di integrazione fra le diverse funzioni deve rendere più permeabile questa separazione e di conseguenza la formazione dei medici di Medicina

Generale e dei medici specialisti dovrà essere aggiornata. È evidente che alcune attività resteranno di pertinenza strettamente ospedaliera, in particolare quelle legate alle fasi acute della malattia, alle procedure interventistiche, ma tutta l'attività post acuta e preventiva è un terreno dove costruire modalità operative nuove e integrate. Il ruolo dell'ASST come riferimento territoriale è sicuramente in evoluzione. Il ruolo di ASST come punto erogativo per la formazione dei medici di Medicina Generale, di conseguenza, si deve modificare non limitandosi al trasferimento di competenze tecniche ma ponendosi come riferimento anche organizzativo per l'integrazione fra cure primarie e secondarie.

In sintesi

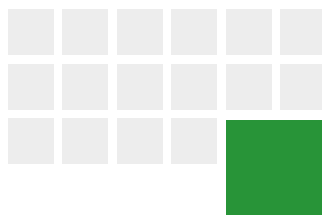
Il posizionamento dell'ASST come riferimento per i medici di Medicina Generale pone in modo diverso la stessa ASST durante la formazione pratica dei futuri MMG: non si tratta di preparare medici solo all'esercizio di un'attività clinica di base ma di prepararli a seguire i pazienti sul territorio, avendo una visione delle cure specialistiche e garantendo una continuità clinica domiciliare.

Per andare incontro alla realizzazione concreta della desiderata «continuità ospedale-territorio», si potrebbe tornare a promuovere, come nel passato pur adattandolo alla situazione attuale, un modello di formazione ospedaliera che prepari i futuri MMG ad assumere un ruolo all'interno delle strutture ospedaliere. Il ruolo di ASST come punto erogativo per la formazione dei medici di Medicina Generale si deve perciò modificare, non limitandosi al trasferimento di competenze tecniche ma ponendosi come riferimento anche organizzativo per l'integrazione fra cure primarie e secondarie.

Riferimenti bibliografici

European Academy of Teachers in general practice (EURACT), «Euract Statement on hospital posts used for training in general practice/family medicine», Graz, Austria, 5 April 2013, DOI:10.13140/RG.2.2.29288.14084.

Michels N., Maagard R, Buchanan J., Scherpbier N., «Educational training requirements for general practice/family medicine specialty training: recommendations for trainees, trainers and training institutions», *Education for primary Care*, 2018, vol. 29, Issue 6, pp. 322-326, DOI: 10.1080/14739879.2018.1517391.



5 I tutori

Giorgio Carlo Monti

5.1 Il tutor

La figura di tutor viene istituita in Italia con la legge n. 341 del 1990 «Riforma degli ordinamenti didattici universitari». In base a tale normativa ogni università avrebbe dovuto provvedere a istituire il tutorato con lo scopo di:

- orientare e assistere gli studenti lungo tutto il corso degli studi;
- rendere gli studenti partecipi del processo formativo;
- rimuovere gli ostacoli a una proficua frequenza dei corsi;
- collaborare con gli organismi di sostegno al diritto allo studio.

Nonostante le aspettative nei confronti di questo provvedimento, che poteva diventare un elemento riformatore delle università, la figura del tutor non si è diffusa molto. I docenti hanno continuato a svolgere la loro funzione accademica, gli studenti raramente lo hanno richiesto.

Un settore in cui la figura del tutor è comparsa maggiormente è quello della formazione universitaria delle professioni sanitarie, in cui sono apparse due tipologie di tutor: il *tutor didattico o d'aula* e il *tutor clinico*. Il primo come facilitatore dell'acquisizione di competenze intellettive e gestuali, il secondo quale facilitatore dell'acquisizione di competenze in ambito professionale. Nella formazione delle professioni sanitarie si è reso evidente, nel tempo,

quanto l'apprendimento in ambito professionale fosse indispensabile per finalizzare gli apprendimenti intellettivi fornendo autonomia e consapevolezza.

«L'apprendimento in ambito professionale si riceve dalla comunità professionale. Le persone che imparano non ricevono né costruiscono conoscenze astratte, oggettive e individuali, che peraltro molto spesso hanno già acquisito in sede accademica, piuttosto imparano a comportarsi come membri di una comunità, là dove la conoscenza assume significato» (Sasso et al., 2015).

Il tutor che opera in ambito formativo professionalizzante deve possedere capacità di sostegno, osservazione, guida, facilitazione perché a lui competono attività di:

- gestione del percorso formativo;
- insegnamento attivo;
- gestione delle criticità (organizzative, relazionali ecc.);
- supporto psicologico;
- valutazione;
- supporto alla comprensione delle contraddizioni del sistema (dicotomia pratica/teoria, complessità clinica/organizzativa, certezze/incertezze, EBM/buona pratica clinica ecc.).

Con il Decreto Legislativo n. 368, il 17 agosto 1999 venne istituito e regolamentato il corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale che prevede, nello svolgimento delle attività pratiche presso le strutture ospedaliere e gli studi del medico di famiglia, l'affiancamento a ogni tirocinante di un tutor clinico e di un tutor MMG. Il tutor clinico ha il compito di guidare il tirocinante durante il periodo di attività pratica presso le unità operative specialistiche. È un professionista sanitario che, senza tralasciare i compiti collegati al proprio profilo professionale, si dedica alla formazione dei tirocinanti di Medicina Generale nell'ambito in cui opera per un periodo stabilito dal programma didattico. I suoi compiti principali sono:

- far apprendere al tirocinante le caratteristiche strutturali e funzionali dell'unità operativa in cui si svolge il tirocinio pratico attraverso l'osservazione diretta di casi reali;
- identificare i bisogni formativi individuali, in particolare i *take home message*: ciò che a un futuro medico generale può servire sapere e saper fare, dalla diagnosi alla terapia, nell'affrontare problematiche di ambito specialistico;
- far acquisire gestualità specialistiche di utilità nella pratica della MG;
- facilitare il processo di apprendimento;
- valutare il tirocinante alla fine del periodo previsto;
- creare le basi per un costruttivo rapporto ospedale-territorio secondo le metodologie del «cliente interno».

L'orientamento al cliente interno (l'operatore a valle è il tuo cliente) è indispensabile per migliorare i processi interfunzionali, per esempio il medico generale è il cliente interno dell'ospedale quando richiede in modo appropriato una visita specialistica o un ricovero, lo specialista lo è quando invia al medico generale il referto completo quale consulente e/o il foglio di dimissione.

Il tutor MMG è un medico di Medicina Generale che ha il compito di garantire il corretto svolgimento del tirocinio ambulatoriale; è un facilitatore di apprendimento che, attraverso metodologie e strumenti operativi, accompagna il giovane medico dall'inizio alla fine del suo percorso d'inserimento, con l'obiettivo di trasmettere la ricchezza conoscitiva della professione (know how) di medico generale, mantenendo un equilibrio tra sviluppo di competenze tecniche e sviluppo di competenze comportamentali. Il tutor si impone come agente facilitante della crescita professionale del tirocinante e come tale progetta, gestisce e controlla il corretto apprendimento delle competenze richieste al giovane per avere un'adeguata performance lavorativa, oltre a presidiare i momenti di riflessione ed elaborazione dell'esperienza svolta.

Le caratteristiche che identificano l'agire di questa particolare figura tutoriale sono:

- lo spazio d'azione condiviso, ovvero «la pratica», nel quale i saperi di colui che conosce il mestiere si confrontano con quelli di colui che muove i primi passi;
- il «riconoscere» l'altro, attribuirgli un valore e un potere d'agire, potenziandone così il cammino verso la definizione di un'identità professionale;
- «l'accompagnamento», postura fondamentale di chi «cammina con... per andare verso... al ritmo dell'altro». Proprio questa accezione consente di assegnare un significato specifico alla relazione di aiuto, di sostegno, che si instaura tra accompagnatore e accompagnato (Magnoler, 2017).

5.2 Il ruolo del tutor clinico nel tirocinio professionalizzante

Il tirocinio in Medicina Generale in un recente passato era basato sull'acquisizione del sapere procedurale ovvero gli atti professionali che il MG esegue pressoché quotidianamente, le incombenze della MG che attengono prevalentemente alla sfera burocratica e organizzativa, le modalità con le quali il medico gestisce le relazioni collettive, la relazione personale tra medico e cittadino. Questa attività prevalentemente osservazionale da parte del tirocinante solo in minima parte consentiva l'acquisizione di capacità atte all'individuazione delle priorità e della sequenza decisionale degli interventi clinico-diagnostici. La soluzione pratica sul campo, che è cosa diversa dalla soluzione teorica, si individua solo con il passaggio da un tirocinio tradizionale basato sul *sapere clinico-procedurale* a un tirocinio professionalizzante basato sul *sapere clinico-esperienziale* che consenta al giovane medico di familiarizzare con le metodologie di problem solving e priority setting.

Il percorso formativo del tirocinio professionalizzante della Medicina Generale si deve pertanto basare su una metodologia esperienziale efficace ed efficiente che si può schematicamente articolare in quattro fasi (Figura 5.1):

- 1) *Osservazione Riflessiva*. Osservare, ascoltare, raccogliere e riflettere sulle sensazioni e i comportamenti emersi durante l'esperienza;
- 2) *Concettualizzazione Astratta*. Comprendere e schematizzare concetti e abilità, enfatizzando l'analisi del dato e l'organizzazione sistematica delle informazioni;
- 3) *Sperimentazione Attiva*. Applicare e verificare le conoscenze e competenze acquisite in situazioni nuove, focalizzandosi sui risultati ed enfatizzando gli aspetti emozionali e relazionali;
- 4) *Esperienza Concreta*. Discutere e analizzare l'esperienza vissuta nell'ambito del laboratorio formativo (ambulatorio medico), trasformando ogni sperimentazione in skills professionali e auto-consapevolezza.



Figura 5.1 – Accompagnamento formativo del tutor clinico nel tirocinio professionalizzante.

Fonte: Kolb e Fry, 1984 (rielaborazione dell'autore).

Seguendo così le quattro fasi che lo compongono, dalla semplice osservazione di «nuove cose» si possono acquisire, sviluppare e migliorare competenze e abilità che, sperimentate e verificate, si traducono in esperienza professionale.

Il corso base per tutor clinici di un tirocinio professionalizzante deve pertanto perseguire le seguenti finalità:

- qualificare i professionisti che svolgono funzioni tutoriali in ambito sanitario;
- acquisire i principi generali della pedagogia, con riferimento all'educazione degli adulti in ambito sanitario;
- acquisire le competenze indispensabili per saper diversificare la propria attività di formatore in base alle esigenze del singolo discente assumendo di volta in volta il ruolo di tutor, mentore o coach;
- facilitare l'integrazione della dimensione individuale, organizzativa e sociale del medico in formazione;
- utilizzare criticamente le diverse metodologie e strategie tutoriali a disposizione nella formazione per personalizzare ogni intervento formativo;
- saper individuare nuovi percorsi di formazione sul campo rivolti a specifici contesti organizzativi;
- implementare metodologie di valutazione e di autovalutazione dei processi formativi applicate sia al tutor che al tirocinante.

5.3 Tutor, mentore, coach

Nell'accompagnare il tirocinante nel suo percorso formativo professionalizzante il ruolo del tutor clinico è fondamentale e sarà determinante se oltre alle competenze tradizionali il tutor avrà acquisito quella capacità di adattamento creativo che gli consentirà, nelle quattro fasi di crescita del tirocinante, di svolgere compiti diversi: oggi tutor, domani mentore, in un futuro prossimo coach.

Il tutor nella tradizionale educazione personalizzata è la figura di riferimento di un gruppo ristretto di discenti a lui affidati; era nel passato l'insegnante prevalente cui spettava il coordinamento di una classe; nell'accezione moderna, invece, l'insegnante è per definizione tutor, nella misura in cui non impartisce lezioni dalla cattedra, ma affianca, sostiene, guida lo studente che è il vero protagonista dell'apprendimento.

Nella pratica odierna invece il tutor spesso assume un ruolo che va ben oltre quello tradizionale, non più solo insegnante ma mentore dell'allievo. Il ruolo di mentore fa chiaro riferimento al rapporto tra Mentore e Telemaco, due personaggi dell'*Odissea* di Omero. Mentore era infatti per Telemaco una guida saggia ed esperta, funzionale alla crescita del ragazzo. Pertanto «il mentore è una persona che ha maturato molte esperienze e che, proprio per questo, può risultare utile nell'offrire aiuto e 'protezione' a un giovane allievo». Il mentoring viene utilizzato nei confronti dei giovani, in quanto facilita i processi di socializzazione e il trasferimento delle competenze.

L'attività di mentoring quindi si sostanzia in «consigli, scambio di informazioni, discussioni, sostegno e incoraggiamento. Nella prospettiva della persona, l'individuo può trarre apprendimento, sviluppo personale e di carriera, una migliore comprensione del contesto

organizzativo, insieme a una più forte consapevolezza» (Gabrielli, 2010).

Il tirocinante che si giova di un'attività di mentoring è chi:

- dimostra comportamenti standard e prestazioni nella media su basi continuative;
- ha le capacità e il potenziale per migliorare la qualità/quantità delle prestazioni, ma necessita di ulteriori esperienze e training;
- non riesce ancora a raggiungere le prestazioni attese perché ha poca esperienza;
- richiede specifiche istruzioni in aree di abilità/conoscenze per sviluppare la necessaria volontà e capacità per raggiungere le prestazioni attese;
- richiede un'attenta supervisione;
- ha difficoltà ad assumersi responsabilità al momento a causa del suo attuale livello di conoscenze e abilità;
- non è capace di apportare miglioramenti di sua iniziativa;
- ha bisogno di essere affiancato, in situazioni critiche, per ottenere significativi miglioramenti delle prestazioni;
- le preoccupazioni riguardo alle sue performance sono collegate più a conoscenze e abilità che a problemi comportamentali e attitudinali.

Nella fase successiva del percorso formativo molti tirocinanti possono dimostrare di:

- ottenere prestazioni sopra la media;
- richiedere un basso livello di supervisione;
- fare un uso efficace del tempo;
- essere proattivi e sapersi assumere responsabilità;
- avere eccellenti capacità comunicative;
- dimostrare un alto livello di competenze nella maggior parte delle situazioni;
- essere aggiornati nelle conoscenze e capacità richieste per svolgere il proprio lavoro.

In questa fase è indispensabile far emergere la fiducia e la consapevolezza dei propri mezzi affinché il giovane medico raggiunga il suo massimo rendimento attraverso un processo autonomo di apprendimento.

Nella visione maieutica socratica dell'insegnamento non si può insegnare la verità, perché questa risiede nell'anima, e per questo motivo Socrate non cercava di inculcare le proprie idee nei suoi discepoli, ma piuttosto li aiutava a trovare una loro verità. La maieutica socratica non è l'arte di insegnare ma di aiutare.

Il tutor coach è colui che aiuta il tirocinante a incrementare la sua abilità nel raggiungere i propri obiettivi e alti livelli di performance durante lo svolgimento della sua attività. Egli fornisce metodi e strumenti per sviluppare le potenzialità del giovane medico e cercare di aumentare la sua motivazione.

Il coaching lavora sul gap, cioè lo spazio che intercorre fra un punto e l'altro. Ciascuno ha un gap da colmare, quindi un pezzo di strada da fare per raggiungere uno stato desiderato che non appartiene ancora alla sua esperienza di vita attuale.

Il coaching è una relazione paritetica in cui «maestro» e «discepolo» sono posti sullo stesso piano, è un metodo molto concreto, fondamentalmente orientato all'azione.

Si focalizza sulla costruzione del futuro, senza escludere il passato, è centrato sulla progettualità e l'elaborazione di soluzioni utili alla realizzazione di una nuova e futura condizione professionale, piuttosto che sull'analisi delle esperienze passate o delle cause degli insuccessi.

In sintesi

La figura di tutor che prende forma è un facilitatore dell'apprendimento che ha una responsabilità non solo intellettuale, ma anche etica e professionale. La natura interpersonale della relazione tra il tutor e il discente, infatti, permette la trasmissione di modelli professionali e orienta il tirocinante verso modalità operative di «vissuto professionale». L'evoluzione comportamentale del tutor applicata alle fasi di crescita durante il tirocinio pratico rappresenta lo strumento formativo principe per motivare il medico in formazione a dare il meglio di sé nel fornire alti livelli di performance.

Riferimenti bibliografici

Gabrielli G. (2010), *People Management*, Franco Angeli, Milano.

Kolb D.A., Fry R. (1975), «Towards an applied theory of experiential learning», in Cooper C., *Theories of Group Process*, John Wiley, London.

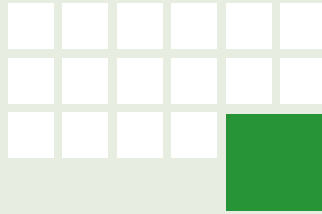
Magnoler P. (2017), *Il tutor: funzione, attività, competenze*, Franco Angeli, Milano.

PoliS-Lombardia, «Guida al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale in Lombardia», ottobre 2020.

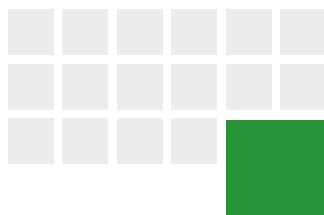
Reggiani M. (2000), «Coaching, mentoring e dintorni: i mille percorsi dell'apprendimento», in *I luoghi dell'apprendimento* a cura di Amietta P.L., Franco Angeli, Milano.

Sasso L., Lotti A., Gamberoni L. (2015), *Il tutor per le professioni sanitarie*, Carocci, Firenze.

Whitmore J. (2009), *Coaching, come risvegliare il potenziale umano nel lavoro, nello sport e nella vita di tutti i giorni*, Unicomunicazione.it.



L'organizzazione didattica



6

Il tirocinio ospedaliero

Sergio Berra e Luciano Fugazza

6.1 La struttura del tirocinio ospedaliero

Il termine «Primary Health Care» esprime la complessità e l'importanza di un ruolo di cui la recente esperienza pandemica ha documentato indispensabilità e fragilità: l'assistenza primaria in Italia si è trovata protagonista suo malgrado di complessità cliniche che di riflesso hanno ulteriormente migliorato le traiettorie di formazione dei nuovi medici di Medicina Generale.

Transizione epidemiologica, inverno demografico, multietnicità devono necessariamente essere nuove conoscenze per le future generazioni di medici di Medicina Generale e il tirocinio ospedaliero ne è parte proponente e indispensabile nel piano di studi.

Il percorso didattico teorico/pratico ospedaliero è ispirato al principio dell'«imparare-facendo», con apertura alle nuove acquisizioni scientifiche nonché alle più recenti tecniche della formazione per il MMG.

Durante questo periodo quindi lo studente deve acquisire competenze di diagnosi e cura delle malattie nei diversi setting (ambulatori specialistici, unità operative, pronto soccorso), nel rispetto delle evidenze scientifiche e dell'efficacia degli interventi.

Tali competenze sono da considerarsi come l'insieme delle conoscenze (sapere), delle capacità pratiche (saper fare) e delle capacità relazionali (saper essere) indispensabili per essere medico di Medicina Generale.

Il periodo di formazione ospedaliera corrisponde a 2210 ore sul totale complessivo del corso di 4800 ore ed è articolato per cinque giorni la settimana (dal lunedì al venerdì) con un impegno orario di 26 ore settimanali per l'attività pratica. Oltre a queste ore sono

previste 4 ore settimanali di studio individuale (studio guidato) a supporto dell'esperienza formativa pratica.

Lo studio guidato è sempre seguito dal tutor ospedaliero di area che, assegnando argomenti clinici specifici, interagisce poi con lo specializzando portando la propria esperienza. Lo studio guidato può rappresentare un'importante occasione per condividere un approccio diagnostico terapeutico assistenziale tra medico di famiglia e medico specialista, finalizzato a creare le condizioni per un continuum tra cure domiciliari, ambulatoriali, ospedaliere. Allo stesso modo lo studio guidato può permettere la discussione e il confronto su casi clinici di interesse della Medicina Generale, osservati dal punto di vista del medico di famiglia e dello specialista.

A completamento dell'orario settimanale pratico ospedaliero, sono previsti due seminari teorici di quattro ore ciascuno, svolti dai tutor o specialisti di area, nei quali vengono trattati argomenti clinici con una stesura di impostazione rivolta alla futura pratica del MMG e non relazioni di dotta argomentazione accademica.

È indispensabile che queste ore di frequenza ospedaliera siano le più produttive e formative e risulta, per esperienza, che non debbano essere necessariamente svolte in modo continuativo, ma è più consona l'alternanza tra frequenza ospedaliera (reparti/ambulatori) e il tirocinio territoriale presso medici tutor MMG e strutture di base per un totale complessivo di 1800 ore (imparare-facendo).

Il percorso di formazione ospedaliera è suddiviso e articolato per ciascuna area clinica: medicina interna, chirurgia generale, dipartimento d'urgenza, dipartimento materno infantile, ostetricia e ginecologia.

6.2 I contenuti e le finalità

L'esperienza del tirocinio pratico si svolge durante la normale attività lavorativa ospedaliera e non deve modificarla nelle modalità e nei tempi. Deve quindi essere arricchente e orientata alle necessità professionali di un futuro MMG, deve accrescere le competenze cliniche soprattutto alla pratica ambulatoriale nei diversi setting delle cure, ma anche permettere di instaurare una rete di relazioni inter-professionali e quindi competenze relazionali, tali da garantire appropriatezza e continuità di cura ai pazienti. A tal fine è utile, pur nel rispetto della normativa vigente, privilegiare il setting ambulatoriale nel tirocinio ospedaliero, dove il medico potrà intercettare i casi che necessitano di approfondimento diagnostico e di monitoraggio, e con particolare riferimento agli ambulatori dedicati alle patologie croniche.

Particolare attenzione deve essere posta a favorire la frequenza delle strutture di pronto soccorso, dove spesso vengono trattati pazienti di competenza della Medicina Generale. Aree di interesse sono inoltre le degenze internistiche, che ricoverano pazienti la cui gestione è tipicamente integrata tra ospedale e cure primarie, e quei reparti dove il corsista possa apprendere anche tecniche assistenziali e metodologie diagnostiche.

Pertanto, la formazione specialistica è orientata secondo un modello orizzontale, vario, trasparente e attento alle esigenze di formazione dello specializzando mantenendo come

obiettivo principale l'attuazione di un'attività pratica professionalizzante e non osservazionale.

A ogni tirocinante viene assegnato un tutor ospedaliero di area individuato di concerto tra il referente ospedaliero del corso e il direttore del reparto che andrà a frequentare.

Compiti del tutor sono quelli di accogliere il tirocinante, introdurlo e seguirlo nel reparto o ambulatorio, ma soprattutto quello di stimolare momenti di apprendimento pratico indirizzati alle problematiche cliniche coerenti con gli obiettivi formativi del corso. Il suo incarico si completa poi supportando e fornendo feedback costruttivi al tirocinante con una valutazione finale del periodo svolto, comprendente il livello di apprendimento raggiunto ed eventuali suggerimenti integrativi.

Il tirocinio ospedaliero è quindi indirizzato e svolto inoltre, per fornire gli elementi per l'approccio strumentale di primo livello per l'ecografia polmonare, addominale, internistica e vascolare, alle basi interpretative dell'ecocardiografia e all'interpretazione di un tracciato spirometrico nonché alla lettura di un elettrocardiogramma.

Non da ultimo il percorso ospedaliero si completa con elementi pratici fondamentali (che l'università generalmente non dà): saper eseguire un'emogasanalisi, saper posizionare un sondino naso-gastrico con il corretto controllo del posizionamento, ma anche saper eseguire un semplice prelievo di sangue o praticare una medicazione complessa.

Tutto ciò è un completamento dell'esperienza professionale e pone quindi le basi per imparare a saper lavorare in gruppo, mi riferisco in special modo con il personale infermieristico, ma anche con altri professionisti della salute. Tali capacità saranno poi utili nella medicina di gruppo, nelle case della salute, nella prevenzione e promozione della salute.

Una formazione quindi rivolta al futuro dove l'implementazione delle proprie conoscenze sia teoriche che pratiche, l'uso della multimedialità, la simbiosi con gli specialisti ospedalieri potrà fornir loro validi strumenti di pratica quotidiana e certezze per il complesso ma gratificante ruolo di medico di Medicina Generale.

In sintesi

Il tirocinio ospedaliero è parte fondamentale del tirocinio pratico ed è necessario per completare e rafforzare le conoscenze e le competenze del futuro medico di Medicina Generale.

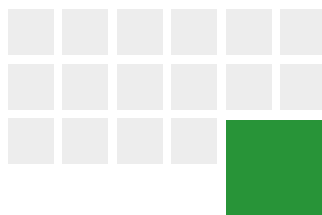
Per tale motivo devono essere privilegiate le occasioni formative dove il ruolo del medico di Medicina Generale opera inevitabilmente attraverso la collaborazione e l'integrazione con gli specialisti, con particolare attenzione alla cronicità.

La condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, da approfondire nel corso dei momenti di studio guidato, rappresenta una solida base per consolidare un percorso integrato di cura.

La tecnologia e la competenza specialistica presente in ospedale può facilitare l'acquisizione da parte del medico di Medicina Generale di tecniche e competenze diagnostiche e assistenziali (ecografia, elettrocardiografia, diagnostica respiratoria ecc.).

Il ruolo del referente ospedaliero e l'individuazione di tutor ospedalieri competenti e motivati è essenziale per il conseguimento degli obiettivi formativi individuati.

Da ultimo, ma di straordinaria rilevanza, è l'aspetto comunicativo e relazionale che si coltiva nella frequentazione delle strutture ospedaliere, formativo per l'attività multiprofessionale del medico di Medicina Generale ed essenziale nella gestione dell'attività di cura.



7

Il tirocinio professionalizzante

Ovidio Brignoli

7.1 Definizione e finalità del tirocinio professionalizzante

L'entrata nelle realtà professionali fin da tirocinanti costituisce un'occasione per proiettarsi nel futuro ruolo professionale, per sperimentare in un contesto ancora protetto, per integrare i modelli teorici appresi con i modelli di azione richiesti nell'incontro con l'altro, con le culture professionali e con l'organizzazione del lavoro nel suo complesso.

L'esperienza del tirocinio professionalizzante costituisce un'opportunità per lo sviluppo professionale; prevede l'affiancamento del medico tirocinante a un professionista esperto in contesti sanitari specifici, al fine di apprendere le competenze previste dal ruolo professionale.

Il tirocinio professionalizzante si propone di far acquisire competenze professionali, sviluppa processi di elaborazione e integrazione delle informazioni e la loro trasformazione in competenze. Questo significa realizzare identità e appartenenza professionale.

Attraverso il tirocinio il medico in formazione supera l'immagine idealizzata della professione e il tirocinio diviene strumento di verifica della scelta effettuata.

Attraverso il tirocinio il medico in formazione viene a contatto con contesti organizzativi dove sperimenta le relazioni lavorative, i rapporti interpersonali, i valori, le abilità, i modi di essere. L'attività di tirocinio porta all'acquisizione di competenze professionali che determinano la costruzione di un professionista in possesso di capacità relazionali e socio-culturali, abilità tecniche e competenze cliniche.

7.2 La proposta lombarda del tirocinio professionalizzante

La necessità di assistenza medica durante il periodo di emergenza Covid-19 ha portato al ricorso ai tirocinanti iscritti al corso triennale in Medicina Generale, i quali sono stati ingaggiati all'interno del sistema assistenziale per andare incontro alle esigenze del territorio nel pieno di una profonda crisi sanitaria. Il Covid-19 ha portato alla concretizzazione di quanto già da tempo auspicato dal corso di formazione in Regione Lombardia: avvicinare fin da subito i medici tirocinanti al mondo del lavoro e metterli nelle condizioni di praticare la professione in autonomia ma sempre sotto la supervisione di medici esperti.

Nello specifico la normativa ha consentito ai tirocinanti MMG di assumere incarichi, compatibili e riconosciuti come attività pratica integrando così la dimensione professionalizzante con quella formativa.

L'esperienza, inizialmente dedicata soltanto al periodo emergenziale, è stata valutata positivamente a tal punto da considerarla come parte integrante del percorso formativo del tirocinante fin dal primo anno. La modifica alla normativa proposta prevede, infatti, la possibilità di assegnare ai corsisti ambiti carenti e incarichi di sostituzione a tempo determinato di medici di Medicina Generale convenzionati con il Servizio sanitario nazionale della durata di almeno 6 mesi continuativi. L'incarico assunto dal tirocinante è riconosciuto nell'ambito del periodo formativo «Ambulatorio MMG» e «Struttura di base (medicina territoriale)» previsti dal programma del corso. Per questo motivo sono riconosciute solamente le ore di attività ambulatoriale, corrispondenti al monte ore di attività pratica e studio guidato per i periodi formativi sopra indicati.

Per favorire la conoscenza dei servizi e della rete dei professionisti sul territorio, è preferibile vincolare gli incarichi agli ambiti di competenza dell'ATS o del polo formativo nel quale il tirocinante frequenta il corso.

Affinché l'apertura dell'ambulatorio e la sua gestione sia sostenibile economicamente dal medico tirocinante è stata avanzata la proposta relativa all'aumento del massimale di assistiti (fino a 1000 pazienti) per i tirocinanti che assumono incarichi negli ambiti carenti. Al fine di equiparare, anche dal punto di vista economico, l'esperienza di tirocinio professionalizzante a quella del lavoro in convenzione con il SSR, si è ritenuto necessario avanzare la proposta di riconoscere al medico tirocinante titolare di incarichi di sostituzione o di ambiti carenti degli stessi incentivi riconosciuti al lavoro in libera professione, per esempio la quota per la medicina di gruppo e quella per il personale di studio.

La regola generale che sta alla base dell'esperienza di tirocinio professionalizzante è che questo non comprometta il normale svolgimento del programma didattico previsto dal corso di formazione. Il tirocinante è infatti tenuto a frequentare regolarmente tutte le attività previste dalla programmazione didattica: seminari teorici, tirocinio ospedaliero, studio guidato, sessioni di confronto con il tutor e il coordinatore. Solo in questo modo sarà possibile garantire una solida e completa preparazione dei futuri medici di Medicina Generale.

7.3 Il tirocinio professionalizzante: aspetti pratici

Il tirocinio professionalizzante, in quanto parte integrante del percorso formativo del tirocinante iscritto al corso triennale, deve attenersi alle regole previste dalla normativa regionale che stabilisce tempi, modalità di svolgimento, responsabilità e criteri di valutazione dell'attività pratica ambulatoriale.

Il tirocinio professionalizzante è attivabile a discrezione del tirocinante, e comunque sempre previa approvazione da parte del proprio referente MMG e del direttore del polo formativo, a partire dal primo anno di iscrizione al corso. A tale attività, che costituisce parte integrante del percorso formativo previsto dal programma didattico, sono riconosciute 10 ore settimanali di pratica e 4 ore di attività da svolgere con un tutore. Gli argomenti affrontati durante le ore settimanali di confronto e monitoraggio, da computarsi nelle ore di studio guidato, vanno registrate e descritte nel registro quotidiano delle attività. La compilazione è svolta dal referente MMG, che ha la funzione di tutore del tirocinio, o dall'assistente al tutoraggio, del quale il referente può avvalersi anche per la programmazione didattica, la verifica del regolare svolgimento dei periodi formativi e per la firma delle schede di idoneità relative al periodo di sua responsabilità. Il referente MMG o l'assistente al tutoraggio devono garantire il costante affiancamento del tirocinante impegnato nello svolgimento del tirocinio professionalizzante. Il referente MMG organizza il supporto in modo che lui o altre figure di riferimento autorevoli (assistente al tutoraggio, referente ospedaliero) possano sempre essere contattate dal tirocinante in caso di problemi o dubbi rilevanti e urgenti incontrati durante le ore di attività in convenzione.

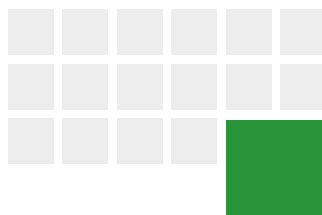
La responsabilità ultima del tutoraggio è in capo al referente MMG, che controfirma la documentazione e assegna con il direttore del polo formativo l'idoneità finale, previo colloquio individuale annuale. In caso di lacune formative o mancato raggiungimento degli obiettivi formativi previsti, il referente MMG e l'assistente al tutoraggio possono prevedere il recupero attraverso la frequenza di attività integrative utili a colmare le carenze accertate in fase di colloquio.

Il percorso di tirocinio professionalizzante non è vincolante per la scelta dell'ambito di esercizio dell'attività lavorativa in convenzione. Al termine del percorso didattico, infatti, il tirocinante potrà partecipare alle scelte per l'ambito territoriale secondo le regole attualmente vigenti.

In sintesi

L'esperienza del Covid-19 ha messo in rilievo la centrale importanza di formare figure che siano in grado di accompagnare le persone sul territorio attivando reti e assistenza. Per rispondere a tale necessità, all'interno del corso di formazione in Medicina Generale della Lombardia, è stata attivata l'esperienza di tirocinio professionalizzante che ha consentito ai tirocinanti MMG di assumere, fin dal primo anno, incarichi compatibili e riconosciuti ai fini

del percorso formativo, facendoli contribuire significativamente ai bisogni espressi dal SSR e al contempo integrando la dimensione professionale con quella formativa. Il tirocinio professionalizzante prevede un monte ore stabilito che consente la regolare frequenza delle altre attività previste dal programma didattico. Fanno parte integrante del tirocinio momenti di confronto con figure del sistema esperte che si rendono disponibili in modo continuativo a fornire assistenza e supporto al tirocinante durante le ore di attività in convenzione.



8

Introduzione a una nuova didattica

Daniela Malnis e Giulia Parisi

8.1 Introduzione

La norma che regola il corso sottolinea l'importanza del tirocinio pratico come esperienza di apprendimento del saper fare, ma non offre puntuali indicazioni sulle metodologie didattiche, né sulle tematiche oggetto della parte teorica.

Dal 2016 il corso lombardo ha elaborato con i coordinatori MMG un programma standard che individua per tutti i poli un set di temi, obiettivi formativi, problemi da risolvere e pratiche da acquisire. Nella guida del corso questo programma è offerto come il set minimo di conoscenze e pratiche che i tirocinanti hanno il diritto-dovere di acquisire nel corso dei tre anni.

Da allora molto è cambiato, sia nel corso, sia nel sistema. Da qui, negli ultimi due anni, abbiamo provveduto a una ulteriore rivisitazione. Qualsiasi cambiamento del corso e del programma non può che nascere dalla consapevolezza condivisa che è necessario, che è tempestivo, che è coerente con i cambiamenti dell'intero sistema.

Ogni cambiamento, inoltre, deve porre le sue basi sulle esperienze positive degli anni precedenti, sulle riflessioni dei coordinatori didattici, sulle richieste dei corsisti, passati e attuali, proponendo una sintesi, da sottoporre continuamente a monitoraggio e verifica, delle diverse posizioni.

La proposta di questa «evoluzione» del modello didattico nasce da due anni di riflessioni e confronti, promuovendo la più ampia partecipazione e contributo di idee e suggerimenti.

8.2 La didattica

Una delle prime esigenze sollecitate dagli studenti e dai coordinatori didattici è stata la necessità di strutturare e organizzare la presentazione di alcuni argomenti in modo organico.

Si è scelto, in questa prima fase, di programmare i seguenti corsi:

- 1) Politica e management sanitario;
- 2) Igiene, prevenzione e promozione della salute;
- 3) Geriatria;
- 4) Cronicità e presa in carico;
- 5) Riabilitazione;
- 6) Farmacologia;
- 7) Cure palliative;
- 8) Terapia del dolore;
- 9) Salute mentale e dipendenze;
- 10) Etica, deontologia professionale e comunicazione.

La rivisitazione ha cercato di tenere conto della rilevanza delle problematiche per la Medicina Generale e della trattazione, spesso inevitabilmente parziale, delle stesse nel corso degli studi universitari.

Ogni corso è stato progettato a partire dai seminari presenti nella guida didattica, opportunamente aggiornati e integrati.

Per ogni corso sono stati definiti due responsabili scientifici, individuati tra gli specialisti maggiormente esperti dell'argomento e tra i medici di Medicina Generale con competenza e interesse sulla tematica, in grado di riportare i contenuti specialistici allo specifico della Medicina Generale.

I referenti sono responsabili dei contenuti del corso, della preparazione del materiale, del coordinamento con i docenti, della valutazione.

Le modalità didattiche adottate sono la lezione frontale, la discussione di casi clinici e di aspetti organizzativi e gestionali, a piccoli gruppi, in aula, l'elaborazione di materiale e approfondimenti da parte di corsisti che lavorano in équipe, fruibili da parte di tutti i corsisti anche tramite la preparazione di FAD, lo studio guidato di documenti, normative, linee guida, articoli scientifici, propedeutici alla trattazione degli argomenti in aula.

Le lezioni, centralizzate o periferiche, vedono la compresenza di docenti medici di Medicina Generale e specialisti, a confermare l'approccio integrato al tema trattato.

I corsi sono suddivisi nelle diverse annualità, in maniera coerente con i tirocini proposti, alcuni si sviluppano lungo 2 o 3 anni di corso.

Centralità e periferia

I corsi sopraelencati sono programmati attraverso seminari centralizzati, online, e lezioni d'aula condotte in ogni polo didattico.

I seminari centralizzati, fruibili da tutti i poli didattici, permettono un'uniformità di contenuti e presentazione e l'ingaggio di medici di Medicina Generale e specialisti, anche docenti universitari, con elevata competenza e comprovata vocazione didattica.

Sono inoltre facilmente accessibili da parte dei corsisti, spesso impegnati anche in attività di tirocinio e di lavoro.

Le lezioni d'aula, che sono destinate alla singola classe e in ogni polo didattico, permettono una proficua discussione tra corsisti e con i docenti, l'approfondimento di temi e delle modalità organizzative dei servizi territoriali.

Obiettivo non secondario degli incontri nei diversi poli è la conoscenza diretta tra futuri medici di famiglia, gli specialisti di quel territorio, i colleghi medici di Medicina Generale, relazioni indispensabili a una efficace gestione della professione e dell'assistenza ai pazienti.

A livello periferico vengono trattati tutti i temi di clinica, con particolare attenzione allo studio di casi clinici e alla presentazione degli argomenti con riferimento alla specificità della Medicina Generale.

Teoria e pratica

L'equilibrio tra gli apprendimenti teorici e la sperimentazione pratica di quanto acquisito è fondamentale per una formazione finalizzata al «saper fare».

L'esercitazione pratica è necessario complemento di tutti i corsi proposti ed è specifica nei corsi di:

- Elettrocardiografia;
- Ecografia;
- Diagnostica espiratoria;
- BLS e BLS-D.

Il tirocinio formativo si svolge in diversi setting: lo studio del medico di Medicina Generale, l'ambulatorio e/o il reparto specialistico, i servizi territoriali.

La comunicazione

La capacità di comunicare è fondamentale nell'agire del medico ed è elemento trasversale nei diversi corsi.

Pertanto, oltre a essere trattata in uno specifico corso, è argomento presente in ognuno dei moduli.

La comunicazione, oltre ad approfondire etica e deontologia professionale, è declinata nei suoi diversi aspetti:

- relazione medico paziente e famiglia;
- comunicazione tra colleghi;
- comunicazione con gli operatori sanitari non medici e con i diversi servizi, anche non sanitari;
- relazione con gli specialisti;
- comunicazione con i collaboratori.

8.3 La valutazione

Quello della valutazione del percorso formativo del medico tirocinante in Medicina Generale è senz'altro uno degli aspetti centrali della didattica del corso e forse quello che a oggi necessita maggiormente di un ripensamento.

In letteratura si è consolidata la distinzione tra i principali ambiti della valutazione della formazione; tali ambiti sono legati tra di loro da un nesso di causa-effetto, ovvero: il gradimento da parte dei destinatari costituisce un presupposto per l'apprendimento, che a sua volta può generare una ricaduta sull'impianto didattico stesso e sulla proposta formativa offerta dai docenti individuati.

Nell'ambito della formazione in Medicina Generale, la valutazione è volta a osservare, analizzare, interpretare e giudicare aspetti che riguardano tanto i tirocinanti che partecipano all'intervento formativo, quanto l'Accademia di formazione di PoliS e le singole ATS che organizzano il corso sul territorio, curandone gli aspetti di didattica. Si tratta, infatti, di tenere sotto controllo variabili chiave in funzione di criteri di efficienza, efficacia e qualità della formazione.

Attualmente il medico in formazione accede al corso di formazione attraverso un test di ingresso nazionale composto da 100 domande a risposta chiusa su temi di clinica medica che gli aspiranti MMG dovrebbero aver acquisito durante il percorso universitario. Il conseguimento di questa prova apre le porte al corso di formazione specifica in Medicina Generale, nel corso del quale il tirocinante è sottoposto al giudizio di coordinatori didattici e referenti ospedalieri che certificano il raggiungimento degli obiettivi didattici minimi. La misurazione effettiva del livello di apprendimento permette di stabilire in modo più preciso e realistico il giudizio attribuito alle conoscenze del tirocinante rispetto a uno specifico tema. La valutazione dell'apprendimento nella Medicina Generale richiede la definizione puntuale degli obiettivi educativi specifici individuati nelle minimal skills, che corrispondono a obiettivi di apprendimento circa compiti professionali con stretta attinenza alle peculiarità della MG.

Oltre alla valutazione di tipo certificativo, che ha l'obiettivo di legalizzare il percorso fatto al termine del triennio, nel setting della MG la valutazione formativa è altrettanto importante

in quanto permette di orientare il processo formativo a seconda dei bisogni dei tirocinanti. La valutazione formativa ha infatti molteplici scopi, che vanno dall'informare il discente sul proprio livello di apprendimento, al fornire al docente informazioni utili circa l'efficacia della didattica fino ad accrescere la relazione tra discenti e docenti, proponendosi come stimolo alla condivisione e alla riflessione.

La valutazione del tirocinio ambulatoriale

Con l'avvio del percorso di formazione per formatori tutor MMG, è stato avviato un processo di ridefinizione della valutazione nell'ambito della didattica del corso MMG a partire dall'esperienza di tirocinio ambulatoriale che il tirocinante è chiamato a svolgere per 12 mesi all'interno del percorso triennale.

Le riflessioni fatte dai tutor hanno evidenziato come la valutazione debba essere messa a tema già nel primo contatto e considerata come parte integrante del progetto formativo, frutto della relazione che si viene a stabilire tra tutor e tirocinante.

Quello della valutazione è un momento molto importante per il tirocinante ma anche per il tutor. Permette infatti di:

- verificare il raggiungimento degli obiettivi didattici previsti dal periodo formativo;
- confrontarsi circa il soddisfacimento dei bisogni formativi impliciti ed espliciti del tirocinante;
- ottenere un feedback sull'efficacia dell'intervento formativo proposto.

Le modalità di compilazione prevedono tre diversi momenti:

- 1) valutazione iniziale: verifica delle competenze iniziali del tirocinante;
- 2) valutazione intermedia: verifica dell'andamento dell'apprendimento con possibilità di ridefinizione degli obiettivi o riflessione su eventuali criticità;
- 3) valutazione finale: verifica del raggiungimento degli obiettivi formativi e confronto rispetto alla valutazione iniziale.

La valutazione dei seminari

Tradizionalmente il corso non ha previsto strumenti di valutazione degli apprendimenti di quanto proposto con le lezioni teoriche. Semmai era prevista la valutazione inversa: il tirocinante attraverso un apposito questionario di customer valutava la qualità dell'intervento formativo del docente, l'interazione con l'aula, la disponibilità al confronto, il materiale didattico proposto e così via. Il questionario di customer resta senz'altro uno strumento fondamentale per il miglioramento continuo dell'offerta formativa proposta, ma a tale rilevazione si è rite-

nuto doveroso aggiungere anche una vera e propria valutazione degli apprendimenti. L'introduzione dei nuovi moduli didattici organizzati centralmente da un gruppo di coordinamento tecnico-scientifico per ogni area tematica individuata, ha permesso di introdurre un ulteriore momento valutativo legato all'esperienza seminariale.

A ogni docente coinvolto nei moduli è stato richiesto di individuare alcune domande specifiche dell'argomento discusso in aula, andando così a costituire un set di domande specifiche per ogni modulo. Il questionario di apprendimento viene somministrato ai tirocinanti al termine delle lezioni del modulo.

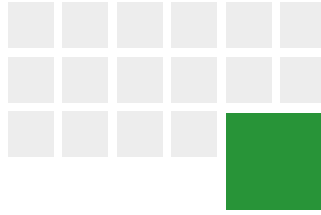
Le valutazioni raccolte dai questionari di apprendimento sono uno strumento utile sia al tirocinante, per avere contezza del proprio livello di apprendimento e per sanare eventuali lacune, sia al docente per ottenere un feedback sull'efficacia della didattica proposta e per impostare momenti di recupero o di riflessione aggiuntiva nel caso in cui non fossero stati raggiunti gli obiettivi minimi di apprendimento. Le valutazioni su ciascun modulo, in aggiunta alle schede di valutazione compilate dai tutor circa l'esperienza di tirocinio, andranno a costituire il portfolio con il quale il tirocinante si presenterà per l'esame finale del corso di formazione. I risultati ottenuti saranno presi in considerazione in fase di prova finale per esprimere un giudizio di merito del percorso formativo del tirocinante, oltre ovviamente alla valutazione dell'elaborato finale presentato tramite un'esposizione orale.

In sintesi

La necessità di rivedere il percorso formativo didattico si fonda su alcune considerazioni condivise:

- la necessità di riorganizzare i seminari secondo una logica organica, integrando e completando gli argomenti proposti;
- l'opportunità di offrire una formazione omogenea e uniforme su tutto il territorio, al fine di costruire una base di conoscenze e competenze comuni;
- l'utilità di approfondire tematiche cliniche, organizzative e gestionali indispensabili per il medico di Medicina Generale e non sufficientemente approfondite nel corso degli studi;
- la possibilità di ingaggiare docenti tra i maggiori esperti della materia, sia specialisti sia medici di Medicina Generale, per garantire una formazione di elevata qualità;
- la progettazione dei corsi condivisa tra specialisti e medici di Medicina Generale, per assicurare che i diversi argomenti siano trattati coerentemente con i bisogni formativi del medico di Medicina Generale;
- l'occasione di creare una comunità tra i discenti dei diversi poli didattici, che potrà tradursi in una vera comunità di pratica;

- l'inserimento di elementi di valutazione degli apprendimenti che, oltre a evidenziare eventuali lacune nelle conoscenze e orientare i docenti a una didattica sempre più orientata ai bisogni formativi, introduce l'abitudine a una valutazione funzionale al confronto e al miglioramento continuo.



9

I seminari periferici e di sistema

Giulia Parisi e Angelo Rossi

9.1 I seminari periferici

L'attività didattica teorica integra e completa il percorso formativo dell'attività pratica ospedaliera e territoriale, con lo scopo di fornire al medico in formazione gli strumenti, le conoscenze e le competenze per affrontare i più diversi problemi che si incontrano nella pratica quotidiana, attraverso approfondimenti, attività d'aula, di studio e di ricerca.

Sono tutt'ora validi la suddivisione delle attività teoriche in lezioni d'aula (seminari, sessioni di ricerca, sessioni di confronto) e attività in campo ed extra-aula (studio guidato, progetti di ricerca), così come gli obiettivi generali dei percorsi formativi previsti dalla guida del corso:

- consolidare le conoscenze di interesse per il medico di Medicina Generale nell'area tematica specifica di riferimento di ciascun modulo e acquisire aggiornamenti;
- acquisire le capacità per affrontare i problemi posti dai pazienti trasformando il sapere in comportamento lavorativo efficace nei diversi contesti clinici;
- effettuare un corretto iter decisionale diagnostico-terapeutico;
- saper gestire le situazioni cliniche acute e croniche in ambulatorio e a domicilio;
- conoscere e utilizzare i criteri di appropriatezza nel processo di cura;
- identificare quando e come rivolgersi alle strutture specialistiche;
- affrontare e discutere con il docente casi clinici significativi.

Oggetto dei seminari sono i temi previsti dal piano di studi; si svolgono a cura dei docenti

MMG o medici ospedalieri, medici delle ATS, esperti della materia e prevedono, in relazione al tema programmato, differenti metodologie didattiche, privilegiando tuttavia la massima interattività d'aula. Bisogna infatti considerare alcuni presupposti metodologici e supporti alla didattica che dovranno essere utilizzati durante i seminari periferici, che per definizione dovranno essere interattivi, in quanto momento di creazione dell'integrazione territoriale.

Supporti alla didattica e metodologia

La lezione «classica» con docente che svolge l'argomento e discenti «passivi» non determina miglioramenti formativi significativi. L'approccio tradizionale all'insegnamento medico infatti è quello dell'istruzione, teso a trasmettere le informazioni dall'insegnante ai discenti, considerati recipienti passivi: insegnare è riempire una tazza vuota. La relazione che si viene a creare è tendenzialmente paternalistica, dove l'insegnante sa ciò che è giusto per il discente e quest'ultimo non ha diritto di replica. Questo approccio viene messo in crisi dal modello dell'educazione. Educare significa letteralmente «tirare fuori», «allevare», e si riferisce alla posizione dell'insegnante che tiene conto delle caratteristiche dell'adulto che si presenta ad apprendere autonomo, con tutto il bagaglio delle sue esperienze precedenti. Un ultimo approccio pedagogico importante oggi è quello della formazione, che pone al centro l'esperienza e la riflessione sull'esperienza da parte del professionista. Inoltre, uno degli obiettivi fondanti la formazione medica è il miglioramento della performance dei professionisti, cioè della reale capacità di realizzare un atto professionale, e non tanto il miglioramento della capacità teorica di realizzare una prestazione al di fuori del contesto reale, e tanto meno di migliorare le conoscenze. Le performance sono determinate da componenti che si situano nei tre campi dell'apprendimento, il sapere, il saper fare e il saper essere. Per ognuno di essi esistono tecniche specifiche che favoriscono l'apprendimento. Le tecniche formative devono essere adeguate alle aree di apprendimento.

Le varie tecniche formative – lavoro in piccoli gruppi; discussione in plenaria; project work; questionario; studio individuale; griglia di analisi; caso; role playing; dimostrazione; esperienza guidata; simulazione; esecuzione diretta/saggio; tema, descrizione, progetto; mappa concettuale – vanno tutte nella direzione indicata e potranno essere utilizzate e integrate secondo le necessità formative specifiche.

Tutte le tematiche contenute in ciascun modulo devono essere affrontate in aula da parte dei docenti, MMG e specialisti, privilegiando l'approccio per problemi. Nello svolgimento del programma deve essere garantita un'approfondita e puntuale conoscenza dei modelli organizzativi con riferimento al sistema lombardo. Il coordinatore MMG con il referente ospedaliero e il coordinatore MMG di polo erogativo declinano i singoli seminari avendo cura di trattare tutti gli argomenti evitando sovrapposizioni.

Sessioni di ricerca

Si svolgono in aula e sono organizzate dagli stessi docenti delle attività seminariali, ma prevedono la preparazione preliminare della lezione da parte dei medici tirocinanti, attraverso

una ricerca bibliografica e la raccolta di eventuale materiale, che saranno poi presentate e discusse con il docente durante la sessione d'aula. Possono altresì essere svolte dai tirocinanti che frequentano lo stesso periodo formativo su un argomento oggetto di approfondimento e ricerca presso ATS, ASST, servizi sociosanitari ecc.; al termine di tale lavoro, ciascuno è tenuto a presentare il proprio contributo ai colleghi tirocinanti.

Sessioni di confronto

Fanno parte delle attività d'aula e possono essere gestite dai tutori ospedalieri, MMG e/o dai coordinatori MMG del polo. Prevedono un confronto interattivo tra il docente e i discenti sul tema scelto e si sviluppano attraverso un percorso didattico che prevede la presentazione del problema e successivamente l'analisi e la discussione di casi clinici, oppure somministrazione di questionari, griglie di valutazione ecc. Possono essere utilizzate anche per la valutazione di percorso a cura del coordinatore MMG di polo e/o del referente ospedaliero.

Studio guidato

Viene affidato al medico tirocinante da parte del tutore il compito di approfondire, studiare e discutere un argomento, tema o caso clinico affrontato durante lo svolgimento delle differenti attività pratiche. Lo studio guidato si svolge presso gli spazi dedicati del polo formativo e presso l'ambulatorio MMG.

Progetti di ricerca

Durante il percorso formativo del triennio è prevista la partecipazione dei medici in formazione ad attività di ricerca clinica e metodologica, pertinente ai contenuti della Medicina Generale.

A questo proposito, la frequenza presso gli ambulatori di Medicina Generale e le ATS, unitamente alla consultazione di banche dati e archivi (SBBL ecc.), rappresentano un'opportunità rilevante al fine della preparazione dell'elaborato per il colloquio finale. Il responsabile scientifico di tali attività è il coordinatore didattico MMG di polo formativo.

Project work

Possono essere proposti al termine di un modulo didattico per rappresentare il grado di competenza e autonomia raggiunto dai discenti. Possono avere come oggetto problematiche cliniche o organizzative-gestionali, con l'obiettivo di individuare specifiche modalità di approccio al problema. Possono essere individuali o elaborati in piccoli gruppi (max. 4/6 discenti).

Gli obiettivi di tale modalità formativa non saranno solo cognitivi:

- formare gli specializzandi al lavoro in team, presupposto per la costituzione delle aggregazioni territoriali;

- formare gli specializzandi a effettuare lavori di ricerca, audit, valutazione dei dati e formazione;
- formare gli specializzandi alla comunicazione/formazione per piccoli e grandi gruppi;
- fornire materiale/idee di ricerca per la realizzazione delle tesi;
- fornire materiale/idee per la gestione/evoluzione del sistema delle cure primarie.

FAD

Per garantire omogeneità all'interno del percorso formativo, l'Accademia di PoliS-Lombardia intende realizzare delle formazioni in FAD curate dai docenti coinvolti nelle attività seminariali e supervisionate dai coordinatori del corso, rispetto a tematiche di particolare rilevanza per la formazione dei futuri medici di Medicina Generale. Tali FAD, rispondono ad altri due obiettivi: estendere la formazione a un numero sempre maggiore di tirocinanti e promuovere una didattica agile che, pur mantenendo elevata qualità dei contenuti, permetta ai tirocinanti di conciliare lo studio teorico con l'attività pratica che sono chiamati a esercitare fin dal primo anno di corso sul territorio come medici di Medicina Generale sotto la supervisione del tutor.

9.2 I seminari di sistema

La formazione per il medico laureato in medicina che sta frequentando il corso per diventare medico di Medicina Generale rappresenta un tema strategico da affrontare, attraverso il quale è possibile orientare la Medicina Generale del futuro. La sfida della formazione per professionisti che già hanno avuto occasione di operare esercitando la professione, è quella di incentivare un cambiamento nei comportamenti operativi dei professionisti stimolando la motivazione a migliorarsi, mettendo in discussione, se necessario, le proprie convinzioni e il proprio *modus operandi* ormai consolidato. Allenare la capacità di riflettere sulle questioni e generare un pensiero alternativo a ciò che abitualmente viene proposto, è uno degli obiettivi che il corso di formazione per MMG in Lombardia si propone per gli iscritti al corso. La didattica proposta all'interno del programma formativo negli ultimi anni ha seguito un processo di definizione di tipo partecipato, in cui l'esperienza dei tirocinanti è stata valorizzata al fine di favorire l'emergere di problemi e bisogni di approfondimento che hanno orientato la definizione degli obiettivi didattici.

Grazie a questo approccio, attraverso una rilevazione dei fabbisogni formativi dei tirocinanti mediante strumenti per rilevare criticità e proposte di miglioramento per la didattica del corso (vedi cap. 20), è emersa l'esigenza di affrontare temi di più ampio respiro che sollecitassero un pensiero forte su temi considerati centrali dai tirocinanti.

Nell'ambito della formazione del medico di Medicina Generale vi sono alcuni temi che non vengono trattati nel percorso universitario, ma che necessitano di essere affrontati per meglio comprendere la professione per la quale ci si sta formando e per imparare a muoversi

all'interno del sistema sanitario sia esso regionale, nazionale o internazionale. Accanto ai seminari di carattere clinico, vicini alle esigenze di apprendimento tecnico dei tirocinanti, sono stati organizzati seminari che riguardano aspetti più ampi, nella consapevolezza che entrambi questi aspetti siano imprescindibili nella formazione dei futuri medici di Medicina Generale. Abbiamo chiamato tali momenti formativi «seminari di sistema» con l'intento di restituire il concetto della trasversalità dei temi affrontati e della loro interconnessione con ampie aree del bagaglio di conoscenze che dovrebbe possedere il medico di Medicina Generale.

Con la pandemia da Covid-19 è stato necessario ripensare alle modalità di erogazione della didattica al fine di garantire sia la sicurezza dei discenti sia la qualità della proposta formativa. La pandemia ha infatti svolto il ruolo di acceleratore di innovazione, portando a un ripensamento della didattica, imponendo modalità di insegnamento che precedentemente non sarebbero state possibili. I seminari online organizzati a partire da maggio 2021 sono stati interamente organizzati dai tirocinanti, protagonisti del corso di formazione, per sfruttare appieno la possibilità di confronto e dialogo con professionisti che, a vario titolo, contribuiscono a migliorare il sistema di cure. Gli incontri si sono infatti rivelati uno strumento utile per condividere idee ed esperienze grazie alla partecipazione di massimi esperti o professionisti di altre nazionalità che, nella modalità di didattica in presenza, sarebbe stato più oneroso e complesso coinvolgere. I seminari centralizzati online hanno infatti permesso a tutti i tirocinanti del corso di formazione di partecipare in contemporanea all'incontro formativo, avendo la possibilità di prendere parola per fare domande direttamente al relatore o di scrivere i propri commenti condividendoli con i compagni nella chat della piattaforma utilizzata per la videoconferenza.

La richiesta di organizzare seminari su questioni di frontiera per la Medicina Generale nasce anche dalla necessità di consentire ai tirocinanti di prendere spunti per la stesura dell'elaborato finale che viene loro richiesto in sede di esame di idoneità al termine del triennio di corso.

L'emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da Covid-19 interpella il futuro del Sistema sanitario nazionale per capire come costruire e migliorare la Medicina Generale di domani. A questo scopo il contributo dei tirocinanti del corso di formazione specifica in Medicina Generale è stato ritenuto decisivo. Tra i temi trattati durante i seminari universalistici o «di sistema» si è scelto di affrontare argomenti che riguardano il posizionamento del medico di Medicina Generale all'interno del sistema di cure e il cambiamento culturale che deve inevitabilmente accompagnare il ripensamento della figura del medico di Medicina Generale, anche a fronte dell'attuale periodo storico in cui la pandemia ha messo ancora più in evidenza l'importanza delle cure sul territorio coordinate dal medico di famiglia. Siamo quindi in una condizione storica che pone degli interrogativi importanti sulla collocazione del MMG nel sistema e quale ruolo possa essere rivestito dal MMG in termini di contributo alla sua sostenibilità. Per questo motivo si ritiene di fondamentale importanza conoscere il Servizio sanitario nazionale per rispondere alle tante domande che provengono dai professionisti stessi e dai cittadini, in modo da muoversi meglio al suo interno e fornire risposte adeguate agli assistiti.

L'obiettivo dei seminari di tipo universalistico è quindi quello di creare delle occasioni di confronto e riflessione per aiutare i tirocinanti a formulare ipotesi e proposte di cambiamento, nella convinzione che il futuro della Medicina Generale, e quindi del sistema socio-sanitario, dipenda in larga misura dalla loro capacità di oggi di guardare e costruire il domani.

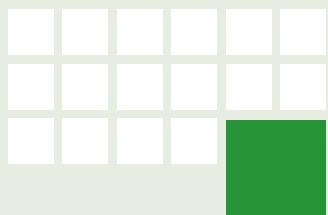
In generale, il corso di formazione specifica in Medicina Generale della Lombardia mira a organizzare momenti formativi con un taglio pratico su tematiche inerenti alla Medicina Generale e immediatamente spendibili nella pratica quotidiana del corsista. I temi proposti quindi non costituiscono una ripetizione degli argomenti già trattati in modo approfondito durante il percorso di studi universitario, ma si concentrano su pratiche, procedure e aspetti organizzativi e di sistema propri della Medicina Generale.

In sintesi

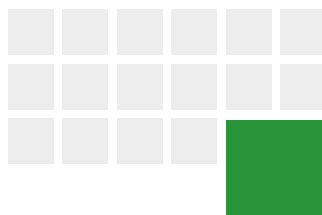
Accanto al tirocinio pratico svolto in ospedale, nell'ambulatorio del medico di Medicina Generale e nei servizi sul territorio è fondamentale che la formazione preveda momenti di condivisione, riflessione e scambio tra pari e con professionisti esperti. All'interno del percorso formativo sono infatti previste 1600 ore di attività seminariale e studio guidato che assolvono tale funzione. Oltre alla presentazione di temi teorici clinici o in generale legati ad aspetti specifici della tecnica professionale, il programma didattico ha previsto l'introduzione di seminari di tipo universalistico, ovvero su questioni di frontiera per la Medicina Generale, condotti da massimi esperti. Questo tipo di seminari ha permesso di stimolare la riflessione da parte dei medici tirocinanti circa gli sviluppi futuri della loro professione, traendo spunto anche da altre discipline, per volgere lo sguardo di cura oltre i limiti imposti dalla pratica quotidiana.

Riferimenti bibliografici

PoliS-Lombardia (2021), «Guida al corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale in Regione Lombardia».



I contenuti dei nuovi seminari



10

Politica sanitaria e management

Giorgio Carlo Monti

10.1 Introduzione

Niuno senza invenzione fu mai grand'uomo nel mestiere suo.

N. Machiavelli

Sono oramai diversi anni che la trasformazione demografica ed epidemiologica, il definanziamento pubblico, l'ampliamento del «paniere» dei nuovi Livelli essenziali di assistenza (LEA), sprechi e inefficienze, le richieste irrealistiche di cittadini e pazienti per una medicina mitica e una sanità infallibile, alimentate da un analfabetismo scientifico ed eccessi di medicalizzazione, impongono un profondo ripensamento del nostro SSN sia dal punto di vista economico-finanziario che strutturale-organizzativo.

Il prezzo del definanziamento è stato pagato soprattutto dal personale sanitario, determinando carenze negli organici per mancata programmazione, bloccando i rinnovi contrattuali e, complessivamente, demotivando la principale risorsa su cui si regge ogni sistema di tutela della salute: la risorsa umana.

I nuovi LEA nell'aumentare le prestazioni a carico del SSN hanno aumentato le criticità esistenti tra gestione della finanza pubblica e programmazione sanitaria.

Le misure di efficientamento finalizzate a mettere i conti in ordine da un lato sono riuscite solo in parte a ridurre sprechi e inefficienze, ma dall'altro, in particolare nelle Regioni in piano di rientro, hanno peggiorato l'erogazione dei servizi sanitari, con il risultato di aumentare le disuguaglianze sociali e ridurre l'accesso ai servizi da parte delle fasce più deboli della popolazione.

L'inefficace governance del sistema sanitario pubblico ha prodotto in ambito specialistico un incontrollabile aumento delle liste d'attesa e un'erogazione di servizi non sempre completi ed efficaci per l'invecchiamento delle tecnologie e delle strutture. Con il risultato nel tempo di sostanziare l'esistenza di un secondo pilastro sanitario privato finanziato prevalentemente *out of pocket* dal cittadino.

Il territorio abbandonato negli anni a se stesso ha dimostrato di non essere pronto, senza opportuni finanziamenti e interventi strutturali, a riorganizzare la propria attività secondo principi di medicina di iniziativa, a erogare servizi di people management nei confronti dei pazienti cronici e fragili, a implementare efficaci programmi di prevenzione.

La prevenzione è rimasta sempre la «cenerentola» dei LEA, sia per il limitato sviluppo di politiche per la prevenzione (campagne vaccinali e di screening) e la riduzione dei fattori di rischio ambientali, sia per la scarsa attitudine dei cittadini italiani a modificare gli stili di vita.

Questo sistema siffatto ha dovuto affrontare la più grande pandemia dell'epoca moderna così a «mani nude».

L'emergenza Covid-19 ha reso ancor più macroscopicamente evidenti queste criticità e l'urgenza di riprendere a investire in modo consistente nel sistema salute: dalla ricerca, alla formazione, dalle infrastrutture alla tecnologia al personale sanitario.

10.2 Il contesto

L'invecchiamento della popolazione, l'aumento della cronicità e della fragilità, la comparsa di nuove epidemiologie, l'obiettivo di garantire una continuità assistenziale qualitativamente accettabile, le quotidiane conquiste della tecnologia, la necessità di investire in prevenzione passando dallo studio delle associazioni tra fattori di rischio individuali ed esiti di salute a quello delle dinamiche sociali e di popolazione, sono fattori che quotidianamente mettono in discussione la sostenibilità di ogni sistema sanitario.

Affrontare queste problematiche attraverso metodiche di contenimento della spesa non è più sufficiente, si richiedono oggi una nuova *health policy* e una nuova *social policy*, così come un maggior sviluppo di metodologie di Health technology assessment per superare il tradizionalismo degli approcci e individuare nuove soluzioni organizzative inserite in un valido sistema di cure complesse e continue, più idonee a sviluppare qualità e safety.

Il Sistema sanitario possiede tutte le caratteristiche di un sistema complesso: forme organizzative numerose e altamente differenziate, alto grado di diversificazione di ruoli e competenze fra gli operatori, interoperatività stretta tra operatori diversi e strutture diverse, estrema strutturazione gerarchica, presenza di molteplici decisori in una rete complessa di comunicazioni, alto livello di responsabilizzazione, garanzia di risultato, bisogno di frequente e immediato feedback, difficoltà legate all'individualità del paziente, lavoro condizionato dai tempi, alto turnover del personale ecc.

Eppure, è gestito come un'organizzazione che non affronta le problematiche secondo una logica sistemica, delega a una rete di specialisti i problemi, ottenendo risposte isolate

e frammentarie che, seguendo logiche personalistiche (sia individuali che organizzative), spesso creano ulteriori criticità (a monte e/o a valle della catena del valore).

Le scelte strategiche della politica sanitaria del futuro prossimo, in termini di opportunità e di vincoli (vedi il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza), soddisfatte quattro condizioni di base quali idoneo finanziamento, adeguate risorse umane, creazione di unica rete informatica globale, adozione di moderne tecnologie di *e-health*, si devono caratterizzare fortemente verso:

- il miglioramento e potenziamento della prevenzione e della promozione della salute;
- la riorganizzazione delle cure primarie;
- la promozione e la diffusione di politiche di governance finalizzate alla qualità dei servizi e alla sicurezza dei pazienti;
- la realizzazione di nuovi sistemi di rete nazionali e sovregionali che, cogliendo le opportunità che la rivoluzione digitale offre, bonifichino il microcosmo informatico oggi esistente;
- la diffusione e il consolidamento dell'integrazione sociosanitaria;
- la promozione del ruolo del cittadino e delle associazioni nella gestione e nel controllo delle prestazioni del servizio sanitario;
- il potenziamento e la riqualificazione del personale dei servizi sanitari.

Per raggiungere questi obiettivi e gestire la complessità del sistema sanitario l'esperienza e le capacità individuali non sono sufficienti, vanno sviluppate politiche e azioni di governance, sono necessarie interazioni efficaci ed efficienti fra discipline e settori diversi, procedure complementari condivise basate sull'*evidence based practice*, sul *knowledge e lean management*.

I soggetti deputati a svolgere la funzione di governance dovranno:

- fissare obiettivi e strategie;
- progettare le strutture di governo e di controllo;
- sorvegliare e valutare il funzionamento;
- misurare e valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi anche adottando adeguati sistemi premianti;
- prevedere sistemi gestionali volti al miglioramento continuo e capaci di intervenire in corso d'opera per migliorare determinate performance.

Nel management sanitario la visione complessa si deve esplicitare attraverso interventi di policy che mirano all'ottimizzazione della cura per acuti e al *reengineering* della cura per

i malati cronici e fragili attraverso la realizzazione di organizzazioni dipartimentali e di reti/network, nella gestione delle patologie secondo le logiche di *shared* e *disease management* (Huber, 2005; Edwards, 1999) che valorizzano l'integrazione, la multidisciplinarietà e la continuità delle cure. Ma è soprattutto nella riorganizzazione del comparto delle cure primarie, nella promozione di nuove forme associative della Medicina Generale (Case di comunità, della salute, Unità territoriali di assistenza primaria, Unità complesse di cure primarie ecc.), negli approcci integrati dei servizi ambulatoriali e nell'integrazione sociosanitaria che bisogna credere sviluppando idonee policy e investendo denaro e conoscenza.

Non a caso ancora recentemente l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha sottolineato l'importanza della Primary Health Care per lo sviluppo sanitario, basato sulla responsabilizzazione degli operatori di Primary care, sull'equità di accesso al sistema, l'intersectorialità e l'utilizzo di tecnologie appropriate. Viene ribadito che le cure primarie rappresentano, dunque, una vera e propria area di sistema orientata alla gestione e al coordinamento dei processi assistenziali, alla continuità delle cure, ad alta integrazione multidisciplinare e interprofessionale, in grado di dare risposte complesse al bisogno di salute delle persone e di perseguire il conseguimento degli obiettivi della programmazione sanitaria.

Il potenziamento delle cure primarie, quale necessità condivisa dalla comunità scientifica e dagli operatori del settore al fine di ottemperare alle disposizioni di piano, si deve concretizzare attraverso:

- l'accountability dei professionisti delle cure primarie con valutazione periodica della «buona pratica clinica» erogata;
- l'attribuzione ai MMG di compiti di coordinamento e indirizzo delle cure;
- l'avvio di politiche di governance clinica volte a consentire alle cure primarie il raggiungimento degli obiettivi concordati;
- la realizzazione della presa in carico delle quote parte di attività di servizi programmabili al cittadino attraverso l'istituzione in ogni presidio sanitario territoriale del punto unico di accesso ai servizi;
- l'istituzione, e qualora presente, il potenziamento e il ri-orientamento del Dipartimento delle cure primarie e di sanità pubblica con l'obiettivo di valorizzare e potenziare il settore delle cure primarie. Solo attraverso un dipartimento unico è possibile realizzare un «governo» effettivo del complesso delle attività di assistenza primaria i cui momenti fondamentali passano attraverso la predisposizione di piani di intervento specifici per le diverse aree assistenziali e la gestione unitaria delle risorse umane e professionali;
- la promozione di forti forme associative dei medici di Medicina Generale e degli altri professionisti sanitari;
- il potenziamento dell'assistenza a domicilio, la promozione delle attività di autogestione delle patologie del cosiddetto cittadino competente (o paziente esperto) e family learning espressamente finalizzate all'autogestione delle malattie croniche;

- lo sviluppo di politiche di clinical risk management che possano garantire la sicurezza del paziente;
- l'adozione di tecnologie atte all'erogazione di servizi in telemedicina.

I compiti che attendono la Medicina Generale implicano il passaggio da un'attività medica tradizionale tipicamente d'attesa, attenta ai volumi delle prestazioni, a una medicina di iniziativa che privilegia la programmazione secondo logiche di *priority setting* (Mitton, 2006) e che sviluppa ampiamente la fase gestionale dell'attività clinica.

Tutto ciò inevitabilmente comporterà il passaggio in tempi rapidi da forme organizzative semplici (medico solo e/o in rete) a forme organizzative evolute (Unità complesse di cure primarie).

L'attribuzione al medico generale di compiti diversi e più complessi implica la necessità di acquisire uno specifico know how manageriale che la professione non possiede. È necessario acquisire una formazione manageriale di base e dotarsi di strumenti gestionali che consentano al medico, imprenditore di se stesso, di pianificare e programmare la propria attività, gestire le risorse umane, costruire la propria organizzazione.

Solo un medico preparato che sa di economia e management, che governa la professione secondo le metodologie proprie dell'Health technology assessment (HTA) (Mantovani, 2010), oggi può fronteggiare l'assalto dei contabili che impongono scelte economiche sempre più rigide, rendendo impossibile con gli strumenti tradizionali poter giustificare e motivare scelte terapeutiche d'avanguardia, programmi assistenziali innovativi.

10.3 Trasformazione del ruolo professionale del medico

Se riprendiamo nella sua essenza la definizione di ruolo: «ciò che ciascuno fa durante il suo rapporto relazionale con gli altri visto nel suo significato funzionale» e le caratteristiche a esso attribuite che consistono nell'individuare:

- quali azioni da compiere e quali effettivamente compiute;
- lo scopo per cui si compiono le azioni;
- come ci si rapporta con gli altri componenti del sistema (uomini, macchine ecc.)

non si possono non rilevare le analogie esistenti con molti aspetti del management tradizionale.

Le stesse caratteristiche della professione intesa come un'occupazione basata su conoscenze tecniche e umanistiche acquisite sia attraverso l'esperienza, ma soprattutto attraverso una formazione specifica, costituiscono più di un insieme codificato di nozioni, sono una forma di organizzazione globale del proprio lavoro, di coordinamento e di innovazione.

In questi ultimi anni numerosi fattori hanno condizionato l'arte medica che, come monopolio legale legittimato, godeva della massima autonomia clinico-prescrittiva:

- *in primis* è cambiato il concetto stesso di salute e di malattia e viene riconosciuto come diritto il mantenimento del benessere fisico;
- la necessità di garantire una sostenibilità economica al sistema impone sempre maggior attenzione ai costi-benefici di ogni servizio erogato;
- è cambiato il comportamento del paziente che, «maggiormente informato», con un nuovo atteggiamento quasi contrattuale chiede sempre di più e mette in discussione quotidianamente l'autorità del medico;
- l'esigenza di rapportarsi sempre di più con tutti gli attori coinvolti nel sistema salute (ospedali, medici specialisti, farmacie, infermieri, associazioni di pazienti ecc.) alla ricerca di una sinergia di azione e di una «partnership organizzativa»;
- la crescita ingovernabile della burocrazia, dovuta a inefficienze amministrative, alla proliferazione di leggi e norme, a una informatizzazione anarchica figlia di una moltiplicazione di prodotti informatici che aumentano l'incomunicabilità tra settori rendendo così impossibile la dematerializzazione degli atti amministrativi.

Il medico in questa confusa fase di evoluzione del sistema sanitario è giustamente preoccupato per il venir meno di una realtà sanitaria in passato garantista, per l'incerto futuro del SSN e perché contemporaneamente minacciato nella sua autonomia professionale e clinica.

In questo momento i medici devono comprendere che per riappropriarsi della loro leadership clinica devono adottare strumenti di valutazione del rendimento, dimostrare di possedere competenze e autorevolezza, sapersi dotare di quelle capacità manageriali necessarie per operare per obiettivi di salute e riscrivere i confini della propria professione al fine di garantire un'integrazione assistenziale basata sull'erogazione di cure condivise.

Come sostiene Peter Drucker, uno dei massimi esperti di management, di fronte alla crisi, all'incertezza perenne, al cambiamento occorre saper gestire tutto, perché oggi è indispensabile che ogni organizzazione, impresa, società di servizi ecc., ma anche, e soprattutto, ogni singolo individuo si adatti, grazie al management moderno, a un ambiente la cui caratteristica principale è l'instabilità (Drucker, 1986).

10.4 Il medico e il management

Il management è insieme arte e scienza. È un'attività universale perché simultaneamente giudizioso uso delle risorse, motivazione personale, leadership, pianificazione, controllo e guida di una qualsivoglia organizzazione (singolo individuo compreso) rivolta al raggiungimento degli obiettivi preposti.

Il management «è l'esercizio di un giudizio, di un atteggiamento, è la disponibilità a rischiare per trovare la soluzione ai problemi, a essere preventivi, a imparare dagli errori, almeno tanto quanto è l'acquisizione di teorie, concetti o capacità» (Sheldon, 1988).

Tutti i sistemi che coinvolgono due o più persone richiedono capacità manageriali per ottenere performance efficienti ed efficaci.

Ogni organizzazione che produce beni o servizi deve svolgere le stesse funzioni di base:

- assicurarsi sufficienti risorse finanziarie;
- assumere, formare e sviluppare le risorse umane disponibili;
- definire il lavoro da svolgere;
- acquistare materiale, attrezzature, macchinari;
- organizzare le capacità personali;
- produrre beni o servizi;
- utilizzare i canali di comunicazione;
- impegnarsi nella ricerca e nello sviluppo;
- pianificare e controllare la crescita dell'organizzazione.

Il management è l'arte di ottenere cose attraverso le persone, soprattutto perché molti problemi gestionali sono risolvibili grazie alla creatività, al giudizio, all'intuizione e all'esperienza più che a regole e assiomi.

Il management è scienza in quanto applica metodologie scientifiche di gestione dei dati, correlazioni causali di fenomeni, organizzazioni logiche di processi e strutture.

Si è molto discusso se sia sufficiente diffondere l'educazione manageriale che dovrebbe fornire una comprensione concettuale generale delle questioni inerenti al management della sanità o fornire «formazione manageriale» che consiste in una conoscenza specifica delle argomentazioni e delle tecniche necessarie per agire efficientemente in quel determinato ruolo [Zanetti, 1996].

Alla luce dei costanti cambiamenti in ambito sanitario e della necessità di affrontare quotidianamente una sempre maggior complessità clinica e organizzativa, non si può non concludere che il management è parte essenziale di una buona moderna pratica medica.

È indispensabile infatti per:

- aiutare il medico a esercitare la sua professione più efficientemente, adottando metodologie di job description e job design;
- creare legami chiari tra obiettivi, prestazioni e programmi di sviluppo sulla base della valutazione delle performance individuali;
- un approccio tecnico-sistematico dei processi di valutazione;
- aiutare il medico a sviluppare le proprie capacità interpersonali al fine di assicurare un buon rapporto con il paziente, con i colleghi, con il personale di studio;
- aiutare il medico ad affrontare le difficoltà del lavoro di gruppo e di gestione delle risorse umane;

- possedere le conoscenze necessarie a valutare l'impatto dei fattori epidemiologici, economici e politici sulle decisioni mediche;
- fornire al medico le conoscenze di marketing necessarie per intraprendere nuove attività;
- aiutare il medico nella gestione finanziaria della sua attività;
- individuare e soddisfare i propri bisogni formativi.

Il medico, pertanto, quale care manager è colui che deve individuare i metodi e prendere le decisioni più opportune per raggiungere l'obiettivo che si è preposto (la cura del paziente) creando al contempo le condizioni organizzative e strutturali per realizzare la miglior combinazione possibile tra qualità del servizio reso e costi sostenibili.

In sintesi

I fenomeni collettivi emersi negli ultimi anni, in particolare l'invecchiamento della popolazione, la cronicità/fragilità, la pandemia Covid-19, sono oggi all'attenzione di tutti coloro che sono consapevoli che le proprietà dei sistemi complessi non sono riducibili a quelle dei loro costituenti (atti, servizi ecc.) e che un moderno approccio gestionale implica la necessità di considerare i processi e la dimensione collettiva e sociale del contesto come imprescindibili. Un medico generale autorevole, moderno e competente non può non essere consapevole del fondamentale ruolo che deve rivestire in una moderna sanità pubblica.

Riferimenti bibliografici

Ambrosetti European House (2020), «Rapporto meridiano sanità».

British Medical Journal, «Il medico manager: come fare le cose importanti», Ed. it. a cura della redazione de Il pensiero scientifico editore (1987), Roma.

Cergas S.B. (2020), «Rapporto Oasi 2020. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema Sanitario Italiano».

Drucker P.F. (1989), *Manuale di management: compiti, responsabilità, metodi*, Etas libri.

Edwards P. et al. (1999), «La condivisione del processo di cura», Ed. it. a cura di G.C. Monti, Centro scientifico editore.

Gimbe (2019), «IV rapporto sulla sostenibilità del SSN».

Huber D.L. (2005), *Disease management*, Elsevier Saunders.

Mantovani L. (2010), «Health technology assessment», Il Sole 24 ore Editore.

Mcsherry R. et al. (2005), *Clinical governance*, Blackwell Publishing.

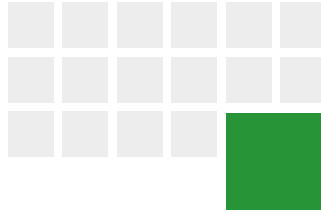
Mitton C.E., Donaldson C. (2018), *Come stabilire le priorità in sanità*, Il pensiero scientifico editore.

Primary health care, «Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)», Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2021.

Sheldon A. [2002], *Managing doctors*, Beard books, Washington DC.

Van Zwanenberg T., [2000], «Clinical governance in primary care», *Radcliff Medical Press*.

Zanetti M., [1996], «Il medico e il management», *Accademia Nazionale in Medicina*.



11

Igiene, prevenzione e promozione della salute

Aurelio Sessa

11.1 Introduzione

L'Igiene e Medicina Preventiva è una branca della medicina che si occupa di prevenzione, dell'educazione sanitaria e della promozione della salute nonché della programmazione, organizzazione e valutazione delle tecnologie dei servizi sanitari (www.unipd.it/igiene-medicina-preventiva).

Il medico di Medicina Generale è fortemente coinvolto in questo campo nella sua attività quotidiana e il modulo didattico ha l'obiettivo generale di fornire durante il corso di formazione specifica in Medicina Generale le competenze, nell'ambito della sanità pubblica, che oggi sono di primaria importanza nelle modalità di approccio alla popolazione in ottica preventiva, al fine di garantire il diritto alla salute di tutti gli individui. L'ispirazione universalistica di questa mission ben si sposa con i principi di base del nostro Sistema sanitario nazionale.

Gli obiettivi didattici specifici di questo modulo si ispirano all'*evidence-based prevention* e all'*evidence-based public health* e, in particolare, entrano nel merito di:

- metodi in sanità pubblica;
- determinanti socio-economici;
- protezione della salute;
- stili di vita e promozione della salute;
- prevenzione delle malattie trasmissibili e non-trasmissibili;
- aspetti organizzativi, la pianificazione e la valutazione dei processi in ambito sanitario.

La suddivisione del modulo in macroaree non ha la pretesa di abbracciare tutti i contenuti di questa importante branca della medicina, ma ha lo scopo di sviluppare conoscenze e competenze per poter essere fruibili a un MMG nel contesto geografico in cui opera.

Le macroaree che si è voluto sviluppare sono:

- igiene e Medicina Generale;
- malattie infettive e vaccinazioni;
- prevenzione e promozione della salute;
- i fattori di rischio;
- le organizzazioni territoriali;
- la nutrizione;
- la medicina penitenziaria.

Ognuna delle macroaree si articola in una serie di attività teoriche (seminari che possono essere svolti in plenaria, o studi guidati che possono essere indicati dai tutor, oppure ricerche specifiche nonché seminari autogestiti) che tendono a trasmettere prevalentemente conoscenze oppure, nel momento in cui vengono svolte a livello locale, a prediligere una maggiore interattività perché la declinazione degli argomenti trova perifericamente una diversa espressione. Si completano con le sessioni di tirocinio formativo pratico.

11.2 Igiene e Medicina Generale

Riguardo gli indicatori di benessere, i determinanti della salute e il rapporto salute/popolazione si tengano presenti le definizioni di ISTAT e del Center for Disease Control and Prevention:

«Secondo l'ISTAT i 12 domini definiti da parte della Commissione Scientifica indicatori di benessere sono la salute, l'istruzione, il lavoro e la conciliazione dei tempi di vita, il benessere economico, le relazioni sociali, la politica e le istituzioni, la sicurezza, il benessere soggettivo, il paesaggio e il patrimonio culturale, l'ambiente, la ricerca e l'innovazione e la qualità dei servizi. Come si nota la 'salute' viene messa al primo posto perché la speranza di vita e la qualità della sopravvivenza non possono fare a meno degli altri domini e gli altri domini influiscono significativamente sulla salute» (www.istat.it).

«I determinanti di salute sono i fattori che influenzano lo stato di salute di un individuo e più estesamente di una comunità o di una popolazione. Secondo il Center for Disease Control and Prevention lo stato di salute sarebbe condizionato per il 50% dagli stili di vita, per il 20% da fattori ambientali, un altro 20% da fattori genetici e un 10% dall'assistenza sanitaria. Sono comunque molteplici i modelli che vengono proposti risentendo anche dei contesti di riferimento e dei modelli di sanità (Nord Europeo, Nord Americano, Paesi in via di Sviluppo)» (www.saluteinternazionale.it).

11.3 Malattie infettive e vaccinazioni

In questo ambito occorre partire da un approfondimento sulla catena epidemiologica delle malattie infettive. L'immagine di una catena composta da sei anelli concatenati l'uno all'altro è utilizzata per rappresentare la modalità di diffusione di una malattia infettiva. Il primo anello è l'agente infettivo, il secondo anello è il serbatoio ossia il luogo dove gli agenti infettivi trovano favorevole vivere e moltiplicarsi. Il terzo anello è rappresentato dalla porta di uscita dal serbatoio verso l'esterno, mentre il quarto anello è caratterizzato dalla modalità di trasmissione. Il quinto anello della catena è dato dalla porta d'entrata o punto d'ingresso dell'agente infettivo nel corpo umano e il sesto e ultimo anello è l'ospite suscettibile che non può difendersi in maniera ottimale dall'aggressione dei microrganismi.

La profilassi generale delle malattie infettive consiste nel prevenire l'insorgenza e la diffusione delle malattie infettive e può essere diretta, con norme e mezzi volti a combattere gli agenti eziologici o a bloccarne l'azione, oppure indiretta quando prevede il risanamento dell'ambiente di vita e l'aumento delle difese dell'individuo.

Il medico di Medicina Generale riveste un ruolo e compiti specifici nella sorveglianza attiva delle malattie infettive, che si attua attraverso l'integrazione con gli altri attori coinvolti nell'azione di contact tracing. La sorveglianza nell'ambito delle malattie infettive è la raccolta sistematica, l'analisi e l'interpretazione di dati specifici da utilizzare nella pianificazione, l'implementazione e valutazione delle politiche di intervento sanitario. Un tipico esempio nell'ambito delle cure primarie è la rete di sorveglianza INFLUNET per il tracciamento epidemiologico e virologico dell'influenza. La recente pandemia da Covid-19 ha fatto emergere l'importanza di un tracciamento immediato della malattia nella popolazione.

È necessario conoscere le malattie infettive maggiormente prevalenti nella popolazione della Regione: vengono perciò illustrati i dati presenti nel report che raccoglie i dati di sorveglianza delle malattie infettive nella Regione Lombardia.

L'OMS ha raccomandato a tutti i Paesi di mettere a punto un Piano Pandemico, e aggiornato costantemente seguendo le linee guida concordate. Esso rappresenta il riferimento nazionale in base al quale vengono poi messi a punto i piani operativi regionali; il Piano Pandemico e l'organizzazione regionale prevedono il coinvolgimento attivo del medico di Medicina Generale.

Il calendario vaccinale previsto nel Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) è stato inserito nel DPCM sui Livelli essenziali di assistenza. Il Decreto Vaccini ha successivamente reso obbligatorie per i minori di 16 anni dieci vaccinazioni e ne ha fortemente raccomandate quattro a offerta attiva e gratuita più (nel PNPV 2017-2019) la vaccinazione anti HPV negli undicenni e antimeningococcica tetravalente ACWY nell'adolescenza, che mantengono il loro importante ruolo fino alla protezione dell'età adulta, sia attraverso i richiami periodici sia mediante le vaccinazioni raccomandate specificatamente nell'anziano. Il medico di Medicina Generale svolge un ruolo fondamentale nella sensibilizzazione e nell'offerta attiva e organizzata delle vaccinazioni; pertanto, è indispensabile conoscere le

vaccinazioni obbligatorie e facoltative, il calendario vaccinale, la classificazione dei vaccini e le reazioni avverse da vaccini.

In base alla tipologia della componente attiva i vaccini si distinguono in vaccini vivi attenuati, vaccini inattivati, vaccini ad antigeni purificati, vaccini ad anatossine/tossoidi e vaccini a DNA ricombinante. La recente pandemia da Covid-19 ha permesso alla ricerca di sviluppare nuove tecnologie vaccinali quali i vaccini a RNA messaggero o a vettore adenovirale. L'Ente regolatorio nazionale (AIFA) monitora la sicurezza dei vaccini durante l'intero ciclo vitale di ogni singolo prodotto (vaccinovigilanza). Tale attività si basa essenzialmente sull'analisi delle segnalazioni di sospette reazioni avverse, raccolte mediante la Rete nazionale di farmacovigilanza e il Sistema europeo di farmacovigilanza EudraVigilance.

11.4 Prevenzione e promozione della salute

«La promozione della salute è il processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e di migliorarla» (WHO, 1986). Regione Lombardia investe risorse per lo sviluppo dei processi di promozione della salute attraverso azioni efficaci, intersettoriali e multidisciplinari ponendo particolare attenzione ai processi di comunicazione continua tra il sistema sociosanitario e i cittadini includendo anche altri settori (scuola, luoghi di lavoro, terzo settore). Anche nell'ambito delle malattie croniche la Regione ha attuato un programma specifico e condiviso (presa in carico della cronicità) volto non solo a tracciare appieno la popolazione portatrice di malattie croniche, ma anche a permettere di entrare in un percorso condiviso (Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale) al fine di prevenire le complicanze maggiori. Strategico e fondamentale è il ruolo del MMG nei programmi di promozione della salute per i cittadini al fine di ritardare l'insorgenza delle malattie (prevenzione primaria) o delle complicanze delle malattie già in essere (prevenzione secondaria e terziaria). A questo si aggiunge il tema dell'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti e alle fragilità sociali, che diventa oggi uno degli obiettivi anche del Sistema sanitario nazionale (SSN) attraverso un approccio transculturale, olistico e orientato alla persona. L'obiettivo è quello di sviluppare sistemi innovativi per contrastare le disuguaglianze nell'ambito della salute in Italia e rendere più agevole l'accesso al SSN per i gruppi sociali più svantaggiati e assicurare un alto livello di qualità delle prestazioni fornite. Lo stretto rapporto medico-paziente permette a quest'ultimo di diventare parte attiva del percorso responsabilizzandolo ed educandolo al fine di sfruttare al massimo le proprie risorse personali (empowerment).

Il medico di famiglia, attraverso il contatto prolungato nel tempo con i suoi assistiti, deve svolgere un'azione mirata alla prevenzione dei fattori di rischio e promozione dei fattori protettivi per la salute. Nell'ambito di questo capitolo vengono sviluppati gli interventi di protezione, promozione e prevenzione delle malattie: sicurezza alimentare, nutrizione e alimentazione, sicurezza negli ambienti di vita, prevenzione delle malattie infettive, prevenzione oncologica, prevenzione cardiovascolare, prevenzione odontoiatrica e prevenzione delle fratture da fragilità.

Tra le azioni più favorevoli alla prevenzione dei fattori di rischio, risulta essenziale la promozione dell'attività e dell'esercizio fisico. Secondo l'OMS per attività fisica si intende qualunque movimento determinato dal sistema muscolo-scheletrico che si traduce in un dispendio energetico superiore a quello delle condizioni di riposo. Con il termine esercizio fisico si intende invece l'attività fisica in forma strutturata, pianificata ed eseguita regolarmente. Le strategie per promuovere l'attività fisica devono essere multi-settoriali e riconoscere il peso dei determinanti, da quelli economici a quelli politici per pianificare l'urbanistica, i trasporti, l'economia, lo sport e la cultura.

Per implementare le azioni preventive, il medico di Medicina Generale deve cogliere le occasioni di engagement preventivo:

- gli screening oncologici e non solo: sono circa 1000 ogni giorno le nuove diagnosi di tumore in Italia. Di queste il 40% circa può essere prevenuto adottando stili di vita corretti e una diagnosi in fase iniziale, cioè prima che si manifesti a livello clinico. Il SSN effettua tre programmi di screening per la prevenzione dei tumori di cui due tipicamente femminili (collo dell'utero e mammella) e un terzo dedicato al maschio e alla femmina (tumore del colon-retto). Non per tutti i tipi di tumore esistono esami di screening efficaci. Il MMG ha un ruolo strategico nel favorire l'adesione dei cittadini ai programmi di screening grazie al rapporto privilegiato, diretto e continuo con i propri assistiti che si fidano e si affidano a lui per ricevere consigli e supporto per ogni decisione sulla propria salute;
- la misurazione dei fattori di rischio cardiovascolare: per misurare il rischio assoluto dei successivi dieci anni è necessario prendere in considerazione sei fattori: il sesso, l'età, i livelli di colesterolo LDL, la presenza o l'assenza di diabete, i valori pressori e l'abitudine al fumo;
- l'osteoporosi e la prevenzione delle cadute: la causa più frequente delle fratture traumatiche (femore, polso, vertebre e omero) nell'anziano sono l'osteoporosi e le cadute. La prevenzione delle cadute assume un ruolo estremamente importante al fine di prevenire le fratture da osteoporosi, soprattutto nell'età avanzata;
- la disassuefazione dal fumo: il fumo rimane un fattore di rischio spesso ignorato per le malattie cardiovascolari e tumorali. Il fumo è una vera e propria dipendenza, fisica e psicologica. La dipendenza è indotta dalla nicotina, una sostanza psicoattiva al pari di altre sostanze. Il medico di famiglia deve saper utilizzare le tecniche di counselling breve motivazionale, le terapie farmacologiche e deve saper inviare i pazienti ai centri antifumo, che offrono un percorso personalizzato di cura e riabilitazione.

11.5 La nutrizione

Ogni età si può caratterizzare per diversi profili di alimentazione e, a seconda delle fasce di età (adolescente, adulto e anziano), vi è una corretta alimentazione. È importante conoscere quali sono le indicazioni di massima che il MMG può fornire ai propri assistiti e pazienti:

- sovrappeso, obesità e sindrome metabolica: più del 40% degli italiani ha problemi di peso che si può trasformare anche come fattore di rischio per molte patologie invalidanti. Con il termine «sindrome metabolica» vengono indicati un gruppo di disturbi del metabolismo glicidico, ipertensione arteriosa e aumento dei lipidi ematici che si accompagnano al peso corporeo eccessivo con elevata circonferenza addominale;
- inquadramento diagnostico del paziente dal punto di vista nutrizionale: lo stato nutrizionale e l'alimentazione in fase di malattia possono influenzare l'andamento, i tempi di ospedalizzazione e di riabilitazione, l'incidenza di complicanze e la prognosi;
- malnutrizione nelle patologie croniche e nell'età geriatrica: molte patologie croniche si complicano a causa di fattori come la malnutrizione, intesa con non adeguata alimentazione. Uno studio dell'Università Bocconi rivela che il 15-20% dei pazienti italiani è a rischio di malnutrizione. In particolare, un anziano su tre, ricoverato in ospedale o in case di riposo, è malnutrito o a rischio di malnutrizione;
- nutrizione enterale e parenterale: è opportuno fornire conoscenze e strumenti al MMG per gestire anche in modalità integrata la nutrizione parenterale che viene fornita a domicilio del paziente;
- gli ambulatori nutrizionali si occupano prevalentemente della cura dei pazienti affetti da sovrappeso e/o obesità semplice o complicata da comorbidità. Si occupa di effettuare un inquadramento clinico-metabolico del paziente obeso stratificandolo per rischio. Gli ambulatori nutrizionali si dedicano anche ai pazienti neoplastici, anziani o per problemi di malnutrizione in generale.

11.6 La medicina penitenziaria

La salute penitenziaria è un tema di salute pubblica. Il diritto alla salute è sancito dalla Costituzione e come bene complesso in questo contesto deve garantire la salubrità dell'ambiente, il diritto alle prestazioni sanitarie, la libertà di cura e promuovere il benessere psico-fisico della persona. Il medico che opera nelle strutture penitenziarie si occupa dei problemi legati non solo alla malattia ma anche alle dinamiche di salute in regime di detenzione, agli aspetti legati alla limitazione ambientale.

Particolare attenzione deve essere posta al malato cronico detenuto. Oltre alle classiche patologie croniche (ipertensione arteriosa, diabete mellito, malattie croniche respiratorie), molti detenuti sono portatori di patologie infettive che nel tempo sono entrate nel novero delle patologie croniche (AIDS, epatiti croniche).

Il detenuto che ha concluso il suo periodo di detenzione ritorna tra gli assistiti del proprio MMG, il quale ha il compito di ricomporre lo spazio, anche in termini di salute, trascorso in carcere dove possono essere proseguite da un lato le patologie di base o essersi presentate di nuove.

In sintesi

La recente pandemia da SARS Covid-19 ha evidenziato ancora una volta il ruolo strategico del medico di Medicina Generale nella diagnosi e cura delle malattie infettive.

Tale azione si esplica attraverso:

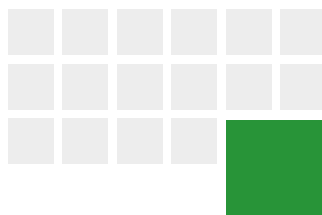
- la conoscenza della catena epidemiologica e delle principali malattie infettive oggi presenti;
- le modalità di profilassi e sorveglianza attiva;
- la promozione e l'offerta attiva delle vaccinazioni e la conoscenza dei vaccini e delle reazioni avverse.

L'aumento dell'età media in Italia non sempre si accompagna a una buona qualità di vita, il medico di famiglia, attraverso il contatto prolungato nel tempo dei suoi assistiti, è la figura più adatta a riconoscere i fattori di rischio e a promuovere i fattori protettivi, tra i quali, in particolare:

- la corretta nutrizione nelle diverse età della vita;
- il riconoscimento e la cura del sovrappeso, dell'obesità, della malnutrizione;
- la disassuefazione dal fumo;
- l'individuazione e il trattamento dei fattori di rischio cardiovascolare;
- la prevenzione e la cura dell'osteoporosi;
- la promozione dell'attività fisica

anche attraverso la conoscenza dei programmi regionali e locali di promozione della salute e la conoscenza delle tecniche di engagement preventivo.

L'organizzazione degli screening in regione Lombardia vede nel medico di Medicina Generale un alleato in grado di individuare e motivare con interventi attivi gli assistiti che non aderiscono alle campagne vaccinali proposte.



12

Geriatria e Medicina Generale

Tiziana Panzera

12.1 Introduzione

«Prevenire, prevenire, prevenire».

Partire dalla prevenzione in uno scritto sulla geriatria potrebbe sembrare un ossimoro, dimostreremo che non lo è. La geriatria è la scienza medica che si occupa delle patologie che si verificano nell'anziano.

La gerontologia è lo studio degli aspetti sociali, psicologici, cognitivi, biologici connessi all'invecchiamento. Le discipline geriatriche stanno acquistando sempre più rilevanza a causa del quadro demografico attuale e futuro. Siamo una nazione che invecchia e non ci sono segnali che questo trend si inverta. L'Italia ha un tasso del 21,4% di residenti over 75 nel 2017 e nel 2045 i dati ISTAT indicano che un terzo della popolazione sarà over 65. Con l'età aumentano non solo le incidenze di patologie croniche ma anche le problematiche sociali e psicologiche tipiche degli anziani.

La richiesta di cura e la necessità di presa in carico aumenta quindi in maniera correlata rischiando di sovraccaricare un sistema sanitario disegnato (come molto welfare dei Paesi occidentali) su una diversa struttura della società e già messo a dura prova dall'attuale pandemia.

È del tutto evidente che con queste premesse il MMG vedrà crescere la prevalenza dei pazienti anziani. Già ora i dati del XIII Report della Medicina Generale (Health Search, 2020) indicano i contatti/paziente/anno per ultra ottantacinquenni in 23,5 e 22 rispettivamente per maschi e femmine.

12.2 Riconoscere la fragilità

L'esperienza ci indica come l'età non sia il solo indicatore della fragilità. Abbiamo ben presenti pazienti che hanno una cognitività e un'indipendenza elevata a 80 anni e invece persone che, pur avendo buone capacità residue sia fisiche che cognitive, necessitano di supervisione se non addirittura assistenza in tutte le attività della vita quotidiana.

È fondamentale che il MMG sia formato a riconoscere la fragilità per prevenire l'instaurarsi di disabilità che hanno costi familiari e sociali importanti. La strada maestra per riconoscere la fragilità è naturalmente la prossimità. La promozione della prevenzione è un'ottima scusa per sviluppare il rapporto con i nostri pazienti e porre in atto interventi in grado di evidenziare situazioni di fragilità molto prima che questa si manifesti con caratteristiche tali da non poter essere altro che gestita nella sua naturale evoluzione.

La formazione dei nostri pazienti alla prevenzione e a corretti stili di vita deve essere quindi una costante della nostra azione, in questo favoriti anche dalla particolare unicità del rapporto che caratterizza l'attività del medico di base. L'impegno è puntare sulla comunicazione, con un maggiore sforzo nel segnalare come l'attività di prevenzione e un corretto stile di vita siano scelte vincenti da intraprendere in qualunque fase della vita, anche quando alcune patologie sono già conclamate.

Il grande tema della geriatria è infatti non tanto e non solo l'esordio acuto della patologia nell'anziano o la gestione della cronicità, ma l'inevitabile evoluzione verso una situazione di comorbidità che prevenzione e stili di vita possono contribuire a rendere meno veloce in termini di evoluzione o meno grave nel suo instaurarsi.

Come detto, anche il MMG deve giocare un ruolo (importante) in questa attività perché deve saper prendere l'informazione di carattere generale e, coniugandola con il vissuto proprio dello specifico paziente, saper costruire quel tipo di percorso che sia specifico per le necessità del singolo paziente. Anche da questo punto di vista il ruolo del MMG è in qualche modo, se non facilitato, certamente privilegiato perché è del tutto consueto che la visione del paziente sia una visione completa anche del contesto socio-familiare in cui si trova. E d'altra parte è certamente vero che è quasi più importante sapere che tipo di persona ha una certa malattia piuttosto che sapere che una persona ha un certo tipo di malattia.

12.3 Prevenzione e stili di vita

Il contesto generale si sta già orientando in questa direzione come emerge sempre da alcuni dati ISTAT che possiamo assumere come rappresentativi (anche se ovviamente non esaustivi) del concetto di prevenzione e stile di vita. Nel 2015 le persone di 65-74 anni che svolgono attività fisica con continuità sono l'11,2% con un incremento del + 60% rispetto al 2005. Dalla stessa fonte le persone di 65-74 anni che consumano 5 o più porzioni di frutta e verdura al giorno sono il 5,2% nel 2014 con una variazione del + 6.1%.

È prevedibile che questi numeri siano in aumento anche se sarà da comprendere l'effetto che il Covid-19 potrà avere. Se da una parte è facile prevedere che esso sarà in grado di

stimolare comportamenti più virtuosi sul fronte della salute, è bene non trascurare l'impatto che il peggioramento delle condizioni economiche potrà avere sui soggetti più deboli o vulnerabili.

Dal punto di vista di chi opera sul territorio, quindi, la prevenzione e l'educazione a stili vita corretti devono diventare un mantra dell'attività giornaliera. Solo investendo risorse non solo economiche sulla prevenzione sarà possibile evitare l'aumento esponenziale delle patologie croniche (a cui andrà probabilmente ad aggiungersi il long Covid-19) che rischierebbe di portare al collasso il sistema universalistico delle cure italiano.

Sarebbe naturalmente naïf immaginare che un'attività di promozione dello stile di vita e della prevenzione, o anche il loro fattivo attuarsi, siano condizioni sufficienti per risolvere i problemi, ma sono certamente condizioni necessarie. A queste deve affiancarsi un'assistenza geriatrica territoriale diffusa che deve inevitabilmente confrontarsi con tutti i limiti e le difficoltà che ben conosciamo: scarsità di risorse, di specialisti, eccessivo carico burocratico, l'effetto della pandemia su liste di attesa già cronicamente in ritardo e la (in)disponibilità di caregiver preparati.

Il MMG rappresenta un naturale nodo di quella rete territoriale che, come vedremo nel capitolo 21, andrà arricchendosi di nuove figure come gli infermieri di famiglia in grado di garantire la componente operativa di questa gestione diffusa e integrata.

Il comitato didattico del corso di formazione specifica in Medicina Generale di PoliS-Lombardia ha deciso di strutturare un modulo dedicato alla geriatria per dare a tutti i corsisti una *forma mentis* adeguata e un approccio corretto alle problematiche di cui dovranno occuparsi nel corso della loro carriera lavorativa.

Il paziente anziano necessita di un approccio multidisciplinare che è in realtà proprio della geriatria ma già insito nella Medicina Generale che si occupa del paziente con le altre figure presenti sul territorio e ne conosce non solo le patologie, ma il contesto familiare e sociale. Si potrebbe dire che il MMG ha già quindi gli elementi per gestire il paziente geriatrico ma è importante sviluppare della formazione specifica sulla valorizzazione delle componenti geriatriche, lo sviluppo di un approccio metodologicamente uniforme, la corretta applicazione delle valutazioni multidimensionali che rappresentano un potente strumento per trasferire correttamente le informazioni tra i soggetti della rete di assistenza.

Le scale di valutazione sono uno strumento utilissimo per il corretto inquadramento del paziente e per permettere alla rete sanitaria e sociale di individuare correttamente la situazione, ma è ovviamente necessario che esse vengano affrontate con una comune e condivisa consapevolezza.

12.4 Prospettive e telemedicina

Non possiamo chiudere questo capitolo dedicato alla gestione del paziente geriatrico da parte del MMG senza provare a gettare uno sguardo in avanti a quella che sarà la prospettiva di medio periodo con cui noi ma ancora più i giovani medici in formazione oggi dovranno confrontarsi.

La prima grande novità sarà evidentemente quella dell'evoluzione digitale nella formula della telemedicina e della teleassistenza. Sarebbe un approccio miope quello di vederla come una soluzione unicamente alla mancanza di personale, si tratta invece di una notevole opportunità di rinsaldare il rapporto medico-paziente garantendo una tipologia di servizi in grado di aumentare il livello di specificità degli interventi. Molti sono i fronti che si aprono da questo punto di vista dall'ovvia estensione della natura e frequenza degli interventi sino ad arrivare alla possibilità di un'automazione della gestione delle problematiche più comuni. In particolare, uno spazio di crescita notevolissimo legato ai processi di automazione potrà essere quello della compliance. È ben noto come una delle maggiori difficoltà nel paziente geriatrico con comorbidità sia proprio la compliance nell'adesione alle terapie e nella gestione della raccolta dei dati e delle informazioni nei periodi intercorrenti tra due contatti con il paziente. Il futuro MMG dovrà certamente sviluppare competenze relative alla gestione di piattaforme di dati generati dai sistemi automatizzati che sempre più entreranno nella vita dei nostri pazienti.

Come è facile immaginare vi è un enorme spazio di crescita in termini di formazione da parte dei MMG nell'integrazione della tecnologia in protocolli e tecniche efficaci.

Una facile tentazione potrebbe essere quella di «meccanizzare» il processo di gestione del paziente, soprattutto quello del paziente cronico in cui la stabilizzazione delle terapie costituisce una pericolosa tentazione in questo senso. Giova qui richiamare proprio quanto discusso nel paragrafo dedicato alla capacità di riconoscere la fragilità. Gli strumenti dell'automazione che ci possono fornire un importante contributo nella gestione di situazioni consolidate non devono indurci a scappare da quella prossimità che, unica, ci permette di riconoscere l'instaurarsi o l'evolversi delle condizioni di fragilità.

La medicina è un'arte che sa usare tutta la tecnica necessaria ma non può prescindere dal suo valore più grande: la profonda empatia e conoscenza del paziente che deve instaurarsi per un efficace percorso di cura o di gestione della cronicità.

In sintesi

Le competenze di geriatria saranno sempre più un patrimonio richiesto al MMG che vedrà progressivamente invecchiare nei prossimi anni la propria popolazione di riferimento. La promozione della prevenzione risulta lo strumento principe con cui non solo promuovere stili di vita sani per i nostri pazienti, ma cogliere l'opportunità di addestrarsi a riconoscere l'instaurarsi di condizioni di fragilità.

L'attitudine al lavoro in team e al coordinamento della rete sanitaria e sociale che si muove intorno ai nostri pazienti rappresenta una soft skill assolutamente necessaria così come lo sviluppo di un'elevata confidenza con gli strumenti delle scale di valutazione che possono rappresentare la più facile forma di scambio di informazioni all'interno della rete.

Infine, molta dell'assistenza geriatrica al paziente cronico si appoggerà con crescente forza allo sviluppo della digitalizzazione, le cui opportunità di applicazione e semplificazio-

ne dei processi dovremo saper governare in una gestione sempre attiva del rapporto con il paziente.

Riferimenti bibliografici

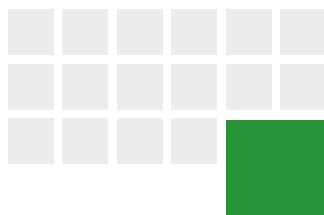
ISTAT (2021), «Rapporto Annuale – La situazione del paese».

Istituto di Ricerca della Società Italiana Medicina Generale e cure Primarie (SIMG) (2020), «XIII Report Health Search».

Società Italiana Geriatria e Gerontologia (SIGG), «Manuale di competenze in geriatria», (<https://www.sigg.it/manuale-di-competenze-in-geriatria/>).

Società Scientifiche SIGG, SIGOT, SIMG, SIMI, FADOI, SIF (2021), «Linea guida inter-societaria per la gestione delle multimorbilità e polifarmacoterapia 2021».

Per dati sull'invecchiamento della popolazione è utile consultare il sito anziani.istat sul portale dell'ISTAT dedicato oppure il sito Open Data di Regione Lombardia (dati.lombardia.it).



13 Cronicità

Davide Luigi Lauri

13.1 Introduzione e contesto epidemiologico

Negli ultimi decenni in Italia e nei Paesi occidentali in generale, è stato registrato un incremento progressivo dell'età media della popolazione seguito da un aumento dell'incidenza delle patologie croniche legate all'invecchiamento e della disabilità. Di conseguenza, sono aumentati progressivamente i costi che i sistemi sanitari universalistici devono sostenere per la gestione di tali malattie e delle loro complicanze e questo ha finito con il rappresentare una vera e propria sfida per la sostenibilità degli stessi (Lauri e Levato, 2013).

Il progressivo invecchiamento della popolazione, unitamente ai progressi nelle possibilità di diagnosi e trattamento delle patologie e al fatto che diverse patologie croniche condividono uno o più fattori di rischio, ha aumentato la possibilità di stratificare e classificare gli individui affetti da una a più multi-morbilità (Starfield e Kinder, 2011). La stratificazione delle diverse classi di rischio dei pazienti cronici secondo livelli di complessità si può sintetizzare come segue: alla base c'è l'assistito sano o apparentemente tale cui va rivolta l'attività di promozione della salute e di prevenzione primaria e secondaria. Segue un primo livello di complessità che comprende circa il 70-80% della popolazione di individui affetti da cronicità: il paziente, in questo caso, riceve un supporto adeguato alla sua situazione clinica e viene educato a essere partecipe attivamente del suo percorso di cura e a gestire la propria patologia, cercando di prevenirne le complicanze. Il secondo livello di complessità ricomprende approssimativamente il 15-20% dei pazienti cronici definiti ad alto rischio, per i quali bisogna prevedere un team multiprofessionale e multidisciplinare per ottenere un'assistenza di elevata qualità ed evidence-based. Infine, circa l'1-5% della popolazione assistita è rappresenta-

ta dal paziente cronico a elevata complessità prevalentemente a gestione ospedaliera (Long Term Conditions Team, NHS, 2012; Damiani et al., 2018).

Molti esperti ritengono che le modifiche nel bisogno di salute della popolazione richiedano oggi il passaggio a logiche proattive di «presa in carico» degli individui che ne fanno parte, garantendo facilità di accesso ai servizi più appropriati e continuità dell'assistenza tra i diversi livelli (cure primarie, specialistica ambulatoriale, ospedale), e momenti di erogazione delle prestazioni sanitarie secondo un'organizzazione programmabile (Damiani e Acampora, 2017). A questo scopo appare necessaria un'organizzazione dell'assistenza secondo gruppi di servizi, offerti a sottogruppi di pazienti caratterizzati da necessità simili all'interno dei quali arrivare al bisogno del singolo individuo cui assegnare un piano di assistenza individuale (PAI) (Porter et al., 2013). Si possono riassumere quattro categorie di individui per i quali è possibile definire interventi programmabili:

- assistito sano o apparentemente tale, che comprende pazienti appartenenti a popolazioni soggette a screening o vaccinazioni previste dal Piano Nazionale della Prevenzione;
- persone affette da cronicità «semplice». Le cure rivolte a tale popolazione comprendono attività programmabili e il ricorso ai servizi ospedalieri per questi pazienti è spesso inappropriato;
- paziente che presenta una condizione di cronicità complessa (multipatologie spesso complicate, malattie croniche rare o malattie psichiatriche);
- paziente cronico in fase avanzata o in fase terminale di malattia che necessita di cure palliative (Long Term Conditions Team, NHS, 2012).

La gestione della cronicità rappresenta e rimane a oggi una delle attività più rilevanti del medico di Medicina Generale (MMG) e, sebbene non ancora ottimizzata, trova nella Medicina Generale (MG) in associazionismo e meglio organizzata, il luogo più idoneo per una presa in carico dei pazienti che tenga conto del tema dell'appropriatezza delle cure e della sostenibilità del sistema sanitario (Caimi, 2011; Lauri et al., 2015). Tuttavia, per realizzare nella maniera più appropriata gli obiettivi sopra enunciati, bisogna prevedere la riorganizzazione e il rafforzamento dei servizi territoriali delle cure primarie e una forte integrazione di tali servizi con il contesto ospedaliero (Damiani et al., 2016; Damiani e Acampora, 2017). Diversi sforzi sono stati fatti negli ultimi anni per perseguire tale passaggio di logiche.

Il team di assistenza primaria dovrebbe includere, oltre al MMG, a seconda dei bisogni dei sottogruppi di pazienti: medici specialisti ambulatoriali, infermieri specializzati e altro personale di supporto con attenzione all'individuazione degli esiti clinici, dei processi e degli outcome rilevanti per il paziente così che l'integrazione con gli altri livelli di assistenza (secondario e terziario) tenda alla presa in carico del paziente nel suo complesso, e non per la singola condizione clinica presentata. Solo così si potrebbero ridurre gli interventi dia-

gnostici e terapeutici inappropriati, e ottenere una migliore integrazione tra i diversi livelli di assistenza, soprattutto tra quella territoriale e quella ospedaliera (Porter et al., 2013).

Nell'ottica sopra enunciata di rendere le cure primarie organizzativamente in grado di affrontare queste nuove modalità di gestione complessa della cronicità, spingendo il MMG ad abbandonare la professione come singolo verso forme di associazionismo integrato, ci sono stati una serie di interventi anche di tipo legislativo come la legge n. 189 del 8 novembre 2012 in materia di «Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute» (nota come Legge Balduzzi), che però è rimasta irrealizzata in diversi contesti regionali. Operativamente prevedeva la costituzione di forme organizzative monoprofessionali (AFT) o multiprofessionali (UCCP). Le prime che devono condividere strutturalmente obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, *audit* e strumenti analoghi. Le seconde – in base alla programmazione regionale – che devono invece erogare prestazioni assistenziali, coordinando e integrando i MMG con le altre professionalità convenzionate con il SSN, con gli infermieri e le professioni socio-sanitarie. Nell'ambito delle UCCP, le Regioni sono tenute a costituire reti di poliambulatori territoriali, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata e della settimana, dotati di strumentazione di base e collegati telematicamente con le strutture ospedaliere. La stessa MG ha progressivamente maturato, nell'ultimo decennio, la consapevolezza che la presa in carico della cronicità richiede da parte del MMG un approccio di medicina di iniziativa con modelli di associazionismo a rete multidisciplinare integrata con gli altri servizi sanitari e sociali sia nei contenuti dell'Accordo Collettivo Nazionale (già nel 2009) che nell'ambito della Società Italiana di Medicina Generale (Cricelli e Medea, 2016). Infine, la MG da circa 20 anni si è dotata di modelli organizzativi e gestionali in grado di svolgere meglio i compiti e le sfide, come quella della cronicità, previste dal nuovo contesto nazionale e regionale con la nascita delle cooperative di servizio (Di Malta e Piseri, 2001; Lauri, 2013) di cui si parlerà in seguito.

13.2 Le esperienze nazionali e regionali

La sfida della riorganizzazione dei servizi territoriali, per dare una risposta al problema della gestione della cronicità, della fragilità e non autosufficienza, si è imposta nell'ultimo decennio come una delle questioni chiave intorno cui ruota la trasformazione del Servizio sanitario nazionale. La direzione di questo cambiamento è stata impressa anzitutto dalle riforme dei servizi sanitari regionali, susseguitesesi negli ultimi anni con modelli e tempistiche differenti, con un risultato eterogeneo di possibili soluzioni.

Il Piano Nazionale della Cronicità (PNC)

A livello nazionale l'importanza di trovare risposte univoche al problema emergente dell'assistenza ai pazienti affetti da patologie croniche da una parte e la necessità di armonizzare

le diverse iniziative regionali, ha fatto sì che nel 2016 venisse varato il PNC (Tabella 13.1). Un'ambiziosa sfida di sistema che mirava a ridisegnare la struttura assistenziale e i percorsi per la cronicità, a definire gli elementi chiave e trasversali dei nuovi modelli organizzativi, a specificare il macroprocesso di gestione dei pazienti, a fornire indicazioni per la costruzione degli indicatori di monitoraggio all'interno di una visione unitaria e omogenea sul territorio nazionale (Piano Nazionale della Cronicità, 2016).

PUNTI DI SVILUPPO
1. Stratificazione e targeting della popolazione
2. Promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce
3. Presa in carico e gestione del paziente attraverso piano di cura individualizzato (PAI)
4. Erogazione di interventi personalizzati per la gestione del paziente attraverso il PAI
5. Valutazione della qualità delle cure erogate
6. Implementazione della sanità digitale

Tabella 13.1 – I punti cardine del Piano Nazionale della Cronicità.

Fonte: Piano Nazionale della Cronicità.

A distanza di quasi cinque anni dal lancio del PNC, le evidenze mostrano che si è ancora lontani dall'obiettivo prefissato. Troppe le disattese a causa dell'intercorsa pandemia da Coronavirus e della polverizzazione delle attività delle Regioni italiane (Redazione Aboutpharma Online, 2021). Peraltro, bisogna rilevare che diversi punti del PNC sono stati ripresi e rilanciati anche dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) approvato il 13 luglio 2021.

La spinta innovativa delle Regioni nel ridisegno dei servizi territoriali

I nuovi modelli di servizi territoriali si basano sul riassetto delle cure primarie e sulla sperimentazione di diverse configurazioni di strutture sanitarie e sociosanitarie intermedie fra ospedale e domicilio, in grado di realizzare la presa in carico dei pazienti cronici, polipatologici, fragili e anziani, i cui bisogni assistenziali sono determinati da fattori sia clinici che sociali (Berwick et al., 2008; Barnett et al., 2012; Valentijn et al., 2017).

La maggior parte dei nuovi modelli regionali integrati di interventi sanitari e sociosanitari passa attraverso la configurazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), che assumono una forte valenza di tipo organizzativo.

La spinta innovativa alla riprogettazione all'interno dei nuovi modelli di assistenza territoriale si è indirizzata verso forme aggregative dei MMG, attraverso la costruzione di gruppi multiprofessionali e multidisciplinari, coinvolgendo figure come gli infermieri e gli operatori sociosanitari, oltre agli stessi specialisti ambulatoriali nel tentativo di costruire un *continuum*

che va dall'ambito sanitario a quello sociale. In questa prospettiva diventano fondamentali le scelte degli strumenti di governance e di programmazione, operate dalle diverse Regioni per garantire la stratificazione della domanda e l'individuazione delle sottopopolazioni target, come condizione di indirizzo della presa in carico attraverso l'adozione di Piani Assistenziali Individuali (PAI). Nell'ultimo decennio la disponibilità di strumenti digitali – quali cartella clinica elettronica, prescrizione medica digitale, fascicolo sanitario elettronico, telemedicina – ha offerto l'opportunità di collegare in maniera più proficua medici, pazienti, strutture e informazioni. Con l'attuale nuova ondata di tecnologie innovative – quali *mobile health*, *Internet of things*, *big data analytics*, *cloud computing*, intelligenza artificiale, genomica medica, robotica collaborativa – vi è la possibilità di riprogettare alla radice i sistemi-salute verso un vero e proprio ecosistema dell'innovazione, attraverso lo sviluppo di nuovi servizi digitali a beneficio di *policy-maker*, medici e pazienti. Cosa prevista anche dal PNRR (Assobiomedica-ISIMM Ricerche, 2018).

Quindi, in sintonia con quanto previsto dal PNC, alcune Regioni hanno avviato importanti iniziative di riorganizzazione dell'assistenza territoriale per la gestione dei malati cronici. Dettagliamo di seguito alcune caratteristiche salienti di Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Toscana, che rappresentano i modelli più avanzati e consolidati (Redazione Aboutpharma Online, 2019; Assobiomedica-ISIMM Ricerche, 2018). A Regione Lombardia sarà dedicato un capitolo a parte.

Il modello emiliano

Il perno del modello emiliano è rappresentato dalla valorizzazione tecnico-professionale dei MMG. Tale valorizzazione avviene nell'ambito di nuove forme aggregative strutturali sul territorio, con il coinvolgimento attivo degli specialisti, degli infermieri e degli altri operatori socio-sanitari. Compimento di tale modello è l'istituzione della Casa della salute quale presidio fisico facilmente raggiungibile. Si tratta di un luogo dove sono coordinati tutti i servizi sanitari tramite percorsi assistenziali integrati ospedale-territorio. La presa in carico della cronicità è così garantita attraverso percorsi di cura multidisciplinari che prevedono l'integrazione tra i servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e quelli sociali.

Il modello toscano

La riorganizzazione dei servizi territoriali in Toscana ha come fulcro uno specifico modello di sanità d'iniziativa, definito *expanded chronic care model*. Tale modello si fonda sull'interazione fra un paziente cronico esperto/informato e un team proattivo multiprofessionale, coordinato da MMG. All'interno di questo modello viene valorizzato il ruolo dell'infermiere professionale e dell'operatore socio-sanitario secondo i diversi stadi della patologia. Il team prende in carico sia gli aspetti strettamente clinici sia quelli più generali di sanità pubblica, integrando l'aspetto sanitario con quello sociale. La presa in carico dei pazienti cronici sul territorio è

attuata grazie al ruolo centrale e complementare delle AFT. Si tratta di strutture fisiche, parte della riorganizzazione della medicina di base, in cui sviluppare il sistema di presa in carico proattiva e precoce dei malati cronici, finalizzata al rallentamento dell'evoluzione clinica e alla riduzione delle complicanze.

Il modello veneto

Piuttosto innovativo anche il nuovo modello territoriale del Veneto. Prevede la costituzione di team multiprofessionali e multidisciplinari, composti da medici di famiglia, specialisti ambulatoriali interni e ospedalieri, medici di continuità assistenziale, infermieri, operatori socio-sanitari, assistenti sociali, psicologi. Si tratta di quelle che vengono definite «medicine di gruppo integrate» e garantiscono la corretta presa in carico delle cronicità. Il ridisegno della filiera di assistenza territoriale assegna un ruolo particolarmente rilevante alle cure domiciliari e alle strutture intermedie, al cui interno assume valenza strategica l'ospedale di comunità, struttura caratterizzata da brevi ricoveri rivolta ai malati cronici che periodicamente necessitano di controlli o terapie particolari.

Ambito domiciliare

In tutti questi diversi percorsi di evoluzione dell'assistenza territoriale a livello regionale, l'ambito domiciliare risulta essere uno strumento fondamentale per la presa in carico dei pazienti cronici, spesso anziani e affetti da più patologie che acquisiscono gli aspetti di criticità cliniche e di fragilità sociali, dove il MMG coadiuvato da personale infermieristico può aumentare ulteriormente il suo ruolo peculiare di presenza attiva.

13.3 La presa in carico della cronicità in Regione Lombardia

Regione Lombardia è stata una delle regioni che nell'ultimo decennio ha lavorato maggiormente sul riassetto del territorio. Attraverso la legge 23 di riforma del sistema socio-sanitario lombardo del 2015, attualmente in fase di revisione e di integrazione con quanto richiesto da AGENAS e previsto dal PNRR, ha promosso l'associazionismo medico, l'integrazione di personale di studio e di infermieri negli studi dei MMG, la presa in carico della cronicità con modelli a rete, la costituzione di presidi ospedalieri territoriali (POT) e presidi socio-sanitari territoriali (PRessT) in aggiunta a quanto previsto dalla Legge Balduzzi, come modelli di integrazione tra ospedale e territorio a valenza socio-sanitaria e sociale.

Inoltre, a partire dal 2010 con una serie di delibere attuative è stata la prima Regione, insieme alla Toscana, a sperimentare un modello di medicina di iniziativa per la gestione delle patologie croniche, il CReG (Chronic Related Group), ispirato al *Chronic Care Model* di Wagner (1999) per cercare di superare la discontinuità di cura tra ospedale, medicina specialistica e MMG.

La sperimentazione, nata su cinque ASL (Bergamo, Como, Lecco, Milano e Milano 2), ha poi visto l'estensione ad altre cinque ASL (Cremona, Milano 1, Monza e Brianza, Sondrio e Varese) e si è conclusa nel 2017. La gestione dei diversi aspetti in cui si articola l'assistenza sanitaria del paziente è stata affidata a un unico soggetto gestore denominato «provider», che per i circa 1000 MMG partecipanti al progetto sono state le società di servizio cooperative, che negli anni precedenti avevano già dimostrato di avere le capacità organizzative e gestionali necessarie ad affrontare questo percorso (Lauri e Levato, 2013; Lauri et al., 2015).

Elementi costitutivi del modello CReG sono stati la stesura di PAI, il monitoraggio attivo e il *recall* dei pazienti. Il PAI veniva redatto da parte del MMG tenendo conto dei percorsi di appropriatezza diagnostico-terapeutica e assistenziale (PDTA) condivisi tra i vari operatori del sistema sanitario, per garantire la continuità delle cure e prevenire le riacutizzazioni.

La gestione e il monitoraggio dei percorsi, il *recall* sui pazienti, la telemedicina, il telemonitoraggio e il reporting (debito informativo, aderenza e customer) verso ASL e Regione Lombardia sono state le attività dei centro servizi di cui i MMG si sono dotati in partnership tra le cooperative provider e partner tecnologici.

Il centro servizi, insieme agli infermieri operanti presso i centri dei MMG, che in alcune cooperative hanno assunto il ruolo di *case manager*, ha poi il compito di intervenire attivamente nel monitoraggio dell'aderenza dei pazienti e dei medici ai percorsi diagnostico-terapeutici programmati. Tra i risultati più significativi osservati, la riduzione dei ricoveri e accessi impropri in pronto soccorso e in alcune cooperative il miglioramento progressivo degli indicatori di risultato ed esito intermedio nella popolazione dei pazienti cronici partecipanti al progetto (Lauri et al., 2015), come riportato in Tabella 13.2, riguardo a un campione di pazienti diabetici seguiti per i cinque anni del progetto.

INDICATORI CLINICI	RISULTATI INTERMEDI RELATIVI AD UN CAMPIONE DI 930 SOGGETTI CON DIABETE MELLITO DI TIPO II (% PAZIENTI A TARGET)					
	DICEMBRE 2011	GENNAIO 2013	GENNAIO 2014	GENNAIO 2015	GENNAIO 2016	GENNAIO 2017
PA < 130/85	26.3%	29.1%	30.4%	41.5%	43.0%	47.0%
Hb A1c < 7%	55.7%	60.0%	60.7%	68.7%	70.7%	74.6%
CLDL < 100 mg/dl	14.7%	15.2%	15.5%	30.7%	30.1%	34.1%
CTot < 190 mg/dl	42.3%	45.2%	45.2%	54.0%	61.0%	65.1%
Microalbuminuria < 30	43.3%	51.1%	46.4%	55.0%	54.8%	58.7%
Creatinina < 1.2	73.5%	79.7%	80.9%	88.0%	88.2%	90.1%

Tabella 13.2 – Andamento degli indicatori clinici di esito intermedio in pazienti diabetici di tipo II arruolati dalla cooperativa CMMC di Milano nell'ambito del progetto CReG.

Fonte: elaborazione dati Cooperativa Medici Milano Centro (2017).

All'interno del progetto CReG si è sperimentato anche l'uso sistematico di prestazioni in telemedicina su gruppi di pazienti cronici, per lo più in area cardiovascolare e pneumologica. Con la supervisione del centro servizi sono stati attivati a partire dal 2013 anche strumenti di telemonitoraggio domiciliare per alcune centinaia di pazienti diabetici e scompensati gravi. I primi dati sono molto interessanti in merito a riduzione di accessi in pronto soccorso e ricoveri anche per questo piccolo sottogruppo, in confronto a una popolazione controllo di pari comorbidità (Nalin et al., 2015; Lauri e Levato, 2013). Il CReG è stata una sperimentazione complessa e un grosso banco di prova per la MG, rivelando una serie di criticità ma anche diversi punti di forza (Lauri e Levato, 2013; Lauri 2013). Tra i punti positivi e innovativi del CReG c'è il tentativo di migliorare la presa in carico del paziente cronico da parte del MMG. Il CReG quindi ha reso più «misurabile» il lavoro dei MMG su larga scala, e questo è sicuramente un ulteriore valore aggiunto del progetto. Prima del CReG solo piccoli gruppi di MMG selezionati e motivati, appartenenti a reti nazionali o società scientifiche, si occupavano di audit e rendicontazione sistematica di risultati (Nalin et al., 2015; Auxilia et al., 2011; Caimi, 2011).

Il CReG ha stimolato anche la nascita e il rafforzamento di forme organizzate della MG, come le cooperative di servizio, che in futuro potranno/dovranno farsi carico degli scenari di trasformazione del territorio quali la diffusione delle Aggregazioni funzionali territoriali e delle Unità complesse di cure primarie previste dalla Convenzione Nazionale della MG e dalla Legge Balduzzi e in futuro prossimo forse anche delle Case di comunità previste dal PNRR.

Dal 2017 con la fine del progetto CReG il modello lombardo della cronicità evolve fino a oggi con una serie ulteriore di delibere che lanciano il progetto di presa in carico del paziente cronico (PIC) che si attua lungo due direttrici. Il superamento della frammentazione del percorso di cura – promuovendo un'integrazione operativa di tipo funzionale fra gli erogatori di servizi sanitari e sociosanitari – e l'avvio di una nuova piattaforma organizzativa e tecnologica per la gestione delle cronicità, riconducibile agli approcci di Population health management, evoluzione della precedente sperimentazione CReG. Grazie alla Banca Dati Assistito, la popolazione è stata stratificata in base ai consumi sanitari pregressi in tre livelli di intensità clinico-assistenziale:

- I livello di fragilità clinica con quattro o più patologie;
- II livello di cronicità polipatologica con due-tre patologie;
- III livello di cronicità in fase iniziale con una patologia.

La riorganizzazione dei processi erogativi ha visto l'introduzione di un nuovo soggetto, l'ente gestore della cronicità. Ha il compito di garantire le necessarie connessioni e interdipendenze organizzative fra i diversi attori del sistema sanitario. Inoltre, è atto ad assicurare le funzioni di accompagnamento della presa in carico e il coordinamento della rete assistenziale dei professionisti coinvolti (Redazione Aboutpharma Online, 2019).

Diversi i punti di contatto con il CReG: la classificazione/stratificazione dei pazienti cronici però affinata con algoritmi regionali in grado di riconoscere fino a cinque comorbidità presenti nello stesso individuo, il PAI come strumento di governance, il centro servizi come strumento di monitoraggio e aderenza al percorso ma non solo, la ricerca di integrazione ospedale-territorio. Ci sono anche punti significativi di differenza: i soggetti gestori che non sono più solo le cooperative dei MMG ma anche gli enti erogatori ospedalieri pubblici e privati, il centro servizi che deve garantire la prenotazione delle prestazioni previste nei PAI tramite accordi con gli erogatori, una tariffa differenziata di gestione a seconda della classe di gravità del paziente e non più un delta di remunerazione a seconda del risultato di gestione come nel CReG.

La PIC ha visto il coinvolgimento di circa 2500 MMG riuniti in 24 cooperative in tutte le ATS Lombarde. Alla fine del 2019, dopo 2 anni dall'avvio del progetto si era arrivati a più di 300.000 pazienti con 250.000 PAI emessi e di questi il 95% erano stati arruolati dai MMG, a dimostrazione che la gestione del paziente cronico è propria della MG organizzata. Nel 2020, quando finalmente una serie di criticità organizzative, prima fra tutte la disponibilità di slot appuntamenti nelle agende delle aziende ospedaliere per erogare le prestazioni diagnostiche e specialistiche previste nei PAI, si stavano risolvendo e gli arruolamenti stavano progressivamente aumentando, l'emergenza Covid-19 ha segnato una pesante battuta di arresto del progetto con un effetto devastante sulla gestione della cronicità. È diminuita l'attenzione/motivazione dei MMG e dei pazienti ed è saltata tutta la programmazione ospedaliera e l'aderenza ai percorsi di cura. Unico dato positivo la spinta innovativa sostenuta in buona parte da alcune cooperative/gestori verso strumenti di sanità digitale: televisita, teleconsulto, telemonitoraggio domiciliare, strumenti di intelligenza artificiale che restano come base per l'innovazione della medicina territoriale futura.

In sintesi

Invecchiamento e aumento delle malattie croniche sono elementi fondanti del nuovo scenario che caratterizza la medicina territoriale. La necessità di un nuovo modello di cura basato su medicina di iniziativa e team multiprofessionali integrati, che garantiscano miglior continuità delle cure tra ospedale e territorio, è condivisa quasi all'unanimità da molti esperti del settore.

A livello nazionale la Legge Balduzzi dal 2012 promuove obbligatoriamente nuovi modelli di associazionismo tra i MMG, le AFT e UCCP, come team multiprofessionali in grado di gestire continuità delle cure e miglior assistenza ai malati cronici. Il PNC dal 2016 e diversi modelli regionali vanno tutti nella medesima direzione.

La regione Lombardia con la legge 23 di riforma del territorio nel 2015, con il progetto CReG prima a partire dal 2010 e successivamente con il progetto PIC dal 2017 a oggi sperimenta e promuove un nuovo modello di gestione della cronicità affidando a un soggetto gestore il ruolo di coordinamento e governance del percorso di cura dei pazienti stratificati e classificati per livelli di gravità/complessità cui viene formulato un PAI. I MMG organizzati in

cooperative si sono dimostrati i principali protagonisti del nuovo modello di gestione nonostante una serie di criticità emerse. L'emergenza Covid-19 ha temporaneamente interrotto un percorso potenzialmente virtuoso, stimolando tuttavia nuovi strumenti di cura basati sulla sanità digitale e gettando le basi per innovazione e miglioramento delle cure primarie alla luce della sfida ricompresa dal PNRR. È auspicabile per i futuri MMG, alla luce delle esperienze maturate in tema di gestione della cronicità nella nostra Regione, realizzare all'interno del corso una formazione teorico-pratica sui problemi clinici e organizzativi legati alla gestione spesso complessa del paziente geriatrico-cronico-fragile.

Riferimenti bibliografici

Auxilia F., Peduzzi P., Lopiccoli S., Vazzoler C. (2011), «Percorsi diagnostici e cura. Cure primarie e politiche sanitarie», *Prospettive sociali e sanitarie*, 9-10, pp. 6-10.

Assobiomedica-ISIMM Ricerche (2018), «I nuovi modelli di assistenza sul territorio e i servizi a valore aggiunto dell'industria», working paper.

Barnett K., Mercer S.W., Norbury M., Watt G., Wyke S., Guthrie B. (2012), «Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study», *Lancet*, 380(9836), pp. 37-43.

Berwick D., Nolan T., Whittington J. (2008), «The triple aim: Care, health and cost», *Health Affairs*, 27, pp. 759-69.

Caimi V. (2011), «I CReG della Regione Lombardia. Rischi od opportunità per la Medicina Generale?», *Prospettive sociali e sanitarie*, 13-14, pp. 6-10.

Cricelli C., Medea G. (2016), «Il diabete nell'ambulatorio del medico di Medicina Generale», in Bonora E., Sesti G., *Il diabete in Italia*, Bononia University Press, Bologna.

Damiani G., Acampora A., Corsaro A. (2016), «Assistenza territoriale. Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane», *Rapporto Osservasalute*.

Damiani G., Acampora A. (2017), «Assistenza territoriale. Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane», *Rapporto Osservasalute*.

Damiani G., Acampora A., Sicuro L. (2018), «Assistenza territoriale. Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane», *Rapporto Osservasalute*.

Di Malta A., Piseri G. (2001), *Associazionismo e Cooperazione in Medicina Generale*, Editore Sinapsis.

Lauri D., Levato G. (2013), «CReG in Regione Lombardia: L'esperienza di gestione della Medicina Generale», *PharmacoEconomics*, Supplemento, 15, pp. 45-54.

Lauri D., De Luca C., Levato G. (2015), «La gestione del paziente cronico a rischio cardiovascolare nel progetto 'Buongiorno CReG'», *Giornale Italiano di FarmacoEconomia e Farmacoutilizzazione*, 7 (3), pp. 5-13.

Long Term Conditions Team, NHS (2012), «Long Term Conditions Compendium of Information: Third Edition», 30 maggio.

Nalin M., Baroni I., Romano M., Levato G. (2015), «Chronic related groups (CReG) program in Lombardy», *Europ Geriatr Med*, 6, pp. 325-330.

Piano Nazionale della Cronicità, Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, «Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016».

Porter M.E., Pabo E.A., Lee T.H. (2013), «Redesigning primary care: A strategic vision to improve value by organizing around patients' needs», *Health Affairs*, 32 (3), pp. 516-525.

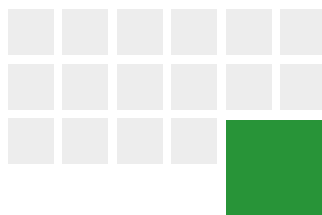
Redazione Aboutpharma Online (2019), «Cronicità, ecco i modelli più avanzati di presa in carico del paziente», *Aboutpharma Online*, <https://www.aboutpharma.com/blog/2019/02/19/cronicita-eco-i-modelli-piu-avanzati-di-presa-in-carico-del-paziente/>.

Redazione Aboutpharma Online. (2021), «Piano nazionale cronicità, ancora lontani dall'obiettivo», *Aboutpharma Online*, <https://www.aboutpharma.com/blog/2021/04/16/piano-nazionale-cronicita-ancora-lontani-dallobiettivo/>.

Starfield B., Kinder K. (2011), «Multimorbidity and its measurement», *Health Policy*, 103, pp. 3-8.

Valentijn P., Angus L., Boesveld I., Nurjono M., Ruwaard D., Vrijhoef H. (2017), «Validating the Rainbow Model of Integrated Care Measurement Tool: Results from three pilot studies in The Netherlands, Singapore and Australia», *International Journal of Integrated Care*, 17(3).

Wagner E.H. (1999), «Care of Older People with Chronic Illness», in Calkins E., Boulton C., Wagner E.H., *New Ways to Care for Older People: Building Systems Based on Evidence*, Springer, New York, pp. 39-64.



14

Riabilitazione

Anna Carla Pozzi

14.1 Introduzione

La complessità e irripetibile individualità di ciascuna persona, quale risulta dalla sua genetica, dall'età, dal sesso, dalla sua storia personale e familiare, dalla collocazione sociale fanno del paziente e della sua salute un caso unico.

Il compito del medico di Medicina Generale non è solo quello di curare ma anche quello di prevenire. La prevenzione è l'educazione del paziente a migliorare gli stili di vita e a dare suggerimenti per migliorare la sicurezza degli ambienti domestici, lavorativi ecc. Per esempio, nelle persone anziane, la prevenzione delle cadute è senza dubbio una strategia fondamentale, i consigli saranno quelli di illuminare bene gli spazi abitativi, eliminare i tappeti, evitare le superfici scivolose, tenere la stanza in ordine e rimuovere gli oggetti che aumentano il rischio di caduta.

Davanti alla richiesta di aiuto di una persona sofferente, è necessario che il medico di Medicina Generale si ponga numerose domande e deve conoscere quale possa essere la terapia più adeguata col fine di attuare un cambiamento che possa attenuare o porre fine alla sua sofferenza.

Il Ministero della Salute ritiene che: «La riabilitazione costituisce il terzo pilastro del sistema sanitario, accanto alla prevenzione e alla cura, per il completamento delle attività volte a tutelare la salute dei cittadini. La riabilitazione è un processo nel corso del quale si porta una persona con disabilità a raggiungere il miglior livello di autonomia possibile sul piano fisico, funzionale, sociale, intellettuale e relazionale, con la minor restrizione delle sue scelte operative, pur nei limiti della sua menomazione».

Molte figure sanitarie e sociali interagiscono tra loro affinché il trattamento abbia successo. La conoscenza delle figure professionali e delle strutture del proprio territorio di lavoro è indispensabile per interagire e collaborare con l'unico fine del miglioramento della situazione di disabilità del paziente.

Le attività sanitarie di riabilitazione hanno il compito di valutare la situazione, diagnosticare e proporre la terapia riabilitativa più adeguata con lo scopo di risolvere o diminuire le limitazioni della vita quotidiana (lavorare, comunicare, muoversi, parlare, mangiare, lavarsi, vestirsi ecc.). Le attività sociali hanno il compito di garantire alla persona la massima partecipazione possibile alla vita sociale.

Le attività di riabilitazione per essere rimborsate dal Sistema sanitario nazionale (SSN) devono rientrare nei Livelli essenziali di assistenza (LEA).

I LEA sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale.

Secondo quanto previsto dalle Linee guida del 1998 e dal Piano di Indirizzo per la Riabilitazione del 2011, l'attività riabilitativa può essere erogata con varie modalità:

- *regime di ricovero ordinario*: viene utilizzato nei casi di problemi acuti che necessitano di accedere nell'arco delle 24 ore a terapie e trattamenti specifici. In questo ambito abbiamo la riabilitazione intensiva che recupera disabilità importanti modificabili e la riabilitazione estensiva caratterizzata da interventi con pazienti con disabilità, con possibilità di recupero, che hanno una condizione di instabilità clinica che richiede una sorveglianza medico-infermieristica, da ultimo abbiamo il day hospital riabilitativo in quei casi in cui vi è la necessità di trattamenti riabilitativi intensivi che non necessitano di sorveglianza medico infermieristica continuativa;
- *assistenza specialistica ambulatoriale*: si rivolge a pazienti complessi che richiedono una presa in carico globale che preveda molteplici programmi terapeutici con trattamenti della durata di almeno 90 minuti per seduta e casi non complessi che hanno bisogno di una sola tipologia di prestazioni riabilitative;
- *riabilitazione domiciliare*: è un intervento destinato a pazienti intrasportabili per motivi clinici. Tale prestazione è attivata dal MMG attraverso l'Assistenza domiciliare integrata (ADI). Per l'attivazione occorre che lo specialista fisiatra all'atto della dimissione o della visita rediga il Piano riabilitativo individuale (PRI) che contenga gli obiettivi riabilitativi da raggiungere;
- *strutture di riabilitazione residenziale e semiresidenziale*: in queste strutture le attività di riabilitazione svolte si rivolgono a pazienti in condizione clinica stabilizzata che presentano condizioni di disabilità conseguenti a patologie invalidanti e che hanno necessità di un'adeguata tutela assistenziale nelle 24 ore (regime residenziale) o per tempi minori (regime semiresidenziale). Generalmente sono interventi socioriabilitativi per

persone con disabilità fisiche, psichiche o sensoriali croniche. L'accesso a tali prestazioni è possibile a seguito di una relazione compilata dal curante o da una valutazione multidimensionale. Serve per il mantenimento o il recupero delle attività fondamentali della vita quotidiana.

14.2 Richiesta di invalidità e disabilità

La disabilità è la restrizione o carenza, conseguente a una menomazione, della capacità di svolgere un'attività, la stessa è da differenziarsi con l'handicap che è una condizione di svantaggio conseguente a una menomazione o disabilità che limita o impedisce di ricoprire il proprio ruolo.

Le disabilità si possono suddividere in disabilità sensoriali che interessano gli organi di senso (vista, udito, tatto, gusto, olfatto); disabilità fisiche o motorie che interessano la motricità e le parti del corpo deputate al movimento; disabilità intellettive che riguardano le funzioni intellettive e che possono essere verificate attraverso la valutazione del quoziente intellettivo (QI) della persona; disabilità psichiche, quelle che riguardano la sfera psichica, psicologica e relazionale.

Il primo compito del MMG, che deve essere medico certificatore dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS), al riscontro di questi casi è quello di inoltrare la domanda per l'accertamento delle condizioni di invalidità civile, cecità civile, sordità, disabilità e handicap. Il certificato medico introduttivo dovrà indicare i dati anagrafici, il codice fiscale, l'esatta natura delle patologie invalidanti e la relativa diagnosi. È opportuno accertarsi che il paziente sia in possesso di congrua documentazione medica specialistica che attesti le patologie dichiarate sul certificato introduttivo.

Quest'ultimo è compilato online, la copia del certificato va stampata e consegnata al paziente insieme alla ricevuta del numero univoco della procedura attivata, successivamente il cittadino dovrà presentare domanda all'INPS. Il certificato medico introduttivo ha una validità di 90 giorni.

Per il riconoscimento dello stato di disabilità va barrata la casella «disabilità». Tale accertamento consente di accedere al sistema per l'inserimento lavorativo dei disabili e in particolare ai percorsi di collocamento mirato, è previsto dall'art. 1 comma 4 della legge 68/99 ed è effettuato secondo le modalità indicate nel DPCM 1 gennaio 2000. Il lavoratore assunto con tale beneficio ha diritto al trattamento economico e normativo previsto dalle leggi e dai contratti collettivi, come gli altri lavoratori. Il datore di lavoro non può chiedere al disabile una prestazione non compatibile con le sue disabilità.

Possono essere anche richiesti, se sussistono i presupposti:

- l'invalidità civile con o senza l'assegno di accompagnamento. Per ottenere l'assegno la persona non dovrà essere in grado di compiere gli atti quotidiani della vita o sarà impossibilitata a deambulare senza l'aiuto costante di un accompagnatore;

- lo stato di handicap (legge 104 art. 3 comma 3) è per i pazienti che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione, permette di beneficiare di agevolazioni fiscali o sul lavoro.

14.3 Trattamento riabilitativo

Il trattamento riabilitativo è rivolto a tutte le malattie invalidanti siano esse congenite o acquisite. Generalmente sono patologie che comportano limitazioni delle attività quotidiane attraverso la riduzione delle funzioni motorie, cognitive e relazionali. La condizione imprescindibile è l'individuazione del paziente da riabilitare rispetto a quello che non è più emendabile.

Gli ambiti di trattamento sono vasti e prendono in carico la disabilità causata da diverse affezioni patologiche e/o dal dolore e riguardano:

- *riabilitazione neurologica*: nei casi di esiti di stroke, sclerosi multipla, miastenia grave, medullose, malattia di Parkinson, esiti di trauma cranico commotivo con lesioni cerebrali ecc.;
- *riabilitazione ortopedica e reumatologica*: nei casi di esiti di fratture e di protesi articolari, artrosi, distrazioni muscolari, tendinopatie, distorsioni, patologie della colonna vertebrale, fibromialgia, artriti, miopatie infiammatorie ecc.;
- *riabilitazione cardiologica*: nei casi di infarti miocardici acuti e di interventi cardiocirurgici e vascolari ecc.;
- *riabilitazione polmonare*: nei casi di esiti di pneumectomia, asma, broncopneumopatia cronica ostruttiva, bronchiectasie e patologie interstiziali polmonari, esiti interstiziopatie da Covid-19 ecc.;
- *riabilitazione uro-ginecologica*: diagnosi e trattamento dell'incontinenza urinaria e fecale, disfunzioni del pavimento pelvico post partum, dolore pelvico cronico ecc.;
- *riabilitazione nel paziente anziano*: prevenzione del rischio di cadute, esercizio terapeutico e coordinamento dell'attività fisica adatta, decadimento cognitivo ecc.;
- *riabilitazione oncologica*: elaborazione di percorsi riabilitativi in esiti di tumore della mammella, neoplasie toraco-polmonari; del distretto testa-collo, uro-ginecologici, neoplasie dermatologiche, neoplasie intestinali, oncologia neurologica e ortopedica ecc.;
- *riabilitazione del paziente cronico*: individuazione dei percorsi adeguati secondo le patologie di cui è affetto.

14.4 Terapie fisiche

Il fisiatra e il medico di Medicina Generale impostano i trattamenti riabilitativi e si avvalgono di numerose figure professionali quali: il fisioterapista, il chinesiologo, il logopedista, lo

psicologo, il terapeuta occupazionale, il podologo, il terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, il neuropsicologo, il tecnico ortopedico, il tecnico di neurofisiopatologia, l'educatore professionale, l'infermiere.

In questo paragrafo tratteremo di terapie fisiche strumentali che sono molto prescritte. Prevalentemente sono utilizzate per patologie ortopediche.

Il medico di Medicina Generale può prescrivere terapie fisiche strumentali. Alcune sono a carico del SSN altre sono a pagamento, in tutti casi i pazienti potranno richiedere prescrizioni su ricettario privato con lo scopo di ottenere un rimborso assicurativo o per la detrazione fiscale.

Le terapie a carico del SSN devono essere prima prescritte dal fisiatra che redige il PRI. Successivamente il MMG, se lo ritiene opportuno, potrà prescrivere le terapie contenute nel PRI sul ricettario SSN. Unica eccezione sono le onde d'urto che possono essere prescritte direttamente dal medico di famiglia.

Di seguito riportiamo le più frequenti terapie fisiche utilizzate con le indicazioni e controindicazioni e le relative modalità di prescrizione:

- *Ultrasonoterapia*: utilizza sonde a ultrasuoni con frequenze da 1 a 3 MHz. A seconda dei distretti corporei da trattare per la conduzione del fascio ultrasonoro può essere impiegato gel conduttore o acqua. Le mani e i piedi potranno essere immersi in acqua che funge da ottimo conduttore. Indicazioni: tendiniti, borsiti, entesiti, distrazioni muscolari, artrosi, lesioni legamentose. Controindicazioni: presenza di impianti metallici che sono soggette a surriscaldamento, portatori di stimolatori cardiaci ecc. Accessibile a carico del SSN;
- *Laserterapia* (Light Amplification Through the Stimulated Emission of Radiation): è una forma di emissione elettromagnetica, generalmente nello spettro visibile, dal rosso al viola, ma anche di quello infrarosso non visibile. I laser utilizzati in fisioterapia sono a bassa o media potenza, privi della capacità lesiva dei laser chirurgici. La terapia è indicata nei traumi acuti muscolo-articolari, artralgie di varia natura, ha un'azione rigenerativa nel trattamento di piaghe e ulcere a lenta guarigione. Non vi sono controindicazioni rilevanti, tuttavia per evitare l'esposizione dell'occhio a rischi di lesione retinica sia l'operatore che il paziente dovranno indossare occhiali protettivi. Accessibile a carico del SSN;
- *TENS* (Trans Cutaneous Electrical Nerve Stimulation): utilizza degli elettrodi cutanei che emettono impulsi di bassa intensità, con frequenza di scarica variabile tra 20 e 80 impulsi al secondo. Sono indicate nel trattamento di dolori derivanti da traumi, esiti fratture, distorsioni, lombalgia, lesione cuffia rotatori. Controindicazioni: gli elettrodi non vanno mai posizionati sopra ferite, piaghe o in zone di alterata sensibilità o in pazienti portatori di stimolatori cardiaci e donne in gravidanza. Accessibile a carico del SSN;
- *Magnetoterapia*: è una forma di terapia fisica che si avvale di onde elettromagnetiche a bassa intensità e bassa frequenza che accelera il processo di riparazione di fratture, ferite, piaghe. Indicazioni terapeutiche: accelera il processo di guarigione delle fratture. Può essere usata nel trattamento dell'algodistrofia (morbo di Sudek). È anche un vali-

do strumento terapeutico nei casi di artrosi, fascite plantare, tendiniti. Controindicazioni: portatori di stimolatori cardiaci, gravidanza, minori a causa della presenza di cartilagini in accrescimento; presenza di mezzi di sintesi magnetizzabili. Accessibile a carico del SSN;

- *Onde d'urto*: sono onde acustiche ad alta energia. La terapia con onde d'urto è stata introdotta in medicina per il trattamento dei calcoli renali (litotrissia) e successivamente in campo ortopedico per il trattamento di numerose patologie muscolo-scheletriche. Esistono due tipi di onda d'urto: quelle radiali e quelle focali. Le onde d'urto radiali irradiano su tutta la superficie trattata. Le onde d'urto focalizzate sono onde la cui energia viene concentrata (focalizzata) su un punto della parte trattata. Il trattamento con onde d'urto focalizzate permette di concentrare l'impulso su zone di pochi millimetri consentendo un'azione locale molto ristretta in grado di raggiungere anche gli strati di tessuto più profondi. Il trattamento con onde d'urto focali risulta essere meno doloroso del trattamento con onde d'urto radiali. Le indicazioni terapeutiche sono: epicondilita, epitrocleite, lesioni cuffia dei rotatori con o senza presenza di calcificazioni, tendiniti, sperone calcaneare, fascite plantare, artrosi ecc. Dopo la seduta potrebbero verificarsi: piccoli ematomi, petecchie ed ecchimosi superficiali e di breve durata; riacutizzazione temporanea della sintomatologia dolorosa. Controindicazioni: quando il campo focale è vicino a encefalo, midollo spinale o gonadi; cartilagini di accrescimento, portatori elettrostimolatori, terapie anticoagulanti, gravidanza. Sono a carico del SSN anche con la sola prescrizione del medico di Medicina Generale;
- *Lonoforesi*: è una elettroterapia che permette di somministrare un farmaco per via transcutanea. La procedura prevede di applicare sulla cute, in corrispondenza dell'area da trattare, una sostanza ionizzata analgesica o antinfiammatoria in forma liquida o in gel utilizzando due elettrodi (polo positivo o negativo, a seconda del farmaco impiegato). Il circuito è percorso da una corrente continua a bassa intensità (non oltre 20 mA), il farmaco migra dal polo positivo a quello negativo o viceversa penetrando nei tessuti. Le indicazioni sono: infiammazioni e forme dolorose muscolo-scheletriche, traumi muscolari e ossei, patologie degenerative o infiammatorie delle articolazioni. Le controindicazioni sono prima di tutto quelle del farmaco applicato, portatori di stimolatori cardiaci, alterazioni cutanee in sede di applicazione. Erogabile solo in forma privata;
- *Tecarterapia* (Terapia Capacitiva Resistiva): consiste nell'applicazione di onde elettromagnetiche con frequenza nell'ordine di quelle per le radiotrasmissioni a onde medie (fra 0,45 e 1,2 MHz). Le onde attraversano i tessuti superficiali senza surriscaldare la cute e cedono energia termica ai tessuti profondi (si parla di «diatermia»). Indicazioni: trattamento e cura di infiammazioni, lesioni muscolari, contratture antalgiche, linfedemi. Le patologie più comunemente trattate sono: lombalgie, cervicalgie; spalla dolorosa, gonalgia, postumi di traumi distorsivi e muscolari. Controindicazioni: oggetti metallici impiantati (viti, placche, protesi articolari, pace-maker ecc.). Prestazione erogabile solo in forma privata.

In sintesi

La riabilitazione è un processo di soluzione di problemi e di educazione nel corso della quale si porta una persona disabile a raggiungere il migliore livello di vita possibile dai punti di vista funzionali, emozionali, sul piano fisico e sociale, pur nell'ambito della sua menomazione e della quantità e qualità delle sue risorse disponibili.

È un processo di sviluppo della persona, finalizzato alla realizzazione dell'intero potenziale fisico, psicologico, sociale, professionale, occupazionale, educativo compatibile con le menomazioni anatomiche o psicologiche e le limitazioni ambientali.

Gli obiettivi posti devono essere realistici, individuati per la singola persona, potranno essere realizzati anche secondo la metodica del problem solving e dell'empowerment.

Per le disabilità più gravi il processo di coinvolgimento riguarda anche la famiglia del disabile, chi lo circonda e l'ambiente di vita. In tal modo si opera per raggiungere la funzione ottimale, indipendentemente dalla disabilità residua.

Il principio dell'empowerment del disabile è fondamentale per potenziare le conoscenze del soggetto (educazione), con lo scopo di avere un coinvolgimento attivo della persona, sempre più consapevole, al suo progetto riabilitativo e favorire il processo di crescita dell'autodeterminazione, che fa emergere le risorse latenti e porta l'individuo ad appropriarsi consapevolmente del suo potenziale.

Alla luce dell'aumento dell'aspettativa di vita e della connessa cronicità, è essenziale che il medico di famiglia conosca e utilizzi in modo appropriato le opportunità riabilitative, al fine di migliorare la qualità di vita del paziente, anche attraverso la corretta prescrizione di protesi e ausili.

Riferimenti bibliografici

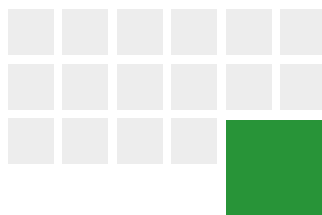
Basaglia N. (2002), *Progettare la riabilitazione il lavoro in team interprofessionale*, Edi Ermes.

Brotzman B., Wilk K.E. (2007), *Manuale di riabilitazione in ortopedia*, Elsevier Masson.

Ministero della Salute, Servizio Sanitario Nazionale, Riabilitazione, <https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4720&area=Lea&menu=ospedaliera>.

Sieri T., Beretta G. (2004), «Fall risk assessment in very old males and females living in nursing homes», *Disability and Rehabilitation*, vol. 26, Issue 12, pp. 718-23, <https://doi.org/10.1080/09638280410001704304>.

Tesio L. (2020), «Physical and rehabilitation medicine targets relational organs», *International Journal of Rehabilitation Research*, settembre, vol. 43, Issue 3, pp. 193-194, 10.1097/MRR.0000000000000404.



15

Salute mentale e dipendenze

Angelo Rossi

15.1 Introduzione

I seminari centralizzati sull'argomento della salute mentale e delle dipendenze devono riguardare essenzialmente cosa il medico di Medicina Generale deve conoscere riguardo ai temi individuati e come deve muoversi all'interno del sistema lombardo. Gli argomenti centralizzati in particolare riguardano temi generali e/o di sistema/organizzativi per portare a conoscenza del MMG in formazione quali sono le problematiche su cui il MMG può intervenire a partire dall'epidemiologia e dall'impatto sociale; in tal modo il medico in formazione potrà prendere coscienza delle dimensioni del problema e del possibile impatto sulla propria attività lavorativa futura e i confini delle proprie possibilità di intervento.

Trattando l'argomento dell'abuso di sostanze e delle dipendenze ci si soffermerà in particolare sulle strutture di offerta e dei servizi presenti in Regione Lombardia (SERD, Centri di Cura e Riabilitazione per le Dipendenze – CRD residenziali e semiresidenziali) oltre che della necessità di interventi precoci con un riferimento in particolare ai disturbi d'azzardo patologici, shopping compulsivo, abuso di farmaci, dipendenza da internet. Il contrasto alla tossicodipendenza, così come alle altre schiavitù, è al centro peraltro di una recente legge di riforma del sistema delle dipendenze patologiche e di contrasto alle droghe. I MMG in formazione verranno a conoscenza della presenza, presso le ATS, della Rete Diffusa Dipendenze (Re.Di.Di.) che avrà il fine di promuovere, organizzare e coordinare l'interazione sinergica dell'attività erogativa delle diverse componenti pubbliche e dei soggetti privati accreditati.

Trattando dell'adolescente sono state identificate e trattate le principali problematiche: abuso di sostanze in età giovanile, fattori di rischio dei disturbi mentali gravi, disturbi del

comportamento tipici dell'adolescente. L'obiettivo generale del percorso formativo sarà quello di favorire la creazione e la consolidazione di percorsi territoriali che hanno lo scopo di preparare modelli di intervento flessibili e integrati con le risorse del territorio per affrontare al meglio il disagio psicologico ed evolutivo dell'adolescente (p. es. relazioni familiari problematiche, eventi di vita stressanti, disturbi alimentari, devianza e coinvolgimento in gruppi a rischio); isolamento sociale (p. es. scarsa capacità di adattamento, presenza di problemi psicologici e comportamentali, ritiro sociale, vittime di bullismo e cyberbullismo); abbandono scolastico (p. es. fallimenti scolastici/formativi); dipendenza o abuso (p. es. alcool, droghe, gioco); problemi con la giustizia (p. es. comportamenti antisociali, delinquenziali, distruttivi, problemi di tipo penale o amministrativo per reati come risse o detenzione illegale di stupefacenti). Si farà riferimento anche per questo argomento ai provvedimenti legislativi promulgati in Regione Lombardia.

Infine, trattando dell'argomento dei disturbi del comportamento alimentare si porrà l'accento in particolare sui fattori di rischio e sulla diagnosi precoce, sull'importanza dell'approccio multidisciplinare e si descriverà la rete dei servizi con cui il MMG si dovrà interfacciare e interagire. Secondo l'OMS, i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) – l'Anoressia Nervosa e la Bulimia Nervosa in particolare – rappresentano una delle più frequenti cause di disabilità nei giovani dei Paesi occidentali e sono stati inclusi tra le priorità relative alla tutela della salute mentale in quanto problema di salute pubblica in costante crescita in tutti i Paesi. Negli eventi formativi si enfatizzeranno gli aspetti da considerare con particolare attenzione per porre una diagnosi precoce. Infatti, la letteratura internazionale evidenzia come uno dei principali problemi sia il ritardo nell'arrivo alle cure. A sostegno della cura e della lotta al fenomeno dei disturbi alimentari, Regione Lombardia ha recentemente approvato la legge n. 2 del 23 febbraio 2021, «Disposizioni per la prevenzione e la cura dei disturbi della nutrizione e dell'alimentazione e il sostegno ai pazienti e alle loro famiglie». La legge intende favorire una più veloce intercettazione del disturbo attraverso la realizzazione di servizi di prossimità e la diffusione di una cultura di attenzione e sensibilizzazione al problema. L'approccio al trattamento dei disturbi dell'alimentazione è multidimensionale, interdisciplinare, pluri-professionale integrato e coinvolge diverse figure professionali dell'area sanitaria, tra cui il medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta che, in relazione alle informazioni raccolte, può indirizzare la persona verso i servizi specialistici (servizi territoriali e/o ambulatoriali delle unità operative di neuropsichiatria infanzia e adolescenza, centri psico-sociali e/o ambulatori delle unità operative di psichiatria, consultori familiari).

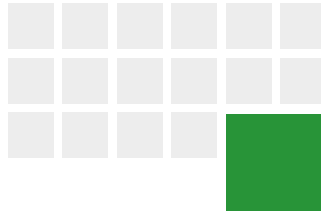
15.2 I contenuti della formazione

I seminari periferici dovranno avere un taglio interattivo; a partire dagli argomenti già trattati in parte nei seminari centralizzati si dovranno contestualizzare le tematiche trattate. Fondamentale per la formazione del MMG sarà il riferimento alle strutture d'offerta presenti sul territorio e i relatori dovranno essere quelli che il territorio esprime all'interno delle strutture

d'offerta, base per la creazione delle future reti multidisciplinari. Facendo un esempio pratico per quanto riguarda l'argomento del trattamento dei disturbi mentali, oltre a trattare di terapia psicofarmacologica si tratterà di psicoterapia, interventi riabilitativi e trattamenti integrati in cui la conoscenza delle strutture d'offerta diventa fondamentale proprio nel nome dell'integrazione tra specialisti e medici dello specifico territorio. L'argomento della rete dei servizi di salute mentale e del ruolo del MMG nei rapporti con i servizi stessi è fondamentale e strategico per l'operatività futura del MMG in formazione. L'argomento delle emergenze in psichiatria, Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO), Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO) è fondamentale per creare il terreno di conoscenza reciproca su cui si baserà poi la gestione delle emergenze stesse. I temi trattati da medici specialisti dei SERD saranno fondamentali per individuare precocemente i problemi ed effettuare un invio tempestivo, si dovrà portare a conoscenza dei MMG in formazione il contesto locale e la rete d'offerta per affrontare il trattamento delle sostanze d'abuso, delle dipendenze e della salute mentale, in nome di un approccio integrato territoriale.

In sintesi

I seminari centralizzati di salute mentale e dipendenze intendono fornire al medico di Medicina Generale nozioni sulle problematiche su cui può intervenire, a partire dall'epidemiologia e dall'impatto sociale. In tal modo il medico in formazione potrà prendere coscienza delle dimensioni del problema e del possibile impatto sulla propria attività lavorativa. I seminari periferici forniranno indicazioni sulle strutture d'offerta presenti sul territorio e sulle figure di riferimento con le quali interfacciarsi per la creazione delle future reti multidisciplinari.



16

Farmacologia

Aurelio Sessa

16.1 Introduzione

La farmacologia è la scienza che studia i farmaci e la loro applicazione terapeutica.

L'obiettivo generale del modulo è quello di andare oltre a questa definizione, ponendo che le conoscenze di base dei medici che partecipano al corso di formazione specifica in Medicina Generale siano recenti dal corso di studi di base. Il modulo didattico vuole fornire ai futuri MMG le conoscenze sul farmaco come bene comune per l'individuo e per la collettività.

Come obiettivi specifici sono stati sviluppati i seguenti argomenti:

- il farmaco come bene comune;
- documenti e strumenti per conoscere il consumo dei farmaci;
- gli aspetti normativi e le modalità prescrittive;
- le reazioni avverse da farmaci;
- le dinamiche di governance delle prescrizioni farmacologiche e le professionalità che intervengono;
- esempio di ambito terapeutico per applicare questa metodologia.

Si è voluto articolare il modulo didattico di farmacologia in macro e microaree.

Nelle macroaree abbiamo incluso:

- la farmacologia e la Medicina Generale;
- la farmacovigilanza, il rischio clinico e la riconciliazione terapeutica;
- farmaco e salute: i diversi attori.

Nelle microaree abbiamo incluso:

- l'antibioticoterapia e l'antibiotico resistenza;
- i farmaci inutili e le *mongering diseases*.

16.2 Farmacologia e la Medicina Generale

Il farmaco come bene comune

L'accesso al farmaco, strumentale al soddisfacimento del diritto alla salute, è un diritto fondamentale dell'individuo ma anche un interesse della collettività. Il bene farmaco, le cui caratteristiche impediscono di poterlo quantificare nei termini di un bene economico in senso classico, assume nei casi dei farmaci essenziali le caratteristiche di bene irrinunciabile. La necessità che il mercato del farmaco debba essere fortemente regolamentato deriva da un lato dalla presenza di monopoli di fatto, conseguenza della tutela dei brevetti, e dall'altro dalla problematica dell'accesso al consumo. Si spiega dunque la necessità del carattere completamente pubblico del processo decisionale su quantità e prezzo, considerando i costi e i benefici.

Lettura ragionata del rapporto OSMED sul consumo dei farmaci in Italia

Il rapporto OSMED costituisce uno strumento di comunicazione dei dati relativi alla quantità della spesa farmaceutica, dalle singole classi dei farmaci all'andamento di alcuni fenomeni di cui l'AIFA è custode quale Ente Regolatorio del Farmaco. La lettura che se ne può fare è fortemente indicativa anche delle dinamiche prescrittive da parte degli operatori sanitari in quanto indirettamente fornisce una serie di dati epidemiologici come derivati di farmacoutilizzazione. La mappatura regionale della prescrizione dei farmaci può essere uno strumento formativo eccezionale per attività di auditing e confronto fra pari.

L'appropriatezza prescrittiva

Una prescrizione farmacologica può essere considerata appropriata se effettuata all'interno delle indicazioni cliniche per le quali il farmaco si è dimostrato efficace e all'interno delle sue indicazioni d'uso. L'efficacia reale dipende anche dal rispetto di tutte le indicazioni, a partire dalle dosi, dalla frequenza e dalla durata del trattamento da parte del paziente. Nell'ambito

del monitoraggio dei consumi e della spesa dei farmaci, AIFA ha individuato da tempo indicatori in grado di sintetizzare le scelte prescrittive del medico e le modalità di utilizzazione del farmaco da parte del paziente (i farmaci gastroprotettori, l'aderenza alle note AIFA ecc.).

L'aderenza terapeutica e gli strumenti di monitoraggio

Si indica generalmente il conformarsi del paziente alle indicazioni del medico riguardo ai tempi, alla frequenza e all'assunzione del farmaco per tutta la durata della terapia, sia essa in acuto che in cronico. La scarsa aderenza alle prescrizioni del medico è direttamente proporzionale all'aumento degli interventi di assistenza sanitaria e all'aumento della mortalità poiché influisce direttamente sulla non efficacia della cura. L'aderenza terapeutica coinvolge sia le cure in acuto che in cronico. Quindi come intervenire sull'aderenza terapeutica? Quali strumenti mettere in campo sia per i pazienti che per i medici? Quali sono gli strumenti per il medico e come migliorare l'approccio con il paziente?

I vincoli normativi e le agenzie regolatorie

AIFA contribuisce alla tutela del diritto alla salute attraverso l'uso dei farmaci per garantire l'unitarietà nazionale del sistema farmaceutico, facilitare l'accesso ai farmaci innovativi, promuovere l'impiego sicuro e appropriato dei medicinali, favorire gli investimenti in ricerca e sviluppo nel settore farmaceutico e rafforzare i rapporti con le agenzie degli altri Paesi e l'agenzia europea del farmaco. Le autorità politiche e gli organismi regolatori intervengono a tutelare i pazienti che assumono i farmaci predisponendo leggi e normative atte a garantire che i medicinali distribuiti corrispondano a requisiti di qualità, efficacia e sicurezza.

Prescrivibilità, rimborsabilità e dematerializzazione

Il regime di fornitura identifica le modalità con cui un farmaco può essere dispensato con o senza ricetta del medico, in farmacia, in ospedale o in strutture a esso assimilabili. Esistono due fasce di rimborsabilità dei farmaci da parte del Servizio sanitario nazionale. La dematerializzazione delle ricette ha avuto un importante impulso durante il periodo Covid-19 e permette al cittadino/utente di poter ottenere una prescrizione online o via email senza l'utilizzo di una ricetta cartacea da ritirare dal proprio medico. Il SSN si fa carico dell'onere finanziario di tutti i farmaci consumati negli ospedali o in strutture assimilabili e classificati nelle varie fasce (A, C, H). AIFA provvede a redigere periodicamente il prontuario nazionale (PNR) in cui sono compresi quei prodotti rimborsati dal SSN che rientrano nelle indicazioni assimilabili ai Livelli essenziali di assistenza. La ricetta dematerializzata (o ricetta elettronica online) è un sistema di prescrizione ed erogazione delle prestazioni sanitarie. È obbligatoria per i medici, strutture sanitarie e farmacie (dall'1 gennaio 2016) di tutto il territorio nazionale.

16.3 La farmacovigilanza, il rischio clinico e la riconciliazione terapeutica

La farmacovigilanza è definita come la scienza e le attività che si riferiscono al riconoscimento, alla valutazione, la comprensione e la prevenzione degli effetti avversi e di ogni altro problema riconducibile ai farmaci. I dati sulla sicurezza dei farmaci possono essere ricavati da diverse fonti: la segnalazione di sospette reazioni avverse (spontanee e non spontanee), studi clinici, letteratura scientifica, report inviati dalle industrie del farmaco ecc. AIFA promuove programmi di studi di farmacovigilanza attiva con l'obiettivo di aumentare le conoscenze sui medicinali e definire meglio la loro sicurezza d'uso, migliorare le modalità con cui vengono utilizzati, stabilire un profilo di sicurezza che meglio corrisponda alla reale pratica medica e descrivere in maniera più realistica le caratteristiche dei pazienti in trattamento. Il rischio clinico è la probabilità che un paziente sia vittima di un evento avverso, cioè subisca un qualsiasi danno o disagio imputabile, anche se in modo involontario, alle cure mediche prestate durante un periodo di degenza, che causi un suo prolungamento o un peggioramento del suo stato di salute di base. Il rischio clinico è anche quell'insieme di pratiche e di procedure atte a individuare le fonti del rischio e a ridurle. Il Ministero della Salute ha prodotto un documento che parte dall'analisi approfondita del tema del rischio clinico, la formulazione d'indicazioni generali e arriva fino all'individuazione delle tecniche per la riduzione e gestione del problema. Il risk management affinché sia efficace deve interessare tutte le aree in cui l'errore si può manifestare durante il processo clinico-assistenziale del paziente: solo una gestione integrata del rischio può portare a cambiamenti nella pratica clinica, promuovere la crescita di una cultura della salute più attenta e vicina al paziente e agli operatori e contribuire a sviluppare luoghi di erogazione delle cure sicure ed efficienti. La riconciliazione della terapia farmacologica è un processo formale che permette di rilevare e conoscere la terapia farmacologica seguita insieme ad altre informazioni relative al paziente e consente al medico prescrittore di valutare con attenzione se proseguirla, variarla o interromperla. Si parte da una valutazione e un confronto dei farmaci assunti dal paziente con le indicazioni proprie relative all'attuale condizione clinica in funzione di una decisione prescrittiva corretta e sicura. Il medico prescrittore, nell'eseguire il confronto, valuta attentamente l'opportunità del prosieguo del trattamento in atto e la sua compatibilità con quello che ritiene indicato nella specifica circostanza, in relazione agli obiettivi terapeutici perseguiti e alle condizioni del paziente. Le terapie farmacologiche domiciliari e quelle prescritte nelle transizioni di cura all'interno dell'ospedale o tra ospedale e territorio e viceversa, presentano talvolta differenze non imputabili a una mutata condizione clinica del paziente né alle caratteristiche farmacologiche del medicinale.

Farmaco e salute: i diversi attori

Il Ministero della Salute, l'Agenzia Italiana del Farmaco, l'Istituto Superiore di Sanità, la classe medica, l'industria del farmaco, le Regioni, le aziende ospedaliere, le aziende sanitarie locali,

le associazioni dei malati ecc. Questi gli attori istituzionali e i cosiddetti portatori di interesse che in qualche modo intervengono nella filiera del farmaco il cui fine principale è il beneficio del paziente. La sfida per il SSN nell'ambito della politica del farmaco è garantire l'accessibilità a terapie farmacologiche appropriate e personalizzate, in grado di ottimizzare l'utilizzazione della risorsa farmaco e dei dispositivi medici in termini di qualità, efficacia e sicurezza assicurando la sostenibilità economica e sociale dell'assistenza sanitaria.

L'antibiotico-terapia e l'antibiotico-resistenza

Usare gli antibiotici quando non servono o in modo non corretto può rendere i batteri resistenti ai successivi trattamenti. Si tratta di un rischio sanitario che riguarda non solo la persona che assume gli antibiotici in modo improprio ma anche chi sarà successivamente contagiato da questi batteri resistenti. L'antibiotico-resistenza è un fenomeno naturale biologico di adattamento di alcuni microrganismi che acquisiscono la capacità di sopravvivere o di crescere in presenza di una concentrazione di un agente antibatterico, che è generalmente sufficiente a inibire o uccidere microrganismi della stessa specie. Il fenomeno dell'antibiotico-resistenza è aumentato considerevolmente negli ultimi anni e ha reso necessaria una valutazione dell'impatto in sanità pubblica specifica per patogeno, per antibiotico e per area geografica. Il problema è complesso poiché riconosce diverse cause che vanno dall'aumentato uso di questi farmaci (incluso l'utilizzo non appropriato) sia in medicina umana che in ambito veterinario e in agricoltura fino alla diffusione delle infezioni ospedaliere causate da microrganismi antibiotico-resistenti e di ceppi resistenti dovuto a un aumento dei viaggi internazionali e dei flussi migratori.

I farmaci inutili e le *mongering diseases*

Uno studio condotto dall'Università di Bologna e da AIFA in cui sono stati esaminati i prodotti approvati da EMEA (attuale EMA) attraverso la procedura centralizzata in dieci anni (dal 1995 al 2004) ha evidenziato che su 176 agenti terapeutici considerati solo il 28% era classificabile come innovazione terapeutica tale da offrire un obiettivo maggiore beneficio al paziente rispetto alle opzioni disponibili fino a quel momento. Un recente appello portato dal direttore dell'Oncology Center of Excellence dell'FDA (Richard Pazdur) invita a portare a sperimentazione meno farmaci cosiddetti «me-too» (medicinali i cui benefici clinici per il paziente sono solitamente simili a quelli ottenibili con molecole già note).

Quali sono i confini tra normalità e malattia? È il caso di livelli di colesterolemia, dei valori di pressione arteriosa oppure etichettando come «patologie» condizioni o atteggiamenti che connotano piuttosto tratti di personalità (ansia, timidezza, noia) o particolari fasi della vita (menopausa, vecchiaia) o semplici caratteristiche fisiche (calvizie, cellulite). In quest'ottica si inserisce il fenomeno del *disease mongering* letteralmente la «commercializzazione delle malattie».

In sintesi

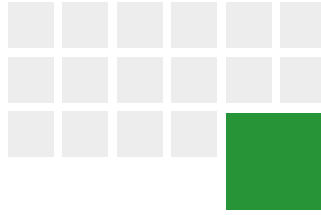
Gran parte dell'attività di diagnosi e cura del medico di Medicina Generale si concretizza con la prescrizione di farmaci.

È indispensabile che il medico collochi la sua attività prescrittiva nell'alveo delle regole del SSR, tenendo in considerazione l'equilibrio economico che rende possibile l'universalità delle cure e l'introduzione di farmaci innovativi di elevato costo.

La formazione del MMG deve tenere conto dei temi di appropriatezza e di aderenza terapeutica, nonché di riconciliazione terapeutica, per assicurare la massima efficacia della terapia medesima.

Negli ultimi anni il fenomeno dell'antibiotico resistenza (AMR *antimicrobial resistance*) è aumentato notevolmente. Il problema è complesso e riconosce diverse cause: l'aumentato uso, incluso quello non appropriato, sia in medicina umana che veterinaria, la diffusione di infezioni, soprattutto in ambito ospedaliero e di comunità, causate da microrganismi antibiotico-resistenti, e la diffusione di ceppi resistenti e multi-resistenti (multidrug-resistance).

L'AMR è uno dei principali problemi di sanità pubblica con importanti implicazioni dal punto di vista clinico (aumento della morbilità, della letalità, durata e complicanze delle malattie, possibilità di epidemie), sia in termini di ricaduta economica: è pertanto fondamentale una formazione rivolta a tutti gli operatori sanitari per fronteggiare il problema.



17

Elettrocardiografia e la valutazione ecografica in Medicina Generale

Ovidio Brignoli

17.1 Introduzione

L'elettrocardiogramma (ECG) è una metodica certamente antica, nonostante ciò riveste ancora un ruolo essenziale nella diagnostica cardiologica e nel lavoro quotidiano del medico di Medicina Generale (MMG). Basti considerare la potenzialità dell'ECG nel diagnosticare importanti patologie, quali la sindrome del QT lungo/corto, il Brugada, la pre-eccitazione cardiaca, anche in riferimento alle recenti normative sulla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico. Va inoltre sottolineata l'importanza dell'ECG, seppure con sensibilità non elevata, ma con buona specificità, nella diagnosi della fibrillazione atriale (l'aritmia statisticamente più frequente sul territorio) e dell'ipertrofia ventricolare sinistra nei pazienti ipertesi e nella cardiopatia ischemica. Ma ciò che è veramente utile e interessante per la Medicina Generale è la capacità di riconoscere un tracciato elettrocardiografico normale nelle persone che quotidianamente afferiscono allo studio con sintomi cardiaci o nelle persone con patologie croniche che necessitano di un periodico controllo. Poter effettuare con competenza un elettrocardiogramma nello studio medico facilita il percorso di presa in carico di centinaia di persone che possono evitare di ricorrere allo specialista con risparmi di tempo e di risorse economiche.

Inoltre, il MMG può eseguire un ECG a domicilio che consente, in situazioni cliniche specifiche, decisioni altrimenti incerte. Il suo uso è quindi diverso da quello dell'apparecchio ambulatoriale.

Urgenza. La realizzazione precoce, prima di arrivare in ospedale, di un ECG, conferma la diagnosi in casi di urgenza cardiologica, come l'infarto e alcune aritmie, che richiedono un

intervento tempestivo: terapia antiaritmica e trombolisi. Inoltre, la valutazione del paziente affetto da sincope, dolore precordiale, tachiaritmia e dispnea avviene spesso a domicilio, a opera del medico di base o di quello del servizio di guardia medica. La possibilità di eseguire subito un tracciato permette di confermare o escludere un coinvolgimento del cuore e di decidere i provvedimenti più opportuni.

Non urgenza. Un paziente con palpitazioni, lipotimie, capogiri o franchi episodi sincopali richiede una documentazione elettrocardiografica dei disturbi.

L'utilizzo dell'elettrocardiografo si va diffondendo fra i medici di base italiani, in seguito alle trasformazioni della medicina e al progresso tecnologico. L'ECG è un accertamento da cure primarie e non è più confinato all'ambito specialistico, se non altro per l'aumento delle sue indicazioni. È quindi un'opportunità che si inserisce bene nelle possibilità e necessità della Medicina Generale. L'intervento domiciliare, in situazioni sia acute sia croniche, è parte integrante e specifica del lavoro del medico di famiglia, il quale ha anche un ruolo fondamentale nello sviluppo di nuove modalità di cura a casa (ADP e ADI).

Purtroppo, ancora oggi la preparazione universitaria non prevede l'insegnamento sistematico dell'elettrocardiografia, ragione già di per sé sufficiente per considerare utile e razionale fornire al medico di Medicina Generale almeno i fondamenti della metodica.

17.2 Proposta di un corso di formazione sull'elettrocardiogramma

L'obiettivo del corso di PoliS per i medici tirocinanti è di fornire le conoscenze di base atte a trattare e monitorare i pazienti che presentano alcuni dei problemi più frequenti come l'ipertensione arteriosa, la cardiopatia ischemica e la fibrillazione atriale.

Si forniranno inoltre le conoscenze per migliorare l'appropriatezza dell'invio a consulenza urgente e/o a consulenza specialistica. Il corso, articolato in temi e argomenti, ha la durata di 12 ore, secondo un programma di cui proponiamo di seguito degli esempi.

Tema: l'ECG normale. Le ipertrofie atriali e ventricolari, con particolare attenzione all'ipertensione arteriosa e al suo trattamento; i blocchi di branca.

Argomenti:

- morfologia dell'ECG, sistema di conduzione, calibrazione e voltaggi, nomenclatura delle deflessioni, le derivazioni, sistema esassiale;
- i vettori, costruzione del complesso QRS nelle derivazioni frontali e precordiali, l'onda T, il tratto ST, l'onda T, il QT; i criteri di normalità delle deflessioni visibili nelle derivazioni periferiche e precordiali;
- calcolo dell'asse elettrico, lettura e interpretazione di elettrocardiogrammi forniti ai discenti su carta e proiettati da PC;
- ripasso della prima lezione con calcolo dell'asse elettrico, lettura e interpretazione di elettrocardiogrammi forniti ai discenti su carta e proiettati da PC;

- le ipertrofie ventricolari dx e sx con lettura di tracciato forniti su carta a ogni singolo discente;
- gli emblocchi e i blocchi di branca dx e sx.

Tema: la cardiopatia ischemica e il suo trattamento. Le aritmie, con particolare attenzione alla fibrillazione atriale e al suo trattamento.

Argomenti:

- lettura di tracciato, fornendo su carta a ogni singolo discente tracciati con ipertrofia ventricolare dx o sx, emblocchi, blocchi di branca;
- la fisiopatologia della cardiopatia ischemica (CI), la classificazione, i vari quadri clinici, sempre in riferimento all'elettrocardiografia e alle modificazioni elettrocardiografiche che la CI provoca all'onda P, al QRS e al tratto ST-T;
- le alterazioni ECG provocate dalla CI acuta (NSTEMI, STEMI) e dalla CI cronica;
- le aritmie, con particolare attenzione alla fibrillazione atriale e al suo trattamento;
- le tachicardie e i battiti prematuri all'ECG;
- le aritmie ipocinetiche;
- test di valutazione finale.

17.3 La valutazione ecografica in Medicina Generale

Nel 2017 l'American Academy of Family Physicians ha approvato una risoluzione che incoraggia a includere la POCUS (Point Of Care Ultra Sound) nella formazione dei medici di famiglia elaborando delle linee guida specifiche per il curriculum. Molti articoli riportano evidenze e analisi di costo-efficacia sui diversi aspetti applicativi in MG. I MMG tirocinanti della Lombardia hanno più volte richiesto di avere una formazione all'uso dell'ecografo come supporto diagnostico nella pratica professionale quotidiana.

La recente esperienza fatta dai medici tirocinanti che hanno aderito al progetto delle USCA durante la pandemia da Covid-19 ha concretamente dimostrato l'utilità dell'uso dell'ecografia per supportare la diagnosi delle polmoniti interstiziali a domicilio dei pazienti, con beneficio per le persone malate e per il Servizio sanitario regionale.

La scuola di formazione di PoliS-Lombardia, sulla scorta di queste indicazioni, propone un percorso sperimentale di formazione all'uso dell'ecografia in Medicina Generale.

L'obiettivo è quello di formare un MMG che acquisisca e applichi alcune competenze ecografiche a integrazione della valutazione clinico-anamnestica, per rispondere a quesiti specifici. Egli utilizza l'ecografo durante la visita, usando la sonda «oltre la mano» per dare risposta a specifici e definiti quesiti diagnostici, senza quindi eseguire un esame completo e senza compilare un referto. Questa modalità riguarda potenzialmente tutti i MMG disposti a

seguire un percorso formativo specifico che deve comunque essere certificato.

Quando un paziente presenta una situazione clinica, un sintomo, un problema, il MMG che avrà appreso l'uso dell'ecografo aumenterà la propria capacità e potenzialità di definizione diagnostica ottenendo risposte dalla valutazione strumentale contestuale. In questo caso la formazione sarà mirata ai quesiti e alle possibilità di ottenere risposte più definite grazie all'uso aggiuntivo della sonda ecografica che completerà il necessario e tradizionale approccio anamnestico e clinico. Questa modalità di applicazione si può definire come «generalista» in quanto si integra, potenzialmente, con il lavoro quotidiano di tutti i MMG che hanno o acquisiranno un ecografo e decidono di compiere lo specifico percorso formativo. In letteratura viene definita come Point Of Care Ultra Sound (POCUS) intendendo con essa il ventaglio di possibilità di utilizzo della metodica ultrasonografica nel punto di assistenza, a letto del paziente o in ambulatorio, per ottenere dati clinicamente significativi non raggiungibili adeguatamente mediante ispezione, palpazione, percussione e auscultazione.

La sua potenziale importanza nello sviluppo della MG italiana merita uno specifico approfondimento.

POCUS: il percorso, la letteratura

Il concetto di sonda ecografica come stetoscopio del XXI secolo si sta rapidamente sviluppando anche grazie alla relativa riduzione dei costi, le minori dimensioni degli apparecchi, le interfacce più intuitive e la crescente qualità delle immagini, consentendo agli ultrasuoni di essere sempre più efficacemente impiegati al posto di cura, in studio o a domicilio del paziente. Il percorso è iniziato negli anni Novanta con i medici dei dipartimenti di emergenza-urgenza che codificarono le applicazioni degli ultrasuoni al letto dei pazienti e dimostrarono la sicurezza ed efficacia della metodica rispetto all'approccio tradizionale. Da allora numerosi studi hanno convalidato la POCUS come una metodica sicura, economica, efficace e in grado di migliorare l'assistenza a pazienti in un ampio spettro di specialità mediche e applicazioni per un gran numero di scenari clinici. Il suo uso, negli ultimi anni e in molti Paesi, si sta rapidamente ampliando anche tra i medici di famiglia, conquistando un ruolo importante nel contesto delle cure primarie. Nel 2017 l'American Academy of Family Physicians ha approvato una risoluzione che incoraggia a includere la POCUS nella formazione dei medici di famiglia elaborando delle linee guida specifiche per il curriculum. Molti articoli riportano evidenze e analisi di costo-efficacia sui diversi aspetti applicativi in MG.

La POCUS non può sostituire o confondersi con l'esame ecografico completo, che è un esame eseguito da medici esperti della metodica, di solito in maniera programmata. L'ecografia tradizionale ha lo scopo di valutare in modo completo l'anatomia, la fisiologia e l'eventuale patologia, mentre la POCUS si focalizza su quesiti specifici che il medico si pone in relazione al quadro clinico che deve interpretare prendendo decisioni conseguenti alla valutazione effettuata. Le risposte ai quesiti sono di tipo binario: Sì/No oppure Presente/Assente.

La POCUS segue quindi uno standard di pratica profondamente diverso rispetto all'eco-

grafia tradizionale. Il suo apprendimento è specifico, ma meno complesso; il training prevede più corsi della durata di alcuni giorni più un periodo di pratica per migliorare la manualità; viene eseguita durante la visita a completamento del normale esame clinico e dura pochi minuti.

Dopo aver raggiunto la capacità di eseguire un esame POCUS affidabile, ciascun medico dovrebbe mantenere la competenza acquisita attraverso la formazione medica continua. Fondamentale è eseguire ecografie regolarmente e partecipare a eventi formativi, meglio se accreditati ECM. La metodica POCUS è stata inserita nel curriculum di diverse scuole di medicina e nei programmi di formazione specialistica medica. Anche in Italia, in alcune Regioni e da alcuni anni, si stanno sperimentando percorsi formativi curriculari per insegnare l'ecografia «generalista» all'interno delle scuole di formazione specifica in MG.

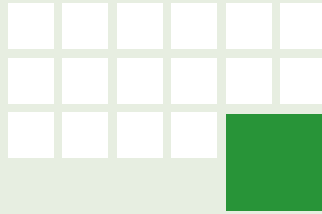
PoliS-Lombardia propone in forma sperimentale a un gruppo di tirocinanti un corso di Ecografia gestito da specialisti in collaborazione con MMG esperti della durata di 80 ore con valutazione finale. Il programma del corso prevede una parte generale su principi di base dell'ecografia, sull'uso e regolazione degli apparecchi e sulle modalità di utilizzo nelle diverse applicazioni.

In sintesi

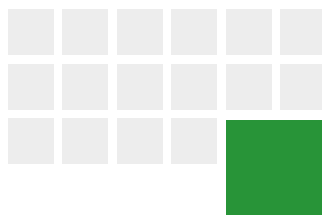
L'elettrocardiogramma (ECG) è una metodica certamente antica, nonostante ciò riveste ancora un ruolo essenziale nella diagnostica cardiologica e nel lavoro quotidiano del medico di Medicina Generale, il quale può eseguire un ECG in studio o a domicilio consentendo, in situazioni cliniche specifiche, decisioni altrimenti incerte e facilitando il percorso di presa in carico. L'obiettivo del corso di PoliS per i medici tirocinanti è di fornire le conoscenze di base atte a trattare e monitorare i pazienti che presentano alcuni dei problemi più frequenti come l'ipertensione arteriosa, la cardiopatia ischemica e la fibrillazione atriale. Si forniranno inoltre le conoscenze per migliorare l'appropriatezza dell'invio a consulenza urgente e/o a consulenza specialistica.

Riferimenti bibliografici

Fichera F., D'Ambrosio G., Lagolio E., Saponara A., Paolini I. (2020), «La valutazione ecografica in Medicina Generale: ruolo e significato della Point Of Care Ultrasonography (POCUS)», Rivista SIMG; 27(1), pp. 21-26.



Il medico di Medicina Generale e il contesto



18

Il medico di Medicina Generale in rete con i servizi territoriali

Silvano Casazza e Claudio Rossetti

18.1 Introduzione

Territorio, rete dei servizi, integrazione: sono tre dimensioni in ambito sanitario con cui il medico di Medicina Generale sempre deve confrontarsi.

Si tratta di tre dimensioni la cui combinazione ha come obiettivo finale di dare continuità di cura ai pazienti: un compito, è vero, che deve permeare tutti gli attori del sistema, ma che vede in prima linea il medico di famiglia in virtù del suo ruolo di riferimento primario del paziente.

In sostanza, dare continuità all'assistenza significa garantire integrazione tra tutti i nodi della rete dei servizi presenti sul territorio, in modo che il percorso assistenziale proceda in modo continuo.

Le responsabilità e le azioni per costruire una rete territoriale integrata sono di più attori e a più livelli; tuttavia, è indubbio che ogni attore deve avere la «coscienza» di essere inserito in questa rete, conoscerne le potenzialità, contribuire alla fluidità delle relazioni tra i singoli nodi della rete, sempre per dare continuità all'assistenza.

Vediamo nel dettaglio questi elementi. Sulle relazioni con l'ospedale si rimanda alla lettura del capitolo 4 «Ruolo delle ASST: punto formativo di erogazione».

18.2 Territorio, rete dei servizi, integrazione

Il territorio

Il territorio è l'ambito privilegiato di azione della medicina di famiglia.

Un tempo, si definiva come territorio tutto ciò che non era ospedale. Con il passare degli

anni esso ha assunto una sua definizione, non più per differenza rispetto all'ospedale, con una propria «essenza», un proprio contenuto specifico. Il territorio è l'ambito in cui il cittadino vive e in cui attua il proprio percorso di cura che vede l'intervento, quando necessario, anche dell'ospedale. Volendo forzare i termini, l'ospedale stesso è parte del territorio e non viceversa, ribaltando l'assunto di qualche anno fa quando l'ospedale era centrale nel percorso di cura.

In questo senso occorre «leggere» la legge regionale della Lombardia n. 23/2015 che, nell'istituire le Aziende sociosanitarie territoriali (ASST), ne ha individuato due «rami», tra loro integrati, quali il polo ospedaliero e la rete territoriale, a rimarcare la necessità di un ribaltamento degli approcci da «verticali» (basati sulle singole strutture erogatrici, silos) a orizzontali (con necessità di processi trasversali tra i singoli ambiti di cura, integrazione). E ancora, la stessa legge ha individuato i distretti come aree in cui costruire reti integrate tra tutti i soggetti erogatori di risposte ai bisogni del cittadino.

In questa prospettiva, acquista un significato nuovo e diverso l'interrelazione tra medico di Medicina Generale e ospedale, descritta di seguito nello specifico paragrafo.

All'interno del territorio, ci sono altre unità d'offerta «specializzate» nella risposta ai bisogni sanitari, sociosanitari e sociali del cittadino con cui il medico di Medicina Generale deve interagire quando si trova a costruire il percorso di cura per i propri assistiti, che nel loro insieme costituiscono una rete di servizi.

Si fa riferimento, da un lato, ai servizi specialistici ambulatoriali (rete sanitaria), dall'altro, alle strutture sociosanitarie in grado di garantire interventi domiciliari, semiresidenziali e residenziali per fasce di popolazione fragile (rete sociosanitaria), dall'altro ancora, alla gamma di servizi sociali forniti dagli enti locali (rete sociale).

	ANZIANI	DISABILI	MINORI	PERSONE CON DIPENDENZE	CURE PALLIATIVE	FAMIGLIE
RESIDENZIALE	Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)	Residenze Sanitarie Disabili (RSD)	Comunità educative e familiari	Comunità terapeutiche/educative	Hospice	
	Strutture per post acuti e subacuti					
	Alloggi protetti per anziani	Comunità Socio Sanitarie (CSS)				
SEMI RESIDENZIALE		Alloggi per l'autonomia/Comunità				
	Centri Diurni Integrati (CDI)	Centri diurni Disabili (CDD)				
	Centri diurni per anziani	Centri Socio Educativi (CSE)	Servizi per l'infanzia			
		Servizi Formazione Autonomia (SFA)	Servizi per i minori			

(Continua)

CURE INTERMEDIE RIABILITAZIONE	Cure intermedie			
	Riabilitazione			
SERVIZI DOMICILIARI E AMBULATORIALI	Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	- Servizi Dipendenze (SerD) - Servizi Multidisciplinari Integrati (SMI = SerD Privati a controllo)	Unità Cure Palliative Domiciliari	Consultori familiari
	Protesica			
	Assistenza Domiciliare Programmata			
	Servizio assistenza Domiciliare (SAD) Compresi servizi per i disabili e minori			
	Servizi sanitari e sociosanitari			
	Servizi sociali comunali			

Tabella 18.1 – Rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali territoriali.

Fonte: Regione Lombardia (rielaborazione degli autori).

Accanto a questi servizi della rete «formale» va considerata la presenza di una ricca rete «informale» costituita dalle associazioni di volontariato che operano a supporto delle istituzioni nell’assicurare la risposta completa ai bisogni del cittadino.

Il sistema integrato

La presenza a livello del territorio di questi servizi, che costituiscono i nodi di una rete, richiama la necessità di una loro connessione affinché costituiscano un sistema integrato in cui, attraverso la successione coordinata delle prestazioni, il cittadino trovi una risposta continua ai propri bisogni di salute.

In questa prospettiva, integrazione dei servizi e continuità dell’assistenza sono un *unicum* visto da due prospettive diverse. L’integrazione costituisce la visione degli operatori sanitari nel loro complesso (compresi i medici di famiglia), chiamati a costruire e garantire interconnessioni e coordinamento dei servizi. La continuità dell’assistenza è l’esito di queste azioni e il «percepito» dal cittadino che vede il suo bisogno soddisfatto senza interruzioni.

L’integrazione dei servizi richiede interventi a vari livelli, ma che chiamano in causa anche i singoli operatori.

Il modello riportato nella pagina successiva, proposto da P. Valentijn et al. (2012), riassume in modo schematico:

- i livelli di intervento (micro, meso, macro);
- il target interessato per livello (singola persona, popolazione);
- gli strumenti utilizzati per livello (integrazione clinica, integrazione dei servizi, integrazione professionale, integrazione funzionale, integrazione organizzativa).

L'ultimo strumento, che permea gli altri e crea il contesto per favorire tutte le modalità di integrazione, è l'integrazione normativa.

Essa è la base necessaria ma che non esime i singoli professionisti e le organizzazioni sanitarie a operare, ciascuno nel proprio raggio d'azione, per creare coordinamento tra i servizi.



Figura 18.1 – Modello di integrazione.

Fonte: P. Valentijn et al., 2012.

18.3 Il medico di Medicina Generale soggetto attivo e proattivo nella rete integrata dei servizi territoriali

Quale contributo può dare il medico di Medicina Generale all'interno della rete integrata dei servizi territoriali?

Innanzitutto, occorre chiarire che la rete è uno strumento in mano al medico di Medicina Generale per costruire un percorso completo di risposta ai bisogni dei propri assistiti.

Questo deve predisporre il medico a cercare in modo attivo relazioni con i servizi della rete, partendo dal presupposto che troverà ascolto e disponibilità perché il suo interlocutore ha la sua ragione, la sua mission nel rispondere ai bisogni dei cittadini e non a respingerli.

I sistemi sanitari hanno nella quasi totalità completato il percorso da un approccio basato sull'offerta (sulle esigenze del singolo erogatore, sulle sue necessità organizzative e gestionali, di volumi di singole prestazioni ecc.) a quello basato sulla domanda (sulle necessità del cittadino che determinano i volumi e le modalità organizzative di risposta da parte dell'erogatore).

In secondo luogo, perché l'utilizzo della rete sia veramente efficace e appropriato è necessaria da parte del medico una sua conoscenza, almeno in termini di macro tipologia di

unità d'offerta, con particolare riguardo alla risposta che un singolo servizio può dare rispetto al bisogno del paziente. Questo aspetto non è secondario nella formazione del medico di Medicina Generale e in questo senso i programmi di formazione lo prevedono. Sfruttare questa opportunità di conoscenza (in termini di servizi offerti, modalità per accedervi ecc.), anche attraverso la frequenza di alcune strutture, e tenerla poi aggiornata permette di collocare subito nel percorso corretto la persona con un bisogno, soprattutto se fragile, accorciando i tempi di soddisfacimento della necessità ed evitando peregrinazioni e rimbalzi dell'assistito e dei suoi familiari da un servizio all'altro alla ricerca della strada giusta.

Le considerazioni sopra esposte richiamano la necessità di una consapevolezza da parte di tutti i componenti della rete territoriale (compreso il medico di Medicina Generale) di esserne parte, avendo presente che un percorso non avviato di fronte a un bisogno o avviato in modo non appropriato va a ricadere, amplificandone le criticità legate anche all'esigenza di ricominciare da capo, su un altro nodo della rete, anche qui allungando i tempi di risposta.

Altro elemento per l'appropriato soddisfacimento delle necessità dell'assistito e del pieno utilizzo della rete è l'analisi dei bisogni della persona in modo complessivo, olistico (come si dice modernamente oggi) che ne consideri le dimensioni cliniche, personali, familiari e di contesto in cui è inserito. Non si chiede, in questo caso, al medico di fare l'operatore sociale, ma di compiere una valutazione a 360 gradi in modo da indirizzare il percorso di cura tenendo conto anche di fattori diversi da quelli clinici. Il rapporto di fiducia che l'assistito instaura con il medico scegliendolo liberamente permette e presuppone questi approfondimenti, necessari per una risposta completa e continua dei bisogni.

Accanto a questi interventi che riguardano la sfera della relazione tra medico e paziente, si apre una nuova opportunità per il medico di Medicina Generale nel partecipare in modo proattivo anche alla costruzione continua e al miglioramento della rete dei servizi di cui lui dispone sul territorio.

Le occasioni sono costituite, per esempio, dai gruppi di lavoro su progettualità di sistema cui il medico, attraverso gli organismi di rappresentanza della categoria, può candidarsi a partecipare sia in ambito sanitario (gruppi tra medici di Medicina Generale e specialisti) che sociale (con i comuni).

Accanto a questo, un medico inserito nella rete che si trova ad applicare protocolli e percorsi integrati condivisi con altri soggetti della rete, può farsi promotore del miglioramento di questi strumenti attraverso proposte di implementazione derivate dalla propria esperienza quotidiana.

Importanti sono anche i momenti di formazione organizzati da soggetti istituzionali del sistema sociosanitario che rappresentano ambiti privilegiati di confronto tra pari per il miglior utilizzo della rete.

Inoltre, la proattività deve anche essere esercitata, utilizzando il modello sopra descritto, nell'integrazione interprofessionale costruendo partnership e relazioni con i professionisti del territorio, sia all'interno delle cure primarie sia con le organizzazioni, esercitando una sorta di responsabilità collettiva nei confronti della popolazione di riferimento.

In sintesi

Il territorio è l'ambito di azione della Medicina Generale. In esso vivono gli assistiti e al suo interno trovano risposta i bisogni dei singoli, attraverso la rete di servizi sanitari, sociosanitari e sociali, uno strumento su cui il medico di Medicina Generale può fare affidamento per le necessità di cura del proprio paziente.

Il medico di famiglia è lui stesso un componente di questa rete con cui deve interagire proattivamente in modo da assicurare continuità ai percorsi di cura dell'assistito.

Visto in questa dimensione cambia il rapporto e la relazione tra medico di Medicina Generale e l'ospedale, caratterizzato da una cooperazione tra specialisti e medico di famiglia.

L'attuale formazione dei medici di Medicina Generale tiene conto di questo contesto, fornendo a quest'ultimo conoscenze e strumenti per esercitare appieno il ruolo di soggetto attivo della rete dei servizi territoriali.

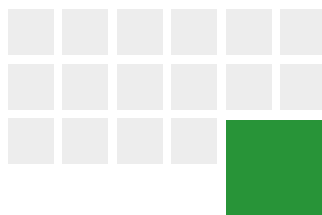
Riferimenti bibliografici

Borgonovi E. (2021), *Guardare oltre. Dialoghi per i giovani medici*, Guerini e Associati, Milano.

European Academy of Teachers in general practice [EURACT] (2013), «Euract Statement on hospital posts used for training in general practice / family medicine», Graz, Austria.

Michels N., Maagard R., Buchanan J., Scherpbier N. (2018), «Educational training requirements for general practice/family medicine specialty training: recommendations for trainees, trainers and training institutions Education for primary Care», EURACT, vol. 29, Issue 6, pp. 322-326.

Valentijn P.P., Bruijnzeels M.A., Opheij W. (2012), «Integrated primary care, the search for coherence» in 4th Conference European forum for Primary Care, Gothenburg.



19

Come si vede e come è visto il MMG

Cesare Liberali, Giulia Parisi e Alessandro Rubino

19.1 Introduzione

Il moderno medico di Medicina Generale è chiamato ad assumere un ruolo complesso e nello stesso tempo sfidante: deve farsi carico di una vasta gamma di problemi di salute talvolta di difficile diagnosi, essere in grado di gestire le sempre maggiori patologie croniche, saper coordinare l'assistenza con molteplici operatori e colleghi specialisti che operano in ospedale e sul territorio, oltre a svolgere un ruolo nella prevenzione delle malattie e nella promozione di comportamenti e stili di vita sani.

In Lombardia la riforma sanitaria avviata con la legge 23 del 2015 e le successive delibere sulla presa in carico dei pazienti cronici, riconoscono al MMG un ruolo centrale all'interno del sistema di cure, definendolo come punto di raccordo tra la dimensione sociale e sanitaria.

Se da un lato al medico di famiglia è conferito un ruolo principale, dall'altro si deve fare però i conti con due problemi emergenti: la numerosità di MMG che usciranno dal sistema in seguito all'alto tasso di pensionamenti (il 53,3% della popolazione medica italiana ha più di 54 anni e in Lombardia entro il 2037 andranno in pensione circa 5500 MMG) e la mancanza di neolaureati in medicina che vogliono frequentare il corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale per diventare medico di famiglia. Una delle possibili ragioni è che la borsa di studio percepita è circa metà di quella degli specializzandi. Questo però spiega solo in parte la disaffezione dei giovani laureati in medicina alla Medicina Generale: il corso ha una durata inferiore rispetto a quello delle specializzazioni e i nuovi medici entrano in professione con stipendi mediamente più alti; inoltre, la possibilità di ottenere un incarico come medico di famiglia già all'inizio del percorso di formazione garantisce uno stipendio

talvolta superiore a quello percepito con la borsa di specialità. La ragione principale si pensa possa essere un'altra: la Medicina Generale è sconosciuta nei percorsi di studio. I ragazzi non sanno cosa sia, perché non c'è insegnamento nel percorso universitario. Gli studenti hanno poche possibilità di conoscere altra dimensione al di fuori di quella specialistica prettamente clinica che si esercita in ospedale.

19.2 L'indagine

L'Accademia per il servizio sociosanitario lombardo sta portando avanti un'indagine, somministrando un questionario all'intera popolazione dei medici iscritti al corso di formazione specifica in Medicina Generale, con l'obiettivo di indagare la percezione di ruolo professionale tra coloro che si stanno formando per diventare i futuri medici di famiglia e quindi intervenire sulla loro formazione al fine di rafforzare e valorizzarne il ruolo professionale. La ricerca ha evidenziato come i tirocinanti reputino la competenza clinica e diagnostica la caratteristica più qualificante della professione del medico di famiglia, molto più della capacità di farsi carico delle problematiche umane e sociali, oltre a quelle cliniche, dei propri pazienti e della capacità di assumere una funzione manageriale (Figura 19.1). Solo chi è già inserito nel sistema e ha già esperienza come MMG è consapevole dell'importanza del proprio ruolo non solo come clinico, ma anche come punto di riferimento del paziente, in grado di accogliere anche il disagio sociale ed emotivo del proprio assistito che spesso accompagna il disturbo somatico.

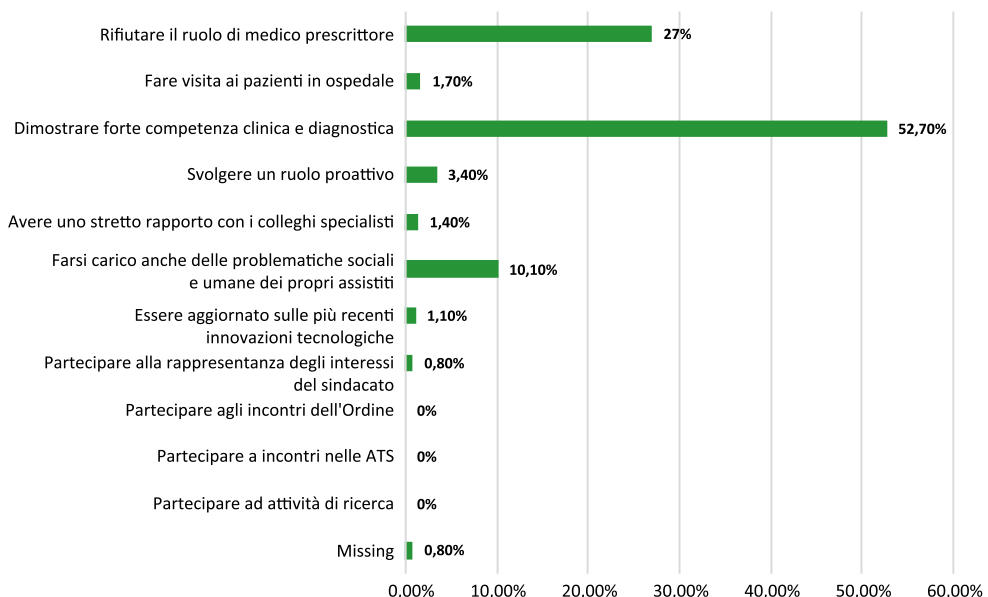


Figura 19.1 – Tasso di risposte dei tirocinanti sulle attività che contribuiscono maggiormente ad aumentare l'efficacia, il ruolo e il riconoscimento sociale dei medici di Medicina Generale.

Fonte: Colombo e Parisi, 2019.

Per comprendere in che modo l'esperienza sul campo come medico di Medicina Generale possa incidere sulla percezione di ruolo professionale, è stato somministrato un questionario analogo a quello rivolto ai tirocinanti, ai tutor ambulatoriali, ovvero coloro che accolgono il tirocinante presso il proprio ambulatorio medico durante i mesi di tirocinio. Dal confronto tra i risultati emerge come i tutor ritengano fondamentale preparare i giovani colleghi alla gestione del rapporto con il paziente, approfondendo degli aspetti relazionali che interessano sempre di più la loro professione, mentre solamente una percentuale ridotta dei medici tirocinanti del terzo anno ritiene importante sviluppare tale capacità (Figura 19.2).

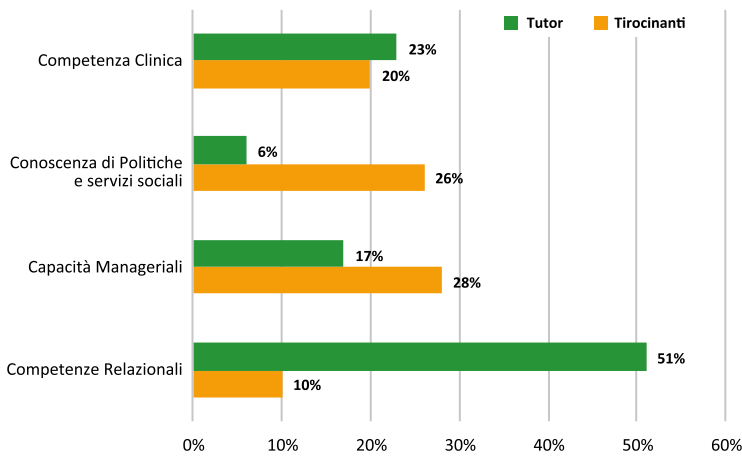


Figura 19.2 – Confronto tra tutor e tirocinanti sulle principali competenze da sviluppare durante il percorso formativo.

Fonte: Colombo e Parisi, 2019.

Alla luce di questi dati, la carenza di MMG sul territorio italiano e in particolare quello lombardo, congiuntamente alle evidenze circa il poco interesse riscosso dal corso in Medicina Generale da parte dei giovani medici, può essere colta come un'importante occasione per ripensare al sistema di cure primarie partendo dalla percezione che i giovani medici hanno rispetto al proprio ruolo professionale. A questo scopo riteniamo sia però di estrema importanza continuare a interrogarsi sul tipo di medico che si vorrà introdurre nel futuro sistema sanitario in cui cambiano i ruoli, le funzioni degli attori che vi operano e i bisogni dei pazienti.

Per garantire in futuro medici pronti ad assumere un ruolo così centrale per il sistema come quello del MMG, occorre quindi far leva sull'aspetto vocazionale di chi fa ingresso nei percorsi di studio universitari in medicina. Ai giovani medici deve maturare, durante il percorso di studi, la voglia di svolgere la professione del medico di famiglia, attratti dalla complessità e varietà di funzioni che riveste tale ruolo nel sistema di cure di oggi.

Una recente rilevazione condotta da Accademia ha dimostrato come intervenire sulla motivazione del medico a intraprendere il percorso di formazione in Medicina Generale sia un tema urgente e non più rinviabile. Ai candidati al corso è stato chiesto di rispondere a un breve questionario il giorno successivo alla prova concorsuale per esprimere la motivazione per la quale hanno scelto di tentare l'ingresso al corso.

Solo il 55 % dei candidati al corso dichiara di aver scelto la Medicina Generale per interesse nella materia e nel lavoro. Per tutti gli altri candidati si tratterebbe di una scelta di ripiego dettata dall'impossibilità ad accedere ad altre specializzazioni o dettata da necessità personali.

La stessa rilevazione è stata poi condotta sugli studenti del terzo anno del corso. Questi hanno mostrato percentualmente una maggiore consapevolezza della scelta, che è motivata da ragioni di interesse clinico e lavorativo. La percentuale di chi considera interessante e di valore la professione di MMG sale al 62%.

Questo dato, seppur in miglioramento, resta sorprendente (in negativo): per il 38% dei professionisti che entreranno in convenzione la principale motivazione nel lavoro non sta nell'attività lavorativa, che continua a essere un ripiego o una scelta di comodo.

Il dato di scarsa motivazione al lavoro (seppur migliore rispetto ai partecipanti al concorso) dovrebbe porre l'attenzione sul percorso formativo che viene proposto ai MMG.

Gli studenti del terzo anno hanno vissuto la loro formazione per due anni in tempo di pandemia. Questo ha inevitabilmente generato cambiamenti nei percorsi formativi.

La carenza di MMG e l'emergenza sanitaria hanno permesso a molti corsisti di lavorare come MMG, in continuità assistenziale nel servizio USCA.

Se questo può sembrare positivo per le prospettive professionali, è inevitabile che dal punto di vista formativo siano stati penalizzati: le lezioni sono state a distanza, poca possibilità di confronto con i colleghi e di creare gruppi di lavoro, scarsa interazione con docenti e coordinatori e le regole sono cambiate in corsa a causa dei continui aggiornamenti sui dati pandemici.

19.3 La vocazione come motore del cambiamento

Se l'emergenza sanitaria (si spera) è destinata a esaurirsi, la carenza di MMG non si esaurirà nel breve tempo. Questo impone un ripensamento degli schemi di formazione al fine di rendere omogeneo e ordinato il percorso formativo anche durante l'attività lavorativa.

Si tratta quindi di trasformare questi cambiamenti nell'occasione di sviluppare un modello di formazione-lavoro, in cui i corsisti proseguono nelle attività teoriche classiche e vengono affiancati e formati durante l'attività lavorativa.

Professionisti formati, che si sentano adeguati alla loro professione, non potranno che sviluppare interesse verso la disciplina di cui si occupano, permettendo così di migliorare ulteriormente quel differenziale di motivazione tra concorrenti al corso e studenti del terzo anno.

Importante è anche però far in modo che la scelta del corso di formazione sia una scelta consapevole e questo può avvenire solo attraverso l'introduzione dell'insegnamento della MG nei percorsi di studio universitari e rendendo più appetibile il corso di formazione offrendo esperienze di tirocinio concrete con tutor capaci di trasmettere la passione verso la professione. Questi sono solo alcuni dei passaggi fondamentali per stimolare la motivazione dei giovani medici a intraprendere il corso triennale di Medicina Generale.

Puntare sull'aspetto vocazionale e motivazionale è indispensabile proprio perché il MMG rappresenta la professione più interessante e significativa di oggi in ambito medico, data la trasformazione radicale della domanda di salute, anche alla luce della recente pandemia da Covid-19 che ha messo in luce l'importanza delle cure sul territorio con il coordinamento del medico di famiglia.

In sintesi

Il medico di Medicina Generale si trova oggi ad affrontare sfide che hanno a che fare con i nuovi bisogni di salute dei pazienti e con l'evoluzione del Sistema sanitario nazionale e regionale che li mette al centro del sistema di cure. Sapersi adattare a tali cambiamenti, affrontare le criticità che ne derivano senza perdere mai di vista la tutela della salute per i propri assistiti comporta non solo un'ampia preparazione trasversale su più tematiche connesse alla salute e al benessere degli individui, ma anche una forte motivazione e consapevolezza del proprio ruolo professionale. La formazione durante il percorso di laurea in Medicina, orientata a far conoscere la Medicina Generale ai dottori del futuro, così come il corso triennale di formazione che abilita all'esercizio della professione di medico di famiglia, sono leve strategiche del processo di cambiamento ritenuto oggi necessario per restituire al MMG il valore del ruolo di coordinatore delle cure sul territorio.

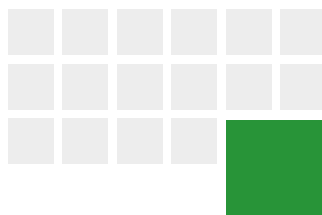
Riferimenti bibliografici

Colombo, A., Parisi G. (2019), «Seeking identity in primary care. A survey on GPs trainees in Lombardy», *European journal of internal medicine*, vol. 64, e14-e16, 1 giugno, <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2019.03.015>.

OECD (2017), «Health at a Glance: Europe 2017», OECD Publishing, https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en#page1].

Regione Lombardia (2018), «Report sulle cessazioni programmabili al compimento del 70° anno di età riferito a MMG e PLS fino al 2037», estratto dall'anagrafe regionale medici a cura di LISPA.

Royal College of General Practitioners (2016), «The RCGP Curriculum: core curriculum statement».



20

I corsisti ripensano il futuro del corso di formazione e della Medicina Generale

Gabriella Levato

20.1 Il ruolo dei corsisti

Perché chiedere ai discenti del corso specifico in Medicina Generale di pensare a come avrebbero voluto che la Medicina Generale fosse e come avrebbero voluto che la formazione diventasse?

In questo particolare momento storico, segnato dall'emergenza sanitaria, è emerso quanto sia stata poco, o per nulla, valorizzata la medicina territoriale, ma per capire realmente quali potevano essere i nuovi assetti organizzativi e quale, di conseguenza, doveva essere la formazione di questi medici, bisognava far emergere proposte innovative da chi aveva scelto questa professione.

La proposta, nata anche con l'intenzione di portare un contributo al governo della Regione Lombardia, è stata accolta dai medici in formazione in modo diverso: molti hanno risposto favorevolmente e hanno partecipato alla stesura dei dossier, altri, invece, hanno deciso di non partecipare.

Diverse sono state le criticità emerse nella stesura dei vari dossier, prima fra tutte la poca propensione alla stesura di un elaborato, come se il percorso universitario non fosse stato in grado di formarli in tale senso. Ma poco importa, quello che si voleva far emergere erano le idee, idee nate dai bisogni dei medici iscritti al corso, bisogni nati dall'esperienza professionale che forzosamente i medici in formazione hanno dovuto fare e che stanno ancora facendo.

Inoltre, i medici del corso di formazione in Medicina Generale vivono un cambio generazionale importante. La Medicina Generale è costituita da medici che per il 70% sono medici con età superiore ai 50 anni, medici che hanno alle spalle almeno 30 anni di professione e

che sono in fase di pensionamento. È su questo cambio generazionale che dobbiamo contare per realizzare quel cambiamento necessario.

Molto si è parlato di innovazione e della necessità di innovare, riferendosi quasi sempre all'aspetto tecnologico. Ma l'innovazione di cui la Medicina Generale necessita è soprattutto di pensiero, essere capaci di acquisire quella resilienza che permetta di governare il cambiamento che la pandemia in atto ha solo catalizzato.

I medici in formazione vedono la rete territoriale come lo strumento che permette di interagire tra loro e con le altre figure professionali coinvolte nel percorso di cura dell'assistito. È ciò che si evince da molti dei dossier elaborati, ma è anche ciò che la Medicina Generale non ha mai avuto, pur tenendo conto dei diversi tentativi di sviluppare una rete territoriale anche in Lombardia, come per esempio è successo nel costruire il processo di presa in carico dei pazienti.

Nei vari dossier emerge l'esigenza di una Medicina Generale organizzata in modo da sviluppare il confronto pur mantenendo il rapporto di scelta con l'assistito, emerge la necessità di potersi dotare di strumenti diagnostici di primo livello che possano essere di aiuto al medico nel completare i percorsi di cura dei propri assistiti, emerge la necessità di regolamentare il percorso formativo professionalizzante che questi quasi due anni hanno, di fatto, portato avanti.

20.2 Le ricadute didattiche e i contenuti emersi

Dal punto di vista didattico, la metodologia adottata ha permesso di sperimentare:

- il confronto tra corsisti di diverse annualità e poli differenti;
- la discussione tra diverse posizioni fino all'identificazione di un approccio comune;
- la capacità di lavoro in équipe;
- un approccio a tematiche di politica sanitaria e management;
- una modalità di raccolta di bibliografia e di dati;
- la stesura di un documento;
- la responsabilizzazione e partecipazione attiva dei corsisti.

Dal punto di vista dei contenuti, possiamo distinguere tre filoni principali:

- evoluzione del corso di formazione in Medicina Generale;
- evoluzione dei modelli organizzativi della Medicina Generale e delle cure primarie;
- evoluzione tecnologica e informatica.

Evoluzione del corso di formazione

I corsisti ritengono ormai improcrastinabile la revisione dei contenuti del corso di formazione specifico in Medicina Generale, da attuarsi sia a livello nazionale sia regionale, e in riferimento sia agli aspetti formativi teorici sia agli aspetti di tirocinio.

In particolare, viene sottolineata la necessità di:

- un approfondimento di tematiche manageriali di impatto diretto sulla professione del medico di famiglia e il suo inserimento nel sistema;
- la strutturazione di corsi formalizzati comuni a tutti i poli su problematiche di grande impatto nel lavoro quotidiano del MMG, poco trattate nel corso degli studi universitari, e in cui il medico di famiglia riveste un ruolo specifico e prioritario;
- tra i temi che ritengono necessario affrontare prioritariamente evidenziano management sanitario e pongono l'accento sulle tematiche legate alla comunicazione;
- la strutturazione di corsi teorico-pratici su diagnostica di primo livello (elettrocardiografia, ecografia, diagnostica respiratoria ecc.) e su emergenza e urgenza (BLS/ BLS);
- una maggiore uniformità nell'approccio formativo e didattico tra i diversi poli;
- l'utilizzo di una modalità «mista» tra didattica a distanza e seminari in presenza, in aula;
- l'introduzione di elementi di valutazione sui docenti e, soprattutto, sugli apprendimenti e le competenze acquisite;
- l'identificazione di un tutore di riferimento per tutto il triennio sia per gli aspetti teorici che per i periodi di tirocinio;
- l'identificazione di modalità più efficaci per la frequenza ospedaliera, in particolare privilegiare l'ambito ambulatoriale, del pronto soccorso, e assicurare la frequenza di strutture territoriali, quali per esempio i servizi di cure palliative, gli ambulatori geriatrici, i POT ecc.;
- l'utilizzo di mezzi informatici di supporto (bacheca dello studente; repository di materiali e lezioni, registri, scambio tra corsisti ecc.).

Indubbiamente il principale cambiamento ritenuto indispensabile da tutti i corsisti è l'introduzione stabile e definitivamente normata di forme di tirocinio professionalizzante, quali sostituzioni, incarichi temporanei, acquisizione di ambiti compatibili con il percorso formativo e continuativamente e stabilmente monitorati da tutori.

La maggioranza degli studenti non ritiene che il corso debba essere affidato e gestito dalle università, anche se alcuni ritengono che si possano individuare corsi comuni con i colleghi specializzandi in medicina interna, in relazione alle tematiche cliniche.

Evoluzione del modello di Medicina Generale

Vi è una diffusa consapevolezza relativa alla necessità di cambiare il ruolo del medico di Medicina Generale nel sistema e lavorare secondo modelli organizzativi evoluti (come testimoniato dall'interesse per i temi di management).

Altrettanto profonda è la tensione verso forme di organizzazione del lavoro che privilegino il lavoro in équipe, tra medici di famiglia, ma anche con infermieri, personale amministrativo, altri operatori sanitari e sociosanitari, e in collaborazione con gli specialisti, e con la partecipazione attiva degli utenti e del volontariato.

Vi è la consapevolezza dell'utilità di prevedere figure di coordinamento strutturate e formalizzate con il compito di assicurare un costante raccordo tra i medici di Medicina Generale, la ATS e la ASST, e della necessità di individuare sedi fisiche finalizzate al coordinamento, all'integrazione tra professionisti e al lavoro in équipe, meno accordo vi è sulla replicabilità del modello delle case della salute. Si ritiene che i PreSST siano i luoghi privilegiati per realizzare l'integrazione delle cure, la presa in carico del paziente e della sua famiglia in tutti i suoi aspetti, sanitari e sociali, il lavoro in équipe, lo sviluppo di una diagnostica di primo livello, pur mantenendo setting assistenziali di prossimità per la popolazione più fragile. È diffusa la consapevolezza del ruolo dell'infermiere cui potrebbero essere affidati compiti di monitoraggio e assistenza domiciliare dei pazienti cronici, purché l'infermiere operi in stretta integrazione con il medico di famiglia.

Interessante è la vocazione del medico di famiglia a occuparsi anche delle fasce più marginali e disagiate della società.

È ormai condivisa l'opinione che il medico di famiglia debba essere sottoposto a monitoraggio della sua attività e a valutazione delle performance, individuali e del gruppo, attraverso la strutturazione di indicatori specifici e condivisi, finalizzati soprattutto al confronto tra pari e alla valutazione da parte dell'ATS. Tra gli indicatori, sono ritenuti necessari quelli relativi alla struttura, importanti quelli di processo e di esito del percorso diagnostico-terapeutico, meno importanza rivestono per i corsisti gli indicatori di customer satisfaction.

Vi è la tendenza a superare l'attuale massimale degli assistiti per i medici che lavorano in gruppo, legandoli al rispetto di standard e obiettivi di salute.

È stato posto specificatamente il tema del futuro delle USCA dopo l'emergenza pandemica.

In generale vi è accordo che i servizi di continuità assistenziale e le USCA debbano operare in forma integrata con la Medicina Generale e che le USCA debbano prevedere la collaborazione di altri operatori, in particolare infermieri e specialisti.

Altrettanto condivisa è l'affermazione che le USCA debbano avere una dotazione tecnologica e diagnostica di primo livello e la formazione relativa.

Più controversa è la posizione sul futuro delle USCA: per alcuni questo servizio dovrà estinguersi, lasciando al medico di famiglia il compito dell'assistenza domiciliare, per altri le USCA potranno coadiuvare il medico di Medicina Generale nelle cure domiciliari dei pazienti più fragili e complessi.

Informatizzazione ed evoluzione tecnologica

L'informatizzazione viene ritenuta essenziale nell'organizzazione del lavoro del medico di Medicina Generale, con la finalità di promuovere sicurezza e qualità delle cure, comunicazione e integrazione, coinvolgimento attivo dei pazienti.

La telemedicina è ritenuta necessaria nel percorso assistenziale, in particolare nella gestione delle malattie croniche, nella telerefertazione e per facilitare le cure integrate tra medico di famiglia e specialista, facilitando la permanenza del paziente al domicilio.

Vi è accordo sul ruolo dell'infermiere di famiglia nell'istruzione e monitoraggio nell'uso dei devices, mentre non vi è una posizione condivisa sulla necessità di assicurare una risposta telefonica o reperibilità a domicilio h24, da parte delle cure primarie o dai servizi specialistici, a favore di pazienti arruolati in percorsi di telemonitoraggio.

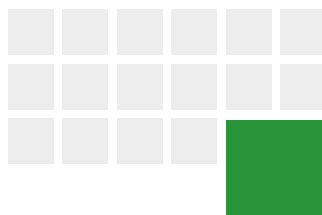
In generale sono ritenute utili le App che facilitino il medico nel corretto uso di farmaci, nell'interpretazione di segni e sintomi, e per la rilevazione a distanza di parametri.

Completa è la condivisione dell'utilità di specifiche App per il coordinamento delle cure con lo specialista e gli altri operatori sanitari, per migliorare qualità e sicurezza delle cure e per assicurare continuità ai percorsi di cura.

I corsisti ritengono necessario sviluppare le potenzialità e l'architettura del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), ritenuto insufficiente a una efficace trasmissione di informazioni.

In sintesi

Coinvolgere gli studenti nella predisposizione di dossier è stata una proposta operativa per far emergere idee innovative direttamente dai medici in formazione. Sono emersi importanti spunti sulla didattica, sull'informatizzazione e sull'evoluzione del corso e sull'evoluzione del modello di Medicina Generale, da cui emerge la coscienza della necessità di cambiare il ruolo del MMG nel sistema.



21

MMG e infermiere di famiglia

Tiziana Panzera

21.1 Introduzione

Se il Covid-19 ha rappresentato un passaggio epocale su molti fronti mettendo in evidenza mancanze strutturali in molte aree della nostra società ha così permesso di cogliere alcuni elementi di novità che, pur presenti nella riflessione anche prima della pandemia, hanno tratto dalla necessità la forza per venire adottati seppure in un clima fortemente influenzato dalla situazione emergenziale.

Chiari esempi sono l'utilizzo di tecnologie digitali per la comunicazione, il ricorso allo smart working, sino alle grandi decisioni politiche a livello comunitario come l'emissione di debito europeo.

Anche il modello organizzativo della medicina in generale e di quella territoriale in particolare ha dovuto confrontarsi con nuove esigenze e con qualche criticità e una delle iniziative che si sono concretizzate in questa fase è stata la costituzione del ruolo dell'infermiere di famiglia/comunità, introdotto dal DL 19 maggio 2020, n. 34, all'articolo 1, comma 5, per rafforzare i servizi infermieristici e per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati dal Sars-Cov-2 identificati come affetti da Covid-19, anche coadiuvando le unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie.

Il Covid-19 sarà in grado di offrire nuove opportunità se sapremo prendere queste novità e tradurle in iniziative che, sopravvivendo all'emergenza, costruiscano nuovi e più efficienti modelli. Lo stesso DL 19 maggio 2020 fornisce gli elementi per collocare la costituzione della figura dell'infermiere di famiglia/comunità in un contesto non solamente emergenziale, ma di più ampio respiro. Questa indicazione è stata poi raccolta anche nella definizione del

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, nella missione 6 (Salute) dove viene citato il ruolo dell'infermiere di famiglia e comunità, sia negli ambiti delle Case della comunità sia nello sviluppo del sistema dell'assistenza domiciliare.

21.2 L'infermiere di famiglia e comunità

Questa figura fortemente voluta dalle associazioni di categoria degli infermieri dovrebbe aggiungersi alle figure e agli operatori sanitari già presenti sul territorio. La definizione dell'ambito di intervento e delle caratteristiche della sua azione è un prerequisito importante per il successo dell'iniziativa. Le diverse figure dovrebbero gestire le nuove modalità di presa in cura e in carico dei pazienti nei nuovi distretti sociosanitari e principalmente nelle unità chiamate Case della comunità con modalità HUB e SPOKE, derivazione delle antesignane Case della salute emiliane. Queste dovrebbero essere dei presidi territoriali dove i pazienti dovrebbero trovare tutti gli operatori e avere anche la possibilità di effettuare eventuali visite e accertamenti. Dovrebbero ospitare anche i medici di Medicina Generale almeno nelle zone urbane, con diversa invece dislocazione nei territori montani o disagiati, il tutto per mantenere quella prossimità e quell'approccio complessivo che è e deve rimanere il requisito fondamentale della sanità territoriale.

La base del nuovo modello è il distretto che in ragione di uno ogni 100.000 abitanti rappresenta il soggetto chiamato a programmare, organizzare e anche erogare i servizi. Una Casa della comunità (HUB – mozzo) per ogni distretto e 3-4 Case della comunità (SPOKE – raggi) completano l'impostazione organizzativa naturalmente con le necessarie modifiche dipendenti dalla densità della popolazione e dalla orografia del territorio. Facile immaginare che, per esempio, un territorio come quello della Provincia di Sondrio vedrebbe la presenza di un HUB nel capoluogo e almeno 4 SPOKE coincidenti con i vecchi distretti della ASL.

La previsione è di avere poi un infermiere di famiglia e comunità in ragione di ogni 2000-2500 abitanti, in ciò determinando un piccolo disallineamento con il rapporto abitanti/medico di famiglia attualmente pari a uno ogni 1500 abitanti. Questo determina immediatamente la non sovrapponibilità dell'infermiere di famiglia con la platea di pazienti del medico di famiglia e la non equiparabilità all'infermiere di studio. Sarebbe questa un'occasione mancata di rinforzare il senso di una équipe territoriale che si costituirebbe naturalmente in un quadro di rafforzamento dei rapporti esistenti più che nella necessità di dover identificare il corretto assetto di massima efficienza operativa, ma sarà l'applicazione pratica del modello a fornire le eventuali modifiche di adattamento.

21.3 Il corso di formazione

In questo quadro PoliS-Lombardia ha attivato il corso per infermieri di famiglia per offrire un nucleo di competenze uniforme su tutto il territorio regionale. Stante la consolidata attività sviluppata per il corso di formazione specifica in Medicina Generale si è deciso di promuove-

re iniziative orientate a far incontrare sin dalle fasi della formazione i due futuri collaboratori protagonisti del territorio. Questo per fare sì che formandosi e crescendo insieme si riuscisse ad attivare un percorso virtuoso per il bene del paziente.

Sempre in questa ottica si è anche deciso di far partecipare uno dei coordinatori didattici del corso di formazione specifica in Medicina Generale anche a tutti i lavori del comitato didattico del percorso di formazione infermieri di famiglia e comunità. L'esperienza si è dimostrata una scelta lungimirante che ha permesso e permetterà di allineare efficacemente le visioni dei due corsi.

Il corso è strutturato con una parte teorica di 88 ore gestita da Accademia di PoliS-Lombardia (lezioni in plenaria) e una periferica affidata alle ASST di riferimento ricorrendo alla formazione a distanza quando necessario. Completa il percorso un tirocinio di 200 ore presso le strutture territoriali organizzato per macroaree (emergenza sanitaria, servizi sociosanitari/socio-assistenziali, residenzialità, Medicina Generale/pediatria di libera scelta e terzo settore). Il corso è accreditato come formazione medica continua (ECM).

La prima edizione del corso è iniziata a gennaio 2021 e si è conclusa a novembre 2021; una nuova edizione è stata avviata a dicembre. Il primo corso che si è concluso ha visto una partecipazione di circa 180 infermieri con una distribuzione e rappresentatività uniforme dalle varie ASST e da tutte le province della regione. Organizzativamente le classi sono state costituite con un massimo di 30 discenti per permettere una buona interazione d'aula. Da evidenziare che buona parte degli iscritti aveva già una formazione ed esperienza lavorativa sul territorio.

Alla conclusione del percorso ogni partecipante dovrà presentare un project work orientato a dimostrare gli elementi acquisiti, con particolare riferimento agli aspetti di promozione dell'approccio proattivo e alla collaborazione all'interno della rete assistenziale.

Il corso ha subito un rallentamento e una rimodulazione a causa degli eventi pandemici che hanno richiesto, oltre all'ovvia sospensione delle lezioni in presenza, il reclutamento a tempo pieno nei reparti e negli HUB vaccinali a supporto della campagna vaccinale massiva. Si è però deciso di capitalizzare questa particolare situazione organizzando sessioni dedicate, nel corso delle quali i discenti hanno avuto modo di raccontare la loro esperienza durante la pandemia evidenziando criticità e buone pratiche, e questo verrà poi utilizzato per migliorare e orientare ai nuovi bisogni emersi l'offerta formativa futura.

Il corso, rivolgendosi a infermieri già formati e spesso con esperienza pregressa, si concentra in particolare su argomenti di politica sanitaria e organizzativa, sviluppo dell'attitudine al change management e naturalmente alle competenze in comunicazione e nello sviluppo di competenze digitali.

È evidente, infatti, che la pandemia ha accelerato il processo di digitalizzazione e di ricorso alla telemedicina/teleassistenza. Sarà quindi fondamentale non perdere questa accelerazione e anzi riuscire a utilizzare queste metodiche per avvicinare sempre di più i pazienti, soprattutto quelli che vivono in zone isolate o disagiate così come gli anziani soli che con più difficoltà hanno accesso ai vari servizi disponibili sul territorio.

Favorire l'apprendimento nell'uso delle diverse tecnologie e il loro inserimento nella quotidianità, superando le inevitabili barriere cognitive ed esperienziali, potrebbe essere un'attività precipua dell'infermiere di famiglia/comunità. Anche qui, come è sempre stato nell'evoluzione tecnologica, sarà l'utente finale (il paziente) a scegliere e decidere quali modalità si svilupperanno di più e sopravvivranno alla fase emergenziale in una selezione darwiniana che naturalmente favorirà quegli approcci in grado di combinare semplicità ed efficacia (si pensi solo allo sviluppo dell'uso di banali applicazioni di messaggistica). Inoltre, è bene tenere conto della diffusione di dispositivi wearable e degli aspetti connessi alla raccolta, archiviazione e utilizzo dei *big data*.

Competenze quindi non rinviabili per tutti gli operatori sanitari operanti sul territorio e che andranno integrate da una robusta preparazione sui temi della privacy, che rappresenterà una vera cartina tornasole dello sviluppo di questi processi.

Nell'assegnazione dei tirocini si è ovviamente tenuto conto del territorio dove poi gli infermieri e corsisti andranno a operare, per cominciare già a instaurare quei rapporti interpersonali che poi saranno fondamentali durante il prosieguo dell'attività lavorativa.

21.4 MMG e infermiere di famiglia/comunità

Il rapporto tra medico di Medicina Generale e infermiere di famiglia dovrà essere basato su rispetto reciproco e riconoscimento delle specifiche competenze. Importante sarà non solo una sana collaborazione, ma una vera integrazione e interrelazione continua tra questi due fondamentali protagonisti del territorio.

Il paziente e il sistema nel suo complesso potranno quindi avere solo vantaggi dall'opportunità di crescita professionale che deriveranno da un proficuo, continuo e quotidiano rapporto. Questi due professionisti dovranno imparare a crescere e costruire insieme in un sistema che si evolverà sempre più con una velocità pari alle dinamiche sociali che sono sempre più rapide.

Sarà fondamentale saper trasferire ai pazienti e agli altri operatori presenti all'interno della rete territoriale un'unicità di intenti nel comportamento, chiarezza di obiettivi ed esplicita condivisione dei percorsi di presa in carico. Insieme dovranno periodicamente programmare interventi preventivi sulla popolazione a breve e medio termine in termini di benessere e salute dei singoli pazienti e della comunità. Dovranno occuparsi, ognuno per la propria parte, della telemedicina/teleassistenza dal punto di vista organizzativo e pratico. Dovranno non solo effettuare le vaccinazioni della popolazione di riferimento ma soprattutto diffondere una corretta conoscenza e combattere le fake news.

In sintesi

Il principale auspicio è che, al di là degli inevitabili corporativismi, possa nascere una sana e proficua collaborazione tra tutte le figure presenti sul territorio e venga proposta una nuova

forma di lavoro d'équipe dove realmente l'obiettivo ultimo sia il soddisfacimento dei bisogni espressi e non espressi del paziente, della sua famiglia e da qui di tutta la comunità.

La collaborazione quindi e l'unità di intenti tra i professionisti dovrà essere il collante per dare corpo a quelle che altrimenti rischiano di rimanere solo strutture concettuali e per realizzare un vero percorso di presa in carico e di personalizzazione delle cure.

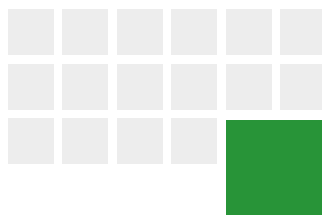
Fondamentale sarà la capacità di omogeneizzare l'offerta riuscendo a tenere conto della specificità dei territori lombardi.

Riferimenti bibliografici

FNOPI, «L'infermiere di famiglia e comunità», Position Statement, ottobre 2020.

PNRR, «#Nextgenerationitalia», versione del 23 aprile 2021.

PoliS-Lombardia (2021), «Linee guida per la formazione dell'infermiere di famiglia e comunità – I ciclo».



22

L'associazione e il ruolo dei giovani medici

Cesare Liberali e Alessandro Rubino

22.1 Il contesto

La Medicina Generale sta vivendo un periodo di forti cambiamenti. Questa rivoluzione è dettata da numerose cause.

Innanzitutto, la marcata carenza di medici di Medicina Generale: il fenomeno si sta sempre più aggravando, da mesi ormai intere aree del Paese sono senza MMG.

Secondo le stime della Federazione Italiana dei medici di Medicina Generale (FIMMG) in Italia i medici di famiglia sono troppo pochi e saranno ancor meno nei prossimi anni. Fra due o tre anni, a fronte dei numerosi pensionamenti, si calcola una carenza di organico che va dalle 10 mila alle 15 mila unità. Secondo queste stime entro il 2028 il saldo tra MMG pensionati ed entranti sarà negativo per 22 mila unità.

Per questo i giovani medici di Medicina Generale neodiplomati e tirocinanti del corso di formazione specifica in Medicina Generale sono stati messi di fronte a una grande responsabilità. I neodiplomati si trovano catapultati nel mondo del lavoro rapidamente, raggiungendo il numero massimo di 1500 pazienti in tempi rapidissimi, una volta impensabili; ad alcuni di questi è addirittura richiesto di aumentare immediatamente il proprio massimale a 1800 pazienti. I corsisti, grazie alle recenti disposizioni (vedi legge n. 12 dell'11 febbraio 2019), hanno avuto la possibilità di aprire già dal primo anno di formazione il proprio studio medico come medici di Medicina Generale, raggiungendo la quota di 500 pazienti (fino a 650 con ri-congiungimenti e iscrizioni temporanee). Per questo hanno la necessità di formarsi in tempi celeri e acquisire rapidamente tutte le conoscenze non solo cliniche, ma anche gestionali, per avviare e condurre il proprio studio.

La pandemia Covid-19 ha obbligato a derogare ad alcune incompatibilità, accelerando fortemente questo processo. Ai giovani tirocinanti del corso di formazione è stata data la possibilità di accedere a incarichi di sostituzione provvisoria, avendo in carico 1500 pazienti. Costoro possono inoltre accedere ad altri incarichi professionali, quali le USCA. Tutto ciò, al fine di coprire la carenza di medici creatasi sul territorio, che in questa fase pandemica si è acuita ulteriormente.

Oltre a questo, è necessario considerare il radicale cambiamento del nostro Servizio sanitario nazionale iniziato da diversi anni. Negli ultimi tempi sono cresciuti sia il numero di pazienti cronici e fragili, sia l'età della popolazione. Occorre ripensare la gestione del sistema delle cure primarie, in termini di presa in carico del paziente: questa deve essere proattiva, agendo in maniera strutturata e ottimizzando le risorse disponibili, anche attraverso l'utilizzo di nuove tecnologie, il ripensamento e l'introduzione di alcune mansioni.

Proprio l'avvento delle nuove tecnologie, come telemedicina e telemonitoraggio, e lo sviluppo di nuove competenze specifiche, come quelle in ambito ecografico, hanno creato l'esigenza per i giovani medici di Medicina Generale di pensare in maniera diversa il proprio ruolo, la propria professione e soprattutto la propria formazione.

In tale contesto è fondamentale affiancare i giovani colleghi, soprattutto a partire dal loro percorso formativo, per far sì che possano sentirsi accompagnati e supportati durante questa fase di cambiamento.

Questo aiuto non è mai abbastanza e per questo si sente l'esigenza di forme sempre nuove e inclusive di partecipazione.

All'interno poi del ripensamento della professione, il ruolo dei giovani, che dovranno fare di questa la loro professione per i prossimi decenni, è fondamentale.

Su questa scorta nasce l'«Associazione ex alunni MMG Roberto Stella».

22.2 La nascita dell'associazione

L'idea è nata nei periodi più bui e intensi della pandemia, durante i primi periodi di lockdown quando, insieme a un gruppo di amici, ci si ritrovava (ovviamente online), perché si sentiva la necessità di raccontare le proprie esperienze e trovare supporto reciproco. I ragionamenti erano i più diversi, dai più semplici e di conforto ai più complessi, fino a ragionamenti generali sul nostro lavoro e sulla nostra professione, attuale e futura.

Così è cresciuta l'idea di un'associazione che potesse avere un carattere esclusivamente di tipo culturale, senza connotati politici o sindacali. Creare momenti e spazi di incontro per trattare i temi più vari. Ci siamo ispirati alle associazioni di ex studenti universitari. Queste sono composte da studenti diplomati in un determinato college o università: costoro rimarranno ex studenti di quell'università per tutta la vita. Per molti college il ruolo di queste associazioni al loro interno è fondamentale. Terminato il percorso di studi gli studenti si spostano spesso in altre realtà, perdendo il contatto con la scuola e con i propri compagni o colleghi. L'associazione può aiutare a mantenere questi contatti e al tempo stesso può fornire la con-

tinuità necessaria per far sì che queste persone si sentano affiancate e possano aver garantita una formazione e un contatto continuo, anche dopo il loro diploma.

Fatte queste premesse, l'associazione ex alunni è nata e cresciuta negli scorsi mesi e raccoglie tra i suoi associati i medici diplomati del corso di formazione specifica in Medicina Generale della Lombardia.

Lo scopo è quello di mantenere vivi i rapporti professionali e di amicizia instauratisi nel corso dell'esperienza maturata nell'ambito del corso, sostenendo la formazione e lo sviluppo professionale dei colleghi diplomati e aiutando anche la formazione dei colleghi già durante il triennio formativo, promuovendo iniziative di carattere scientifico-culturale e creando occasioni per lo scambio di informazioni e di esperienze professionali e culturali.

Ci è sembrato doveroso intitolare l'associazione al collega Roberto Stella, che alla formazione e alla professione ha dedicato gran parte della propria vita.

Roberto Stella era un medico di Medicina Generale di Busto Arsizio, presidente provinciale dell'Ordine dei medici di Varese e responsabile dell'area strategica formazione della federazione nazionale Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri. È stato uno dei primi medici a perdere la vita a causa del Covid-19, contratto mentre curava i suoi pazienti. Nonostante i numerosi impegni istituzionali non si è mai tirato indietro e non ha mai smesso di lottare sul campo, fino all'ultimo.

Il compito dell'Associazione è quello di raccogliere un ricordo, un'eredità e portarla avanti, anche e soprattutto con metodi innovativi, sempre pensando e sostenendo i giovani colleghi nel difficile percorso della formazione e della professione.

22.3 Il ruolo dei giovani medici

Pur considerando l'esperienza un valore fondamentale in ogni ambito, pensiamo che i giovani medici debbano fornire un contributo fondamentale di lavoro ed entusiasmo ai cambiamenti in atto per affrontare le sfide future. Osservare la realtà e immaginare il futuro senza i pregiudizi, il peso dei fallimenti passati e le complesse dinamiche personali e istituzionali create negli anni, può essere un valore aggiunto per costruire le soluzioni.

I giovani medici devono costruire il proprio futuro, partendo dai valori esistenti, adeguando e integrando il proprio ruolo a nuovi compiti e necessità, dettati dai nuovi scenari.

È quindi fondamentale una nostra partecipazione attiva ai lavori del cambiamento, contribuendo con proposte e idee da condividere con le istituzioni e gli altri stakeholders del SSN.

Un ulteriore, fondamentale contributo deve essere richiesto ai giovani MMG nella formazione dei colleghi, al fine di condividere e trasmettere una prospettiva nuova di professione. È importante poi sottolineare che i giovani MMG hanno esperienza recente del corso di formazione in Medicina Generale e un contributo diretto da parte di chi è stato formato da Accademia di PoliS-Lombardia può essere di aiuto nel miglioramento del percorso di formazione.

Nuove grandi sfide richiedono MMG entusiasti, preparati, coesi.

In sintesi

La Medicina Generale sta vivendo un periodo di forti cambiamenti. Questa rivoluzione è dettata da numerose cause. Prima di tutto, la marcata carenza di medici di Medicina Generale: ormai intere aree del Paese sono senza MMG.

Per questo i giovani medici di Medicina Generale neodiplomati e tirocinanti del corso di formazione specifica in Medicina Generale sono stati messi di fronte a una grande responsabilità. Grazie alle recenti disposizioni hanno avuto la possibilità di aprire già dal primo anno di formazione il proprio studio medico come medici di Medicina Generale, raggiungendo la quota di 500 pazienti. Per questo hanno la necessità di formarsi in tempi celeri e acquisire rapidamente tutte le conoscenze non solo cliniche, ma anche gestionali, per avviare e condurre il proprio studio.

In tale contesto è fondamentale affiancare i giovani colleghi, soprattutto a partire dal loro percorso formativo, per far sì che possano sentirsi accompagnati e supportati durante questa fase di cambiamento.

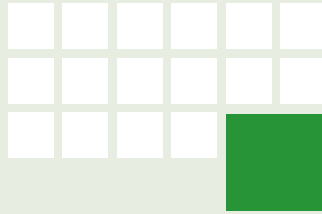
Su questa scorta nasce l'«Associazione ex alunni MMG Roberto Stella». L'associazione ha un carattere esclusivamente di tipo culturale, senza connotati politici o sindacali.

Lo scopo è quello di mantenere vivi i rapporti professionali e di amicizia instauratisi nel corso dell'esperienza maturata nell'ambito del corso, sostenendo la formazione e lo sviluppo professionale dei colleghi diplomati e aiutando anche la formazione dei colleghi già durante il triennio formativo, promuovendo iniziative di carattere scientifico-culturale e creando occasioni per lo scambio di informazioni e di esperienze professionali e culturali.

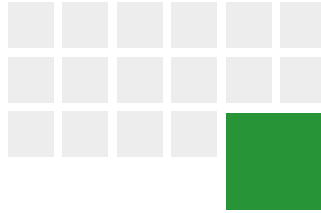
Pur considerando l'esperienza un valore fondamentale in ogni ambito, pensiamo che i giovani medici debbano fornire un contributo fondamentale di lavoro ed entusiasmo ai cambiamenti in atto per affrontare le sfide future.

Riferimenti bibliografici

Scotti S. (2018), «Garantire investimenti economici su numero e qualità della formazione dei MMG», FIMMG, disponibile su: www.fimmg.org.



Appendice



Normativa nazionale di riferimento

Decreto Legislativo n. 368 del 17 agosto 1999 «Attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e delle direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CEE».

Legge n. 401 del 29 dicembre 2000 «Norme sull'organizzazione del personale sanitario».

Decreto Legislativo n. 277 dell'8 luglio 2003 «Attuazione della direttiva 2001/19/CE che modifica le direttive del Consiglio relative al sistema generale di riconoscimento delle qualifiche professionali e le direttive del Consiglio concernenti le professioni di infermiere professionale, dentista, veterinario, ostetrica, architetto, farmacista e medico».

Decreto 7 marzo 2006 «Principi fondamentali per la disciplina unitaria in materia di formazione specifica in Medicina Generale».

Legge 8 novembre 2012, n. 189 «Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto-Legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute».

Legge n. 12 dell'11 febbraio 2019 «Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto-Legge 14 dicembre 2018, n. 135, recante disposizioni urgenti in materia di sostegno e semplificazione per le imprese e per la pubblica amministrazione» (in particolare l'art. 9 «Disposizioni urgenti in materia di formazione specifica in Medicina Generale»).

Legge n. 60 del 25 giugno 2019 «Conversione in legge, del Decreto-Legge 30 aprile 2019 n. 35, recante misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria».

Decreto-Legge n. 228 del 30 dicembre 2021 (pubblicato sulla GU Serie Generale n. 309 del 30 dicembre 2021), avente a oggetto «Disposizioni urgenti in materia di termini legislativi» (in particolare l'art. 23 «Dirigenti medici»).

Legge 19 maggio 2022, n. 52 (pubblicata sulla GU Serie Generale n.119 del 23-05-2022), avente ad oggetto «Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 24 marzo 2022, n. 24, recante disposizioni urgenti per il superamento delle misure di contrasto alla diffusione dell'epidemia da COVID-19, in conseguenza della cessazione dello stato di emergenza».

Normativa regionale di riferimento

Legge regionale 14 dicembre 2021 n. 22 «Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)».

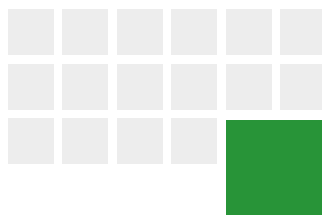
Legge Regionale n. 23 dell'11 agosto 2015 «Evoluzione del Sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)».

Delibera di Giunta n. X/6076/2016 del 29 dicembre 2016 «Corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale – approvazione di indirizzi per l'organizzazione delle attività formative».

Delibera di Giunta n. XI/857 del 26 novembre 2018 «Corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale – Triennio 2017/2020. Aggiornamento e integrazione degli indirizzi per l'organizzazione delle attività formative di cui alla DGR n. X/6076/2016».

Delibera di Giunta n. XI/1421/2019 del 25 marzo 2019 «Approvazione degli indirizzi organizzativi e didattici per la progettazione attuativa del corso di formazione specifica in Medicina Generale, definizione dei massimali dei costi e del numero massimo dei medici da formare nel triennio 2018/2021».

Delibera n. XI/5004/2021 del 5 luglio 2021 «Approvazione delle linee guida per lo sviluppo del corso di formazione specifica per i medici di Medicina Generale ed inserimento del tirocinio professionalizzante».



Ringraziamenti

Questo testo deve tanto a tanti. Innanzitutto, agli autori, tutti professionisti che non hanno molto tempo ma che, ancora una volta, lo hanno messo a disposizione. Grazie a Giulia Parisi per il lavoro attento di redazione dei testi. Un ringraziamento particolare a Marinella Gallo, che ha curato con pazienza e intelligenza l'edizione del testo. Infine, va detto che il volume è stato possibile grazie al lavoro di coordinamento di tutto il corso che Marinella ha condotto in questi anni insieme a una squadra speciale (e instancabile) di collaboratori: Loana Domanda e Giovanni Paternò.

Finito di stampare nel mese di settembre 2022
presso Industria Grafica Vulcanica, Torre del Greco (NA)

Questo volume contiene la storia e testimonianza della più significativa – non solo per il numero di partecipanti – scuola di formazione per medici di Medicina Generale italiana. In anni di formidabile trasformazione – solo in Lombardia si è passati da meno di 300 a oltre 1000 tirocinanti attivi nel triennio formativo – e di attenzione rinnovata al territorio, i protagonisti raccontano contenuti, metodi, esperienze di chi, in certi casi ostinatamente, cerca di rendere migliore un corso che necessita di una svolta. La fase pandemica fa emergere paradossi e prospettive di miglioramento. Si tratta di un testo prezioso per chi voglia riflettere e possa contribuire a trasformare questa occasione formativa per le nuove leve del sistema socio-sanitario. È anche un doveroso omaggio a chi quella scuola l'ha sostenuta e guidata per anni: Roberto Stella, presidente dell'Ordine dei Medici di Varese e responsabile nazionale della formazione, il primo medico a perdere la vita sul campo a causa del Covid-19.

€ 24,00 (i.i.)	ISBN 978-88-6250-864-3  9 788862 508643
www.guerini.it	