

RAPPORTO ATTIVITÀ DIDATTICHE TEORICO PRATICHE

Triennio 2006 - 2009



FORMAZIONE
SPECIFICA
in **MEDICINA**
GENERALE

TRENTO

Trento, 26 novembre 2009

Considerazioni generali

Il curriculum formativo del secondo Corso triennale (2006-2009) della Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale di Trento rappresenta l'evoluzione di quelli dei precedenti Corsi, raccogliendo contributi importanti dal dibattito sviluppatosi, in Italia e a livello internazionale, sui contenuti e sugli obiettivi della Formazione Specifica in Medicina Generale, e, soprattutto, da due importanti documenti europei : "La definizione Europea della Medicina Generale/Medicina di Famiglia" di Wonca Europe (2002) e "The Educational Agenda of General Practice/Family Medicine" di Euract (2006).

Nella consapevolezza che la "mission" della Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale è "contribuire alla formazione di un professionista che lavora in prima linea a diretto contatto con il cittadino, che è in grado di ascoltarlo, di accoglierlo, di prendersi cura di lui e di proporgli percorsi diagnostici e terapeutici fondati sulle migliori conoscenze scientifiche e rispettosi delle sue scelte consapevoli", il programma del Corso ha proposto degli obiettivi didattici direttamente correlati allo sviluppo delle tre caratteristiche che il documento WONCA ritiene rilevanti per una disciplina centrata sulla persona:

1. l'attenzione al contesto (capacità di comprendere ed usare nel rapporto di cura il contesto in cui è inserito il paziente: la sua famiglia, la comunità in cui vive, la sua cultura);
2. un atteggiamento professionale fondato sui valori, sull'etica e sulla consapevolezza dei propri limiti;
3. il possesso di conoscenze scientifiche e di metodo (orientamento al paziente e non solo alla malattia, attenzione all'epidemiologia della medicina generale, consapevolezza della necessità di decidere sulla base delle migliori conoscenze scientifiche e quindi consapevolezza della necessità della formazione continua e del miglioramento continuo della Qualità.

I contenuti e gli obiettivi del programma si sono articolati nelle tre aree indicate dal documento WONCA:

1. compiti clinici;
2. comunicazione con il paziente;
3. gestione della struttura organizzativa dello studio.

Oltre agli obiettivi educativi generali relativi alle capacità che devono essere raggiunte dal futuro medico di medicina generale, si sono articolati anche una serie di obiettivi educativi "contributivi" relativi agli atteggiamenti, allo stile di lavoro e alla cultura professionale che deve informare il medico nel suo lavoro.

Caratteristiche principali del percorso didattico

Crediti formativi

La Scuola di Trento ha introdotto un sistema basato sui crediti formativi, in cui sei ore di attività corrispondono a un credito formativo. Questo nel rispetto delle normative vigenti, che stabiliscono l'obbligo di 4800 ore nei tre anni di Corso di cui due terzi riferite ad attività pratica e un terzo ad attività teorica; il tirocinante quindi per poter accedere all'esame finale deve aver ottenuto almeno 800 crediti formativi, di cui due terzi relativi all'attività teorica ed un terzo a quella pratica.

Nove tirocinanti hanno fino ad oggi acquisito i crediti didattici necessari per accedere all'esame finale. Cinque tirocinanti, causa assenza per maternità, non hanno ancora acquisito i crediti necessari: per essi sono previsti percorsi personalizzati di recupero delle frequenze.

Attività pratica

L'importanza data all'interno del Corso all'attività pratica, e in particolare alla frequenza dello studio del MMG, è testimoniata dal peso relativo che questa attività ha nel curriculum e dall'attenzione che la Scuola riserva alla didattica tutoriale, cercando di garantire un rapporto 1:1 (tutor/tirocinante) anche all'interno dell'ospedale e seguendo il rapporto fra tutor e tirocinante con un lavoro di coordinamento, di programmazione, di consulenza e di supervisione.

I periodi di frequenza delle attività pratiche si sono alternati nei tre anni di Corso secondo un calendario rispettoso del processo di apprendimento ipotizzato per i tirocinanti e il più possibile collegato agli argomenti e agli obiettivi didattici proposti dal percorso teorico.

Gli obiettivi della frequenza negli ospedali e nelle strutture distrettuali sono stati soprattutto di conoscenza delle varie realtà, delle loro potenzialità e dei loro limiti, ma anche obiettivi clinici specifici pertinenti con l'attività di MMG.

Tali obiettivi sono stati discussi e condivisi con i responsabili delle strutture frequentate dai tirocinanti e con i tutor individuati.

La legge prevede che ogni medico ospedaliero possa fare il tutor, la Scuola ha sempre cercato di individuare tutor che fossero interessati alla didattica e che condividessero l'impostazione didattica della scuola.

Nella scuola di Trento è previsto un Responsabile delle attività pratiche ospedaliere e territoriali: un medico di medicina generale che ha avuto il compito di individuare e proporre le sedi, i reparti ospedalieri ed i servizi territoriali di frequenza per i singoli tirocinanti, di collaborare con i Direttori delle singole strutture alla scelta dei medici tutor e di organizzare e presiedere, direttamente o tramite collaboratori, agli incontri con i tirocinanti per la programmazione e la valutazione dei vari periodi di frequenza.

Infatti, prima di ogni periodo di frequenza è stato svolta un incontro di progettazione per comunicare e condividere con i tirocinanti gli obiettivi formativi del periodo e, al termine del periodo, un incontro di valutazione di dette attività.

Ai tutor di riferimento per le frequenze più lunghe (Medicina, Pronto Soccorso, Geriatria, Chirurgia generale, Pediatria, Ginecologia) è stato poi chiesto un importante contributo alla valutazione certificativa dei tirocinanti. Con questi tutor la Scuola ha cercato di instaurare un dialogo maggiore sull'esperienza didattica.

La frequenza pratica dal tutor MMG ha rappresentato la parte fondamentale di tutto il Corso ed è stata divisa in sei periodi di frequenza, per un totale di quarantotto settimane.

Abbiamo previsto per uno di questi periodi (otto settimane al terzo anno) una rotazione dei tutor con la finalità di far conoscere un diverso stile lavorativo e una realtà lavorativa diversi (realtà urbana, realtà di valle).

I tirocinanti hanno quindi frequentato lo studio del tutor MMG di riferimento per un totale di quaranta settimane con obiettivi didattici crescenti (osservazione, attività guidata, attività supervisionata, attività autonoma) secondo un percorso individualizzato alle esigenze e ai bisogni del tirocinante e concordato fra il tutor e il responsabile dell'attività tutoriale MMG.

Nella Scuola di Trento è previsto un Responsabile delle attività pratiche presso i MMG, un medico di medicina generale che ha avuto il compito di proporre l'abbinamento dei tirocinanti con i tutor MMG, scelti all'interno dell'Albo Provinciale, di proporre alla direzione della scuola gli obiettivi didattici dell'attività di tirocinio presso i MMG, di organizzare e presiedere, direttamente o tramite suoi collaboratori, le riunioni con i tutor e i tirocinanti per la programmazione e la valutazione dei periodi di frequenza al fine di rilevare eventuali problemi insorti e di verificare il raggiungimento degli obiettivi didattici previsti. Compito ulteriore è stato anche quello di promuovere, alla fine della frequenza, la produzione da parte di ciascun tutor di una relazione valutativa sul percorso effettuato per la certificazione del raggiungimento degli obiettivi didattici da parte dei singoli tirocinanti. Quest'ultima è infatti considerata la valutazione principale per l'accesso all'esame finale.

Attività teorica

L'attività teorica ha compreso:

- ✓ attività d'aula strutturata in Unità didattiche divise, a scopo didattico ed organizzativo, in cinque aree (descritte nel programma), le prime quattro con temi clinici, la quinta comprendente temi trasversali all'attività clinica.
- ✓ studio individuale.
- ✓ preparazione delle tesi.
- ✓ approfondimento e discussione di casi incontrati nella pratica tutoriale.
- ✓ frequenza di eventi formativi realizzati al di fuori della Scuola ma accreditati dalla stessa.

Le caratteristiche principali dell'attività teorica seminariali sono state:

- ✓ la centralità didattica data al MMG: nella maggior parte dei Seminari i docenti sono stati medici di famiglia, e quando i docenti erano medici ospedalieri si è cercato di affiancarli con medici di famiglia per garantire l'attenzione nella didattica alla realtà della medicina generale.
- ✓ l'attenzione, anche in termini di peso relativo, agli aspetti metodologici. I temi clinici trattati non potevano né dovevano coprire tutti gli aspetti clinici di pertinenza della medicina generale ma dovevano essere dei temi paradigmatici da usare come traccianti metodologici.
- ✓ la presenza di unità didattiche innovative, anche se ormai presenti da tempo nel programma della nostra scuola (Laboratorio culturale, Scienze sociali, Laboratorio Relazione e Comunicazione, Teoria e metodi della medicina generale).
- ✓ l'utilizzo, quando possibile, di metodologie didattiche attive: PBL, ricerche, role playing, paziente simulato.

Nella scuola di Trento è previsto un Responsabile delle attività teoriche: un medico di medicina generale che ha avuto il compito di organizzare e di valutare l'attività didattica teorica e in particolare di coordinare l'attività dei docenti, di controllare i programmi dei vari seminari, la loro realizzazione, la compilazione dei report e l'avvenuta valutazione certificativa, per i singoli tirocinanti, del raggiungimento

degli obiettivi didattici proposti, di organizzare e presiedere, anche tramite un suo delegato, agli incontri periodici di valutazione delle attività didattiche teoriche.

L'attività valutativa

La Scuola di Trento sta cercando di costruire un sistema di valutazione continua per tutti gli aspetti didattici, sia al fine della valutazione certificativa dei discenti, con particolare attenzione alla documentazione del loro processo di crescita, sia per la valutazione dei processi e degli strumenti formativi nell'ottica del perseguimento del miglioramento continuo della qualità.

L'attività valutativa svolta in questo triennio è stata principalmente mirata alla valutazione dell'apprendimento e della crescita del singolo discente e del gruppo dei discenti con una particolare attenzione al contesto in cui l'apprendimento è avvenuto.

In pratica i responsabili dell'attività teorica e delle attività pratiche, nei "debriefing" delle stesse, hanno documentato l'apprendimento ma hanno anche raccolto informazioni utili per la riprogettazione dei vari momenti didattici, ad esempio la frequenza presso il tutor MMG "di rotazione" è stata prolungata su richiesta dei tirocinanti.

Lo staff direttivo della Scuola ha costantemente recepito nelle sue riunioni le istanze organizzative ed educative pervenute sia dai docenti che dai discenti.

Questa valutazione in itinere, costante ed efficace, è solo parzialmente documentata. È perciò intenzione della Scuola procedere ad una formalizzazione di questi processi valutativi.

Articolazione del rapporto

1. Crediti attività teorica offerti e relazioni attività teorica
2. Laboratorio Tesi
3. Rapporti sul coordinamento
4. Rapporti attività tirocinio pratico

ALLEGATO: Lavori didattica tutoriale

1. Crediti attività teorica offerti e relazioni attività teorica

Vengono riportati tutti i crediti offerti per le attività seminariali. Un credito corrisponde a 6 ore di lavoro. In genere per ogni modulo di attività teorica d'aula (3 ore di lezione a cui corrisponde ½ credito) vengono riconosciute anche 3 ore (½ credito) di lavoro di autoformazione. Fanno eccezione i moduli di discussione, briefing e de briefing (N-A1) per i quali non vengono riconosciuti crediti di autoformazione.

Metodi e tecniche (didattiche):

- Lezione (frontale, magistrale, interattiva)
- Lavoro a piccoli gruppi (didattica attiva, focus group)
- Lavoro d'aula (gruppo nominale, tavola rotonda)
- Lavoro d'aula (gioco di ruolo – role playing- acquario)

- Dimostrazioni pratiche (imitazione)
- Esperienza pratica con simulatori (routine, protocollo)
- Paziente simulato (con attore-paziente)
- Percorso esperenziale (immersione, come osservatori partecipi, in contesti di pratica)
- Tirocinio pratico (apprendimento – guidato dall’esperienza, briefing e debriefing)

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

Strumenti didattici:

- Strumenti di sussidio didattico (Lavagna, lucidi, diapositive, Power Point, video, film)
- Strumenti di sussidio didattico (Letteratura)
- Strumenti di autoapprendimento (Strumenti informatici con particolare attenzione alle banche dati nell’ambito dell’aula informatica - dieci stazioni in rete con accesso ad Internet)
- Strumenti di autoapprendimento (Riviste e libri con numerosi testi disponibili nella biblioteca della Formazione Specifica)

Per quanto attiene la valutazione è stata fatta la scelta di privilegiare la valutazione formativa, lasciando il peso principale della valutazione certificativa alla frequenza dello studio del medico di medicina generale e secondariamente alle frequenze pratiche ospedaliere. (L’assenza anche se giustificata obbligava comunque a un percorso di recupero).

2. Laboratorio Tesi

Vengono presentati i titoli delle tesi.

3. Rapporti sul coordinamento

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

4. Rapporti attività di tirocinio pratico

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

L’attività didattica tutoriale presso il medico di medicina generale è stata particolarmente seguita sia con un gruppo di supporto ai colleghi tutor, sia coinvolgendo i tutor in attività formative, e con la didattica

tutoriale uno ad uno su contenuti selezionati. A questa ultima esperienza è dedicato un breve capitolo del rapporto.

ALLEGATO: Lavori didattica tutoriale

Vengono esposte le presentazioni Power Point dei lavori di didattica tutoriale svolti dai discenti in collaborazione con i loro tutori.

1. CREDITI ATTIVITÀ TEORICA E RELAZIONI

NOVEMBRE 2006 - NOVEMBRE 2009

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

| R = relazione presente | | Crediti offerti |
|-------------------------------|---|------------------------|
| AREA 1 | | 21 |
| R | N-1a Il paziente con problemi osteo-articolari acuti | 3 |
| R | N-1b Il paziente con disuria e/o ematuria | 2 |
| R | N-1c Il paziente con problemi tiroidei | 3 |
| R | N-1d Il paziente con problemi chirurgici, dolore addominale e dispepsia | 3 |
| R | N-1e Il paziente con problemi dermatologici | 4 |
| R | N-1f Il paziente con problemi acuti delle vie respiratorie alte e basse | 4 |
| R | N-1g Il paziente con cefalea, vertigini ed epilessia | 2 |
| AREA 2 | | 27 |
| R | N-2a Il paziente affetto da asma e/o BPCO | 5 |
| R | N-2b Il paziente con dolore osteo-articolare cronico | 5 |
| R | N-2c Il paziente a rischio cardiovascolare - parte 1 [^] | 6 |
| R | N-2d Il paziente a rischio cardiovascolare - parte 2 [^] | 5 |
| | N-2e Il paziente con cardiopatia ischemica cronica e/o scompenso cardiaco | 3 |
| R | N-2g Il paziente con problemi oncologici | 3 |
| AREA 3 | | 8 |
| R | N-3a Il paziente terminale: problematiche di fine vita | 8 |
| AREA 4 | | 23 |
| R | N-4a Il paziente anziano | 6 |
| R | N-4b Gestione del rischio e prevenzione del singolo nella comunità e sui luoghi di lavoro | 2 |
| R | N-4c I pazienti e le pazienti con problemi di sessuologia | 2 |
| R | N-4d La famiglia e la salute del bambino, il paziente adolescente | 2 |
| R | N-4e Il paziente con problemi di dipendenza | 2 |
| R | N-4f Problemi specifici di salute della donna | 4 |
| R | N-4g Il paziente svantaggiato (emarginato, e/o povero, e/o immigrato povero, ecc) | 5 |

R = relazione presente

Crediti
offerti

| AREA 5 | | 118 |
|---------------|---|------------|
| | N-5a Teorie e metodi della medicina generale | 14 |
| R | Teoria e metodi - 1 [^] parte | 6 |
| R | Teoria e metodi - 2 [^] parte | 5 |
| R | Teoria e metodi - 3 [^] parte | 3 |
| | N-5b Laboratorio Ricerca e Qualità | 20 |
| R | Ricerca e qualità - 1 [^] parte | 5 |
| R | Ricerca e qualità - 2 [^] parte | 11 |
| R | Ricerca e Qualità - 3 [^] Parte | 4 |
| | N-5c Laboratorio della COMUNICAZIONE e della RELAZIONE | 14 |
| R | Relazione comunicazione 1-2 | 8 |
| R | Psichiatria, disagio psichico | 6 |
| | N-5d Sessioni con il paziente simulato | 14 |
| R | Il paziente simulato 1 | 4 |
| R | Il paziente simulato 2 | 6 |
| R | Il paziente simulato 3 | 4 |
| | N-5e Organizzazione, strumenti informativi, informatica | 12 |
| R | Nozioni di organizzazione del lavoro in mg | 5 |
| R | Informatica base e sw gestionali in mg | 3 |
| | Organizzazione, informatica avanzata e gestione informazioni in mg | 4 |
| | N-5f Problemi deontologici, etici, legali e contrattuali | 11 |
| R | Contratti e legislazione 1 e 2 parte, 3 parte | 7 |
| R | L'etica clinica | 4 |
| | N-5g Introduzione all'utilizzo di strumenti tecnici, tecnologici e di abilità utili per gestire alcuni problemi importanti in medicina generale. | 13 |
| R | ECG | 4 |
| R | Tecnologia per pazienti asmatici (spirometria) | 2 |
| R | Il paziente pre-critico | 3 |
| R | BLS | 4 |
| | N-5h Laboratorio culturale | 15 |
| R | Film e arti figurative | 2 |
| R | Progetto parola: lettura, studio, scrittura | 4 |
| R | Supporto preparazione commedia | 9 |
| | N-5i Scienze sociali | 5 |
| R | Sociologia medica | 5 |

R = relazione presente

Crediti
offerti

| | | | |
|-------------------|------|---|--------------------------------|
| AREA ALTRO | | 53 | |
| R | N-A1 | Incontri di introduzione, discussione, valutazione, con direttore e/o staff | 46 |
| | N-A2 | Seminari monotematici o eventi scientifici culturali | 7 |
| | N-A3 | Eventi/seminari scelti dal discente | Variano a seconda del discente |
| AREA DT | | 59 | |
| | N-DT | Didattica Tutoriale - Presentazione d'aula | 8 |
| | TE | TESI | 51 |
| TOTALE | | | 309 |

1.1. IL PAZIENTE CON PROBLEMI OSTEOARTICOLARI ACUTI

Responsabile: dott.ssa Mariapia Perlot

DOCENTI COINVOLTI Dr Mariapia Perlot, Dr Marco Clerici

ABSTRACT

Il corso si è svolto in 5 moduli di tre ore di cui 2 moduli di autoapprendimento. La metodologia didattica utilizzata è stata quella del PBL. Il primo modulo prevedeva la presentazione di un caso clinico reale in aula (lombalgia acuta). Si è passati poi a stabilire in gruppo un protocollo concordato fra i discenti sull'anamnesi, sull'es. obiettivo, sugli es. strumentali e di laboratorio ed eventuali visite specialistiche più appropriati per il caso presentato ed infine sulle terapie (farmacologiche e non) più idonee per il caso stesso. Nel gruppo dei discenti sono emersi comportamenti assai diversi nell'affrontare e gestire il caso clinico. Il docente ha raccolto le criticità emerse e ha proposto ai discenti del materiale scelto per l'autoapprendimento (alcune linee guida recenti sulla lombalgia e sciatalgia acuta) prevedendo per questo compito un modulo di 3 ore.

Il terzo modulo si è svolto in aula dove il docente ha stimolato i discenti a voler effettuare un'epicrisi del caso clinico precedentemente presentato e a risolvere le criticità emerse nella prima analisi del caso, alla luce delle informazioni apprese dalle linee guida consultate. Dalla discussione è anche emersa l'importanza di analizzare i propri comportamenti (anamnesi. Es. obiettivo, indagini diagnostiche e terapia) e di confrontarli con le evidenze scientifiche in continua evoluzione, sempre nel rispetto della singolarità del paziente.

Sulla terapia sono emerse delle criticità, in particolare sull'utilizzo dei FANS o del Paracetamolo per il dolore acuto. Visto l'interesse dell'argomento anche da parte dei discenti, si è pensato di coinvolgere nel seminario il docente responsabile del "Laboratorio ricerca e qualità" dr. Marco Clerici che ha proposto ai discenti la valutazione di una metanalisi sul confronto tra FANS, Paracetamolo e inibitori delle Cox 2 per la terapia della lombalgia. Questo compito prevedeva un lavoro individuale sul materiale fornito dal docente (3 ore di autoapprendimento) con successive valutazioni da inviare tramite posta elettronica ai docenti e successive 3 ore di presentazione e discussione in aula.

Questa modalità didattica è stata molto apprezzata dai discenti e pure i docenti ne hanno potuto dimostrare la fattibilità e l'efficacia. Sicuramente potrà essere nuovamente utilizzata in futuro anche per altri seminari.

OBIETTIVI DIDATTICI

OBIETTIVI GENERICI: Saper prendere decisioni in termini di inquadramento diagnostico, di utilizzo della diagnostica strumentale e di laboratorio, di impostazione terapeutica di fronte ad un paziente con lombalgia o sciatalgia acuta in un ambiente turbolento come la medicina generale

- OBIETTIVI SPECIFICI:**
- ✓ conoscere gli elementi che permettono una diagnosi clinica
 - ✓ conoscere gli elementi che permettono di valutare la gravità (indicazione ad accertamenti strumentali o specialistici)
 - ✓ conoscere le modalità di gestione della lombalgia o sciatalgia acuta
 - ✓ conoscere le linee guida sulla diagnostica e la terapia della lombalgia o sciatalgia acuta

CONTENUTI

La raccolta dell'anamnesi, l'es. obiettivo, l'appropriatezza della richiesta degli es. strumentali e della visita specialistica, il rationale della terapia, l'analisi delle linee guida più recenti sull'argomento. Saper valutare una metanalisi.

METODI DIDATTICI

Problem-based learning, autoapprendimento guidato, discussione d'aula, confronto con docente

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

- ✓ Partecipazione all'analisi del caso in aula e discussione
- ✓ Capacità di leggere e commentare le linee guida e di valutare una metanalisi
- ✓ Capacità di confrontarsi in aula con i colleghi e con i docenti sugli argomenti trattati

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO

Il seminario è stato ben apprezzato dai discenti, e anche dai docenti che hanno potuto constatare un buon interesse dei partecipanti alle attività svolte; anche l'autoapprendimento è stato accettato e gestito molto bene in quanto finalizzato ad un conseguente confronto e discussione in aula.

EVENTUALE ARTICOLAZIONE CON ALTRI SEMINARI E/O EVENTI

Articolazione di 3 ore d'aula e di 3 ore di autoapprendimento con il "Laboratorio ricerca e qualità"

ALTRE OSSERVAZIONI

La Bibliografia è a disposizione

1.2. IL PAZIENTE CON DISURIA E/O EMATURIA.

Responsabile: dott.ssa Isabella Bini

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

OBIETTIVI DIDATTICI

OBIETTIVI GENERICI: Conoscere le cause di disuria nel maschio e nella femmina, nella femmina gravida, nel portatore di catetere vescicale e il loro trattamento. Saper riconoscere gli eventuali fattori predisponenti e saper fare diagnosi con con accertamenti appropriati.

OBIETTIVI SPECIFICI: Saper distinguere un'infezione urinaria semplice rispetto ad una complicata.

Saper riconoscere le categorie di soggetti in cui un'infezione delle vie urinarie è da considerare problematica.

Conoscere i criteri di ospedalizzazione nelle varie tipologie di pazienti.

Saper affrontare e gestire un'infezione urinaria non complicata nella donna.

Conoscere i metodi di diagnosi a disposizione del MMG nella sua pratica quotidiana e quelli di "secondo livello" utili per l'inquadramento diagnostico.

Saper riconoscere e trattare le infezioni urinarie recidivanti nella donna

Sapere quando è utile ricercare ed eventualmente trattare una batteriuria asintomatica.

Conoscere le infezioni vulvovaginali, ed i criteri per la diagnosi differenziale fra le varie entità patologiche.

Conoscere i principi di trattamento delle infezioni vulvovaginali e le modalità di prevenzione delle recidive.

Conoscere le infezioni genito-urinarie nel maschio, saperne identificare i sintomi e saperne ricercare le cause microbiologiche ed i fattori anatomico funzionali che possono facilitarne l'insorgenza.

Conoscere cause, clinica e trattamento delle malattie a trasmissione sessuale.

Sapere indirizzare i pazienti al centro per le malattie a trasmissione sessuale.

Saper fare la diagnosi differenziale con le patologie tumorali che colpiscono l'apparato genito-urinario

Conoscere i sintomi dell'ipertrofia prostatica benigna e saperla diagnosticare.

Saper fare la diagnosi differenziale con il cancro della prostata.

Conoscere l'utilità ed i limiti delle procedure diagnostiche, in particolare del PSA.

Conoscere le indicazioni all'uso ed alla gestione del catetere vescicale.

Conoscere e saper trattare le infezioni urinarie nei portatori di catetere.

CONTENUTI

Distinzione delle infezioni delle vie urinarie in complicate e non.

Le infezioni delle vie urinarie in pazienti anziani e complessi.

Criteri di ospedalizzazione.

Infezioni delle vie urinarie non complicate nella donna.

Esami di laboratorio

Stick urinari.

Trattamento delle infezioni delle vie urinarie non complicate.

Infezioni ricorrenti nella donna: diagnosi e trattamento.

Infezioni urinarie in gravidanza: diagnosi e trattamento.

Screening per la batteriuria asintomatica.

Infezioni vulvovaginali: diagnosi e trattamento.

La disuria nel maschio

L'epididimite batterica aspecifica, l'epididimite sessualmente trasmessa, la diagnosi, la diagnosi differenziale con il cancro al testicolo, terapia.

La prostatite acuta, la prostatite batterica cronica, la prostatite cronica non batterica, la diagnosi ed il trattamento.

L'ipertrofia prostatica benigna, diagnosi e trattamento, diagnosi differenziale con il cancro della prostata.

Il PSA qualche tratto su luci ed ombre.

Il catetere vescicale: indicazioni all'uso, i tipi di catetere, i sistemi di drenaggio.

Il cambio catetere e le indicazioni alla profilassi antibiotica.

Le infezioni delle vie urinarie nei portatori di catetere.

METODI DIDATTICI

E' stato usato il metodo della lezione frontale ed i lavori di gruppo su casi clinici pertinenti agli argomenti trattati.

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

E' stata valutata la capacità di affrontare e risolvere i casi proposti mediante i lavori di gruppo.

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO

Sia l'attenzione prestata alle lezioni, i molti e pertinenti interventi, che l'interesse mostrato dai discenti durante i lavori di gruppo ci fanno valutare il seminario come ben riuscito, adeguato ed utile nel percorso didattico. Probabilmente sarebbe opportuno, nel futuro, espandere l'argomento e trattare nello stesso seminario, anche le cause di ematuria (argomento ben più vasto) che, in questo caso sono state solo accennate a margine.

EVENTUALE ARTICOLAZIONE CON ALTRI SEMINARI E/O EVENTI

La salute della donna

Riteniamo che possa essere utile e semplice una simulazione sull'argomento della infezione urinaria non complicata della donna per la frequenza della patologia nella pratica quotidiana.

1.3. IL PAZIENTE CON PROBLEMI TIROIDEI.

Responsabile: dott.ssa Ornella Mana

DOCENTI COINVOLTI Dott.ssa Ornella Mana, Dott. Antonio Dainese

ABSTRACT

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

OBIETTIVI

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

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

SVOLGIMENTO DEL CORSO

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

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

E' stato ridotto lo spazio temporale dedicato alla lezione frontale, durante la quale il docente ha analizzato le linee guida per la gestione della patologia tiroidea nell'ambulatorio di Medicina Generale.

VALUTAZIONE FINALE

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

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

1.4. IL PAZIENTE CON PROBLEMI CHIRURGICI, DOLORE ADDOMINALE E DISPEPSIA

Responsabile: dott. Paolo Colorio

DOCENTI COINVOLTI Dr. Paolo Colorio

OBIETTIVI DIDATTICI

Il discente deve saper valutare i rischi connessi ai vari tipi di urgenza di tipo chirurgico che si possono incontrare nella pratica del MMG e saper come gestire tali situazioni nel modo migliore per non esporre il paziente a situazioni di pericolo evitabili

OBIETTIVI GENERICI: Il discente deve conoscere i principali quadri semeiologici connessi alle urgenze per i pazienti non ospedalizzati.

Il discente deve saper prescrivere e interpretare le indagini di primo livello nel sospetto di problemi chirurgici non urgenti.

Il discente deve saper descrivere le azioni per organizzare l'assistenza adeguata al paziente con problemi chirurgici

Il discente deve dimostrare di saper comunicare efficacemente con il paziente con problemi chirurgici

Il discente deve saper integrare la terapia medica nei trattamenti per i pazienti con problemi chirurgici.

OBIETTIVI SPECIFICI: Il discente deve conoscere i principi per le medicazioni e per il trattamento di ferite e ustioni

Il discente deve conoscere i principi base per l'attività chirurgica minima che si può svolgere nell'ambulatorio del MMG

Il discente deve conoscere le modalità per organizzare un ambulatorio, incluso la parte per la piccolissima chirurgia.

CONTENUTI

L'Unità Didattica si basa su un pre test formato da minicasi reali, che vengono utilizzati per ragionare e discutere delle varie situazioni che si possono incontrare in medicina generale. Questi casi offrono lo spunto per affrontare in modo interattivo vari problemi tecnici, diagnostici, organizzativi e relazionali che si incontrano quotidianamente con i pazienti con problematiche chirurgiche nella pratica del MMG. Questo anno ha visto la divisione della UD prettamente chirurgica dalla parte riferita alla gestione del dolore addominale e della dispepsia, che non sono più state realizzate nel percorso formativo, lasciando una piccola lacuna

METODI DIDATTICI

Viene utilizzata la discussione interattiva con partenza da minicasi tratti dall'esperienza in Medicina Generale e proposti come pre test. Tali casi si riferiscono a casi di vera o presunta urgenza. Segue un post test indirizzato a valutare l'orientamento alla Medicina Generale dei discenti ma privilegiando la sicurezza per il paziente.

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

I criteri esplicitati all'inizio dell'UD per la valutazione dei discenti sono: la loro presenza in aula, la partecipazione attiva ed i contributi positivi apportati infine un minimo peso viene dato al risultato del pre e del post test, che in verità ha la funzione di valutare quanto è stato recepito di ciò che ha espresso il docente (valutazione di risultato per il docente) Tutti questi criteri sono risultati più che validi, e anche il pre test ha mostrato un ottimo livello di preparazione medio, con ulteriore progressione nel post test.

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO

E' sempre gradita una didattica che parte da problematiche estremamente pratiche, da parte dei giovani Colleghi che hanno bisogno proprio di esperienza reale e pratica più che di teoria. La discussione su questi casi, che non prevedono una soluzione unica ma lasciano aperte molte strade a seconda dell'impostazione del medico, risulta sempre vivace e produttiva, ed essendo una delle prime Unità didattiche proposte con un docente MMG esperto e riguardante la pratica quotidiana colpisce e stupisce i discenti, non abituati a tale metodo e simili contenuti.

La decisione di suddividere la parte prettamente chirurgica dalla gestione delle dispepsia e del dolore addominale, ha reso un po' monca questa Unità didattica, così concepita lasciando un senso di incompletezza nel docente e nei discenti.

Data la brevità non si è riusciti a far compilare un questionario di gradimento.

EVENTUALE ARTICOLAZIONE CON ALTRI SEMINARI E/O EVENTI

L'unica articolazione programmata è con la frequenza pratica presso i reparti chirurgici, dove possono essere paragonate le affermazioni fatte in aula e comparate le metodologie usate

1.5. IL PAZIENTE CON PROBLEMI DERMATOLOGICI.

Responsabile: dott.ssa Claudia Prevedello

DOCENTI COINVOLTI Dr Giuseppe Zumiani, dr Franco Urbani, dr Giovanni Recchia, dr Paolo Cristofolini

OBIETTIVI DIDATTICI

il corso si propone di fornire le conoscenze necessarie per una integrazione tra il Medico di Medicina Generale e lo specialista dermatologo. La considerevole variabilità con cui si presentano le malattie dermatologiche impone al MMG di avere precisi criteri di filtro per l'invio allo specialista in modo adeguato e appropriato.

L'obbiettivo è di individuare i percorsi più corretti e aggiornati da seguire nella pratica clinica

CONTENUTI

- ✓ Invio allo specialista: priorità e appropriatezza
- ✓ Le malattie veneree : La malattia da HPV e relativa vaccinazione
- ✓ L'allergologia dermatologica: un caso di angioedema da ACE inibitori
- ✓ L'orticaria
- ✓ Lesioni maligne

METODI DIDATTICI

Si è deciso di privilegiare un approccio di tipo misto: teorico e pratico. In luogo alla sola lezione frontale, gli argomenti concordati con i docenti sono stati trattati con una iniziale propedeutica parte didattica su slides e da un successivo caso clinico simulato che è stato poi ampiamente discusso con gli allievi. Le lezioni sono state supportate da una notevole raccolta iconografica , che ha permesso una verifica contestuale dei discenti sulla diagnosi differenziale e sulle diagnosi in dermatologia.

A conclusione di ogni lezione è stato fornito materiale adatto ad un successivo approfondimento personale.

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

Le problematiche proposte e le modalità espositive hanno suscitato notevole interesse con una attiva partecipazione di tutta l'aula.

La valutazione dei tirocinanti è stata concordata con i docenti delle singole unità didattiche e si è basata sul livello di partecipazione, interesse e attività in aula dei discenti.

Tutti i partecipanti al seminario hanno raggiunto un livello di apprendimento più che adeguato.

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO

Il seminario si è svolto congruamente con gli obiettivi prefissati nei modi e nei tempi previsti e il giudizio da parte dei tirocinanti sullo stesso è stato positivo.

1.6. IL PAZIENTE CON PROBLEMI ACUTI DELLE VIE RESPIRATORIE ALTE E BASSE

Responsabile: dr. LUCA PASOLLI

DOCENTI COINVOLTI Dr Luca Pasolli; drs Mariapia Perlot

OBIETTIVI DIDATTICI

Saper prendere decisioni in termini di inquadramento, gestione e trattamento di fronte al paziente con sospetta CAP in un ambiente turbolento come la medicina generale.

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

OBIETTIVI GENERICI: Saper prendere decisioni in termini di inquadramento, gestione e trattamento di fronte al paziente con sospetta CAP in un ambiente turbolento come la medicina generale

OBIETTIVI SPECIFICI:

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

CONTENUTI

- ✓ La diagnosi di CAP
- ✓ Indicazioni all'ospedalizzazione
- ✓ La terapia empirica della CAP

METODI DIDATTICI

Problem-based learning

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

La valutazione è stata fatta con varie modalità:

- ✓ Partecipazione e interesse in aula
- ✓ Contributo ai lavori di gruppo
- ✓ Test di ingresso e finale a risposta multipla

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO

Il seminario è stato apprezzato dai discenti sia per l'argomento di molto interesse per la MG sia per la modalità didattica del Problem-based learning che prevede un approccio molto pratico e riferito ai problemi reali della pratica clinica del MMG

1.7. IL PAZIENTE CON CEFALEA, VERTIGINI ED EPILESSIA

Responsabile: dr. MARIO ROMANELLI

DOCENTI COINVOLTI Dr. Mario Romanelli

OBIETTIVI DIDATTICI: Il corso si propone di fornire le conoscenze ed il metodo per affrontare patologie come la cefalea, l'epilessia e le vertigini, sia dal punto di vista diagnostico che terapeutico. Ruolo che il medico di medicina generale deve assumere in questi percorsi.

CONTENUTI

Riconoscere e classificare le patologie in oggetto.

Creare e/o seguire percorsi diagnostici.

Invio dallo specialista: priorità ed appropriatezza.

Integrazione tra MMG e Specialista nella gestione del paziente affetto da cefalea, epilessia e vertigini; ruolo e compiti del MMG: riconoscimento delle criticità della patologia e degli effetti collaterali dei farmaci.

METODI DIDATTICI

Nell'affrontare i vari temi si è privilegiato un metodo misto in cui alla presentazione dei casi clinici, con una intensa partecipazione interattiva dei discenti, si sono alternati momenti di lezione frontale supportati da slides. A conclusione di ogni lezione sono stati forniti riferimenti bibliografici o di letteratura per approfondire l'argomento.

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

I temi affrontati e le modalità espositive, con ripetuti riferimenti pratici ed alla complessità ed alla responsabilità del MMG nella gestione di tali pazienti, hanno suscitato un notevole interesse con una attiva partecipazione dei discenti, sia nel commento e discussione dei casi clinici presentati da me, sia presentando loro stessi le proprie esperienze e commentandole insieme alla luce delle nuove conoscenze. Tutti i partecipanti hanno dimostrato un sicuro e partecipato interesse dimostrando infine una buona conoscenza degli argomenti.

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO

Gli incontri si sono svolti nei modi e nei tempi previsti ed il giudizio da parte dei discenti è stato, a loro modo di dire, molto positivo per il taglio prettamente pratico che volutamente si è dato agli incontri.

1.8. IL PAZIENTE AFFETTO DA ASMA E/O BPCO

Responsabile: Dr Paolo Colorio

DOCENTI COINVOLTI Dr. Paolo Colorio e Dottorssa Ada Magda Vergine

INTRODUZIONE

Questa Unità didattica è stata pensata e progettata da parte dei docenti con l'ambizioso progetto di fornire ai discenti, futuri MMG, non solo conoscenze tecniche ma anche competenze tecnico-pratiche e relazionali per poter affrontare con successo la gestione dei pazienti affetti da patologie ostruttive delle vie aeree.

Viene affrontato il problema della diagnosi di queste patologie soffermandosi anche nel campo dell'incertezza diagnostica, soprattutto per l'asma, ben calata nel contesto della turbolenta realtà quotidiana, esplorando le strategie più idonee per orientarsi e muoversi con sufficiente autorevolezza. La terapia viene discussa sia negli aspetti più propriamente tecnici ma anche in quelli più complessivi che comprendono la qualità della vita. L'aspetto più caratterizzante dell'UD però è quello che mira ad impostare una relazione professionale con questo tipo di pazienti che risulti duratura nel tempo che stimoli la partecipazione attiva del paziente stesso alla gestione della propria sintomatologia come modello di Follow Up personalizzato e praticabile anche, ma non solo nella gestione delle riacutizzazioni.

Questa Unità didattica viene progettata e collegata ad altri momenti d'aula con in particolare alcuni approfondimenti su conoscenze e abilità relative a tecniche professionalizzanti (spirometria) o su momenti di comunicazione, non solo tecnica, e di relazione (paziente simulato). Viene proposta anche una valutazione delle conoscenze attraverso un pre test e un post test che analizzati secondo un particolare metodo forniscono indicazioni sul livello di certezza e di autostima da parte dei discenti.

Obiettivo generale dell'unità didattica

Apprendere i concetti fondamentali della gestione dei pazienti con patologie ostruttive delle vie aeree (asmatici

e/o affetti da BPCO), partendo dalle linee guida OMS (GINA e GOLD), inserendole nel setting della Medicina

Generale e nel contesto specifico.

OBIETTIVI SPECIFICI: Dimostrare una conoscenza teorica sufficiente e una modalità di utilizzo corretto degli strumenti diagnostici per l'asma e la BPCO.

Conoscere e saper applicare le classificazioni di gravità e le scalette terapeutiche per l'asma e per la BPCO.

Raggiungere la conoscenza teorica e la capacità di insegnare l'utilizzo corretto dei presidi terapeutici.

Saper individuare ed affrontare le criticità nella relazione con il paziente con patologie ostruttive croniche delle vie aeree.

Possedere le conoscenze teoriche sufficienti per impostare un programma efficace di follow up per i pazienti affetti da asma e BPCO.

CONTENUTI

L'unità didattica propone molte situazioni reali di patologie ostruttive delle vie aeree attraverso dei casi clinici semplificati, soffermandosi molto sulla diagnosi specie in condizioni di incertezza, che in questo campo è certamente sottostimata. Viene poi affrontata la classificazione e la terapia sulla base delle più aggiornate linee guida in materia (GINA e GOLD secondo l'ultima versione). Molto spazio viene dedicato all'implementazione pratica delle linee guida, attraverso discussioni, esercitazioni e role play che mirano all'acquisizione di competenze per insegnare ad usare il misuratore di picco di flusso e i devices terapeutici. Una sessione parallela di due moduli è dedicata all'uso dello spirometro con role playing in aula.

Altro strumento utilizzato è un modulo con il paziente simulato con un caso di possibile asma. Estrema attenzione viene posta al follow up del paziente con patologie ostruttive delle vie aeree, al suo coinvolgimento attivo e consapevole nella gestione della propria condizione, educandolo alle decisioni diagnostiche e terapeutiche condivise con il medico curante.

METODI DIDATTICI

Il metodo principalmente è quello del problem based learning modificato. Partendo da casi clinici che vengono discussi in aula i discenti vengono invitati a individuare le proprie lacune formative e cercare di colmarle essenzialmente sulla base delle principali linee guida. Vengono proposte anche alcune semplici esercitazioni. La discussione sul caso del paziente simulato introduce a un approfondimento interattivo in aula relativo all'implementazione delle linee guida con particolare attenzione alla diagnosi e al follow up sia per l'asma che per la BPCO. Viene impiegata la tecnica del role playing per acquisire dimestichezza con gli strumenti diagnostici e i devices terapeutici.

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

All'inizio dell'Unità Didattica vengono esplicitati e discussi i criteri di valutazione che sono la presenza in aula, la partecipazione attiva, l'apporto di contributi produttivi, eventuali lavori e ricerche prodotte dai discenti e infine viene utilizzato un pre test con successivo post test analizzati con un sistema elettronico (Mida) che fornisce sia la variazione di conoscenze che il livello di consapevolezza delle proprie conoscenze e anche l'autostima. Viene più volte ribadito che questo strumento serve più per la valutazione dei docenti che per quella dei discenti. In base a questi criteri si può tranquillamente dire che tutti i discenti hanno mostrato un ottimo risultato, partecipando a quasi tutti gli incontri, intervenendo spesso ed in modo produttivo e infine mostrando un notevolissimo progresso di conoscenze tra pre e post test, pur essendo partiti da un livello decisamente alto di preparazione, in lieve aumento la consapevolezza di saper e talvolta in calo l'autostima sempre comunque a livelli ottimali.

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO

L'unità Didattica ha riscosso un notevole successo, riscontrato sia dalla partecipazione (con la conferma del recupero delle poche lezioni perse da parte di qualche discente, l'anno successivo) sia dal numero di interventi e dalla partecipazione attiva anche ai role playing, infine anche dall'analisi del questionario di gradimento che ha indicato gli obiettivi ed i contenuti come adeguati, utili le metodologie didattiche utilizzate, adeguati e disponibili i docenti con due segnalazioni però "di poco specialisti in materia", i materiali forniti generalmente sono stati considerati adeguati e solo in pochissimi casi appena sufficienti, qualche dubbio viene posto sui criteri di valutazione, anche se non viene fornita nessuna spiegazione o

alternativa in merito, infine l'unità didattica viene definita nel suo complesso molto utile per la professione dalla quasi totalità dei discenti.

EVENTUALE ARTICOLAZIONE CON ALTRI SEMINARI E/O EVENTI

Collegata all'Unità didattica in oggetto vi è anche una ulteriore unità didattica di due moduli relativa alle attività professionalizzanti, nella quale vengono mostrati gli strumenti diagnostici, in particolare la spirometria, ma anche il misuratore di picco di flusso e i devices terapeutici, oltre all'ossimetro. Tali strumenti vengono presentati e soprattutto utilizzati praticamente con una serie di role playing miranti ad acquistare dimestichezza con il loro utilizzo riuscendo a insegnare al paziente come usarli al meglio delle loro funzioni.

Altra articolazione è con un modulo di paziente simulato che utilizza un caso di possibile asma però con diagnosi incerta per la scarsa obiettività presente al momento della visita. Da questa simulazione è emersa chiaramente la difficoltà dei discenti a convivere con l'incertezza diagnostica e la ancora scarsa predisposizione a utilizzare strategie e contrattazioni con il paziente per raggiungere una maggior certezza nella definizione della condizione e una migliore condivisione delle strategie terapeutiche. La simulazione posta all'interno dell'UD dell'asma accende una discussione molto partecipata e produttiva tra e con i discenti.

1.9. IL PAZIENTE CON DOLORE OSTEOARTICOLARE CRONICO

Responsabile: dott.ssa Vittoria Facchinelli

DOCENTI COINVOLTI dr. Giuseppe Paolazzi, dott. Roberto Bortolotti

OBIETTIVI DIDATTICI

OBIETTIVO GENERALE: Portare il MMG ad essere in grado di sospettare precocemente, di inquadrare in maniera corretta e di monitorare nel tempo il paziente con malattia reumatica infiammatoria in modo da sfruttare al meglio la possibilità di consulenza reumatologica con priorità differenziata.

OBIETTIVI SPECIFICI:

- ✓ Conoscere i concetti chiave codici RAO;
- ✓ Conoscere elementi di valutazione iniziale del paziente artritico e di valutazione andamento malattia;
- ✓ Conoscere utilità esami di laboratorio;
- ✓ Conoscere utilità tecniche di imaging;
- ✓ Conoscere farmaci in uso nelle principali forme infiammatorie, effetti collaterali e monitoraggio degli stessi;
- ✓ Conoscere quadri più comuni di malattia articolare infiammatoria nel giovane e nell'anziano.

CONTENUTI

PRIMO INCONTRO

Partendo da casi clinici di AR puntualizzazione del concetto di early arthritis, fattori prognostici, utilità esami laboratorio e imaging, impostazione terapia e illustrazione percorso diagnostico-terapeutico condiviso MMG – specialista.

SECONDO INCONTRO

Partendo da casi clinici approfondimento delle spondiloartriti sieronegative, caratteristiche cliniche delle varie forme, utilità esami di laboratorio e imaging, terapia.

TERZO INCONTRO

Forme più comuni di patologia reumatica infiammatoria dell'anziano (in particolare: gotta, condrocalcosi, polimialgia reumatica, artrite di Horton, AR e Spa ad esordio senile)

QUARTO INCONTRO

Approccio pratico-generale al paziente con monoartrite e a quello con poliartrite.

Le connettivity: quello che deve sapere il MMG per poter sfruttare al meglio la collaborazione con lo specialista.

QUINTO INCONTRO

Discussione di casi clinici.

Possibilità di porre quesiti e discutere piano di integrazione competenze MMG – specialista reumatologo.

METODI DIDATTICI

Discussione casi clinici, lettura articoli e protocollo assistenziale condiviso MMG – reumatologo, lezioni frontali, incontri con specialista.

1.10. IL PAZIENTE A RISCHIO CARDIOVASCOLARE PARTE 1[^]

Responsabile: dr Carlo Buongiovanni

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

OBIETTIVI DIDATTICI Approfondire le conoscenze per una corretta gestione del paziente a rischio cardiovascolare e con alterazioni del metabolismo lipidico e glucidico in Medicina Generale.

OBIETTIVI GENERICI: L'elevata incidenza delle malattie cardiovascolari e l'alta mortalità ad esse correlata obbliga, il Medico di Medicina Generale ad esercitare un'attenta opera di prevenzione secondaria e primaria individuando tra i suoi pazienti quelli a rischio cardiovascolare, valutandone il grado di rischio e programmando un adeguato follow-up.

OBIETTIVI SPECIFICI:

- ✓ I fattori di rischio cardiovascolari
- ✓ Calcolo del rischio assoluto del paziente attraverso la carta del rischio cardiovascolare ed il punteggio individuale
- ✓ Limiti ed opportunità offerti dalle linee guida
- ✓ Prove di efficacia e di sicurezza dei trattamenti farmacologici e dell'approccio non farmacologico
- ✓ L' alleanza terapeutica con il paziente quale strumento unico ed indispensabile per un'efficace gestione del suo rischio cardiovascolare e di una buona compliance terapeutica
- ✓ Integrazione con strutture di II° livello
- ✓ Elementi per un'organizzazione dell'ambulatorio finalizzata alla gestione del paziente cronico

CONTENUTI

- ✓ Capacità di organizzare l'attività professionale prevedendo, all'interno di essa, il tempo necessario per il disease management dei pazienti a rischio cardiovascolare e con diabete mellito tipo 2
- ✓ Capacità di utilizzare metodologie opportunistiche per individuare i pazienti a rischio cardiovascolare e con alterazioni del metabolismo glucidico e per motivarli alle modifiche comportamentali e dietetiche necessarie
- ✓ Capacità di discutere e condividere con il paziente il significato dei fattori di rischio e di individuare con lui le strategie per un loro controllo, tenendo conto delle sue condizioni cliniche e delle sue preferenze
- ✓ Capacità di collaborare con gli specialisti, anche in assenza di un disease management definito, per la gestione integrata dei pazienti

METODI DIDATTICI

- ✓ discussione di casi clinici, selezionati e presentati dai docenti
- ✓ discussione in gruppo dei punti problematici
- ✓ approfondimento della letteratura, utilizzando soprattutto fonti secondarie
- ✓ "role play"
- ✓ proiezione in aula di DVD

- ✓ “casi simulati”

Strumenti di valutazione

Costante confronto in aula tra docente e discente nelle varie occasioni didattiche
Questionario a risposta multipla somministrato all’inizio e alla fine del seminario.

Criteri di valutazione

- ✓ Capacità di interagire con altri discenti e con i docenti
- ✓ Capacità di ascolto
- ✓ Capacità di esprimere le conoscenze di base e quelle acquisite
- ✓ Capacità di applicare in situazioni simulate le proprie conoscenze acquisite

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

I discenti si sono mostrati molto interessati ai contenuti del seminario ed hanno interagito in maniera costruttiva con i docenti contribuendo a dar vita a lezioni estremamente interattive.

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO

Molto positiva, avendo i discenti dimostrato sia nel confronto in aula sia con il post test di aver fatto propri i principali contenuti didattici con loro condivisi.

1.11. IL PAZIENTE A RISCHIO CARDIOVASCOLARE PARTE 2[^]

Responsabile: dr Pasquale Laurino

DOCENTI COINVOLTI Dott. Paolo Acler, dott. Pasquale Laurino, dott.ssa Maria Pia Perlot

PREMESSE

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

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

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

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

Tutto ciò non ci ha permesso di proporre all'interno del seminario un modello assistenziale integrato, ma solo di riflettere sui dati di letteratura esistenti al riguardo. In questo seminario abbiamo affrontato i temi clinici, ma anche organizzativi e relazionali, dell'assistenza al paziente diabetico partendo da casi reali della medicina generale.

La metodologia didattica ha previsto infatti la discussione di casi clinici, selezionati e presentati dai docenti, con lo scopo di far emergere eventuali dubbi e bisogni di approfondimento. Questi punti problematici sono stati poi affrontati e risolti attraverso la discussione in gruppo e l'approfondimento della letteratura, utilizzando soprattutto fonti secondarie.

E' stato previsto, nell'ultimo modulo, un incontro con uno specialista diabetologo con lo scopo di approfondire alcune tematiche dell'assistenza al paziente diabetico e con lo scopo di promuovere, pur in assenza di un progetto gestionale comune, l'integrazione con il livello specialistico.

OBIETTIVI DIDATTICI

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

OBIETTIVI SPECIFICI:

1. Individuare strumenti e metodi utili nella medicina generale per la prevenzione primaria e secondaria (diagnosi precoce) del diabete mellito tipo 2.
2. Descrivere i criteri di diagnosi del diabete mellito.
3. Riflettere sugli obiettivi di un buon controllo metabolico e descriverne gli indicatori.
4. Individuare interventi, strumenti e metodi per lo screening delle complicanze croniche del diabete mellito e per una loro gestione tempestiva.

5. Approfondire le conoscenze per la gestione della terapia del diabete mellito tipo 2.
6. Saper riconoscere i segni precoci delle complicanze acute del diabete mellito.
7. Analizzare gli strumenti e i modelli organizzativi per la gestione del diabete mellito in medicina generale, con attenzione agli aspetti relazionali e di condivisione delle scelte.

METODI DIDATTICI

In questo seminario abbiamo affrontato i temi clinici, ma anche organizzativi e relazionali, dell'assistenza al paziente diabetico partendo da casi reali della medicina generale.

La metodologia didattica ha previsto infatti la discussione di casi clinici, selezionati e presentati dai docenti, con lo scopo di far emergere eventuali dubbi e bisogni di approfondimento. Questi punti problematici sono stati poi affrontati e risolti attraverso la discussione in gruppo e l'approfondimento della letteratura, utilizzando soprattutto fonti secondarie.

E' stato previsto, nell'ultimo modulo, un incontro con uno specialista diabetologo con lo scopo di approfondire alcune tematiche dell'assistenza al paziente diabetico e di promuovere, pur in assenza di un progetto gestionale comune, l'integrazione con il livello specialistico.

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

La valutazione d'apprendimento è stata fatta attraverso la valutazione della partecipazione alla didattica d'aula (discussione dei casi clinici) e attraverso la somministrazione, all'inizio e alla fine del corso di un questionario a risposta multipla.

Alla fine del seminario è stato realizzato un momento di valutazione, con attenzione agli aspetti clinici, relazionali e organizzativi, attraverso una sessione del "paziente simulato".

EVENTUALE ARTICOLAZIONE CON ALTRI SEMINARI E/O EVENTI

Alcuni argomenti di questo seminario sono stati molto contigui a quelli di seminari teorici già svolti, soprattutto la parte 1 del seminario sul rischio cardiovascolare. I moduli sulla terapia del diabete mellito (ASA, antipertensivi, statine) e sulla prevenzione primaria del diabete mellito sono stati organizzati tenendo conto del percorso già fatto e quindi con lo scopo di essere anche una verifica e un rinforzo a questo percorso formativo.

1.12. IL PAZIENTE CON PROBLEMI ONCOLOGICI

Responsabile: dr Marco Clerici

DOCENTI COINVOLTI Dott. Marco Clerici

FINALITA' GENERALI DELL'UNITA' DIDATTICA.

Il malato oncologico rappresenta, per il medico di medicina generale, una sfida particolare.

Dal momento della diagnosi, infatti, la continuità delle cure, garantita fino ad allora dal medico di famiglia, diventa più difficile dal momento che i trattamenti oncologici (chemioterapia, radioterapia, ecc) utilizzano farmaci e tecniche del tutto diversi da quelli utilizzati nella normale pratica clinica.

Essenziale diventa allora saper acquisire capacità di dare risposta ai quesiti che il malato pone in ogni fase del suo percorso di malattia (screening, diagnosi, cura, follow up, eventuale recidiva, trattamenti di seconda linea, palliazione, ecc).

La finalità generale dell'unità didattica è quindi essenzialmente quella di fornire ai discenti capacità di identificazione dei problemi oncologici che emergono nella normale pratica clinica e di utilizzo delle fonti bibliografiche , secondarie e primarie, disponibili per costruire in tempi brevi una risposta il più possibile "evidence based" alle richieste che il paziente oncologico pone comunque al proprio medico di famiglia.

CONTENUTI E METODI DIDATTICI .

Il corso è così articolato, per successivi incontri di 3 ore ciascuno:

- ✓ primo incontro : ciascun discente propone alla discussione un problema assistenziale, relativo ad un paziente oncologico, incontrato nella pratica durante il proprio tirocinio pratico con il tutor di medicina generale o durante la frequenza nei reparti ospedalieri. Per ciascun problema vengono identificati gli elementi clinici da approfondire, utilizzando fonti bibliografiche pre-definite dal docente (Medline, US National Cancer Institute, Cancer Backup, NICE guidelines, ecc). Al termine del primo incontro a ciascun discente viene "affidato" un problema da approfondire, in 3 ore di autoapprendimento
- ✓ secondo incontro: vengono discussi i problemi che ciascun discente ha eventualmente incontrato nella raccolta di dati ed informazioni per l'approfondimento del tema a lui affidato. In aula vengono ripetute collettivamente alcune ricerche bibliografiche risultate particolarmente complesse. Al termine dell'incontro sono previste altre 3 ore di autoapprendimento per preparare la presentazione individuale all'incontro finale
- ✓ terzo incontro: ciascun discente espone all'aula il proprio lavoro individuale sottoforma di una breve presentazione di diapositive. Segue discussione.

VALUTAZIONE FINALE

Gli obiettivi si possono dire sostanzialmente raggiunti.

Tutti gli argomenti sono stati trattati nei tempi previsti e sembra essersi verificato, almeno per quanto stimabile dai contenuti della discussione su ogni caso reale proposto, un buon miglioramento delle conoscenze specifiche sui temi oncologici affrontati..

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

1.13. IL PAZIENTE TERMINALE: PROBLEMATICHE DI FINE VITA

Responsabile: dott.ssa Loreta Rocchetti

DOCENTI COINVOLTI Prof. Lucio Pinkus*, Dr. Luca Ottolini**,dott. Massimo Destro**, Dott.Carlo Abati**, dott.ssa Roberta Perin**, Carlo Tenni***, Cecilia Dal Ri ***, Michela Paolazzi***, dott. Giuseppe Parisi^
TUTOR: Loreta Rocchetti ^

* Psicologo Psicoterapeuta, ex Membro Comitato Nazionale di Bioetica, già professore di Psicologia Clinica all'Università di Roma, di Venezia, prof di storia delle religioni all'Università di Perugia

** Medici Servizio Cure Palliative di Trento

*** Infermieri Servizio Cure Palliative di Trento

^ MMG docenti della Scuola

ABSTRACT

L'unità didattica si è svolta da febbraio ad aprile 2009 in concomitanza con la frequenza dei servizi cure palliative dei Distretti di Trento e Rovereto, nonché l'Hospice di Mezzolombardo. Il percorso didattico si è svolto in 8 moduli di 3 ore ciascuno. In ogni modulo era sempre presente il Tutor (medico di medicina generale esperto di didattica) con il compito di indirizzare i lavori d'aula verso le problematiche tipiche e di maggior interesse per il medico di medicina generale. Ogni modulo di 3 ore prevedeva una parte teorica (lezione) e una parte di discussione casi. Nella docenza sono stati coinvolti docenti MMG, medici e infermieri dipendenti dell'APSS in servizio presso le Cure Palliative Domiciliari del Distretto di Trento, uno psicologo-psicoterapeuta-bioeticista, esperto nell'approccio alle fasi finali della vita: il prof. Lucio Pinkus.

Al corso hanno assistito come uditori – dopo aver avuto l'assenso sia della Direzione che dei discenti – due colleghi (dott.ssa Maria Savino – geriatra, Dott.ssa Serena Pancheri – specializzanda in medicina interna) esterni alla Scuola, che stano svolgendo la loro personale formazione in Cure Palliative.

Sono stati affrontati molti aspetti riguardanti la presa in carico al domicilio del malato in fase avanzata terminale di malattia e morente:

la filosofia delle cure palliative (la qualità di vita, l'accanimento terapeutico, convivere col dubbio, il ruolo chiave della volontà del paziente, il senso del lavoro in équipe, l'appoggio al care giver e alla famiglia, la morte e il lutto, la comunicazione di prognosi infauste e la speranza, la relazione con paziente e famiglia, la gestione dell'angoscia di morte nella fase finale.

il controllo dei sintomi più frequentemente presenti nelle fasi terminali di malattia (dolore: aspetti clinici, antropologici ed etici, dispnea, astenia, anoressia, anemia occlusione intestinale, nutrizione e idratazione nel paziente morente, delirio e sedazione terminale). i presidi quali cateteri, pompe, Per ogni argomento sono stati affrontati anche gli aspetti etici e deontologici legati all'attività clinica.

Le modalità organizzative del modello ADI-cure palliative nei distretti di Trento e Rovereto e nella periferia.

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

OBIETTIVI

- ✓ Saper valutare la situazione clinico-assistenziale che si presenta, i bisogni emergenti e prevedibili nel futuro, la capacità e le possibilità della famiglia di gestire la situazione.
- ✓ Conoscere le risorse disponibili (assistenza Modello ADI-CP, presidi, aiuti socio assistenziali ...) per una corretta e tempestiva presa in carico del paziente complesso e della sua famiglia
- ✓ Conoscere la filosofia e la storia delle cure palliative
- ✓ Conoscere i modelli di Cure Palliative domiciliari esistenti in Trentino
- ✓ Conoscere le criticità culturali che si presentano in particolare per l'assistenza nella fase finale di malattia
- ✓ Saper individuare, formulare correttamente, affrontare con "metodo" un dilemma etico che si presenta
- ✓ Saper impostare con paziente, famiglia e team di cura un contratto flessibile di intervento
- ✓ Conoscere i sintomi più frequenti nella fase terminale di malattia – e le possibilità di intervento
- ✓ Saper gestire il controllo dei sintomi, il controllo delle crisi (non solo cliniche) che si presentano durante il percorso assistenziale
- ✓ Saper gestire la fase finale
- ✓ Saper gestire la fase del lutto
- ✓ Saper lavorare in gruppo
- ✓ Saper valutare l'assistenza prestata con le altre figure professionali del team

SVOLGIMENTO DEL CORSO

Le esperienze di tirocinio che contemporaneamente si svolgevano presso i Servizio di cure Palliative dei distretti di Trento e Rovereto sono stati di stimolo all'osservazione e all'individuazione delle curiosità nei discenti, oltre ad essere fonte di storie cliniche che sono state raccolte e che hanno fornito la maggior parte della casistica di cui si è discusso.

L'unità didattica si è svolta in 8 moduli di 3 ore ciascuno da febbraio ad aprile 2009

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

Ai discenti è stata richiesta la lettura, e poi il commento in aula di alcuni testi segnati in bibliografia.

Trasversale a tutte le lezioni teoriche sarà affrontato l'aspetto delle problematiche etiche (quindi non solo cliniche, tecniche, relazionali, organizzative) che le scelte in un ambito così delicato pongono, avendo presente il Corso di Etica clinica già seguito in precedenza..

VALUTAZIONE FINALE

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

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

BIBLIOGRAFIA

per lettura e commento

Adler Segre Eliana, *Imparare a dirsi Addio*, Ed Proedi, 2005

Sherwin B.Nuland, *Come Moriamo*, Mondadori, 1995

Jona Heath, *Modi di Morire*. Bollati Boringhieri, 2007

Marie de Hennezel, *La dolce morte. La tentazione dell'eutanasia il diritto di morire con dignità*, Sonzogno 2002

E. Kubler Ross, *La morte e il morire*, ed Cittadella

Lucio Pinkus, (a cura di) *la qualità della morte*, Ed F Angeli, 2002

Maura Sgarro (a cura di) *Il lutto in psicologia clinica e psicoterapia CSE 2008*, con un capitolo di L. Pinkus
Una finestra sulla spiritualità

Per consultazione:

a cura di Giuseppe Parisi, *Il malato di cancro in medicina generale*, UTET, 1998

Caimi V, Tombesi M. (a cura di). *Medicina Generale*. UTET Torino, 2003

Il Dolore. Valutazione, diagnosi e trattamento. S Mercadante. Elsevier Masson, 2008.

Valutazione, diagnosi e trattamento del dolore da cancro. S Mercadante C Ripamonti. Masson, 2001.

Libro italiano di cure palliative. Seconda Ed. D Amadori, O Corli, F De Conno, M Maltoni, F Zucco. Poletto Editore 2007.

Manuale di medicina palliativa. Terza edizione italiana. CFB Regnard, S Tempest, F Toscani. CIS Editore 2001.

Medicina e cure palliative in oncologia. Aspetti clinici, assistenziali e organizzativi. S. Mercadante, C. Ripamonti. Ed. Masson, 2002.

Guida all'uso dei farmaci. AIFA 2008.

Oxford textbook of Palliative Medicine. Second Edition, D Doyle, G W C Hanks. Oxford University Press 2001.

www.sicp.it

www.palliativedrugs.com.

www.bnf.org

www.pallcare.info

www.eapcnet.org

1.14. IL PAZIENTE ANZIANO

Responsabile: drs Maria Pia Perlot, dr. Andrea Moser

DOCENTI Dr Claudio Scalfi; dr.Lorenzo Gasperi; dr.Andrea Moser; dr Mauro Bertoluzza; drs. Loreta Rocchetti; dr Josef Giorg; dr Scotton Maurizio; sig.ra Bruna Rizzi

OBIETTIVI DIDATTICI

OBIETTIVI Riuscire a cogliere la complessità clinica, relazionale sociale dei problemi di salute dei pazienti anziani, valutando criticamente gli atteggiamenti terapeutici e organizzativi da intraprendere.

GENERICI: Approfondire le conoscenze, acquisire abilità e competenze al fine di essere in grado di migliorare lo stato di salute (intesa anche come autonomia) e la qualità della vita delle persone anziane.

- OBIETTIVI**
- SPECIFICI:**
- ✓ Essere in grado di cogliere e valutare i problemi sanitari e i bisogni socio-sanitari dei pazienti anziani al fine di poter intervenire correttamente.
 - ✓ Saper affrontare correttamente le malattie più comuni nell'anziano.
 - ✓ Individuare le possibili aree per interventi di promozione della salute e di prevenzione delle complicanze nei soggetti anziani e predisporre un piano d'intervento per la prevenzione delle malattie, delle loro complicanze e dell'invalidità
 - ✓ Imparare a conoscere e gestire le complessità delle esigenze socio-sanitarie, sia a livello di individuo che di nucleo familiare, delle patologie dementigene nell'anziano.
 - ✓ Essere in grado di gestire i problemi legati all'incontinenza urinaria.
 - ✓ Conoscere le problematiche legate alla terapia farmacologica con particolare attenzione alla compliance alle interazioni dei farmaci, agli effetti collaterali.
 - ✓ Conoscere e saper gestire i problemi nutrizionali e di disidratazione.

CONTENUTI

- ✓ Nutrizione e disidratazione
- ✓ L'incontinenza urinaria
- ✓ Evidenze e ricerca di fonti nell'uso della terapia nel paziente a anziano
- ✓ Le problematiche giuridiche, deontologiche ed etiche nella cura dell'anziano non autosufficiente.
- ✓ I quadri dementigeni
- ✓ L'anziano istituzionalizzato

METODI DIDATTICI

Il percorso didattico prevede dei moduli (6 moduli di 3 ore ciascuno + 3 ore rappresentazione e discussione in plenaria del film) di presentazione in aula di storie reali estratte dalla medicina generale, che presentando problematiche reali stimolano il confronto e la discussione fra discenti e docente.

Nella scelta dei casi si è soprattutto cercato di privilegiare la trattazione di situazioni reali tratte dall'esperienza quotidiana di lavoro.

Nei moduli sull'uso della terapia nell'anziano è previsto un lavoro attivo di ricerca informatica da parte dei tirocinanti su problematiche emerse dalla discussione in plenaria. Tale lavoro di ricerca è svolto in parte in aula, in parte a casa.

Nel modulo sulle demenze oltre alla presenza del medico specialista è prevista la presenza del presidente dell'associazione malati di Alzheimer.

Il docente specialista, quando presente in aula è sempre affiancato da un docente MMG al fine di rendere la lezione il più possibile attinente alla medicina generale.

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

La valutazione dei tirocinanti è stata concordata con i docenti delle singole unità didattiche e è basata sul livello di partecipazione, interesse e attività in aula dei tirocinanti e sulla realizzazione puntuale da parte loro dei compiti assegnati durante le lezioni.

Tutti i partecipanti al seminario hanno raggiunto un livello di apprendimento più che adeguato.

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO

Nell'ultima parte dell'ultimo incontro si è tenuto un debriefing sulla soddisfazione del seminario. Il giudizio da parte dei tirocinanti è stato estremamente positivo, con particolare apprezzamento degli incontri sul paziente con problemi di demenza e sull'uso delle terapie nell'anziano.

EVENTUALE ARTICOLAZIONE CON ALTRI SEMINARI E/O EVENTI

Parte delle lezioni (i due moduli sul paziente con problemi di demenza) sono state tenute dal docente responsabile del seminario sulle cure di fine vita e esperto di problemi deontologici.

Si è inoltre realizzata un'integrazione con il "percorso narrativo cinematografico" consistente nella proiezione di un film sulle risorse residue di un anziano con difficoltà motorie. Film dal titolo "Una storia vera" di D.Lynch.

1.15. Gestione del rischio e prevenzione del singolo nelle comunità e sui luoghi di lavoro

Responsabile: dr Mariapia Perlot

DOCENTI COINVOLTI Drs Mariapia Perlot

INTRODUZIONE

Il seminario nasce dalla constatazione che la carente formazione universitaria prima e le continue norme in materia di tutela dei lavoratori emanate dalle leggi europee e nazionali poi, hanno reso necessario affrontare il tema del ruolo del MMG nell'ambito della certificazione degli infortuni sul lavoro, delle malattie professionali, della denuncia della e del referto in ambito lavorativo, della tutela del lavoro minorile in termini di idoneità al lavoro, di tutela della lavoratrice madre e delle rispettive certificazioni previste dalla legge; conoscenze anche circa le sostanze cancerogene presenti anche negli ambienti di lavoro.

Quali gli obblighi e i compiti del MMG in questo settore?

OBIETTIVI DIDATTICI

OBIETTIVI GENERICI: ✓ Conoscere le competenze del MMG in tema di certificazioni di idoneità al lavoro, certificazioni INAIL di infortunio e malattia professionale, denuncia e referto.

✓ Acquisire conoscenze sulla legislazione nell'ambito degli infortuni sul lavoro, malattie professionali, sugli agenti cancerogeni, sul lavoro minorile e tutela della maternità in ambito lavorativo.

OBIETTIVI SPECIFICI: ✓ Saper identificare un infortunio sul lavoro ed essere in grado di compilare correttamente i cert. Medici INAIL (inizio, continuazione e fine infortunio).

✓ Conoscere le procedure per la denuncia e il referto di infortunio e di malattia professionale.

✓ Conoscere i principali agenti cancerogeni presenti negli ambienti di lavoro.

✓ Conoscere le norme che regolano il lavoro minorile.

✓ Conoscere le leggi per la tutela della maternità in ambito lavorativo

CONTENUTI

✓ Gli infortuni sul lavoro : definizione di infortunio, infortunio nell'industria e nell'agricoltura, infortunio in itinere, compilazione corretta dei certificati medici (inizio, continuazione e fine).

✓ Le malattie professionali nell'industria e nell'agricoltura: malattie tabellate INAIL e non tabellate, norme per la denuncia, competenze del MMG)

- ✓ Le sostanze cancerogene negli ambienti di lavoro: cenni legislativi, statistiche INAIL, obblighi del MMG.
- ✓ Lavoro minorile: principali norme che lo regolano, il MMG e la certificazione di idoneità al lavoro.
- ✓ La tutela della maternità nella donna lavoratrice: legislazione, il MMG e la certificazione.
- ✓ I certificati impropri richiesti al MMG inerenti l'idoneità al lavoro.
- ✓ Il ruolo del Medico Competente nella certificazione di idoneità al lavoro e nella sorveglianza sanitaria dei lavoratori.

METODI DIDATTICI

- ✓ Presentazione di casi clinici reali con enucleazione dei problemi, discussione in gruppo guidata dal docente e risoluzione dei problemi anche con la guida di materiale didattico fornito dal docente.
- ✓ - lezione frontale con l'ausilio di diapositive e lucidi

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

I discenti sono stati valutati sulla partecipazione attiva ai lavori di gruppo su casi clinici e sulla discussione in plenaria con il docente

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO

- ✓ Il corso ha affrontato argomenti che hanno un discreto riscontro nella pratica della MG come le certificazioni INAIL di infortunio, di malattia professionale, le richieste di certificazioni fatte dalle donne in gravidanza (gravidanza a rischio o altre certificazioni), certificazioni di idoneità al lavoro richieste dal nostro paziente su sollecitazione del datore di lavoro .
- ✓ I discenti hanno apprezzato il corso sia per i contenuti che per la modalità didattica (discussione di casi clinici in gruppo e successivo confronto in aula con il docente)

EVENTUALE ARTICOLAZIONE CON ALTRI SEMINARI E/O EVENTI

A mio parere la parte inerente le certificazioni, le denunce e i referti potrebbero essere trattate anche in un unico seminario che comprenda anche: gli obblighi certificativi del medico, obblighi di referto all'autorità giudiziaria, la responsabilità del medico nella certificazione e altri aspetti di tipo medico legale.

1.16. I PAZIENTI E LE PAZIENTI CON PROBLEMI DI SESSUOLOGIA

Responsabile: dott. Mauro Bertoluzza

DOCENTI COINVOLTI dr. Antonio La Torre, dr. Mauro Bertoluzza

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

Il taglio che abbiamo voluto dare a questi moduli è stato prevalentemente clinico. La clinica cura lo studio della individualità patologica di ogni singolo paziente e adotta le conoscenze generali offerte dalla patologia al particolare della persona malata.

Gli approcci alle disfunzioni sessuali sono diversi: si distinguono malattie di natura organica o psicologica e al loro interno sintomatologie di natura neurologica, dismetabolica, circolatoria, endocrinologica, e ancora da conflittualità intrapsichiche, da fattori relazionali, cui aggiungere le forme miste che nascono dalla compartecipazione di fattori organici e funzionali. Tali distinzioni comportano anche l'elaborazione, la proposta e l'attuazione di strumenti diagnostici in grado di favorire la collocazione di ciascun caso clinico all'interno di una determinata categoria patologica nonché l'individuazione di specifici interventi terapeutici.

Nell'approccio clinico utilizzato il paziente che soffre di un disturbo sessuale rappresenta un caso unico. La sua specificità è legata non tanto alle cause che sostengono il deficit, ma soprattutto a come questo viene ad iscriversi nella globalità psico-somatico-relazionale.

Abbiamo quindi evitato di costruire quadri nosografici e di incasellare le diverse situazioni cliniche, al contrario abbiamo cercato di raccontare l'esperienza clinica, adottando un approccio capace di integrare il sapere tecnico ed organicistico con gli aspetti fenomenologici dell'esistere (percorso narrativo).

I casi clinici (reali) presentati e discussi con i tirocinanti hanno riguardato problemi di deficit erettile, anorgasmia, eiaculazione precoce, dispareunia.

1.17. LA FAMIGLIA E LA SALUTE DEL BAMBINO, IL PAZIENTE ADOLESCENTE

Responsabile: dott.ssa Ornella Mana

DOCENTI COINVOLTI Drs. Ornella Mana , Dr. Antonio Dainese, Drs. Claudia Prevedello

OBIETTIVI DIDATTICI

OBIETTIVI GENERICI: la gestione del pz adolescente indirizzata alla costruzione di un'alleanza terapeutica, considerando i significati e le aspettative che caratterizzano l'alternarsi delle diverse fasi del processo evolutivo

OBIETTIVI SPECIFICI: Fornire al discente le conoscenze per l'individuazione di modalità relazionali da adottare con l'adolescente sia in presenza di problemi comportamentali che organici. Particolare attenzione alla gestione del rapporto Medico di Medicina Generale /Adolescente, evitando la facile e pericolosa identificazione con i genitori

CONTENUTI

E' importante considerare che nella fase adolescenziale è presente la rievocazione e quindi la continuità della sessualità infantile, dello stato di dipendenza dagli adulti; e al tempo stesso nell'adolescenza è presente la spinta a rivestire nuovi ruoli, a provare nuovi sentimenti, a stabilire nuove relazioni, e quindi a muoversi verso la discontinuità. Diventa d'obbligo astenerci da ogni forma di generalizzazione, ed abbandonare tutti i pregiudizi stereotipati. E' necessario, da un lato, tener presente le rapide e continue trasformazioni che investono la nostra società, dall'altro, ricordare la complessità dell'evoluzione sociale, cognitiva, affettiva di questa fase della vita umana, distinguere negli interventi e nei giudizi i livelli cui si riferisce, non confondendo ciò che attiene alla categoria degli adolescenti con ciò che è proprio e caratteristico del singolo adolescente con cui abbiamo rapporti.

METODI DIDATTICI

Le lezioni sono state svolte con modalità di tipo interattivo e deduttivo, favorendo un coinvolgimento ed una partecipazione attiva dell'intera aula

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

La metodologia didattica citata ci ha permesso di formulare una valutazione estemporanea molto positiva di tutti i presenti

1.18. IL PAZIENTE CON PROBLEMI DI DIPENDENZA

Responsabile: dott. Antonio Dainese

DOCENTI COINVOLTI dr. Ornella Mana, dr. Antonio Dainese

OBIETTIVI DIDATTICI

OBIETTIVI GENERICI: Alcool ed alcoolismo: perché oggi è forse più opportuno parlare di bevitore problematico o di persona con problemi legati al bere. Si ritengono come conoscenze già acquisite le patologie alcool correlate (sia fisiche che psichiche), i metodi diagnostici strumentali e di laboratorio.

OBIETTIVI SPECIFICI: il MMG di fronte al problema dell'alcool, un modo diverso di affrontare il problema sul versante relazionale.

CONTENUTI

trasmettere al discente le competenze per affrontare il problema da un punto di vista bio-psico-sociale.

La dipendenza dalla sostanza psicotropa non è solo fonte di disturbi fisici o psichici ma principalmente di disturbi relazionali che interessano oltre l'individuo la famiglia e l'intera società.

Valorizzare l'importanza della relazione medico paziente nella individuazione e gestione della problematica.

METODI DIDATTICI

Individuare le conoscenze già acquisite dai discenti attraverso un percorso interattivo, con l'utilizzo della raccolta delle informazioni su cartelloni.

Proposta di vignette cliniche che attraverso la presentazione di un caso sviluppino il dialogo su aspetti specifici del problema.

Proiezione di diapositive per il completamento del percorso didattico.

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

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

1.19. PROBLEMI SPECIFICI DI SALUTE DELLA DONNA

Responsabile: dr Maggioni Alessandra

DOCENTI COINVOLTI Dr. Bini Isabella, dr. Maggioni Alessandra

OBIETTIVI DIDATTICI :

OBIETTIVI GENERICI: saper gestire problemi specifici di salute della donna , sia rivalutando compiti e competenze specifiche della medicina generale in quest'ambito, sia integrando la propria attività con quella del medico specialista.

OBIETTIVI SPECIFICI:

- ✓ saper fornire informazioni sui metodi contraccettivi, saper impostare una terapia contraccettiva ormonale e seguirla nel tempo , monitorando gli effetti collaterali.
- ✓ Saper affrontare e fornire indicazioni appropriate nei casi di richiesta di interruzione di gravidanza, in ottemperanza alle disposizioni delle legge 194
- ✓ saper identificare in fase pre-concezionale fattori di rischio e indicare modalità di prevenzione di rischi legati alla gravidanza
- ✓ saper gestire l'assistenza alle donne gravide con particolare riguardo alle patologie acute e all'uso dei farmaci
- ✓ saper gestire i problemi di salute legati alla menopausa , saper fornire indicazioni sulle terapie disponibili per i sintomi ad essa legati ,la relativa efficacia , gli effetti collaterali e l'eventuale effetto su RCV e rischio oncologico , conoscere la linee guida e gli schemi terapeutici utilizzati per la TOS, saper organizzare il follow up.

CONTENUTI

1. **La contraccezione ormonale** : con particolare riguardo agli accertamenti che alla luce delle evidenze scientifiche sono indispensabili per poter prescrivere la COC, differenti generazioni di EP e rischio trombo-embolico associato, il follow up delle donne che assumono la COC, la contraccezione di emergenza sia nelle donne adulte che nelle minorenni, riferimenti legislativi e legali, la contraccezione in caso di elevato rischio cardiovascolare e nell'allattamento, la donna immigrata, altri sistemi contraccettivi
2. **Aborto:** la legge 194, il ruolo del MMG nel counselling e nella certificazione. L'obiezione di coscienza. I Consultori, le Sedi istituzionali.
3. **Legge 40 fecondazione assistita:** qualche accenno alla legge e alla sua applicazione. Qualche accenno al counselling.
4. **MMG e gravidanza** : counselling prenatale e prevenzione : informazioni sul toxo, rosolia, stili di vita, ac folico, MST ; gravidanza fisiologica, riconoscimento delle gravidanza a rischio , patologie acute in gravidanza , patologie croniche e gravidanza, farmaci in gravidanza e allattamento, la donazione del cordone ombelicale

5. **La menopausa** : quando è necessaria una diagnosi laboratoristica, epidemiologia dei sintomi, la significativa storia della TOS tra studi osservazionali e RTC , le linee guida per l'utilizzo della TOS, altre possibili terapie

METODI DIDATTICI

Il metodo utilizzato è stato quello di iniziare con un lavoro di gruppo dei discenti su casi clinici inerenti le tematiche sopra esposte, proseguendo con la discussione in aula dei casi e le eventuali integrazioni del docente , lezione frontale riassuntiva

1.20. IL PAZIENTE SVANTAGGIATO

Responsabile: dr. Eduino Bonincontro; dr. Andrea Moser

DOCENTI COINVOLTI Drs. Maria Cristina Andreaus, dr.Eduino Bonincontro, dr.Giovanni Martini, Dr.Andrea Moser, Dr.Geraldo Monteiro, drs.Claudia Prevedello

OBIETTIVI DIDATTICI

OBIETTIVI GENERICI: Conoscere i determinanti sociali della salute e riconoscere i fattori di svantaggio nell'accesso alle cure e nella relazione con il medico di famiglia, legati sia a situazioni contingenti che a caratteristiche sociali specifiche.

Imparare a riconoscere e gestire le difficoltà relazionali, cliniche, terapeutiche che tali categorie di pazienti spesso inducono nel MMG

OBIETTIVI SPECIFICI:

1. Essere in grado di cogliere e valutare gli specifici bisogni socio-sanitari del paziente svantaggiato al fine di poter intervenire correttamente.
2. Saper individuare le possibili aree per interventi di promozione della salute e di prevenzione delle complicanze nei soggetti svantaggiati e nei loro nuclei familiari
3. Saper affrontare correttamente le malattie più comuni nei pazienti svantaggiati, con particolare attenzione alle patologie legate al fenomeno immigratorio.
4. Saper riconoscere i principali quadri dermatologici del paziente immigrato dal nord-africa.
5. Saper riconoscere le principali patologie infettive che possono essere presenti negli immigrati in cattive condizioni socio-economiche

CONTENUTI

- ✓ I determinanti sociali della salute
- ✓ dati e dimensioni del fenomeno immigratorio
- ✓ le patologie infettive nel paziente immigrato svantaggiato
- ✓ i principali quadri cutanei nel paziente immigrato dal nordafrica
- ✓ la complessità clinico-sociale-relazionale nella consultazione con un paziente svantaggiato

METODI DIDATTICI

Il percorso didattico si è articolato in 4 moduli di lezioni d'aula di 3 ore ciascuno, oltre a un'incontro organizzato nella formula della tavola rotonda e aperto a tutti i tirocinanti dei corsi e ai tutor.

Tutti i moduli hanno avuto un taglio rivolto specificamente alla medicina di famiglia e il docente specialista, quando presente in aula, è sempre affiancato da un docente MMG al fine di rendere la lezione il più

possibile attinente alla medicina generale.

Un primo modulo è stato incentrato sulla stimolazione di una riflessione da parte dei discenti sui determinanti sociali della salute e sul ruolo fondamentale che questi determinano nell'instaurarsi della relazione medico-paziente. Tale modulo è stato tenuto in collaborazione con il sociologo dott. Martini.

Un secondo modulo, tenuto in collaborazione con il dottor Monteiro, infettivologo del CESAIM di Verona, ha invece dato un inquadramento generale sui numeri e sulle patologie prevalenti degli immigrati, avendo individuato nel fenomeno migratorio una delle cause più frequenti di causa di svantaggio per il cittadino che accede alle cure sanitarie.

Gli altri due moduli hanno avuto un taglio più clinico, partendo dalla presentazione in aula di storie reali estratte dalla medicina generale, che proponendo problematiche reali, tratte dall'esperienza quotidiana di lavoro, hanno stimolato il confronto e la discussione fra discenti e docente.

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

La valutazione dei tirocinanti è stata concordata con i docenti delle singole unità didattiche e si è basata sul livello di partecipazione, interesse e attività in aula dei discenti.

Al termine del percorso didattico è stata proposta la realizzazione di un lavoro di sintesi sugli incontri tenuti, da distribuire ai partecipanti agli altri corsi (1° e 2° anno) in previsione di una tavola rotonda sull'argomento specifico aperta a tutti.

Tutti i partecipanti al seminario hanno raggiunto un livello di apprendimento più che adeguato.

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO

Il seminario si è svolto congruamente con gli obiettivi prefissati nei modi e nei tempi previsti e il giudizio da parte dei tirocinanti sullo stesso è stato molto positivo, con particolare apprezzamento della tavola rotonda conclusiva.

EVENTUALE ARTICOLAZIONE CON ALTRI SEMINARI E/O EVENTI

Al termine dei quattro incontri è stata organizzata una tavola rotonda con la partecipazione di rappresentanti che a vario titolo si occupano delle problematiche dei pazienti immigrati svantaggiati: un rappresentante della medicina generale ha moderato il dibattito tra l'assessore alle politiche sociali, il responsabile del servizio di psichiatria territoriale, il direttore del servizio sociale Cinforma e una responsabile del servizio di mediazione culturale.

L'intento era di creare la possibilità di incontro tra i diversi attori coinvolti, sotto vari punti di vista, nella gestione delle complessità di uno stesso fenomeno, che spesso però non trovano le occasioni di confronto.

Vista la particolarità dell'evento e l'importanza dei relatori si è deciso di aprire l'incontro a tutti gli iscritti al corso di formazione specifica di MG, oltre che ai tutor della scuola.

1.21. TEORIA E METODI DELLA MEDICINA GENERALE

Responsabile: dr Giuseppe Parisi

DOCENTI COINVOLTI Dr. Giuseppe Parisi, dr. Fabrizio Valcanover, dr. Pasquale Laurino

OBIETTIVI DIDATTICI

Attraverso una riflessione sulla storia, sui riferimenti epistemologici, sull'epidemiologia della medicina generale e sulle specificità del suo metodo clinico, vuol promuovere la conoscenza e la discussione dei "core content" della professione di medico di medicina generale.

Afferiscono ad esso obiettivi contributivi

- Utilizzare il metodo clinico peculiare della MG
 1. Gestire la consultazione
 2. Utilizzare il modello biopsicosociale
- Muoversi in scenari complessi

CONTENUTI

Primo anno

1. La specificità del medico di medicina generale: Natura, contenuti ed obiettivi della Medicina Generale nel contesto Italiano ed Europeo

Dopo una loro presentazione e una breve introduzione, si chiede in plenaria di dichiarare singolarmente quali sono gli obiettivi, i contenuti e le caratteristiche specifiche del lavoro del medico di medicina generale.

Successivamente si riprendono le cose dette ordinandole e completandole, introducendo concetti teorici utili e presentando la medicina generale come disciplina e come attività, dando un affresco della storia europea della disciplina. In ultima battuta si presenta l'approccio strategico al paziente (obiettivi tattici e strategici), il concetto di agenda e il "face model".

2. Storia della Medicina generale Italiana

Si invita il discente ad una riflessione sulle figure professionali presenti dal settecento ad oggi sul territorio per meglio comprendere la figura attuale del medico di medicina generale.

3. La consultazione 1: teorie generali

La prima fase è stata precedente alla lezione ed è consistita nel seguente mandato:

I primi quattro giorni di tirocinio presso il MG sei pregato di osservare quello che succede nelle singole consultazioni ambulatoriali al fine di descrivere gli elementi e le modalità del processo diagnostico e le azioni gestionali effettuati dal medico dall'apertura alla chiusura della consultazione. Il metodo può essere semplicemente quello di descrivere nel tempo i fenomeni che avvengono, con particolare riguardo ai comportamenti, alle frasi e alle azioni diagnostiche e terapeutiche del medico. Il fine è identificare comportamenti e modalità ricorrenti che possano fungere da elementi di un ipotetico modello di consultazione, un modello mediamente utilizzato dal medico. Sei pregato di riportare le osservazioni in

un file a cui darai il tuo nome e che potrai nella cartella "Teoria medicina" del server entro il venerdì della prima settimana di lavoro. Non serve che la descrizione sia rifinita, lo potrai fare più avanti, l'importante è che vengano scritte queste impressioni perché saranno utili ai docenti del corso teorico per avere uno spunto di discussione e di partenza per le lezioni sul metodo clinico e sulla consultazione in medicina generale"

Dopo una breve introduzione, dove si presentano i modelli di consultazione in medicina generale a volo d'uccello, si mostrano i risultati dell'analisi dei loro lavori commentandoli.

4. La consultazione 2: esordio

È stato dato mandato di lavoro: generazione in gruppo di una griglia di osservazione dell'esordio della consultazione sulla base dell'osservazione del video montato ad hoc "Esordio della consultazione".

Dopo aver discusso in plenaria gli elaborati dei gruppi si presentano alcune considerazioni sull'esordio della consultazione.

Successivamente due role play

5. La consultazione 3: modelli ciclopici

Lezione su modelli medici semplici e modelli gestionali, compreso Pendleton, senza particolari approfondimenti.

Successivamente due role play

6. La consultazione 4: dal paziente "pieno" al paziente consulente

Lezione sull'evoluzione del paziente da erogatore di segni e sintomi a paziente pieno, a paziente consulente. Accenno al concetto di paziente esperto e della consultazione come confronto tra esperti. Presentazione modelli della psicologia sociale dei comportamenti di salute e malattia. Discussione approfondita sul primo compito nella consultazione secondo Pendleton.

Successivamente role play su paziente Viola Pesetti

Secondo anno

7. La consultazione 5: orientamento al paziente e la teoria del doppio canale

Lezione sui modelli di stile che prendono in considerazione gli stili orientati al paziente, con discussione di consultazioni ricavate da Byrne e Long, per identificare le azioni del medico sul versante diagnostico e prescrittivo. Breve storia dell'approccio teorico sull'orientamento al paziente.

Lettura del caso di padre Smith e riflessioni su esso

Presentazione del modello del doppio canale e lettura e discussione del caso del signor Perfetti (che può essere anticipata alla lezione precedente)

Role play a piacere

8. La consultazione 6: dare un senso alla consultazione

Lezione conclusiva sui modelli di consultazione con recupero del percorso logico fino ad ora effettuato e con l'identificazione dei problemi aperti, delle trappole e delle difficoltà comuni che si riscontrano nell'affrontare le consultazioni di tutti i giorni. Presentazione degli strumenti per una buona conduzione della consultazione.

Lettura di alcune consultazioni critiche ("Otello va dal dottore", Il signor Splendiani)

Role play a piacere

9. Cavalcare nuovi paradigmi per costruire una teoria dell'azione strategica del medico nella

cornice della storia relazionale

Lezione sulla biosingularità, sul paradigma indiziario, sulla narrazione, sul concetto di contingenza e sul pensiero di Bateson intercalata dalla lettura di storie (Il caffè, la signora Maria, Cico Pedro)

Racconto e riflessione su storie dei partecipanti

10. L'epidemiologia della medicina generale

Raccolta in plenaria delle loro impressioni sui problemi ricorrenti in ambulatorio e quali strumenti sono indispensabili al medico di medicina generale per risolverli, con presentazione finale dei case mix delle recenti ricerche italiane ed europee

11. Il metodo clinico rinnovato

Lettura di casi clinici su cui riflettere per capire il metodo utilizzato e le modalità di anamnesi.

Discussione su stimolo di casi clinici sulle modalità nell'eseguire l'esame obiettivo con lezione sul "Fare Ologrammatico" e le "Azioni Parlanti"

12. L'utilizzo dei test

Lezione su specificità sensibilità potere predittivo

Casi clinici da discutere

Lezione su teorema di Bayes

Terzo anno

13. Gli strumenti diagnostici specifici della medicina generale

Lettura di casi clinici esemplificativi e preparazione induttiva di un elenco di strumenti specifici della medicina generale per la diagnosi

14. La decisione: l'invio e la terapia

Ricognizione in plenaria sulle abitudini prescrittive e di invio allo specialista da parte dei discenti riguardo a patologie comuni

Presentazione dati rispetto a prescrizioni e invii e riflessione su di essi

Lezione sulle determinanti dell'uso delle tecnologie sanitarie

Lezione su placebo

15. L'altra faccia dell'approccio strategico: la spinta dei valori

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

Sarebbe quindi importante che gli specializzandi identificassero i valori specifici del professionista medico di medicina generale e della medicina in generale. Avere maggior consapevolezza del senso e del significato che hanno essi per il singolo partendo dalla maggior conoscenza di essi.

Si propone un percorso collettivo di riflessione sui valori odierni della medicina e della medicina generale partendo dalla posizione autentica del singolo specializzando, aiutando a capire paure, desideri e attese del singolo rispetto alla professione.

Si creerebbe maggior consapevolezza del professionalismo al posto del tecnicismo imperante.

Dopo introduzione teorica, lettura individuale di un pezzo letterario scelto e discussione in plenaria al fine

di individuare valori che muovono gli attori medici della storia presentata.

16. Prospettive future nella costruzione della disciplina in un respiro europeo

Lezione sulla situazione attuale del dibattito teorico sulla disciplina e identificazione di aree problematiche.

Sulla base della lezione e dei valori identificati il modulo precedente i discenti costruiscono una serie di obiettivi di interesse professionale da perseguire come categoria per il futuro

METODI DIDATTICI

Lezioni, role play, simulazioni, discussione casi, lavori di gruppo

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

Ottima partecipazione di tutti i discenti

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO

Buona

EVENTUALE ARTICOLAZIONE CON ALTRI SEMINARI E/O EVENTI

Seminario sulla relazione

1.22. LABORATORIO RICERCA E QUALITA'

Responsabile: dr Marco Clerici

DOCENTI COINVOLTI Dott. Marco Clerici

PRIMO CICLO DI LEZIONI : " ABC DEGLI STUDI CLINICI".

Periodo di svolgimento : dal 17.01.07 al 19.09.07 per complessive 18 ore.

FINALITA' GENERALE DEL CICLO DI LEZIONI.

L'esigenza di iniziare il lavoro del "Laboratorio ricerca e qualità" con un breve ciclo di lezioni teoriche, finalizzate a migliorare le conoscenze sui criteri di selezione e valutazione delle informazioni scientifiche, nasce dal primo incontro con gli specializzandi, all'inizio del nuovo corso 2007-2009. Nell'incontro è emersa una pressoché nulla conoscenza dell'EBM e una scarsa capacità di utilizzare l'information technology per la professione.

Si è quindi ritenuto utile e prioritario strutturare un primo momento di approfondimento d'aula su queste tematiche, al fine di fornire agli specializzandi gli strumenti di base per poter poi implementare le loro capacità nel corso dell'attività didattica successiva.

OBIETTIVI SPECIFICI DEL CICLO DI LEZIONI "ABC DEGLI STUDI CLINICI".

1. Acquisire capacità di definire una "domanda rispondibile" partendo dalle domande raccolte durante il primo ciclo di presenza degli specializzandi presso l'ambulatorio del mmg tutor
2. Acquisire capacità di valutazione delle differenze di qualità dei dati provenienti da studi di tipologia diversa (sperimentali, di coorte, caso-controllo, RCT)
3. Acquisire capacità di valutazione delle differenze di entità e importanza dei dati di uno specifico studio di terapia (significatività, intervallo di confidenza, rischio relativo, NNT, NNH ecc.)
4. Acquisire capacità di valutazione della qualità, rilevanza, trasferibilità dei dati provenienti da revisioni di letteratura
5. Acquisire capacità di valutazione della qualità, rilevanza, trasferibilità dei dati provenienti da linee guida
6. Acquisire abilità di accesso e interrogazione al principale database delle fonti bibliografiche primarie (MEDLINE)

CONTENUTI DIDATTICI

Ogni incontro, della durata di 3 ore, viene distinto in tre fasi :

- ✓ lezione frontale
- ✓ esercitazione pratica in piccoli gruppi (tre specializzandi per gruppo), anche utilizzando il database bibliografico MEDLINE
- ✓ discussione sulla qualità, entità, rilevanza delle informazioni acquisite dall'analisi degli studi.

L'articolazione degli incontri è la seguente:

1[^] Lezione .

- ✓ abc studi clinici: qualità per tipo di studio (dall'osservazione di pochi casi all' rct)
- ✓ esercitazione su MEDLINE da una domanda degli specializzandi (operatori AND e OR , la funzione LIMIT)
- ✓ qualità di uno studio : l'outcome (hard, surrogato)

2^ Lezione

- ✓ la domanda rispondibile
- ✓ esercitazione da una domanda degli specializzandi : dall'analisi di 3 abstract ricercati trovare quale leggere sulla base della qualità di uno studio (tipo di paziente, tipo di outcome, ecc)
- ✓ abc studi clinici : l'entità dei risultati (rischio assoluto, relativo)
- ✓ esercitazione su MEDLINE da una domanda degli specializzandi (uso di MESH Browser, giudizio sull'entità dei risultati)

3^ Lezione

- ✓ abc studi clinici : l'entità dei risultati (NNT e NNH)
- ✓ esercitazione su entità dei risultati di 2 studi in prevenzione primaria e secondaria di eventi coronarici con statine (bilancio NNT e NNH)

4^ Lezione

- ✓ review e linee guida.
- ✓ Esercitazione su MEDLINE da una domanda degli specializzandi su ricerca review e linee guida
- ✓ Alcuni siti ebm based di lettura "opportunistica" (mix studi primari e review) (AIFA, NCI, CDC, ecc)
- ✓ Alcuni siti per linee guida rilevanti per qualità' (NICE, SIGN, CMA infobase)

SECONDO CICLO DI LEZIONI : " ABC DEL TEST DIAGNOSTICO".

Periodo di svolgimento : dal 26.09.07 al 12.12.07 per complessive 12 ore

OBIETTIVI SPECIFICI DEL CICLO DI LEZIONI "ABC DEL TEST DIAGNOSTICO".

1. Acquisire capacità di definire una "domanda rispondibile" partendo dalle domande raccolte durante il primo ciclo di presenza degli specializzandi presso l'ambulatorio del mmg tutor
2. Acquisire capacità di valutazione delle differenze di qualità dei dati provenienti da studi di tipologia diversa (sperimentali, di coorte, caso-controllo, RCT)
3. Acquisire capacità di valutazione delle differenze di entità e importanza dei dati relativi all'utilizzo in medicina generale di un test diagnostico (sensibilità, specificità, potere predittivo positivo e negativo, ecc)
4. Acquisire capacità di valutazione della qualità, rilevanza, trasferibilità dei dati provenienti da revisioni di letteratura
5. Acquisire capacità di valutazione della qualità, rilevanza, trasferibilità dei dati provenienti da linee guida
6. Acquisire abilità di accesso e interrogazione al principale database delle fonti bibliografiche primarie (MEDLINE)

CONTENUTI DIDATTICI

Ogni incontro, della durata di 3 ore, viene distinto in tre fasi :

- ✓ lezione frontale
- ✓ esercitazione pratica individuale utilizzando il database bibliografico MEDLINE
- ✓ discussione sulla qualità, entità, rilevanza delle informazioni acquisite dall'analisi degli studi.

È previsto un lavoro individuale a casa di 3 ore di consultazione letteratura e risposta a domanda definita nella discussione d'aula.

L'articolazione degli incontri è la seguente:

1^ Lezione .

- ✓ presentazione di un tipico caso di consultazione nell'ambulatorio del medico di medicina generale
- ✓ sull'utilizzo del PSA come test di screening

- ✓ discussione in plenaria per definire le domande degli specializzanti relative al caso
- ✓ indicatori di rilevanza di un test diagnostico: sensibilità, specificità.
- ✓ esercitazione in gruppi su MEDLINE da una domanda degli specializzandi

1° Lavoro individuale a casa (3 ore)

- ✓ affinamento della ricerca bibliografica sulle domande, individuate dagli specializzandi, che necessitano approfondimento
- ✓ preparazione di una risposta individuale alle domande

2^ Lezione

- ✓ presentazione dei lavori del lavoro individuale e discussione/ condivisione dei risultati
- ✓ indicatori di entità di un test diagnostico : potere predittivo positivo e negativo
- ✓ esercitazione su MEDLINE da una domanda degli specializzandi : (uso di MESH Browser, giudizio sull'entità dei risultati)

3^ Lezione

- ✓ presentazione da parte del docente della sintesi definitiva delle risposte ottenute dal gruppo in merito alla questione dello screening del cancro prostata con PSA
- ✓ esercitazione individuale per ricerca fonti bibliografiche sul contenuto informativo da dare al paziente asintomatico che richiede il test diagnostico PSA
- ✓ presentazione risultati del lavoro individuale e discussione in plenaria.

METODI DIDATTICI.

Sono stati utilizzati strumenti didattici diversificati quali:

- ✓ Lezioni teoriche di introduzione ad argomenti, riguardo ai quali abbiamo verificato una conoscenza del gruppo dei tirocinanti molto scarsa.
- ✓ Discussione di casi o di problemi clinici generali con identificazione successiva dei problemi sottesi, formulazione delle domande rispondibili su cui impostare attività di ricerca e di valutazione di letteratura. Tali attività sono state svolte sia in gruppo che singolarmente dai tirocinanti.
- ✓ Esercitazioni pratiche volte all'acquisizione di capacità di interrogazione dei principali database bibliografici (Pubmed-Medline).
- ✓ Analisi critica dei metodi e dei risultati di alcuni studi rilevanti (RCT)
- ✓ Analisi critica dei metodi e dei risultati di alcune Linee-guida.

VALUTAZIONE FINALE DEL PRIMO E SECONDO CICLO LEZIONI.

Gli obiettivi si possono dire sostanzialmente raggiunti. Tutti gli argomenti sono stati trattati nei tempi previsti e sembra essere stato raggiunto un significativo miglioramento delle conoscenze e delle capacità che, va peraltro detto, erano praticamente inesistenti all'inizio del corso per la quasi totalità degli specializzandi.

Per quanto riguarda la capacità di interrogazione dei principali database bibliografici i tirocinanti hanno raggiunto una autonoma capacità di reperimento delle informazioni e di valutazione della qualità delle stesse.

1.23. LABORATORIO COMUNICAZIONE E RELAZIONE

1.23.1. RELAZIONE E COMUNICAZIONE 1 E 2

Responsabili: Dr. Fabrizio Valcanover, Drs. Norma Sartori

DOCENTI COINVOLTI Dr. Fabrizio Valcanover, Drs. Norma Sartori, Prof. Ugo Morelli, dott. Giuseppe Parisi

INTRODUZIONE

Il corso di studi universitario, allo stato attuale, non fornisce agli studenti gli elementi indispensabili allo sviluppo di quelle abilità relazionali considerate imprescindibili per la pratica della medicina generale. Il contesto in cui si svolge la formazione specifica e la sua articolazione offre invece l'occasione per colmare tale lacuna o comunque per approfondire questi aspetti. Lo specializzando infatti frequenta per lunghi periodi lo studio del medico di medicina generale, spesso inserito in una medicina di gruppo, e può, fin dall'inizio, direttamente osservare l'esistenza e il dipanarsi della relazione tra medico e paziente, nonché osservare gli aspetti prettamente comunicativi tra i due soggetti e, successivamente, può anche interagire e vivere in prima persona la relazione con il paziente. Inoltre, svolgendosi le attività teoriche, in un peculiare contesto diverso dalla grande aula universitaria, offrono lo spazio e il tempo adeguati agli studenti per entrare nel gioco comunicativo - relazionale attraverso varie tecniche interattive (giochi di ruolo e paziente simulato, che sono stati sviluppati in modo originale) con le quali esercitarsi in condizioni di sicurezza e tutela, a vantaggio non solo del discente, ma anche del paziente. La scelta di creare ed introdurre un laboratorio sulla relazione e sulla comunicazione nel programma di studi della scuola, origina dalla consapevolezza dell'importanza di tali aspetti nel lavoro del mmg, ma anche dalla convinzione che la relazione non si può insegnare in teoria, ma va praticata, esercitata, provata e vissuta. Costituisce una precisa scelta in questo laboratorio quella di non puntare sull'acquisizione di abilità tecniche e stili relazionali legati a "modelli universali", ma sul favorire lo sviluppo di uno stile personale fondato sulla presenza, sull'ascolto, sulla consapevolezza dei confini professionali, delle proprie reazioni emotive e dei propri limiti.

L'obiettivo di promuovere lo sviluppo di uno stile professionale personale comporta che questo laboratorio costituisca uno degli elementi portanti della proposta metodologica – didattica del paziente Simulato. Una delle caratteristiche del Paziente Simulato è quella di essere un esercizio di pratica olistica.

OBIETTIVO GENERALE

Promuovere lo sviluppo di una competenza gestionale basata su un approccio olistico.

Migliorare le capacità relazionali e comunicative nel rapporto con il paziente al fine di sviluppare abilità gestionali per un progetto curativo efficace e condiviso, acquisendo consapevolezza della centralità relazionale nel lavoro del MMG. Acquisire consapevolezza dell'esistenza di reazioni e

interazioni emotive nella relazione con il paziente, che non sempre possono essere modificate, ma che devono essere governate perché possibili strumenti terapeutici.

OBIETTIVI SPECIFICI (consulenza al ruolo)

- ✓ Stimolare la consapevolezza sulle proprie teorie in uso sulla relazione medico paziente in medicina generale e modificare il modo di abitare la relazione, spostando il focus dall'orientamento al paziente alla centralità relazionale .
- ✓ Riconoscere e saper utilizzare nella gestione del paziente, le specificità della relazione di lunga durata tipica della MG, attraverso lo studio approfondito della consultazione e delle relative teorie.
- ✓ Acquisire i concetti di conflitto e negoziazione in MG e sviluppare abilità gestionali all'interno della relazione con il paziente.
- ✓ Acquisire abilità gestionali in caso di relazioni difficili.
- ✓ Acquisire consapevolezza delle proprie emozioni e dei propri sentimenti che entrano in gioco nella relazioni con il paziente e sviluppare abilità nell'utilizzo dell'ascolto, dell'affettività, del setting ed altri strumenti modulatori della relazione.
- ✓ In sinergia con altri seminari sviluppare competenze nella gestione della relazione in contesti complessi, con più attori e all'interno delle forme associative ed integrate della MG.
- ✓ Acquisire consapevolezza e strumenti dell'approccio narrativo in medicina generale.

METODOLOGIE DIDATTICHE: Lezioni integrate, Role playing, Paziente simulato, Racconti di esperienze, Confronto-dibattito, Consulenza al ruolo.

CONTENUTI:

1^ sessione: dopo una breve presentazione, i discenti hanno svolto un compito individuale su "che cos'è la relazione in MG e che importanza ha" al fine di mettere in luce, nella restituzione in planaria, le loro teorie in uso sulla relazione in medicina generale. Sono anche stati invitati ad esprimere le loro aspettative nei confronti del percorso presentato al fine di delineare i bisogni formativi del gruppo. La tabella di seguito presenta i risultati del lavoro del gruppo.

Tab. 1 Che cos'è la relazione in MG e qual è la sua importanza. Nella 3° colonna I bisogni formativi espressi dai discenti.

| COS'E' | IMPORTANZA | ASPETTATIVE |
|--|--|---|
| La base | Lo strumento per la pratica | Gestire relazioni difficili e non solo |
| Specificità | Gratificazione | Tecniche |
| Contesto e famiglia | Per fiducia | Migliorare la comunicazione |
| Comunicazione bilaterale verbale e non verbale | Interagisce con clinica | Persone ansiose (difficili) |
| Complicità per gli obiettivi | Centrale | Ansia malattia no fastidio |
| Presa in carico | Mmg, direttore dell'orchestra | Psicologia |
| Gestione (sensibilizzazione, motivazione, accordo) | Fondamentale per il ssn | Antropologia |
| Simile infermiere | Percorso del paziente | Gestione insicurezza |
| Conoscenza profonda | È la base (non esiste atto medico senza) | Counselling |
| Importanza del senso del paziente | Contesto in cui si svolge | Non solo farmaci per disturbi psichici |
| Lunga durata | Contesto sociale | Quando invio? |
| Punti di riferimento | Possibilità di attribuire significato alla malattia da parte di entrambi | Sviluppare stile proprio |
| Scelta libera | Patto per la salute del paziente | Situazioni critiche |
| Rispetto reciproco | Importanza del ruolo per la funzione terapeutica | Ascolto |
| Asimmetria | Giusto equilibrio | Decodificazione dei bisogni anche nascosti |
| Stile dei due | | Consapevolezza delle emozioni |
| Storia comune condivisa | | Avere consapevolezza delle tecniche che già uso |
| | | Strategie nella guerra col paziente per aiutare |
| | | Saper educare il paziente |
| | | Rispetto della relazione costruita |
| | | Gestione della privacy |

2^ sessione: si è parlato della relazione di lunga durata in MG, attraverso un lavoro in plenaria su aspetti positivi e negativi di tale relazione, con l'ausilio anche della lettura di due scritti (*Il caffè*, *G.Montagna* e la narrazione di un caso clinico reale). La lezione ha toccato alcuni elementi tipici della relazione di lunga durata, sono stati illustrati gli strumenti modulatori e infine si è giunti ai concetti base della medicina narrativa.

3^ sessione: Gli obiettivi didattici di questa sessione : - Affettività, ascolto ed empatia: incorporare il mondo delle emozioni nella competenza diagnostico-terapeutica e nel prendersi cura del paziente. L'utilizzo del contesto. L'immersione nella "storia" relazionale con il paziente, con la sua rete affettiva e con la sua comunità di riferimento - sono stati conseguiti anche attraverso la lettura e il commento di testi letterari (Vittorini da "Conversazioni in Sicilia" e Yourcenar da "Memorie di Adriano")

4^-5^ sessione: Queste due lezioni , condotte dal prof. Ugo Morelli, si sono configurate come un momento di riflessione teorica e sulla letteratura scientifica attorno alle aree affettive - cognitive superiori. Si è partiti dai concetti che il conflitto è costitutivo della relazione, che non esiste un "io" senza un noi, che la relazione viene prima e che essa modula l'"io" di ogni individuo. L'approfondimento è avvenuto attorno ai concetti di "Conflitto intrapsichico o cognitivo", "Conflitto nelle relazioni asimmetriche" e "Conflitto culturale o di valori". Cenni alle correnti istruzionistiche e selezionistiche. Da un punto di vista metodologico oltre a momenti di lezione frontale si è dato ampio spazio agli interventi , alla discussione in plenaria e ai lavori di gruppo.

6^ sessione: "Conflitto e negoziazione in MG" si è lavorato attorno a questo tema attingendo dall'esperienza diretta dei discenti (lavoro di gruppo su "Apprendimenti significativi sul conflitto e negoziazione in MG dall'esperienza diretta lavorativa o di frequenza c/o il tutor") cercando di utilizzare i concetti introdotti nelle sessioni precedenti dal prof. Morelli.

7^ sessione: "Relazioni e pazienti difficili". Presentazione dei concetti base delle relazioni difficili in medicina generale, delle tipologie di pazienti critici, e degli strumenti per la gestione di queste situazioni relazionali, il tutto esemplificato da casi clinici da discutere in plenaria.

8^ sessione: "Confini professionali". La costruzione e il mantenimento dei confini professionali, gli indicatori e gli strumenti per la loro gestione. Lezione teorica e discussione di casi clinici preparati e presentati dai discenti

VALUTAZIONE

Sono stati oggetto di valutazione fra l'altro i lavori presentati, la partecipazione attiva alla discussione; lavori svolti in altri seminari

In particolare:

- ✓ dal punto di vista delle conoscenze (individuali): sono stati individuati alcuni concetti chiave "comunicazione; relazione; sistema di riferimento profano; centralità relazionale; relazione di lunga durata; ascolto; approccio olistico; approccio narrativo; specificità della medicina generale; i tre registri della medicina generale; la relazione di lunga durata" la cui

conoscenza era necessaria e nel corso dei tre anni è stato verificato il raggiungimento di queste conoscenze

- ✓ dal punto di vista delle competenze (come abilità messe in opera) e dei processi di apprendimento è stata monitorata e valutata la capacità collettiva di rispondere alle situazioni impreviste, la capacità di lavorare in gruppo fornendo soluzioni a problemi complessi. Questa valutazione è stata possibile osservando anche l'atteggiamento del gruppo in altri seminari attigui e in particolare in quello del paziente simulato
- ✓ Dal punto di vista professionale è stato seguito il percorso di crescita di un proprio personale stile professionale. Una valutazione indiretta (cognitiva e di processo) è stata fatta utilizzando il testo di Cecil Helman "The culture of general practice" (BJMG 2002). Questo testo è stato proposto all'inizio del triennio, sono state chieste osservazioni individuali scritte. A fine triennio ai colleghi è stato chiesto di rileggere il testo ed osservazioni e di fare osservazioni sul proprio scritto. Il tutto è stato poi discusso per ciascuno collettivamente.

SEMINARI CHE HANNO CONTRIBUITO ED HANNO ATTINTO AL LAVORO FATTO NEL LABORATORIO DELLA COMUNICAZIONE E RELAZIONE.

- ✓ Seminario monotematico di 6 ore con la dr.ssa Claudia Pancino, sociologa e docente di storia alla facoltà di Bologna, sul tema "
- ✓ Seminario su teorie e metodi in medicina generale, soprattutto nelle parti relative alla consultazione e alla qualità e alla storia della medicina generale italiana dal 800 in poi.
- ✓ - Seminario sull'Organizzazione, in particolare per le parti relative al concetto di "servizio", di "famiglia dei curanti" e di aspetti relazionali nell'uso e dell'organizzazione delle informazioni, soprattutto in forma elettronica" e relativamente alle criticità relazionali nell'organizzazione dell'accesso dei pazienti a forme organizzative complesse.
- ✓ Seminario sulle "problematiche di fine vita" soprattutto in relazione al concetto di reti razionali formali ed informali"
- ✓ Seminario di Psichiatria, soprattutto per le parti che riguardano la gestione della violenza e i percorsi esperienziali in contesti territoriali ad alta intensità relazionale (ad es. le comunità terapeutiche di vario tipo)
- ✓ Il percorso nel Paziente Simulato (vedi rapporto) come momento di messa in atto della pratica olistica della medicina generale
- ✓ Il Laboratorio culturale soprattutto relativamente all'uso della cinematografia nella didattica ed alle acquisizioni teoriche e pratiche legate al "Laboratorio della scrittura e della letteratura"

1.23.2. PSICHIATRIA, DISAGIO PSICHICO

Responsabili: Dr. Fabrizio Valcanover, Drs. Norma Sartori

DOCENTI COINVOLTI Dr. Fabrizio Valcanover, Drs. Norma Sartori

INTRODUZIONE E COLLOCAZIONE NEL PERCORSO GENERALE:

Si è scelto di collocare tale percorso didattico, verso la fine del terzo anno affinché i discenti abbiano effettuato una certa esperienza diretta nell'ambulatorio del tutor, in aula grazie agli incontri con i pazienti simulati, nella frequenza del reparto e del Centro di Salute Mentale, rispetto alla sofferenza e al disagio psichici. Si tratta inoltre di un momento in cui si è già concluso il percorso del "Laboratorio sulla relazione e la comunicazione", che rappresenta una imprescindibile premessa al presente percorso, e alcuni argomenti contigui e correlati sono già stati affrontati nei seminari di Organizzazione e di Teorie e metodi in MG.

La proposta formativa vuole essere un momento di riflessione sui problemi psichiatrici alla luce delle determinanti culturali, storiche e di contesto, che li improntano e li caratterizzano. Si vuole altresì che il discente acquisisca consapevolezza dei diversi possibili approcci al disturbo psichico in campo medico e non, per questo gli si offre anche la possibilità di un percorso esperienziale (una giornata) in cui può vedere all'opera una metodologia di approccio non medico (ludico) alla psicosi grave. Nell'ottica di ampliare le conoscenze e la cultura in campo psichiatrico e di affinare la capacità di cogliere le molteplici estrinsecazioni della sofferenza psichica nei pazienti si è condotto anche una riflessione sulle manifestazioni, sulla diagnosi e il trattamento della depressione in culture diverse dalla nostra (Africa, West Africa).

Si ricorda infine che i discenti hanno fatto anche già alcuni percorsi relativi al Laboratorio Culturale (Uso films, laboratorio scrittura) ed hanno una consolidata esperienza nell'utilizzo della metodologia didattica del paziente simulato

OSSERVAZIONI SU ALCUNE PARTICOLARITA' METODOLOGICHE E DI CONTENUTO DEL PERCORSO

Il seminario ha avuto una marcata caratterizzazione costruttivistica. La conoscenza di alcuni concetti base e l'approccio alla nosografia è stato proposto come un percorso di esplorazione per il quale al discente venivano forniti alcuni "attrezzi" necessari per accrescere le sue competenze professionali.

Questo approccio ha comportato due caratteristiche rilevanti del percorso:

- ✓ *L'utilizzo frequente delle teorie in uso dei discenti: questo ha permesso di individuare quale erano in pratica le criticità nella gestione del paziente psichiatrico e la conseguente ricostruzione di una nosografia personale che permettesse un approccio efficace anche perché collegata direttamente al vissuto del professionista.*
- ✓ *Il cambio ricorrente di traiettoria del percorso al fine di consolidare e/o approfondire quelle che emergevano come zone oscure e avrebbero dovute essere competenze comunque presenti in un futuro medico di medicina generale*

Si è quindi privilegiato un approccio nosografico clinico classico perché è sembrato essere quello che privilegiava la miglior erogazione del servizio al paziente e che permetteva un maggior lavoro nel campo della psichiatria transculturale, lavoro importante in questo momento di globalizzazione e di migrazioni, ma anche utile per raffinare ed approfondire le competenze di base. Questo approccio si è rivelato indispensabile anche per le limitazioni imposte al DSM IV dagli stessi autori nell'approccio transculturale.

OBIETTIVO GENERALE

Definire il ruolo e le competenze del medico di medicina generale in campo psichiatrico, riconoscendo ed imparando a gestire l'impatto emotivo che il paziente con disturbi psichici (anche di altre culture) può avere sul medico, al fine di migliorare le capacità diagnostiche e di gestione di tali pazienti, con particolare attenzione al riconoscimento del momento in cui diviene opportuno o necessario il coinvolgimento e/o l'invio allo specialista.

OBIETTIVI SPECIFICI/COMPETENZE:

1. Migliorare le capacità diagnostiche e di gestione di pazienti con grave disagio psichico in caso di depressione e psicosi, ma anche di pazienti con disturbi minori affetti da malessere quotidiano (nevrosi).
2. Acquisire strumenti per la diagnosi e la gestione corretta del disturbo psichiatrico in pazienti con altri problemi.
3. Migliorare la propria conoscenza degli psicofarmaci ed il relativo corretto uso (autoformazione interattiva)
4. Conoscere alcune significative posizioni e criticità in campo nosografico
5. Conoscere la collocazione storico sociale della psichiatria soprattutto dalla nascita della medicina scientifica occidentale
6. Consolidare competenze già acquisite da un singolo docente /o colmare lacune ed insicurezze diagnostiche terapeutiche individuali utilizzando le potenzialità dell'aula

CONTENUTI E ARTICOLAZIONE DEL PERCORSO:

1° e 2° Sessione:

Nei primi due incontri si è lavorato sulla raccolta dei bisogni formativi, sulle teorie in uso attorno al ruolo e alle competenze del medico di medicina generale in campo psichiatrico, e sulle aspettative nei confronti del seminario, dando molto spazio ed attenzione all'esperienza personale dei discenti, attraverso lavori di gruppo, individuali e discussioni in plenaria. Le tabelle di seguito riportate riassumono i principali risultati dei lavori prodotti nelle prime due lezioni.

Nello svolgimento delle successive sezioni si è tenuto in considerazione l'esperienza maturata dai discenti negli anni di frequenza dal tutor e quanto altro emerso dal gruppo nel corso dei primi due incontri

Tab.1 Il ruolo e le competenze del MMG in campo psichiatrico:

| PROBLEMI DI GESTIONE | PROBLEMI DI COMPETENZA E RUOLO | IMPATTO PERSONALE (EMOTIVO) |
|---|---|--|
| Quali farmaci? | Contenere l'angoscia emergente al momento | PAURA: ✓ Fisica (uomo/donna) ✓ Attaccamento (il pz che si affeziona) ✓ Del non-senso |
| Quale distanza? (mi avvicino?) | Contattare/avvisare il CSM | Angoscia che il paziente riversa sul medico |
| Contesto diverso: mmg/spdc/valle aperta | Attingere (individuare) alle risorse della rete | Imprevedibilità delle reazioni |
| Trovare il senso di un delirio | Responsabilità (anche nei confronti della comunità? Violenze possibili nei confronti della comunità?) | I problemi di confine dello psicotico |
| Fare leva sul contesto e la rete di curanti | | Il paziente ha una forte sofferenza che si ripercuote su chi gli sta attorno-vicino |

Tab.2 Aspettative e bisogni formativi

| PSICOSI | NEVROSI | ALTRO |
|---|---|--|
| DD e trattamento nell'anziano tra Alzheimer e psicosi | Diagnosi e trattamento farmacologico depressione | Libri da consigliare ai pazienti |
| Diagnosi e trattamento depressione | Trattamento depressione con psicoterapie | È pericolosa la psicoterapia "fai da te"? |
| Disturbi nell'adolescenza: diagnosi - prognosi - cura | Disturbi nell'adolescenza: diagnosi - prognosi - cura | gestione dell'aggressività (chi chiamare?) |
| Quando devo prendere in considerazione esami strumentali e di laboratorio per fare DD con disturbi organici | Quando devo prendere in considerazione esami strumentali e di laboratorio per fare DD con disturbi organici | Diagnosi - prognosi - terapia borderline e disturbi di personalità |

| | | |
|-----------------------------------|--|--|
| Farmaci antidepressivi | Insonnia e uso/abuso e automedicazione con BDZ | Come gestire/supportare/coinvolgere la famiglia dei pazienti |
| Terapia della depressione "acuta" | Ansia episodica: quale terapia (farmaci?) | Lutti e malattie a prognosi infausta |
| | Terapia degli attacchi di panico | |
| | Gestione situazioni indefinite | |
| | Farmaci antidepressivi | |
| | Terapia della depressione "acuta" | |

3° Sessione: Ansia, depressione, psicosi e problemi di classificazione e competenze del MMG.

Si è lavorato partendo da un testo poetico (Spleen di Baudelaire) e si sono approfonditi i problemi diagnostici in caso di ansia e depressione. Il gruppo di discenti ha prodotto una serie di raccomandazioni valide nel condurre un colloquio con un paziente che manifesti una sofferenza psichica. Considerazioni sulla depressione da un punto di vista culturale diverso: la descrizione del disturbo, la diagnosi, l'inquadramento e il trattamento nel popolo Dogon (Mali, Africa da P.Coppo)

Riflessioni sul suicidio: la consultazione in MG, con un paziente che manifesta intenzioni suicidarie, il contatto con lo specialista, l'invio e la presa in carico.

4°- 5° Sessione: l'approccio non medico nell'esperienza di Valle Aperta(Val di Cembra TN): l'antipsichiatria incarnata nel territorio.

I discenti hanno trascorso una giornata intera ospiti della comunità.

E' opportuno ricordare che la Comunità non prevede la presenza di medici e/o psichiatri e/o infermieri nel proprio lavoro quotidiano. Gli operatori e i dipendenti incontrati, quindi, non erano "esperti" in campo medico psichiatrico anche se sicuramente con la pratica e la formazione erano diventati "esperti" nel campo della grave sofferenza psichica. Questa comunità offre infatti un momento di sollievo (due settimane) e di "gioco" a gravi pazienti psichiatrici di tutta la Provincia di Trento

L'incontro diretto, la condivisione del pranzo e alcuni momenti di gioco e colloquio con dei pazienti psichiatrici hanno costituito lo spunto per riflettere sul processo diagnostico in caso di gravi disturbi psichici, con l'ausilio dei docenti e degli operatori dell'associazione. Partendo inoltre dall'analisi delle terapie assunte dagli ospiti della comunità si sono affrontati i principali problemi nell'ambito della psicofarmacologia e sono stati effettuati cenni alle psicoterapie.

I discenti prima di questa giornata avevano avuto precise indicazioni sullo studio, in corso di autoapprendimento, dei principali farmaci antidepressivi, ansiolitici e neurolettici. Sono stati invitati inoltre alla lettura di testi di psichiatria (V.Caimi M.Tombesi, E.Parma e A. Cassano) con diversi approcci al problema depressione.

6° Sessione: Storia della psichiatria e dell'istituzionalizzazione del disagio psichico e della devianza: perché e quando la psichiatria è diventata una disciplina autonoma in ambito medico; rapporto tra devianza ed istituzionalizzazione della devianza; i cambiamenti in Europa e in Italia nell'ultimo secolo

Vi è stata inoltre una settima sessione nel corso del paziente simulato dove veniva messa in scena una situazione complessa con un giovane psicotico scompensato che ha voluto smettere la terapia con il coinvolgimento telefonico dei parenti e con la presenza di un educatore. La simulazione ha permesso di mettere in mostra diverse competenze sulle quali si è lavorato durante il percorso e può essere considerata la conclusione del seminario

METODOLOGIA DIDATTICA:

Lezioni integrate, lavori di gruppo ed individuali in aula, percorso esperienziale, racconto di esperienze, confronto e dibattito.

Riflessioni più approfondite sulla metodologia e la sua integrazione nel percorso sono già state fatte nel rapporto.

VALUTAZIONE:

La valutazione sulle conoscenze si è limitata al raggiungimento da parte di tutti i discenti di alcuni concetti base (nosografia classica, presenza di strutture di riferimento norme giuridiche essenziali – TSO

-)e alla conoscenza di almeno due farmaci antidepressivi, antipsicotici ed ansiolitici. Questo obiettivo è stato raggiunto da tutti i discenti che mediamente hanno mostrato conoscenze maggiori di quelle richieste.

La valutazione sul raggiungimento delle competenze è stata sostanzialmente una valutazione formativa con restituzione continua nel corso del percorso sia individuale che collettiva. Si è estrinsecata soprattutto nel lavoro sulle teorie in uso, sui bisogni formativi, nell'analisi casi e nel corso della sessione del paziente simulato. Il risultato è stato comunque positivo per tutta l'aula che fra le altre cose ha prodotto un "manuale d'uso pratico" nel campo dei disturbi depressivi.

OSSERVAZIONI E COLLEGAMENTI CON ALTRI SEMINARI:

nell'ambito del "Paziente Simulato" vengono anche presi in considerazione casi clinici di pertinenza psichiatrica. Il seminario di Psichiatria ha una stretta relazione con il "Laboratorio della Comunicazione e della Relazione" che costituisce una premessa indispensabile all'effettuazione di questo seminario. Alcuni argomenti contigui e correlati oltre che nell'ambito del laboratorio della relazione e della comunicazione vengono affrontati nei seminari di Organizzazione e di Teorie e metodi in MG (aspetti critici della consultazione, il paziente difficile, la famiglia dei curanti, il setting come strumento terapeutico e di contenimento, il servizio e l'orientamento al paziente, ecc.).

Norma Sartori
Fabrizio Valcanover
Trento novembre 2009

1.24. SESSIONI CON IL PAZIENTE SIMULATO

Responsabili: Dr.ssa Norma Sartori, dott. Fabrizio Valcanover

Responsabili e conduttori

Dr.ssa Norma Sartori, dott. Fabrizio Valcanover

Hanno partecipato come docenti di contenuto o ad altro titolo ed hanno contribuito alla crescita della metodologia

dott.ssa Ada Magda Vergine, dott.ssa Mariapia Perlot, dott.ssa Isabella Bini, dott. Paolo Colorio, dott. Carlo Buongiovanni, dott. Pasquale Laurino, dott. Giuseppe Parisi

Hanno dato un contributo determinante i nostri dieci simulatori (cinque femmine e cinque maschi) tra i 18 e i 60 anni

PREMESSA

Da qualche anno un gruppo di docenti della scuola di Trento ha manifestato interesse per l'utilizzo del Paziente Simulato in ambito didattico, una particolare metodologia formativa, largamente diffusa nei paesi del Nord Europa. Le prime sperimentazioni sono state effettuate nel 2003 con una metodologia importata dall'Inghilterra (dip. Di Medicina Generale dell'Università di Leister) tramite il prezioso contributo del dott. Giuseppe Parisi, mentre nel 2005 si è tenuto un seminario di approfondimento con la prof. Evelyn Baumgarten in qualità di esperta di tale metodo, con la partecipazione di numerosi docenti (anche provenienti da altre scuole italiane). L'obiettivo didattico del seminario era quello di conoscere in termini teorici la tecnica, e quello di riflettere sulla sua applicabilità nella formazione specifica in MG in Italia. Dopo incontri e scambi con altri esperti inglesi e attingendo alla letteratura internazionale, è stata sviluppata una metodologia originale che di seguito descriviamo.

E' infine rilevante sottolineare che un rapporto su questo tipo di metodologia didattica attiva, posta in uno spazio tra la teoria e la pratica, ha il limite imposto dalla descrizione.

La partecipazione permette di osservare l'importanza di una formazione rigorosa dei conduttori, l'importanza della formazione e del supporto dato ai cittadini che fanno i pazienti simulati ed anche le potenzialità nel campo dell'apprendimento in situazioni impreviste e di incertezza.

In questo senso l'elenco degli argomenti presi in considerazione nelle sessioni non è esplicativo di quanto è avvenuto durante la sessione.

Va ricordato ancora una volta che la metodologia lavoro molto su quanto succede in quel momento anche dal punto di vista affettivo ed emotivo: se questo aiuta moltissimo, a nostro avviso, le potenzialità formative, necessita di contro l'applicazione di una rigorosa metodologia che funga da contenitore efficace. Nella nostra esperienza questo possibile.

MOTIVAZIONI DELLA SCELTA METODOLOGICA DEL PERCORSO FORMATIVO

Le motivazioni per cui abbiamo scelto di sperimentare tale metodologia posso essere brevemente riassunte nei punti seguenti:

1. Privilegiare un approccio olistico al paziente in MG, senza studiare separatamente gli aspetti clinici, relazionali, gestionali e sociali dei vari problemi portati dai pazienti. La letteratura

sottolinea come un approccio olistico durante la formazione dei medici favorisca l'appropriazione nella pratica quotidiana, di tale approccio al paziente e ai suoi problemi.

2. Promuovere lo sviluppo di un atteggiamento cooperativo all'interno del gruppo, trasformando lo stesso in "gruppo di consulenti" per i vari casi rappresentati e discussi nelle sessioni. Si ritiene esso un allenamento prezioso al lavoro in team tipico del MMG inserito in medicina di gruppo, ma anche alla capacità di relazionarsi con colleghi specialisti e altri attori della rete dei curanti a cui ogni paziente fa riferimento.
3. Offrire agli specializzandi l'opportunità di discutere e approfondire con l'aiuto non solo dei docenti responsabili del metodo, ma anche con tutto il gruppo di discenti, casi e problemi riscontrati nella pratica c/o il tutor. Attraverso la consulenza al ruolo (messa in scena di casi portati dai discenti) il Paziente Simulato si pone come un vero ponte tra teoria e pratica: una metodologia d'aula, quindi teorica, che permette di riprodurre, analizzare e trasformare in momento di apprendimento l'esperienza pratica effettuata sul campo.

OBIETTIVI DIDATTICI:

Ogni incontro con i Pazienti Simulati prevede una serie di obiettivi clinici, relazionali e/o gestionali individuati dal docente di contenuto, mentre i conduttori e responsabili del metodo garantiscono il rispetto dei 3 punti sopra descritti. A titolo esemplificativo riportiamo di seguito gli obiettivi didattici di un caso utilizzato nella sessione sulla gestione del paziente con elevato rischio cardio - vascolare:

- ✓ *saper valutare il rischio cardio – vascolare globale del paziente*
- ✓ *saper gestire la relazione con il paziente poco propenso ad assumere farmaci*
- ✓ *essere in grado di applicare nella pratica clinica le linee guida della gestione del diabete mellito*

Altro esempio di obiettivi in un caso di paziente con diabete mellito complicato:

- ✓ *Indagare la sintomatologia della paziente al fine di definire lo stato clinico e l'eventuale grado di sofferenza soggettiva della paziente.*
- ✓ *Stabilire un'alleanza terapeutica facendo capire la gravità della situazione senza che la paziente si senta persa o irrecuperabile.*
- ✓ *Modificare la terapia, avendo presente le linee guida, con l'obiettivo minimo di dare un sollievo soggettivo alla paziente*

Gli obiettivi seguenti sono stati formulati per una sessione sul paziente con asma:

- ✓ *Riconoscere il motivo della presenza della paziente, le sue aspettative e paure*
- ✓ *Capacità di formulare un'ipotesi diagnostica in una situazione di incertezza, mantenendo la relazione di fiducia con il paziente.*
- ✓ *Esame obiettivo con utilizzo di strumenti diagnostici: l'EO viene fornito, è da dimostrare la capacità di far utilizzare il PFM*
- ✓ *Gestione del problema: Strategie operative in caso di dubbio diagnostico in una paziente poco propensa a recarsi dal medico spesso, compreso proposta di appuntamento successivo.*

DESCRIZIONE DELLA METODOLOGIA

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

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

Rispetto al role playing il Paziente Simulato ci permette la produzione di una situazione molto più realistica, ma soprattutto è completamente diverso il rapporto che si crea tra simulatore (non medico!) e studente (medico) rispetto a quello che si crea tra i due attori di un role playing (due medici). Si tratta di un rapporto sovrapponibile a quello che si crea in uno studio medico nella realtà quotidiana, con il vantaggio che non si corrono rischi di danneggiare un vero paziente, o di compiere errori non riparabili facilmente. Gli studenti si possono così esercitare in situazioni molto difficili e critiche (ad esempio sull'IVG o sulla comunicazione di una cattiva notizia). Inoltre con un paziente simulato qualora la consultazione vada male, qualora il discente ne esca insoddisfatto o frustrato, si può ripetere la scena, correggendo gli errori e ottenendo non solo aumento dell'autostima nel discente, ma soprattutto producendo una elevata qualità di apprendimento.

Una dei principali obiettivi che questa metodologia d'aula permette di raggiungere è quello di formare i discenti **all'approccio olistico**, tipico della MG, anche attraverso la riflessione sul fare, cosa che non può accadere durante la tutorship.

Altro aspetto formativo determinante è che esiste la possibilità di avere dal simulatore una restituzione. Questa è pressoché l'unica occasione che il discente ha di poter sentire dalla voce del paziente come gli è parsa la consultazione, come ha percepito il medico, come si è sentito lui stesso nella relazione. Noi abbiamo scelto di basare la restituzione sul metodo "interpersonal recall process". Mentre la gestione della vera restituzione spetta al docente. Sono i docenti (è opportuno che ci siano più di un docente per ogni simulazione) inoltre che devono tutelare discente e simulatore da emozioni troppo forti o dal crearsi di situazioni che possano diventare insopportabili psicologicamente per gli attori. Si deve infatti ricordare che tale tecnica è molto delicata e difficile e va gestita con attenzione e competenza, è sempre necessario creare un contesto sicuro e rassicurante e essere in grado di gestire eventuali tensioni emotive che possono sempre emergere.

Al termine della sessione si dedicano 10 minuti per un feed back generale: ogni partecipante (discenti, docenti, pazienti simulati, ospiti) scrive in forma anonima una breve restituzione dal titolo "oggi ho appreso".

È importante sottolineare che il Paziente Simulato è uno strumento utile per apprendere e migliorare non solo le competenze relazionali, ma anche quelle cliniche ed organizzative del futuro MMG e potrebbe diventare anche uno strumento di valutazione. Qualsiasi argomento si presta ad essere affrontato con questa metodologia, soprattutto se integrata con altri strumenti didattici.

E' bene ricordare però che si tratta di una tecnica abbastanza laboriosa che prevede numerose riunioni del gruppo di discenti, l'addestramento continuo del simulatore, la presenza in aula di più docenti.

ESPERIENZE REALIZZATE: 12 incontri di 3 ore ognuno per un totale di 36 ore

Ad ogni incontro partecipavano i due conduttori alcuni docenti di contenuto due o più pazienti simulati Ad ogni sessione uno o due specializzandi facevano, a turno, il medico nella simulazione.

I contenuti erano di solito stati trattati prima in un seminario tematico.

Alla fine di ogni consultazione veniva anche riferito il tempo della consultazione.

In ogni consultazione erano sempre presenti aspetti clinici gestionali e relazionali anche se con consistenza diversa a seconda dei casi. I canovacci sono sempre adattamenti per l'aula di situazioni realmente avvenute. Non viene costruito nessun canovaccio ad hoc

Molte volte ogni consultazione ha un "titolo" che viene comunicato alla fine

✓ 11.07.07 2 sessioni: *Infezione delle alte vie respiratorie*

- ✓ 18.07.07 2 sessioni: *Diagnosi e trattamento della lombalgia acuta*
- ✓ 20.12.07 1 sessione: *Tecniche di consultazione: con la traccia di argomenti clinico gestionali sfumati (consigli sull'opportunità di un intervento chirurgico, sintomi strani, ecc) al fine di lavorare sull'individuazione del problema del paziente*
- ✓ 12.03.08 2 sessioni: *Il rischio cardiovascolare con attenzione particolare a problemi legati all'ipertensione.*
- ✓ 09.04.08 1 sessione: *Problemi relativi all'asma e alla bronchite cronico ostruttiva*
- ✓ 30.09.08 1 sessione: *Il rischio cardiovascolare con attenzione particolare a problemi legati al diabete mellito*
- ✓ 28.01.09 1 sessione: *Interruzione volontaria di gravidanza*
- ✓ 09.09.09 2 sessioni: *La comunicazione della cattiva notizia / il paziente psichiatrico psicotico*

OSSERVAZIONI CONCLUSIVE RELATIVE A PROBLEMI DI VALUTAZIONE

Nelle esperienze internazionali esistono esperienze di paziente simulato usato come sistema di valutazione. Di solito, però, ci si limita alla valutazione di abilità specifiche o di comportamenti relazionali osservabili (comunicazione non verbale, ad es). Inoltre negli USA è in corso una revisione critica dell'uso valutativo di questo strumento. In Olanda e in Inghilterra, invece, si pone l'accento più sul percorso formativo ponendo l'accento sul feedback durante il percorso o sul feedback come la restituzione dei discenti.

In questo percorso, quindi, non è stata fatta una valutazione dei discenti, anche se ciascuno di loro doveva partecipare alle sessioni e fare almeno due consultazioni in tutto il percorso. Altro esercizio del gruppo è stato quello di mettere in atto una pratica collaborativa di "consulto" al collega o alla collega che faceva la consultazione. Sia individualmente che collettivamente i colleghi hanno fatto cambiamenti significativi, forse anche come risultato di tutto il percorso formativo.

In conclusione si riporta di seguito un esempio di feedback finali dato in forma anonima da tutti i partecipanti (pazienti simulati, discenti, docenti, conduttori ed eventuali osservatori) alla fine di una sessione.

OGGI HO IMPARATO CHE ...

1. Certe volte i pazienti confondono un metodo tecnico come la RM con una terapia; come gestire un paziente che non vuole per niente assumere farmaci; che non devo mandare un paziente in PS che aveva un sospetto TIA 3 giorni fa
2. Che in MG è spesso faticoso cercare di convincere i pazienti di quello che noi medici riteniamo giusto e per cosa noi abbiamo studiato tanto
3. Ho imparato alcune strategie. Dalla prima consultazione l'importanza di un secondo parere. Moira ha chiesto una consultazione di un altro ortopedico. Dalla seconda consultazione l'offrire alla paziente offerte diagnostiche e terapeutiche su misura, che lei riesca ad accettare e quindi a effettuare realmente
4. Che esistono pazienti che non accetterebbero neppure di prendere un'aspirina; mai stupirsi troppo di ciò che il paziente non vuole fare
5. Sono contenta per la scelta dei casi che rappresentano situazioni frequenti nell'ambulatorio del MMG. Sto apprendendo sempre di più che la contrattazione è l'arma vincente in molte situazioni, ma dal saperla gestire mi manca ancora tanto, ma penso che attraverso queste simulazioni posso imparare molto
6. Che le cose (gli elementi della consultazione) possono essere lette in modi diversi; che pian piano comincio a non temere più il giudizio degli altri; che quando hai delle certezze, queste, sentendo il parere degli altri vacillano
7. Ho apprezzato molto l'importanza di dare una rappresentazione visiva della mappa della consultazione
8. L'abilità nel gestire le diverse problematiche del paziente con strategie relazionali diverse da quelle che avrei utilizzato.
9. Utilizzare il simulato come consulenza aiuta a capire che lo stile del medico incide in maniera molto importante sull'andamento della consultazione, portando a risultati estremamente diversi. Ne consegue l'importanza di riuscire ad usare stili diversi adattandosi al paziente che si ha di fronte
10. Il quieto vivere, a volte, vale di più che affannarsi a lottare contro i mulini a vento
11. In generale il paziente simulato aiuta a capire il punto di vista del paziente. Molto spesso ti accorgi che quel che tu percepisci di lui, non corrisponde alla realtà. Ripetuto a distanza di tempo, ti accorgi di come tu sia cambiato nell'affrontare le situazioni

12. Ho capito che ogni consultazione (pur vertendo sullo stesso argomento) acquista un taglio diverso in relazione alle aspettative del paziente e al modo di porsi del medico. Di conseguenza, non si può prescindere da questo per cercare di raggiungere degli obiettivi

13. Quanto sia importante l'attenzione del medico verso il paziente che non "dice", ma "trasmette". È importante quindi la relazione medico-paziente in modo vincente. Ovvero arrivare a curare non "accontentare"

14. Non bisogna avere paura del medico. La visita può risolvere tanti problemi e prevenire qualcosa di grave

15. Il ragionamento clinico naviga seguendo la corrente della disponibilità del paziente

16. Oggi è stato sottolineato come l'ascolto del paziente in tutte le forme (verbale, non verbale, storia ...) produca materiale clinico

Trento novembre 2009

Norma Sartori

Fabrizio Valcanover

1.25. ORGANIZZAZIONE, STRUMENTI INFORMATIVI, INFORMATICA

1.25.1. NOZIONI DI ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO IN MG

Responsabile: dr Fabrizio Valcanover

DOCENTI COINVOLTI Dott. Fabrizio Valcanover

Premessa

Il seminario non ha avuto una sua articolazione didattica autonoma perché è stato un supporto a tutto il percorso formativo con alcuni approfondimenti ma sostanzialmente calato all'interno di specifiche necessità organizzative: a secondo degli approfondimenti relativi ad aspetti clinici, gestionali, informativi o in relazione a frequenze presso lo studio singolo o le medicine di gruppo dei mmg sono stati presentati prima o approfonditi dopo i diversi contenuti del programma

Programma e articolazione della didattica

Introduzione

Nel corso degli anni novanta del secolo scorso una parte degli studi organizzativi in ambito internazionale poneva l'accento sull'ottica di servizio sull'approccio negoziale e sul diverso approccio direttivo ed organizzativo delle aziende di servizi.

Significativi in questo senso gli scritti di E. Normann (R. Normann, La gestione strategica dei servizi, ETASLIBRI), A. Parasuraman (V.A: Zeithaml A. Parasuraman, L.L. Berry, Servire qualità McGraw-Hill) e Lax e Sebenius (D.A. Lax J.K. Sebenius, Saper Negoziare, Sperling e Kupfer editori).

In quegli anni anche nell'ambito della medicina generale italiana si cominciava a porre le basi di un mutamento professionale del medico di medicina generale al quale cominciavano ad essere chiesti compiti anche di direzione e gestione di reti organizzative oltre ad un mutamento del suo contesto lavorativo da singolo ad organizzato in gruppo.

Fino al 2000, però, i ritardi culturali legati al settore politico ed amministrativo ma anche ai sindacati e a molte delle società scientifiche della medicina generale di fatto ha impedito il decollo di un assetto organizzativo diverso nel contesto lavorativo e quindi anche di una pratica e di un pensiero professionale.

Non è un caso che lo scritto di G. Parisi e F. Valcanover, del 1995, su l'Organizzazione in Medicina generale dal punto di vista del management del mmg trovava spazio solo su particolari riviste non mediche che si occupavano di organizzazione nell'ambito dei servizi. (Organizzare la medicina, Sviluppo ed Organizzazione Marzo/Aprile 1995, 148:87-107).

Negli ultimi anni, però, sulla spinta delle proposte di Utap e Casa della Salute l'interesse generale dei professionisti medici di medicina generale e del SSN si orienta sempre di più sulle nuove forme associative nella medicina generale.

Diventa quindi rilevante un percorso che stimoli i medici specializzandi in medicina generale a riflettere sulle forme organizzative in medicina generale.

Al medico di medicina generale viene sempre più richiesta una capacità di dirigere reti organizzative e relazionali sul territorio anche con fini di utilizzo razionale delle risorse disponibili; viene altresì richiesto di mediare tra interessi del singolo ed interessi della comunità e contemporaneamente offrire un servizio di qualità orientato alla soddisfazione del cliente, senza sacrificare la conoscenza clinica.

Il ruolo storico del medico "pratico" quale interfaccia tra cultura popolare, cultura scientifica e cultura istituzionale, la necessità di porsi nell'ottica di un servizio orientato al cliente in quanto l'utente è sempre più considerato in ambito organizzativo un soggetto attivo che partecipa, negoziando nella costruzione degli assetti organizzativi dei servizi, l'aumento esponenziale degli scambi di informazioni (forse a scapito della qualità), sono alcuni dei molti aspetti dei quali si è tenuto conto nel proporre obiettivi e contenuti dei corsi.

Recentemente inoltre si è riaperto il dibattito (aperto e chiuso negli anni ottanta) su forme particolari di erogazione del servizio che coniughino l'attenzione sul singolo e quello sulla popolazione ed in particolare sugli ambulatori orientati per problemi/patologie, quale ulteriore forma di integrazione tra clinica, organizzazione e relazione.

Proprio questo particolare ruolo del medico di medicina generale lo espone ad un ambiente turbolento non solo biologicamente ma anche socialmente e culturalmente. Ha che fare con l'incertezza e l'errore. Tutto questo implica un approccio articolato e costruttivo ai problemi del management al fine di stimolare il tirocinante a sviluppare una capacità di apprendere dall'esperienza e quindi di essere in grado di fronteggiare incertezza e variabilità, sviluppando capacità negoziali anche in ambito organizzativo.

Obiettivo generale

Il discente deve acquisire competenze organizzative che gli permettano di organizzare il proprio lavoro (da solo, con altri colleghi, gestendo personale infermieristico e/o segretariale) qualificando la propria professionalità clinica e relazionale, rispondendo alle aspettative reali del cittadino – anche negoziando con lui – avendo capacità di dialogare con altri sistemi del SSN, essendo in grado di discriminare le priorità.

Articolazione percorso per obiettivi e/o competenze

Conoscenze acquisite in altri percorsi seminariale:

La storia del medico di medicina generale italiana, la cartella clinica, conflitto e negoziazione, il consenso informato, l'organizzazione distrettuale.

Conoscenze di contesto (e di letteratura) con attenzione particolare alla realtà italiana ma anche all'esperienza europea:

L'accesso del paziente in studio, l'accesso al domicilio del paziente, uso del telefono, del fax, della segreteria telefonica, delle e-mail e di altri strumenti informatici .

Conoscenze generali su tematiche relative all'organizzazione e le reti

Cosa è un'organizzazione, reti formali e reti informali, l'ottica di servizio, i consulenti del medico di medicina generale.

Competenze organizzative e gestionali

Essere in grado di organizzare l'accesso al proprio studio disegnando un ipotesi simulata che tenga conto della eventuale presenza di altri colleghi, di personale di studio, sia in ambiente cittadino che periferico.
L'ambulatorio per problemi in medicina generale nell'ambito dello studio singolo, di gruppo ed integrato nel distretto (o nell'Utapi e/o Case Salute)

Essere in grado di partecipare con contributo attivo certificato alle riunioni di carattere organizzativo del proprio tutor nell'ambito della medicina associata (ove esiste) Essere in grado di partecipare con contributo attivo certificato alle riunioni di carattere organizzativo del proprio tutor con altri operatori sanitari e non sanitari del proprio distretto.

Contenuti proposti e note sul percorso didattico effettuato

1. Reti relazionali e reti informative in medicina generale.

Vissuti di salute e malattia (Illness e disease)

Il paziente pieno: soggettività ed ability to cope

Sistema di riferimento profano.

Il network di lavoro del medico di medicina generale

La famiglia dei curanti

I tre registri della medicina generale (clinico, organizzativo e antropologico) e il fare ologrammatico del medico di medicina generale Reti formali reti informali

Organizzazione formale ed organizzazione informale

I consulenti, i collaboratori ed il problema dell'invio nell'ottica di rete.

Questi contenuti sono stati affrontati nel corso del secondo anno in tre sessioni nella primavera del 2008 in lezioni d'aula interattive. In parte sono stati ripresi nella lezione tenuta nell'ambito del seminario sulle problematiche di fine vita relativamente ai concetti di "famiglia dei curanti" "network di lavoro del medico di medicina generale" "reti di consulenti" .

Le lezioni hanno attinto anche dalla letteratura sociologica ed antropologica. E' stata fornita bibliografia ai discenti

2. L'ottica del servizio, qualità negoziazione e conflitto in medicina generale.

L'ottica del service management in medicina generale

Aspettative, soddisfazione del paziente e qualità negoziata in medicina generale

Questi contenuti sono stati affrontati in parte nella prime lezioni e riprese nel "Laboratorio della Relazione e della Comunicazione" per il forte legame che esiste tra ottica del servizio e abilità negoziali in medicina generale.

L'approfondimento sulla qualità e sulla storia della qualità è stato sviluppato nella tarda primavera del 2009 dal dr. Giuseppe Parisi e dal d. Pasquale Laurino in due moduli di tre ore

3. Organizzazione del servizio in medicina generale.

Riflessione sull'organizzazione: cos'è un organizzazione; metafore organizzative; l'organizzazione nei sistemi viventi; organizzazione e apprendimento.

L'organizzazione del lavoro del medico di medicina generale.

Orari di ambulatorio e gestione delle attività ambulatoriali, domiciliari e di rete (Il telefono, il sistema di appuntamenti, personale segretariale e/o infermieristico dipendente)

Ambulatorio per accesso , ambulatorio per problemi

Strumenti di lavoro e piccola tecnologia

Lavoro singolo, lavoro di gruppo e lavoro in gruppo.

Cure primarie e medicina generale: nuovi assetti organizzativi e nuove professionalità in team

Cure primarie e medicina generale: la domanda (e/o il bisogno) del paziente e della sua comunità di fronte ad una famiglia di curanti nuovo

Cure primarie e medicina generale: specificità, centralità e relazione di lunga durata nei futuri scenari possibili

Tempo e spazi di lavoro e tempi e spazi personali.

Aggiornamento formazione e didattica. (cenni)

Questi contenuti sono stati affrontati nelle ultime lezioni del autunno 2008 e gennaio 2009.

Gli argomenti sono stati affrontati partendo dall'esperienza pratica di frequenza presso il proprio tutor, analizzando le diversità tra i diversi stili organizzativi, o analizzando specifici assetti organizzativi relativi all'accesso, all'uso di strumenti di comunicazione con una particolare esercitazione sul telefono e segreteria telefonica.

La scelta di affrontare verso la fine del percorso formativo questi argomenti è derivata dall'opportunità di confrontare la pratica con la letteratura al fine di fornire strumenti interpretativi degli assetti organizzativi e di prefigurare possibili futuri scenari lavorativi per i colleghi in formazione

4. Contenuti che sono affrontati in altri percorsi seminariali e che hanno attinenza con gli aspetti organizzativi della professione medico di medicina generale:

- ✓ Storia della medicina generale italiana e mondiale (nell'ambito del seminario sulle Teorie e Metodi in Medicina Generale – un modulo)
- ✓ Informazioni, dati e organizzazione della cartelle clinica (nell'ambito del Seminario sull'Informatica Base un modulo)
- ✓ Conflitto, negoziazione (nell'ambito del Laboratorio sulla Relazione la Comunicazione e il Disagio Psicico – un modulo)
- ✓ La qualità (nell'ambito del Laboratorio sulla Ricerca e della Qualità – 2 moduli, docente dott. Giuseppe Parisi)
- ✓ Organizzazione formale ed organizzazione informale nelle reti di cura – 1 modulo nel corso del seminario sulle Problematiche di fine vita)

Metodologie didattiche.

Il percorso si è articolato in lezioni interattive, in lavori in piccoli gruppi, lavori di lettura , riflessione, e preparazione di lavori scritti

E' stato privilegiato un lavoro di osservazione e discussione degli assetti organizzativi dei propri tutor.

Materiali di Valutazione

Commento scritto ad un articolo che permetta di mostrare di aver acquisito alcune conoscenze base sull'organizzazione del lavoro in mmg (individuale)

E' stato scelto il saggio "Organizzare la Medicina" di G. Parisi F. Valcanover, pubblicato nel 1995 sulla rivista "Sviluppo ed Organizzazione" della Bocconi del CrORA (Centro di Ricerca sull'Organizzazione Aziendale Università Bocconi – Milano)

Il lavoro è stato eseguito da tutti i discenti

Commento scritto sul confronto su assetti organizzativi diversi della medicina generale, utilizzando il periodo di rotazione presso uno studio di medicina generale diverso da quello del proprio tutor. (individuale)

Il lavoro è stato eseguito da tutti i discenti

Preparazione di una segreteria telefonica (individuale)

Il lavoro è stato eseguito da tutti i discenti

Lavoro di studio e analisi di almeno un particolare organizzativo della medicina generale: il telefono e la segreteria telefonica (collettivo ed individuale))

Il lavoro è stato eseguito da tutti i discenti

Esempi di lavori

Esempio di un lavoro su come dovrebbe essere un messaggio di segreteria telefonica.

LA SEGRETERIA TELEFONICA

MESSAGGIO DAL LUN AL VEN

Risponde la segreteria telefonica del dr./ dr.ssa XXXXXXXX Per comunicazioni **non** urgenti lasciate un messaggio indicando chiaramente nome, cognome, problema, numero di telefono ed eventuali richieste. Per contattarmi direttamente e richiedere visite a domicilio potete chiamare questo numero durante gli orari di ambulatorio. Per richiedere ripetizioni di ricette e appuntamenti telefonate a questo numero mezz'ora prima e mezz'ora dopo l'orario di ambulatorio. In caso di emergenza chiamate il 118. Dalle 20 alle 8 è in funzione il servizio di guardia medica che risponde al numero 0461123456 ripeto 0461123456. Grazie

MESSAGGIO WEEKEND


Risponde la segreteria telefonica dr./ dr.ssa XXXXXXXX . In caso di emergenza chiamate il 118. Per i casi non urgenti dalle 20 del venerdì alle 8 del lunedì è in funzione il servizio di guardia medica che risponde al numero 0461123456 ripeto 0461123456. Grazie

Alcuni lavori sono stati preparati registrando direttamente in formato mp3 il messaggio proponendolo in seguito all'ascolto e valutazione del docente e dell'aula

Esempio di lavoro eseguito collettivamente sull'uso del telefono

Queste due tavole rappresentano la riflessione finale del gruppo dopo aver consultato la letteratura, riflettuto sull'organizzazione dei mmg tutor e dopo aver fatto un lavoro individuale di riflessione e proposta sull'uso del telefono nel lavoro del mmg.

DOVE ?



| TELEFONO DOMICILIO | TELEFONO STUDIO | TELEFONO CELLULARE |
|--|---|--|
|  <p><u>DEDICATO</u> <u>FAMILIARE</u></p> | <p>SEMPRE PRESENTE</p> | <p>USO PERSONALE O SEMILAVORATIVO</p> |
| <p>SEGRETERIA TELEFONICA</p> | <p>SOLITAMENTE SENZA SEGRETERIA</p> | <p>LAVORATIVO ↓</p> |
| <p>- USO PASSATO (RETAGGIO) - CAMBIO CONCETTO REPERIBILITA' - CONTESTO (--) - PRIVACY</p> | <p>LUOGO (E USO) PER RISPOSTA DIRETTA</p> | <p>A ORARI FISSI</p> <p>CONTINUAMENTE ↓</p> <p>PAUSE: - PRANZO - BAGNO - SEGRETERIA CELL. - NOTTE</p> |


COME ?


MOLTO IMPORTANTE :

- RELAZIONI CON IL PAZIENTE
- CONTESTO

ALTERNATIVE

- A)  SOLO CELLULARE (FASCE FISSE + SEGRETERIA)
-  ALTRE FASCE DI RISPOSTA DIRETTA

- B)  FISSO PER RISPOSTA DIRETTA

- C)  MENO TELEFONO + AMBULATORIO ?

TEL. STUDIO (+ SEGRETERIA TELEFONICA)

CELLULARE (TRASFERIMENTO DI CHIAMATA)

RISPOSTA DIRETTA (IN ALCUNI ORARI, NON DURANTE LA VISITA)

ASCOLTO (DOPO LE VISITE, NEL POMERIGGIO ALCUNE VOLTE)

Conclusioni

Le competenze organizzative e gestionali del medico di medicina generale sono importanti e critiche con l'evoluzione in corso degli assetti sanitari delle cure sanitarie primarie e con il cambiamento dei bisogni, delle patologie, delle richieste e del potere negoziale del cittadino. L'argomento è molto delicato perché si inserisce anche in un momento in cui spesso le logiche di mercato non favoriscono un approccio critico e significativo all'offerta di cure e servizi sanitari.

L'esperienza di questo seminario mostra che gli specializzandi adeguatamente stimolati, leggono tesi impegnative, li commentano e cercano soluzioni creative ai problemi organizzativi.

Nel corso dell'esperienza del Paziente Simulato, inoltre, hanno potuto mostrare acquisizione di competenze organizzative integrate ad aspetti relazionali e clinici.

Se l'articolazione del percorso è stata funzionale in questo contesto era perché esisteva un programma generale ed un obiettivo generale che seguiva un percorso logico e formativo.

Se questi contenuti – a mio avviso importanti – sono calati in contesti formativi meno strutturati ed integrati vale la pena fare percorsi più brevi ridefinendo i concetti chiave su cui puntare

Dott. Fabrizio Valcanover

Trento novembre 2009

1.25.2. INFORMATICA DI BASE E SOFTWARE GESTIONALI IN MG

Responsabile: dr Carlo Buongiovanni

DOCENTI COINVOLTI Dr. Carlo Buongiovanni; Dr. Chiumeo Francesco; Dr. Andreatta Eduino; dr. F. Valcanover; Dr. Chesani Fabio; dr. Maronato Gianni; Dr. Scalfi

OBIETTIVI DIDATTICI : Approfondire le conoscenze relative all'informatica di base, ai principali software in uso nell'ambulatorio di Medicina Generale, all'informatica avanzata alla qualità dei dati raccolti ed al loro scambio.

OBIETTIVI SPECIFICI: il discente deve acquisire le conoscenze specifiche per un'attenta valutazione e scelta della cartella clinica informatizzata e valorizzarne le più significative potenzialità soprattutto nell'interazione con gli altri attori sia della sanità del territorio che di quella ospedaliera.

CONTENUTI

- ✓ Saper riorganizzare la tradizionale modalità di lavoro in ambulatorio del MMg, contestualizzandovi organicamente l'uso del personal computer senza compromettere la relazione Medico Paziente
- ✓ Saper usare la cartella clinica informatizzata orientata per problemi e gestire i dati clinici
- ✓ Saper migliorare i percorsi di diagnosi e cura, utilizzando al meglio le opportunità offerte dai principali software in uso per la gestione della cartella clinica informatizzata e tra esse anche quelle dedicate ai processi di self audit
- ✓ Saper interagire con la banca dati dell' Azienda Sanitaria, gestendo e valorizzando le potenziali ricadute che questa opportunità ha sul proprio lavoro.

METODI DIDATTICI Nel seminario è stata trattata l'informatica di base e sono stati presentati da parte dei "tutor testimoni", gli aspetti più significativi dei principali software gestionali in uso in MG. Il "tutor testimone" è un tutor scelto tra quelli già impegnati nell'attività di tutoraggio ambulatoriale, considerato esperto conoscitore di quello specifico programma. Il suo ruolo dunque non è quello di docenza, bensì quello di chi illustra ai discenti i motivi della sua scelta e gli aspetti più significativi del suo programma.

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI i discenti si sono mostrati molto attenti alle presentazioni fatte in aula informatica interagendo con i tutor testimoni che hanno presentato le principali cartelle cliniche al momento in uso sul territorio.

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO: seminario essenzialmente pratico condotto totalmente in aula informatica e dunque molto interattivo e partecipato.

1.26. PROBLEMI DEONTOLOGICI, ETICI, LEGALI E CONTRATTUALI

1.26.1. CONTRATTI E LEGISLAZIONE 1[^] E 2[^] PARTE, 3[^] PARTE

1.26.1.A.RESPONSABILE: DOTT. JOSEF JÖRG

DOCENTI COINVOLTI Renato Zerbinati Josef Jörg

OBIETTIVI DIDATTICI

OBIETTIVI GENERICI: conoscenza A.C.N.

OBIETTIVI SPECIFICI: ruolo del m.m.g.,attività convenzionata,libera professione.

CONTENUTI

Doveri previsti,associazionismo,continuità assistenziale,rapporti con il sistema di assistenza sanitaria

METODI DIDATTICI

Lezione frontale e dibattito

1.26.1.B.RESPONSABILE: DOTT. ANDREA FASANELLI

DOCENTI COINVOLTI Dr. Andrea Fasanelli

OBIETTIVI DIDATTICI

OBIETTIVI GENERICI: acquisire le conoscenze rispetto alle principali norme deontologiche, giuridiche, e contrattuali

OBIETTIVI SPECIFICI: acquisire le competenze sulla corretta certificazione e sugli atti a valenza medico legate che il medico di medicina generale è tenuto ad effettuare nell'ambito della propria attività.

CONTENUTI

Le principali norme del codice di deontologia medico, la figura di medico pubblico: obblighi e competenze.

METODI DIDATTICI

Lezione e dibattito in aula guidato con esempi e proiezione slide.

1.26.2. L'ETICA CLINICA

Responsabile: drs. Loreta Rocchetti

DOCENTI COINVOLTI Drs. Loreta Rocchetti; Prof. Paolo Dordoni

OBIETTIVI

Gli obiettivi del corso, vista la vastità dell'argomento e il numero limitato di ore a disposizione, si sono limitati a cercare di portare i discenti a

- ✓ comprendere la complessità delle scelte etiche nell'attività clinica soprattutto in considerazione della multiculturalità, dell'importanza riconosciuta all'autonomia e alla scelta morale del paziente nel percorso di cura proposto, alle possibilità straordinarie offerte dalle biotecnologie e loro conseguenze sulla vita dell'individuo.
- ✓ Conoscere i rudimenti di qualche metodo di approccio alle situazioni problematiche (metodo deliberativo/socratico)
- ✓ Conoscere il contenuto del Codice di Deontologia Medica

Per quanto riguarda questo ultimo obiettivo, si è preferito fare solo un richiamo alle disposizioni del Codice Deontologico applicate a ciascun caso che si presentasse alla discussione, inviando al successivo seminario (Paziente in fase avanzata di malattia e cure palliative) la parte sostanziosa della deontologia che riguarda l'approccio deontologico alla fase finale della vita.

SVOLGIMENTO DEL CORSO E CONTENUTI

Servendosi di un caso di attualità (il caso Eluana Englaro che coinvolgeva tutti in quel periodo) si è cercato di far riflettere i discenti nella ricerca e comprensione delle "buone" ragioni dell'altro che vanno considerate anche e soprattutto se diverse dalle nostre buone ragioni.

I discenti sono stati divisi in quattro gruppi, dopo aver introdotto il caso e fornito materiale, ciascun gruppo doveva, rispettivamente, indagare 1. Le ragioni di Eluana e di suo padre, 2. Le ragioni dei professionisti della salute, 3. Le ragioni del diritto, 2. Le ragioni di una parte dei cattolici.

Dopo aver discusso in plenaria le singole posizioni si è cercato di mettere in pratica un metodo che aiutasse ad assumere decisioni non considerando le illusioni emotive di cui tutti siamo "vittime" ma con il massimo possibile di obiettività (teoria dell'utilità attesa? Metodo deliberativo? Dialogo socratico?)

Il caso ha dato l'occasione di approfondire gli aspetti etici e deontologici della Nutrizione Artificiale, di accennare ai Principi della Bioetica e di esaminare gli articoli più importanti del CD professionale, in particolari quelli che possono porsi in collisione con la cultura dominante (o la legge assente)

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

I discenti hanno partecipato tutti con interesse alla discussione, dimostrando una certa maturazione nel corso dei tre incontri, soprattutto nel cogliere l'aspetto critico delle situazioni.

OSSERVAZIONE

Si è notata l'assoluta ignoranza da parte dei discenti dell'esistenza del Codice Deontologico al quale si dovrebbe dedicare forse un tempo maggiore.

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO

UNITA': 6 Moduli di 3 ore. Periodo : autunno –inverno 2008

| | | |
|----------------------|----------|---|
| Dordoni + Rocchetti | 2 moduli | Merc. 29 ottobre 2008 9.30-12.30/14.00-17.00 |
| Rocchetti | 1 modulo | Mercoledì 12 novembre 2008 14.00 – 17.00 |
| Rocchetti + Galvagni | 1 modulo | Mercoledì 19 novembre 2008. 14.00 – 17.00 |
| | | |

Metodi:

Se possibile visione filmati in accordo con Bertoluzza

| | | Programma da perfezionare |
|----------------------|---|---|
| Dordoni Rocchetti | Merc. 29 ottobre 2008 9.30-12.30 14.00-17.00 | Servendosi di un caso di attualità (caso pretesto) il docente cercherà di introdurre i discenti alla comprensione delle "buone" ragioni dell'altro che vanno considerate anche e soprattutto se diverse dalle nostre buone ragioni. Cercare di assumere decisioni non considerando le illusioni emotive di cui tutti siamo "vittime" ma con il massimo possibile di obiettività (teoria dell'utilità attesa? Metodo deliberativo? Dialogo socratico?) 09.30 – 12.30 09.30 - 10.30 Il caso Englaro. Lettura e presentazione in plenaria 10.30 – 11.30 Lavori in quattro gruppi (le ragioni di Eluana e di suo padre); (le ragioni dei professionisti della salute); (le ragioni del diritto); (le ragioni di una parte dei cattolici). 11.30 - 12.30 Ripresa e Sintesi in plenaria 14.00 - 17.00 14.00 – 15.15 La rappresentazione del caso. Vita vs autodeterminazione? Individuo vs. Collettività? Utilità vs. Intenzioni? Alcune posizioni filosofiche a confronto. 15.15 – 15.30 Pausa 15.30 – 17.00 Oltre lo stallo. Dilemmi o problemi di bioetica? La bioetica come palestra di etica pubblica. Spunti |
| Rocchetti | Merc. 12 novembre 2008 14.00 – 17.00 | Si esamineranno assieme ai discenti gli articoli più importanti del CD professionale, in particolari quelli che possono porre in collisione con la cultura dominante (o la legge assente) Applicazioni pratiche del dettato deontologico a situazioni clinico-etiche particolari ad esempio prescrizione pillola del giorno dopo, volontà anticipate di trattamento, accanimento terapeutico-eutanasia |
| Rocchetti | Merc. | Analisi di casi presentati dai discenti |

| | | |
|------------|------------------------------------|---|
| + Galvagni | 19 novembre 2008. 14.00 – 17.00 | Illustrazione del funzionamento (obiettivi e pratica) del CE Aziendale , del quale la dott.ssa Galvagni è Segretaria Scientifica, e della Commissione di BE, della quale Rocchetti è Coordinatrice. |
|------------|------------------------------------|---|

1.27. INTRODUZIONE ALL'UTILIZZO DI STRUMENTI TECNICI, TECNOLOGICI E DI ABILITA' UTILI PER GESTIRE ALCUNI PROBLEMI IMPORTANTI IN MEDICINA GENERALE

1.27.1. ECG

Responsabile: dr. Chesani Fabio

DOCENTI COINVOLTI Dr. Chesani Fabio

OBIETTIVI DIDATTICI

OBIETTIVI GENERICI: Saper riconoscere un ECG sicuramente normale da uno patologico

OBIETTIVI SPECIFICI: Saper riconoscere le principali alterazioni ECGrafiche : ipertrofia ventricolare dx e sx, blocchi di branca dx e sx , lesioni ischemiche , le principali aritmie

CONTENUTI

Riconoscimento ECG normale

Riconoscimento Ipertrofie ventricolari e atriali, blocchi di branca

Riconoscimento delle lesioni ischemiche

Riconoscimento delle aritmie principali

METODI DIDATTICI

Lezione frontale iniziale con discussione; esercitazioni pratiche singole con lettura di ECG con commento finale in comune

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

Buona attenzione generale con interesse per l'argomento

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO

Dalla lettura di alcuni ECG riscontro di buon apprendimento, anche se questo va chiaramente molto rafforzato con ulteriore studio da eseguirsi singolarmente, ma soprattutto con esercizio continuo di lettura di ECG là dove è possibile – soprattutto nei tirocini in ospedale – con successivi confronti con gli esperti in reparto.

1.27.2. TECNOLOGIA PER PAZIENTI ASMATICI (SPIROMETRIA)

Responsabile: dr Paolo Colorio

DOCENTI COINVOLTI Dr. Francesco Chiumeo, Dr. Paolo Colorio

OBIETTIVI DIDATTICI Apprendere il corretto l'uso della spirometria e degli strumenti diagnostici e devices terapeutici per applicarli nella pratica lavorativa quotidiana

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

OBIETTIVI SPECIFICI: Lo specializzando deve:

- ✓ Conoscere e saper usare lo spirometro.
- ✓ Conoscere e saper usare il PFM.
- ✓ Conoscere e saper usare il plusossimetro.
- ✓ Conoscere e saper insegnare ad utilizzare correttamente i principali devices per la terapia delle malattie respiratorie
- ✓ Conoscere le problematiche connesse all'ossigenoterapia di lungo termine.

CONTENUTI

Nelle prima sessione è stato presentato lo spirometro (2 apparecchi differenti) con illustrazione delle indicazioni, caratteristiche, modalità di utilizzo e successiva prova pratica di tutti i discenti.

Il seminario è proseguito nella seconda sessione con la dimostrazione d'uso e la prova pratica con il plusossimetro ad infrarossi. In questa sessione si è anche parlato delle problematiche prescrittive e pratiche della terapia con ossigeno a lunga durata si è poi effettuato un vero e proprio role playing relativo all'utilizzo del misuratore di picco di flusso e dei devices terapeutici per le malattie respiratorie ostruttive.

METODI DIDATTICI

La modalità didattica si è basata su brevi spiegazioni frontali e il coinvolgimento (role playing) di tutti i discenti nell'effettuazione di prove con le varie attrezzature, fino al raggiungimento di una manualità ed abilità sufficiente dei discenti per la funzione di insegnamento al paziente dell'utilizzo corretto degli stessi.

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

I discenti, hanno mostrato una notevole curiosità evidenziando un grado di apprendimento molto buono, con dimostrazione di una più che discreta acquisizione della tecnica d'uso degli strumenti presentati in tempi assai

brevi.

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO

La parte pratica pur con le difficoltà tecniche emerse con i programmi informatici è stata gradita e si è manifestata la richiesta di concedere più spazio alla dimostrazione con i devices e gli strumenti (role playing) data la difficoltà intrinseca a raggiungere la dimostrazione di un utilizzo corretto degli stessi.

EVENTUALE ARTICOLAZIONE CON ALTRI SEMINARI E/O EVENTI

L'unità didattica è svolta in associazione con la parte teorica d'aula relativa alla gestione del paziente con problemi respiratori di tipo ostruttivo e con una sessione con paziente simulato su un caso di asma sospetta: come comunicare la diagnosi possibile e quali strategie adottare.

1.27.3. IL PAZIENTE PRE-CRITICO

Responsabile: dr. Maurizio Virdia

DOCENTI COINVOLTI Dr. Graziano Villotti – Dr. Maurizio Virdia

OBIETTIVI DIDATTICI

OBIETTIVI GENERICI: Approccio al paziente nelle situazioni cliniche a rischio al fine di valutare il rischio evolutivo e attribuire un indice di gravità

OBIETTIVI SPECIFICI: Indurre i discenti ad acquisire una metodologia di approccio e analisi dei casi clinici secondo una sequenza di valutazione delle funzioni vitali e dei relativi parametri nonché il riconoscimento e l'interpretazione dei segni e sintomi eclatanti. L'attribuzione di un corretto indice di gravità permetterà di adottare un comportamento adeguato di assistenza

CONTENUTI

Proposta della sequenza di valutazione delle funzioni e dei parametri vitali, dei segni e sintomi eclatanti valida in ogni situazione di approccio al paziente

METODI DIDATTICI

Presentazione in plenaria con supporto elettronico in power point degli step della sequenza di valutazione.
Simulazione di gestione di casi clinici secondo la procedura proposta di valutazione del rischio

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

Proposta personale di valutazione e gestione di un caso clinico

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO

Elevato indice di interesse da parte dei partecipanti con ripetute richieste di estensione e approfondimento di altri momenti di formazione riguardanti l'approccio al paziente con trauma e nozioni di supporto avanzato delle funzioni vitali

EVENTUALE ARTICOLAZIONE CON ALTRI SEMINARI E/O EVENTI

Corso di BLSD

1.27.4. BLS

Responsabile: dr. Maurizio Virdia

DOCENTI COINVOLTI Dr. Maurizio Virdia – Dr. Graziano Villotti

ABSTRACT

La morte cardiaca improvvisa è un evento naturale dovuto a cause cardiache, preceduto da un'improvvisa perdita di coscienza, che si verifica entro un'ora dall'inizio della sintomatologia acuta, in un soggetto con o senza cardiopatia nota preesistente, in cui l'epoca e la modalità di morte sono imprevedibili. Nella maggior parte dei casi di morte istantanea (ad esempio come dopo infarto miocardico) il meccanismo sottostante è costituito da una tachiaritmia. Tuttavia è chiaro che altri meccanismi possono portare a morte improvvisa quali la rottura dell'aorta, la rottura di un aneurisma subaracnoideo, la rottura di cuore, il tamponamento cardiaco, l'embolia polmonare massiva, ecc. D'altra parte è anche noto che esiste una mortalità non improvvisa di origine aritmica, come avviene nei pazienti che muoiono per le complicanze successive ad un episodio di tachicardia ventricolare sostenuta associata a grave compromissione emodinamica.

La morte improvvisa è talora preceduta da segni premonitori, ma nella maggioranza dei casi rappresenta la prima manifestazione di una malattia coronarica. In caso di infarto miocardico acuto (IMA), l'incidenza delle aritmie responsabili dell'Arresto Cardiaco è massima durante le prime ore dall'insorgenza dei sintomi. Si stima che circa il 50% degli infarti miocardici sia complicato da arresto cardiaco.

La letteratura scientifica internazionale ha ampiamente documentato che nell'80-85% circa dei casi il ritmo di presentazione dell'arresto cardiaco è la Fibrillazione Ventricolare (FV) o la Tachicardia Ventricolare (TV). Solo nel 15-20% dei casi è riscontrabile una Asistolia o una Attività elettrica cardiaca senza polso (PEA), intendendo con quest'ultimo termine la presenza di un ritmo cardiaco diverso dalla FV o TV in assenza di una apprezzabile circolazione sanguigna. A differenza dell'asistolia e della PEA, la fibrillazione ventricolare e la tachicardia ventricolare possono essere trattate efficacemente con la defibrillazione elettrica e vengono pertanto talora paradossalmente indicate come "ritmi della salvezza". Nel 5-10% dei casi la morte cardiaca improvvisa avviene in assenza di malattia coronarica e di insufficienza cardiaca. L'Arresto Cardiaco è un fenomeno drammaticamente rilevante; si calcola che l'evento si verifica, in ambiente extraospedaliero, in circa 1 persona su 1000 per anno (circa 55.000 eventi/anno in Italia, 1700 in Sardegna). Tale numero è rilevante e di gran lunga superiore alle morti per carcinoma polmonare, AIDS o incidenti stradali.

In uno studio condotto nella popolazione di Maastricht l'80% degli arresti cardiaci extraospedalieri è avvenuto a domicilio e circa il 15% in strada o in ambienti pubblici; il 60% delle morti cardiache improvvise è avvenuto in presenza di testimoni.

La pronta attuazione di una serie di semplici provvedimenti è in grado di ridurre drasticamente la mortalità dovuta ad arresto cardiaco sia in sede intra che extra-ospedaliera.

OBIETTIVI

Aggiornare le conoscenze teoriche e perfezionare le abilità pratiche necessarie a prestare soccorso in situazioni di urgenza-emergenza con particolare riferimento al riconoscimento e al sostegno delle funzioni vitali in pazienti in arresto cardiaco.

Le linee guida proposte sono ricavate dai protocolli BLSd dell'American Heart Association (A.H.A.) e di Italian Resuscitation Council (I.R.C.)

SVOLGIMENTO DEL CORSO

Lezioni frontali sui contenuti con utilizzo di materiale didattico in formato elettronico power point.

Dimostrazione pratica su manichino, tenuta dai docenti, in sessione plenaria.

Esercitazione in piccoli gruppi (max 1/6) su manichino sia sulle manovre di BLS che sull'uso del defibrillatore.

Consegna di schede riassuntive degli argomenti trattati.

Programma lezione teorica:

Finalità e limiti del BLS

Il danno anossico cerebrale

La catena della sopravvivenza

Segni di allarme

Le fasi ABCD

La sequenza

Le valutazioni

Cause dell'arresto cardiaco e dell'arresto respiratorio

La ventilazione artificiale

Il massaggio cardiaco esterno

I defibrillatori semiautomatici esterni

Procedure operative per la defibrillazione precoce

L'ostruzione delle vie aeree da corpo estraneo

Programma lezione pratica:

Valutazione dello stato di coscienza

Manovra per la pervietà delle vie aeree

Esplorazione del cavo orale

Posizione laterale di sicurezza

Valutazione della presenza di attività respiratoria

Tecniche di ventilazione : Bocca-Bocca, Bocca-Naso (con e senza ausili)

Valutazione della presenza di circolo

Il massaggio cardiaco esterno

Tecnica a due soccorritori

La defibrillazione

Manovre di disostruzione delle vie aeree

Scenari di simulazione

VALUTAZIONE FINALE

Valutazione degli apprendimenti teorici attraverso la somministrazione di un questionario a risposte multiple.

Valutazione pratica, per ogni singolo discente, con prova su manichino di manovra di BLS. (skill test)

1.28. LABORATORIO CULTURALE

1.28.1. FILM E ARTI FIGURATIVE – SUPPORTO PREPARAZIONE COMMEDIA

Responsabile: dott. Mauro Bertoluzza

DOCENTI COINVOLTI dr. Mauro Bertoluzza

Il laboratorio culturale è stato articolato in più percorsi, a volte autonomo, spesso integrato con altri seminari (strumento trasversale al percorso formativo, di completamento e di supporto anche ad altre attività didattiche).

Gli strumenti utilizzati nel triennio 2006-2009 sono stati la filmografia, l'attività di recitazione, la partecipazione a mostra pittorica.

Obiettività didattica: facilitare la riflessione sulla complessità per integrare malattia biologica e malattia soggettiva, per stimolare la capacità di ascolto dei pazienti, per imparare ad essere nel contempo vicino e lontano, per affinarle proprie capacità gestionali e promuovere una visione olistica del paziente.

Percorso narrativo cinematografico

E' stato proiettato e discusso, all'interno del modulo sull'anziano, il film "Iris, un amore vero", la biografia della scrittrice Iris Murdoch colpita da malattia di Alzheimer.

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

Percorso artistico

E' stata proposta la partecipazione alla mostra pittorica itinerante "Curare e guarire – occhio artistico e occhio clinico (la malattia e la cura nell'arte pittorica occidentale).

Percorso teatrale

E' stata proposta la recita della piece teatrale "Un caso clinico" di Dino Buzzati, tratto da un suo racconto "Sette piani", rappresentato per la prima volta nel 1953 al Piccolo Teatro di Milano per la regia di Giorgio Strehler.

E' il racconto grottesco di Giovanni Corte, un manager agiato e benestante, che viene ricoverato per un check up all'ultimo piano di un ospedale organizzato su sette livelli, secondo la gravità dei sintomi. Una volta trasferito al piano inferiore non è più possibile tornare a quello

superiore, e scivolando di piano in piano Giovanni Corte si avvicina inevitabilmente alla fine dei suoi giorni, espropriato della sua salute e avvolto in una spirale di menzogne.

Al di là dei contenuti della commedia (la comunicazione medico-paziente, il rischio della medicina preventiva, la perdita d'identità del ricoverato, l'isolamento del malato dai sani, l'allontanamento e il disinteresse dei familiari...) la recita da parte degli specializzanti assume un aspetto didattico molto importante dal punto di vista formativo, crea un particolare clima di lavoro collettivo e favorisce l'integrazione di gruppo e l'apprendimento, con conseguente minore titubanza e maggior padronanza di sé e delle proprie emozioni nella realizzazione delle simulate.

1.28.2. PROGETTO PAROLA: LETTURA, STUDIO, SCRITTURA

Responsabile: Dr Fabrizio Valcanover

DOCENTI COINVOLTI Prof.ssa Laura Zambanini

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

Premessa

(Dott. Fabrizio Valcanover)

Il “Progetto Parola” fa parte di uno dei seminari sperimentali in quel campo enfaticamente chiamato delle “Humanities” che nella Scuola di Trento è stato chiamato “Laboratorio Culturale” anche per sottolineare che il mondo sanitario dovrebbe avvicinarsi con umiltà ed attenzione alle scienze dell’uomo: la tradizione migliore della medicina scientifica insegna che nel nostro campo il dubbio prevale sulla certezza essendo il motore della ricerca e della scoperta assieme alla curiosità.

In questo seminario (come in altre proposte del Laboratorio Culturale) si è preferito porsi alla ricerca di un contributo da dare a dei futuri medici di medicina generale che condivideranno mondi e visioni del mondo a loro lontane (come quella del mondo dei pazienti) cercando di sviluppare una “sensibilità”, una “attenzione” una capacità a “pensare nel corso dell’azione” piuttosto che sviluppare abilità specifiche utilizzando scomposizioni del lavoro culturale al fine di facilitare l’apprendimento di tecniche e conoscenze mediche sia cliniche, che gestionali che relazionali.

Con questo sguardo va letto questo seminario condotto dalla Professoressa Laura Zambanini docente di Lingua e Letteratura Italiana al Liceo Scientifico Galileo Galilei di Trento

Introduzione

Nell’anno scolastico 2002-03 la Scuola con lo stimolo e la conduzione del dott. Giuseppe Parisi e con la collaborazione del dott. Fabrizio Valcanover ha attivato all’interno delle attività del laboratorio culturale un “Laboratorio di scrittura: tecniche e modelli per la produzione scritta”, condotto dalla prof. Laura Zambanini che si poneva tali obiettivi:

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

L'introduzione di questo laboratorio rientrava nel progetto di inserire le humanities nel percorso curricolare del futuro medico di medicina generale, fornendogli strumenti che permettessero una crescita culturale e personale globale.

A distanza di diversi anni da questa esperienza, alla luce dell'impatto del precedente percorso e alla luce dell'evoluzione dei percorsi formativi proposti nella scuola, il percorso ha subito alcune modifiche che hanno delimitato e precisato gli obiettivi e ridotto gli armenti affrontati al fine di collegare maggiormente l'esperienza del corso (che comunque aveva dato soddisfazione dal punto di vista cognitivo esperienziale con miglioramenti anche nella qualità della scrittura) alla pratica professionale.

Il percorso proposto attualmente tiene conto del clima narrativo dell'incontro medico paziente, clima che influenza significativamente il percorso diagnostico e di cura del paziente. L'incontro con il paziente attiva sempre scambi argomentativi inseriti in un contesto emotivo relazionale che se giocato con la dovuta competenza esalta le strategie diagnostiche terapeutiche facilitando la comprensione della sofferenza del paziente e predisponendo ad una corretta strategia negoziale che faciliti il processo di cura.

Il percorso vuole fornire anche uno strumento affinché il professionista migliori le sue capacità di scrittura anche a fini professionali (articoli, tesi, libri, ecc).

Il percorso, con la sua immersione nel mondo delle humanities, vuole anche stimolare una riflessione sulla professionalità e sul proprio essere uomini oltre che medici.

Obiettivo generale

L'obiettivo generale è quello di stimolare ed accrescere alcune competenze generali professionali degli specializzandi, come illustrato in modo articolato nella Premessa e nella Introduzione.

Obiettivi specifici

Ogni lezione consta di due momenti, corrispondenti ai due obiettivi principali del corso:

1. Apprendimento di tecniche di scrittura finalizzate alla stesura della tesi: leggendo ottimi esempi di testi argomentativi e correggendo testi contenenti errori (di morfologia, sintassi, ortografia, punteggiatura, lessico).
2. Approfondimento sulla narrazione in quanto cuore della relazione di cura: leggendo ottimi esempi di testi narrativi e producendone.

Articolazione del corso (con dettaglio di metodi, contenuti, elementi di valutazione)

I lezione

- **Italo Calvino**: dall'Introduzione alla raccolta "*Fiabe italiane*" (1956):
 - Riflessione sulla letteratura come "catalogo di destini"
 - Esercitazione collettiva: diamo un titolo a questo testo.
- Esercizio di scrittura creativa: *Mi piace non mi piace* (da **Roland Barthes**: *Barthes*)
- Correzione collettiva degli elaborati (i testi prodotti in commento all'articolo di Cecil Helman), con focalizzazione di errori ricorrenti.
- Esercitazione di scrittura creativa (partendo da immagini):

Questa persona ti racconta la sua storia, in relazione ad un suo più o meno focalizzato problema di salute. Il tuo testo riporta questa narrazione, non traslitterando l'orale, ma con la correttezza di un testo narrativo. Hai un vincolo, rappresentato da una seconda

immagine, che sceglierai tra quelle proposte (dogma: il vincolo aiuta la creatività!). L'esercizio è una simulazione di una sequenza ascolto + rielaborazione di una narrazione, cioè una trascrizione dell'oralità (che è linguaggio delle parole e del corpo), nella consapevolezza dello scrivere come operazione artificiale.

II lezione

- **Stefano Rodotà** : *La laicità dopo il caso Sapienza*:
 - > i connettivi
 - > la frase topica
 - > la struttura dell'argomentazione
- **Daniel Pennac**: da "*Come un romanzo*" (1992):
 - Esercitazione individuale: racconta (una ventina di righe) il tuo rapporto con la scrittura.
- Sull'uso della virgola (fotocopia)
- **Nick Hornby**: *Così abbiamo vinto i nostri hooligans* (esercizio di comprensione del testo).
- **Boris Vian**: *Non vorrei crepare* : un'esercitazione di scrittura poetica
- **Louise Doughty** e **Natalie Goldberg** sulla metafora
- Esercizio di scrittura creativa: da "*Barthes*" di **Roland Barthes**: "*La costoletta*" (*Ecco cosa ho fatto un giorno del mio corpo...*)

III lezione

- Il medico di famiglia (dalla rivista "Una città"):
 - uso dei connettivi
 - individuazione di sequenze
- I connettivi e i coesivi (da **Luca Serianni**: Prima lezione di grammatica)
- Esercizio di scrittura creativa: (da Dai Sijie: "Balzac e la piccola sarta cinese") "*Più di ogni altra cosa mi inorridiva...*"
- Sul linguaggio medico: Stefania Panini: "Una gamba di legno di nome Smith" (da AA. VV: "Il linguaggio della salute" a cura di A. Lucchini)
- Correzione collettiva degli esercizi svolti, per tipologia di errori:
 - Ripetizioni
 - Paragrafazione
 - Tempi verbali
 - Uso dei connettivi
- Da "Come un romanzo": testo collettivo
- Sul punto di vista: 1) **Frederic Brown**: "*Sentinella*"
 - 2) Il punto di vista (da B. Panebianco – B. Pullega "Laboratorio di scrittura)
 - 3) Giorgio Vasta: Il punto di vista (da "Saper scrivere")
- Esercizio: Il paziente scrive una mail ad un parente parlando di te e della visita.

IV lezione

- Le introduzioni: correzione collettiva sulla parte "Introduzione" di alcune tesine a. a. 2007-08 (argomenti: il paziente iperteso; uso e abuso BZD; il consenso informato; gestione della depressione in MG)
- Le conclusioni (lavoro analogo)
- Da "Non vorrei crepare": testo collettivo
- "*La riforma sanitaria in Ghana*" (tesi di laurea presso la Facoltà di Scienze Politiche di Bologna, a. a. 2007-08):
 - a) Correzione collettiva di errori di lessico e sintassi
 - b) Esercizio: Trattando il testo come una fonte utile per la tua tesi, sintetizzane il contenuto in 3 paragrafi.
- Sul punto di vista: **Leonardo Sciascia** "*Il giorno della civetta*"
- **Franco Stelzer**: "*Cateteri e puppe*" (incipit)

- A. Agosti e A. Battistelli: *Linee guida essenziali per la preparazione delle tesi triennali* (Ateneo di Verona)
- Un capitolo da **Umberto Eco**: "*Come si fa una tesi di laurea*"
- Andrea Viviani: "*Struttura delle tesi di laurea*" (da "Saper scrivere")

Bibliografia (sulle tecniche di scrittura e sul linguaggio medico)

Conclusione ed elementi di valutazione

La natura sperimentale del percorso è comportato un'attenzione maggiore al feedback ed alla soddisfazione dei discenti, le cui valutazioni non vengono riportati in questo rapporto.

Il percorso ha comunque previsto al suo interno un continuo lavoro di produzione di esercitazioni e correzione guidata che hanno permesso anche un percorso valutativo di processo sia sui singoli che sul gruppo.

Si riportano di seguito due esercizi / produzioni originali dei discenti.

Esercizi (esemplificazioni sintetiche)

Esercizio da "Come un romanzo" (D. Pennac)

Ho scritto tanto, ho sempre amato scrivere.

Ho sempre pensato di scrivere abbastanza bene senza alcuna velleità di farlo per mestiere.

Mi piace scrivere, anche se sono abbastanza pigro e devo sempre forzarmi a cominciare.

Scrivere per me è come esprimere un desiderio a lungo coltivato e sapere che non potrà essere soddisfatto facilmente.

Non mi è mai piaciuto scrivere. Non ho fantasia, non trovo le parole adatte.

Nel complesso direi che non considero la scrittura un piacere, anche se questo un po' mi dispiace.

Il mio rapporto con la scrittura è povero.

Dilapidavo le mie energie mentali nel tentativo di esprimere idee, emozioni o semplici descrizioni che diventavano labirinti di parole e frasi lunghe e contorte.

A volte è molto frustrante avere delle idee chiare nella testa ma non riuscire a comunicarle. Mi sento come in una gabbia.

Di fronte ad una frase poco chiara mi diverto a spostare o eliminare parole o concetti, come se si trattasse di un enigma da risolvere.

Adesso non ho quasi più tempo di leggere ed anche la mia capacità di scrittura ne risente: mi sento arrugginita.

Come adesso, che sto scrivendo queste poche righe dopo due notti di lavoro e poco sonno ristoratore, e non riesco a trovare la giusta coordinazione tra pensiero e scrittura.

Faccio brutte copie piene di scarabocchi, frecce e asterischi, in un valzer che solo io posso riuscire a ricomporre. Non posso farci nulla, è la mia mente che funziona così: timida, ansiosa, distratta e perfezionista.

Sono prolissa. Cerco di essere asciutta, ma faccio fatica.

Trovo che proprio per un medico sia molto importante riuscire a trasmettere una sicurezza stilistica e grammaticale nello scrivere, rischiando altrimenti di perdere in professionalità.

Odio il mio parlare perché non riesco a correggerlo prima che esca.

Preferisco quel momento magico quando leggendo un libro trovo un pezzo che mi costringe a fermarmi e pensare: "Cavolo, ha descritto esattamente quello che ho provato io!"

(Adriano, Matthias, Giulia, Vera, Paola, Dario, Michela, Moira, Daniele, Roberta, Sonia)
14 gennaio 2009

Da "Non vorrei crepare" di Boris Vian: elaborazione collettiva (gennaio 2009)

Non vorrei crepare prima di avere camminato lungo la Muraglia Cinese,
aver provato l'assenza di gravità,
aver conosciuto tutto lo scibile, il sapere scientifico e quello profano,
aver di nuovo sentito il vento tra i capelli correndo in moto incontro al mondo,
e la scarica elettrica che solo quel bacio può suscitare

Non vorrei crepare prima che il rancore di molti sia dietro le spalle,
prima di volare senza paura di cadere,
e cadere senza paura di non rialzarmi,
prima di ammirare il visino perfetto del nostro bimbo.

Non vorrei crepare prima di bere fino all'ultima goccia il sidro più fresco,
prima che il cristallo del più profondo sé si sia aperto alla luce più chiara,
e la resina degli alberi sia diventata ambra.

Non vorrei crepare prima di aver colto la bellezza gratuita di quel che vivo,
prima di aver ringraziato per tutto.

Roberta, Giulio, Katrin, Moira, Adriano, Matthias, Dario, Daniele, Giulia e Paola, ispirati da Boris Vian
21 gennaio 2009

1.29. SCIENZE SOCIALI – SOCIOLOGIA MEDICA

Responsabili: dr. Fabrizio Valcanover, dott.ssa Norma Sartori

DOCENTI COINVOLTI Prof. Rino Fasol, dott. Fabrizio Valcanover

Premessa

(Fabrizio Valcanover)

Nel 2005 con la collaborazione della dr.ssa Norma Sartori e del dr. Giuseppe Parisi è stato proposto una giornata di seminario sulla sociologia della Medicina. L'interesse suscitato dal seminario e il progetto generale dell'introduzione delle scienze sociali all'interno della formazione del mmg hanno portato alla proposta di un seminario più lungo sulla sociologia della medicina.

Del resto è dall'antropologia e dalla sociologia che sono venuti contributi significativi all'introduzione di concetti come illness e disease, credenze, reti di aiuto, ecc, ed anche metodologie di indagine qualitative che hanno contribuito ad accrescere le competenze dei professionisti della salute in generale. Rilevanti anche i contributi delle scienze umane nello studio delle diseguaglianze e dei determinanti sociali della salute e delle malattie.

Purtroppo questo seminario è durato solo 15 ore (cinque moduli, di cui l'ultimo incompleto) a causa della improvvisa indisponibilità del docente.

Non esiste quindi una valutazione dei discenti i quali però hanno dato il loro contributo significativo con un feedback finalizzato a dare indicazioni per come strutturare un prossimo seminario.

Essendo la valutazione più significativa di questo seminario una meta valutazione sul percorso fatto , possiamo dire che da esso sono scaturite utili indicazioni su come introdurre proficuamente le scienze sociali nel curriculum del post-laurea nella formazione di un medico di medicina generale.

Queste valutazioni verranno esplicitate nel programma del prossimo seminario di sociologia.

Introduzione

Concetti come salute, malattia, cura, guarigione, accanto alla loro dimensione biofisica, inglobano significati e contenuti di natura sociale. La stessa pratica medica si esercita all'interno di un sistema di norme e di strutture organizzative che rappresentano un'espressione, storicamente e culturalmente determinata, delle regole di funzionamento della società.

Pertanto, sin dalle sue origini, la sociologia, come disciplina scientifica e come ambito di ricerca empirica, ha dedicato particolare attenzione a questi temi, elaborando specifici modelli di analisi e schemi interpretativi.

Obiettivo generale

Obiettivo generale del corso sarà quindi fornire elementi di conoscenza utili ad acquisire una maggiore consapevolezza e attenzione critica alla dimensione sociale di aspetti e situazioni centrali nella pratica medica.

In questa prospettiva, per rendere quindi più esplicito e trasparente il contesto di lavoro e più consapevole il ruolo svolto in esso, una particolare attenzione sarà prestata ai criteri ed agli strumenti di natura sociologica che si possono impiegare per analizzare i contesti organizzativi, la loro struttura sociale, le relazioni fra gli attori ed il ruolo delle tecnologie impiegate. Inoltre, nel corso specifico rilievo verrà riconosciuto ai temi legati alla dimensione socio-culturale e politica del lavoro di cura.

Obiettivi orientati alle competenze

Il medico di medicina generale lavora sempre di più in un contesto turbolento, attore o co-protagonista di forme organizzative sempre più complesse inserite nell'organizzazione sanitaria, a contatto con visioni della salute e del mondo differenti e caratterizzate da una forte soggettività dell'utente.

Questo seminario si propone di accrescere la competenza dei medici di medicina generale nella gestione della soggettività dei pazienti, nella complessità delle forme organizzative e nella gestione della propria professionalità nei suoi aspetti sociali culturali.

Si propone anche di fornire strumenti che permettendo di allargare l'identità professionale, spesso chiusa in angusti ambiti dominati dal tecnicismo clinico o, recentemente, da un comportamentismo relazionale, qualità importanti ma che da sole non dotano il professionista di strumenti adatti rilevanti per la propria autostima e soddisfazione professionale ed anche all'erogazione di un servizio globale e di qualità per il cittadino

Metodologie e valutazione

Data la natura e la collocazione disciplinare dei contenuti del corso, il metodo didattico, pur essendo impostato sul modello della lezione frontale, dovrà necessariamente valorizzare la dimensione seminariale e cooperativa, per rendere quanto più possibile ampio e critico il confronto con i punti di vista e l'esperienza professionale dei partecipanti.

Ai fini della valutazione, si propone la discussione collettiva -a fine corso- di brevi elaborati, presentati dai partecipanti, su temi e testi concordati con il docente.

Contenuti ed articolazione del corso

1° modulo

La malattia come devianza nella prospettiva sociologica

l'evoluzione della professione medica: conoscenza, potere e autonomia

2° modulo

L'ospedale e le strutture sanitarie come organizzazioni

struttura sociale, sistema normativo e cultura organizzativa

3° modulo

Il processo di cura come traiettoria

il sistema sanitario come rete: continuità delle cure e integrazione organizzativa e professionale

4° modulo

La costruzione sociale della medicina e del corpo

immagini e pratiche in campo professionale e profano

5° modulo

Etnometodologia e ricerca etnografica in medicina (NON EFFETTUATO)

La costruzione sociale del parto e l'organizzazione sociale della morte

6° modulo

Medicina e tecnologia (NON EFFETTUATO)

l'impatto della tecnologia nella pratica sanitaria e nei comportamenti di cura

7° modulo (EFFETTUATO IN ALTRA SEDE)

differenze, disuguaglianze ed accesso alle cure mediche

barriere organizzative, sociali e culturali all'accesso alle cure sanitarie

Valutazione del corso: contributi

Contributo del docente dott. Rino Fasol

(sintesi dell'intervento fatto in occasione dell'incontro tra la scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale di Trento con la scuola di specializzazione in Medicina Generale dell'Università di Maastricht - Olanda - il 11 ottobre 2008)

Il contributo della sociologia alla formazione dei medici di medicina generale

La sociologia può offrire specifici punti di vista e prospettive di analisi sulla pratica medica e sul suo contesto.

Focus dell'analisi sociologica sono:

la dimensione sociale della salute e della malattia (disease, illness, sickness; epidemiologia e società...)

la dimensione sociale della medicina (organizzazione, network, traiettoria, potere...)

(principali) limiti dell'approccio sociologico:

- ✓ l'analisi sociologica non è sempre sufficientemente specifica (soprattutto per quanto riguarda il riferimento agli ambiti professionali ed ai contesti istituzionali) ed adeguatamente evidence based
- ✓ rischia di proporre solo una diversa "narrativa" e di indurre ad un uso "retorico" dei concetti e dei modelli sociologici

(alcune) difficoltà nell'insegnamento della sociologia

- ✓ tendenza (dei medici in formazione) a percepire alcuni dei modelli e delle analisi sociologiche solo come "critiche" alla professione
- ✓ tendenza a ridefinire e reinterpretare in termini individuali (e di esperienza personale) quanto viene proposto in una prospettiva sociale, collettiva, organizzativa

Contributo dei colleghi in formazione

(Sintesi di un incontro svoltosi dopo i primi tre moduli al fine di rivalutare il percorso)

Ad una domanda sull'utilità del seminario le 13 risposte si sono suddivise tra 8 sì e 5 parzialmente, nessuna risposta negativa.

Alcuni commenti liberi

- Troppo teorica, e a me non piace particolarmente
- Le lezioni di sociologia sono interessanti per certi aspetti, ma un blocco di 7 incontri sono forse un po' troppi, si può concentrare in meno tempo.
- Sono contento che abbiamo fatto anche le lezioni di sociologia e antropologia, secondo me molto utili, ampliano l'orizzonte.
- Talvolta è stato dedicato troppo tempo ad argomenti che risultavano poco aderenti alla realtà della mg.

Conclusioni

Pur con qualche difficoltà il seminario pare essere giudicato utile sia dal docente che dai discenti.

Le osservazioni indicano la necessità di integrare maggiormente nel percorso le scienze sociali, facendo anche lavorare direttamente sui testi i discenti.

In questo caso si ringrazia il docente e i discenti per la passione con la quale hanno partecipato a questo percorso sperimentale.

2. LABORATORIO TESI

Di seguito una tabella riassuntiva dei candidati che sosterranno l'esame il 27/11/2009 con i relativi titoli e relatori.

| CANDIDATO | TITOLO TESI | Relatore/i |
|-------------------------|--|--|
| KATRIN APPOLONI | Percezione e quantificazione del consumo alcolico in medicina generale: un'indagine in val di non | DOTT. GIOVANNI WIDMANN |
| GIULIA BERLOFFA | Le opinioni dei medici di medicina generale sul sistema rao. Indagine qualitativa condotta con la metodica del focus group | DOTT.SSA ROSANNA ODORIZZI |
| MATTHIAS KLAUSER | Appropriatezza e utilità del test di amsler nella diagnosi precoce della degenerazione maculare senile in medicina generale | DOTT. MARCO CLERICI |
| DANIELE ORTOLANI | Il progetto ampere come nodo di un network organizzativo | DOTT. FABRIZIO VALCANOVER, DOTT.SSA NORMA SARTORI |
| ADRIANO NICOLINI | Lo spazio narrativo: il racconto della malattia cronica attraverso 5 interviste. Una ricerca qualitativa in medicina generale | DOTT. GIUSEPPE PARISI DOTT.SSA ORNELLA MANA |
| ROBERTA RICCI | Audit clinico: gestione del diabete mellito di tipo 2 in un gruppo di 4 mmg | DOTT.SSA MARIAPIA PERLOT |
| GIULIO RIGON | Impatto del progetto ampere su alcuni aspetti delle pratiche professionali in medicina generale. Una ricerca qualitativa | DOTT. FABRIZIO VALCANOVER |
| DARIO TORDI | Nuove esperienze in medicina generale: l'introduzione della posta elettronica nell'organizzazione del servizio del medico di medicina generale | DOTT. FABRIZIO VALCANOVER |
| SONJA TREVISANI | La terapia anticoagulante orale in trentino, aspetti organizzativi e modalità di gestione vista dai mmg e dai pazienti | DOTT. PAOLO COLORIO |

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

3. RAPPORTI SUL COORDINAMENTO

3.1. INTEGRAZIONE DIDATTICA PER COMPETENZE UN ESEMPIO: la gestione del paziente con patologie ostruttive delle vie aeree

Anche il programma didattico per il secondo Corso triennale 2006 - 2009, la Scuola di Formazione specifica in Medicina Generale di Trento, prevede il concetto dell'insegnamento per competenze. Questa modalità didattica è stata inserita per cercare di superare la tradizionale docenza per materie o per problemi isolati, al fine di trasmettere competenze complesse e specifiche più che nozioni.

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

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

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

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

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

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

A breve distanza dalle prime sessioni formative è stata inserita, sempre con incontri ravvicinati, un'altra breve unità didattica indirizzata all'insegnamento pratico dell'uso di alcuni strumenti diagnostici e terapeutici utilizzabili dal medico di Medicina Generale. Questa unità denominata "Attività Professionalizzanti" prevedeva una dimostrazione e poi l'uso da parte di tutti i discenti dello spirometro, del plusossimetro, del misuratore di picco di flusso, fino al raggiungimento di una discreta dimestichezza e manualità, e ancora un breve role playing relativo alla illustrazione e all'utilizzo di alcuni devices per la terapia della flogosi e dell'ostruzione bronchiale.

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

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

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

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

Nelle situazioni didattiche per ottenere buoni risultati è necessario un buon clima relazionale, e a maggior ragione quando i discenti sono adulti. Per avere le conoscenze e le sensazioni adeguate alla creazione di un clima positivo, e per avere informazioni su molti aspetti della didattica la Scuola di Trento prevede una serie di strumenti.

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

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

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

Oltre questi incontri, centrati sulle frequenze specifiche, ogni due o tre mesi o in caso di necessità vengono effettuati degli incontri tra i discenti e il Direttore con il Coordinatore, o altri membri dello staff direttivo per rivalutare il clima didattico in generale, o per sentire nuove aspettative, o lamentele o preoccupazioni. Vengono utilizzati questi incontri anche per illustrare le modifiche organizzative, tipo il sistema dei crediti o il regolamento.

Questi momenti vengono anche utilizzati per riaggiustare andamenti non corretti o insidiosi.

Altro strumento adoperato per valutare molti aspetti della didattica e dell'organizzazione, è il questionario di gradimento annuale, che viene somministrato appunto circa ogni anno per indagare alcuni aspetti generali della Scuola, le varie attività pratiche e quelle teoriche, compreso i tutor ed i docenti ma anche l'andamento del coordinamento delle varie attività. Con questo strumento si può rilevare il gradimento e le criticità soprattutto relative alle attività pratiche specie per la frequenza dal MMG e nei reparti ospedaliero o nei servizi territoriali.

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

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

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

4. RAPPORTI ATTIVITÀ DI TIROCINIO PRATICO

Il programma previsto per le attività pratiche svolte dalla la Scuola di Trento per questo Corso Triennale comprende otto periodi di attività pratiche suddivisi in blocchi di 2 o 3 mesi al massimo, intervallati da sette periodi di frequenza presso il MMG, di durata variabile compresa tra le 3 e le 11 settimane.

Questo sistema a blocchi didattici alternati consente di proporre continuamente al discente la visione dell'attività presso il MMG con la sua metodologia specifica e confrontarla di continuo con le attività pratiche specialistiche ospedaliere o territoriali e le relative metodologie di approccio clinico.

Un'altra possibilità offerta da questo sistema a blocchi è quella di poter graduare, in crescendo, la complessità nella formazione per l'attività del futuro medico di medicina generale.

Si inizia dalla parte della regolamentazione, delle norme amministrative che si svolge presso i Distretti, e con una frequenza di attività cliniche "morbida" negli ambulatori degli specialisti convenzionati esterni, per passare alla frequenza presso reparti chirurgici sia di Chirurgia Generale che presso branche specialistiche come Ortopedia, Urologia, Otorinolaringoiatria, e Dermatologia. Questa frequenza è suddivisa in due blocchi di sei settimane ciascuna.

Lungo il percorso delle attività pratiche si procede con le medicine specialistiche e la diagnostica per immagini, cioè brevi frequenze presso i servizi di Gastroenterologia, Pneumologia, Oculistica, Neurologia e Nefrologia, oltre alla Radiologia. Tale blocco ha una durata di sei settimane.

L'attività pratica ospedaliera di maggior durata e ricaduta formativa per i futuri MMG è quella che accorpa la frequenza presso la Medicina Interna, il Pronto Soccorso, e la Geriatria per complessive 26 settimane, suddivise in due blocchi di 13 settimane e ripartite in 13 settimane presso Medicina Interna, 9 settimane presso il Pronto Soccorso e 4 settimane presso Geriatria. A questo blocco segue il periodo dedicato alle attività presso i reparti di Pediatria e di Ginecologia/Ostetricia per complessive sei settimane. L'ultimo periodo di frequenza pratica avviene presso le Strutture territoriali complesse, ad alto impatto emotivo e organizzativo. Vengono frequentati i Servizi di Cure Domiciliari, per tre settimane che includono i servizi di Cure Palliative ed l'Hospice, i Centri di Salute Mentale, per altre tre settimane, la Riabilitazione Fisiatrica che comprende le grandi invalidità anche di origine neurologica e infine i Consultori, con i vari servizi legati al singolo e alla coppia, compreso il sostegno psicologico, la preparazione al parto, la contraccezione e i colloqui per l'interruzione volontaria di gravidanza. In questo settore è importante anche l'approccio al paziente immigrato in difficoltà.

Ogni blocco è stato preceduto da un incontro di briefing, con la presentazione organizzativa e degli obiettivi didattici riguardo alle attività che si andranno a percorrere. Al termine della frequenza è sempre stato effettuato un ulteriore incontro (debriefing) per valutare e discutere sull'esperienza dei singoli percorsi in generale e relativamente a ciascun discente. Questa attività ha una funzione molto importante per la Scuola: Fornisce "il polso" delle attività svolte per rimodulare costantemente il percorso didattico in base ai ritorni forniti dai discenti, che si vanno ad aggiungere ai confronti e scambi di pareri con i responsabili dei vari Servizi. Ne è testimonianza il fatto che fino all'attuale settimo Corso di Formazione specifica in Medicina Generale, non è mai avvenuto che un Corso sia la precisa replica del Corso precedente.

L'organizzazione dei vari periodi di frequenza viene delegata al responsabile delle attività pratiche che per la Scuola di Trento è un Medico di Medicina Generale. Questa scelta è importante dal punto di vista concettuale in quanto rappresenta la modalità con cui la Scuola e la Medicina Generale si rapportano con il mondo professionale specialistico. La condivisione degli obiettivi didattici è fondamentale dato che nella formazione del futuro Medico di Medicina Generale essi devono rappresentare una mediazione tra le esigenze dello specialista e quelle proprie del MMG nel suo lavoro quotidiano.

Gli obiettivi didattici, condivisi all'interno del direttivo della Scuola, vengono proposti ai responsabili delle varie attività pratiche, per essere integrati con gli obiettivi propri dei vari Servizi, anche allo scopo di perseguire un'integrazione professionale sempre maggiore tra la Medicina Generale e le varie branche specialistiche ospedaliere e territoriali.

Il Coordinatore delle attività pratiche

Dr Paolo Colorio

La formazione pratica si è così articolata:

4.1 Formazione pratica presso l'ospedale.

4.2 Formazione pratica presso il medico di medicina generale.

4.3 Formazione pratica presso le attività territoriali.

L'attività pratica è stata seguita dai due responsabili: dott. Paolo Colorio per quello che riguarda la pratica ospedaliera e territoriale e dott.ssa Mariapia Perlot per la parte relativa al tirocinio presso il MMG.

4.1. FORMAZIONE PRATICA PRESSO L'OSPEDALE

4.1.1. FREQUENZA PRESSO I REPARTI OSPEDALIERI DI CHIRURGIA

Due periodi il primo compreso tra il 22 febbraio e il 3 aprile 2007 e il secondo compreso tra il 18 giugno e 27 luglio 2007 sono stati dedicati alle frequenze ospedaliere per i reparti con attività chirurgica.

Le specialità interessate sono state la Chirurgia Generale, l'Ortopedia, l'Urologia, la Dermatologia e l'Otorinolaringoiatria.

Sono state programmate frequenze di quattro settimane presso i reparti di Chirurgia Generale e di due settimane presso gli altri reparti o Servizi chirurgici.

Sono stati coinvolti 13 reparti in quattro ospedali provinciali: il Santa Chiara a Trento con Chirurgia 1a e 2a con tre discenti per reparto, Ortopedia con sei discenti, Otorinolaringoiatria con nove discenti, Urologia con dodici discenti e Dermatologia con nove discenti; l'Ospedale Santa Maria del Carmine di Rovereto con Chirurgia per due discenti; Ortopedia, Otorinolaringoiatria e Dermatologia per tre discenti in ogni reparto; l'Ospedale civile di Cles con Chirurgia ed Ortopedia per tre discenti in ogni reparto e infine l'Ospedale Civile di Arco per Chirurgia per una discente.

I Discenti coinvolti in questi periodi sono stati solo 12 essendo, in questo periodo, tre colleghe in aspettativa per maternità. Per queste tirocinanti verrà proposto un piano personalizzato di recupero da concordare con i responsabili dei vari reparti.

Per ogni struttura è stato contattato il responsabile, cui è stato chiesto di indicare almeno un tutor di reparto che si assumesse la responsabilità didattica delle frequenze e coordinasse le attività dei discenti nel reparto stesso. In molti casi, per favorire la continuità didattica si è concordato il nome di un collega che già in passato aveva svolto attività come tutor a favore della Scuola.

La frequenza settimanale è stata prevista su quattro giornate, essendo un giorno alla settimana dedicato alle frequenze in aula per gli approfondimenti teorici. L'orario di frequenza presso i reparti chirurgici va stabilito in funzione delle esigenze di ogni singolo reparto, ed è programmato per otto ore al giorno, comprendendo anche gli approfondimenti e lo studio individuale (ricerche bibliografiche letture di testi e studio su materiali vari), il tutto concordato con i tutor di reparto.

Una scheda di valutazione è stata espressamente richiesta per le frequenze presso la Chirurgia Generale. Per le altre specialità è stato previsto un colloquio tra il tutor responsabile e il coordinatore delle attività pratiche della Scuola, anche per la brevità del periodo di frequenza, lasciando come facoltativa la stesura della scheda di valutazione. In caso di situazioni problematiche i vari responsabili, i tutor o i discenti si possono rivolgere alla segreteria della Scuola o al coordinatore delle attività pratiche per le opportune decisioni.

Come obiettivo didattico generale la Scuola ha proposto l'apprendimento del metodo dell'attività chirurgica ambulatoriale. Particolare attenzione va dedicata al riconoscimento delle urgenze, e alla conoscenza delle opportunità e dei problemi che sono offerti o che limitano la pratica ospedaliera. Scopo fondamentale è perseguire la migliore integrazione possibile del futuro MMG con i Servizi chirurgici ospedalieri.

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

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

La valutazione da parte dei discenti è stata generalmente abbastanza positiva e ritenuta utile come frequenza, ma con variazioni anche importanti tra singole realtà, dipendendo moltissimo dall'esperienza e dalla disponibilità del tutor ospedaliero di riferimento. In conseguenza dei commenti dei discenti si è deciso di rivalutare la durata delle frequenze presso i reparti di Chirurgia Generale.

La valutazione dei discenti da parte dei tutor è stata variabile con particolare riguardo per l'interesse dimostrato dai discenti stessi, che in alcuni casi e per alcuni reparti non è stato elevatissimo, mentre in altri casi è risultato notevole e con un importante profitto.

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

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

Nel periodo compreso tra il 3.9 e il 12.10.2007 è stato organizzato un complesso di frequenze in ospedale, presso alcune Specialità di Medicina o di diagnostica per immagini, integrate tra di loro.

In particolare sono state interessate: presso l'Ospedale Santa Chiara di Trento: Nefrologia, per 12 discenti, Neurologia per 6 discenti, Pneumologia, Oculistica, Gastroenterologia, e Radiologia per 8 discenti ciascuna; presso l'Ospedale Santa Maria del Carmine di Rovereto: Neurologia per 6 discenti, Oculistica, Gastroenterologia, e Radiologia per 4 discenti ciascuna, e infine Pneumologia presso l'Ospedale Armani di Arco per quattro discenti.

Il coordinatore delle attività pratiche ha contattato tutti i responsabili dei vari Servizi illustrando la proposta con gli obiettivi generali, chiedendo la disponibilità per le frequenze e l'indicazione di uno o più tutor responsabili per tale didattica.

La disponibilità formale è stata concessa da tutti i responsabili, ma non sempre è stata indicata la persona o le persone incaricate dell'attività tutoriale.

A tutti i responsabili, ai tutor indicati e a colleghi rappresentativi di alcune delle strutture coinvolte è stato inviato un abbondante materiale illustrativo dell'iniziativa.

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

L'organizzazione pratica prevedeva frequenze settimanali brevi, di quattro giornate intere per ogni unità didattica, essendo un giorno alla settimana dedicato alle frequenze in aula per gli approfondimenti teorici. L'orario di frequenza presso i Servizi deve essere stabilito in accordo con il responsabile in funzione delle esigenze di ogni singolo Servizio, ed è programmato per otto ore al giorno, comprendendo anche gli approfondimenti e lo studio individuale (ricerche bibliografiche letture di testi e studio su materiali vari), il tutto concordato con i tutor di reparto o il responsabile.

Per Nefrologia struttura provinciale con sede unica all'ospedale di Trento era prevista la frequenza di due tirocinanti contemporaneamente, mentre per le altre strutture la frequenza prevista è stata, ove possibile, di un solo tirocinante per turno settimanale.

Non è stata prevista una scheda di valutazione data la estrema brevità del periodo di frequenza mentre è stato previsto un colloquio tra il tutor o il responsabile e il coordinatore delle attività pratiche della Scuola. In caso di situazioni problematiche i vari responsabili, i tutor o i discenti si possono rivolgere alla segreteria della Scuola o al coordinatore delle attività pratiche per le opportune decisioni.

L'obiettivo didattico principale di questa serie di frequenze brevi era quello di raggiungere una conoscenza della struttura, dell'organizzazione e delle attività che si svolgono in queste specialità ragionando sulle possibilità offerte ed i limiti operativi dell'ambito ospedaliero. Altro aspetto importante proposto da osservare e discutere è stata la criticità dell'interrelazione tra ospedale territorio e viceversa. A questi obiettivi principali è stata aggiunta una proposta di alcuni obiettivi clinici differenziati per le singole specialità, scelti in funzione dell'epidemiologia in medicina generale, e da perseguire in base alle possibilità operative delle singole strutture.

Il contenuto didattico di questo periodo, è risultato molto differenziato, con alcuni aspetti estremamente positivi, laddove era avvenuta una buona condivisione degli obiettivi ed erano stati indicati tutor

espressamente dedicati e motivati per tale attività come in Pneumologia, in uno dei reparti di Oculistica e di Neurologia, e presso le Radiologie anche se i tutor di questi Servizi erano pressati dall'attività lavorativa e da altre frequenze didattiche. In altri casi, come presso Nefrologia e Gastroenterologia il risultato didattico è apparso discreto, infine in altre situazioni il contributo didattico è stato scarso o nullo (esplicitato come perdita di tempo da parte dei discenti) per mancanza della figura del tutor incaricato o per assenza di motivazione verso l'attività come tutor.

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

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

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

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

Nei due periodi dall'1.12.08 al 18.12 08 e dal 12.01.09 al 30.01.09 è stata organizzata la frequenza ospedaliero presso le Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia e quelle di Pediatria Medica, con frequenze a rotazione nelle due branche da parte dei discenti. L'abbinamento delle frequenze in questi reparti molto differenti tra loro avviene sia per motivi organizzativi che per alcune caratteristiche particolari dell'approccio al paziente come visita e come consultazione presenti in queste specialità.

Per quanto riguarda l'ostetricia e ginecologia è stata prevista una frequenza di tre settimane, con la collaborazione dei reparti degli Ospedali Santa Chiara di Trento che ha ospitato cinque discenti, Santa Maria del Carmine di Rovereto che ha accolto quattro discenti, e Ospedale Civile di Cles dove si sono recati due discenti. Oltre agli 11 discenti per cui è stato programmata questa frequenza, vi sono altre tre Colleghe che seguono percorsi individuali per il recupero della sospensione a tutela della maternità e per cui verrà programmato un analogo periodo di frequenza rispettivamente presso gli Ospedali di Borgo Valsugana, Cles e Arco in un momento successivo. Il totale dei discenti interessati alla frequenza presso i reparti di Ostetricia e Ginecologia salirà quindi a 14, per questo Corso, con il coinvolgimento di cinque sedi.

Dal punto di vista organizzativo sono state programmate frequenze settimanali di quattro giornate intere, essendo un giorno alla settimana dedicato alle frequenze in aula per gli approfondimenti teorici. In aula vengono trattate in questo periodo le basi teoriche di importanti problematiche legate a tali frequenze con unità didattiche come la salute della donna, l'accesso alle fonti validate e la metodologia di aggiornamento professionale, il laboratorio della comunicazione e relazione, il laboratorio culturale ed altri argomenti.

L'orario di frequenza deve essere stabilito in accordo con il responsabile in funzione delle esigenze di ogni singolo Servizio, ed è programmato per otto ore al giorno, comprendendo anche gli approfondimenti e lo studio individuale (ricerche bibliografiche letture di testi e studio su materiali vari), il tutto concordato con i tutor di reparto o il responsabile. E' prevista una scheda di valutazione oltre ai colloqui del coordinatore o di membri dello staff direttivo della Scuola con i vari responsabili o con i tutor. Il coordinatore delle attività pratiche, coadiuvato da altri membri dello staff della Scuola, ha contattato i vari responsabili per condividere le modalità organizzative e gli obiettivi didattici e per richiedere la nomina dei Tutor di riferimento.

I responsabili hanno individuato almeno un tutor nel proprio Servizio, a cui è stato conferito il mandato di organizzare le attività didattiche tutoriali, compreso gli approfondimenti e la valutazione scritta del discente su apposita scheda.

Il rapporto didattico tutor di riferimento - discente auspicato è sempre di 1 a 1 anche nei reparti che hanno visto più frequenze, ma questa modalità non sempre è risultata possibile. Naturalmente il tutor di riferimento dovrebbe organizzare la frequenza e le attività del discente anche per le giornate o i periodi in cui non è presente, delegando i colleghi di reparto per determinate attività e compiti concordati..

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

Tali obiettivi naturalmente sono stati proposti in modo flessibile. È una proposta di obiettivi da discutere, integrare e modificare in funzione delle opportunità e delle esigenze della pratica ospedaliera, ma sempre rimanendo nell'ottica della formazione per il medico di medicina generale.

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

All'inizio e al termine delle frequenze è stato proposto un incontro in aula di briefing e di debriefing per la presentazione e la discussione delle modalità organizzative, degli obiettivi e delle varie situazioni, oltre alla rilevazione di osservazioni, note, stimoli e difficoltà eventualmente incontrate

I debriefing hanno evidenziato molti aspetti e situazioni meritevoli di approfondimento per i prossimi Corsi,

La valutazione fornita dai discenti è stata decisamente positiva e questa esperienza ha fornito conoscenze e strumenti utili per la futura pratica lavorativa come MMG. E' stata sottolineata la brevità del periodo e anche la scarsità di tempo per i tutor da dedicare ai discenti, specie per i Colleghi che operano nell' Ospedale di

Trento, ma anche la disponibilità e l'impegno fornito, nei limiti del possibile, dai medesimi tutor.

Da parte dei tutor di riferimento e dei responsabili che hanno compilato le schede di valutazione per obiettivi richieste non sono state sollevate osservazioni negative ed è stato sottolineato al contrario il buon andamento complessivo della frequenza.

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

4.1.4. FREQUENZA PRESSO I REPARTI DI PEDIATRIA MEDICA.

Nei due periodi dall'1.12.08 al 18.12.08 e dal 12.01.09 al 30.01.09 è stata organizzata la frequenza ospedaliero presso le Unità Operative di Pediatria medica e di Ostetricia e Ginecologia con frequenze a rotazione nelle due branche da parte dei discenti. L'abbinamento delle frequenze in questi reparti molto differenti tra loro avviene sia per motivi organizzativi che per alcune caratteristiche particolari dell'approccio al paziente come visita e come consultazione presenti in queste specialità.

Per quanto riguarda la Pediatria Medica è stata prevista una frequenza di tre settimane, con la collaborazione dei reparti degli Ospedali Santa Chiara di Trento che ha accolto cinque discenti, Santa Maria del Carmine di Rovereto che ha ospitato quattro discenti, e Ospedale Civile di Cles dove si sono recati due discenti. Oltre agli 11 discenti per cui è stata programmata questa frequenza, vi sono altre tre Colleghe che seguono percorsi individuali per il recupero della sospensione a tutela della maternità e per cui verrà programmato in un periodo successivo un analogo periodo di frequenza rispettivamente presso gli Ospedali Santa Chiara di Trento, Santa Maria del Carmine di Rovereto e Ospedale Civile di Cles. Il totale dei discenti interessati alla frequenza presso i reparti di Ostetricia e Ginecologia salirà quindi a 14, per questo Corso, con il coinvolgimento di tre sedi.

Dal punto di vista organizzativo sono state programmate frequenze settimanali di quattro giornate intere, essendo un giorno alla settimana dedicato alle frequenze in aula per gli approfondimenti teorici. In aula vengono trattate in questo periodo le basi teoriche di importanti problematiche come l'accesso alle fonti di informazione validate e la metodologia di aggiornamento professionale, il laboratorio della comunicazione e relazione, il laboratorio culturale e altri argomenti.

L'orario di frequenza deve essere stabilito in accordo con il responsabile in funzione delle esigenze di ogni singolo Servizio, ed è programmato per otto ore al giorno, comprendendo anche gli approfondimenti e lo studio individuale (ricerche bibliografiche letture di testi e studio su materiali vari), il tutto concordato con i tutor di reparto o il responsabile. È prevista una scheda di valutazione oltre ai colloqui del coordinatore o di membri dello staff didattico della Scuola con i vari responsabili o con i tutor.

Il coordinatore delle attività pratiche, coadiuvato da altri membri dello staff della Scuola, ha contattato i vari responsabili per condividere le modalità organizzative e gli obiettivi didattici e per richiedere la nomina dei Tutor di riferimento.

I responsabili hanno individuato almeno un tutor nel proprio Servizio, a cui è stato conferito il mandato di organizzare le attività didattiche tutoriali, compreso gli approfondimenti e la valutazione scritta del discente su apposita scheda.

Il rapporto didattico auspicato tra tutor di riferimento e discente è sempre di 1 a 1 anche nei reparti che hanno visto più frequenze, ma questa modalità non sempre è risultata possibile. Naturalmente il tutor di riferimento dovrebbe organizzare la frequenza e le attività del discente anche per le giornate o i periodi in cui non è presente, delegando i colleghi di reparto per determinate attività e compiti concordati..

Il coordinatore delle attività pratiche, ha proposto a nome della Scuola una serie articolata di obiettivi didattici suddivisi in organizzativi, clinici e relazionali. Quelli organizzativo metodologici comprendono sia la conoscenza della struttura che dell'organizzazione e della metodologia operativa dei Servizi. Gli obiettivi clinici sono centrati sulla conoscenza delle problematiche specifiche relative all'anamnesi

(presenza ed interferenza della madre), sull'esecuzione di un corretto esame obiettivo, sulla costruzione razionale di ipotesi diagnostiche tramite anche la proposta di accertamenti e su formulazioni di proposte terapeutiche, naturalmente da discutere con il tutor. Gli obiettivi relazionali indagano la capacità di analizzare la comunicazione con il paziente o con i familiari, e di riconoscerne eventuali caratteristiche particolari.

Tali obiettivi naturalmente sono stati proposti in modo flessibile. È una proposta di obiettivi da discutere, integrare e modificare in funzione delle opportunità e delle esigenze della pratica ospedaliera, ma sempre rimanendo nell'ottica della formazione per il Medico di Medicina Generale.

E' previsto che i discenti svolgano svariate attività soprattutto al Pronto Soccorso Pediatrico e negli ambulatori, limitando la frequenza in reparto.

All'inizio e al termine delle frequenze è stato proposto un incontro in aula di briefing e di debriefing per la presentazione e la discussione delle modalità organizzative, degli obiettivi e delle varie situazioni, oltre alla rilevazione di osservazioni, note, stimoli e difficoltà eventualmente incontrate

I debriefing hanno evidenziato aspetti e situazioni meritevoli di approfondimento per i prossimi Corsi, La valutazione fornita dai discenti è stata molto variabile con aspetti positivi e qualche sensazione di abbandono e di inutilità. Non in tutti i casi l'esperienza ha fornito conoscenze utili e strumenti efficaci per la futura pratica lavorativa come MMG. E' stata sottolineata la scarsità di tempo e di motivazione per la didattica tutoriale, specie per alcuni Colleghi che operano nell' Ospedale provinciale di Trento, ma anche la disponibilità e l'impegno fornito, nei limiti del possibile, da svariati tutor.

Da parte dei tutor di riferimento e dei responsabili che hanno compilato le schede di valutazione per obiettivi richieste non sono state sollevate osservazioni particolarmente negative ed è stato sottolineato al contrario il regolare andamento complessivo delle frequenze.

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

4.1.5. FREQUENZA PRESSO IL REPARTO DI MEDICINA.

Nell'anno 2008 le frequenze presso i reparti ospedalieri di Medicina Interna sono state programmate, per logica didattica e per praticità organizzativa assieme alle frequenze presso i reparti ospedalieri di Geriatria e i Pronto soccorso. I tre periodi, che complessivamente avevano una durata di ventisei settimane, sono stati interrotti da una frequenza di otto settimane presso lo studio del MMG tutor con l'intenzione dichiarata di alternare le visioni e le metodologie di lavoro differenti, per meglio osservarle, analizzarle e comprenderle.

Sono state coinvolte la prima e la seconda Unità Operativa di Medicina Interna dell'Ospedale Santa Chiara di Trento per 4 e 3 discenti rispettivamente, e quelle degli Ospedali di Rovereto e di Cles per due discenti per reparto infine gli Ospedali di Borgo Valsugana e Arco per un discente per ogni sede.

I discenti coinvolti in questo schema organizzativo sono stati 13 mentre per una Collega in periodo di sospensione del Corso a tutela della maternità è previsto un percorso personalizzato presso l'Ospedale di Borgo nel 2009. Una discente si è ritirata dal corso.

La programmazione pratica presso i reparti di Medicina interna prevede un periodo di tredici settimane o dal 14.01.08 al 18.04.08 o dal 16.06.08 al 10.10.08. Nel primo blocco è inclusa una breve sosta per Pasqua e nel secondo l'interruzione estiva.

Sono state programmate frequenze settimanali di quattro giornate intere per ogni unità didattica, essendo un giorno alla settimana dedicato alle frequenze in aula per gli approfondimenti teorici. In aula vengono trattate le basi teoriche di importanti problematiche internistiche con unità didattiche come il rischio cardiovascolare, il paziente diabetico, il paziente iperteso, il paziente con asma e/o BPCO, l'accesso alle fonti validate e la metodologia di aggiornamento professionale, lo scompenso cardiaco, il paziente anziano e molti altri argomenti.

L'orario di frequenza deve essere stabilito in accordo con il responsabile in funzione delle esigenze di ogni singolo Servizio, ed è programmato per otto ore al giorno, comprendendo anche gli approfondimenti e lo studio individuale (ricerche bibliografiche letture di testi e studio su materiali vari), il tutto concordato con i tutor di reparto o il responsabile. E' prevista una scheda di valutazione oltre ai colloqui del coordinatore o di membri dello staff direttivo della Scuola con i vari responsabili e tutor.

Tutti i responsabili dei reparti coinvolti sono stati contattati dal coordinatore delle attività pratiche e hanno individuato un tutor di riferimento didattico, a cui è stato conferito il mandato di organizzare le attività didattiche tutoriali, compreso lo studio e la valutazione del discente.

Il rapporto didattico tutor di riferimento - discente è sempre 1 a 1 anche nei reparti che hanno visto più frequenze, ed in questi casi il tutor di riferimento era differente per ogni specializzando. In qualche caso vi sono stati due tutor alternati per un discente. Naturalmente il tutor di riferimento organizza la frequenza e le attività del discente anche per le giornate o i periodi in cui non sia presente, delegando i colleghi di reparto per determinate attività e compiti concordati.

La proposta degli obiettivi didattici per questo periodo è stata elaborata dal coordinatore della Scuola con la collaborazione del Dr. Parisi in qualità di esperto di metodologia didattica e della Dott.ssa Marzano, persona di riferimento per la formazione tutoriale presso l'Ospedale Santa Chiara. E' stata evidenziata la metodologia clinica come obiettivo primario, con particolare riferimento per alcune situazioni importanti

anche per la Medicina Generale, cioè il paziente con dispnea, o dolore toracico o cirrosi epatica, o scompenso cardiaco o con importante aumento del rischio cardiovascolare. Altri importanti obiettivi erano la valutazione dell'appropriatezza del ricovero considerando la concordanza e la discordanza rispetto agli obiettivi delle varie figure professionali incontrate nell'iter intraospedaliero dall'accettazione alla dimissione, e le aspettative del paziente o dei familiari. Ulteriore obiettivo rilevante era la valutazione della comunicazione tra medici e figure sanitarie da un lato con il paziente e i familiari dall'altro. Questa proposta di obiettivi è naturalmente da discutere, integrare e modificare in funzione delle opportunità e delle esigenze della pratica ospedaliera, ma sempre rimanendo nell'ottica della formazione per il medico di medicina generale.

All'inizio e al termine di ognuno dei due blocchi di frequenze è stato proposto un incontro in aula (briefing e debriefing) per la presentazione e la discussione delle modalità organizzative, degli obiettivi e delle varie situazioni, oltre alla rilevazione di osservazioni, note, stimoli e difficoltà eventualmente incontrate.

Questi debriefing hanno evidenziato molti aspetti, quadri e fatti meritevoli di approfondimento nei prossimi Corsi, soprattutto per quanto attiene alla comunicazione tra ospedale e territorio.

La valutazione fornita dai discenti è stata molto positiva ed in alcuni casi francamente entusiasta verso l'insieme di questa frequenza che a giudizio unanime ha fornito moltissime conoscenze e strumenti per la futura pratica lavorativa come MMG. Molte sono state le osservazioni sulla metodologia clinica specialistica e ospedaliera paragonate a quella del medico di medicina generale.

E' stata sottolineata la scarsità di tempo da dedicare alle attività tutoriale, specie per i Colleghi che operano negli ospedali maggiori della Provincia, ma anche la disponibilità e l'impegno fornito dai medesimi tutor.

Molto buona anche se con qualche differenziazione la valutazione fornita dai responsabili di queste attività didattiche che hanno puntualmente compilato le schede di valutazione per obiettivi richieste.

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

4.1.6. FREQUENZA PRESSO IL REPARTO DI GERIATRIA.

Le frequenze presso i reparti ospedalieri di Geriatria, nell'anno 2008, sono state programmate, per logica didattica e per praticità organizzativa assieme alle frequenze presso i reparti ospedalieri di Medicina Interna e di Pronto Soccorso.

Le frequenze in tali reparti, che complessivamente avevano una durata di ventisei settimane, sono state interrotte da una frequenza di otto settimane presso lo studio del MMG tutor con l'intenzione dichiarata di alternare visioni e metodologie cliniche differenti, per meglio osservarle, analizzarle e comprenderle. Per esigenze organizzative la frequenza dei singoli discenti è risultata asincrona con differenza anche di vari mesi tra discente e discente.

Sono stati coinvolti i reparti di Geriatria dell'Ospedale Santa Chiara di Trento per otto discenti, quella dell'Ospedale di Rovereto per tre discenti, il reparto di Geriatria dell'Ospedale di Cles per altri due discenti.

I discenti coinvolti in questo schema organizzativo sono stati 13 mentre per una Collega in periodo di sospensione del Corso a tutela della maternità è previsto un percorso personalizzato per recupero frequenza e una discente si è ritirata dal corso. Una seconda discente ha dovuto rinviare la frequenza, già programmata, sempre per maternità.

La programmazione pratica presso i reparti di Geriatria prevede una frequenza di quattro settimane all'interno del periodo che va dal 14.01.08 al 18.04.08 o dal 16.06.08 al 10.10.08. Nel primo blocco è inclusa una breve sosta per Pasqua e nel secondo l'interruzione estiva.

Sono state programmate frequenze settimanali di quattro giornate intere per ogni unità didattica, essendo un giorno alla settimana dedicato alle frequenze in aula per gli approfondimenti teorici. In aula vengono trattate le basi teoriche di importanti problematiche internistiche con unità didattiche come il paziente anziano, il paziente diabetico, il paziente iperteso, il paziente con asma e/o BPCO, l'accesso alle fonti validate e la metodologia di aggiornamento professionale, lo scompenso cardiaco, il rischio cardiovascolare e molti altri argomenti.

L'orario di frequenza deve essere stabilito in accordo con il responsabile in funzione delle esigenze di ogni singolo Servizio, ed è programmato per otto ore al giorno, comprendendo anche gli approfondimenti e lo studio individuale (ricerche bibliografiche letture di testi e studio su materiali vari), il tutto concordato con i tutor di reparto o il responsabile. E' prevista una scheda di valutazione oltre ai colloqui del coordinatore o di membri dello staff direttivo della Scuola con i vari responsabili e tutor.

Tutti i responsabili dei reparti coinvolti sono stati contattati dal coordinatore delle attività pratiche e hanno individuato un tutor di riferimento didattico, a cui è stato conferito il mandato di organizzare le attività didattiche tutoriali, compreso lo studio e la valutazione del discente.

Il rapporto didattico tutor di riferimento - discente è sempre di 1 a 1 anche nei reparti che hanno visto più frequenze, ed in questi casi il tutor di riferimento era differente per ogni specializzando. Naturalmente il tutor di riferimento organizza la frequenza e le attività del discente anche per le giornate o i periodi in cui non sia presente, delegando i colleghi di reparto per determinate attività e compiti concordati. Questa modalità non sempre è risultata di agevole applicazione.

La Scuola tramite il coordinatore ha proposto alcuni obiettivi didattici generali per questo periodo, in particolare quanto concerne la metodologia di lavoro in campo geriatrico, inoltre le possibilità diagnostico-terapeutiche ma anche i limiti che si realizzano nell'ambiente ospedaliero e l'integrazione con la Medicina Generale con tutte le relative criticità. Altri aspetti che si è proposto di approfondire nel corso di tali frequenze sono stati: le caratteristiche particolari del paziente geriatrico ricoverato e di quello ambulatoriale, e anche la comunicazione tra medico, paziente e familiari. Questa proposta di obiettivi è naturalmente da discutere, integrare e modificare in funzione delle opportunità e delle esigenze della pratica ospedaliera, ma sempre rimanendo nell'ottica della formazione per il medico di medicina generale.

All'inizio e al termine di ognuno dei due blocchi di frequenze è stato proposto un incontro in aula (briefing e debriefing) per la presentazione e la discussione delle modalità organizzative, degli obiettivi e delle varie situazioni, oltre alla rilevazione di osservazioni, note, stimoli e difficoltà eventualmente incontrate

I debriefing hanno evidenziato molti aspetti, quadri e fatti meritevoli di approfondimento nei prossimi Corsi, soprattutto come diversità di approccio tra reparti geriatrici differenti e diversità nei percorsi diagnostico-terapeutici per patologie simili, tra reparti di Medicina e Geriatria.

La valutazione fornita dai discenti è stata complessivamente positiva e questa esperienza ha fornito conoscenze e strumenti utili per la futura pratica lavorativa come MMG anche se è stata sottolineata la lunghezza eccessiva del periodo anche per la ripetitività delle patologie presenti. Molto sottolineata la diversa efficacia didattica a seconda della differente esperienza tutoriale da parte dei vari tutor e anche la scarsità di tempo da dedicare alle attività tutoriale, specie per i Colleghi che operano negli ospedali maggiori della Provincia, ma al tempo stesso anche la disponibilità e l'impegno fornito dai medesimi tutor.

Piuttosto buona anche se con differenziazioni la valutazione fornita dai responsabili di queste attività didattiche che hanno compilato le schede di valutazione per obiettivi richieste.

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

4.2. FORMAZIONE PRATICA PRESSO IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

4.2.1. INQUADRAMENTO GENERALE

Inquadramento generale

L'UEMO e l'EURACT (Riferimenti europei per la didattica per la Medicina Generale) raccomandano che almeno il 50% della frequenza del Corso sia dedicata a questa attività.

Essa rappresenta la componente fondamentale di tutto il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale, dove il discente apprende la pratica reale "in bottega" con tutte le sue luci ed ombre. Il tutor mmg accompagna il discente in tutto il percorso didattico fino alla preparazione e discussione della tesi finale

La frequenza presso il tutor MMG è stata suddivisa in periodi successivi con obiettivi didattici progressivamente crescenti: dall'osservazione, all'attività guidata, all'attività supervisionata fino l'autonomia anche se in "ambiente protetto". Le varie tappe sono state individualizzate in funzione delle caratteristiche del discente e del tutor.

Con la finalità di far osservare al discente realtà diverse, differenti stili organizzativi e di lavoro si prevedono dei momenti di rotazione fra i tutor.

L'attività didattica dei tutor MMG è stata coordinata ed integrata con le altre attività didattiche del Corso. Tale coordinamento viene perseguito con riunioni periodiche tra tutor per un confronto tra pari, mediante briefing e debriefing con i discenti relativi ai periodi di frequenza presso lo studio del MMG, con il coinvolgimento dei tutor in attività di docenza, discussione e confronto in aula, e con la partecipazione ad altri eventi formativi didattici.

4.2.2. 1° PERIODO DI FREQUENZA DAL MMG (3 SETTIMANE) 04/12/2006 – 22/12/2006

4.2.2.A. OBIETTIVI DIDATTICI

1. Conoscere l'attività del MMG in tutti i suoi aspetti (vis. ambulatoriali, domiciliari, rapporti con l'infermiere del territorio, rapporti con i distretti, cure domiciliari, ospedale ecc.)
2. Osservare ciò che succede nell'ambulatorio del proprio tutor con particolare attenzione alla consultazione.
3. Discutere con il proprio tutor (fra una consultazione e l'altra o con un tempo dedicato concordato) eventuali situazioni problematiche emerse durante la frequenza
4. Conoscenza reciproca fra tutor e tirocinante (una buona relazione interpersonale è alla base per un buon apprendimento)

Durante il periodo di frequenza il tirocinante è stato invitato a formulare una domanda rispondibile scaturita dall'osservazione o dall'attività svolta presso il proprio tutor; doveva poi scrivere le domande e consegnarle al momento del debriefing al responsabile attività pratiche dal MMG.

Le domande poste dai discenti sono state poi visionate dai responsabili delle attività didattiche della scuola al fine di verificare le esigenze formative dei discenti al fine di modulare l'attività didattica anche in base alle richieste formative dei discenti.

4.2.2.B. BRIEFING TUTOR 29-11-06

In tale data si sono riuniti i tutor per preparare gli obiettivi didattici per il primo periodo di frequenza dei tirocinanti dal 4 al 22 dicembre 2006.

Si è concordato che in questo periodo iniziale di frequenza del tirocinante dal MMG, è importante dare molto spazio alla **conoscenza reciproca** al fine di favorire l'instaurarsi di un buon rapporto interpersonale tra tutor e tirocinante, condizione indispensabile per un tirocinio proficuo.

Si è concordato di iniziare con un **periodo di osservazione**:

il tirocinante osserva l'ambiente, l'organizzazione, il tutor, i pazienti, ecc...

il tutor osserva il tirocinante, il comportamento, l'interesse, ecc..

Il tutor e il tirocinante alla fine di questo periodo dovevano aver identificato gli **obiettivi didattici** che sarebbero poi stati esplicitati nel contratto formativo da definire in modo concordato.

4.2.2.C. BRIEFING DISCENTI 1-12-06

Si è illustrato il sistema dei crediti formativi.

Le sei ore (un credito) possono comprendere oltre alla frequenza effettiva dal tutor (attività ambulatoriale, visite a domicilio, visite in ospedale o presso il distretto ecc.) anche attività di studio personalizzato che il discente fa su indicazione del tutor. L'orario è flessibile e le ore di frequenza possono essere personalizzate ma sempre in modo da rispettare il monte ore previsto.

Si sono poi illustrati gli obiettivi didattici del primo periodo di frequenza dal MMG:

Alla fine del periodo di frequenza i discenti dovranno fare una breve relazione con le loro impressioni, su cosa li ha colpiti in particolare in senso positivo o negativo, e con una loro valutazione, riguardo soprattutto alle loro aspettative, sul periodo di tirocinio.

4.2.2.D. DEBRIEFING DISCENTI (22-12-06)

Il clima in aula è stato molto positivo e i colleghi apparivano soddisfatti di questo primo periodo trascorso dal MMG. Molti hanno apprezzato il fatto di aver iniziato la frequenza dal medico generale all'apertura del corso triennale.

Tutti hanno riferito di aver avuto un ottimo rapporto con proprio tutor (ad esclusione di uno che ha manifestato di preferire come tutor un altro medico dell'associazione, per questioni di carattere e non per migliore capacità didattica). Qualcuno ha pensato addirittura che la scelta tutor-tirocinante fosse stata fatta a tavolino e quindi studiata, tanto è riuscita bene.

Tutti hanno apprezzato il fatto aver frequentato il MMG all'inizio del periodo del corso, perché ha permesso loro di rendersi conto del reale lavoro del MMG e perché ha dato loro l'opportunità di immergersi fin da subito in questa professione che considerano molto interessante.

Un tirocinante ha riferito di aver passato il primo periodo con una certa frustrazione, perché poteva fare poco, ma poi, con il tempo, ha saputo apprezzare gli aspetti positivi del partire lentamente e ha capito l'importanza dell'osservazione dell'ambiente e del lavoro del MMG.

Qualcuno ha sottolineato l'importanza degli aspetti organizzativi del lavoro del tutor, considerando ciò indispensabile per poter lavorare bene, essere efficienti, razionalizzare il tempo e saper dedicare tempo e energie in base alla gravità dei problemi che si presentano.

Altri hanno rilevato come il MMG sia molto oberato di lavoro (aspetto che loro ignoravano) e come ci sia per il medico poco tempo da dedicare a se stesso o alla famiglia.

Tutti hanno riferito di aver avuto un buon rapporto con i pazienti che frequentavano l'ambulatorio e sono stati ben accettati dai pazienti stessi (i paz. sono abituati ad avere in ambulatorio dei tirocinanti), e quasi sempre i tutor hanno favorito quest'accettazione. Solo qualcuno (2-3 tirocinanti) è dovuto uscire dall'ambulatorio in occasione di una consultazione per richiesta o del tutor o del paziente, ma tutti hanno ammesso che si trattava di pazienti particolari che avevano bisogno di una relazione particolare con il proprio medico.

La maggioranza dei tirocinanti ha messo in evidenza come il MMG sia molto abile sia in ambito clinico ma ancor più in ambito relazionale con il paziente (talvolta è rassicurante, comprensivo, talvolta severo o impositivo); qualcuno ha osservato come il MMG sia molto abile nel gestire in contemporanea problemi clinici, psicologici e relazionali, organizzativi.

Qualche tirocinante è rimasto positivamente impressionato da come il MMG sia in grado di dedicare molto tempo all'ascolto del paziente (questo ha sorpreso).

Due tirocinanti hanno riferito di aver trovato dei tutor con un approccio piuttosto didattico (si sono sentiti subito valutati e studiati dal rispettivo tutor).

Tutti, nel prossimo periodo di frequenza dal MMG, hanno espresso la volontà di essere più attivi (visitare, relazionarsi con i pazienti, impostare l'iter diagnostico e la terapia).

Molti hanno espresso il desiderio di voler imparare ad utilizzare i farmaci perché in quest'ambito si sentono molto carenti.

4.2.2.E. DEBRIEFING TUTOR 24-01-07

Il debriefing ha avuto lo scopo di raccogliere le impressioni dei tutor su questo breve periodo (3 settimane) di frequenza dei discenti presso i loro ambulatori, in particolare per quanto riguardava aspetti positivi, negativi e difficoltà incontrate durante il tirocinio.

Tutti hanno rilevato il buon rapporto interpersonale che si è instaurato con il loro tirocinante.

Nel complesso i tirocinanti sono stati tutti molto interessati alla MG, sono stati di regola molto puntuali e precisi, hanno avuto un buon modo di rapportarsi con i pazienti, sono stati volenterosi e hanno dimostrato delle discrete capacità nel gestire i problemi acuti o poco complessi. Tutti i tutor hanno coinvolto il loro tirocinante non solo nell'attività ambulatoriale, ma anche nelle visite a domicilio, nelle visite domiciliari programmate, nelle ADI e nelle ADI Cure Palliative, nelle riunioni nei distretti o nelle altre attività extra-ambulatoriali che coinvolgono il MMG.

Alcuni tirocinanti hanno avuto l'opportunità di frequentare un altro collega dell'associazione avendo così modo di verificare un modo di lavorare diverso da quello del proprio tutor di riferimento e questa opportunità è stata valutata positivamente dai tirocinanti.

E' emerso in modo chiaro che quasi tutti i tirocinanti hanno avuto difficoltà nella gestione dei problemi cronici e complessi, come pure difficoltà nell'uso appropriato dei farmaci, specialmente per le terapie croniche. In nessun caso si è fatto un contratto formativo (fra tutor e tirocinante), ma tutti hanno ritenuto opportuno rimandarlo all'inizio del prossimo periodo di tirocinio.

In due situazioni sono emerse delle criticità nella gestione del successivo periodo di tirocinio per le quali sembrava opportuno studiare dei percorsi specifici e individualizzati.

4.2.3. 2° PERIODO DI FREQUENZA DAL MMG (9 SETTIMANE) - DAL 16-04-2007 AL 14-06-2007

4.2.3.A. OBIETTIVI DIDATTICI

OBIETTIVI DIDATTICI SPECIFICI

(saper risolvere le problematiche qui elencate che si presentano durante la frequenza dal tutor)

- ✓ Cos'è un piano terapeutico (chi lo attiva, che durata ha, quando è indispensabile per la prescrizione di farmaci)
- ✓ Come si ottiene l'es. ticket e per quali patologie o condizioni cliniche (es. per patologia, per reddito, per invalidità, ecc..)
- ✓ Come si applicano le note AIFA (testo delle note e farmaci soggetti a nota, criticità nell'applicazione delle note)
- ✓ Come funzionano i codici RAO (applicazione dei codici nella pratica, aspetti critici dei RAO)
- ✓ Come si attiva un'ADI (modalità di attivazione, figure professionali coinvolte, quale il ruolo del MMG, lavorare in team)
- ✓ Quale l'iter per l'invalidità civile (modulistica, certificazione, servizio ASL di riferimento, problematiche specifiche)
- ✓ Quali controlli attua l'ASL su farmaci o accertamenti diagnostici prescritti dal MMG
- ✓ Come compilare correttamente una ricetta (su modulo del SSN, su ricetta personale, ricettario per gli stupefacenti)
- ✓ Come compilare un certificato (di malattia INPS, INAIL, per assicurazioni private)
- ✓ Come prescrivere i presidi e gli ausili sanitari .
- ✓ Saper utilizzare la cartella clinica informatizzata

OBIETTIVI DIDATTICI GENERALI

(per situazioni non complesse ma che si presentano frequentemente nella MG)

- ✓ saper raccogliere l'anamnesi e riuscire a comprendere il "problema" del paziente
- ✓ saper fare l'es. obiettivo del paziente mirato ai sintomi e al sospetto diagnostico
- ✓ saper fare delle ipotesi diagnostiche e impostare un piano diagnostico
- ✓ saper impostare una terapia appropriata

OBIETTIVO DIDATTICO CONCORDATO CON IL RESPONSABILE DELLE ATTIVITA' TEORICHE D'AULA

(nelle prime 2 settimane i discenti sono stati invitati ad osservare le consultazioni e in particolare ad osservare e riflettere sulla relazione medico – paziente e a cercare di identificare e definire il "problema del paziente")

OBIETTIVO MINIMO DA RAGGIUNGERE ALLA FINO DEL PERIODO

È stato quello di saper sostituire il proprio tutor per almeno 4 ore sapendo gestire i problemi burocratici. La valutazione è stata fatta dal tutor valutando in seguito eventuali errori commessi dal tirocinante, ma anche in base alla possibilità di essere contattato dal proprio tirocinante per avere spiegazioni o pareri in merito a problemi emersi durante il periodo di sostituzione.

4.2.3.B. BRIEFING DISCENTI 04-04-07

Si è ribadito l'obbligo della frequenza presso il MMG di almeno 6 ore giornaliere (anche flessibili) e di circa 6 ore settimanali di autoformazione guidata dal tutor su aspetti di particolare interesse per la MG e che scaturiscono dalla pratica quotidiana.

Si sono presentati gli obiettivi didattici che la scuola ha elaborato per questo 2° periodo di tirocinio pratico dal MMG. E' stata poi predisposta una scheda al fine di rilevare il raggiungimento o meno degli obiettivi ed eventuali osservazioni fatte dai tutor in itinere.

Sono stati illustrati in modo dettagliato gli obiettivi didattici e si è discusso su di essi. Per qualche discente era importante apprendere l'uso dei farmaci, imparare a prescrivere i farmaci; qualcuno auspicava di poter avere più tempo per confrontarsi con il proprio tutor su problemi pratici sia gestionali che relazionali.

Uno degli obiettivi di questo periodo ha riguardato l'integrazione tra attività pratica e d'aula sul tema della consultazione.

A questo scopo il docente del seminario "Teoria e metodi della medicina generale" aveva chiesto ai tirocinanti di fargli pervenire le loro osservazioni nei primi quattro giorni di frequenza sul MMG e sulla relazione medico-paziente e sul "problema del paziente", al fine di utilizzare queste osservazioni per costruire/orientare le lezioni teoriche.

4.2.3.C. BRIEFING TUTOR 11-04-07

Dopo aver informato i tutor circa il calendario di questo periodo di frequenza, sono stati presentati gli obiettivi didattici proposti dalla scuola per questo 2° periodo di tirocinio. E' stata prevista anche una scheda per documentare il raggiungimento o meno degli obiettivi didattici ed eventuali osservazioni fatte dai tutor in itinere.

Fra gli obiettivi di questo periodo, uno riguardava l'integrazione tra attività pratica e d'aula sul tema della consultazione.

A questo scopo il responsabile del seminario teorico "Teoria e metodi della medicina generale" ha illustrato ai tutor il mandato per i discenti (Osservazione nei primi quattro giorni di frequenza della relazione medico paziente e individuazione del "problema" del paziente).

Si è discusso sugli obiettivi proposti. Un collega tutor ha osservato come siano poco presenti obiettivi relazionali di comunicazione medico-paziente, di gestione delle problematiche relazionali.

Al di fuori degli obiettivi didattici comuni, comunque ogni tutor poteva implementare la sua attività didattica su aspetti specifici che riteneva importanti per la formazione del tirocinante (questa attività didattica poteva poi essere presentata nel corso del debriefing post tirocinio).

La maggior parte dei tutor ha apprezzato il fatto di avere degli obiettivi didattici chiari e definiti per questo periodo (abbastanza lungo) di attività tutoriale; ciò consentiva anche di rendere piuttosto

uniforme la formazione dei discenti, e di poter fare una valutazione sulle specifiche competenze acquisite durante il periodo di tirocinio.

Per un collega discente, oltre agli obiettivi definiti per questo periodo, si è ritenuto di proporre un percorso specifico con degli obiettivi personalizzati che saranno concordati con il tutor di riferimento.

4.2.3.D. DEBRIEFING DISCENTI 15-06-07

Tutti i tirocinanti hanno evidenziato il fatto di aver avuto un rapporto buono od ottimo con il proprio tutor sia sotto il profilo personale che didattico.

Un discente si è sentito poco seguito e pensa che forse sarebbe utile rivedere il proprio contratto formativo.

Tutti hanno potuto sperimentare dei periodi più o meno lunghi di autonomia di lavoro, sia in ambulatorio che nell'assistenza domiciliare; in tutti i casi, il periodo di autonomia si è poi concluso con un momento di discussione e confronto sull'operato con il proprio tutor.

Tutti hanno avuto l'opportunità di utilizzare la cartella clinica informatizzata presso il proprio tutor, si sono cimentati con la compilazione di ricette, certificati vari e problematiche di tipo burocratico; questi obiettivi didattici sembra siano stati raggiunti.

Molti discenti si sono pure inseriti nella relazione con i pazienti; qualcuno c'è riuscito bene, qualcun altro meno, anche perché meno facilitato dal tutor.

Aspetti importanti segnalati dai tirocinanti

- ogni tutor ha il proprio stile di lavoro
- Molto rilevante (come impegno e frequenza) il disagio psichico, le patologie psichiche, problemi di alcool
- E' molto diverso se il tirocinante si trova verso il lato del tutor o verso quello del paziente (si hanno due ottiche diverse e due ruoli diversi)
- Il tutor ascolta molto i pazienti e riesce a mettere dei "paletti"; altre volte è "troppo buono" e non mette i "paletti" necessari; altre volte il tutor "non riesce a stare zitto" e non permette al tirocinante di immergersi nella relazione con paziente
- Il tutor mi ha dato gli strumenti per sapermela cavare e per muovermi in autonomia

Proposte e suggerimenti per il prossimo corso

- Positiva l'esperienza di partire subito con il MMG
- Prevedere un colloquio con i tirocinanti prima dell'inizio della scuola (anche per concordare dove frequentare dal MMG e presso l'ospedale o il distretto al fine di scegliere il luogo del domicilio)
- Conoscere prima la scuola, i docenti e i tutor
- Incontro tra tutor e tirocinanti
- Buona l'esperienza del distretto; esperienza positiva con il servizio infermieristico del territorio.

4.2.3.E. DEBRIEFING TUTOR 20-06-07

Ha preso la parola il Direttore per dare alcune informazioni sulla scuola. Si ritiene importante la qualità della frequenza dal MMG e non la quantità delle ore fatte dai tirocinanti. La certificazione della frequenza dal tutor deve avvenire per settimane e non per ore (minimo 18 e massimo 30 ore settimanali).

I tutor hanno espresso le loro valutazioni sui rispettivi tirocinanti. La maggioranza dei tirocinanti sa usare discretamente il PC con il programma utilizzato dal tutor; ha appreso in modo discreto le problematiche burocratiche (ricettazione, certificazioni, note AIFA, ecc.).

Quasi tutti i tutor riferivano che in questo periodo di frequenza hanno cercato di far conoscere al proprio tirocinante le varie attività del medico di MG e in particolare: l'attività ambulatoriale con problemi acuti e cronici, la burocrazia, le situazioni complesse; l'attività domiciliare con problemi d'integrazione con i servizi sociali e sanitari d'altro livello come le cure infermieristiche e le cure palliative.

Pochi hanno attuato il periodo di "autonomia". In qualche caso perché ritenuto ancora prematuro dal tutor, in altri casi perché non si sentiva ancora pronto il tirocinante.

Quasi tutti i tutor hanno avuto un buon rapporto con il loro tirocinante, non solo sotto il profilo didattico ma anche sotto quello personale.

I due casi considerati "particolari" ancora nel precedente debriefing, hanno avuto un percorso personalizzato e prima concordato tra responsabile di tutor e tutor di riferimento. Il percorso fatto in questo periodo è stato ritenuto buono dai rispettivi tutor.

Un discente ha svolto un percorso didattico con molta autonomia personale con una supervisione da parte di due tutor che operavano nella stessa associazione, con un giudizio buono da parte dei tutor (ambulatorio parallelo gestito in quasi autonomia con conseguente supervisione tutoriale).

Un altro discente, ha cambiato tutor in questo periodo e ha frequentato un'associazione di medici. È stato affiancato prevalentemente ad uno dei tutor che l'ha seguito dal punto di vista didattico per tutto il periodo; si è inserito bene nel nuovo ambiente; sa usare il PC; non ha fatto il periodo d'autonomia.

4.2.4. 3° PERIODO DI FREQUENZA DAL MMG (9 SETTIMANE) - DAL 15-10-2007 AL 20-12-2007

4.2.4.A. OBIETTIVI DIDATTICI

Per il tutor

- ✓ Prevedere degli spazi di autonomia per qualche problema acuto e cronico
 - Farsi relazionare dal tirocinante sul lavoro fatto in autonomia e discuterne con lui
- ✓ Coinvolgere il tirocinante in tutte le attività del MMG (visite ambulatoriali, domiciliari, attivazioni ADI, UVM, visite in ospedale, confronto con colleghi specialisti)

Per il tirocinante

- ✓ Porre particolare attenzione alla relazione medico-paziente e cercare di migliorare le proprie competenze in questo ambito
- ✓ Iniziare a gestire il paziente con problemi cronici: la gestione delle terapie, la comorbidità, il follow-up

Didattica tutoriale (uno a uno)

In questo periodo il tutor e il tirocinante saranno invitati a scegliere un argomento considerato di interesse per entrambi e che necessita di approfondimento, scaturito da una situazione clinica riscontrata nella pratica lavorativa.

Si inquadra bene il problema, si va a ricercare la bibliografia necessaria per approfondire l'argomento e si cerca di colmare la lacuna sull'argomento prescelto.

Infine sarà chiesto di presentare il lavoro fatto assieme in aula con delle diapositive alla presenza dei colleghi del proprio corso con la presenza del proprio tutor.

I tutor sono pure invitati ad assistere alla presentazione dei lavori degli altri tirocinanti.

4.2.4.B. BRIEFING DISCENTI 12-10-07

E' stato presentato il calendario dettagliato della frequenza dal MMG nei 2 mesi di tirocinio.

Sono stati presentati gli obiettivi didattici di questo periodo: vengono riproposti gli obiettivi didattici del periodo precedente per coloro che non li avevano ancora raggiunti, inoltre si è previsto una graduale maggior autonomia nella gestione dell'attività del MMG da concordare con il proprio tutor fino ad arrivare a sostituire per brevi periodi il proprio tutor (il periodo di autonomia va preparato e supervisionato con il proprio tutor per verificare il raggiungimento degli obiettivi didattici e di autonomia)

In questo periodo di frequenza dal MMG la scuola ha proposto la "Didattica Tutoriale" didattica 1 a 1 già sperimentata nei corsi precedenti ed apprezzata sia dai tutor che dai tirocinanti.

Consiste nel definire un problema, incontrato nella normale pratica clinica del MMG, di interesse comune (tutor e tirocinante) che necessita di approfondimento. L'approfondimento del problema necessita di ricerca bibliografica (su cartaceo o su banche dati on-line) e prevede alla fine una presentazione in aula del lavoro fatto in power point in presenza dei colleghi discenti e dei tutor che hanno contribuito al lavoro, ma anche ad altri tutor o MMG.

In questo periodo è stato consigliato di pensare all'argomento della propria tesi. La frequenza dal MMG poteva essere uno stimolo per focalizzare l'aspetto che più interessa approfondire per la tesi finale.

Si informa che il tutor può essere anche il relatore della tesi finale.

4.2.4.C. BRIEFING TUTOR 10-10-07

E' stato presentato il calendario dettagliato della frequenza. In particolare si inizia il 15-10-07 e si termina il 20-12-2007.

Veniva comunicato ai tutor che in questo periodo i discenti stavano lavorando e pensando all'argomento della tesi finale (sono stati anche previsti degli incontri in aula con il direttore della scuola e il responsabile della ricerca).

In questo prossimo periodo di frequenza dal MMG la scuola ha proposto la "Didattica Tutoriale" didattica 1 a 1 già sperimentata nei corsi precedenti ed apprezzata sia dai tutor che dai tirocinanti.

Consiste nel definire un problema, incontrato nella normale pratica clinica del MMG, di interesse comune (tutor e tirocinante) che necessita di approfondimento. L'approfondimento del problema necessita di ricerca bibliografica (su cartaceo o su banche dati on-line e prevede alla fine una presentazione in aula del lavoro fatto in power point in presenza dei colleghi discenti e dei tutor che hanno contribuito al lavoro, ma anche ad altri tutor o MMG.

Si concordava di spedire a tutti i tutor il calendario aggiornato delle attività didattiche teoriche e pratiche per tenerli informati del percorso dei tirocinanti.

Si presentavano gli OBIETTIVI DIDATTICI di questo 3° periodo di frequenza:

Si sono previsti degli spazi di autonomia per qualche problema acuto e cronico con relazione al tutor sul lavoro fatto in autonomia (dare le consegne) e discuterne con lui.

Si invitavano i discenti a porre particolare attenzione alla relazione medico-paziente e cercare di migliorare le proprie competenze in questo ambito.

Si concordava di coinvolgere il tirocinante in tutte le attività del MMG (visite ambulatoriali, domiciliari, attivazioni ADI, UVM, visite in ospedale, confronto con colleghi specialisti).

In questo periodo i discenti venivano coinvolti nella gestione del paziente con problemi cronici: la gestione delle terapie, la comorbilità, il follow-up.

4.2.4.D. DEBRIEFING DISCENTI 21-12-07

Tutti i discenti hanno riferito di aver passato un periodo molto proficuo e intenso presso il proprio tutor MMG. In particolare hanno avuto la possibilità di sperimentare, anche se con modalità e tempi diversi, qualche breve periodo di autonomia, gestendo da soli alcuni pazienti sotto supervisione del tutor o tenendo delle fasce orarie di ambulatorio in completa autonomia, confrontandosi poi con il proprio tutor.

Qualcuno ha avuto esperienze significative e coinvolgenti nell'ambito delle cure palliative nella gestione dei pazienti oncologici in fase terminale a domicilio.

Un collega ha avuto l'opportunità di maturare una certa sicurezza ed autonomia nella gestione dei pazienti in TAO.

Un altro discente, già autonomo nel periodo precedente di tirocinio, ha tenuto un ambulatorio parallelo al proprio tutor, mantenendo un confronto continuo con lui, apportando suggerimenti anche sul piano organizzativo dell'ambulatorio.

Tutti i tirocinanti hanno avuto l'opportunità di tenere delle consultazioni da soli con i pazienti, anche se in qualche caso è stato difficoltoso giungere ad una chiusura della consultazione stessa in tempi idonei e con buona soddisfazione dei pazienti.

Molti discenti hanno fatto delle visite domiciliari da soli, facendo in seguito un rendiconto al proprio tutor. Due tirocinanti, che nel precedente periodo di frequenza avevano avuto dei rapporti in po' difficoltosi con i propri tutor, hanno affermato che la relazione, sia personale che didattica era sensibilmente migliorata. Per tutti il periodo trascorso è stato molto importante, proficuo sotto il profilo didattico e dell'apprendimento.

4.2.4.E. DEBRIEFING TUTOR 21-12-07

Emergeva una situazione buona dal punto di vista dell'assiduità nella frequenza, della voglia di apprendere e dell'esigenza di autonomia da parte dei tirocinanti. Tutti sono parsi interessati dalla MG e hanno frequentato assiduamente.

Tranne qualche caso in cui il tirocinante si è assentato per un lungo periodo per gravidanza, tutti gli altri discenti hanno raggiunto le abilità previste dagli obiettivi didattici 3° periodo di frequenza dal MMG.

Da una visione complessiva della situazione si è potuto rilevare come esistessero 3-4 situazioni in cui era prioritario definire degli obiettivi didattici più avanzati rispetto a quelli definiti dalla scuola che avevano lo scopo di uniformare l'attività didattica dal MMG. Questi discenti avevano raggiunto un certo grado di autonomia e di sicurezza gestionale che richiedevano un programma futuro più avanzato con compiti e impegni più impegnativi, e quindi con obiettivi didattici più tarati alla loro preparazione.

Si concordava con qualche tutor di studiare in itinere, magari coinvolgendo il "Gruppo Tutor" che si occupa della messa a punto degli obiettivi didattici durante la frequenza dal MMG, la possibilità di predisporre degli obiettivi didattici più avanzati per i discenti più autonomi ed esperti (es. attivare l'audit su problemi specifici o casi particolari, o consulenza al tirocinante per situazioni e problemi complessi e critici).

4.2.5. 4° PERIODO DI FREQUENZA DAL MMG (6 SETTIMANE) - DAL 21-04-2008 AL 12-06-2008

4.2.5.A. OBIETTIVI DIDATTICI

- ✓ Acquisire abilità nella gestione di problemi organizzativi (ambulatorio su appuntamento, visite urgenti, gestione del telefono, visite domiciliari, consulenza con specialisti, visite in ospedale ecc.)
- ✓ Essere in grado di gestire i pazienti con problemi cronici a media o alta complessità (gestione del rischio CV, del paziente anziano, del paziente con BPCO, con problemi osteo-articolari cronici, ecc.)
- ✓ Saper gestire in autonomia qualche paziente pluriproblematico sia in ambulatorio che a domicilio previo accordo tutor-tirocinante al fine di definirne tempi, obiettivi, e fattibilità.
- ✓ Per i tutor che hanno un 2° ambulatorio è possibile proporre al tirocinante la gestione di un ambulatorio parallelo magari per i pazienti che arrivano fuori appuntamento o per la gestione delle consulenze telefoniche.

Al termine del periodo, stilare in collaborazione con il proprio tutor, le credenziali da presentare, nel prossimo periodo, al tutor di rotazione.

4.2.5.B. BRIEFING DISCENTI 18-04-08

All'inizio della riunione si è chiesto ad ogni discente di esprimere cosa avrebbero voluto fare nel prossimo periodo di frequenza dal MMG.

Si invitavano i discenti a voler esprimere ai propri tutor le loro aspirazioni (didattiche) e di concordare con loro i tempi e le modalità di attuazione degli stessi.

Al termine della discussione si sono presentati gli obiettivi didattici di base stabiliti dalla Scuola.

4.2.5.C. BRIEFING TUTOR 16-04-08

Viene fatto il punto sulla didattica tutoriale (Didattica 1 a 1). Quasi tutti (tutor e rispettivi tirocinanti) avevano completato il lavoro di messa a punto dell'argomento concordato.

Cinque relazioni erano già state presentate in aula con buona soddisfazione dei discenti.

In quattro relazioni su cinque erano presenti anche i tutor che hanno contribuito alla realizzazione del lavoro.

Un tutor proponeva di programmare le lezioni in aula della didattica tutoriale di sabato in modo da permettere ai tutor di poter assistere attivamente alla presentazione dei lavori in aula. (la proposta verrà presa in considerazione per il prossimo corso e valutata anche dal punto di vista della fattibilità).

Venivano presentati gli obiettivi didattici generali del successivo periodo di frequenza dal MMG che si sarebbe svolto dal 21-04-08 al 12-06-08.

4.2.5.D. DEBRIEFING DISCENTI 13-06-08

Tutti hanno riferito che il periodo di frequenza dal tutor non ha presentato particolari problemi.

Quasi tutti hanno fatto notare che 8 settimane, in questo periodo, caratterizzato da frequenti interruzioni per festività varie (Pasqua, 25 aprile, 1° maggio), sono piuttosto poche e molto frammentate e quindi poco efficaci dal punto di vista didattico.

Molti tirocinanti hanno riferito di non aver raggiunto completamente gli obiettivi didattici del periodo (gestione delle patologie croniche) in quanto il tempo a disposizione era troppo breve e spezzettato.

Complessivamente si è notata una crescita generale dei tirocinanti con progressi in alcuni casi molto sensibili.

Molti hanno avuto delle fasce di autonomia con conseguente supervisione da parte del tutor del lavoro fatto. La richiesta comune dei discenti era di avere uno spazio di autonomia maggiore, pur considerando i differenti livelli di capacità gestionale individuale. In alcuni casi veniva sottolineato un certo imbarazzo a trovarsi spesso insieme al cospetto del paziente, con limitazione della "libertà" di espressione da parte del discente che sente il paziente troppo condizionato dal tutor.

E' stato chiesto a tirocinanti di comunicare, almeno entro la fine di luglio prossimo eventuali problemi personali ed organizzativi per il periodo di rotazione dei tutor.

E' stata proposta anche la possibilità per il futuro (relativamente agli ultimi mesi di frequenza, nel periodo dedicato alla stesura tesi) di fare l'attività teorica d'aula in modo compatto (es. 1 settimana al mese, invece di 1 giorno in settimana) e la maggior parte dei discenti afferma di essere favorevole.

4.2.5.E. DEBRIEFING TUTOR 18-06-08

Anche i tutor, come pure i tirocinanti, hanno riconosciuto che in questo periodo, già di per se breve (8 settimane) ci sono state troppe interruzioni per le ferie (Pasqua, 25 aprile, 1° maggio) che hanno interferito con la continuità didattica.

Tutti i tutor hanno segnalato che a causa della brevità del periodo di frequenza non sono riusciti ad affrontare in modo esaustivo le patologie croniche, ma solo iniziato ad affrontarle (sarà quindi importante inserirle negli obiettivi del prossimo periodo di frequenza).

Complessivamente tutti i tutor hanno rilevato un buon progresso dei loro tirocinanti e quasi tutti (ad esclusione di 2) hanno fatto lavorare in autonomia i discenti anche se con una puntuale supervisione del loro lavoro.

Molti tirocinanti hanno pure sostituito il proprio tutor anche se per brevi periodi con buon giudizio di tutor coinvolti.

In un caso i tutor di riferimento di un tirocinante (che fino ad ora sono sempre stati 2) hanno proposto di affidare il tirocinante ad uno solo dei due perché potrebbe essere più utile sotto il profilo didattico.

Complessivamente tutti hanno valutato positivamente i progressi fatti dai discenti in questo periodo; concordavano che si sarebbero dovute affrontare nel prossimo periodo le patologie croniche, la gestione dei pazienti con pluripatologie, le ADI, le UVM e gli aspetti di integrazione tra le varie figure che ruotano attorno ai pazienti complessi.

Considerazioni finali:

- 1) per il prossimo corso prevedete un periodo di almeno 10 settimane (invece che di 8)
- 2) Mantenere gli stessi obiettivi didattici (la gestione delle patologie croniche in MG)

4.2.6. 5° PERIODO DI FREQUENZA DAL MMG (6 SETTIMANE) - DAL 20-10-2008 AL 28-11-2008

4.2.6.A. OBIETTIVI DIDATTICI

- ✓ Conoscere una realtà lavorativa diversa da quella fino ad allora conosciuta (zona urbana o zona rurale) e sapersi rapportare ad essa in modo appropriato utilizzando i mezzi e le strategie più opportune
- ✓ Riuscire a rapportarsi in modo positivo al nuovo tutor, cogliere le differenze di stile, di organizzazione e di approccio alla professione di medico di MG rispetto al tutor di riferimento
- ✓ Al termine del breve periodo di frequenza (mediamente di 6 settimane) il tutor dovrà stilare una relazione sintetica in merito alle abilità cliniche, relazionali, organizzative mostrate dal tirocinante (la breve relazione dovrà essere condivisa anche al tirocinante ed eventualmente discussa con lui); utile segnalare anche eventuali problemi emersi durante il periodo di tirocinio pratico

Il tirocinante invece dovrà fare una breve relazione sulla sua esperienza riportando gli aspetti positivi, le difficoltà incontrate sia nei confronti del tutor che dell'ambiente, i problemi emersi e l'eventuale loro risoluzione.

4.2.6.B. BRIEFING DISCENTI 17-10-087

I tirocinanti sono stati assegnati ad un tutor diverso da quello dei periodi precedenti.

Si illustra ai discenti l'importanza di questo periodo di "rotazione"

Si presentano gli obiettivi didattici del periodo .

Ad ogni discente è stato assegnato un tutor e fornito il rispettivo indirizzo e n.° telefonico, invitando ognuno a mettersi in contatto con il proprio tutor per organizzare l'inizio del tirocinio del 20-10-08.

4.2.6.C. BRIEFING TUTOR 15-10-08

Si sono presentati gli obiettivi didattici del periodo.

I tutor sono stati informati sulle regole di frequenza che consistono nella frequenza di quattro giorni alla settimana (un giorno frequentano le lezioni in aula) con una media di almeno 6 ore al giorno, anche flessibili.

Ad ogni tutor sono state date alcune informazioni per inquadrare il tirocinante assegnato.

Dopo una breve discussione e le risposte alle domande poste dai tutor si è chiusa la riunione.

4.2.6.D. DEBRIEFING DISCENTI 28-11-08

Tutti hanno riferito di aver avuto un buon rapporto con il nuovo tutor.

Quasi tutti i discenti che hanno frequentato in zone periferiche hanno notato che il lavoro del MMG è un po' meno pesante e in particolare ambulatori un po' meno affollati, e meno utilizzo del telefono da parte di pazienti.

Qualche tirocinante ha affermato che in periferia il medico ha più autorità ed è più ascoltato e rispettato rispetto alla città.

Qualche tirocinante ha frequentato realtà in cui si praticava la medicina di gruppo, altri hanno frequentato MMG che lavoravano da soli, in questo modo hanno potuto vedere diverse modalità organizzative, ma anche diversi "stili" di lavoro dei vari tutor MMG.

In alcuni casi il tirocinante ha potuto frequentare l'ambulatorio di altri medici dell'associazione e questa modalità è stata apprezzata dai medici in formazione.

Quasi tutti ritengono che per il periodo di rotazione sono sufficienti 6-8 settimane.

Un gruppo di discenti propone di poter fare il periodo di rotazione all'estero o presso un'altra scuola in Italia.

4.2.6.E. DEBRIEFING TUTOR 03-12-08

Due tutor erano assenti al debriefing, ma avevano inviato una relazione scritta sul periodo di rotazione.

Tutti i tutor hanno riferito di essere stati soddisfatti del loro tirocinante con il quale hanno instaurato un buon rapporto interpersonale fin da subito.

Quasi tutti ammettevano che il tirocinante era ben preparato e ormai in grado di svolgere l'attività di MMG in autonomia.

Molti tutor hanno lasciato lavorare il tirocinante in autonomia, per dei momenti più o meno lunghi, sia nell'attività ambulatoriale che nelle visite a domicilio con una successiva supervisione e discussione dei casi particolarmente problematici.

Per la maggioranza dei tutor, il periodo di rotazione di 6 settimane appariva un po' ridotto, e ritenevano potesse essere più proficuo un periodo di almeno 8 settimane continuative.

Tutti i tutor hanno fornito, anche se in modo sintetico, una valutazione del tirocinante; in particolare la valutazione si era concentrata sulle abilità cliniche, relazionali e organizzative.

4.2.7. 6° PERIODO DI FREQUENZA DAL MMG (15 SETTIMANE) – DA FEBBRAIO A LUGLIO 2009

4.2.7.A. OBIETTIVI DIDATTICI

In questo ultimo periodo di frequenza dal MMG il tirocinante deve raggiungere la completa autonomia nella gestione dell'ambulatorio ma anche dell'assistenza domiciliare.

Cosa è possibile fare dal proprio tutor:

- ✓ Per migliorare l'autonomia è possibile far lavorare il tirocinante da solo e fare un debriefing col tutor sul lavoro svolto
- ✓ far segnalare al tirocinante un "apprendimento significativo" durante il periodo di frequenza oppure un aspetto critico rilevato durante la frequenza (la proposta può essere riferita a un giorno, a una settimana o più lunga)
- ✓ possibile proposta da fare ai tirocinanti: provare a tradurre i propri desideri in progetti (non necessariamente in obiettivi)
- ✓ in questo periodo prossimo alla tesi il tutor può venire coinvolto da qualche discente sulla raccolta di dati per la tesi finale.

In questo periodo inoltre è possibile (per chi particolarmente interessato) frequentare presso un tutor di altra regione o altro stato europeo al fine di poter conoscere realtà diverse in cui opera la MG.

Altra possibilità (per ora ancora in fase sperimentale) è la frequenza dal pediatra del territorio, per conoscere questa realtà, i problemi clinici ed organizzativi che sono più simili alla Mg e quelli che si discostano maggiormente, cogliere le criticità e gli aspetti positivi.

Si può proporre un altro periodo di "rotazione" con un nuovo tutor per casi particolari, qualora sia ritenuto importante dalla scuola e richiesto dal tirocinante.

4.2.7.B. BRIEFING DISCENTI 29-01-09

Si sono presentati gli obiettivi didattici dell'ultimo periodo di frequenza dal MMG. Un discente ha chiesto di poter frequentare alcune settimane presso le zone terremotate de L'Aquila..

Un'altra collega ha chiesto di poter frequentare presso uno studio di MG in una zona molto periferica e isolata in Alto Adige per vedere come si lavora in situazioni molto decentrate.

Un'altra collega ancora ha chiesto di poter fare un periodo di tirocinio presso un pediatra del territorio per cimentarsi anche con questa realtà molto simile alla MG.

Si concordava che le esperienze fuori regione e con il pediatra del territorio dovevano comunque effettuare presso un collega che fosse tutor.

4.2.7.C. BRIEFING TUTOR 11-02-09 E 03-06-09

Il briefing si è svolto in 2 momenti in quanto i discenti hanno frequentato dal tutor MMG in due scaglioni a distanza di 5 settimane uno dall'altro.

Sono stati presentati gli obiettivi didattici del periodo e si sono invitati i tutor a lasciare abbastanza autonomia ai discenti e a iniziare a valutarli.

Si sono consegnati ai tutor 3 modelli di valutazione finale al fine di aiutare i tutor stessi a stilare la loro valutazione sul proprio tirocinante.

Si sono informati i tutor sullo stato di avanzamento delle tesi dei discenti che termineranno a novembre prossimo.

4.2.7.D. DEBRIEFING DISCENTI 08-07-09

Sono presenti quasi tutti i discenti. Due invieranno breve relazione sul periodo appena terminato di frequenza dal MMG.

Una collega ha frequentato per 2 settimane in un'UTAP a L'Aquila e ha presentato in aula la sua esperienza nelle zone del terremoto sia sotto il profilo medico che umano.

Un discente ha riferito di avere talvolta ancora delle difficoltà nel gestire i problemi acuti e per questo ritiene di aver ancora bisogno del supporto del tutor.

Un altro discente avrebbe frequentato volentieri da un pediatra del territorio. Qualcuno riferiva di avere ancora qualche lieve difficoltà nell'uso dei farmaci nella terapia delle patologie croniche.

Tutti avevano fatto periodi più o meno lunghi di autonomia riuscendo ad affrontare e gestire i problemi in modo soddisfacente.

Un discente riferiva di aver frequentato presso il proprio tutor in modo spezzato (per problemi organizzativi della scuola) ma avrebbe preferito una frequenza più continuativa. Lo stesso riferiva che la scuola gli ha dato una identità professionale.

Una discente rilevava come la normativa vigente "proibisca" le sostituzioni dei MMG, cosa invece che dovrebbe essere permessa e utilizzata a scopo didattico specialmente nell'ultimo periodo per valutare il grado di autonomia raggiunto.

Inoltre secondo alcuni discenti, lavorare da soli responsabilizza di più.

Un discente rilevava come fosse importante relazionarsi con i "servizi sociali"; si consigliava di prevedere un modulo d'aula su questo argomento.

Secondo un discente era importante riuscire a costruire una propria figura di MMG con un proprio stile personale.

4.2.7.E. DEBRIEFING TUTOR 12-11-09

Si concordava di definire "specializzando" il collega che ha terminato il corso di formazione e di usare questo termine nel redigere la valutazione finale. Questa decisione era supportata dal fatto che i colleghi che terminano il triennio sono a tutti gli effetti equiparati ai colleghi europei che invece frequentano 3 o 4 anni di specialità universitaria.

Tutti i tutor hanno riconosciuto che questo è un corso di colleghi molto ben preparati e che hanno fatto un percorso formativo che li ha molto stimolati e che ha portato loro ad un cambiamento determinante con acquisizione di competenze specifiche per la medicina generale molto buone.

Si è parlato delle tre esperienze fatte fuori del percorso normale (L'Aquila, Alto Adige e pediatra di base) che hanno coinvolto molti i colleghi tirocinanti.

Sarebbe interessante per il futuro prevedere, nell'ultimo periodo di frequenza dal MMG, e cioè nel terzo anno, la possibilità per i discenti di poter frequentare presso un tutor MMG di altra regione al fine di

conoscere realtà diverse della MG e non solo la stretta realtà della provincia di Trento. Questa proposta però deve essere anche supportata dalle strutture amministrative (in particolare PAT) nel senso di facilitare la mobilità dei colleghi in altre regioni, snellendo le procedure amministrative e burocratiche.

Si chiedeva a tutti i tutor di redigere il giudizio finale del proprio tirocinante entro la fine della settimana prossima. Un tutor aveva già predisposto e consegnato il giudizio finale delle sue due tirocinanti (una tirocinante di riferimento e una tirocinante che ha frequentato il suo studio per il periodo di "rotazione").

I tutor hanno chiesto di conoscere il calendario della presentazione delle tesi e i tempi della discussione della stessa.

4.3. TIROCINIO PRESSO LE STRUTTURE TERRITORIALI DI BASE DELL'A.P.S.S.

Di seguito vengono elencate le strutture per cui è stato fatto il rapporto finale.

4.3.1 Distretti

4.3.2 Strutture e Servizi territoriali specialistici.

4.3.1. ATTIVITÀ SVOLTE PRESSO I DISTRETTI

Il primo periodo di attività pratiche del Corso di Formazione negli ultimi anni è sempre stato quello presso i Distretti Sanitari. L'obiettivo primario perseguito è quello di proporre l'approfondimento della conoscenza del sistema sanitario, ed in particolare delle strutture, dei servizi e delle norme che regolano, disciplinano e coordinano la Medicina Generale. In questo periodo vengono anche tradizionalmente associate attività cliniche presso gli ambulatori specialistici convenzionati esterni che normalmente trovano sede presso i distretti medesimi.

Per il presente Corso sono stati coinvolti cinque Distretti e precisamente quelli di Trento, Rovereto, Riva, Tione e Cles. La scelta dei Distretti da coinvolgere è determinata essenzialmente dalla residenza dei vari discenti oltre che dalla disponibilità, peraltro sempre presente, dei Direttori di Distretto. Altro criterio utilizzato è quello di evitare un sovraccarico di impegno didattico in una sede chiedendo eventualmente la disponibilità di spostamento a qualche discente anche per mantenere il più possibile un rapporto Tutor discente di 1 a 1.

I quindici discenti, sono stati così distribuiti: cinque a Trento, tre a Rovereto, Pergine Valsugana e Cles e una a Borgo Valsugana.

I Direttori di Distretto hanno indicato i relativi responsabili organizzativi e precisamente: la Dottoressa Paola Maccani ha indicato per Trento il Dr. Enrico Nava, il Dr. Paolo Romiti ha indicato per Rovereto il Dr. Zeno Bellotti, il Dr. Claudio Buriani ha indicato il Dr. Giovanni Menegoni sia per Pergine che per Borgo Valsugana, infine per Cles il Dr. Marino Migazzi ha indicato il Dr. Luigi Palano.

La Scuola di Formazione, tramite il coordinatore delle attività pratiche, ha proposto una serie di obiettivi lasciando però ampia facoltà ai responsabili organizzativi locali di integrarli, ampliarli, modificarli a seconda delle esigenze e delle disponibilità locali.

Gli obiettivi didattici proposti si riferivano in generale alla conoscenza delle strutture e degli obiettivi che ne regolano il funzionamento, all'approfondimento delle caratteristiche, del metodo di lavoro utilizzato e delle opportunità offerte dai Distretti al fine di un'integrazione sempre migliore tra il futuro professionista MMG e l'organizzazione amministrativa.

Obiettivi particolari erano indirizzati alla conoscenza dell'organizzazione sia del SSN che dell'Azienda Sanitaria, delle convenzioni per la MG, per la continuità assistenziale e parzialmente di quella per i pediatri di libera scelta, inoltre comprendevano la presa in visione della legge provinciale n° 6 relativa all'assistenza aggiuntiva, la comprensione delle attività dei centri di erogazione delle autorizzazioni, delle prestazioni, presidi ed esenzioni, e la conoscenza delle principali caratteristiche organizzative ed operative del servizio infermieristico, sociale, alcoologico, dell'igiene pubblica, delle RSA e dei Consultori per il singolo, la coppia e la famiglia.

Per quanto riguarda l'attività presso gli ambulatori specialistici convenzionati, gli obiettivi generali proposti si riferivano all'osservazione delle modalità di invio allo specialista dei pazienti da parte del MMG, e alle caratteristiche del trattamento delle patologie tipiche in questo ambito, oltre alle basi teoriche per la relativa diagnosi e trattamento.

Le specialità coinvolte sono state numerose: Ortopedia, Cardiologia, Otorinolaringoiatria, Dermatologia, Oculistica, Endocrinologia, Medicina dello sport, Fisiatria, Odontoiatria, Gastroenterologia, Ginecologia e Neurologia però in modo differenziato a seconda della disponibilità che le varie sedi potevano garantire.

La durata prevista per questo periodo di frequenza è stata di sei settimane, dal 10.01.07 al 16.02.07 articolata in quattro giornate settimanali. La quinta giornata era destinata ad approfondimenti teorici in aula anche per armonizzare e rendere omogenee una serie di informazioni attraverso delle presentazioni frontali e delle discussioni sulle attività svolte.

La valutazione relativa alle attività svolte è risultata generalmente molto positiva o positiva da parte di quasi tutti i discenti, che in alcuni casi avrebbero desiderato un prolungamento delle attività con particolare riguardo per quelle specialistiche ambulatoriali. In qualche caso è emersa la considerazione per lo scarso interesse mostrato per l'attività didattica da parte di qualche tutor, specie tra gli specialisti convenzionati, ed in particolare tra chi non aveva richiesto di svolgere questa attività particolare, ma solo acconsentito.

In questo periodo di frequenze hanno prestato disinteressatamente ma con passione la loro preziosa opera di didattica tutoriale o di guida formativa, oltre ai cinque responsabili organizzativi, numerosissimi altri colleghi specialisti e personale amministrativo operanti nei Distretti, cui va il ringraziamento della Scuola.

4.3.2. ATTIVITÀ SVOLTE PRESSO STRUTTURE E SERVIZI TERRITORIALI SPECIALISTICI.

Per questo Corso, come per i precedenti, viene programmata come ultima attività pratica presso strutture specialistiche una frequenza presso alcuni Servizi Territoriali che svolgono attività complesse a forte impatto psichico e relazionale.

Questo periodo chiude il lungo ciclo didattico del Corso triennale che è iniziato con l'esplorazione e la scoperta delle attività territoriali di base e degli ambulatori convenzionati, che è poi passato attraverso un percorso articolato tra quasi tutte le attività ospedaliere alternate a frequenze presso lo studio del MMG, per concludersi proprio con queste attività territoriali, che coinvolgono molte professionalità e necessitano di un elevato livello di integrazione con il lavoro del MMG.

Le strutture coinvolte in questo periodo rappresentano quattro branche differenti: le **Cure domiciliari ed in particolare il servizio per le cure palliative** con sei discenti ospitati dalla sede di Trento e cinque da quella di Rovereto, il **Consultorio** per il singolo, la coppia e la famiglia, che ha visto la collaborazione delle Strutture di Trento per cinque discenti, Rovereto e Pergine Valsugana con altri tre discenti per sede, il **Centro di Salute Mentale**, con le Strutture di Trento, Rovereto e Borgo con Pergine Valsugana che hanno accolto tre discenti ciascuna, e la struttura di Mezzolombardo per altri due discenti, ed infine i centri per la riabilitazione fisica: la **Fisiatria**, comprensivo anche della riabilitazione per i politraumatizzati ed i pazienti affetti da gravi esiti neurologici ischemici invalidanti, che ha partecipato con la disponibilità delle strutture di Pergine Valsugana per sei discenti, e quella di Rovereto – Ala per altri cinque.

Per questo Corso, a differenza dei precedenti, non è stato coinvolto il Servizio per il recupero dalla tossicodipendenza, SERT.

Questa programmazione è rivolta agli undici discenti presenti, ma va considerato anche il recupero delle frequenze per tre Colleghe che hanno avuto il percorso didattico interrotto per la tutela della maternità. Per loro verranno richieste le sedi di Trento e Rovereto per le cure domiciliari, quelle di Pergine e di Rovereto per la Fisiatria, i Centri di Salute Mentale di Borgo, Rovereto e Cles, e i Consultori di Borgo Valsugana, Rovereto e Cles. In totale sono coinvolte quattro Branche e 13 Servizi.

Le frequenze presso tali Servizi hanno complessivamente una durata di otto settimane, tre per le cure domiciliari e i centri di Salute Mentale e di una settimana per la Fisiatria e per il Consultorio per il singolo, la coppia e la famiglia. E' previsto un sistema organizzativo particolarmente articolato a causa delle limitazioni alla frequenza per alcuni servizi come quelli per le Cure Palliative/Hospice che possono ospitare un solo discente per sede.

Dal punto di vista pratico perciò si è deciso di programmarle nel periodo tra il 2.2.09 e il 22.5.09 associandole anche con una frequenza di cinque settimane dal proprio tutor MMG e includendo la sosta per Pasqua e una settimana di didattica intensiva in aula.

Sono state previste frequenze settimanali di quattro giornate intere in ogni Servizio, essendo un giorno alla settimana dedicato alle frequenze in aula per gli approfondimenti teorici. In aula vengono trattate le basi teoriche di importanti problematiche con unità didattiche come etica e bioetica, le cure di fine vita, il laboratorio di comunicazione e relazione per aspetti di psichiatria, il laboratorio culturale, l'accesso alle fonti validate e la metodologia di aggiornamento professionale, e molti altri argomenti.

L'orario di frequenza deve essere stabilito in accordo con il responsabile in funzione delle esigenze di ogni singolo Servizio, ed è programmato per otto ore al giorno che comprendendo anche gli approfondimenti e lo studio individuale (ricerche bibliografiche letture di testi e studio su materiali vari), il tutto concordato con i tutor di riferimento o il responsabile. Non è richiesta espressamente una scheda di valutazione ma colloqui del coordinatore o di membri dello staff direttivo della Scuola con i vari responsabili e/o i tutor. Questa scelta origina dalla brevità delle frequenze singole e dalla numerosità delle persone incontrate in questo percorso che seguono aspetti formativi (infermieri, tecnici, fisioterapisti, ostetriche, psicologi ecc, oltre ai medici).

Tutti i responsabili dei Servizi coinvolti sono stati contattati dal coordinatore delle attività pratiche o da suoi collaboratori dello staff organizzativo e hanno individuato un tutor di riferimento didattico, a cui è stato conferito il mandato di organizzare le attività didattiche tutoriali, compreso lo studio individuale e la valutazione del discente.

Il rapporto didattico tutor di riferimento - discente è sempre stato di 1 a 1 anche nei reparti che hanno visto più frequenze contemporaneamente, ed in questi casi il tutor di riferimento era differente per ogni discente. Naturalmente il tutor di riferimento organizza la frequenza e le attività del discente anche per le giornate o i periodi in cui non sia presente, delegando i colleghi di reparto per determinate attività e compiti concordati. Questa modalità non sempre è risultata di agevole applicazione ma complessivamente ha funzionato.

La Scuola tramite il coordinatore ha proposto alcuni obiettivi didattici generali per ogni branca frequentata in questo periodo, in particolare è indicata la conoscenza delle varie strutture, la relativa organizzazione e la metodologia di lavoro, inoltre le possibilità diagnostico -terapeutiche - riabilitative offerte con i limiti operativi che si incontrano in tali Servizi. Particolare importanza è stata data alla presa di coscienza del valore dell'integrazione con la Medicina Generale con tutte le relative criticità presenti nella realtà quotidiana. Oltre a tali obiettivi generali ne sono stati presentati anche di più parcellari. Questa proposta di obiettivi è naturalmente da discutere, integrare e modificare in funzione delle opportunità e delle esigenze della pratica specialistica, ma sempre rimanendo nell'ottica della formazione per il medico di medicina generale.

All'inizio e al termine del periodo è stato proposto un incontro in aula di briefing e di debriefing per la presentazione e la discussione delle modalità organizzative, degli obiettivi e delle varie situazioni.

I debriefing hanno evidenziato l'interesse dei discenti per i molti aspetti, e per le varie situazioni osservate, con tanti stimoli utili per l'organizzazione dei prossimi Corsi. La valutazione fornita dai discenti è stata molto positiva e questa esperienza ha fornito loro tante conoscenze e strumenti utili per la futura pratica lavorativa come MMG anche se è stata sottolineata la pesantezza psicologica di affrontare il tema della morte e della sofferenza sia nella pratica che in aula nello stesso periodo. E' stata sottolineata la grande disponibilità e l'impegno fornito dai tutor in quasi tutte le situazioni .

Molto buona la valutazione fornita dai responsabili di queste attività didattiche, che in genere chiedono un prolungamento dell'esperienza.

La scuola ringrazia per l'importantissima attività svolta i responsabili di reparto, i tutor e anche i numerosi colleghi e il personale sanitario che pur senza un incarico preciso hanno dedicato parte del loro prezioso tempo alla formazione dei futuri Medici di Medicina Generale.

INDICE GENERALE

| | |
|---|----------|
| Considerazioni generali..... | 1 |
| 1. CREDITI ATTIVITÀ TEORICA E RELAZIONI | 7 |
| 1.1. IL PAZIENTE CON PROBLEMI OSTEOARTICOLARI ACUTI | 10 |
| 1.2. IL PAZIENTE CON DISURIA E/O EMATURIA..... | 12 |
| 1.3. IL PAZIENTE CON PROBLEMI TIROIDEI..... | 15 |
| 1.4. IL PAZIENTE CON PROBLEMI CHIRURGICI, DOLORE ADDOMINALE E DISPEPSIA | 16 |
| 1.5. IL PAZIENTE CON PROBLEMI DERMATOLOGICI. | 18 |
| 1.6. IL PAZIENTE CON PROBLEMI ACUTI DELLE VIE RESPIRATORIE ALTE E BASSE | 20 |
| 1.7. IL PAZIENTE CON CEFALEA, VERTIGINI ED EPILESSIA | 21 |
| 1.8. IL PAZIENTE AFFETTO DA ASMA E/O BPCO..... | 22 |
| 1.9. IL PAZIENTE CON DOLORE OSTEOARTICOLARE CRONICO..... | 25 |
| 1.10. IL PAZIENTE A RISCHIO CARDIOVASCOLARE PARTE 1^..... | 26 |
| 1.11. IL PAZIENTE A RISCHIO CARDIOVASCOLARE PARTE 2^..... | 28 |
| 1.12. IL PAZIENTE CON PROBLEMI ONCOLOGICI | 30 |
| 1.13. IL PAZIENTE TERMINALE: PROBLEMATICHE DI FINE VITA..... | 31 |
| 1.14. IL PAZIENTE ANZIANO..... | 34 |
| 1.15. Gestione del rischio e prevenzione del singolo nelle comunità e sui luoghi di lavoro | 36 |
| 1.16. I PAZIENTI E LE PAZIENTI CON PROBLEMI DI SESSUOLOGIA | 38 |
| 1.17. LA FAMIGLIA E LA SALUTE DEL BAMBINO, IL PAZIENTE ADOLESCENTE..... | 39 |
| 1.18. IL PAZIENTE CON PROBLEMI DI DIPENDENZA | 40 |
| 1.19. PROBLEMI SPECIFICI DI SALUTE DELLA DONNA..... | 41 |
| 1.20. IL PAZIENTE SVANTAGGIATO | 43 |
| 1.21. TEORIA E METODI DELLA MEDICINA GENERALE | 45 |
| 1.22. LABORATORIO RICERCA E QUALITA' | 49 |

| | |
|--|------------|
| 1.23. LABORATORIO COMUNICAZIONE E RELAZIONE | 52 |
| 1.23.1.RELAZIONE E COMUNICAZIONE 1 E 2 | 52 |
| 1.23.2.PSICHIATRIA, DISAGIO PSICHICO | 56 |
| 1.24. SESSIONI CON IL PAZIENTE SIMULATO | 60 |
| 1.25. ORGANIZZAZIONE, STRUMENTI INFORMATIVI, INFORMATICA | 65 |
| 1.25.1.Nozioni di organizzazione del lavoro in mg | 65 |
| 1.25.2.INFORMATICA DI BASE E SOFTWARE GESTIONALI IN MG | 72 |
| 1.26. PROBLEMI DEONTOLOGICI, ETICI, LEGALI E CONTRATTUALI | 73 |
| 1.26.1.CONTRATTI E LEGISLAZIONE 1^ E 2^ PARTE, 3^ PARTE | 73 |
| 1.26.2.L'ETICA CLINICA | 74 |
| 1.27. INTRODUZIONE ALL'UTILIZZO DI STRUMENTI TECNICI, TECNOLOGICI E DI ABILITA' UTILI PER GESTIRE ALCUNI PROBLEMI IMPORTANTI IN MEDICINA GENERALE | 77 |
| 1.27.1.ECG | 77 |
| 1.27.2.TECNOLOGIA PER PAZIENTI ASMATICI (SPIROMETRIA) | 78 |
| 1.27.3.IL PAZIENTE PRE-CRITICO | 80 |
| 1.27.4.BLS | 81 |
| 1.28. LABORATORIO CULTURALE | 83 |
| 1.28.1.FILM E ARTI FIGURATIVE – SUPPORTO PREPARAZIONE COMMEDIA | 83 |
| 1.28.2.PROGETTO PAROLA: LETTURA, STUDIO, SCRITTURA..... | 85 |
| 1.29. SCIENZE SOCIALI – SOCIOLOGIA MEDICA | 90 |
| 2. LABORATORIO TESI | 95 |
| 3. RAPPORTI SUL COORDINAMENTO | 97 |
| 3.1. INTEGRAZIONE DIDATTICA PER COMPETENZE UN ESEMPIO: la gestione del paziente con patologie ostruttive delle vie aeree | 97 |
| 3.2. RAPPORTO ATTIVITÀ DI COORDINAMENTO - INCONTRI, CONFRONTI, QUESTIONARI | 99 |
| 4. RAPPORTI ATTIVITÀ DI TIROCINIO PRATICO | 101 |
| 4.1. FORMAZIONE PRATICA PRESSO L'OSPEDALE | 103 |
| 4.1.1. Frequenza presso i reparti ospedalieri di chirurgia..... | 103 |
| 4.1.2. Frequenza presso i Servizi specialistici internistici e di diagnostica. | 105 |
| 4.1.3. Frequenza presso il reparto ospedaliero di ginecologia ed ostetricia..... | 107 |
| 4.1.4. Frequenza presso i reparti di pediatria medica. | 109 |
| 4.1.5. Frequenza presso il reparto di medicina. | 111 |
| 4.1.6. Frequenza presso il reparto di geriatria. | 113 |
| 4.1.7. FORMAZIONE PRATICA PRESSO IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE | 115 |
| 4.1.8. INQUADRAMENTO GENERALE..... | 115 |

| | | |
|---|---------------------------------------|------------|
| 4.1.9. 1° PERIODO DI FREQUENZA DAL MMG | (3 settimane) 04/12/2006 – | |
| 22/12/2006 | | 116 |
| 4.1.10.2° PERIODO DI FREQUENZA DAL MMG | (9 settimane) - dal 16-04-2007 al 14- | |
| 06-2007 | | 119 |
| 4.1.11.3° PERIODO DI FREQUENZA DAL MMG | (9 settimane) - dal 15-10-2007 al 20- | |
| 12-2007 | | 123 |
| 4.1.12.4° PERIODO DI FREQUENZA DAL MMG | (6 settimane) - dal 21-04-2008 al 12- | |
| 06-2008 | | 126 |
| 4.1.13.5° PERIODO DI FREQUENZA DAL MMG | (6 settimane) - dal 20-10-2008 al 28- | |
| 11-2008 | | 128 |
| 4.1.14.6° PERIODO DI FREQUENZA DAL MMG | (15 settimane) – da FEBBRAIO A | |
| LUGLIO 2009..... | | 130 |
| 4.2. TIROCINIO PRESSO LE STRUTTURE TERRITORIALI DI BASE DELL’A.P.S.S. | | 133 |
| 4.2.1. Attività svolte presso i Distretti..... | | 134 |
| 4.2.2. Attività svolte presso strutture e servizi territoriali specialistici..... | | 136 |

INDICE GENERALE **I**

ALLEGATO: LAVORI DIDATTICA TUTORIALE