

UNA NUOVA FORMAZIONE PER LA MEDICINA GENERALE



**Risultati della Commissione sulla Formazione
composta dai rappresentanti sindacali e
dai rappresentanti dei corsisti di Bologna**

UNA NUOVA FORMAZIONE PER LA MEDICINA GENERALE

La formazione del medico di Medicina Generale del XXI secolo:

In Italia, la formazione in Medicina Generale risente di un drammatico ritardo. A differenza di quanto succede nel resto d'Europa, in America Latina, negli Stati Uniti e in Canada, non esiste una specializzazione accademica post-laurea in Cure Primarie, ma un corso di formazione la cui gestione è affidata alle singole regioni, sia in termini di programmazione del numero di borse di studio, sia in termini di programmazione dell'offerta formativa, che risulta pertanto disomogenea. Parimenti, un insegnamento pre-laurea organico in Medicina Generale è ancora assente all'interno dei curricula tradizionali, fatte salve alcune esperienze avanzate all'interno di singoli Atenei. La formazione in Medicina Generale in Italia si pone per certi aspetti al di fuori della definizione data dal WONCA, secondo cui "la medicina generale è una disciplina accademica e scientifica, con propri contenuti educativi, di ricerca, una propria attività clinica basata sulle prove e una specialità clinica orientata all'Assistenza Primaria". Una formazione specifica post-laurea in Cure Primarie è inoltre ancora assente per tutti gli altri operatori sanitari non medici, e, su tutti, per il personale infermieristico.

Al fine di superare questo grave ritardo si rendono necessarie azioni su più livelli che consentano di andare oltre il **D.M 7 marzo 2006**, garantendo l'acquisizione di uguale dignità formativa ai futuri medici di medicina generale rispetto ai colleghi di altri corsi di specializzazione. Ciò significa essenzialmente riconoscere la necessità di:

1. Garantire la creazione di **Dipartimenti Regionali di Cure Primarie** impegnati in attività di didattica, di ricerca e nella creazione di percorsi formativi post-secondari (masters e dottorati)
2. Garantire un **pari supporto economico** agli specializzandi medici in Medicina Generale rispetto alle altre scuole di specializzazione.
3. Valutare in futuro l'opportunità di **portare la formazione specifica da 3 a 4 anni** e garantire la creazione di **Corsi di specializzazione universitaria in Cure Primarie**.

Al pari di quanto avvenuto per la formazione primaria, è necessario trovare delle forme di alternanza tra studio e lavoro che consentano di dare piena attuazione a un percorso formativo che si trova altrimenti confinato al piano teorico, senza una reale possibilità di applicazione pratica delle conoscenze apprese. E' forse pleonastico ricordare che lo specializzando in Cure Primarie è un medico laureato e abilitato alla professione che in molti casi accede alla formazione specialistica dopo aver già svolto impieghi di vario tipo (es. sostituzioni di medici di medicina generale, guardia medica, medicina dei servizi territoriali etc.). Occorre quindi trovare soluzioni amministrative e legali che possano integrare sapientemente, all'interno del *excursus* formativo, gli aspetti teorici e gli aspetti lavorativi che già fanno parte, *de facto*, del percorso attuale del corsista in Medicina Generale.

Alcuni esempi di come ciò potrebbe avvenire sono descritti qui di seguito:

- 1) Incarico di Continuità Assistenziale (CA) di almeno 6 mesi all'interno di sedi con più di un medico. Tale percorso è peraltro favorito dal fatto che il nuovo ACN prevede la priorità di assegnazione di incarichi a tempo determinato di CA per i Corsisti in Medicina Generale.
- 2) Incarico per la Medicina dei Servizi di almeno 6 mesi: con particolare preferenza al lavoro c/o CRA o strutture analoghe. Anche ciò è attuabile grazie al nuovo ACN che prevede la priorità per i Corsisti nella graduatoria di assegnazione.
- 3) Accordo retribuito di almeno 3 anni con un MMG per la gestione di pazienti complessi. Tale collaborazione permetterebbe di impostare nuovi progetti per i pazienti fragili e nel contempo consentirebbe ai corsisti di prendere contatto con aspetti rilevanti della futura professione, come quello della longitudinalità delle cure, la gestione domiciliare e la gestione della complessità dell'intervento socio-sanitario. Questa sinergia permetterebbe di compiere importanti passi avanti nella direzione della *social responsiveness* (responsabilità sociale), che, in base a quanto definito dal WHO, uno degli aspetti fondamentali di valutazione della qualità della formazione dei professionisti sanitari.
- 4) Possibilità di affiancamento e integrazione con i team di Cure Palliative e negli Ospedali di Comunità (OSCO).
- 5) Possibilità di integrazione del percorso formativo curricolare con percorsi formativi intrapresi per interesse del singolo corsista e ritenuti utili per l'espletamento della futura professione (ed esempio Corsi di Ecografia Clinica, ECG, etc).

A nostro avviso, l'integrazione tra formazione e lavoro presenta alcuni vantaggi fondamentali rispetto al semplice aumento della borsa di studio erogata ai medici di medicina generale:

- può avvenire senza aumento della spesa pubblica
- permette di sanare una realtà di fatto, integrandola in modo ragionato all'interno del percorso formativo
- risponde a criteri di *social accountability*
- stimola l'autonomia formativa dello specializzando e l'acquisizione di competenze specifiche che potranno essere utili nel futuro della pratica lavorativa da Medico di Cure Primarie.

E' inoltre indispensabile che, alla luce di quanto espresso dall'OMS nel documento "*Transforming and scaling up health education and training*", la formazione dei professionisti delle Cure Primarie si svolga all'interno delle comunità di riferimento (*Community-based approach*) e sia diretta a soddisfarne i principali bisogni di salute attraverso approcci integrati e proattivi.

Per questo, con riferimento al punto 3 di cui sopra, riteniamo che la creazione di Progetti Formativi rivolti ai pazienti fragili e portatori di cronicità, in cui lo specializzando possa seguire a domicilio e in modo programmato pazienti con condizioni tipiche del setting delle Cure Primarie (es. scompenso cardiaco, BPCO severa, demenza etc) per tutta la durata del suo percorso formativo, e in collaborazione con il medico di riferimento, possa rappresentare una preziosa opportunità di *Community based learning* e di *social accountability* che tutte le linee guida e di indirizzo della formazione in Cure Primarie indicano per il futuro della formazione.

Oltre agli aspetti sopra citati, è opportuno sottolineare come la *formazione situata* rappresenti un dispositivo per la creazione di un vincolo fra il professionista, la comunità ed il territorio. Ad oggi, i corsisti di Medicina Generale svolgono il tirocinio in ospedali e

servizi prevalentemente localizzati nelle grandi città, prossimi ai luoghi dove si svolge l'attività teorica. Non è però infrequente che, al termine della formazione, questi professionisti vengano assegnati in zone carenti periferiche/rurali/di montagna, senza aver acquisito le competenze necessarie (in termini di valutazione dei bisogni, di organizzazione e pianificazione della rete di assistenza, etc) per svolgere al meglio l'attività assistenziale in quelle realtà; allo stesso modo, si assiste frequentemente al trasferimento (dopo 2 anni di convenzione) da queste zone a realtà cittadine, con conseguente frammentazione della continuità assistenziale. Per questo, riteniamo che collocare i corsisti sin dalla formazione all'interno dei territori e delle comunità a cui appartengono per svolgere compiti assistenziali possa rappresentare un dispositivo di promozione della continuità di assistenza tra la comunità e il professionista sanitario. Come recentemente dimostrato in un articolo sul *British Medical Journal* la promozione della continuità di cure si associa a una riduzione della mortalità per tutte le cause e a una maggiore soddisfazione del paziente, per cui riteniamo che l'implementazione di una così importante caratteristica assistenziale debba iniziare già a partire dal percorso formativo.

Al fine di rendere operative le proposte sopra citate a livello regionale, almeno per ciò che attiene alle possibilità normative e legali della Regione, si ritiene auspicabile la creazione di un **Gruppo di lavoro per la Formazione in Medicina Generale** che includa i principali attori del percorso formativo: Direttore e collaboratori del Dipartimento di Cure Primarie, Direttore della Formazione, alcuni tutor del CFSMG, i rappresentanti dei corsisti etc.

Alla conclusione dei lavori del presente Gruppo, potrebbe essere utile costituire un **Osservatorio Regionale per la Formazione in Medicina Generale** per il monitoraggio continuo e l'implementazione dei cambiamenti proposti. In un secondo momento si potrebbe valutare l'opportunità di istituire un percorso di Formazione in Cure Primarie rivolto anche al personale non medico. Per discutere di questa opportunità sarebbe utile la formazione di un **tavolo di lavoro interprofessionale** che includa i principali attori del settore delle Cure Primarie.

LA RIFORMA A BLOCCHI CONSECUTIVI

Uno dei principali problemi formativi del CFSMG è la totale **disgregazione tra la componente teorica e la componente pratica**; il corsista si trova infatti impegnato in seminari teorici che non hanno spesso nulla a che vedere con il tirocinio che svolge in un determinato momento. Ciò determina una evidente perdita di senso di tutto il percorso formativo, poichè non è possibile separare la componente teorica da quella pratica nel processo di apprendimento. Per fornire un esempio concreto di ciò che avviene attualmente, diciamo che mentre un corsista starà svolgendo ad esempio il tirocinio nel reparto di pediatria, nello stesso periodo parteciperà a seminari relativi allo scompenso cardiaco nell'anziano, la BPCO, ovvero tematiche che non sono necessariamente correlate all'attività di tirocinio che sta svolgendo in quel momento.

Per superare questo ovvio problema proponiamo una **riforma a blocchi consecutivi**.

La riforma a blocchi consecutivi si basa su alcune semplici considerazioni:

1) Non ha senso organizzare le classi dei seminari in base al triennio di ingresso dei corsisti quanto piuttosto **in base al tirocinio che stanno svolgendo**.

2) E' necessario pertanto organizzare dei clusters o blocchi che mettano al centro una visione della medicina generale **centrata sulla salute**, e non *disease-centred*. Per fornire un esempio pratico di ciò, si enucleano di seguito alcune possibili proposte:

- Blocco di salute materno-infantile (pediatria + ginecologia): 356 + 178 ore.
- Blocco di Cure Primarie: 1064 ore
- Blocco di Assistenza al paziente sul territorio: 534 h-
- etc.

3) I seminari sono pertinenti al tirocinio che lo studente sta svolgendo in quel determinato momento e si integrano con esso. Ogni blocco formativo dovrà essere introdotto da 2-3 lezioni di epidemiologia e salute pubblica che mostrino i **problemi a maggiore prevalenza** del cluster.

4) Le attività seminariali dovranno essere svolte, per quanto possibile, **dal personale medico con cui si svolgono le attività pratiche** e che ha dimostrato buona propensione all'attività di insegnamento. Ciò si accompagnerebbe ad alcuni evidenti vantaggi:

- coinvolgimento dei medici normalmente impiegati nei reparti o nelle strutture territoriali all'interno di un vero e proprio percorso formativo, negoziato con loro, e che dia una dimensione di senso più ampio e soddisfacente ad una attività che ad oggi è delegata alla disponibilità e gentilezza di ognuno.
- possibilità di un parziale **riconoscimento economico**, attraverso l'erogazione dei seminari, dell'impegno profuso nella formazione dei futuri medici di medicina generale.
- possibilità di generare meccanismi virtuosi attraverso i quali i medici, sentendosi coinvolti all'interno di un percorso formativo e non vedendo solamente i giovani medici all'interno dei propri ambulatori, si sentano viepiù coinvolti nella co-costruzione del percorso formativo contribuendo attivamente a migliorarlo.

- possibilità da parte degli studenti di riprendere ed approfondire in aula i casi semplici e complessi osservati durante il tirocinio pratico, contribuendo maggiormente alla gestione degli stessi.
- per quanto attiene al tirocinio in Medicina Generale, garantire la possibilità di affiancamento di 3 tutor per un periodo di 4 mesi ciascuno, esponendo per quanto possibile il corsista a diversi contesti di Medicina Generale (*solo practice*, medicina di gruppo/AFT, medicina in zone rurali).

5) Per quanto attiene ai **seminari**, una ormai sovrabbondante mole di letteratura ha dimostrato chiaramente quanto sia imprescindibile il coinvolgimento diretto del discente per un apprendimento efficace. Occorre quindi integrare il tradizionale seminario frontale, con **metodologie didattiche centrate sullo studente**. Le metodologie didattiche di questo tipo che ad oggi sono state impiegate con successo nella formazione del personale medico sono essenzialmente di 3 tipi:

- problem-based learning***
- simulazioni cliniche avanzate***
- system-based learning***

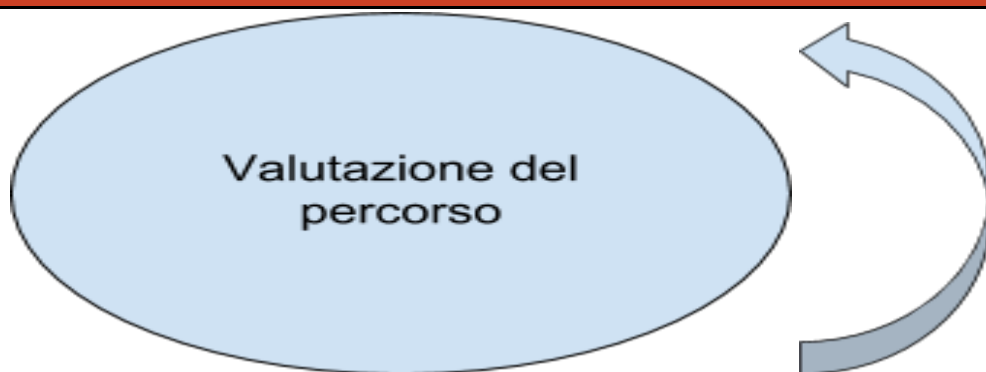
Non è qui possibile descrivere le caratteristiche metodologiche di ogni approccio, ma occorre sottolineare che ciascuno di essi si basa sul superamento di una visione nozionistica della trasmissione del sapere (tipica della lezione frontale), verso forme di trasmissione più complesse in cui il discente è considerato come portatore di saperi pregressi e come *alleato* nella possibile soluzione di problemi complessi. Nello sviluppo di tali metodologie il corsista diventa quindi un protagonista attivo del percorso formativo, e contribuisce ad arricchirlo attraverso iniziative autonome. Tali iniziative devono avere ricadute positive nel breve e/o nel lungo termine non soltanto sulla formazione dello studente, ma anche sulla popolazione. Questo perchè rispondere a criteri di **social accountability** è divenuto parte fondamentale della missione dei corsi universitari e specialistici medici. Come spiegato Charles Boelen, suo più autorevole esperto, la social accountability corrisponde da parte degli enti formativi “all’obbligo di indirizzare la loro formazione, ricerca e attività verso i bisogni di salute principali della comunità, della regione o della nazione che hanno il mandato di assistere. I principali bisogni di salute dovranno essere individuati collaborativamente da governi, istituzioni, professionisti sanitari e cittadini”. E’ quindi importante che la Regione e il CFSMG individuino aree di interesse strategico e formulino, a partire da queste, **azioni formative volte a contribuire alla soluzione di problemi complessi**; una ottima base per l’inizio del confronto potrebbe essere rappresentata proprio dalle aree individuate nel Piano Sociale e Sanitario Regionale 2017-2019.

6) Al termine di ogni cluster è prevista una **prova di carattere teorico-pratico** attraverso la quale il corsista potrà misurare le competenze apprese. La valutazione complessiva del corsista sarà formata in parte dal risultato della prova finale, ed in parte dalla proattività mostrata nel blocco formativo. Al termine di ogni cluster è prevista inoltre una valutazione del corsista sulla qualità formativa del percorso.

BLOCCO DI SALUTE MATERNO-INFANTILE		
	MATTINO	POMERIGGIO
Lunedì 1	Tirocinio presso PLS "Rossi M."	La salute del bambino: cenni di epidemiologia
Martedì 2		
Mercoledì 3		
Giovedì 4		Le virosi respiratorie in età pediatrica
Venerdì 5		

BLOCCO DI SALUTE MATERNO-INFANTILE		
	MATTINO	POMERIGGIO
Lunedì 6	Tirocinio presso PLS "Rossi M."	Autoformazione: presentazione di casi clinici
Martedì 7		
Mercoledì 8		
Giovedì 9		BLS pediatrico
Venerdì 10		

AUTOFORMAZIONE: DESCRIZIONE DI CASO CLINICO DI M. KAWASAKI E PRESENTAZIONE AL CONGRESSO S.I.P.



continua con... BLOCCO "CURE PRIMARIE"

Curriculum Development

Nel nostro caso, pertanto, allo scopo di costruire un percorso di formazione specifica in Medicina Generale, basato sulle competenze specifiche del MMG/Medico di Famiglia come sopra descritte, definite sulla base dell'analisi del contesto e dei bisogni locali e che contemplino le soft skills relazionali, organizzative e la conoscenza del contesto locale e delle risorse della comunità in cui dovrà inserirsi, potremmo operare nella seguente maniera:

- A. **Analisi** . Tale fase dovrebbe essere suddivisa in due sottofasi:
- a. analisi dei documenti riguardanti l'attuale curriculum formativo
 1. Qual è il programma didattico?
 2. Quali sono gli obiettivi principali e le competenze attese?
 3. Quali strumenti pedagogici e strategie educative vengono utilizzati?
 4. Quali sono i drivers principali del corso e quali i principali limiti?
 - b. Identificare i principali punti di forza e di debolezza dell'attuale proposta formativa;
 1. che tipo di proposta formativa potrebbe essere maggiormente adeguata al conseguimento dei propositi principali del corso;
 2. che tipo di esperienza formativa dovrebbe essere fornita; come questa esperienza potrebbe essere effettivamente organizzata;
- B. **Ridefinizione del Curriculum**. Questa fase può essere schematicamente suddivisa in 4 sotto-fasi. Tuttavia è di cruciale importanza comprendere che si tratta di un processo ciclico e collaborativo, che deve essere realizzato in equipe con il coinvolgimento dei corsisti e che preveda un processo di revisione continua:
- a. Definizione del Proposito Globale del Corso: valutare le necessità (epidemiologiche, sociali, economiche, etc) del contesto
 - b. definire quali competenze specifiche devono essere raggiunte (di che tipo di professionista ha bisogno il nostro contesto?)determinare un obiettivo generale del corso
 - c. Analisi dei comportamenti di entrata: definire che tipo di abilità, conoscenza e attitudini sono richiesti ai partecipanti prima dell'inizio del corso
 - d. Obiettivi di apprendimento e di performance: definire, sulla base della situazione iniziale e dell'obiettivo generale del corso, gli obiettivi specifici di apprendimento e di performance per ogni ciclo (che cosa dovranno essere capaci di fare i formandi alla fine di un tirocinio? un anno? un semestre?). Definire obiettivi specifici di apprendimento per ogni dimensione (cognitiva, affettiva e psico-motoria) necessaria allo sviluppo delle competenze richieste.
- C. **Strumenti di Valutazione (Assessment)**: sulla base degli obiettivi specifici identificati, sviluppare strumenti di valutazione capaci di misurare il sapere, le abilità e le attitudini dei formandi (Questionari, Seminari, Osservazione, Simulazione, Portfolio, etc).
- a. Strategie educative (di insegnamento-apprendimento): sviluppare strategie di insegnamento a partire dagli obiettivi formativi, dalle materie affrontate, dalle caratteristiche dei formandi e dalle principali teorie pedagogiche (Problem Based Learning, Seminari, Attività Cliniche, Gruppi di discussione, etc etc.).
 - b. produrre materiali a partire dalle strategie educative adottate (manuali, libri, siti, video..)
 - c. predisporre strutture fisiche e funzionali adatte all'esecuzione del corso (sale, laboratori, infrastrutture informatiche, etc..)

D. Valutazione Formativa (Evaluation): valutare e monitorare l'andamento del corso per correggerne in itinere l'esecuzione mediante l'utilizzo di una molteplicità di strumenti:

- a. Cabina di regia di coordinamento costituita dal maggior numero di attori coinvolti
- b. Questionari di valutazione sull'operato di docenti e tutor, i cui risultati saranno condivisi con gli stessi in un'ottica di miglioramento della attività formativa. La valutazione dei risultati sarà condizione determinante la conferma del docente/tutor per gli anni successivi.
- c. Prevedere la creazione di una periodica Formazione per Formatori al fine di garantirne l'aggiornamento e di permettere l'ingresso di nuove figure all'interno del corso.
- d. Interviste
- e. Revisioni delle direttrici: interpretare i dati della Valutazione Formativa a partire dalle principali difficoltà incontrate e rivedere le direttrici

E. Ripetere questo processo alla conclusione di ogni ciclo formativo (3 anni).