

FORMAZIONE SPECIFICA IN MEDICINA GENERALE

P.A.T. - ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI – CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI

38100 TRENTO – via Pranzelores, 53 – Tel: +39 0461 492431 Fax: +39 0461 492432 www.scuolamgtn.it

RAPPORTO ATTIVITÀ DIDATTICHE TEORICO PRATICHE

Biennio

MARZO 2002 - FEBBRAIO 2004

Trento, 18 maggio 2004

1. PREMESSA

Il rapporto delle attività del biennio 2001-2003 di Formazione Specifica in Medicina Generale presenta alcune differenze rispetto quello del biennio precedente, differenze che rappresentano anche l'esito delle riflessioni sull'esperienza didattica fino ad ora svolta.

Il rapporto si articola in 4 capitoli (l'indice generale alla fine - pg. I - III):

1. Informazioni Generali (la parte quantitativa dell'attività svolta)
2. Seminari teorici Marzo 2002 - Febbraio 2004 (tutti i seminari ordinati alfabeticamente)
3. Rapporti attività di tirocinio pratico (medico di medicina generale, ospedale, territorio)
4. Altre attività formative e iniziative culturali

1. Informazioni Generali

Tutte le ore di attività didattica seminariale e pratica del biennio

2. Seminari teorici Marzo 2002 - Febbraio 2004

Vengono presentati tutti i seminari svolti con una medesima struttura grafica che rappresenta un limite quando vengono esposti i percorsi di seminari extradisplinari o di particolare complessità (EBM, Laboratorio sulla relazione, il paziente immigrato, ecc).

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

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

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

Metodi e tecniche (didattiche):

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

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

Strumenti didattici:

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

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

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

3. Rapporti attività di tirocinio pratico

Nei rapporti sulla attività pratica si segnala 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, sia sperimentando una forma di didattica tutoriale uno ad uno su contenuti selezionati. Questa ultima esperienza verrà ripetuta nel prossimo triennio alla luce delle criticità emerse da una riflessione sulla sperimentazione.

4. Altre attività formative e iniziative culturali

Nella parte finale del rapporto è dedicata una sola pagina alle altre attività della Formazione Specifica, alcune complementari, altre obbligatorie per docenti e discenti.

Queste attività sono state in molte occasioni momenti significativi di contatto, collaborazione e confronto con i partner della Formazione Specifica (Ordine dei Medici, Assessorato alla Sanità, Azienda Sanitaria), e sono stati sempre produttivi e stimolanti.

Altre attività hanno permesso il contatto o l'inizio di attività di collaborazione con altre scuole di specializzazione in medicina generale europee (Gran Bretagna - Slovenia), ma anche con Facoltà extradisciplinari ma con molta attinenza con il lavoro del medico di medicina generale (Sociologia ad es.)

Intensa, inoltre, l'attività culturale sul fronte filmografico e della scrittura con integrazione frequente in diversi seminari d'aula.

E' in corso una rivalutazione critica dell'esperienza, sia alla luce della revisione in atto nel campo della pedagogia (e della pedagogia medica in particolare), sia della letteratura scientifica che sempre più frequentemente si occupa di educazione e formazione.

Altro elemento nuovo è la pubblicazione della Definizione Europea della Medicina Generale e delle sue Competenze Costitutive a cura della associazione europea dei medici di medicina generale (WONCA EUROPE), che impone una ricalibrazione dei programmi e della didattica.

Nel programma del 1° corso triennale 2003-2006, la Formazione Specifica in Medicina Generale della Provincia di Trento tiene conto di queste novità e propone un nuovo percorso per competenze anche alla luce della riflessione critica della propria esperienza.

Va sottolineato infine - perché forse non è sufficientemente visibile nel rapporto - che la Formazione Specifica in Medicina Generale di Trento non ha mai perso di vista il suo principale obiettivo che è quello di formare dei professionisti deputati ad accogliere, curare e seguire ogni cittadino che richieda il loro aiuto.

Il Direttore

Dott. Fabrizio Valcanover

Hanno lavorato alla stesura del presente report le dottoresse Monica Costantini, Norma Sartori e Marzia Zeni.

2. INFORMAZIONI GENERALI

L'attività didattica teorica e pratica si è svolta dall'1 marzo 2002 fino al 25 febbraio 2004.

Di seguito il numero di **ore di attività programmate** nel periodo dall'1 marzo 2002 al 25 febbraio 2004.

MARZO - AGOSTO 2002

ATTIVITÀ	TIPOLOGIA	ORE M	ORE P	ORE TOTALI
TEORIA	AT	66,0	201,0	267,0
DISTRETTO	D	102,0	0,0	102,0
OSPEDALE	O	152,0	80,0	232,0
MEDICO TUTORE	MG	68,0	68,0	136,0
TOTALE PRATICA				470,0
TOTALE TEORIA				267,0
TOTALE ORE PROGRAMMATE				737,0

SETTEMBRE 2002- FEBBRAIO 2003

ATTIVITÀ	TIPOLOGIA	ORE M	ORE P	ORE TOT
TEORIA	AT	29,0	160,0	189,0
DISTRETTO	D	0,0	0,0	0,0
OSPEDALE	O	316,0	136,0	452,0
MEDICO TUTORE	MG	80,0	80,0	160,0
TOTALE PRATICA				612,0
TOTALE TEORIA				189,0
TOTALE ORE PROGRAMMATE				801,0

TOTALE ORE PROGRAMMATE MARZO 2002- FEBBRAIO 2003	1.538,0
---	----------------

ore M = ore mattino; ore P = pomeriggio;

AT =Attività Teorica; O =Ospedale; D =Distretto; MG =Medicina Generale

MARZO - AGOSTO 2003

ATTIVITÀ	TIPOLOGIA	ORE M	ORE P	ORE TOTALI
TEORIA	AT	44,0	136,5	180,5
DISTRETTO	D	0,0	0,0	0,0
OSPEDALE	O	224,0	61,0	285,0
MEDICO TUTORE	MG	116,0	116,0	232,0
TOTALE PRATICA				517,0
TOTALE TEORIA				180,5
TOTALE ORE PROGRAMMATE				697,0

SETTEMBRE 2003- FEBBRAIO 2004

ATTIVITÀ	TIPOLOGIA	ORE M	ORE P	ORE TOT
TEORIA	AT	165,0	210,0	375,0
DISTRETTO	D	0,0	0,0	0,0
OSPEDALE	O	160,0	24,0	184,0
MEDICO TUTORE	MG	76,0	76,0	160,0
OSPEDALE/TESI	O/AT	44,0	33,0	77,0
TOTALE PRATICA				335,0
TOTALE TEORIA				375,0
TOTALE ORE PROGRAMMATE				787,0

TOTALE ORE PROGRAMMATE MARZO 2003- FEBBRAIO 2004	1.484,0
---	----------------

TOTALE ORE PROGRAMMATE NEL BIENNIO	3.022,0
---	----------------

ore M = ore mattino; ore P = pomeriggio;

AT =Attività Teorica; O =Ospedale; D =Distretto; MG =Medicina Generale

Di seguito verrà presentato il quadro generale delle attività teoriche effettuate, i rapporti dei seminari teorici svolti nel corso dei due anni (marzo 2002 – febbraio 2004) e i rapporti dell'attività pratica svolta nello stesso periodo.

ORE ATTIVITÀ TEORICA EFFETTUATE

MARZO 2002 - FEBBRAIO 2004

UNITA' DIDATTICA	A	B	B1	C	D	E	F	Totale
Argomenti scelti di pediatria e problemi relativi agli adolescenti	7,0							7,0
Aspetti dell'organizzazione e delle attività di Distretto e del Centro di Prenotazione Unica ed aspetti socio - sanitari connessi	24,5							24,5
Briefing e debriefing dei vari tirocini effettuati	10,5	4,0	1,5	3			17	36,0
Evidence based medicine e medicina generale	41,0							41,0
I pazienti e le pazienti con problemi di sessuologia	9,0						3,0	12,0
I problemi specifici di salute della donna	12,0							12,0
Il paziente con cefalee	3,0							3,0
Il paziente con la tosse, le infezioni acute delle vie respiratorie e l'influenza	9,0							9,0
Il paziente con patologia osteoarticolare	15,0							15,0
Il paziente con problemi dermatologici	9,0							9,0
Il paziente con problemi di disuria	6,0							6,0
Il paziente con un'emergenza clinica in medicina generale	20							20,0
Il paziente con vertigini	6,0							6,0
Il paziente domiciliare cronico e terminale	33,0							33,0
Il paziente immigrato	15,0						3,0	18,0
Il paziente viaggiatore	9,0							9,0
Informatica di base e avanzata	27,5	4,5						32,0
L'individuazione e la gestione dei problemi dell'anziano	24,0		3,0					27,0
L'individuazione e la gestione del paziente con cardiopatia ischemica e/o scompenso cardiaco	12,0							12,0
L'individuazione e la gestione del paziente con problemi alla tiroide	9,0							9,0
L'individuazione e la gestione del paziente iperteso	15,0							15,0
L'individuazione e la gestione del rischio cardiovascolare	14,0		3,0					17,0
L'individuazione e la gestione del rischio oncologico	18,0		3,0					21,0
La gestione del paziente affetto da asma e/o BPCO	18,0							18,0

UNITA' DIDATTICA	A	B	B1	C	D	E	F	Totale
La gestione del paziente diabetico	24,0							24,0
Laboratorio culturale	14,5						14,5	29,0
Laboratorio sulla comunicazione e sulla relazione	46,0		4,0				56,0	106,0
Laboratorio Tesi	6,0						3,0	9,0
Nozioni base di legislazione sanitaria e di medicina legale Nozioni base di metodologia	15,0							15,0
Nozioni base di medicina del lavoro per il medico di medicina generale	6,0							6,0
Nozioni base di metodologia clinica e di revisione della qualità	6,0							6,0
Nozioni base della ricerca in medicina generale	6,0							6,0
Nozioni di base di chirurgia per il medico di medicina generale	18,5		3,0					21,5
Nozioni di base di etica, etica clinica e problemi di deontologia in medicina generale	9,0							9,0
Nozioni di base ed avanzate di organizzazione del lavoro in medicina generale	34,0						6,0	40,0
Promozione alla salute e motivazioni	15,0							15,0
Recupero percorso logico della globalità delle attività didattiche effettuate	12,5		3,0	3,0			21,5	40,0
Teorie e modelli di approccio specifici in medicina generale	41,0	5,5						46,5
Totale complessivo	620	14	20,5	6			124	784,5

A) Attività seminariali

B) Studio finalizzato proposto dai coordinatori

B1) Verifica lavoro fatto

C) Sessione di confronto con i tutori

D) Studio guidato proposto dai rispettivi tutori

E) Sessioni di ricerca, riflessione e confronto fra tirocinanti

F) Altro

3. RAPPORTI ATTIVITÀ TEORICA:

SEMINARI TEORICI MARZO 2002 – FEBBRAIO 2004

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

Cap.	UNITÀ DIDATTICA	RESPONSABILE UNITÀ
3.1	Argomenti scelti di pediatria e problemi relativi agli adolescenti	Staff del Direttore
3.2	Aspetti dell'organizzazione del Distretto e del Centro di Prenotazione Unica ed aspetti sociosanitari connessi	Staff del Direttore
3.3	Corso base di elettrocardiografia	dott. Giuseppe Parisi
3.4	Evidence Based Medicine e medicina generale	dott. Marco Clerici
3.5	I pazienti e le pazienti con problemi di sessuologia	dott. Mauro Bertoluzza
3.6	I problemi specifici di salute della donna	dott.ssa Alessandra Maggioni
3.7	Il paziente con cefalee	dott. Giuseppe Parisi
3.8	Il paziente con la tosse, le infezioni acute delle vie respiratorie e l'influenza	dott. Giuseppe Parisi
3.9	Il paziente con patologia osteoarticolare	dott.ssa Mariapia Perlot
3.10	Il paziente con problemi dermatologici	dott. Paolo Colorio
3.11	Il paziente con problemi di disuria	dott.ssa Alessandra Maggioni
3.12	Il paziente con un'emergenza clinica in medicina generale	dott. Paolo Colorio
3.13	Il paziente con vertigini	dott. Eduino Andreatta
3.14	Il paziente domiciliare cronico e terminale	dott. Giuseppe Parisi
3.15	Il paziente immigrato	Staff del direttore
3.16	Il paziente viaggiatore	Staff del direttore
3.17 A	Informatica di base	Staff del direttore
3.17 B	Informatica avanzata	Staff del direttore
3.18	L'individuazione e la gestione dei problemi dell'anziano	dott. Giuseppe Parisi
3.19	L'individuazione e la gestione del paziente con problemi alla tiroide	dott. Pasquale Laurino
3.20	L'individuazione e la gestione del paziente iperteso	dott. Eduino Andreatta
3.21	L'individuazione e la gestione del rischio cardiovascolare	dott.ssa Alessandra Maggioni
3.22	L'individuazione e la gestione del rischio oncologico	dott. Marco Clerici
3.23	La gestione del paziente affetto da asma e/o BPCO	dott. Paolo Colorio
3.24	La gestione del paziente diabetico	dott. Pasquale Laurino
3.25	Laboratorio di scrittura	Staff del Direttore
3.26	Laboratorio sulla comunicazione e relazione	dott. Mauro Bertoluzza
3.27	Nozioni base di legislazione sanitaria e di medicina legale	Staff del Direttore
3.28	Nozioni base di medicina del lavoro per il medico di medicina generale	dott.ssa Mariapia Perlot
3.29	Nozioni base di chirurgia per il medico di medicina generale	dott. Paolo Colorio

Cap.	UNITÀ DIDATTICA	RESPONSABILE UNITÀ
3.30	Nozioni base di etica, etica clinica e problemi di deontologia in medicina generale	dott. Mauro Bertoluzza
3.31	Nozioni di base ed avanzate di organizzazione del lavoro in medicina generale	dott. Fabrizio Valcanover
3.32	Promozione alla salute e motivazioni	dott.ssa Alessandra Maggioni
3.33	Teorie e modelli di approccio specifici in medicina generale	dott. Giuseppe Parisi

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

Hanno svolto attività di docenza: Dott. Andreatta Eduino, Dott.ssa Andreas Maria Cristina, Dott. Bertoluzza Mauro, Dott.ssa Bini Maria Isabella, Dott. Bonincontro Eduino, Dott. Buongiovanni Carlo, Dott. Chesani Fabio, Dott. Chiumeo Francesco, Dott. Cignini Innocenzo, Dott. Clerici Marco, Dott. Colorio Paolo, Dott. Dainese Antonio, Dott.ssa Facchinelli Vittoria, Dott. Gottardi Giuseppe, Dott. Jörg Josef, Dott. Laurino Pasquale, Dott.ssa Maggioni Alessandra, Dott.ssa Mana Ornella, Dott.ssa Odorizzi Rosanna, Dott. Parisi Giuseppe, Dott. Pasolli Luca, Dott.ssa Perlot Maria Pia, Dott. Pisoni Guglielmo, Dott.ssa Ricci Maura, Dott.ssa Romeri Alessandra, Dott.ssa Sartori Norma, Dott. Scalfi Claudio, Dott. Scotton Maurizio, Dott. Spagnoli Fulvio, Dott. Valcanover Fabrizio, Dott.ssa Vergine Ada Magda, Dott. Viridia Maurizio, Dott. Zorzi Claudio Mario, **medici di medicina generale.**

Sig.ra Agostini Mariangela, Dott. Agostini Claudio, Dott.ssa Belli Serena, Dott. Berra Piero, Sig.ra Bresciani Federica, Dott.ssa Cescatti Elisabetta, Dott. Cristofolini Paolo, Dott. Divan Claudio, Dott. Fasanelli Andrea, Dott. Gennari Alberto, Dott. La Torre Antonio, Dott. Menegoni Giovanni, Sig. Menestrina Helmut, Dott. Noro Gabriele, Dott. Ottolini Luca, Dott. Recchia Giovanni, Dott.ssa Rocchetti Loreta, Dott. Rosati Ernesto, Dott. Scardigli Franco, Dott.ssa Sicher Mariacristina, Dott.ssa Tasin Laura, Sig. Tenni Carlo, Urbani Franco, Zumiani Giuseppe, **dipendenti e dirigenti di I e II livello delle attività ospedaliere e territoriali dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari.** Dott. Marco Tiberi, dott. Aldo Genovese, medici specialisti. Dott.ssa Carla Weber, psicologa e psicoterapeuta. Dott.ssa Scantamburlo Maria Licia, psichiatra.

Dott. Mon Medin medico specialista in medicina interna - ex primario medicina ospedale di Tione

Dott. Middleton John, General Practitioner inglese e docente all'Università di Leicester - UK.

Dott.ssa Zambanini Laura, insegnante di lettere. Dott.ssa Gherardi Silvia, Vice - Preside Facoltà di Sociologia di Trento. Dott.ssa Morris Natalie, Dott. Giambalvo Maurizio. . Dott. Spina Leonardo, "Clown - Dottore". Sig.ra Gadotti Stefania, paziente - attrice.

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

3.1. Argomenti scelti di pediatria e problemi relativi agli adolescenti.

Responsabile: Staff del Direttore

SVOLGIMENTO UNITÀ DIDATTICA	DAL	AL	N° ORE
	28/10/2002	28/10/2002	7

DOCENTI COINVOLTI Dott.ssa Carla Weber

Il tema dell'adolescenza, è stato affrontato invitando, per una giornata intera, la dott.ssa Carla Weber a presentare i risultati di un suo lavoro di ricerca¹ dal titolo "Una solitudine troppo silenziosa. Adolescenti sulla soglia dell'era globale". Oggetto di studio della ricerca erano le ragazze adolescenti della 5° elementare e della scuola media inferiore e superiore. La dott.ssa Weber ha presentato il suo lavoro nella prima parte della mattinata a tutti i discenti del 4° e del 5° corso contemporaneamente. Alla presentazione è seguita una discussione che ha permesso l'emergere e la focalizzazione dei problemi connessi alla relazione del medico di medicina generale con i pazienti adolescenti.

Nel pomeriggio le tematiche sono state approfondite attraverso lavori di gruppo e successiva discussione.

Dalla discussione finale è emerso come gli obiettivi di riflettere sulle problematiche legate all'adolescenza, di individuare il ruolo del medico di medicina generale nella cura del paziente adolescente e di riconoscere la peculiarità della relazione tra medico e adolescente, siano stati raggiunti con la partecipazione interessata di tutti i discenti.

Una relazione più ampia è riportata nel rapporto della attività didattica per il biennio 2000-2002.

¹ "UNA SOLITUDINE TROPPO SILENZIOSA. Adolescenti sulla soglia dell'era globale. Gruppo di ricerca: Carla Weber, Ludowica Dal Lago e Patrizia Martello, con la collaborazione di Renata D'Amico

3.2. Aspetti dell'organizzazione delle attività del Distretto e del Centro di Prenotazione Unica ed aspetti sociosanitari connessi.

Responsabile: Staff del Direttore

	DAL	AL	N° ORE
SVOLGIMENTO UNITÀ DIDATTICA	12/03/2002	03/02/2004	24,5

DOCENTI COINVOLTI Dott. Alberto Gennari, dott. Paolo Colorio, dott. Giovanni Menegoni, dott. Andrea Fasanelli, dott.ssa Serena Belli, infermiera Mariangela Agostini, dott.ssa Maria Cristina Andreaus, dott.ssa Maura Ricci, dott. Carlo Tenni, dott. Mauro Bertoluzza, dott. Piero Berra, dott. Innocenzo Cignini.

Si veda il rapporto sulle attività pratiche presso i distretti (5.3)

3.3. Corso base di elettrocardiografia

Responsabile: dott. Giuseppe Parisi

	DAL	AL	N° ORE
SVOLGIMENTO UNITÀ DIDATTICA	16/01/2004	23/01/2004	12

DOCENTI COINVOLTI Dott. Chesani Fabio

INTRODUZIONE

Saper eseguire e leggere un ECG nell'ambito della medicina generale può essere utile: 1) per monitorare alcune patologie (per es. diabete, ipertensione, ecc) al fine di riconoscere precocemente complicanze; 2) per valutare eventuali disturbi che clinicamente non sembrerebbero di origine cardiaca, ma di cui avere una conferma diagnostica è utile e rassicurante; 3) per riuscire a selezionare un minore, e più giustificato, ricorso alla consulenza specialistica.

OBIETTIVI DIDATTICI

OBIETTIVI GENERICI: Saper riconoscere un ECG come "sicuramente normale" o "sicuramente patologico".

OBIETTIVI SPECIFICI: Saper riconoscere alcune delle alterazioni ecgrafiche patologiche più comuni:

- ⇒ blocchi di branca
- ⇒ ipertrofia ventricolare – sx e dx
- ⇒ alterazioni ischemiche
- ⇒ alterazioni del ritmo

CONTENUTI

METODI DIDATTICI

Lezioni d'aula con uso di lavagna luminosa; esercizi individuali fuori dalle lezioni; esercizi di lettura di ECG insieme in aula.

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

Buon interesse per l'argomento, impegno costante di tutti; dalla lettura insieme di alcuni ECG si nota un discreto apprendimento della materia.

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO

Buona riuscita del corso, soprattutto per l'interesse manifestato dai tirocinanti.

EVENTUALE ARTICOLAZIONE CON ALTRI SEMINARI E/O EVENTI

ALTRE OSSERVAZIONI

Ci sarebbero volute più ore (dalle 20 alle 24) per riuscire a completare meglio il corso – la parte dei disturbi del ritmo si è svolta in maniera sommaria ed incompleta - , e forse alcune ore di esercitazione pratica in comune.

3.4. Evidence Based Medicine e medicina generale.

Responsabile: dott. Marco Clerici, dott. Pasquale Laurino

	DAL	AL	N° ORE
SVOLGIMENTO UNITÀ DIDATTICA	05/04/2002	13/12/2003	41

DOCENTI COINVOLTI dr. Marco Clerici, dr. Pasquale Laurino

OBIETTIVI DIDATTICI

OBIETTIVI GENERICI: Saper integrare nel proprio lavoro il metodo della Evidence Based Medicine

- OBIETTIVI SPECIFICI:**
1. rispondibile partendo dalla discussione su un problema clinico Acquisire capacità di definire una domanda
 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 delle differenze di entità e importanza dei dati relativi all'utilizzo in medicina generale di un test diagnostico (sensibilità, specificità, potere predittivo, rapporto di verosimiglianza, ecc.)
 5. Acquisire capacità di valutazione della qualità, rilevanza, trasferibilità dei dati provenienti da revisioni di letteratura
 6. Acquisire capacità di valutazione della qualità, rilevanza, trasferibilità dei dati provenienti da linee guida
 7. acquisire capacità di valutazione della qualità, rilevanza, trasferibilità dei dati provenienti da metanalisi
 8. Acquisire abilità di accesso e interrogazione al principale database delle fonti bibliografiche primarie (MEDLINE)
 9. Acquisire abilità di accesso e interrogazione ai principali database delle fonti bibliografiche secondarie (National Guideline Clearinghouse, Cochrane Library ecc.).
 10. Acquisire capacità di evidenziare la rilevanza e la trasferibilità delle informazioni relativamente al contesto della medicina generale.

CONTENUTI

Presentazione del seminario e test di ingresso individuale

Due ore

L'informazione basata sull'autorità e quella basata sulle prove. La nascita dell'EBM

Due ore

I bisogni di informazione del MMG

Domande "background" e "foreground". Le domande rispondibili. Raccolta casi "problematici" e trasformazione dei problemi in domande rispondibili

Quattro ore

Pubmed-Medline: presentazione del software e della logica del motore di ricerca. Ricerche di letteratura

Sei ore

I principali siti oncologici basati sull'evidenza

Tre ore

ABC degli studi clinici: la rilevanza dei vari tipi di studi.

Criteri di validità di un RCT

La trasferibilità dei risultati

Ricerca su Medline selezionando gli studi secondo criteri di qualità

Sei ore

I test diagnostici: sensibilità, specificità, potere predittivo,.

Esercitazione sui test di screening del ca della prostata.

Criteri di qualità di uno studio su un test diagnostico.

Sei ore

La valutazione di un articolo di terapia: la precisione della stima dei risultati, la loro trasferibilità

Esercitazioni su due studi sul diabete mellito: il DCCT e l'UKPDG

Cinque ore

METODI DIDATTICI

Abbiamo utilizzato 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, National Guidelines Clearinghouse. Cochrane Library).
- ⇒ Analisi critica dei metodi e dei risultati di alcuni studi rilevanti (RCT)
- ⇒ Analisi critica dei metodi e dei risultati di alcune Linee-guida.

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO

Gli obiettivi del seminario 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 seminario per la quasi totalità degli specializzandi.

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

EVENTUALE ARTICOLAZIONE CON ALTRI SEMINARI E/O EVENTI

⇒ Abbiamo deciso di utilizzare il DM come argomento traccia, nel corso del seminario sull'EBM, per il raggiungimento di alcuni obiettivi didattici. Abbiamo discusso sulla correlazione fra controllo glicemico nel paziente diabetico (outcome secondario) e morbi mortalità (outcome primari) riflettendo sui dati epidemiologici e sui due grossi trial che hanno dato risposta a questa domanda, rispettivamente nel DM tipo 1 e tipo 2 (il DCCT e l'UKPDG). Il lavoro su questi trial, in parte condotto in aula, in parte condotto autonomamente dai tirocinanti divisi in due gruppi, doveva servire, oltre che a dare risposta alla domanda relativa al DM, a raggiungere gli obiettivi didattici del corso EBM: come si esprimono i risultati di un trial, la significatività dei risultati, la loro trasferibilità. Altri argomenti del seminario sulla gestione del diabete mellito di tipo 2 in medicina generale (il follow up del DM e la prevenzione terziaria, la terapia del DM tipo 2) sono stati svolti in modo coordinato con il Seminario sull'EBM. Essi sono così diventati argomenti traccia per obiettivi didattici di quest'ultimo seminario: la ricerca e la valutazione delle fonti di informazione secondaria, in particolare delle Linee Guida Cliniche.

3.5. I pazienti e le pazienti con problemi di sessuologia.

Responsabile: dott. Mauro Bertoluzza

	DAL	AL	N° ORE
SVOLGIMENTO UNITÀ DIDATTICA	14/07/2003	18/09/2003	12

DOCENTI COINVOLTI Dr. Antonio La Torre (sessuologo), dr. Marco Tiberi (urologo), dr. Mauro Bertoluzza (medico Medicina Generale).

Obiettivo generale

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

L’unità didattica è stata suddivisa in quattro sessioni.

Prima sessione

Docente: dr. Mauro Bertoluzza

Contenuti: Analisi dei bisogni e raccolta delle aspettative.

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

Le competenze del medico di Medicina Generale.

La lettura della domanda sessuologia: il primo colloquio.

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

I farmaci che provocano disfunzioni sessuali: un aggiornamento.

Metodologia didattica: Lezione integrata. Casi clinici videoregistrati: visione e discussione. Utilizzo di griglie di osservazione/valutazione.

Seconda sessione

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

Contenuti: Il ruolo dello specialista sessuologo. La patologia sessuale (definizione di impotenza sessuale, incidenza e classificazione delle impotenze sessuali, organiche e psichiche). La relazione medico – paziente con disturbi sessuali. L’approccio psicoterapeutico. Terapia della coppia.

Metodologia didattica: Lezione integrata. Presentazione di casi clinici reali (carta e penna) e discussione.

Terza sessione

Docenti: dr. Marco Tiberi, dr. Mauro Bertoluzza

Contenuti: Le disfunzioni sessuali maschili (la disfunzione erettile e le turbe dell’eiaculazione).

Il deficit erettile: indagini strumentali, possibilità terapeutiche (farmacologiche e non).

Metodologia didattica: Lezione integrata, casi clinici carta e penna. Intervista.

Quarta sessione

Docente: dr. Mauro Bertoluzza

Contenuti: Cinema e perversione: comportamenti e situazioni perverse (parafilie) nella rappresentazione cinematografica.

Metodologia didattica: Visione del film "La pianista" di Michael Haeneke e discussione.

PRE E POST TEST

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

Dall'elaborazione dei **post test** si evidenzia un'importante acquisizione di conoscenze e di scelte comportamentali nell'approccio al paziente con problemi sessuali, con conseguente migliore gestione di tali problematiche.

Casi clinici

1° caso

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

Quali domande potresti rivolgergli riguardo al problema riferito?

.....
.....

Quali altre domande non specifiche?

.....
.....

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

.....
.....

Lo visiti? Che cosa potresti valutare e perché?

.....
.....

Quali esami di primo livello potresti richiedere?

.....
.....

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

.....
.....
2° caso

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

Che cosa decidi di fare?

.....
.....

Quali domande potresti rivolgerle riguardanti il problema riferito?

.....
.....

La visiti? O sì O no

Se sì, che cosa potresti valutare e perché?

.....
.....

Decidi di inviarla a consulenza ginecologica? O sì O no

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

Decidi di inviarla a consulenza psicologica? O sì O no

Se sì, perché?

.....
.....

Questionario di gradimento

Dopo aver completato il post test, i tirocinanti sono stati invitati a compilare il **questionario di gradimento** anonimo ("Commenti, critiche, apprezzamenti, suggerimenti riguardanti la scelta delle tematiche, la metodologia didattica utilizzata, la docenza e l'utilizzo di un percorso narrativo cinematografico").

Positivi i commenti sull'importanza dell'Unità didattica ("*I miei commenti sono positivi su scelta delle tematiche, metodologia didattica, docenti ed utilizzo di percorso narrativo cinematografico*"... "*La scelta delle tematiche va bene*"... "*Percorso interessante nel complesso*"... "*Interessante dal punto di vista culturale*"... "*E' piaciuto il percorso fatto, anche se con momenti alti e bassi*"... "*Buona la metodica utilizzata*"), non sempre uniforme il giudizio sugli esperti e sull'utilità di linee guida ("*Non molto brillante la lezione con lo psichiatra-sessuologo, ottimo e didatticamente ineccepibile l'andrologo, a conferma che lezioni con specialisti per noi restano fondamentali...l'esperienza conta più delle linee guida*", "*Distribuzione di linee guida*"... "*Ottimo l'approccio dell'andrologo, molto utile; anche lo psichiatra-sessuologo ha fornito degli spunti molto utili, perché noi siamo più tesi a pensare sempre alle eziopatogenesi organiche, non fa male una spolverata di psico*"), apprezzato (con qualche perplessità) il percorso narrativo cinematografico ("*Bello il percorso cinematografico*"... "*Il film senz'altro*

molto emblematico, la tematica non l'ho ancora digerita, ciò non vuole essere una critica al film, ma solo un'opinione positiva"... "Sono perplessa sull'utilizzo del percorso cinematografico"... "Ok").

3.6. I problemi specifici di salute della donna.

Responsabile: dott.ssa Alessandra Maggioni

SVOLGIMENTO UNITÀ DIDATTICA	DAL	AL	N° ORE
	03/10/04	24/10/04	12

DOCENTI COINVOLTI Dr. M.Isabella Bini – dr. Elisabetta Cescatti – dr. Alessandra Maggioni

OBIETTIVI DIDATTICI

OBIETTIVI GENERICI: Saper gestire "prima, insieme, oltre" lo specialista ginecologo situazioni comuni e specifiche della salute della donna: la contraccezione ormonale, la menopausa, il riscontro di un nodulo al seno, la lettura del pap test

OBIETTIVI SPECIFICI: MODULO CONTRACCEZIONE ORMONALE

- ⇒ conoscere le controindicazioni assolute e relative all'uso degli estroprogestinici;
- ⇒ conoscere gli elementi anamnestici, semeiologici e di laboratorio necessari e sufficienti per la prescrizione della "la pillola";
- ⇒ saper fornire alla pz adeguate spiegazioni sulla terapia;
- ⇒ identificare e saper gestire particolari categorie di pz: adolescenti e donne > 40 anni;
- ⇒ saper gestire nel tempo le pz che assumono terapia estroprogestinica - conoscere gli schemi terapeutici per la contraccezione d'emergenza.

MODULO MENOPAUSA

- ⇒ conoscere i criteri necessari e sufficienti per fare diagnosi di menopausa in donne con utero intatto, donne isterectomizzate, donne che assumono contraccezione ormonale;
- ⇒ conoscere le terapie farmacologiche disponibili per le conseguenze a breve e a lungo termine dell'ipoestrogenismo e le relative prove di efficacia;
- ⇒ Conoscere controindicazioni assolute e relative, effetti collaterali e rischi dell'uso della TOS conoscere i vari schemi terapeutici;
- ⇒ saper gestire nel tempo la pz che assume la TOS;
- ⇒ conoscere le terapie alternative alla tos e le loro indicazioni;
- ⇒ identificare un percorso per un processo decisionale condiviso con la pz;
- ⇒ saper costruire un'interazione efficace con lo specialista ginecologo saper costruire un'interazione efficace con lo specialista ginecologo.

CONTENUTI

CONTENUTI MODULO CONTRACCEZIONE: la contraccezione ormonale: controindicazioni assolute e relative- dati anamnestici e rilievi semeiologici necessari per la prescrizione e il follow -up - i vari tipi di "pillola" – informazioni alla paziente - la CO nelle adolescenti – la contraccezione d'emergenza tra nuovi e vecchi schemi – problemi etici e legali legati alla prescrizione della contraccezione d'emergenza.

CONTENUTI MODULO MENOPAUSA

La menopausa: diagnosi clinica e/o laboratoristica? - Le terapie disponibili per i sintomi della menopausa (prove di efficacia) e le terapie disponibili per le conseguenze a lungo termine dell'ipoestrogenismo - la TOS: controindicazioni assolute e relative, rischi e benefici alla luce dei recenti trials pubblicati - vari schemi terapeutici – come costruire con la paziente un percorso decisionale condiviso – osteoporosi e densitometria ossea: a chi prescriverla? quando?. La menopausa come occasione di un bilancio di salute.

CONTENUTO MODULO MISCELLANEA

La terapia delle vaginiti nella medicina generale - il referto del PAP test - compiti del MMG e screening del tumore del collo dell'utero – riscontro di un nodulo al seno: manovre semeiologiche per la corretta palpazione della mammella, esami strumentali di prima scelta.

METODI DIDATTICI

Nei primi due incontri dedicati a contraccezione e menopausa è stato utilizzato metodo PBL così adattato: i tirocinanti sono stati divisi in due gruppi e ciascuno gruppo ha esaminato il caso presentato dal docente, avendo a disposizione sia una traccia di discussione (all.2) che il materiale bibliografico. In plenaria si sono confrontati e discussi con il docente i lavori di gruppo e si sono raccolti gli argomenti da approfondire ulteriormente con lo specialista ginecologo nell'ultimo incontro.

Per quanto riguarda invece il modulo dedicato ad una miscellanea di argomenti si è scelto il metodo più classico della lezione frontale.

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

Per la valutazione si è utilizzata sia come pre test che come post test una serie di domande aperte alle quali i tirocinanti sono stati invitati a rispondere (all. 1): il confronto tra le risposte alle domande del pre-test e post test non ci ha permesso invece di cogliere lampanti differenze, forse perché la preparazione di base era già discreta anche se un po' troppo "scolastica".

Dai questionari di gradimento emerge comunque che gli specializzandi ritengono di aver acquisito dal seminario molte informazioni nuove e utili per il futuro lavoro.

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO

Gli specializzandi hanno partecipato attivamente agli incontri e alla discussione in aula. In particolare la discussione sulla prescrizione della contraccezione post-coitale soprattutto alle minorenni è stata

particolarmente vivace.

Ricco di interesse l'intervento della ginecologa dr. Cescatti.

L'obiettivo del seminario era quello di fornire sufficienti sicurezze affinché gli specializzandi nella prossima attività lavorativa potessero gestire il tema contraccezione ormonale e menopausa, senza delegarlo meramente alla figura dello specialista ginecologo: senz'altro i colleghi hanno dimostrato di avere le conoscenze adeguate per poter dare delle risposte alle prossime pazienti. Mi chiedo se tuttavia, essendoci già una discreta preparazione di base, gli obiettivi del corso non potessero essere tarati ancora più specificamente sui bisogni formativi dei corsisti.

Dai questionari di gradimento di fine corso abbiamo tratto altre proposte che vorremmo tenere presenti nella progettazione di un nuovo seminario:

- ⇒ -prevedere l'approfondimento di alcuni temi legati alla gravidanza (gestione della gravidanza tra specialista e mmg – i protocolli)
- ⇒ -prevedere uno spazio di riflessione in merito a questioni controverse quali l'interruzione volontaria della gravidanza, la pillola del giorno dopo ed anche il problema della fecondazione artificiale da gestire assieme alla dr. Rocchetti (seminario di bioetica)
- ⇒ counselling in vista di trattamenti chirurgici ginecologici rilevanti es: isterectomia/annessiectomia

EVENTUALE ARTICOLAZIONE CON ALTRI SEMINARI E/O EVENTI

I colleghi hanno recentemente concluso il seminario di sessuologia. Alcune tematiche relative alla contraccezione sono state affrontate anche nel seminario sull'immigrazione.

Si ritiene utile prevedere una simulazione sul tema "decisione condivisa in merito alla TOS".

Nei prossimi corsi sarebbe auspicabile coordinarsi con il seminario di bioetica in merito alle questioni citate sopra e con i tutor ospedalieri e/o del consultorio.

Allegato 1

TEST

1. Approccio alla donna che inizia la terapia estroprogestinica:
 - quale anamnesi?
 - Quale esame obiettivo?
 - quali accertamenti di laboratorio?
 - Quali consigli indispensabili?
2. Controindicazioni relative e assolute all'uso di E.P.
3. La prescrizione della contraccezione d'emergenza.
4. Come si stabilisce che una donna è in menopausa? E se si tratta di una donna precedentemente isterectomizzata?
5. Quali sono gli obiettivi che un MMG si può porre nel seguire le sue pazienti in questo periodo della vita?
6. Qual'è il ruolo della terapia ormonale sostitutiva?
7. Conosci altre terapie per la donna in menopausa?
8. Quali controlli sono necessari per iniziare una terapia ormonale sostitutiva?
9. Quale ritieni possa essere l'interazione tra MMG e lo Specialista Ginecologo nella gestione delle donne che assumono E.P. E in menopausa?

Allegato 2

MANDATO CASO MENOPAUSA

- Cosa ritenete necessario per la diagnosi di menopausa, fareste esami? Se sì quali?
- Come condurreste il colloquio con questa paziente?
- Quali terapie le potreste proporre per la sintomatologia legata alla menopausa?
- Come le spieghereste rischi e benefici della tos?
- Se decidesse di iniziare un trattamento ormonale sostitutivo, come procedereste ?
- (invio al ginecologo ? Conoscete schemi terapeutici ? Prima di prescrivere quali accertamenti?)
- Come sfruttereste questo momento per un bilancio di salute?
- Quale counseling per la salute negli anni futuri?

MANDATO CASO CONTRACCEZIONE

- Come prescrivereste una terapia estroprogestinica?
- Che tipo di pillola?
- Quale esame clinico?
- Quali esami di laboratorio?
- Che informazioni daresti?
- Come prescrivereste la contraccezione d'emergenza?
- Che problemi ipotizzereste in una minorenne, anche di tipo legale?
- E dopo la contraccezione d'emergenza?

3.7. Il paziente con cefalee

Responsabile: dott. Giuseppe Parisi

	DAL	AL	N° ORE
SVOLGIMENTO UNITÀ DIDATTICA	29/10/2002	29/10/2002	3

DOCENTI COINVOLTI Dott.ssa Alessandra Romeri; Dott. Guglielmo Pisoni

OBIETTIVI DIDATTICI: A livello internazionale è riconosciuto che il Corso debba trasmettere quelle abilità e competenze per il lavoro del medico di medicina generale che sono specifiche e non essere un ripasso di argomenti già trasmessi dall'Università di medicina. Per questa ragione sono state messe a punto e svolte una serie di unità didattiche secondo il metodo del problem based learning, dove il discente può misurare le proprie competenze di fronte ad un caso clinico proprio della medicina generale, e solo in un secondo tempo organizzare le proprie conoscenze e reperire quelle deficitarie, attraverso l'interazione con i tutor, medici di MG e specialisti della materia.

OBIETTIVI GENERICI:

OBIETTIVI SPECIFICI: EPIDEMIOLOGIA:

1. Conoscere l'epidemiologia delle diverse forme di cefalea primaria e dell'emicrania in particolare.
2. essere al corrente che l'emicrania è una patologia sommersa e sottostimata (fenomeno iceberg). False convinzioni e/o atteggiamenti sbagliati sia da parte dei medici che dei pazienti.

DIAGNOSI DELL'EMICRANIA:

1. Conoscere la classificazione delle cefalee ISH e i criteri di diagnosi della cefalea primaria.
2. Conoscere i criteri diagnostici (ISH) per emicrania con aura e senza aura; cefalea tensiva, episodica e cronica; cefalea a grappolo.
3. Comprendere l'importanza di una puntuale anamnesi per un corretto inquadramento del paziente affetto da cefalea. Conoscenza di una adeguata griglia anamnestica.(E' UNA DIAGNOSI PRIMA DI TUTTO CLINICA)
4. Essere in grado di eseguire un corretto EO generale e neurologico del paziente affetto da cefalea.(E' UNA DIAGNOSI PRIMA DI TUTTO CLINICA)
5. Saper impostare un corretto iter diagnostico, di laboratorio e strumentale, per inquadrare adeguatamente il paziente emicranico.

6. Riconoscere quadri e presentazione clinica di una "cefalea pericolosa".

TERAPIA DELL'EMICRANIA :

1. Conoscere i principi generali e obiettivi che regolano la terapia **sintomatica dell'emicrania:** TERAPIA STRATIFICATA.(MIDAS)
2. Conoscere i farmaci utilizzati nella terapia sintomatica dell'emicrania (dosaggi, effetti collaterali principali, controindicazioni)
3. Conoscere i principi generali e obiettivi che regolano la terapia profilattica dell'emicrania.
4. Conoscere i farmaci utilizzati nella **terapia profilattica dell'emicrania** (dosaggi, effetti collaterali principali, controindicazioni)
5. Conoscere le linee guida per la scelta del farmaco in caso di terapia profilattica dell'emicrania.

GESTIONE DEL PAZIENTE EMICRANICO IN MEDICINA GENERALE:

1. Conoscere i compiti del medico di MG nel corso di prima visita al paziente che lamenta cefalea e/o è affetto da emicrania. (linee guida dell' Adition Society)
2. Descrivere gli obiettivi di una visita in MG al paziente con cefalea
3. Saper valutare le aspettative del paziente con cefalea verso il MMG
4. Saper informare il paziente sulla natura della sua malattia (importanza di coinvolgere il paziente nella gestione della malattia, compliance alla terapia, controllo dei possibili fattori scatenanti l'attacco di emicrania)
5. comprendere l'importanza della valutazione del grado di disabilità nel paziente con cefalea e/o emicrania e i suoi riflessi sulla strategia terapeutica **(COMPILAZIONE DEL QUESTIONARIO MIDAS)**.
6. Conoscere i vantaggi derivanti dall'utilizzo di un diario della cefalea e della sua corretta compilazione.
7. Conoscere le situazioni nelle quali è necessario attivare la consulenza dello specialista in soggetto affetto da cefalea\ emicrania

CONTENUTI E METODI DIDATTICI

Il corso si è tenuto nell'ottobre 2002, ed è stato strutturato in 2 moduli di tre ore. Il primo modulo aveva come obiettivo la discussione guidata dal tutor di casi clinici e la loro risoluzione. Il secondo modulo comprendeva una parte di autoapprendimento e una discussione finale con breve lezione e presentazione delle linee guida sulla cefalea e approfondimento dei punti in cui i discenti avevano accusato difficoltà.

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

Vista la brevità dell'unità didattica e il metodo impiegato, la valutazione del singolo discente è stata valutata superflua

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO

La valutazione dell'apprendimento del gruppo, basata sulle singole valutazioni dei discenti, sul livello generale delle loro domande e delle discussioni individuali e di gruppo, è la seguente:

- Si è verificato l'apprendimento delle linee guida e dei modelli presentati sul piano cognitivo.
- Il gruppo ha mostrato attenzione ed è intervenuto attivamente: ciascuno a dato il suo contributo.
- I discenti hanno autovalutato positivamente la capacità di gestione del paziente con cefalea che è stata raggiunta.

EVENTUALE ARTICOLAZIONE CON ALTRI SEMINARI E/O EVENTI

3.8. Il paziente con la tosse, le infezioni acute delle vie respiratorie e l'influenza.

Responsabile: dott. Giuseppe Parisi

	DAL	AL	N° ORE
SVOLGIMENTO UNITÀ DIDATTICA	16/04/2002	24/04/2002	9

DOCENTI COINVOLTI Dott. Luca Pasolli; dott. Giuseppe Parisi

A livello internazionale è riconosciuto che il Corso debba trasmettere quelle abilità e competenze per il lavoro del medico di medicina generale che sono specifiche e non essere un ripasso di argomenti già trasmessi dall'Università di medicina. Per questa ragione sono state messe a punto e svolte una serie di unità didattiche secondo il metodo del problem based learning, dove il discente può misurare le proprie competenze di fronte ad un caso clinico proprio della medicina generale, e solo in un secondo tempo organizzare le proprie conoscenze e reperire quelle deficitarie, attraverso l'interazione con i tutor, medici di MG e specialisti della materia.

Obiettivi specifici dell'unità didattica

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

- ⇒ Conoscere elementi che permettono una diagnosi di probabilità
- ⇒ Conoscere elementi che permettono di valutare la gravità
- ⇒ Conoscere le modalità di gestione della CAP
- ⇒ Conoscere le linee guida sull'antibiotico terapia della CAP

Svolgimento

Il corso si è tenuto nell'aprile 2002, ed è stato strutturato in 3 moduli di tre ore. Il primo modulo aveva come obiettivo la discussione guidata dal tutor di casi clinici e la loro risoluzione. Il secondo modulo comprendeva l'autoapprendimento delle conoscenze che i discenti reputavano necessarie, l'ultimo una discussione finale con breve lezione e presentazione delle linee guida sulla CAP e approfondimento dei punti in cui i discenti avevano accusato difficoltà.

Valutazione

La valutazione dell'apprendimento del gruppo, basata sulle singole valutazioni dei discenti, sul livello generale delle loro domande e delle discussioni individuali e di gruppo, è la seguente:

- ⇒ Si è verificato l'apprendimento delle linee guida e dei modelli presentati sul piano cognitivo.
- ⇒ Il gruppo ha mostrato attenzione ed è intervenuto attivamente: ciascuno a dato il suo contributo.
- ⇒ I discenti hanno autovalutato positivamente la capacità di gestione del paziente con cefalea che è stata raggiunta.

Vista la brevità dell'unità didattica e il metodo impiegato, la valutazione del singolo discente è stata valutata superflua

3.9. Il paziente con patologia osteoarticolare.

Responsabile:dott.ssa Perlot Mariapia

SVOLGIMENTO UNITÀ DIDATTICA

DAL	AL	N° ORE
MARZO/2003	APRILE/2003	15

DOCENTI COINVOLTI Andreatta Eduino-Facchinelli Vittoria-Perlot Mariapia-

OBIETTIVI DIDATTICI

OBIETTIVI GENERICI: ⇒ Conoscere le competenze del MMG nella diagnosi, nella terapia e nella gestione del paziente con problemi osteoarticolari di più frequente riscontro nella medicina generale.

⇒ Acquisire conoscenze disciplinari nell'ambito delle malattie osteoarticolari degenerative e infiammatorie anche alla luce dell'EBM.

⇒ - Acquisire abilità pratiche nell'eseguire l'es. obiettivo del paziente e le tecniche di infiltrazione articolare e periarticolare di farmaci.

OBIETTIVI SPECIFICI: ⇒ Saper eseguire correttamente l'es. obiettivo nel paziente con problemi osteo-articolari.

⇒ Essere in grado di eseguire infiltrazioni articolari e periarticolari.

⇒ Saper prescrivere in modo appropriato le indagini di laboratorio e strumentali utili per la diagnosi.

⇒ Conoscere le indicazioni per l'invio del paziente alle psecialista (ortopedico, reumatologo)

⇒ Saper impostare una corretta terapia (farmacologica e non) in presenza di patologie acute e croniche.

CONTENUTI

⇒ Il dolore cervicale acuto (colpo di frusta, torcicollo).

⇒ Il dolore cervicale cronico (diagnosi clinica e strumentale, terapia medica e t. fisica)

⇒ Il dolore della spalla, del gomito, della mano, del ginocchio e del piede: diagnosi, terapia medica, tecniche infiltrative.

⇒ Le patologie reumatiche infiammatorie: le "early arthritis", l'AR; aspetti clinici, es. di laboratorio, es. strumentali, invio allo specialista reumatologo.

METODI DIDATTICI

⇒ Presentazione di casi clinici reali con analisi dei problemi, risoluzione dei problemi, discussione in gruppo.

- ⇒ Lezione frontale con l'uso di diapositive.
- ⇒ Esercitazione pratica di manovre semeiologiche.

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

- ⇒ Interesse per gli argomenti trattati
- ⇒ Partecipazione all'identificazione da parte dei discenti dei problemi emersi dai casi clinici e nella risoluzione degli stessi.
- ⇒ Discussione in gruppo delle problematiche emerse.
- ⇒ Prove pratiche di semeiotica e tecniche di infiltrazione articolare.

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO

Il corso ha affrontato argomenti di frequente riscontro nella medicina generale e questo ha suscitato un buon interesse da parte dei discenti anche per l'impronta pratica data al corso stesso.

I discenti sono stati valutati sulla partecipazione in aula alla definizione delle problematiche inerenti i singoli casi clinici presentati, sulla discussione in gruppo e col docente, sulla capacità di eseguire manovre semeiologiche e sulle infiltrazioni articolari.

L'improvvisa non disponibilità di uno dei docenti a svolgere l'attività didattica di tre ore ha richiesto una redistribuzione dell'attività di docenza agli altri docenti con la conseguenza di poter preparare in modo ottimale l'intervento didattico. E' stato dato poco tempo alla preparazione sincrona e condivisa all'interno dei docenti del progetto didattico, sia per diversità di impostazione della didattica e non condivisione completa degli strumenti di valutazione dei discenti.

EVENTUALE ARTICOLAZIONE CON ALTRI SEMINARI E/O EVENTI

Il paziente con dolore lombare acuto e cronico è rientrato in un'attività didattica sperimentale che ha interessato i Tutor dei singoli specializzanti.

In particolare, presso l'ambulatorio de MMG tutor e discente dovevano individuare i casi che si presentavano all'osservazione ambulatoriale in un periodo di 2-3 settimane; gli stessi casi poi erano affrontati come casi didattici; i tutor in precedenza avevano partecipato ad un momento formativo comune per omogeneizzare gli aspetti da affrontare con il rispettivo tirocinante e concordare le modalità didattiche da utilizzare. Per ogni settimana in medico Tutor avrebbe dovuto effettuare 6 ore di attività didattica con il tirocinante (identificazione dei casi clinici in ambulatorio, attenzione all'obiettività, soggettività, problematiche in ordine alla diagnosi, richiesta di es. strumentali e/o visite specialistiche appropriate, discussione delle situazioni più problematiche, eventuale ricerca di risposte anche con l'aiuto di banche dati o testi o articoli su riviste scientifiche).

3.10. Il paziente con problemi dermatologici.

Responsabile: Dr Colorio Paolo

	DAL	AL	N° ORE
SVOLGIMENTO UNITÀ DIDATTICA	29/10/2003	13/11/2003	9

DOCENTI COINVOLTI Dr. Giuseppe Zumiani, Dr. Franco Scardigli, Dr. Giovanni Recchia, Dr. Franco Urbani, Dr. Paolo Cristofolini, Dr. Paolo Colorio, Dr. Mauro Bertoluzza.

INTRODUZIONE

Unità Didattica breve incentrata sull'integrazione del MMG con lo specialista ospedaliero. Non è stato possibile effettuarla nel periodo di frequenza dei reparti dermatologici, per problemi organizzativi.

OBIETTIVI DIDATTICI

OBIETTIVI GENERICI: Migliorare le conoscenze teoriche riguardanti l'integrazione tra MMG e specialista ospedaliero, in riferimento ai percorsi diagnostico assistenziali ed organizzativi, per i pazienti con problemi dermatologici.

OBIETTIVI SPECIFICI: Riuscire a definire il sospetto diagnostico anche secondo i criteri di rischio ed urgenza.
Conoscere la metodologia diagnostica in dermatologia, le possibilità ed i limiti della terapia ex adiuvantibus.
Conoscere la struttura e l'organizzazione dell'U.O. di dermatologia.
Saper individuare i percorsi diagnostico terapeutici più indicati per i vari problemi dermatologici.
Apprendere gli elementi fondamentali che è importante trasmettere in caso di consulenza o affidamento in carico allo specialista di un paziente con problemi dermatologici.

CONTENUTI

La diagnosi ed il metodo in dermatologia (la prenotazione secondo criteri di priorità, RAO, codici chirurgici)
L'organizzazione dell'UO di dermatologia dell'Ospedale Santa Chiara di Trento: (dermatologia generale, Malattie a trasmissione sessuale, Allergologia, Dermochirurgia).
I percorsi diagnostico terapeutici per i pazienti con problemi dermatologici.

METODI DIDATTICI

Lezioni Magistrali, discussioni, tavola rotonda.

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

Non prevista

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO

Non prevista. Il gradimento riscontrato con interviste ai vari discenti però è risultato molto elevato.

EVENTUALE ARTICOLAZIONE CON ALTRI SEMINARI E/O EVENTI

ALTRE OSSERVAZIONI

Discutendo di percorsi e di problemi organizzativi si faceva sempre riferimento a casi clinici reali, con alcuni approfondimenti a richiesta dei discenti.

3.11. Il paziente con problemi di disuria.

Responsabile: dott.ssa Alessandra Maggioni

SVOLGIMENTO UNITÀ DIDATTICA	DAL	AL	N° ORE
	04/06/02	11/06/02	6

DOCENTI COINVOLTI Dr. Maria Isabella Bini – Dr Fulvio Spagnoli

OBIETTIVI DIDATTICI

OBIETTIVI GENERICI: saper diagnosticare e trattare le cause di disuria, differenziando le infezioni non complicate da quelle potenzialmente complicate.

OBIETTIVI SPECIFICI:

- ⇒ saper diagnosticare e differenziare correttamente le cause di disuria
- ⇒ conoscere i criteri anamnestici e semeiologici per differenziare le infezioni non complicate da quelle potenzialmente complicate;
- ⇒ conoscere le indicazioni e limiti per l'uso di supporti laboratoristici utilizzabili nell'ambulatorio e domicilio;
- ⇒ conoscere le indicazioni per l'invio al laboratorio di Microbiologia;
- ⇒ saper indicare al paziente come effettuare correttamente la raccolta delle urine;
- ⇒ saper prescrivere in maniera appropriata la terapia farmacologica (efficacia, durata della terapia ,costi);
- ⇒ saper indicare misure non farmacologiche utili;
- ⇒ conoscere i criteri per chiedere le consulenze specialistiche (urologia, nefrologia e ginecologia);
- ⇒ saper indagare il vissuto del paziente rispetto a patologie che interessano l'apparato genitourinario e rispetto al trattamento;
- ⇒ saper affrontare casi particolari: gravidanza (batteriuria asintomatica), anziani, maschi, portatori di catetere;
- ⇒ saper elaborare una scheda informativa per pazienti affetti da disuria ricorrente.

CONTENUTI

Infezioni semplici e ricorrenti delle vie urinarie, la disuria del maschio, la batteriuria sintomatica.

METODI DIDATTICI

Presentazione e discussione di casi clinici in aula, volta ad evidenziare aree di incertezza e punti critici. Approfondimento delle conoscenze mediante supporti bibliografici cartacei e ridiscussione dei casi.

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

È stata effettuata tramite la discussione in aula.

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO

Gli specializzandi si sono dimostrati coinvolti e hanno partecipato attivamente e vivacemente alla discussione dei casi clinici. Hanno inoltre dichiarato di apprezzare l'impostazione molto pratica del seminario.

EVENTUALE ARTICOLAZIONE CON ALTRI SEMINARI E/O EVENTI

3.12. Il paziente con un'emergenza clinica in medicina generale.

Responsabile: Dr. Paolo Colorio

	DAL	AL	N° ORE
SVOLGIMENTO UNITÀ DIDATTICA	27/1/04	25/2/04	21

DOCENTI COINVOLTI Dr. Maurizio Viridia

OBIETTIVI DIDATTICI

OBIETTIVI GENERICI: Conoscere le caratteristiche dell'approccio al paziente in caso di emergenza.
Imparare con la pratica simulata alcune manovre fondamentali nell'emergenza.

OBIETTIVI SPECIFICI: Riconoscere la gravità in caso di Emergenza.
Conoscere i criteri di priorità degli interventi.
Conoscere la base teorica delle principali manovre di rianimazione.
Imparare le principali manovre di rianimazione.
Conoscere i problemi legati al primo trattamento dei traumatizzati a rischio.

CONTENUTI

Basi teoriche dell'emergenza.
Approccio al BLS.
Rudimenti di ACLS.
I farmaci dell'emergenza.
seguire le principali manovre di rianimazione, utilizzando il manichino.
Saper utilizzare il defibrillatore

METODI DIDATTICI

Lezione frontale, attività guidata sul manichino.

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

Non prevista

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO

Non prevista. Attraverso interviste e il questionario finale del Corso è emerso un alto gradimento di questa Unità Didattica, con la richiesta di un suo prolungamento.

EVENTUALE ARTICOLAZIONE CON ALTRI SEMINARI E/O EVENTI

Nel corso del laboratorio culturale è stato trattato il problema dell'Urgenza e dell'emergenza in funzione del ruolo specifico in questi campi del MMG, rispetto alla sua attività ordinaria

3.13. Il paziente con vertigini.

Responsabile: Dr. Andreatta Eduino

SVOLGIMENTO UNITÀ DIDATTICA	DAL	AL	N° ORE
	03/06/2002	10/06/2002	6

DOCENTI COINVOLTI Dr. Andreatta Eduino

OBIETTIVI DIDATTICI

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

OBIETTIVI SPECIFICI: Gli obiettivi didattici specifici sono stati:

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

CONTENUTI

- ⇒ La pseudovertigine.
- ⇒ La vertigine parossistica posizionale benigna.
- ⇒ La vertigine nell'anziano.
- ⇒ La vertigine psichiatrica.
- ⇒ La vertigine vertebrobasilare.

METODI DIDATTICI

- ⇒ È stato effettuato un test iniziale per individuare le conoscenze sulla vertigine
 - ⇒ È stato assegnato un caso clinico a testa con argomento:
 - ⇒ Ogni discente ha elaborato il caso assegnatogli cercando di individuarne la corretta soluzione
 - ⇒ Ognuno ha esposto ed indicato la possibile soluzione del caso
- Si è discusso sulle priorità e correttezza nella soluzione dei problemi

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

- ⇒ Si è valutato l'apprendimento, gradimento ed interesse per il problema "vertigini" con un questionario

⇒ Il questionario ha evidenziato un buon miglioramento nella conoscenza e soluzione del problema "vertigine" rispetto al test d'inizio. È stato espresso anche un elevato interesse sull'argomento.

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO

Argomento apprezzato anche per la scarsa importanza data in ambito universitario

Dalle domande effettuate e dalle discussioni si è potuto rilevare un buon apprendimento sui punti chiave.

EVENTUALE ARTICOLAZIONE CON ALTRI SEMINARI E/O EVENTI

3.14. Il paziente domiciliare cronico e terminale.

Responsabile: dott. Pasquale Laurino

SVOLGIMENTO UNITÀ DIDATTICA	DAL	AL	N° ORE
	23/07/2002	03/09/2003	33

DOCENTI COINVOLTI Dr. Andreatta Eduino

Il medico di medicina generale si trova a dover affrontare frequentemente i problemi dati dall'assistenza al paziente oncologico in fase terminale. Da alcuni anni si è verificato un aumento del numero dei pazienti in fase terminale che non vengono ospedalizzati, e una riduzione del tempo di permanenza in ospedale, sia per ragioni etiche, sia per ragioni di contenimento della spesa sanitaria. Infatti si è osservato che a fronte di una spesa molto minore, la permanenza a domicilio garantisce a questi pazienti una migliore qualità della vita e un servizio migliore che può essere personalizzato e centrato sui loro bisogni. Per queste ragioni si auspica un incremento del numero dei pazienti in fase terminale assistiti a domicilio.

Il medico di medicina generale, dagli anni settanta in poi, riprendendo una tradizione medica che risale al condotto dell'epoca pre-antibiotica, ha affrontato l'esperienza dell'assistenza domiciliare al paziente oncologico in fase terminale, spesso senza l'aiuto di colleghi o di altri operatori. Ha prodotto così un sapere tacito, non codificato, che si è tramandato oralmente attraverso le generazioni di medici. Siamo convinti che i medici di medicina generale abbiano affinato metodi particolari, specifici del loro ruolo, per trattare questo paziente, metodi che sono il risultato dell'adattamento del medico al contesto operativo, e sono caratterizzati da ampia variabilità, in quanto il contesto in cui si muove il medico di primo livello è estremamente variabile.

Riflettendo sulla nostra esperienza e sui modelli teorici proposti in letteratura, abbiamo concluso che, nell'assistenza al paziente oncologico in fase terminale, i medici non utilizzano solo abilità cliniche, ma anche abilità relazionali ed organizzative. L'elemento portante di una buona assistenza è la buona capacità organizzativa del medico di medicina generale, modulata sulle esigenze del paziente. Il medico di medicina generale si trova in una posizione privilegiata nel conoscere tali esigenze, grazie al fatto che costruisce con il paziente legami che datano anni, talvolta decenni. I momenti critici ed i problemi dell'assistenza insorgono spesso perché il medico fallisce nell'organizzare la rete degli operatori e dei familiari.

Obiettivi generali dell'unità didattica

1	Valorizzare le abilità cliniche, relazionali ed organizzative che il medico di medicina generale utilizza nell'assistenza domiciliare al paziente oncologico in fase terminale
2	Acquisire nuove abilità specifiche, cliniche, relazionali ed organizzative nell'assistenza domiciliare al paziente oncologico in fase terminale
3	Acquisire un metodo di approccio all'assistenza domiciliare al paziente oncologico in fase terminale
4	Acquisire un atteggiamento orientato al paziente, al fine di offrire un servizio di qualità, nell'assistenza domiciliare al paziente oncologico in fase terminale

Svolgimento

Il corso è stato strutturato in 6 moduli.

Modulo 1: Introduzione ai problemi di frequente riscontro: discussione su casi clinici, recupero dell'esperienza avuta durante il tirocinio presso il tutor.

Modulo 2: Elementi normativi e di organizzazione dell'assistenza specifici della realtà locale.

Modulo 3: Gestione dei principali problemi clinici.

Modulo 4: Il paziente affetto da malattia grave: reazioni psicologiche, vissuti e abilità adattive.

Modulo 5: Il team: opportunità e problemi della pratica collaborativa.

Modulo 6: La gestione dell'angoscia di morte nel paziente, nei famigliari e nel team.

Valutazione

La valutazione dell'apprendimento del gruppo, basata sulle singole valutazioni dei discenti, sul livello generale delle loro domande e delle discussioni individuali e di gruppo, è la seguente:

Si è verificato l'apprendimento delle linee guida e dei modelli presentati sul piano cognitivo.

Il gruppo ha mostrato attenzione ed è intervenuto attivamente: ciascuno a dato il suo contributo.

I discenti hanno autovalutato positivamente la capacità di gestione del paziente terminale che è stata raggiunta.

Vista la brevità dell'unità didattica e il metodo impiegato, la valutazione del singolo discente è stata valutata superflua

3.15. Il paziente immigrato.

Responsabile: Staff del Direttore

	DAL	AL	N° ORE
SVOLGIMENTO UNITÀ DIDATTICA	02.07.2003	01.08.2003	18

DOCENTI COINVOLTI Dott.ssa Isabella Bini, Dott. Eduino Bonincontro, Dott.ssa Elisabetta Cescatti, Dott. Giuseppe Gottardi, Dott.ssa Norma Sartori, Dott.ssa Licia Scantamburlo

INTRODUZIONE

Il MMG, sempre più frequentemente viene a contatto nel suo lavoro quotidiano con persone immigrate, che spesso, provengono da culture molto diverse dalla nostra. L'incontro con questi pazienti è spesso difficile non solo perché parlano stentatamente l'italiano, ma perché le abitudini di vita, la percezione della salute, il vissuto di malattia, ma anche i valori morali ed etici possono essere molto differenti. Le maggiori difficoltà nell'approccio e nella gestione del paziente immigrato nascono proprio dalle differenze culturali e non dalla peculiarità delle patologie di tali soggetti, che presentano nelle maggior parte dei casi malattie comuni e non esotiche o rare. Date queste premesse nel corso di quest'unità didattica si è cercato di porre l'accento soprattutto sugli aspetti antropologici e le implicazioni socio-culturali delle migrazioni, senza tuttavia trascurare anche elementi più prettamente clinici di maggiore riscontro pratico, quali la salute mentale e le patologie connesse alla riproduzione

OBIETTIVI DIDATTICI

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

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

Saper individuare e gestire il disagio relazionale e la dipendenza da alcool o stupefacenti.

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

CONTENUTI

Nel primo modulo sono state condotte riflessioni di carattere antropologico, sociale e culturale sul fenomeno della migrazione e sull'incontro tra culture diverse: quella del medico e quella dell'immigrato. Nella seconda lezione si è affrontato, attraverso l'uso del role playing, il problema della consultazione con particolare attenzione alle difficoltà di comunicazione e di relazione; è stato anche analizzato il concetto di "progetto migratorio" e delle sue implicazioni pratiche per la gestione del paziente immigrato da parte del MMG. Nel terzo e quarto incontro si sono

affrontate le problematiche della salute della donna e del bambino, nonché la patologia riproduttiva. Nel quinto incontro si è proiettato il film "East to East" (la storia di una famiglia pakistana emigrata a Londra che affronta con molto successo problemi di integrazione; tutta la storia del film è narrata in chiave ironica) con successiva discussione. Nell'ultimo modulo si sono affrontati i problemi del disagio psichico, della dipendenza e del particolare aspetto degli immigrati Rom.

METODI DIDATTICI

Lezione frontale, analisi casi clinici raccolti dai relatori in ambulatorio, discussione, role playing, proiezione film.

3.16. Il paziente viaggiatore.

Responsabile: Staff del Direttore

	DAL	AL	N° ORE
SVOLGIMENTO UNITÀ DIDATTICA	10/12/2002	20/12/2002	9

DOCENTI COINVOLTI Dott. Giuseppe Gottardi

OBIETTIVI DIDATTICI

OBIETTIVI GENERICI: Prendere coscienza e conoscenza del problema dato l'aumento di nostri pazienti viaggiatori.

OBIETTIVI SPECIFICI: Considerare l'aumento dei rischi causa l'aumento di disponibilità nei viaggi anche con mete difficili.

CONTENUTI

La partenza di un nostro paziente per un viaggio internazionale;

L'arrivo di un nostro paziente dopo un viaggio internazionale.

Febbre gialla, Colera, Malaria, Lebbra, Leishmaniosi, Dengue, Leptosirosi, Amebiasi, Legionella, Schistomiasi, Tripanosomiasi, Filariosi-Oncocercosi, Peste, Meningite Meningococcica.

METODI DIDATTICI

Distribuzione del testo e fotocopia e traduzione di articoli da riviste mediche ai tirocinanti.

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

Considerazioni su partecipazione ed attenzione e loro motivazioni. Analisi della loro produzione (tesina) e della successiva loro esplicazione ai colleghi in aula.

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO

Valutazione del lavoro eseguito e loro disponibilità. Riflessione su attenzione e motivazioni.

EVENTUALE ARTICOLAZIONE CON ALTRI SEMINARI E/O EVENTI

Nessuna.

3.17. A. Informatica di base.

Responsabile: Staff del Direttore

SVOLGIMENTO UNITÀ DIDATTICA	DAL	AL	N° ORE
	05/03/2002	02/08/2002	32

DOCENTI COINVOLTI Dott. Fabrizio Valcanover, dott. Paolo Colorio, dott.ssa Marzia Zeni

OBIETTIVI DIDATTICI

OBIETTIVI GENERICI: Approfondire le conoscenze in materia informatica in modo da essere in grado di utilizzare correttamente il computer come strumento di lavoro.

OBIETTIVI SPECIFICI:

- ⇒ Imparare ad utilizzare i principali applicativi Office (Word, Excell).
- ⇒ Apprendere l'utilizzo dei fogli firma informatici (Excell) per la raccolta e gestione delle presenze alle attività didattiche e teoriche.
- ⇒ Apprendere l'utilizzo di Internet per la spedizione di files in generale e delle presenze in particolare.

CONTENUTI:

Desktop del computer

⇒ creazione di cartelle condivise e non per il salvataggio di files.

Word

⇒ Creazione, protezione, salvataggio e formattazione di documenti. Creazione di un archivio per la gestione dei documenti.

Excell

- ⇒ Creazione, protezione, salvataggio e formattazione di fogli di lavoro.
- ⇒ Creazione della propria cartella contenente i riepiloghi delle presenze.
- ⇒ Inserimento dati nei database per la raccolta delle presenze.
- ⇒ Gestione e stampa dei riepiloghi presenze.
- ⇒ Creazione di un file contenente tutti i riepiloghi da spedire alla segreteria

Internet

- ⇒ Utilizzo del programma di posta elettronica:
 - Creazione di una rubrica contenente gli indirizzi principali di posta elettronica.
 - creazione e spedizione di un messaggio con allegati.
- ⇒ La cartella clinica in medicina generale
- ⇒ Classificazione e codifica
- ⇒ - I sistemi di codifica in medicina generale

METODI DIDATTICI:

Le lezioni, visti gli argomenti trattati, sono state eseguite in aula informatica di fronte al computer. Ogni medico

iscritto al corso aveva a disposizione un suo PC sul quale provare quanto veniva spiegato tramite l'utilizzo di un videoproiettore collegato con il computer del docente.

Alle lezioni sono stati abbinati dei momenti di autoapprendimento nei quali mettere in pratica e sperimentare quanto appreso.

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI:

Non prevista.

EVENTUALE ARTICOLAZIONE CON ALTRI SEMINARI E/O EVENTI:

Non effettuata perché non prevista.

3.17. B. Informatica avanzata.

Diversi argomenti sono stati effettuati sul campo dal tutor medico di medicina generale (gestione cartella clinica), altri nell'ambito dei seminari d'aula, tra cui quello sull'EBM (use di Medlinee e banche dati, ecc) e sull'Organizzazione (Dati, informazioni, Basi teoriche della cartella clinica orientata per problemi in medicina generale, ecc)".

Obiettivi, Contenuti e Valutazioni sono stati fatti, quindi, nell'ambito degli specifici contesti di apprendimento.

3.18. L'individuazione e la gestione dei problemi dell'anziano.

Responsabile: Dott. Giuseppe Parisi

SVOLGIMENTO UNITÀ DIDATTICA	DAL	AL	N° ORE
	04/09/2003	20/11/2003	27

DOCENTI COINVOLTI Dott. Claudio Divan, Dott. Josef Jörg, Dott. Medin Mon,
Dott. Gabriele Noro, Dott. Maurizio Scotton, Dott. Claudio Scalfi.

OBIETTIVI DIDATTICI

OBIETTIVI GENERICI: Approfondire le conoscenze, acquisire abilità e competenze al fine di essere in grado di migliorare, là dove è necessario e possibile, lo *stato di salute* (intesa anche come autonomia funzionale) e la *qualità della vita* delle persone anziane, mantenendole, se lo desiderano e se ciò è realizzabile, al proprio domicilio.

OBIETTIVI SPECIFICI:

- ⇒ Essere in grado di cogliere e valutare unitariamente i problemi sanitari e i bisogni sociali dei pazienti anziani al fine di intervenire correttamente.
- ⇒ Saper riconoscere il paziente anziano "fragile".
- ⇒ Saper attivare, là dove è opportuno, la valutazione multidimensionale e saper partecipare attivamente, insieme ad altri operatori, alla UVM.
- ⇒ Saper affrontare correttamente le malattie più comuni nell'anziano.

CONTENUTI

Approfondire le conoscenze sul processo di invecchiamento, sulle caratteristiche delle malattie nell'anziano e sulle più importanti sindromi geriatriche.

Conoscere gli scopi e gli strumenti della valutazione geriatria globale (valutazione multidimensionale)

Conoscere i benefici previsti dalle leggi a favore degli anziani non autosufficienti.

Acquisire conoscenze nella gestione della terapia farmacologica nell'anziano, con particolare attenzione alla compliance, agli effetti collaterali e all'interazione tra farmaci.

Approfondire le conoscenze sulle cadute nell'anziano.

Acquisire conoscenze nella gestione dell'incontinenza nel soggetto anziano.

Approfondire le conoscenze su deficit cognitivi, demenze e su stato confusionale nell'anziano.

Approfondire le conoscenze su turbe nutrizionali e disidratazione nell'anziano.

Essere in grado di individuare possibili aree per interventi di promozione della salute nei soggetti anziani e predisporre un piano di controlli periodici per la prevenzione delle malattie e dell'invalidità.

METODI DIDATTICI:

Lettura e discussione di casi clinici relativi al tema della giornata.

Ricerca degli obiettivi di prassi connessi al caso.

Strutturazione delle ipotesi di modalità di intervento.

Individuazione degli elementi di conoscenza mancanti.

Sistemazione teorica dell'argomento da parte dell'esperto.

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

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI:

Focalizzazione delle competenze possedute e acquisite da parte dei tirocinanti attraverso un pre test e post test.

Osservazione della integrazione nel gruppo e della partecipazione al lavoro in aula.

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO:

Ritengo personalmente che il seminario abbia raggiunto gli obiettivi didattici prefissati.

Da un'analisi di gradimento proposta ai tirocinanti è risultato che gli argomenti trattati hanno suscitato l'interesse dei medici in formazione. Secondo la loro valutazione la durata del corso è stata congrua e anche le modalità didattiche (lettura, discussione, individuazione di elementi conoscitivi e delle ipotesi di intervento relativa a casi clinici tratti dalla quotidianità) sono state molto apprezzate.

La partecipazione è stata sempre attiva e costruttiva.

EVENTUALE ARTICOLAZIONE CON ALTRI SEMINARI E/O EVENTI:

Non effettuate perché non previste.

3.19. L'individuazione e la gestione del paziente con problemi alla tiroide.

Responsabile: Dott. Pasquale Laurino

	DAL	AL	N° ORE
SVOLGIMENTO UNITÀ DIDATTICA	13/01/2004	28/01/2004	9

DOCENTI COINVOLTI Dott.ssa Ornella MANA, Dott. Antonio DAINESE

INTRODUZIONE

È 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 DIDATTICI

OBIETTIVI GENERICI: la gestione del paziente con problemi tiroidei, dal punto di vista diagnostico e terapeutico

OBIETTIVI SPECIFICI: 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

CONTENUTI

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

METODI DIDATTICI

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

Successivamente è stata proposta una lezione frontale durante la quale il docente ha analizzato le linee guida per la gestione della patologia tiroidea nell'ambulatorio di Medicina Generale. Per questo scopo il

mezzo utilizzato è stato il computer e nello specifico il programma di power point, in seguito sono state fornite ai tirocinanti fotocopie del programma svolto.

VALUTAZIONE 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 più che soddisfacenti.

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO

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

EVENTUALE ARTICOLAZIONE CON ALTRI SEMINARI E/O EVENTI

3.20. L'individuazione e la gestione del paziente iperteso.

Responsabile: dott. Eduino Andreatta

SVOLGIMENTO UNITÀ DIDATTICA	DAL	AL	N° ORE
	10/09/2002	01/10/2002	15

DOCENTI COINVOLTI Dr. CARLO BUONGIOVANNI

OBIETTIVI DIDATTICI: L'ipertensione arteriosa rappresenta una patologia importante nel setting della medicina generale sia perché colpisce il 25 % circa del totale pazienti in carico al m.g., sia perché costituisce uno dei più importanti fattori di rischio cardiovascolare.

OBIETTIVI GENERICI: Lo specializzando deve acquisire conoscenze finalizzate ad una corretta gestione del paziente iperteso nell'ambulatorio di medicina generale.

OBIETTIVI SPECIFICI: Lo specializzando deve, alla fine del seminario, dimostrare di aver acquisito conoscenze in grado di permettergli di svolgere nei confronti del paziente iperteso il ruolo di principale e costante punto di riferimento, riuscendo ad indicare validati percorsi diagnostico terapeutici anche integrandosi all'occorrenza, con strutture di II° livello senza tuttavia mai demandare totalmente ad esse la gestione del proprio paziente.

CONTENUTI

- Epidemiologia, prevalenza e controllo dell'ipertensione arteriosa
- Individuazione ed inquadramento del paziente iperteso
- Metodologia per una corretta misurazione della pao
- Indicazioni ed interpretazione del monitoraggio pressorio delle 24 ore
- Stratificazione del rischio cardio vascolare
- Quando inviare il paziente ad un centro di II° livello ?
- Trattamento farmacologico e non del paz. Iperteso
- Corretta gestione delle urgenze ed emergenze ipertensive
- Corretto inquadramento e gestione del paziente iperteso affetto da particolari patologie o situazioni cliniche: il paziente anziano, nefropatico e diabetico
- Cenni sulla gestione della paziente ipertesa in o per la gravidanza

METODI DIDATTICI

Presentazione e discussione di casi clinici; confronto ed interrogazioni in aula su percorsi predeterminati e su specifiche esigenze d'aula emerse al bisogno; lezione

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

PRE TEST E POST TEST

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO

Il corso ha suscitato l'interesse e l'attenzione dei discenti che, alla luce del confronto sistematico in aula e dei dati del questionario, hanno dimostrato di aver acquisito conoscenze nuove soprattutto in riferimento alla pratica attività ambulatoriale che comunque non è mai stata disgiunta dalle recenti acquisizioni emerse in importanti trials clinici e di aver quindi chiarito ed approfondito le proprie conoscenze iniziali.

EVENTUALE ARTICOLAZIONE CON ALTRI SEMINARI E/O EVENTI

Il corso ha tenuto conto di quello sulla stratificazione del rischio c. Vascolare

3.21. L'individuazione e la gestione del rischio cardiovascolare.

Responsabile: dott.ssa Alessandra Maggioni

SVOLGIMENTO UNITÀ DIDATTICA	DAL	AL	N° ORE
	11/09/02	30/10/02	17

DOCENTI COINVOLTI Dr. Alessandra Maggioni

OBIETTIVI DIDATTICI

OBIETTIVI GENERICI: saper valutare il RCV globale e saper elaborare e proporre una strategia di intervento (farmacologico e non) volta alla riduzione del RCV globale.

OBIETTIVI SPECIFICI: saper individuare i fattori di rischio più rilevanti.
Saper calcolare il RCV globale, utilizzando carte del rischio pur nella consapevolezza dei loro limiti.
Conoscere prove di efficacia e sicurezza dei trattamenti farmacologici e non
Saper fornire adeguatamente ai pz informazioni in merito al RCV e alle strategie di intervento.

CONTENUTI

I fattori di rischio più rilevanti e le carte del rischio: trasferibilità e limiti; gli interventi non-farmacologici: prove di efficacia; i trattamenti farmacologici con particolare riguardo alle statine e all'ASA: prove di efficacia in prevenzione primaria e secondaria ed effetti collaterali; le note CUF; modalità diverse di comunicare i dati degli studi (rischio relativo, rischio assoluto, NNT), modalità per comunicare ai pz il concetto di rischio CV e discutere le possibili strategie di intervento, strategia dell'alto rischio versus strategie di popolazione.

METODI DIDATTICI

È stato utilizzato il metodo del Problem Based Learning

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

La valutazione è stata effettuata per mezzo di un test di ingresso, costituito da un caso clinico e da alcune domande aperte sul ruolo del MMg nella gestione del RCV, e di una prova finale con casi clinici. Ovviamente ha giocato un ruolo anche la partecipazione degli specializzandi alla discussione dei casi presentati e all'attività di autoformazione.

Già nel pre-test i discenti avevano dimostrato di essere competenti nell'individuazione dei principali fattori di rischio, mentre non possedevano strumenti per valutare efficacemente il RCV globale del pz. Le conoscenze relative all'uso dei farmaci e delle misure non farmacologiche (efficacia/effetti collaterali/posologia etc)

parevano essere poco precise.

Tutti i tirocinanti nelle prove finali hanno dato prova di aver conseguito gli obiettivi didattici principali e in aula hanno preso parte con vivacità ed acume alla discussione dei casi clinici.

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO

Analizzando le risposte al questionario utilizzato per la valutazione del corso, la maggioranza dei corsisti dichiara essere soddisfatta e ritiene di aver ricevuto molte informazioni nuove rilevanti per il proprio "essere medico".

In particolare ai colleghi specializzandi è sembrato utile aver appreso come valutare il RCV globale dei pazienti, aver affrontato il problema di come comunicare questo rischio e conoscere alcuni parametri per valutare l'efficacia dei farmaci (NNT) e delle misure non farmacologiche nella riduzione del RCV.

Come detto sopra, gli obiettivi didattici sono stati conseguiti. Solo una parte del programma non è stata evidentemente affrontata in modo efficace: l'uso dell'aspirina in prevenzione CV. L'utilizzo di questo farmaco non è stato infatti preso in considerazione da nessun corsista nella prova finale.

Per quanto riguarda il metodo del PBL, mentre la prima discussione "selvaggia" del caso clinico presentato è stata in generale ricca e partecipata, meno redditizia e più faticosa è stata la ridiscussione del caso, dopo che i corsisti avevano avuto tempo (sufficiente?) e materiale da consultare per trovare risposte agli interrogativi evidenziati. Sarà una difficoltà legata al docente o legata al metodo? Mi piacerebbe vedere in altre realtà come viene applicato questo metodo didattico.

In merito al percorso, ritengo che sarà necessario in un prossimo seminario coordinarsi con il seminario sull'ipertensione soprattutto per quanto riguarda lo svolgimento della parte (comune) relativa al rischio CV per evitare il rischio di essere ripetitivi. Inoltre, si potrebbe proporre agli specializzandi un laboratorio sul counselling per smettere di fumare, argomento che mi pare rilevante all'interno di un progetto sulla riduzione del RCV.

Auspicabile, come suggerisce una delle tirocinanti, effettuare qualche consultazione simulata nel corso del seminario, soprattutto quando si affronta il problema della comunicazione con il pz e la negoziazione delle strategie inerenti la riduzione del RCV.

EVENTUALE ARTICOLAZIONE CON ALTRI SEMINARI E/O EVENTI

È stato utile che il seminario sulla "Promozione alla salute e interventi sugli stili di vita" sia stato effettuato prima dell'unità didattica sul RCV: infatti sia nel pretest sia nella discussione dei casi clinici i corsisti hanno dimostrato di essere già preparati e sensibilizzati alle problematiche relative alla modificazione di abitudini e comportamenti.

3.22. L'individuazione e la gestione del rischio oncologico.

Responsabile: dott. Marco Clerici

SVOLGIMENTO UNITÀ DIDATTICA	DAL	AL	N° ORE
	22/05/2002	20/09/2002	21

DOCENTI COINVOLTI Dr. Marco Clerici, dr. Pasquale Laurino

Gli obiettivi generali dell'unità didattica erano i seguenti:

- ⇒ Saper identificare nell'anamnesi e nella storia clinica dei pazienti i fattori di rischio oncologico eventualmente presenti
- ⇒ Saper valutare l'opportunità di sottoporre a test di screening specifiche categorie di pazienti ad alto rischio di cancro
- ⇒ Saper valutare la propria collocazione professionale rispetto agli screening proposti dalla struttura sanitaria provinciale
- ⇒ Acquisire abilità nel counseling al paziente che si sottopone ad attività di screening
- ⇒ Acquisire abilità nel counseling al paziente ad alto rischio oncologico.
- ⇒ Acquisire conoscenze sulla validità e sulla utilità clinica dei test genetici, sul counseling genetico, sulle problematiche bioetiche sottese.

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

Ogni incontro è stato distinto in tre fasi:

- ⇒ Prima fase: presentazione di un caso reale o di una questione generale (sempre derivata dalla pratica reale), identificazione dei problemi sottesi, formulazione delle domande di approfondimento del gruppo
- ⇒ Seconda fase: ricerca individuale, assistita dal docente, preferibilmente di fonti di dati secondari (linee guida, statement, ecc) evidence based
- ⇒ Terza fase: sintesi delle informazioni raccolte, applicazione al caso o al problema, riflessione sulle conoscenze precedenti al percorso di apprendimento.

Gli obiettivi specifici dell'unità didattica erano i seguenti

1. OBIETTIVI SPECIFICI COGNITIVI:

- ⇒ conoscere e saper identificare i fattori di rischio generali e specifici per la malattia tumorale
- ⇒ conoscere e saper identificare i gruppi a rischio di patologia tumorale
- ⇒ acquisire capacità di ricercare in fonti di dati secondarie le migliori e più attuali informazioni disponibili sullo screening e sulla diagnosi dei tumori

- ⇒ acquisire abilità nella identificazione e nell'interrogazione dei migliori siti oncologici
- ⇒ conoscere e saper qualificare dal punto di vista del valore predittivo i test di screening per le patologie tumorali di cui ai casi
- ⇒ acquisire capacità di rispondere in tempi brevi ai quesiti posti dai pazienti in temi oncologici

2. OBIETTIVI SPECIFICI RELAZIONALI :

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

Gli obiettivi si possono dire sostanzialmente raggiunti.

Tutti gli argomenti sono stati trattati nei tempi previsti e sembra essersi verificato, almeno per quanto stimabile dai contenuti della discussione su ogni caso reale proposto e dalla prova scritta individuale finale, un sufficiente miglioramento delle conoscenze specifiche sul tema del rischio oncologico in medicina generale.

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

Permangono tuttora difficoltà, da parte di alcuni, a cogliere le problematiche sottese ad atti medici anche apparentemente semplici, quali ad esempio l'attività di counseling a screening di prevenzione secondaria "istituzionali", a maturare la consapevolezza che tali attività devono comunque rapportarsi alle caratteristiche individuali e alle storie singole di ogni specifico paziente.

3.23. La gestione del paziente affetto da asma e/o BPCO.

Responsabile: Dr. Paolo Colorio

	DAL	AL	N° ORE
SVOLGIMENTO UNITÀ DIDATTICA	03.10.2002	17.10.2002	18

DOCENTI COINVOLTI Dr. Paolo Colorio e Dottoressa Ada Magda Vergine

INTRODUZIONE

Il paziente con problemi respiratori ostruttivi rappresenta un modello didattico particolare, in quanto per la sua gestione corretta sono necessarie molte conoscenze teoriche, una importante capacità educativa sanitaria individuale, e l'utilizzo della medicina d'iniziativa.

OBIETTIVI DIDATTICI

OBIETTIVI GENERICI: Analizzare, secondo le linee guida OMS, i principali problemi ed ostacoli posti dalla gestione dei pazienti affetti da asma e/o BPCO, per conoscerli e poterli superare, al fine di una corretta gestione dei pazienti con patologie ostruttive bronchiali, da parte del MMG.

OBIETTIVI SPECIFICI:

- ⇒ Conoscenza ed utilizzo corretto degli strumenti diagnostici.
- ⇒ Conoscenza delle classificazioni di gravità e delle scalette terapeutiche per tali patologie.
- ⇒ Conoscenza ed utilizzo corretto dei presidi terapeutici.
- ⇒ Conoscenza ed impostazione corretta del follow up in questi pazienti.

CONTENUTI

- ⇒ Linee guida OMS per l'asma e la BPCO.
- ⇒ Implementazione di tali linee guida (progetto nazionale).
- ⇒ Diagnosi, classificazione, trattamento delle riacutizzazioni di asma e BPCO.
- ⇒ Follow up dei pazienti affetti da asma e BPCO, tra linee guida e difficoltà applicative.
- ⇒ La relazione con pazienti con patologie croniche.
- ⇒ L'educazione sanitaria individuale.

METODI DIDATTICI

- ⇒ Analisi di casi clinici semplificati, con discussione in plenaria.
- ⇒ Discussione e confronto.
- ⇒ Lezioni "magistrali".
- ⇒ Esercitazioni e role playing (per strumenti diagnostici e terapeutici).

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

I criteri di valutazione dei discenti sono stati esplicitati all'inizio e sono:

- ⇒ Presenza nelle varie sessioni dell'U. D.
- ⇒ Partecipazione attiva (coinvolgimento).
- ⇒ Contributi alla discussione, elaborati e ricerche effettuate.
- ⇒ Questionario di ingresso e finale (pre/post test), punteggio assoluto e progresso.

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO

E' stato somministrato un questionario di gradimento, che ha evidenziato una buona accettazione dell'Unità Didattica da parte dei discenti. In particolari sono stati giudicati da tutti adeguati gli obiettivi, per i contenuti c'è stata una richiesta di approfondimento immunologico, i metodi giudicati utili da 7 e dispersivi da 1, i docenti sono stati graditi con un'annotazione di "poco specialisti" da parte di un Discente. 2 hanno giudicato inadeguati i criteri di valutazione e 1 non li ricordava. L'U. D. ha fornito contributi molto utili per 4 e utili per altri 4. Come annotazioni sono state richieste una maggior integrazione con lo specialista e sottolineata una eccessiva ripetitività di alcuni concetti, da parte dei docenti.

EVENTUALE ARTICOLAZIONE CON ALTRI SEMINARI E/O EVENTI

ALTRE OSSERVAZIONI

In questa Unità Didattica sono state sperimentate due modalità valutative innovative: Il questionario di ingresso e uscita presentava due criteri: le conoscenze ed il grado di sicurezza con cui tali conoscenze venivano affermate. Analizzati elettronicamente, i questionari presentavano un punteggio relativo alla conoscenza pura, e altri due: il grado di realismo (ho una percezione adeguata del mio sapere) e l'autostima (credo di sapere meno o più di quello che so realmente).

Si tratta di indici importanti per una professione con importanti ricadute conseguenti a decisioni personali: Se il mio realismo è basso ricorrerò troppo alle consulenze ed agli esami non indispensabili, se l'autostima è eccessiva si rischiano errori ancora peggiori per i pazienti, fornisco sicurezze che non esistono in realtà.

Si tratta di uno strumento interessante, ma un po' difficile da utilizzare, necessitando di questionari a domande multiple estremamente rigorosi e difficili da compilare e validare. Per quest'Unità, il questionario è stato testato con due specialisti e due MMG esperti. Tutti lo hanno trovato impegnativo. I Discenti hanno ottenuto un livello piuttosto basso in entrata e decisamente alto in uscita.

Il secondo strumento di valutazione utilizzato è stato quello di far ripetere ai discenti i concetti principali dell'Unità ad un MMG esperto, ma non particolarmente interessato a queste patologie.

Si è evidenziata in generale una certa perdita di concetti importanti e difficoltà di esposizione, Nonostante l'asserita ripetitività dei docenti.

3.24. La gestione del paziente diabetico.

Responsabile: dott. Pasquale Laurino

	DAL	AL	N° ORE
SVOLGIMENTO UNITÀ DIDATTICA	5/09/2003	7/11/2003	24

DOCENTI COINVOLTI Dott.Marco Clerici e dott.Pasquale Laurino

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 ED ARTICOLAZIONE CON ALTRI SEMINARI

⇒ Abbiamo deciso di utilizzare il DM come argomento traccia, nel corso del seminario sull'EBM, per il raggiungimento di alcuni obiettivi didattici. Dopo un breve gruppo focale sulla percezione del ruolo del m.m.g. nella gestione del DM e sui bisogni di apprendimento e una lezione sulla classificazione e i criteri diagnostici del DM, abbiamo discusso sulla correlazione fra controllo glicemico nel paziente diabetico (outcome secondario) e morbi-mortalità (outcome primari) riflettendo sui dati epidemiologici e sui due grossi trial che hanno dato risposta a questa domanda, rispettivamente nel DM tipo 1 e tipo 2 (il DCCT e l'UKPDG). Il lavoro su questi trial, in parte condotto in aula, in parte diviso in due gruppi di tirocinanti, doveva servire, oltre che a dare risposta alla domanda relativa al DM a raggiungere obiettivi didattici del corso EBM: come si esprimono i risultati di un trial, la significatività dei risultati, la loro trasferibilità. Altri argomenti del seminario sulla gestione

del diabete mellito di tipo 2 in medicina generale (il follow up del DM e la prevenzione terziaria, la terapia del DM tipo 2) sono svolti in maniera coordinata con il Seminario sull'EBM, divenendo argomenti traccia per obiettivi didattici di quest'ultimo seminario: la ricerca e la valutazione delle fonti di informazione secondaria, in particolare delle Linee Guida Cliniche.

- ⇒ Alcuni argomenti di questo seminario sono molto contigui a quelli di seminari teorici già svolti, soprattutto del seminario sul rischio cardiovascolare. I moduli sulla terapia del diabete mellito (ASA, antipertensivi, statine) e sulla prevenzione primaria del diabete mellito sono organizzati tenendo conto del percorso già fatto e quindi devono essere anche una verifica e un rinforzo a questo percorso formativo.
- ⇒ L'articolazione del corso prevede la presentazione e la discussione di casi clinici e, almeno parzialmente, l'utilizzo della metodologia del PBL. I casi da analizzare sono casi reali, scelti o dagli organizzatori e dai docenti MMG nella loro attività clinica o dai tirocinanti fra quelli osservati nello svolgimento del tirocinio pratico presso il proprio tutor MMG. I tirocinanti hanno, infatti, il compito di scegliere, descrivere e presentare agli organizzatori del seminario almeno un caso su un paziente con diabete tipo 2.
- ⇒ Uno dei punti controversi è il modello gestionale del paziente con diabete mellito: quale e quanto deve essere l'impegno del MMG e dello specialista diabetologo. La revisione di letteratura scientifica su questo tema è solo un punto di partenza, essendo la risposta a questa domanda molto legata ad aspetti culturali e organizzativi locali. Durante il modulo dedicato a questo tema intendiamo utilizzare l'esperienza dei progetti obiettivo sull'assistenza al diabetico esistenti in provincia per riflettere sulle potenzialità e sugli ostacoli nella nostra realtà.
- ⇒ Si prevede, alla fine del seminario, un approfondimento della gestione del diabete mellito, con attenzione agli aspetti clinici, organizzativi e relazionali, attraverso l'analisi di un caso complesso, possibilmente utilizzando un paziente simulato.

ARTICOLAZIONE DEL SEMINARIO

Ob. Specifici	Descrizione attività	Docenti	Metodi
1-7	Discussione sulle conoscenze e i bisogni formativi dei tirocinanti sul DM Discussione sul ruolo del MMG nella gestione del DM	MMG Laurino Clerici	Gruppo focale
2	La classificazione e i criteri diagnostici del DM	MMG Laurino	Lezione, discussione
1, 5	Lettura e commento del DCCT: la valutazione di un articolo di terapia, la precisione della stima dei risultati, la trasferibilità dei risultati	MMG Laurino	Lezione Discussione
1, 5	Lettura di due articoli relativi all'UKPDG con produzione di una sintesi dell'articolo su lucidi da presentare in plenaria	MMG Laurino	Lavoro di gruppo (2 gruppi)
3	Recupero del percorso logico Gli obiettivi e gli indicatori di un buon controllo metabolico.	MMG	Lezione Presentazione lavori da parte dei tirocinanti Discussione

Ob. Specifici	Descrizione attività	Docenti	Metodi
4	La malattia diabetica e le sue complicanze, gli strumenti e i metodi per la stadiazione e il follow up: quali le evidenze	MMG	Caso clinico: presentazione e discussione Lettura di CGL Ricerche di letteratura su fonti secondarie
5	La condivisione con il paziente degli obiettivi e degli strumenti della terapia nel DM tipo 2: le modifiche comportamentali (dieta, esercizio fisico) la terapia ipoglicemizzante (orale, insulinica), le terapie farmacologiche per la riduzione del RCV (ASA, statine, terapia antipertensiva)	MMG Diabetologo	Caso clinico: presentazione e discussione Lezione Lettura CGL
6	Le complicanze acute del diabete mellito: prevenzione e diagnosi tempestiva	MMG	Caso clinico: presentazione e discussione Lezione
7	I modelli gestionali del DM	MMG Diabetologo	Lezione con breve revisione di letteratura Presentazione delle esperienze in PAT Discussione
2-7	La gestione del DM (aspetti clinici, relazionali, organizzativi)	MMG	Analisi di un caso complesso (role playing + discussione)

3.25. Laboratorio di scrittura

Responsabile: Staff del Direttore

	DAL	AL	N° ORE
SVOLGIMENTO UNITÀ DIDATTICA	04/02/2003	11/03/2003	11

DOCENTI COINVOLTI Dott.ssa Laura Zambanini

Obiettivi

Attualmente le competenze cliniche richieste al medico di medicina generale sono chiare e il programma del loro conseguimento nel corso biennale è ormai sufficientemente definito, nonostante rimanga un margine per la discussione. Per quanto riguarda le competenze metodologiche necessarie ad un approccio biopsicosociale al paziente la questione è invece maggiormente complessa: è difficile identificare rigorosamente il risultato atteso, ed ancor più è oscuro il percorso di apprendimento che il tirocinante deve effettuare per raggiungerlo. Un approccio al paziente, specifico della medicina generale basato su una sensibilità alle determinanti psicologiche e sociali della malattia e del disagio è comunque fondato su molteplici competenze specifiche, alcune meglio definite, altre più difficili da focalizzare. Esse vanno dalle competenze relazionali a quelle pedagogiche e manageriali, ma debbono essere sostenute da una visione, un approccio culturale che è loro anteriore.

In questi ultimi anni in medicina si è parlato dell'introduzione delle "humanitas" nel curriculum del medico, senza però definire contenuti, metodi e approcci efficaci. Un medico con una cultura umanistica sembrerebbe più sensibile alle determinanti extracliniche della salute e della malattia dei suoi pazienti. La critica che si può fare a questo approccio è che mentre le competenze relazionali o manageriali possono essere apprese in un contesto didattico nello spazio di uno o più corsi o laboratori, una cultura umanistica non si costruisce certo attraverso un breve corso di letteratura o di filmologia effettuato durante il corso di laurea o di specializzazione.

Probabilmente è più onesto identificare degli strumenti che esaltino la sensibilità del medico in campo extraclinico: affinarli, apprenderli, riflettere sul paziente e sul proprio lavoro utilizzandoli può essere un obiettivo minimo che può dare frutti contribuendo all'acquisizione di questa sensibilità. La capacità di osservare il contesto e i fenomeni relazionali, di riflettere sull'esperienza, di essere consapevoli dei propri affetti e delle proprie fantasie, in altre parole di dare senso all'incontro e al lavoro con i propri pazienti sono capacità sicuramente utili per i giovani medici. Lo strumento più potente oggi conosciuto per comunicare agli altri e a se stessi e quindi per dar forma e risultato a questo lavoro di consapevolezza complessa è la scrittura. Nell'ambito del corso biennale pertanto si è voluto dare spazio all'apprendimento delle competenze relazionali, manageriali e pedagogiche e si sono volute dare suggerimenti e stimoli in campo letterario e filmografico, senza costruire un corso ad hoc, ma proponendo un laboratorio culturale vivo aperto, ma si è voluto anche proporre un laboratorio di scrittura, quale strumento cardine, filtro e presentificazione del ricco mondo degli affetti del professionista e della sua capacità di dar senso a tutto il suo lavoro.

Perché scrivere è salute

“L’arte dello scrivere si insegna come ogni altra arte. A Barbiana avevo imparato che le regole dello scrivere sono: Avere qualcosa di importante da dire e che sia utile a tutti o molti. Sapere a chi si scrive. Raccogliere tutto quello che serve. Trovare una logica su cui ordinarlo. Eliminare ogni parola che non serve. Eliminare ogni parola che non usiamo parlando. Non porsi limiti di tempo.”

“Occorre crearsi delle costrizioni, per poter inventare liberamente.”

“Se ti riuscisse di scrivere senza una cancellatura, senza un ritorno, senza un ritocco - ci prenderesti ancora gusto? Il bello è forbirti e prepararti in tutta calma a essere un cristallo.”

“Lo scrivere ha regole che ignoriamo, ma sussistono. Si impara a fare l’asceta, figuriamoci se non si impara a scrivere.!”

“Insegnare scrittura: vuol dire che si insegnano *inventio, elocutio, dispositio, actio*, memoria. Una volta tutto questo si chiamava retorica. Adesso fa più figo chiamarlo *creative writing*.”

“Insomma fuori dalla penna non c’è salvezza.”

Nell’anno scolastico 2002-03 la Scuola ha attivato un laboratorio sperimentale di scrittura, all’interno di un percorso che riserva particolare attenzione alla formazione e alla sensibilità culturale del futuro medico di Medicina generale.

Le precedenti citazioni esplicitano alcuni presupposti teorici del corso, o per meglio dire le suggestioni su cui ho costruito il mio percorso di apprendimento-insegnamento dello scrivere.

La “Lettera a una professoressa” della Scuola di Barbiana (1967) fece irruzione - lasciandovi tracce indelebili - nell’anima dei futuri insegnanti come urgenza pressante di una riappropriazione degli strumenti per “avere” e “fare” cultura al di fuori dei privilegi: non solo in senso socio-economico, ma anche in termini di competenze che si possono apprendere anziché capacità che si presumano innate.

Il secondo spunto, tratto dalle “Postille a *Il nome della rosa*” (1983) di Umberto Eco, esplicita l’ineludibile e affascinante base di partenza per ogni riflessione inerente lo scrivere, la stessa espressa con intensa commovente metafora da Cesare Pavese (“Il mestiere di vivere”, 4 / 5 / 1946).

Lo scrittore Giovanni Pontiggia tenne a Trento nel 1988 un memorabile seminario di scrittura creativa e a lui dobbiamo l’incoraggiamento che qui ho riportato, Con altrettanta efficacia si è espresso Giulio Mozzi (direttore della “Piccola Scuola di Scrittura Creativa” di Padova) nel seminario tenuto - sempre a Trento - nel 2001.

Non potevo non concludere con le parole di Italo Svevo (“Diario”, 2 / 10 / 1899), che ha creato con il personaggio di Zeno uno dei più famosi “pazienti” della letteratura italiana.

Poco posso aggiungere.

Gli studenti-medici scrivono per fare chiarezza sul proprio vissuto - lavorativo e non (ancora Pontiggia: La retorica non è solo uno strumento per esprimersi, ma anche per inventare, nel senso etimologico del termine, che è frequentativo di *invenio*: trovare quello che non si sapeva che c’era) e liberare preziose energie interiori; per addestrarsi nell’arduo compito della trascrizione dell’oralità (che è linguaggio della parole e del corpo, linguaggio *naturale*) nella consapevolezza dello scrivere come operazione *artificiale*, in cui “la materia del ricordo va trattata plasticamente come fosse altro da sé (Pontiggia, *ibidem*); per costruire mondi possibili e in tal modo acuire la

propria attenzione verso tutti i mondi e le storie che la professione farà loro incontrare>; per analizzare, interpretare e rielaborare conoscenze e situazioni con strumenti che il loro iter scolastico probabilmente non ha valorizzato appieno.

Nel corso leggiamo e dai testi estrapoliamo norme e suggerimenti, creiamo storie, situazioni e comportamenti, scriviamo, correggiamo e riscriviamo., rimettendoci costantemente in gioco. E ricordando quello che Italo Calvino immagina in "Se una notte d'inverno un viaggiatore" (1979):

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

Percorso didattico

Si è attivato un percorso didattico basato su quattro momenti d'aula e una serie di lavori individuali a casa che sono serviti come stimolo e verifica dell'apprendimento d'aula.

Propedeutica alla scrittura

1. Punteggiatura e paragrafazione: l'aspetto grafico del testo
2. Situazione comunicativa e registri stilistici
3. La coesione e i legami nel testo: anafora e connettivi semantici
4. Consolidamento delle competenze grammaticali (ortografia e sintassi)
5. Riconoscimento e creazione di parole chiave e figure retoriche

Attivazione di competenze

1. Narrare una situazione
 - La frase topica
 - Il punto di vista
 - L'ordine (cronologico/artificiale)
2. Descrivere un oggetto o un comportamento
 - Lessico denotativo e connotativo
 - La sfera sensoriale
 - L'ordine (spaziale/concentrico)
3. Dare informazioni/rielaborare conoscenze (testo espositivo)
 - Tecniche di lettura (orientativa, selettiva, approfondita)
 - Tecniche di costruzione di una definizione
 - Tecniche di riformulazione nel riassunto
4. Asserire/confutare/persuadere (testo argomentativo)
 - Ricerca e organizzazione dei contenuti (brainstorming, grappoli associativi, mappa delle idee)
 - Produzione, revisione, redazione finale

Strumenti

1. Esercitazioni individuali e collettive su testi –stimolo
2. Correzione individuale e collettiva degli elaborati
3. Creative writing

Percorso attivato nell'anno di corso 2002-2003 con indicazioni bibliografiche

prima lezione: ATTIVITÀ PROPEDEUTICHE

- ⇒ correzione collettiva degli elaborati, focalizzazione degli errori ricorrenti:
 - concordanze, reggenze, simmetria, anacoluti
 - un buon incipit
 - competenze ortografiche (monosillabi accentati, elisione e apocope, digrammi e trigrammi...)
 - ordine espositivo
- ⇒ la punteggiatura:
 - il punto; importanza del capoverso (= paragrafazione ed organizzazione spaziale del testo)
 - la virgola: usi e abusi
 - - A. Baricco: Leggendo Gadda (in AA. VV.: Punteggiatura, Scuola Holden - Rizzoli, 2001)
- ⇒ le quattro tipologie del testo : descrittivo, narrativo, espositivo , argomentativo
- ⇒ lettura-stimolo da D. Pennac: Come un romanzo, Feltrinelli, 1992 (cap. 15) con esercitazione (scrittura automatica)
- ⇒ esercitazione di gruppo: dalla foto alla descrizione denotativa > connotativa > costruzione della storia (clinica?) del personaggio

seconda lezione : IL TESTO DESCRITTIVO

- ⇒ correzione collettiva degli elaborati
- ⇒ ancora sugli errori ricorrenti:
 - le ripetizioni
 - semplificare / approfondire
- ⇒ lettura da L. Sciascia: Il giorno della civetta (sull'uso consapevole della ripetizione in funzione di sottolineatura)
- ⇒ come "non" si scrive: lettura e correzione collettiva di circolari
- ⇒ la punteggiatura:
 - la virgola. D. Voltolini: Caro Giorgio Virgola
 - il punto esclamativo : M. Mari: Un punto gozziniano
 - i due punti: usi
 - le virgolette: usi e abusi
- ⇒ situazione comunicativa e destinatario. Lettura-stimolo: A. Schnitzler: Il dottor Grasler medico termale con esercitazione (la narrazione dell'accaduto scegliendo un punto di vista)
- ⇒ la descrizione:

- L. Adorno: Le dorate stanze (il dialogo, i dettagli)
- I. Calvino: Marcovaldo (similitudine e personificazione)
- Tomasi di Lampedusa: Il Gattopardo (metafora, iperbole, piani sensoriali)
- N. Ginzburg: Le piccole virtù (anafora)
- ritratti di tipi e ritratti di individui (da S. Brugnolo - G. Mozzi: Ricettario di scrittura creativa, 2000)
- esercitazioni su tali letture-stimolo

terza lezione : IL TESTO NARRATIVO

- ⇒ tecniche di lettura ed esercitazioni sulla lettura rapida (G. Ravizza - M. Zambelli: L'italiano efficace, 1997)
- ⇒ la punteggiatura: riepilogo (A. Dardano - G. Giovanardi: Le strategie dell'italiano scritto, 2001)
- ⇒ sull'esattezza: lettura da I. Calvino: Lezioni americane
- ⇒ esercitazione: Relazione sull'esperienza di tirocinio in due versioni > due destinatari
- ⇒ la narrazione di un "caso":
 - J. Franzen: Il cervello di mio padre
 - B. Montagna: Il caffè
- ⇒ paragrafo e frase topica (R. Pugliese - M. Zioni: Scrivere e riscrivere, 1994)
- ⇒ lettura-stimolo: G. Flaubert: Madame Bovary (cap. 11)

quarta lezione : IL TESTO ESPOSITIVO

- ⇒ caratteristiche del testo espositivo; "le cinque W e una H"
- ⇒ i connettivi (S. Corti - D. Corno: Manuale di educazione alla scrittura, 2002)
- ⇒ tecniche del riassunto: selezionare - ridurre - riformulare
- ⇒ - la divisione in sequenze, funzionale all'obiettivo della lettura e riscrittura: esercitazione sul testo narrativo (G. Flaubert: Madame Bovary, cap. 11) e sul testo giornalistico (P. Greco: Vade retro Darwin)
- ⇒ giochi linguistici: calligramma, tautogramma, acrostico (esercitazione)
- ⇒ - cenni sul testo argomentativo (brain-storming, liste, grappoli associativi, mappa delle idee, scaletta, ecc: M. T. Serafini: Come si scrive, 2001)
- ⇒ lettura conclusiva. F. Kafka: Un medico di campagna

3.26. Laboratorio sulla comunicazione e sulla relazione

Responsabile: dott. Mauro Bertoluzza

	DAL	AL	N° ORE
SVOLGIMENTO UNITÀ DIDATTICA	08/03/2002	13/11/2003	106

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

INTRODUZIONE

Il corso di studi universitario non fornisce agli studenti gli elementi indispensabili allo sviluppo di quelle abilità relazionali (e sensibilità) considerate imprescindibili per la pratica della medicina generale, non solo perché questo argomento è poco approfondito e solo nell'ambito dei corsi di psichiatria e/o di psicologia medica, ma anche perché manca l'occasione dell'esperienza relazionale con "la famiglia dei curanti" ovvero con quella costellazione di consulenti sanitari e non sanitari (i parenti, i vicini, ecc.) che molto influenzano la relazione medico paziente in 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 l'ambulatorio e può, all'inizio, direttamente osservare l'esistenza e il dipanarsi della relazione tra medico e paziente, nonché osservare gli aspetti prettamente comunicativi tra i due soggetti e, alla fine del periodo, può anche interagire e vivere in prima persona la relazione con il paziente. Inoltre, svolgendosi le attività teoriche, in un peculiare contesto diverso dalla grande aula universitaria, offrono lo spazio e il tempo adeguati agli studenti per entrare nel gioco comunicativo-relazionale attraverso varie tecniche interattive (gioco di ruolo, acquario, paziente simulato ecc.) con le quali esercitarsi in condizioni di sicurezza e tutela, a vantaggio non solo del discente, ma anche del paziente.

L'immersione nel contesto della pratica della medicina generale, infine, gli fa toccare con mano la fitta rete di relazioni che accompagnano quasi ogni momento diagnostico e terapeutico.

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.

Sono stati affrontati all'interno del laboratorio alcuni dei principali problemi che si incontrano nella cura e nella gestione del paziente con disagio psichico. Questa scelta è maturata dall'esperienza di alcuni docenti della scuola che hanno effettuato un percorso formativo con medici di medicina generale e collaborativo con il servizio psichiatrico territoriale.

La relazione con pazienti psichiatrici non solo è particolarmente difficile per un mmg, ma diventa essa stessa

delicato strumento terapeutico e spesso si trasforma nell'unico indicatore valido per tracciare i confini delle competenze e del ruolo professionale del mmg nei confronti di tali pazienti.

Collocare la trattazione dei problemi psichiatrici in questa sezione comporta infine la volontà di rinunciare a una visione noseografica a se stante delle malattie mentali, a favore della scelta di affrontarne sintomi, conseguenze e problematiche connesse.

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

OBIETTIVI DIDATTICI

OBIETTIVI GENERICI: Migliorare le capacità relazionali e comunicative nel rapporto con il paziente e con la "famiglia dei curanti" al fine di sviluppare abilità gestionali per un progetto curativo efficace e condiviso a fronte di un qualsiasi problema di salute con un'attenzione particolare al disagio psichico.

OBIETTIVI SPECIFICI:

- ⇒ Sviluppare capacità di ascolto nella relazione medico-paziente al fine di migliorare le capacità diagnostiche.
- ⇒ Sviluppare abilità gestionali nel medico, anche in considerazione di un coinvolgimento di altri professionisti sociosanitari, per un progetto curativo condiviso e rispettoso delle specifiche competenze di cura.
- ⇒ Acquisire consapevolezza rispetto alle fasi dei processi decisionali e alle variabili in gioco al fine di attivare interventi efficaci e condivisi.
- ⇒ Acquisire abilità di osservazione dello stile relazionale del medico (obiettivo trasversale).
- ⇒ Migliorare le proprie capacità di riconoscimento e di corretta valutazione dei disturbi psichici.
- ⇒ Migliorare le proprie competenze relative al colloquio clinico.
- ⇒ Migliorare le proprie capacità di gestione del paziente con disagio psichico (il paziente depresso, il paziente psicotico, il paziente affetto da demenza, l'urgenza psichiatrica) e del paziente «difficile».
- ⇒ Gestire il coinvolgimento di altri professionisti (psichiatri e neurologi).
- ⇒ Migliorare le capacità di gestire reti informali e formali con particolare attenzione all'aspetto relazionale.

CONTENUTI

1. Analisi dei bisogni formativi e raccolta delle aspettative.
2. La relazione medico-paziente nel contesto della medicina generale, le varie dimensioni delle competenze relazionali.
3. La gestione delle urgenze psichiatriche.
4. La gestione del paziente psichiatrico da parte del medico di medicina generale, l'invio allo specialista.
5. Le sindromi depressive.
6. Gli stili di relazione medico-paziente.
7. Le demenze, diagnosi differenziale con la depressione.
8. Le psicoterapie.
9. Le relazioni difficili nella pratica quotidiana del medico di medicina generale.
10. Il paziente con handicap.
11. La comunicazione della cattiva notizia.
12. Aspetti di semeiotica psichiatrica.
13. Tavola rotonda sulla terapia farmacologia dei disturbi psichici e psichiatrici.

Percorso narrativo cinematografico

E' stata proposta, per alcuni moduli, la visione di film tematici, introdotti e seguiti da discussione, in modo da poter rivivere in forma di fiction narrativa alcune tematiche analizzate nelle sessioni teoriche dei singoli moduli.

Film visionati:

- 📺 «*Don Juan de Marco maestro d'amore*» (sulla gestione del paziente delirante)
- 📺 «*Iris, un amore vero*» (sul rapporto con il paziente affetto da m. di Alzheimer)
- 📺 «*La forza della mente*» (il paziente terminale)
- 📺 «*Un'ora sola ti vorrei*» (il paziente depresso)

Le quindici sessioni

Prima sessione

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

Somministrazione del pre test: cinque simulazioni videoregistrate con griglia di osservazione (momenti empatici della comunicazione, momenti di distacco comunicativo, atteggiamenti non verbali negativi per la comunicazione, atteggiamenti del paziente nei confronti del suo problema, atteggiamenti di disponibilità al dialogo, le caratteristiche del linguaggio, la gestione del paziente – cosa avresti fatto tu per aiutare il paziente) e commento di fotografie di mimo.

Metodologia didattica: videoregistrazioni di casi clinici e lavoro individuale (pre test).

Seconda sessione

Contenuti: la relazione medico-paziente nel contesto della medicina generale, le varie dimensioni delle competenze relazionali.

Metodologia didattica: lezione integrata, role playing.

Terza sessione

Contenuti: le urgenze psichiatriche, la loro gestione da parte del medico di Medicina Generale.

Metodologia didattica: lezione integrata, racconto di esperienze cliniche, role playing.

Quarta sessione

Contenuti: la gestione del paziente delirante.

Metodologia didattica: visione del film «*Don Juan De Marco maestro d'amore*» e discussione.

Quinta sessione

Contenuti: stili di relazione medico-paziente, la comunicazione non verbale.

Metodologia didattica: visione di simulate videoregistrate e discussione.

Sesta sessione

Contenuti: la gestione del paziente psichiatrico da parte del medico di Medicina Generale, l'invio allo specialista.

Metodologia didattica: lezione integrata, racconto di esperienze cliniche, role playing.

Settima sessione

Contenuti: la comunicazione della cattiva notizia.

Metodologia didattica: lezione integrata, simulate con attrice-paziente, visione del film «*La forza della mente*» e discussione.

Ottava sessione

Contenuti: le demenze, diagnosi differenziale con la depressione.

Metodologia didattica: lezione integrata, casi clinici. Visione del film «*Iris un amore vero*» e discussione.

Nona sessione

Contenuti: le psicoterapie (psicoterapia professionale e non professionale, le tecniche psicoterapiche).

Metodologia didattica: lezione integrata, role playing.

Decima sessione

Contenuti: la semeiotica della psicopatologia (l'ansia).

Metodologia didattica: lezione integrata, role playing.

Undicesima sessione

Contenuti: le sindromi depressive.

Metodologia didattica: visione del film-documentario «*Un'ora sola ti vorrei*» e discussione.

Dodicesima sessione

Contenuti: la rete dei curanti per il paziente psichiatrico (l'esperienza di Valle Aperta, un'associazione, retta da volontariato, che ospita pazienti psichiatrici per brevi periodi ed utilizzando una metodologia ludica)

Metodologia didattica: percorso esperienziale sul campo

Tredicesima sessione

Contenuti: il paziente «difficile» (la gestione da parte del medico di Medicina Generale).

Metodologia didattica: lezione integrata, racconto di esperienze cliniche, role playing.

Quattordicesima sessione

Contenuti: la terapia farmacologia dei disturbi psichici e psichiatrici.

Metodologia didattica: tavola rotonda, intervista.

Quindicesima sessione

Contenuti: somministrazione del post test e valutazione dell'unità didattica.

Metodologia didattica: videoregistrazione di casi clinici e lavoro individuale (post test), questionario di gradimento.

METODI DIDATTICI Confronto-dibattito.

- ⇒ Lezioni integrate.
- ⇒ Intervista.
- ⇒ Addestramento pratico al colloquio e alla comunicazione medica attuato tramite videotape, discussioni in setting di gruppo di colloqui clinici videoregistrati.
- ⇒ Lavoro di gruppo su casi clinici «carta e penna».
- ⇒ Racconti di esperienze.
- ⇒ Role playing.
- ⇒ Esperienze simulate analogiche con attrice-paziente.
- ⇒ Percorso narrativo cinematografico: visione di film, introdotti e seguiti da discussione, in modo da poter rivivere in forma di fiction narrativa alcune tematiche analizzate nelle sessioni teoriche dei singoli moduli.
- ⇒ Percorso esperienziale (la rete dei curanti per il paziente psichiatrico: l'esperienza di Valle Aperta).
- ⇒ Recitazione di piece teatrale.

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

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

La valutazione delle competenze è stata effettuata in aula e «in itinere», attraverso l'utilizzo prevalente di role playing e supervisione di casi clinici simulati e/o videoregistrati.

3.27. Nozioni base di legislazione sanitaria e di medicina legale

Responsabile: Staff del Direttore

SVOLGIMENTO UNITÀ DIDATTICA	DAL	AL	N° ORE
	25/03/2002	04/06/2002	15

DOCENTI COINVOLTI Dott. Iosef Jorg Dott. Claudio Scalfi.

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

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

OBIETTIVI SPECIFICI: Saper compilare correttamente un certificato medico.

CONTENUTI:

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

METODI DIDATTICI

- ⇒ Presentazione teorica delle varie problematiche.
- ⇒ Esercitazioni pratiche di compilazione di diversi tipi di certificazione medica (malattia, infortunio e malattia professionale) partendo da otto casi clinici reali.
- ⇒ Elaborazione personale su PC di facsimile di modulo per il rilascio di certificati di diversa tipologia (Raccolta

in un'unica cartella condivisa dei vari file elaborati dai medici specializzandi in formazione).

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

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

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO

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

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

EVENTUALE ARTICOLAZIONE CON ALTRI SEMINARI E/O EVENTI

Non effettuate perché non previste dalla programmazione.

3.28. Nozioni base di medicina del lavoro per il medico di medicina generale

Responsabile: dott.ssa Perlot Mariapia

	DAL	AL	N° ORE
SVOLGIMENTO UNITÀ DIDATTICA	07.05.2003	15.05.2003	6

DOCENTI COINVOLTI Dott.ssa Perlot Mariapia

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

- ⇒ Interesse per gli argomenti trattati.
- ⇒ Partecipazione all'identificazione dei problemi e alla discussione di gruppo
- ⇒ Test finale (post-test) di valutazione su casi clinici: su 8 partecipanti 3 hanno avuto un punteggio di 8/10 e 5 di 9/10, con un risultato complessivo sull'apprendimento considerato più che buono.

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 dimostrato un buon interesse e una partecipazione attiva alle lezioni riportando anche un buon risultato di apprendimento al test finale.

EVENTUALE ARTICOLAZIONE CON ALTRI SEMINARI E/O EVENTI

A mio parere la parte inerenti 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.

3.29. Nozioni base di chirurgia per il medico di medicina generale

Responsabile: Dr. Paolo Colorio

	DAL	AL	N° ORE
SVOLGIMENTO UNITÀ DIDATTICA	30/01/2003	13/03/2003	21

DOCENTI COINVOLTI Dr. Paolo Colorio

INTRODUZIONE

Questa Unità Didattica si svolge contemporaneamente alla pratica presso vari reparti chirurgici, con l'obiettivo di integrare gli insegnamenti pratici appresi negli ospedali, alla discussione ed approfondimento del ruolo, delle attività e dei compiti propri del Medico di Medicina Generale.

OBIETTIVI DIDATTICI

OBIETTIVI GENERICI: Ruolo attività e compiti del MMG relativamente al paziente affetto da patologie chirurgiche.

OBIETTIVI SPECIFICI: Individuazione delle principali problematiche chirurgiche per il MMG, la relazione con il paziente affetto da problemi chirurgici, l'integrazione dei problemi chirurgici con gli altri aspetti biopsicosociali, la comunicazione con lo specialista e la conoscenza dei principi base della piccola chirurgia ambulatoriale.

CONTENUTI

Ruolo del MMG nel campo chirurgico, individuazione dei problemi chirurgici, utilizzo degli strumenti diagnostici e iter decisionale, comunicazione e relazione con il paziente con problemi chirurgici, nuove possibilità e strumenti della chirurgia, principi e tecniche per la piccola chirurgia ambulatoriale.

METODI DIDATTICI

Analisi di casi clinici reali con discussione e confronto, esercitazioni individuali e in piccoli gruppi, lezioni, approfondimenti su problemi rilevati.

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

Criteri utilizzati: presenza, partecipazione attiva, coinvolgimento e contributi individuali, pre e post test differenziati e centrati su minicasi.

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO

Questionario relativo al gradimento, che è risultato elevato: quasi unanime il riconoscimento dell'adeguatezza degli obiettivi e dei contenuti, l'utilità del metodo, l'adeguatezza del docente agli obiettivi prefissati come pure i materiali forniti. Riconosciuti validi infine i criteri di valutazione adottati. Generale è stato il miglioramento delle performance sui test.

EVENTUALE ARTICOLAZIONE CON ALTRI SEMINARI E/O EVENTI

ALTRE OSSERVAZIONI

E' stato consegnato all'inizio il programma, gli obiettivi ed i criteri di valutazione dell'Unità didattica, alla fine una relazione scritta con i principali interventi proposti dal docente.

3.30. Nozioni di base di etica, etica clinica e problemi di deontologia in medicina generale

Responsabile: dott. Mauro Bertoluzza

	DAL	AL	N° ORE
SVOLGIMENTO UNITÀ DIDATTICA	11/12/2003	22/01/2004	10

DOCENTI COINVOLTI Dott.ssa Loreta Rocchetti

OBIETTIVI DIDATTICI

OBIETTIVI GENERICI: introdurre il discente nel campo della bioetica, dell'etica professionale e della deontologia, come stimolo all'approfondimento e acquisizione di uno sguardo critico anche al mondo dei doveri, diritti e valori coinvolti nella professione.

OBIETTIVI SPECIFICI:

- ⇒ conoscere la realtà che ha originato la nascita della Bioetica, le progressive trasformazioni della pratica clinica introdotte nel tentativo di rispondere alle problematiche create dai progressi delle scienze, e soprattutto delle biotecnologie,
- ⇒ saper individuare una situazione di giudizio etico e adottare le regole metodologiche del discernimento morale nella scelta delle soluzioni,
- ⇒ guardare in modo critico alla propria pratica professionale individuando gli elementi problematici in essa contenuti.

CONTENUTI

Il primo incontro è stato dedicato ad una introduzione alla bioetica. Le ragioni che hanno portato all'emergere di questa nuova prassi (o disciplina), il contesto sociale e culturale (crescita della classe media, individualismo, utilitarismo e consumismo; laicizzazione, cambiamento dei rapporti sociali dovuto a femminismo, immigrazione, aumento della popolazione anziana, crescita economica del dopo guerra, fede nei valori dello sviluppo tecnico scientifico ecc.).

I fattori di stimolo esterni alla medicina (sviluppo tecnico scientifico, emergenza dei diritti individuali, cambiamento della relazione professionista/paziente; comparsa ed affermazione del pluralismo morale, insoddisfazione verso le morali presenti). I fattori interni al mondo sanitario: ricerca, clinica, politica sanitaria.

Introduzione ai principi della Bioetica contenuti nel Belmont Report.

Il secondo incontro è stato dedicato ad approfondimento degli aspetti più squisitamente etici della pratica clinica. Definizioni di etica di scuole diverse. Etica come "morale del senso comune", situazioni di giudizio etico. Regole metodologiche del discernimento morale in situazioni problematiche.

Approfondimento e radicamento nella pratica quotidiana dei principi di beneficenza, non maleficenza e giustizia.

Nel **terzo incontro**, dopo aver approfondito il principio di AUTONOMIA si sono discussi i casi raccolti all'inizio della loro pratica clinica (v. allegato "Riflessioni e casi clinici"). In particolare riguardavano problematiche legate al segreto professionale, al rispetto dell'autonomia, alle scelte dei curanti legate più a motivazioni accessorie (tempo, conflittualità col paziente ecc.) che non a scelte di buona pratica clinica o di EBM.

METODI DIDATTICI

Confronto con la pratica attraverso analisi di casi dei tirocinanti.

Lezioni con intervento e discussione.

Visione di Video.

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.

EVENTUALE ARTICOLAZIONE CON ALTRI SEMINARI E/O EVENTI

3.31. Nozioni di base ed avanzate di organizzazione del lavoro in medicina generale

Responsabile: dott. Fabrizio Valcanover

	DAL	AL	N° ORE
SVOLGIMENTO UNITÀ DIDATTICA	19/03/2002	17/09/2003	40

DOCENTI COINVOLTI dott. Fabrizio Valcanover

INTRODUZIONE

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 (V.A: Zeithaml A. Parasurama, L.L. Berry, *Servire qualità* McGraw-Hill)

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, alla 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.

Proprio questo particolare ruolo del medico di medicina generale lo espone ad un ambiente turbolento non solo biologicamente (il medico di medicina generale ha a che fare con molti sintomi non sempre traducibili in malattie codificate) 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 (R. Normann, *La gestione strategica dei servizi*, ETASLIBRI) e quindi di essere in grado di fronteggiare incertezza e variabilità, sviluppando capacità negoziali (D.A. Lax J.K. Sebenius, *Saper Negoziare*, Sperling e Kupfer editori) anche in ambito organizzativo.

OBIETTIVI DIDATTICI

OBIETTIVI GENERICI: Il discente deve avere capacità di organizzare il proprio lavoro (da solo o con altri colleghi in forme organizzative condivise) al fine di qualificare la propria prestazione professionale, di rispondere alle aspettative reali dell'utenza, di aver capacità di dialogare con gli altri "sistemi" del SSN, mantenendo il proprio equilibrio psicofisico e la capacità di discriminare le priorità.

OBIETTIVI SPECIFICI:

- ⇒ Conoscere la storia del medico di medicina generale
- ⇒ Conoscere le caratteristiche di una organizzazione
- ⇒ Conoscere alcuni aspetti critici del sistema gestionale del medico di medicina generale: accesso del paziente, accesso al domicilio del paziente,

uso telefono, segreteria telefonica, strumenti informatici, modalità di collaborazione tra colleghi, personale, piccola tecnologia, cartella clinica orientata al paziente.

- ⇒ Conoscere gli aspetti significativi della cultura professionale e della cultura istituzionale che interagiscono con il sistema gestionale, avendo consapevolezza delle problematiche introdotte dalla Carta dei Servizi e dal dibattito sul consenso informato.
- ⇒ Conoscere la rete di consulenti e di supporti sociali e sanitari con i quali il medico di medicina generale dialoga e/o lavora.
- ⇒ Conoscere le risorse istituzionali e le risorse dei cittadini che supportano o cogestiscono il sistema gestionale del medico di medicina generale.
- ⇒ Conoscere le ricadute organizzative e relazionali della valutazione economica sanitaria.
- ⇒ Essere capaci di riconoscere gli elementi fondamentali del lavoro del medico di medicina generale
- ⇒ Essere capaci di strutturare una propria organizzazione del lavoro orientata al cittadino nel contesto culturale e sociale attuale

CONTENUTI

1. Inquadramento storico del medico di medicina generale e della medicina generale.

- ✚ Cenni sulla pratica della medicina tra il 1200 e il 1800.
- ✚ Nascita della medicina scientifica.
- ✚ Il medico del territorio tra il settecento e l'ottocento in Italia.
- ✚ Nascita del medico condotto.
- ✚ Il medico di campagna di fine ottocento.
- ✚ La nascita degli Ordini Professionali.
- ✚ Il sistema mutualistico.
- ✚ Il medico di campagna di fine 900.
- ✚ Il medico di famiglia durante il fascismo.
- ✚ Il medico della mutua del dopoguerra.
- ✚ La crisi della mutualistica, la nascita del medico di base.
- ✚ La ricomparsa del medico di famiglia (Medico di medicina generale).
- ✚ Cenni sulla medicina generale europea (soprattutto il modello anglosassone e nordico).

2. 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

- ✚ Reti formali reti informali
- ✚ Organizzazione formale ed organizzazione informale
- ✚ I consulenti, i collaboratori ed il problema dell'invio nell'ottica di rete.
- ✚ I tre registri della medicina generale (clinico, organizzativo e psicosociale) e il fare ologrammatico del medico di medicina generale.

3. Il sistema informativo del medico di medicina generale.

- ✚ Informazioni e dati
- ✚ Automazione ed informatizzazione
- ✚ Ricerca delle informazioni in Internet
- ✚ Qualità delle informazioni
- ✚ La cartella clinica in medicina generale
- ✚ Classificazione e codifica
- ✚ I sistemi di codifica in medicina generale
- ✚ Dati e narrazione in medicina generale

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

- ✚ Caratteristiche di un servizio
- ✚ La qualità
- ✚ I tre registri del medico di medicina generale e la qualità.
- ✚ Aspettative, soddisfazione del paziente e qualità negoziata
- ✚ Conflitto e negoziazione.

5. 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)
- ✚ Strumenti di lavoro e piccola tecnologia
- ✚ Lavoro singolo, lavoro di gruppo e lavoro in gruppo.
- ✚ Tempo e spazi di lavoro e tempi e spazi personali.
- ✚ Aggiornamento formazione e didattica.

ELEMENTI DI VALUTAZIONE

Il seminario è stato articolato su percorsi monotematici (ad es. la storia della medicina generale, l'ottica del servizio, ecc) e percorsi che si integrano con altri seminari (il paziente terminale, il paziente diabetico, ecc).

La valutazione è stata quindi effettuata contestualmente ai seminari svolti.

Parte della valutazione, inoltre, era attinente la pratica nello studio del medico di medicina generale e da esso è stata valutata.

Altri argomenti avevano un marcato taglio culturale (la storia del medico di medicina generale, ad esempio) o erano particolarmente innovativi (il sistema di riferimento profano, dati e narrazione in medicina generale, metafore organizzative, conflitto e negoziazione) e si prestavano solo ad una formazione valutativa con discussione-dibattito d'aula.

3.32. Promozione alla salute e motivazioni

Responsabile: Dr.ssa Maggioni Alessandra

SVOLGIMENTO UNITÀ DIDATTICA	DAL	AL	N° ORE
	10.7.2002	7.8.2002	15

DOCENTI COINVOLTI Dr. Zorzi Claudio

OBIETTIVI DIDATTICI

- OBIETTIVI GENERICI:**
1. Permettere ai corsisti di pensare ai propri comportamenti ed ai possibili cambiamenti
 2. Permettere ai corsisti di mettere in relazione i propri cambiamenti con l'efficacia dell'intervento di promozione della salute
 3. Introdurre ipotesi di promozione della salute sovraindividuale nell'ambito di un approccio di popolazione

- OBIETTIVI SPECIFICI:**
1. Rendere in grado di esplicitare il concetto di gestione del rischio nella promozione della salute
 2. Spiegare il Processo di Cambiamento ed i tipi di intervento appropriati per ogni fase
 3. Trasferire questi concetti in 'interventi brevi' di promozione della salute in relazione a fumo, alcol (alimentazione ed attività fisica)

CONTENUTI

Il concetto di rischio - il Processo di Cambiamento – Gli 'interventi brevi' di promozione della salute in relazione a fumo ed alcol - Fumo ed alcol (moduli speciali)

METODI DIDATTICI

1. Presentazione del tema
2. Piogge di idee (brainstorming)
3. Discussioni
4. Esercizi esperienziali
5. Esercizi di ruolo (role playing)

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

Verifica finale del grado di soddisfazione e dei concetti generali (questionario)

VALUTAZIONE FINALE DEL SEMINARIO

Il seminario si è svolto con qualche difficoltà per il docente in relazione soprattutto al grado di interesse dimostrato da alcuni tirocinanti. La sensazione del docente è stata di essere in relazione con un gruppo con

interessi, priorità e formazione a forte centratura clinica e di non essere riuscito a fare crescere l'interesse verso un approccio prioritariamente relazionale ed a valenza generale come metodo di interazione.

Peraltro la valutazione finale attraverso il questionario ha indicato un livello di gradimento / adesione buono.

EVENTUALE ARTICOLAZIONE CON ALTRI SEMINARI E/O EVENTI

Seminario sul Rischio CV.

3.33. Teorie e modelli di approccio specifici in medicina generale

Responsabile: dott. Giuseppe Parisi

SVOLGIMENTO UNITÀ DIDATTICA	DAL	AL	N° ORE
	01/03/02	01/11/02	42

INTRODUZIONE

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

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

OBIETTIVI DIDATTICI

- ⇒ Rintracciare uno stile orientato alla ricerca, all'osservazione, all'ascolto, alla riflessione una capacità di seguire metodologie euristiche per generare ipotesi fertili sulla base di pochi dati di fronte a fenomeni complessi, di interrogare il soggetto della cura e generare una risposta valida alla temperatura della relazione che si instaura.
- ⇒ Conoscere e saper utilizzare nel proprio lavoro i modelli, le teorie e gli approcci metodologici specifici della medicina generale in quanto disciplina
- ⇒ Sviluppare capacità di self directed learning

CONTENUTI

I primi due moduli sono stati occasione di presentazione delle core competences del medico di medicina generale e delle finalità del corso biennale. I successivi due incontri sono stati dedicati alla valutazione delle conoscenze e dell'atteggiamento dei discenti nei confronti della medicina generale mediante interviste di gruppo e temi scritti. Sono seguiti otto moduli da marzo a maggio 2002 sui temi principali caratterizzanti la disciplina: la consultazione, la relazione di lunga durata con il paziente, l'organizzazione dello studio, la metodologia clinica, il contesto di lavoro. In novembre si sono effettuati due moduli di richiamo sui temi caratterizzanti la disciplina per verificare come le conoscenze trasmesse all'inizio del corso sono state integrate dal discente nella propria pratica.

METODI DIDATTICI

Il corso si è tenuto tra marzo e novembre 2002, ed è stato strutturato in 14 moduli di tre ore per un totale di 42 ore. Le metodologie didattiche rispondevano di volta in volta alle esigenze di apprendimento dei discenti. È stata utilizzata la lezione frontale, la discussione casi, il role-playing, e la discussione degli elaborati dei singoli e dei gruppi su temi prescelti.

VALUTAZIONE DEI TIROCINANTI

Le valutazioni individuali sono state eseguite e messe agli atti sulle apposite schede. La valutazione dell'apprendimento del gruppo, basata sulle singole valutazioni dei discenti, sul livello generale dei loro elaborati, sulla base delle discussioni individuali e di gruppo con i discenti e delle riflessioni effettuate in sede del consiglio didattico con gli altri docenti, è la seguente: Il gruppo ha seguito e appreso con interesse i temi trattati, che sono stati un buon inquadramento iniziale e sono stati utili per orientare il discente nelle successive esperienze di tirocinio e nei seminari clinici.

ALTRE OSSERVAZIONI

È risultato utile riprendere successivamente i grandi temi della medicina generale una volta effettuato il tirocinio presso il medico di medicina generale in modo che l'apprendimento iniziale, superficiale, diventasse significativo.

4. LABORATORIO TESI

Responsabile: dott. Giuseppe Parisi

I medici iscritti al 5° Corso di Formazione Specifica in medicina generale, hanno presentato, in sede di esame finale, una tesi, la cui discussione si è basata su una breve presentazione Power Point con successiva discussione con la Commissione Esaminatrice.

Ogni medico ha scelto, nel corso del biennio, l'argomento sul quale svolgere la tesi finale ed ha poi concordato il titolo con il responsabile referente per la stesura del lavoro: il dott. Giuseppe Parisi.

Quest'ultimo ha inoltre dedicato alcune lezioni alle regole pratiche per la scrittura di una tesi; ha inoltre svolto lavoro di coordinamento e supporto ai medici. Ad ogni medico è stato inoltre assegnato un relatore e, in due casi, un "Esperto di contenuto"

A partire dall'autunno del 2003 il lavoro di raccolta materiale e stesura dell'elaborato si è intensificato e, contemporaneamente, sono state aumentate le ore dedicate a questo lavoro.

Di seguito una tabella riassuntiva dei candidati con i relativi relatori ed "Esperti di contenuto".

CANDIDATO	Relatore/i	Esperto Esterno
Dott.ssa Battocchi Giovanna	Dott. Clerici Marco	
Dott. Beltramolli Dario	Dott. Parisi Giuseppe	Dott. Pedrolli Carlo
Dott. Chirizzi Luca	Dott. Bertoluzza Mauro	
Dott.ssa Delucca Francesca	Dott.ssa Perlot Maria Pia	
Dott. Moser Andrea	Dott. Parisi Giuseppe	
Dott. Moser Alberto	Dott. Villotti Graziano	
Dott. Pellegrino Michele	Dott.ssa Sartori Norma	
Dott.ssa Toller Irene	Dott. Valcanover Fabrizio, Dott. Parisi Giuseppe	Dott.ssa Gherardi Silvia

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.

Di seguito uno schema con i titoli delle tesi di ciascun medico iscritto al corso.

Le presentazioni Power Point dei candidati sono inserite nell'allegato al presente rapporto.

CANDIDATO	TITOLO TESI
Dott.ssa Battocchi Giovanna	La teledermatologia in medicina generale: opportunità e limiti
Dott. Beltramolli Dario	Terapia nutrizionale dell'ipertensione arteriosa: criteri di efficacia ed applicabilità in Medicina Generale
Dott. Chirizzi Luca	Il medico di medicina generale e le medicine non convenzionali
Dott.ssa Delucca Francesca	Utilizzo della ricerca qualitativa per l'analisi della relazione paziente immigrato-medico di medicina generale
Dott. Moser Alberto	Emergenza sanitaria sul territorio e Medicina Generale
Dott. Moser Andrea	L'apprendimento "naturale" in medicina generale
Dott. Pellegrino Michele	Il ruolo del M.M.G. nella diagnosi e gestione della depressione
Dott.ssa Toller Irene	"Magari è un falso allarme ma va escluso che ci sia un problema cardiaco" Analisi delle consultazioni telefoniche tra cardiologo e medico di medicina generale nell'ambito di un'esperienza di telecardiologia.

5. RAPPORTI ATTIVITÀ DI TIROCINIO PRATICO

La formazione pratica si è così articolata:

5.1 Formazione pratica presso l'ospedale.

5.2 Formazione pratica presso il medico di medicina generale.

5.3 Formazione pratica presso il distretto.

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

5.1. FORMAZIONE PRATICA PRESSO L'OSPEDALE

5.1.1. Frequenza presso i reparti ospedalieri di Chirurgia Generale, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Urologia, Dermatologia e Pronto Soccorso

Nel corso dei primi 3 mesi del 2003, dal 13 gennaio al 4 aprile è stata programmata la frequenza ospedaliera presso alcuni reparti chirurgici dell'Ospedale S.ta Chiara di Trento, in particolare Chirurgia Generale 1a divisione, ORL, Ortopedia, e Urologia. Sono stati coinvolti anche i reparti di Dermatologia ed il Pronto Soccorso, sia perché svolgono alcune funzioni chirurgiche, ma soprattutto perché rappresentano importanti punti di riferimento nell'attività quotidiana del Medico di Medicina Generale.

E' stata decisa la frequenza per le branche di Chirurgia, ed Ortopedia presso l'Ospedale di Cavalese, per un tirocinante e presso l'Ospedale di Brunico per un secondo.

Questa scelta è nata dalla necessità di ampliare il coinvolgimento tutoriale a più strutture provinciali e a nuovi tutor in funzione di un prevedibile aumento del numero degli specializzandi, e per avvicinarli a quello che prevedibilmente sarà la destinazione di lavoro.

Sono state programmate quattro settimane di frequenza presso l'Unità Operativa di Chirurgia Generale con due discenti per turno, e due settimane di frequenza con generalmente un solo discente in tutti gli altri reparti.

Si è valutato che questo fosse il tempo minimo per conoscere le attività svolte nei singoli reparti e per individuare le peculiarità di ogni branca importanti per il Medico di Medicina Generale.

E' stata prevista una rotazione completa per tutti gli specializzandi in tutte le menzionate Unità Operative.

Il totale delle ore programmate in questo settore è stato di circa 300.

In Chirurgia, i responsabili sono stati il Dr. Silavio Agugiaro (H. S.ta Chiara), il Dr. Alberto Scalet (Cavalese) e il Dr. Thaler (Brunico), Tutor di riferimento i Dott. Daniela Cazolli e Nino Natale (Trento) e gli stessi Scalet e Thaler. In Urologia Responsabile è stato il Dr. Lucio Luciani, mentre tutor il Dr. Gianluigi Failoni,, in ORL il Dr. Cesare Grandi responsabile e il Dr. Vittorio Torta tutor, in Dermatologia il Dr. Giuseppe Zumiani responsabile e il Dr. Paolo Cristofolini Tutor. Per il PS a Trento responsabile è stato il Dr Pierluigi Torboli e per l'Ortopedia il Dr. Ettore Demattè (Trento) il Dr. Marco Molinari (Cavalese) e il Dr Pizzinini (Brunico). In P.S. generale e ortopedico, a causa dell'organizzazione del lavoro, gli specializzandi erano affiancati a uno dei vari medici presenti, anche in funzione dei casi clinici che di volta in volta si presentavano.

Ai responsabili delle Unità Operative e ai tutori sono stati proposti, da parte dello Staff della Scuola, alcuni obiettivi didattici generali, da integrare con gli obiettivi previsti dai Colleghi ospedalieri.

Quelli proposti erano: la metodologia lavorativa specialistica, l'interazione MMG – Ospedale, il ruolo rivestito dal paziente ricoverato o da quello ambulatoriale, le caratteristiche della comunicazione con il paziente e tra medici, in quest'ambito.

La partecipazione all'attività ambulatoriale è stato l'impegno principale, in secondo piano quella di reparto. Occasionale e limitata è stata la frequenza delle sale operatorie, dato che questo settore non ha rilevanza per l'attività del MMG.

La frequenza da parte di Tutti gli specializzandi è risultata assidua.

Grazie anche ad una discreta esperienza didattica da parte della maggioranza dei tutor non sono emersi problemi rilevanti e la soddisfazione dei tirocinanti è risultata mediamente elevata.

Gli obiettivi raggiunti sono risultati prevalentemente quelli riferiti ai contenuti tecnici, meno attenzione, in generale, è stata rivolta agli obiettivi di interazione tra i MMG e l'Ospedale.

5.1.2. Frequenza presso i reparti ospedalieri di Medicina, Geriatria e Pronto Soccorso.

Tra la metà di giugno all'inizio di novembre 2002 è stata effettuata la frequenza pratica presso i reparti di Medicina 1^a e 2^a divisione, Geriatria e Pronto Soccorso dell'Ospedale Santa Chiara di Trento per un totale di 500 ore previste per questo Corso riguardo alla Medicina Clinica e di laboratorio.

La frequenza è stata suddivisa in periodi di 125 ore per il P.S. e per la Geriatria e 250 per i reparti di Medicina Interna, normalmente in tre giornate e mezza per settimana, il restante giorno e mezzo essendo dedicato ad attività teoriche il più possibile collegate alla frequenza pratica.

I tirocinanti sono stati suddivisi in coppie, una per reparto, con rotazione. È stato instaurato un rapporto Tutor di riferimento/tirocinante di 1 a 1 con l'esclusione del P.S. dove non è stato possibile a causa dell'organizzazione lavorativa del reparto stesso.

I responsabili sono stati Il Dott. Giuseppe De Venuto per la Medicina 1^a divisione, con tutor la Dottoressa Amelia Marzano e la Dottoressa Susanna Peccatori, Il Dr. Mauro Pedrazzoli per la Medicina 2^a divisione, con tutor il Dr. Martino Bellusci e la Dottoressa Serena Demattè, Il Dr. Gabriele Noro per la Geriatria, con tutor la Dottoressa Bruna Bagozzi e il Dr. Roberto Bortolotti, ed infine il Dr. Pierluigi Torboli per il P.S.

Gli obiettivi didattici proposti sono stati:

- ⇒ Riconoscere ed acquisire le principali caratteristiche, il metodo e le opportunità della pratica ospedaliera internistica, in rapporto a quelle specifiche della Medicina Generale, in funzione anche della migliore integrazione possibile.
- ⇒ Apprendere la metodologia ospedaliera (anamnesi, es. obiettivo, iter diagnostico e processo decisionale).
- ⇒ Saper individuare la tipologia dei pazienti ricoverati ed il motivo del ricovero (Patologie acute e croniche, accertamenti, Day Hospital).
- ⇒ Saper valutare il paziente non ricoverato (Ambulatori, Centri collegati, il P.S.)
- ⇒ Saper eseguire alcune manovre semplici.
- ⇒ Riconoscere il ruolo dei pazienti e dei familiari (in confronto a quello tipico della Medicina Generale).
- ⇒ Riuscire a cogliere le caratteristiche della comunicazione (col paziente, con i colleghi...)

Durante tutto il semestre è proseguita l'attività di apprendimento metodologico, acquisizione di competenze tecniche ed organizzative caratteristiche dell'ambiente ospedaliero, anche attraverso momenti di discussione e di confronto con i vari tutor di reparto. Da parte degli Specializzandi è stata rilevata una notevole soddisfazione per le attività svolte, per l'apprendimento di una notevole massa di nozioni utili allo svolgimento della Professione, in particolar modo in riferimento alle attività ambulatoriali.

Qualche difficoltà è emersa in conseguenza degli orari di lavoro dei Tutor ospedalieri, non sempre presenti a causa dei turni di lavoro, dei recuperi per le guardie notturne e per le ferie estive.

Al termine della frequenza presso queste Unità Operative può essere rimarcato l'interesse per le molteplici attività ambulatoriali, interfaccia diretto con il territorio, oltre che per le attività di reparto.

Il gradimento per questa frequenza è stato generalmente elevato.

In un caso vi è stata una personalizzazione del percorso, allo scopo di approfondire gli aspetti che venivano ritenuti più carenti.

Il gradimento da parte dei tutor ospedalieri è stato in gran parte più che soddisfacente.

5.1.3. Frequenza presso il reparto ospedaliero di Ginecologia ed Ostetricia.

Tra il 16 giugno e il 17 ottobre 2003 sono state programmate circa 100 ore di frequenza presso i reparti di Ostetricia e ginecologia dell'Ospedale di Trento coordinata con la frequenza presso le Unità Operative di Pediatria e il Servizio delle Cure Domiciliari di Trento, il SERT e il Consultorio familiare. Sono state previste 25 ore settimanali di attività ospedaliere, in 5 giorni alla settimana.

E' stata predisposta una frequenza di due tirocinanti per reparto con rapporto tutor/tirocinante di 1 a 1 con una rotazione degli specializzandi tra Pediatria, Ginecologia e Cure Domiciliari, consultorio e SERT.

In Ginecologia il Responsabile è stato il Dr Emilio Arisi ed è stato individuato un solo tutor per tutto il periodo, la dottoressa Bruna Zeni cui sono stati proposti alcuni obiettivi didattici, da integrare con quelli propri della Struttura ospedaliera.

Gli obiettivi proposte erano: apprendere la metodologia ospedaliera, la valutazione delle pazienti ricoverate e di quelle ambulatoriali, riconoscere il ruolo delle pazienti nei confronti dello specialista e le caratteristiche della comunicazione con la paziente ed i colleghi.

La frequenza è risultata assidua da parte di tutti gli specializzandi.

Tra le attività sono state privilegiate quelle ambulatoriali, con particolare riguardo per gli aspetti della prevenzione, dell'educazione sanitaria, della diagnostica e terapia delle piccole patologie e del percorso logico delle cure ginecologiche. È stata eseguita attività di reparto ed ambulatoriale, mentre minima è stata la frequentazione delle sale parto e delle sale operatorie, limitandosi solamente ad una semplice presa visione di queste realtà, non particolarmente vicine alla routine della Medicina Generale.

Il gradimento per questa attività è risultato molto elevato, grazie all'impegno e dedizione del tutor incaricato.

5.1.4. Frequenza presso il reparto ospedaliero di Pediatria.

La frequenza presso le Unità Operative di Pediatria dell'Ospedale Santa Chiara di Trento, per cinque specializzandi, e presso l'Ospedale civile di Cavalese, per una specializzanda, è stata organizzata nell'estate 2002, tra la metà di Giugno e la fine di Settembre.

Sono state programmate circa 200 ore di frequenza presso i reparti di Pediatria dell'Ospedale di Trento e di Rovereto coordinata con la frequenza presso l'Unità Operativa di Ginecologia di Trento e il Servizio delle Cure Domiciliari di Trento.

5.2. FORMAZIONE PRATICA PRESSO IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Il tirocinio presso il tutor MMG è stato organizzato in modo che i tirocinanti potessero confrontarsi con il mondo della MG in maniera costante e ricorrente per tutta la durata del corso, quasi a costituire il filo conduttore della formazione. Per questo il periodo di tirocinio è stato suddiviso in blocchi di circa due mesi ciascuno (aprile - giugno 2002; novembre - dicembre 2002; aprile - giugno 2003; novembre - dicembre 2003) che si sono alternati a periodi trascorsi nei reparti ospedalieri o nelle altre strutture territoriali, nonché allo svolgimento delle attività didattiche in aula

Così fin dai primi mesi (aprile – giugno 2002) gli specializzandi hanno potuto frequentare l'ambulatorio del proprio tutor MMG, seppure per un tempo piuttosto breve (due giorni alla settimana per due settimane consecutive al mese), in modo da permettere un inserimento "soft" ed effettuare le prime osservazioni e riflessioni sul setting della medicina generale. Nel corso del secondo anno la frequenza settimanale è stata intensificata arrivando nell'ultimo bimestre 2003 a quattro - cinque giorni alla settimana per consentire al tirocinante un'immersione completa nella realtà della medicina generale e la sperimentazione di spazi di lavoro autonomo, seppure con la supervisione del tutor.

I periodi di tirocinio sono stati accompagnati da sedute di briefing e de-briefing per aiutare i tirocinanti a focalizzare aspettative e obiettivi e successivamente a riflettere sull'esperienza fatta. Anche per i tutor si sono realizzati incontri prima dell'inizio di ciascun periodo di tirocinio e successivi incontri di monitoraggio.

Da questi incontri è emerso che per migliorare ulteriormente la qualità della pratica tutoriale si dovrà lavorare in due direzioni:

1. rafforzamento del metodo: maggiore attenzione dovrà essere rivolta al processo di stesura del contratto formativo e al processo di valutazione. Gli specializzandi stessi richiedono più feedback sul proprio percorso formativo e più valutazione in corso d'opera non solo alla fine del tirocinio.
2. il coinvolgimento dei tutor nella vita della scuola in modo che non si sentano un'appendice fluttuante, ma si sentano parte integrante e integrata del processo formativo proposto dalla scuola.

Nel corso del biennio si sono dovuti predisporre alcuni avvicendamenti di tutor: in un caso legati a problemi di salute di un tutor, nel secondo legati a problemi di uno specializzando che ha faticato a costruire relazioni positive con i primi due tutor e solo nell'ultimo bimestre del corso è riuscito ad integrarsi e lavorare proficuamente con un terzo tutor.

Durante il corso 2001-2003 sono state introdotte alcune sperimentazioni innovative.

- A.** la rotazione dei tutor;
- B.** la didattica uno a uno;

A. ROTAZIONE DEI TUTOR

Al termine del periodo di tirocinio è stata proposta una breve esperienza di rotazione dei tutor: i tirocinanti cioè hanno potuto trascorrere l'ultima settimana presso un altro MMG in modo da rendersi conto di differenti modalità e

stili di lavoro. Questo cambiamento del tutor è stato apprezzato dai corsisti anche se sarà più significativo quando il periodo della rotazione potrà essere prolungato (almeno uno o due mesi).

B. DIDATTICA UNO A UNO

L'esperienza più innovativa è stata quella dell'implementazione dell'attività didattica da parte dei tutor: per la prima volta alcuni argomenti della parte teorica del corso sono stati affidati completamente ai tutor e svolti non più in aula, ma nel setting della medicina generale.

Questo per rafforzare il ruolo del tirocinio presso il MMG, per permettere agli specializzandi di legare maggiormente la teoria alle "pratiche" ed anche per coinvolgere maggiormente i tutor, che in tutti questi anni hanno sempre ribadito di sentirsi "estranei" al percorso teorico che i tirocinanti svolgono nella scuola.

Così nel bimestre aprile – maggio 2003 i MMG coinvolti nel tirocinio si sono impegnati a sviluppare due temi previsti nel programma delle attività teoriche e caratteristici della medicina generale: la lombalgia e la dispepsia.

L'esperienza è stata preceduta da alcuni incontri preparatori affinché i MMG sceglissero quali argomenti trattare, si confrontassero sui contenuti da trasmettere e sul metodo didattico, ed infine prendessero visione del materiale didattico fornito dalla scuola.

Dal punto di vista organizzativo in quelle otto settimane i tirocinanti hanno sospeso le lezioni in aula presso la scuola e la frequenza dal tutor è stata ampliata a 4 giorni alla settimana per lasciare più tempo per incontri dedicati alla revisione di casi clinici, reperimento di materiale, studio e successiva riflessione sui casi clinici reali.

Nonostante la motivazione e il percorso preparatorio (troppo breve? non adeguato?), i tutor hanno incontrato varie difficoltà che hanno reso questa prima esperienza non molto soddisfacente.

Il problemi segnalati sono stati:

1. il tempo:

- ▶ l'attività ambulatoriale spesso convulsa e imprevedibile ha ostacolato la possibilità di ritagliare spazi adeguati per un percorso didattico "lineare" e non frammentato
 - ▶ il periodo di sperimentazione è stato giudicato troppo breve: non sempre c'è stata l'occasione di reperire pazienti con lombalgia e/o dispepsia o di poter seguire per un tempo sufficiente l'evoluzione della malattia e le modalità complessive di gestione.
2. il riconoscimento del **ruolo**: alcuni tutor non si sono sentiti riconosciuti come docenti da parte dei loro tirocinanti.
 3. la **disomogeneità** dei contenuti e la diversità con cui i vari tutor hanno sviluppato questi percorsi didattici.
 4. difficoltà nella **valutazione** dei risultati conseguiti dal tirocinante.

Nonostante questo, i mmg si sono dichiarati comunque convinti dell'utilità e della rilevanza di questo tipo di esperienza, anche come occasione di arricchimento per la propria pratica professionale, e hanno proposto alcune modifiche che potrebbero rendere più proficua, in futuro, questa attività:

- ⇒ prevedere che gli argomenti scelti da tutor e consiglio direttivo per la didattica tutoriale possano essere affrontati in un periodo più lungo (anche 6 – 12 mesi) maggiormente compatibili con l'attività ambulatoriale.
- ⇒ lasciare libertà ai tutor di sviluppare le tematiche scelte, pur dando degli obiettivi minimi, e prevedendo un momento conclusivo in aula per omogeneizzare le conoscenze dei tirocinanti.

⇒ prevedere la possibilità che tutor e tirocinante possano approfondire tematiche di loro particolare interesse e che questo venga riconosciuto come attività teorica dalla scuola.

Il problema centrale per proseguire in questa direzione appare dunque quello di individuare una metodologia didattica più coerente al setting, tenendo presente che compito del tutor non è dimostrare d'essere un minispecialista in ogni ambito della clinica, ma dimostrare di possedere un metodo per affrontare i problemi clinici così come si presentano nell'ambito delle cure primarie attivando anche percorsi di autoaggiornamento qualora siano necessari.

5.3. TIROCINIO PRESSO LE STRUTTURE TERRITORIALI DI BASE DELL'A.P.S.S.

L'attività didattica effettuata presso il distretto è parte integrante dei quattro mesi di formazione presso le strutture di base dell'ASL, come previste dalla legge 368/99.

Questo periodo di attività rappresenta ormai "storicamente" l'inizio delle attività didattiche per il Corso di Formazione, a Trento.

E' stato programmato un primo periodo di frequenza di circa 120 ore, da effettuarsi presso i distretti dei comprensori di Trento e Valle dei Laghi e di Pergine Valsugana dell'APSS Trento, nell'arco di 12 settimane tra marzo e giugno 2002.

Responsabili organizzativi sono stati il Dr. Andrea Fasanelli per il distretto di Trento ed il Dr. Piero Berra per quello di Pergine V.

Alla frequenza pratica è stata collegata una serie di attività teoriche in aula allo scopo di fornire informazioni generali comuni per i discenti. Tra le attività teoriche sono stati previsti incontri con i vari responsabili per illustrare la struttura gli obiettivi ed i compiti del sistema sanitario con particolare riguardo alla componente amministrativa. Altre attività teoriche hanno riguardato la conoscenza della Convenzione per la Medicina Generale e la Continuità assistenziale.

In questo periodo è stata programmata anche l'Unità Didattica relativa ai problemi certificativi.

Per la parte pratica sono state programmate circa 50 ore presso il servizio di assistenza sanitaria di base, inclusa la medicina di comunità, e circa 70 ore presso alcuni ambulatori specialistici convenzionati nelle sedi dei distretti di Trento e Pergine. La frequenza è stata programmata su tre o due mattine alla settimana. L'organizzazione pratica della frequenza è stata demandata ai relativi responsabili organizzativi, in funzione delle effettive disponibilità di strutture e persone per le attività stesse.

Gli obiettivi fissati in riferimento alla frequenza presso l'assistenza sanitaria di base e medicina di comunità sono stati:

- ⇒ Conoscenza delle competenze e funzioni del settore Medicina di Base.
- ⇒ Analisi degli aspetti rilevanti della Convenzione per la Medicina Generale, inclusi aspetti della Convenzione dei Pediatri di libera scelta e di quella per i Medici della continuità assistenziale.
- ⇒ Conoscenza degli aspetti normativi inerenti l'assistenza aggiuntiva fissati dalla LP 6/98 PAT.
- ⇒ Studio dei tabulati delle prescrizioni farmaceutiche con l'analisi degli indicatori più significativi riferiti alla Medicina Generale, alla continuità assistenziale, al servizio per i turisti, alle Case di riposo, e al settore specialistico.
- ⇒ Conoscenza degli obiettivi assistenziali del servizio delle cure domiciliari e palliative, del suo assetto organizzativo, anche in relazione alla Convenzione.
- ⇒ Conoscenza del ruolo del Servizio infermieristico.
- ⇒ Conoscenza delle competenze del Servizio Sociale, in particolare riguardo all'assistenza degli anziani.
- ⇒ Conoscenza del quadro normativo e giuridico delle Case di Riposo – RSA e relativo impatto economico.

In riferimento al Servizio Specialistico ambulatoriale convenzionato, gli obiettivi che sono stati fissati sono:

- ⇒ Analisi della normativa di riferimento, con il funzionario responsabile.
- ⇒ Conoscenza dell'attività del servizio esenzioni/autorizzazioni.
- ⇒ Conoscenza diretta dell'attività specialistica ambulatoriale convenzionata, ed in particolare Cardiologia, Dermatologia, Endocrinologia, Fisiatria, Medicina dello sport, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Oculistica.

Per quanto riguarda l'attività specialistica convenzionata è stato dato il mandato di osservare gli aspetti metodologici, le problematiche e la comunicazione tra specialisti convenzionati e MMG, oltre naturalmente gli aspetti clinici.

Per il Distretto Alta Valsugana è stata effettuata anche una breve frequenza presso strutture psichiatriche ambulatoriali e del vicino ospedale di Borgo Valsugana.

E' stata chiesta una relazione sulle aspettative e sulle attività svolte dai tirocinanti in questo periodo. Dalle relazioni emerge la differente disponibilità per la didattica delle varie figure di riferimento coinvolte e in particolare per quanto riguarda le attività presso gli ambulatori specialistici convenzionati. Si è rilevata una notevole soddisfazione e relativa acquisizione di molte conoscenze utili, quando questa disponibilità era presente, mentre al contrario si è rilevata una certa insoddisfazione quando il tutor non era particolarmente motivato per la funzione didattica. E' emerso anche lo scarso gradimento per talune attività amministrative, specie se la frequenza presso di esse si prolungava in più giornate.

Di seguito vengono elencate le strutture per cui è stato fatto il rapporto finale.

5.3.1 Centro Salute Mentale.

5.3.2 Consultorio per il singolo, la coppia e la famiglia.

5.3.3 SERT.

5.3.4 Servizio per le Cure Domiciliari.

5.3.5 Strutture dedicate alla riabilitazione fisica di Trento e Pergine Valsugana.

5.3.1. Attività svolte presso il Centro salute Mentale.

In due distinti periodi, tra il 21 e il 31 ottobre '03 e tra il 9 e 19 dicembre '03 è stata programmata una frequenza di circa 40 ore presso il Servizio di salute mentale di Trento, coordinata con la frequenza presso le strutture dedicate alla riabilitazione fisica. La frequenza è stata programmata su 4 giorni alla settimana.

E' stata predisposta una frequenza di quattro tirocinanti per turno, inseriti nelle varie attività del servizio con una rotazione degli specializzandi tra questo servizio e le strutture di Fisiatria.

Responsabile è stato il Dr. Renzo Destefani.

Hanno svolto attività tutoriali molti medici e personale del Servizio.

In accordo con il responsabile, sono stati proposti alcuni obiettivi didattici, relativi alla conoscenza dell'organizzazione, attività e compiti del Servizio, alle principali metodologie operative e alle possibilità offerte e alla comunicazione tra colleghi, sempre in funzione della ricerca della massima integrazione con il MMG.

La frequenza è risultata assidua da parte di tutti gli specializzandi.

Il gradimento per questa attività è risultato molto elevato, grazie all'impegno e dedizione del responsabile e di tutto il personale coinvolto.

5.3.2. Attività svolte presso il consultorio per il singolo, la coppia, la famiglia.

Tra il 16 giugno e il 17 ottobre 2003 sono state programmate circa 30 ore di frequenza presso il Consultorio per il singolo la coppia e la famiglia, a Trento. Sono state previste 25 ore settimanali di attività, in 5 giorni alla settimana. Questa frequenza era integrata con quelle presso i reparti di Pediatria, Ginecologia ed il servizio cure domiciliare e SERT.

E' stata predisposta una frequenza di un solo tirocinante con una rotazione degli specializzandi tra Pediatria, Ginecologia e Cure Domiciliari, consultorio e SERT.

Il responsabile è stato il Dr Ernesto Rosati.

Non sono stati individuati tutor di riferimento a causa della brevità del periodo.

La frequenza è stata preceduta da un incontro in aula con il Responsabile che ha illustrato attività compiti ed organizzazione del Servizio. Al termine della frequenza è stato organizzato un secondo incontro con il responsabile per un debriefing e programmata una sessione teorica con la genetista, Dottoressa Belli.

Gli obiettivi proposte erano essenzialmente di conoscenza delle opportunità offerte dal Consultorio e delle modalità di interazione con lo stesso per il MMG.

La frequenza è risultata assidua da parte di quasi tutti gli specializzandi.

Tra le attività sono state privilegiate quelle ambulatoriali, ginecologiche, di psicologia, infermieristico con particolare riguardo per gli aspetti della prevenzione, e dell'educazione sanitaria.

Il gradimento per questa attività è risultato elevato, grazie all'impegno e dedizione del responsabile.

5.3.3. Attività svolte presso il Sert.

Tra il 16 giugno e il 17 ottobre 2003 sono state programmate circa 20 ore di frequenza presso i SERT di Trento, Rovereto e Riva del Garda, coordinata con la frequenza presso le Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale di Trento di Pediatria e il Servizio delle Cure Domiciliari di Trento, ed il Consultorio familiare.

E' stata predisposta una frequenza di un tirocinante per servizio prevedendo una rotazione degli specializzandi tra Pediatria, Ginecologia e Cure Domiciliari, consultorio e SERT.

Responsabile è stato il Dr. Raffaele Lovaste.

Non sono stati individuati tutor di riferimento, data la brevità delle frequenze.

Gli obiettivi didattici, erano relativi alla conoscenza, organizzazione e funzionamento del Servizio, con particolare riguardo alla collaborazione con il MMG.

La frequenza è risultata assidua da parte di tutti gli specializzandi.

Il gradimento per questa attività è risultato particolarmente elevato, grazie all'impegno dei colleghi e del personale dei vari SERT.

5.3.4. Attività svolte presso il Servizio per le Cure Domiciliari

Tra il 16 giugno e il 17 ottobre 2003 sono state programmate circa 30 ore di frequenza presso il Servizio delle Cure Domiciliari di Trento.

Tale attività è stata coordinata con la frequenza presso le Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia dell'Ospedale di Trento di Pediatria e il Servizio delle Cure Domiciliari di Trento, ed il Consultorio familiare.

È stata predisposta una frequenza di un tirocinante per turno prevedendo una rotazione degli specializzandi tra Pediatria, Ginecologia e Cure Domiciliari, consultorio e SERT.

Responsabile è stato il Dr. Giovanni Menegoni.

Non sono stati individuati tutor di riferimento, data la brevità delle frequenze, ma tutti i colleghi ed il personale del servizio si sono attivati per l'accoglienza dei tirocinanti.

Nello stesso periodo della frequenza e ad integrazione della stessa, è stata organizzata un'Unità Didattica in aula su il paziente domiciliare cronico e terminale, che ha visto la presenza di tre colleghi del Servizio stesso.

Gli obiettivi didattici proposti erano riferiti alla conoscenza, organizzazione e funzionamento del Servizio, con particolare riguardo alla collaborazione con il MMG.

Sono state effettuate attività presso il Servizio medesimo e al domicilio di alcuni pazienti.

La frequenza è risultata elevata da parte di tutti gli specializzandi.

Il gradimento per questa attività è risultato rilevante, grazie all'impegno dei colleghi e di tutto il personale del Servizio.

5.3.5. Attività svolte presso le Strutture dedicate alla riabilitazione fisica di Trento e Pergine Valsugana.

In due distinti periodi, tra il 21 e il 31 ottobre '03 e tra il 9 e 19 dicembre '03 è stata programmata una frequenza di circa 40 ore presso le strutture dedicate alla riabilitazione fisica coordinata con la frequenza presso il Servizio di salute mentale di Trento. La frequenza è stata programmata su 4 giorni alla settimana.

E' stata predisposta una frequenza di quattro tirocinanti per turno, due inseriti presso il reparto di fisiatria a Villa Igiea, a Trento e due inseriti presso le strutture di Villa Rosa, a Pergine Valsugana. E' stata prevista una rotazione degli specializzandi tra le due strutture di Fisiatria, dati i diversi obiettivi istituzionale che le strutture stesse hanno.

Responsabile è stato la Dottoressa Nunzia Mazzini.

Ha svolto attività tutoriale la Dottoressa Adriana Grecchi.

In accordo con la responsabile, sono stati proposti alcuni obiettivi didattici, relativi alla conoscenza dell'organizzazione, delle attività e dei compiti del Servizio, delle metodologie cliniche e delle principali tecniche riabilitative oltre alle possibilità offerte dai servizi medesimi e alla comunicazione tra colleghi, in funzione della ricerca di integrazione con l'attività del MMG.

La frequenza è risultata continua da parte di quasi tutti gli specializzandi.

Il gradimento per questa attività è risultato notevole, grazie all'impegno e dedizione del responsabile, e del tutor coinvolto.

6. ALTRE ATTIVITÀ FORMATIVE ED INIZIATIVE CULTURALI RIVOLTE AGLI SPECIALIZZANDI, AI DOCENTI ED AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

In questa sezione vengono riportate alcune attività ed iniziative legate al corso di formazione o attinenti con un'attività culturale generica nel campo della cultura medica con un'attenzione particolare alla medicina generale. Non sono riportate tutte le attività, come le riunioni periodiche del consiglio didattico, delle commissioni tecniche tematiche di approfondimento, ecc.

Nel 2003 la Formazione specifica ha svolto le normali attività teorico pratiche per il V corso di formazione specifica, programmando numerosi seminari e le attività pratiche.

Nell'autunno è stata curata la preparazione delle tesi finali (esame il 12 marzo 2004) e alla fine di dicembre è stato dato inizio al primo corso triennale (recepita in Italia la normativa europea).

Inoltre la Formazione specifica ha svolto intensa attività culturale e scientifica:

- ⇒ 2 seminari, uno a Marzo e uno a settembre, sull'apprendimento e sulla relazione medico paziente, in collaborazione con la Facoltà di Sociologia il primo e con il Dipartimento di Medicina Generale dell'Università di Leicester (U.K) il secondo.
- ⇒ 1 convegno sulle forme associative in Medicina Generale in Trentino con la partecipazione dell'Assessorato alla Sanità, dell'Azienda Sanitaria e di illustri ospiti nazionali e stranieri, oltre che di un folto gruppo di medici di medicina generale trentini.

L'esperienza didattica trentina è stata presentata in ambito nazionale (nei convegni sull'insegnamento universitario della medicina generale) ed europeo (tramite presentazione di un poster al convegno europeo del WONCA - l'organismo mondiale dei MMG - tenutosi a Lubiana in Slovenia), con unanimi riconoscimenti.

Altre informazioni e materiale più dettagliato sono presenti nel sito web all'indirizzo www.scuolamgtn.it

ALLEGATO 1: PRESENTAZIONI POWER POINT DELLE TESI DI FINE CORSO

Dott.ssa Giovanna Battocchi

Relatore: Dott. Marco Clerici

**LA TELEDERMATOLOGIA IN
MEDICINA GENERALE:
OPPORTUNITA' E LIMITI**

Giovanna Battocchi

Relatore : Marco Clerici

Introduzione

*I rapporti MMG/specialista sono spesso
caratterizzati da difficoltà di comunicazione
e di relazione*

- **La telemedicina può contribuire a costituire nuovi equilibri?**

**REVISIONE DI LETTERATURA
SULLA TELEDERMATOLOGIA**

letteratura di qualità (rct, review sistematiche)

- la sensibilità e la specificità della teledermatologia sono accettabili;
- la metodica *store-and-forward* appare la più praticabile nel contesto MMG/specialista;
- il costo complessivo della metodica *store-and-forward* è risultato essere molto minore rispetto alla *real-time*;
- possibile riduzione delle liste d'attesa
- non esistono dati sufficienti sulla soddisfazione dei pazienti
- gli specialisti preferiscono effettuare diagnosi dal vivo.

**PROGETTO DI TELEDERMATOLOGIA IN
MEDICINA GENERALE A TRENTO**

- Nel 2003 a Trento si è svolto uno studio fattibilità con le seguenti caratteristiche:
- *-store-and-forward*
- -due mesi di durata
- -MMG che lavora in città
- -1500 assistiti
- -dotazione tecnica: PC, una fotocamera digitale con 3.3 Megapixel di risoluzione, connessione internet ISDN o ADSL.

Metodi

Il numero esiguo di casi raccolti ha consentito di effettuare solamente un'analisi qualitativa dei dati.

Tipologie di consultazione (1)

- per lesioni acute precoci ed atipiche (rassicurazione del paziente)
- per lesioni acute potenzialmente gravi (terapia tempestiva, paziente non trasportabile)

Tipologie di consultazione (2)

- per lesioni croniche non diagnosticate (occasione per approfondimento)
- lesioni croniche note riacutizzate e/o trattate in modo insoddisfacente (gestione condivisa)

CONCLUSIONI 1

La teledermatologia nell'ambito della riorganizzazione della medicina generale

La teledermatologia risulta meglio applicabile in un contesto di medicina di gruppo:

- l'attrezzatura è costosa e per un solo MMG resterebbe sottoutilizzata;
- maggiori possibilità di disporre di un'infermiera che può occuparsi della spedizione del materiale;
- l'organizzazione dell'attività ambulatoriale su appuntamento consente al MMG di gestire meglio un progetto di questo tipo.

CONCLUSIONI 2

Vantaggi dell'utilizzo della teledermatologia in medicina generale:

- possibile riduzione delle liste d'attesa;
- possibilità di evitare al paziente di spostarsi per un consulto specialistico;
- occasione di apprendimento per il MMG;
- gestione a distanza dei problemi dermatologici nei pazienti allettati.

Dott. Dario Beltramolli

Relatore: Dott. Giuseppe Parisi

Formazione Specifica in Medicina Generale

Biennio 2001-2003

Terapia nutrizionale dell'ipertensione
arteriosa:
criteri di efficacia ed applicabilità in
Medicina Generale

Specializzando: dott. Dario Beltramolli

FATTORI AMBIENTALI

Studi su popolazioni primitive

Vita molto semplice
Alimentazione: carboidrati e vegetali
basso consumo di grassi e sale
Buona attività fisica
Assenza di obesità

- Zulu
- Pigmei del Congo
- Samburu
- Aborigeni Australiani

Non si nota l'incremento pressorio in relazione all'età
 Prevalenza dell'ipertensione molto bassa (0.4%)

APPROCCIO DIETETICO

Classico
(DASH)

← confronto →

Non convenzionale
(Bioterapia Nutrizionale)

ALCOOLE E OBESITA'

La perdita di peso in obesi ipertesi corrisponde ad una riduzione dei valori pressori di circa **1 mmHg per chilogrammo di peso perso.**

20-30 grammi al giorno di **etanolo** possono essere considerati benefici per malattie cardiache. Assunzioni occasionali di eccessive quantità si associano ad un maggior rischio di **ictus.**

Joint National Committee (JNC VII, maggio 2003)

Riduzione della PA sistolica di **12 mmHg in 10 anni**

↓

previene **1 morte ogni 11** pazienti trattati
 (i pazienti da trattare si riducono a **9** in presenza di danno d'organo) (Odgen LG., Hypertension, 2000)

Trattamento farmacologico

Diuretici → tutti i principali studi (ALLHAT, JAMA 2002)

↻ eccezione ↻

ACE inibitore riporta, rispetto al diuretico, un outcome leggermente migliore nei maschi Bianchi trattati

↓

Second Australian National Blood Pressure trial (Wing LMH, N Engl J Med, 2003)

Tabella VI

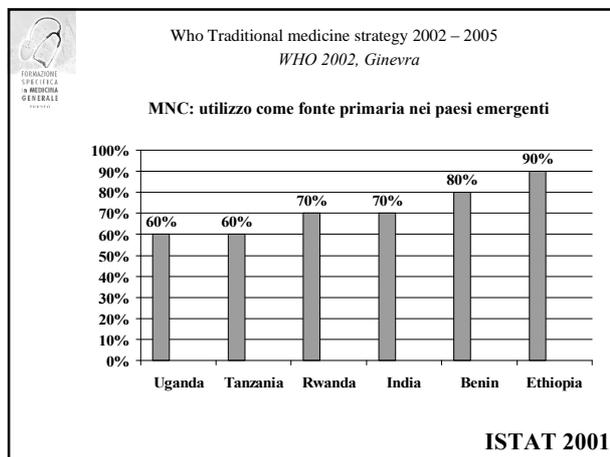
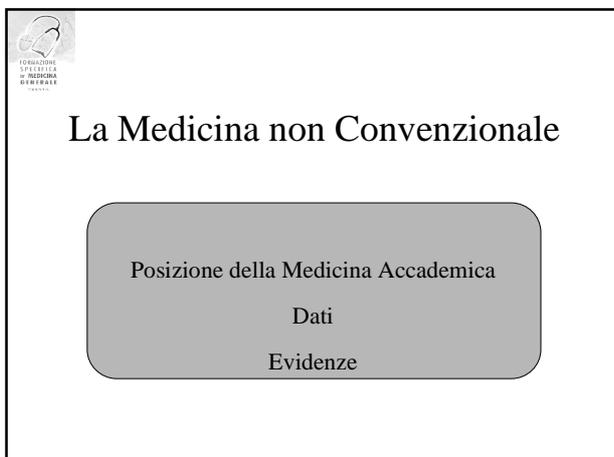
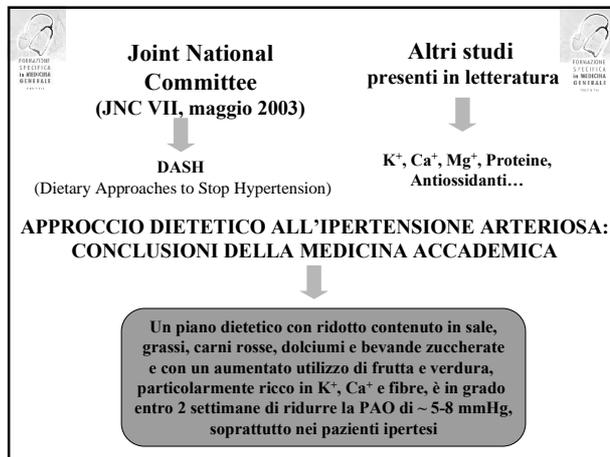
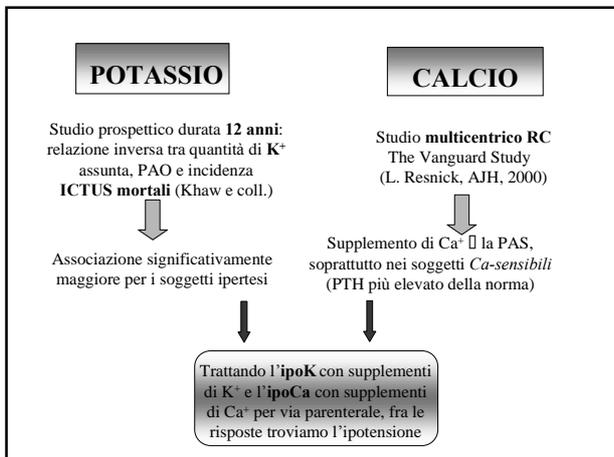
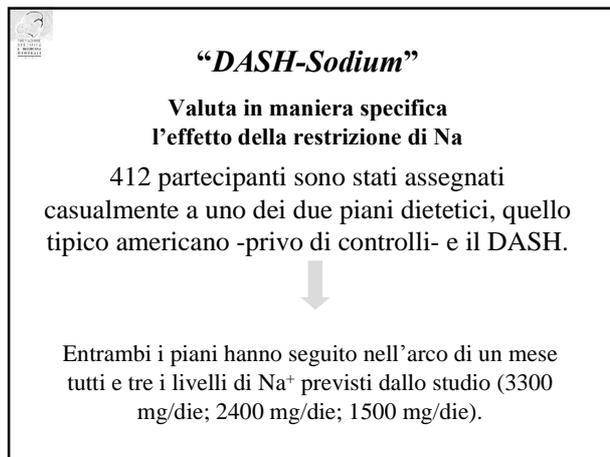
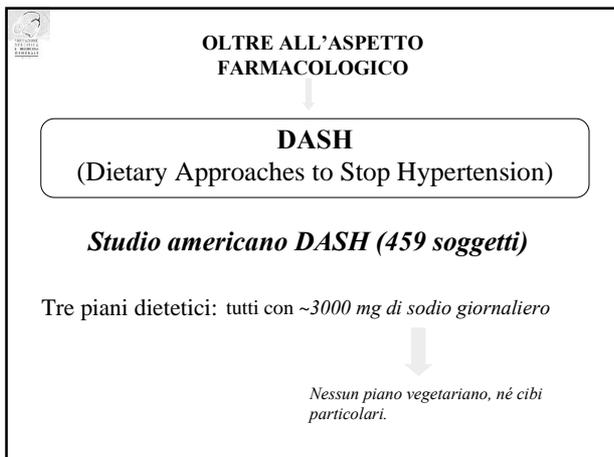
STRATIFICAZIONE DEL RISCHIO NELLA VALUTAZIONE DELLA PROGNOSI (WHO, 1999).

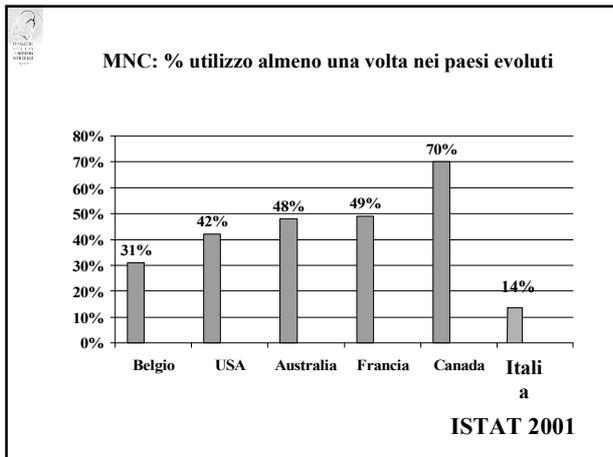
Fattori di rischio e storia clinica	PAO		
	Grado 1 (lieve)	Grado 2 (moderato)	Grado 3 (grave)
Nessun altro fattore di rischio	Rischio basso	Rischio medio	Rischio elevato
1-2 fattori di rischio	Rischio medio	Rischio medio	Rischio molto elevato
>3 fattori di rischio o danno d'organo o diabete mellito	Rischio elevato	Rischio elevato	Rischio molto elevato
Patologie associate	Rischio molto elevato	Rischio molto elevato	Rischio molto elevato

Tabella V

RISCHIO ASSOLUTO DI EVENTI CARDIOVASCOLARI IN 10 ANNI ED EFFETTI ASSOLUTI DEL TRATTAMENTO ANTIPERTENSIVO

RISCHIO	BASSO	MEDIO	ELEVATO	MOLTO ELEVATO
Rischio Assoluto	<15%	15-20%	20-30%	>30%
Eventi prevenuti/1000 pazienti/anno riducendo la Pa di:				
-10/5mmHg	<5	5-7	7-10	>10
-20/10 mmHg	<9	8-11	11-17	>17





Persone che hanno fatto uso di terapie non convenzionali, negli ultimi tre anni, secondo i benefici che hanno tratto, per tipo di trattamento (media sett./dic. 1999).

Tipo di trattamento	Nessun beneficio	Benefici solo in parte	Benefici
Agopuntura	10,6	17,0	68,7
Omeopatia	5,5	18,5	72,9
Fitoterapia	3,4	18,8	74,6
Tratt. Manuali	3,3	17,7	77,6
Altre Terapie Non Convenzionali	6,5	16,4	71,8

ISTAT 2001 (campione 70.000 soggetti)

Metanalisi dei prodotti fitoterapici più venduti

Nome	Indicazione	Tipo di studio	Trials (pp)	Qualità media dello studio	Favorevoli erba
Ginkgo	Turbe mnemoniche	Revisione sistematica (buona)	40 (n. r.)	Solo 8 studi buoni	Positivo
		Metanalisi (adeguata)	11 (11130)	Buona, ma senza valutazione formale	Positiva
	Demenza	Review qualitativa sistematica (buona)	9 (1497)	Buona	Positiva
		Metanalisi (adeguata)	4 (212)	Buona, ma senza valutazione formale	Positiva
	Tinnito	Review qualitativa sistematica (buona)	5 (621)	Scarsa	Positiva
Erba di S. Giovanni (hypericum perf.)	Claudicatio	Meta - analisi (buona)	23 (1757)	Buona	Positiva
		Meta - analisi (buona)	23 (1757)	Buona	Positivo
	Depressione moderata - severa	Review qualitativa sistematica	6 (881)	Molto buona	Positivo
		Review qualitativa sistematica	8 (985)	Molto Buona, ma non valutata formalmente	Positivo
	Depressione	Review qualitativa sistematica e metanalisi (buona)	6 (651)	Molto Buona, ma non valutata formalmente	Positivo

Ann Intern Med 2002; 136:42,53 (modificata)

Figura 6. Rapporto efficacia-sicurezza di alcuni trattamenti non convenzionali.

Efficacia - Sicurezza + Agopuntura per dolore cronico, omeopatia per rinite stagionale, tecniche mente - corpo per tumori metastatici, massoterapia per dolori al rachide lombare, autoipnosi per dolore da neoplasia metastatica.	Efficacia + Sicurezza + Chiropratica per dolore lombare acuto, agopuntura per nausea indotta da chemioterapia e dolore dentario, tecniche mente - corpo per dolore cronico ed insonnia.
Efficacia - Sicurezza - Iniezione di sostanze non autorizzate, uso di erbe e sostanze tossiche, sostituzione o rimpiazzo tardivo di terapia convenzionale, non conoscenza di interazioni erbe - farmaci (erba di S. Giovanni e ciclosporina).	Efficacia + Sicurezza - Erba di S. Giovanni per la depressione, saw palmetto per ipertrofia prostatica benigna, Ginkgo Biloba nella demenza per le funzioni cognitive, agopuntura per presentazione podalica.

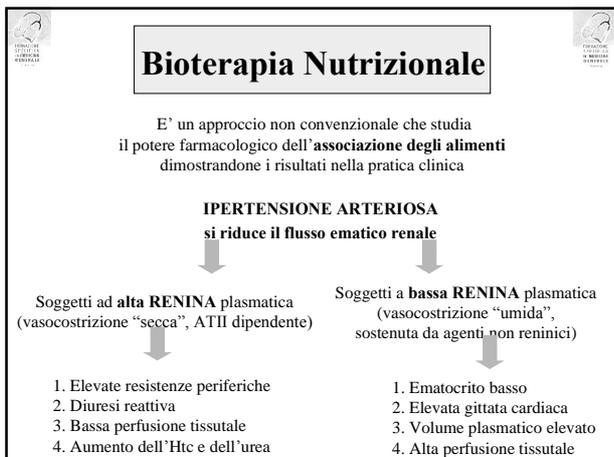
Fitoterapia: interazioni con farmaci

Erba	Farmaco	Effetto
Echinacea > 8 sett.	Steroidi, anabolizzanti, metotrexate, etc	Epatotossicità
Feverfew, ginseng, aglio, ginkgo, zenzero	Warfarin	Alterato tempo di sanguinamento
Erba di S. Giovanni	MAO ed SRI	Associazione non consigliata
Valeriana	Barbiturici	Effetto additivo, eccesso di sedazione
Liquirizia, radice di uzara, ginseng	Digossina	Interferenza sia sulla farmacodinamica che sui test di monitoraggio
Kava	BDZ	Eccesso di sedazione, coma
Erba di S. Giovanni, palma nana	Ferro	L'ac. Tannico delle erbe limita assorbimento del ferro

BMJ 1999; 319:1051, MODIFICATA

Medicina non convenzionale: osservazioni conclusive

- Per il mondo svantaggiato è la prima scelta e la Medicina Accademica è ancora lontana.
- Nello studio del MMG non sempre è possibile applicare l'EBM. La MNC può essere una risorsa aggiuntiva importante, considerata l'aumentata richiesta di trattamenti "alternativi".



TRATTAMENTO BIONUTRIZIONALE DELL'IPERTENSIONE SECCA

OBIETTIVO: migliorare la perfusione tissutale, ridurre l'attivazione renale del sistema renina-

STRATEGIA: **alimenti sedativi del sistema nervoso centrale,**
normale apporto di sodio e calcio.
Amidi (riso e patate)

Frutta cotta (tisana buccia di mela: per i bromuri contenuti nella buccia)

Aglio (l'aminoacido allina ha un'azione sedativa)

TRATTAMENTO BIONUTRIZIONALE DELL'IPERTENSIONE UMIDA

OBIETTIVO: **accentuare la diuresi (stimolando la tiroide, o prescrivendo cibi diuretici) e facilitare la funzionalità renale**

▫ **Pesce** (attiva la funzionalità tiroidea e la diuresi)

Cipolla (l'adenosina è fluidificante, la cicloallina fibrinolitica e inibisce la produzione di PGA-trombossano piastrinici)

Fragola (è ricca in silicio, magnesio, calcio e iodio. La vitamina C, l'acido chinico e l'acido salicilico hanno un effetto antiaggregante piastrinico)

CONFRONTO

1. Dieta DASH (1500 cal/die)

2. Schema bionutrizionale per ipertesi ad alta renina: a spiccata azione sedativa sul SNC (1500 cal/die)

3. Schema bionutrizionale per ipertesi a bassa renina: facilita la diuresi (1500 cal/die)

↓

Distribuzione glicidi/lipidi/protidi assai diversa tra loro
Tutte presentano contenuto di Na ridotto (3.5 g/die sale da cucina)

K⁺: 2500-3000 mg/die (elevato)
Ca⁺: 1000-1200 mg/die

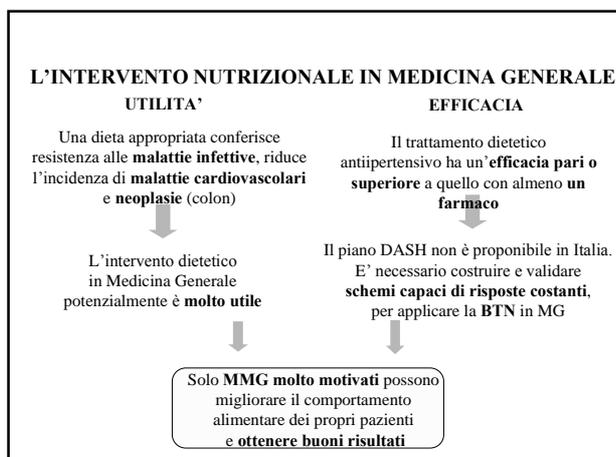
CONFRONTO

1. Il piano americano è facilmente comprensibile dai pazienti e fornisce schemi dietetici precisi. (Un piano analogo, altrettanto dettagliato, in Europa attualmente non esiste)

2. La **BTN** si considera unico presidio antiipertensivo. A parità di calorie e di sodio, rispetto al DASH sfrutta l'associazione alimentare per ottenere effetti metabolici paziente-specifici

Consultazioni in un anno (~250) in MG, nelle quali vengono forniti consigli dietetici, suddivise per ambito di richiesta. (practices di 2000 pazienti)

Ipertensione arteriosa	84
Disturbi digestivi	53
Ischemia cardiaca	40
Diabete mellito	22
Anemia	18
Obesità	16
Metabolismo lipidico	12
Insufficienza renale	1
Malassorbimento	1
Altri difetti metabolici	1



Dott. Luca Chirizzi

Relatore: Dott. Mauro Bertoluzza

Dott. Luca Chirizzi

• **IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE E LE MEDICINE NON CONVENZIONALI**

• Relatore: Dott. Mauro Bertoluzza

Medicine non Convenzionali

“forme di trattamento che non sono largamente impiegate tra le professioni sanitarie convenzionali e la pratica delle quali non viene insegnata come parte del curriculum di studi dei corsi convenzionali per medici e paramedici”.

British Medical Association

“Sembra abbastanza evidente che qualsiasi tentativo di definire queste discipline con un termine che le raggruppi e le caratterizzi è quanto mai difficoltoso.”

alcuni punti che queste discipline hanno in comune:

- *visione centrata sull'individuo*
- *corpus teorico proprio*
- *una esperienza empirica*
- *una richiesta indiretta da parte della popolazione*
- *delle persone che conoscono i suoi principi teorici e pratici*

La situazione in Italia

- *Nel 1999 gli Italiani che hanno dichiarato di aver utilizzato metodi di cura non convenzionali, nei tre anni precedenti l'intervista, sono circa 9 milioni, pari al 15,6% della popolazione.*
- *la più diffusa è l'omeopatia*

La situazione in Italia

Maggiori utilizzatori:

- *Sesso femminile*
– *(circa 5 milioni e mezzo, pari al 18,2%)*
- *tra i 35 e i 44 anni*
- *titolo di studio elevato*
- *il 24,1% di chi è in possesso di una laurea o di un diploma*
- *Nord – Est quasi un italiano su quattro*

La situazione in Italia

- *Il 39,8% delle persone ha espresso un giudizio positivo*
- *Dichiara minore tossicità rispetto alle terapie tradizionali (71%)*
- *Chi ha fatto uso dei trattamenti manuali ritiene utile tale terapia nel 91,9% dei casi*

La situazione in Italia

- *Nel 38% dei casi è un medico a consigliare il trattamento*
- *Nel 59,6% dei casi il medico di famiglia viene messo al corrente*
- *la maggior parte delle persone (il 65,7 %) fa ricorso a un solo tipo di cura alternativa.*

Obiettivi della ricerca indagine di tipo qualitativo

- *indicazioni sull'apertura, su incertezze, credenze, dubbi e confusione da parte dei MMG sull'argomento*
- *sondare la loro consapevolezza del fenomeno e l'atteggiamento verso le MnC e verso i suoi utilizzatori.*
- *valutare la preparazione e la disponibilità*

Obiettivi della ricerca indagine di tipo qualitativo

- *conoscere i comportamenti, le motivazioni e le caratteristiche dei MMG nei confronti delle MnC e nei confronti dei pazienti che ne fanno uso.*

Domande

- *I) Secondo te, il MMG dovrebbe avere una formazione di base delle MnC?*

Se la risposta è SI

- *Chi dovrebbe dare questa formazione?*
- *Dovrebbe essere teorica o pratica?*
- *Dovrebbe essere obbligatoria o facoltativa?*
- *Per quali motivi è importante?*

Domande

Se la risposta è NO

- *Per quali motivi?*
- *Chi secondo te esercita le MnC?*
- *Chi dovrebbe esercitare le MnC?*
- *Hai avuto esperienze o ricevuto informazioni?*
- *Altro?*

Domande

Per entrambi SI/NO

- *II) Che tipologia di utente si rivolge alle Terapie complementari?*
- *III) Ti sei sottoposto personalmente a qualche Terapia complementare?*
- *IV) Sottoporresti te stesso od uno dei tuoi familiari ad una Terapia complementare?*

Domande

- *VI) Ti è capitato che un tuo paziente ti abbia rivolto qualche domanda sulle MnC?*

Se la risposta è SI

- *Come ti sei comportato?*

- *VI) Sai se qualcuno dei tuoi pazienti fa ricorso alle MnC?*

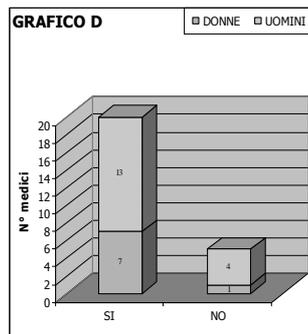
Campione

- *34 medici di medicina generale:*
- *2 medici non interessati;*
- *4 medici non convenzionati;*
- *3 medici valutati a parte;*
- *25 medici convenzionati.*

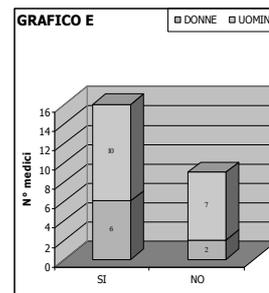
Campione

- *25 medici suddivisi in gruppo A e B*
- *A: MnC ritenuta importante*
- *A1: MMG che praticano MnC*
- *A2: MMG che non praticano MnC*
- *B: MnC ritenuta non importante*

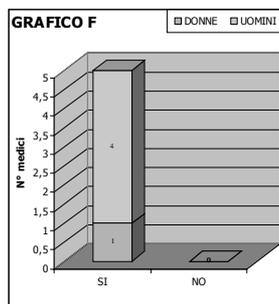
Il MMG dovrebbe avere una formazione di base in MnC?



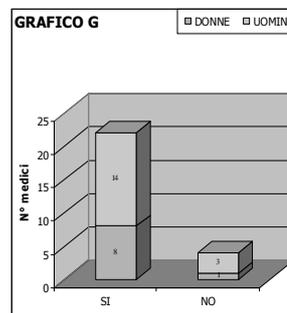
Ti sei sottoposto personalmente a TC?



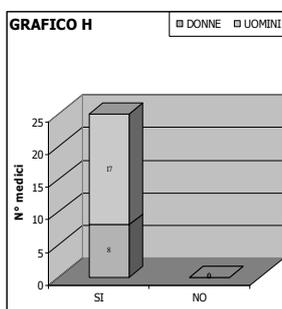
Hai avuto esperienze o ricevuto informazioni in passato sulle MnC?



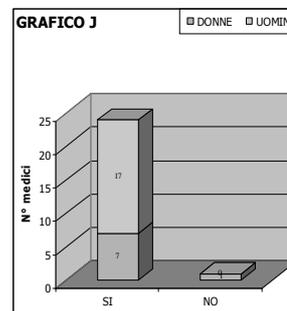
Sottoporresti te stesso od uno dei tuoi familiari ad una TC?



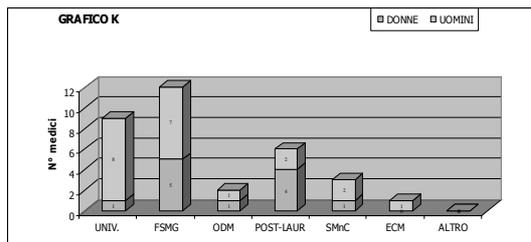
Ti è mai capitato che un tuo paziente ti abbia rivolto qualche domanda sulle MnC?



Sai se qualcuno dei tuoi pazienti fa ricorso alle MnC?



Chi dovrebbe dare questa formazione di base?



Conclusioni

- *L'ampia variabilità di risposte non permette di dare dei risultati precisi, però da un'idea della mancanza di informazioni professionali in questo settore.*
- *Diversi medici non sono in grado di dare risposte soddisfacenti ai loro pazienti.*
- *La relazione tra medico e paziente viene disturbata.*
- *C'è una contraddizione tra ritenere importante la MnC ed il grado di informazione.*

Conclusioni

- *.Problema di informazione: Troppe fonti diverse, inesattezza delle informazioni, scarsità di informazioni (anche nei mass media) sia in qualità che in quantità.*
- *Ampia gamma di risposte potrebbe essere indice di incertezza e necessità di informazioni più sicure.*
- *Ambivalenza tra decisioni nel privato e nell'ambito lavorativo riguardante l'uso delle MnC.*

Dott.ssa Francesca Delucca

Relatore: Dott.ssa Mariapia Perlot

UTILIZZO DELLA RICERCA QUALITATIVA PER L'ANALISI DELLA RELAZIONE PAZIENTE IMMIGRATO - MEDICO DI MEDICINA GENERALE

ANALISI DELLA RELAZIONE MEDICO – PAZIENTE IMMIGRATO CON L'USO DI UN METODO DI RICERCA QUALITATIVO

Confronto delle informazioni emerse dalla ricerca con dati raccolti dalla letteratura transculturale.

OBIETTIVI della ricerca qualitativa:

- analisi del “significato” della relazione medico – paziente straniero
- sperimentare un nuovo metodo di ricerca verificandone la compatibilità con il mondo del MG

RICERCA:

QUALITATIVA:

- **OBIETTIVO:** osservare, interpretare significato fenomeni psico - sociali
- ↓
- **DESCRIZIONE:** esplorazione del significato della tipicità e variazione del fenomeno
- ↓
- focalizzazione del problema, interpretazione del fenomeno

QUANTITATIVA:

- **OBIETTIVO:** osservare, misurare variazione fenomeni
- ↓
- **DESCRIZIONE:** distribuzione frequenza, prevalenza incidenza del fenomeno
- ↓
- Riproduzione. Sperimentazione. Controllo dei risultati.

PER REALIZZARE LA RICERCA QUALITATIVA:

- immersione nel mondo dei partecipanti per capire azioni, vissuti
- osservare le azioni del singolo senza tralasciare il contesto in cui si svolgono
- creare un dialogo attivo con i partecipanti
- analizzare le informazioni raccolte secondo un processo circolare

TIPO DI RICERCA QUALITATIVA REALIZZATA NELLA TESI:

- raccolta dati: intervista individuale semistrutturata audioregistrata;
- analisi dell'intervista: suddivisione argomenti simili all'interno di categorie omogenee;
- il campione: un singolo individuo (*critical case type*);
- key informant.

REVISIONE DI LETTERATURA DELLE MIGRAZIONI

- Tratterò delle informazioni raccolte confrontandole con gli argomenti dedotti dall'intervista

LAVORO SUL CAMPO:

- domande per l'intervista (storia, MMG, SSN, vissuto di malattia...);
- primo intervistato: paziente della dott.ssa Perlot mia tutor, nazionalità marocchina;
- condivisione dell'intervista con dott.ssa Perlot e dott. Parisi;
- analisi dell'intervista;
- seconda intervista, destrutturata con medesimo soggetto: *key informant*.

TEMI EMERSI DALL'INTERVISTA CONFRONTATI CON LETTERATURA

- Anni '80, effetto migrante sano;
- stress da transculturazione con fenomeni di arroccamento o di iperadattamento;
- status di assistito: parità dei diritti, realizzazione del progetto migratorio;
- la medicina occidentale è la migliore, ipertecnologia dell'occidente;
- perdita del senso di appartenenza;
- super lavoro, lavori rischiosi: maggiore guadagno per sostentamento familiari;
- il racconto del vissuto di malattia è molto personale e non trova riscontro in letteratura delle migrazioni.

CONCLUSIONI:

- La ricerca qualitativa pone la soggettività in primo piano;
- l'indagine di campo è applicabile al mondo del MMG;
- le informazioni ricavate dall'intervista sono conformi a quelle attese dalla revisione di letteratura;
- la ricerca qualitativa mi ha permesso di "entrare" nel fenomeno migrazione;
- per realizzare una buona ricerca qualitativa è necessario molto tempo.

Dott. Alberto Moser

Relatore: Dott. Graziano Villotti

Alberto Moser

Emergenza sanitaria sul territorio e Medicina Generale

L'esperienza della Valle di Cembra

Relatore: dott. Graziano Villotti
Correlatore: dott. Giuseppe Parisi

Piano del lavoro

- Introduzione sul razionale fisiopatologico ed epidemiologico dell'intervento precoce
- Revisione di letteratura nazionale e internazionale
- L'organizzazione del 118 in Trentino
- Storia dell'esperienza
- Risultati
- Conclusioni

RCP-BLS in Italia

- ACC= evento letale se non trattato

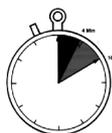
Italia= 1:1000/anno

In Italia ogni 3-4' una persona viene colta da attacco cardiaco:
1 su 4 muore prima di arrivare in ospedale.



Danno Anossico Cerebrale

- Inizia dopo 4-6' di assenza di circolo
- Dopo circa 10' si hanno lesioni cerebrali irreversibili.



Catena della Sopravvivenza



Revisione di letteratura nazionale e internazionale

- In Italia nessuna esperienza di collaborazione con il MMG
- Letteratura internazionale:
 - Mid Anglia General Practitioner Accident Service (Silverston)
 - British Casualty Department (McGuinness)
 - Balmain Hospital General Practice Casualty (Bolton e coll.)

Trentino criticità e risorse

- Molte aree distanti più di 30' dall'ospedale più vicino
- Popolazione distribuita su un territorio molto ampio
- Scarsa diffusione cultura emergenza
- Presenza capillare del Volontariato del Soccorso
- Buone disponibilità economiche

TRENTINO EMERGENZA 118

- Centrale Operativa
- Ambulanze con barelliere ed autisti
- Elicottero con medico rianimatore, infermiere e tecnico di elisoccorso
- Ambulanze con personale medico e/o infermiere
- Personale ausiliario: Vigili del Fuoco, Forze dell'Ordine, Soccorso Alpino, ecc.

TRENTINO EMERGENZA 118

- Gestione centralizzata
 - Buona accessibilità (n. telefonico unico)
 - Buona gestione risorse
 - Scarsa copertura zone periferiche
 - Poco personale dipendente

L'esperienza della Valle di Cembra organizzazione

- Tre Medici di Medicina Generale
- Volontari
- Collegati via radio con Centrale 118
- Durante orario di servizio (8-20)
- Rispondono alle chiamate della Centrale
- Interrompono la normale attività
- Si recano sul posto
- Eventuale richiesta per elisoccorso
- Collaborazione con volontari della Valle

L'esperienza della Valle di Cembra risultati

- Rapidità di risposta
- Rapidità di intervento
- Riduzione *Free Time Therapy*
- Migliore gestione Elisoccorso
- Coinvolgimento popolazione locale
- Accresciuta cultura dell'emergenza

L'esperienza della Valle di Cembra interventi sui codici rossi 1997-2000

- n° 423 codici rossi (pari a circa uno ogni tre giorni)
- in n° 197 di questi (46%) era presente il MMG
- in n° 98 di questi (23%) era presente il medico di Guardia Medica

CONCLUSIONI

- La conformazione territoriale del Trentino rende difficoltosa la gestione unicamente centralizzata dell'emergenza sanitaria
- Il precoce sostegno delle funzioni vitali (BLS) è fondamentale per migliorare l'outcome dei pazienti
- Il BLS è semplice e praticabile da chiunque
- Il BLS dovrebbe far parte dell'esperienza professionale di ogni medico

CONCLUSIONI

- Il MMG può operare efficacemente nelle prime fasi dell'emergenza sanitaria (BLS-D)
- Il MMG è distribuito capillarmente sul territorio
- Può diventare importante risorsa del sistema dell'urgenza-emergenza specie nei territori periferici
- Il suo impegno risulta compatibile con altri modelli
- Necessaria formazione specifica e riconoscimento professionale ed economico

Dott. Andrea Moser

Relatore: Dott. Giuseppe Parisi

L'apprendimento "naturale" in medicina generale

Tirocinante: dott. Andrea Moser
Relatore: dott. Giuseppe Parisi

Scuola di formazione specifica in Medicina Generale - Trento

Competenze in medicina generale

CONOSCENZE FORMALI

- di patologie
- di terapie
- di prognosi
- di effetti collaterali
- di effetto placebo
- ...

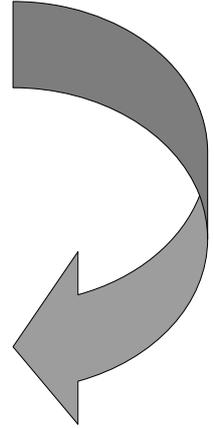
CONOSCENZE INFORMALI

- di approccio
- di "intuizione"
- di "esperienza"
- ...

Medico Neofita

Che tipo di capacità formali e non formali si acquisiscono/perdono nel lavoro "pratico", sul campo, rispetto alle conoscenze puramente teoriche che si possiedono all'inizio dell'attività lavorativa?

Medico Esperto



Revisione di letteratura

- Capacità di proporre diagnosi esatte
- Capacità di generare ipotesi diagnostiche
- Possesso di "conoscenze mediche"
- Capacità di isolare informazioni rilevanti
- Capacità di ricordare elementi presentati

Metodo utilizzato

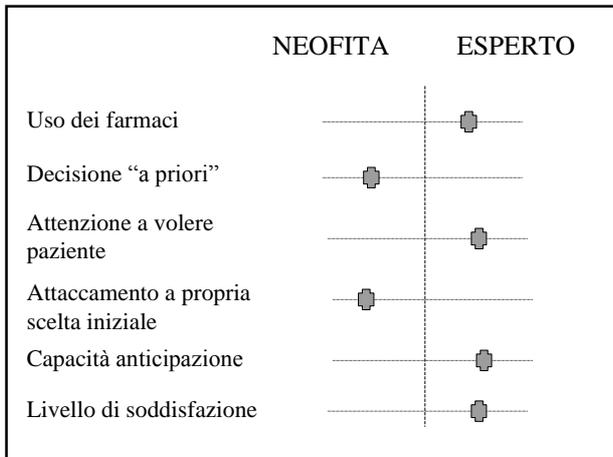
- Metodologia qualitativa:
 - descrivere la natura dei fenomeni più che l'incidenza
 - il significato che hanno per gli attori
 - comprendere più che spiegare
- Dati ricavati con tecnica *dell'intervista semistrutturata*
- Analisi iterativa dei dati e costruzione induttiva della griglia di lettura

Processo di ricerca

- Abbiamo sottoposto un caso clinico complesso a medici di medicina generale con esperienza formativa e lavorativa diversa tra loro e a laureati in medicina
- Non si è trattato di valutare il tipo di risposta data quanto le motivazioni delle risposte
- Rileggendo tutte le interviste si è potuta preparare una griglia interpretativa per rivalutare le risposte ottenute

Criteri di valutazione ricavati dalle interviste

- 1a - Attenzione ai problemi secondari
- 1b - Atteggiamento critico verso la terapia
- 2 - Atteggiamento "anticipatorio" sugli scenari
- 3a - Atteggiamento attendistico e di rivalutazione
- 3b - Atteggiamento terapeutico "a priori"
- 4 - Attaccamento alla propria idea iniziale
- 5 - Livello di soddisfazione sul proprio operato



Conclusioni

- Conferma delle ipotesi iniziali
- Diversità in campo diagnostico ma anche gestionale
- Criteri di lettura utilizzabili in futuro per:
 - Didattica tutoriale
 - Ricerche quantitative

L'apprendimento "naturale" in medicina generale

Trento, 12/03/2004

.....GRAZIE

Dott. Michele Pellegrino

Relatore: Dott.ssa Norma Sartori

Il ruolo del M.M.G nella diagnosi e gestione della depressione.

Presentazione del Dott.Pellegrino Michele
Relatore: Dott.ssa Norma Sartori
Tutor:Dott.Cignini Innocenzo

Presentazione

- Gli aspetti psicosociali e i disturbi psichiatrici costituiscono una parte importante del lavoro del M.M.G.
- Goldberg ha evidenziato, nel descrivere il percorso assistenziale delle persone con disturbi psichici, il ruolo principale della Medicina Generale, nella diagnosi e gestione della depressione.

Percorsi assistenziali dei pazienti con disturbi psichici: dalla popolazione alla medicina generale descritto da Goldberg e Huxely nel 1980

I° Livello Morbilità Psichiatrica nella popolazione generale	II° Livello Morbilità Psichiatrica totale nella Medicina di base	III° Livello Morbilità Psichiatrica Riconosciuta dal medico di base	IV° Livello Morbilità Psichiatrica Totale nei servizi psichiatrici	V° Livello Pazienti psichiatrici ricoverati in ospedale
Filtro-1 Decisione di consultare il Medico di famiglia	Filtro-2 Riconoscimento dei disturbi da parte del medico di base	Filtro-3 Invio da parte del medico di base ai servizi psichiatrici	Filtro-4 Decisione dello Psichiatra di ospedalizzare	
Illness-behaviour Gravità dei sintomi Prog. a chiedere aiuto Risorse alternative	I disturbi d'ansia dist. di adattamento Problemi economici problemi familiari			

- Il setting principale dove tali disturbi devono essere trattati ,è la medicina generale.
- Il M.M.G è il conoscitore più profondo, completo e privilegiato del contesto ambientale in cui può svilupparsi una sindrome depressiva, ed essere il primo a coglierne gli indizi sfumati.
- Disturbi sottosoglia.
- Riconoscere gli elementi indicativi per una possibile diagnosi risulta difficile.
- Il M.M.G ha dalla sua parte in questo difficile compito, la relazione di lunga durata.
- Cucire addosso subito una diagnosi di depressione può non far riconoscere altre patologie.
- La diagnosi è uno strumento gestionale che deve avere un senso nella storia del paziente.

La depressione Maggiore.

- La depressione psicopatologica si presenta con una grave deflessione del tono dell'umore, associata ad alterazioni emotivo-affettivo, cognitivo.
- Riduzione della funzionalità sociale e lavorativa.

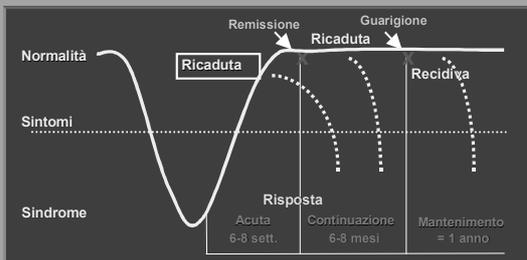
La cura della depressione.

- Il primo atto terapeutico non deve necessariamente coincidere con la prescrizione farmacologica.
- Evitare di psichiatrizzare ogni sensazione dolorosa dell'animo, in presenza di lutto semplice o di disturbo di adattamento.
- Trattare se D. maggiore, D. sottosoglia, D. in comorbilità neurologica o cardiologica.

La scelta del Farmaco.

- Triciclici e ssri sono equivalenti dal punto di vista clinico, non per gli effetti collaterali.
- Il M.M.G deve saper utilizzare bene un limitato numero di molecole.
- Perché trattare:
 - <suicidi-omicidi, disabilità sociale e lavorativa.
 - < i costi e l'utilizzo dei servizi sanitari.

Fasi del trattamento



Quale è il ruolo del M.M.G nella gestione della depressione? Cosa deve sapere fare?

- Distinguere le reazioni depressive, le depressioni organiche, D.D con la demenza, i disturbi di adattamento e le depressioni maggiori.
- Prescrivere una terapia efficace per i vari disturbi depressivi o attivare una consulenza o un ricovero nei casi più gravi.
- Comunicare la diagnosi al paziente, accertandosi della sua compliance alla terapia, e stabilire con lui una relazione di aiuto.
- Creare una rete di assistenza integrata, con un rapporto di collaborazione tra gli psichiatri e le altre figure presenti sul territorio, e i parenti. (creare una rete di curanti).



Dott.ssa Irene Toller

Relatori: Dott. Giuseppe Parisi
Dott. Fabrizio Valcanover

Dott.ssa Irene Toller

**"MAGARI E' UN FALSO ALLARME MA VA
ESCLUSO CHE CI SIA UN PROBLEMA
CARDIACO"**

**Analisi delle consultazioni telefoniche
tra cardiologo e medico di medicina
generale nell'ambito di un'esperienza di
telecardiologia**

CONSULTAZIONI TELEFONICHE FRA MMG E SPECIALISTA NELL' AMBITO DELLA TELECARDIOLOGIA

- COMUNICAZIONE-RELAZIONE FRA MMG,
PAZIENTE E CARDIOLOGO
- LA TELECARDIOLOGIA
- ANALISI DELLE TELEFONATE
- RISULTATI

RELAZIONE

- LA RELAZIONE FRA MMG E PAZIENTE HA
CARATTERISTICHE PECULIARI
- LA RELAZIONE FRA MMG E SPECIALISTA
AVVIENE TRAMITE LETTERA, NON FACCIA A
FACCIA
- LA RELAZIONE FRA SPECIALISTA E PAZIENTE E'
EPISODICA

TELECARDIOLOGIA

- REGISTRAZIONE DELL'ECG IN AMBULATORIOO A
DOMICILIO DEL PAZIENTE
-
- INVIO DEL TRACCIATO TRAMITE LINEA
TELEFONICA AD UN CALL CENTER,
-
- CONSULTAZIONE TELEFONICA IMMEDIATA CON
CARDIOLOGO
-
- RICEZIONE DEL REFERTO

METODO DI ANALISI

- ASCOLTO TELEFONATE (ATTENZIONE AL
DISCORSO E ALLA PROSODIA)
- TRASCRIZIONE CHE NON FALSI L'INTENSITÀ
DELLA COMUNICAZIONE A VOCE
- LETTURA AL FINE DI IDENTIFICARE I PATTERN
RIPETTIVI E LE VARIABILI
- CATEGORIZZAZIONE INDUTTIVA

60 TELEFONATE

40 "STRAIGHT
FORWARD"

IN CUI NON
RIMANGONO QUESITI
APERTI E SI ARRIVA
IMMEDIATAMENTE
AD UN DECISIONE
CONDIVISA

20 "COMPLESSE"

IN CUI SI ASSISTE AD
UN RAPPORTO
COMUNICATIVO E
RELAZIONALE PIU'
COMPLESSO

RISULTATI

- L'ECG E' LO STRUMENTO CARDINE SUL QUALE AVVIENE LA DECISIONE
- SE VI E' DUBBIO DIAGNOSTICO ALLORA DIVIENE FONDAMENTALE LA CONSULTAZIONE SINCRONA E DIRETTA IN CUI IL CARDIOLOGO UTILIZZA LA SUA COMPETENZA CLINICA
- LA TC COME FENOMENO COMPLESSO DI CONSULENZA, COME SCAMBIO DI "EXPERTISE" FRA COLLEGHI

INDICE GENERALE

1. PREMESSA	1
2. INFORMAZIONI GENERALI	5
3. Rapporti attività teorica: SEMINARI TEORICI MARZO 2002 – FEBBRAIO 2004.....	9
3.1. ARGOMENTI SCELTI DI PEDIATRIA E PROBLEMI RELATIVI AGLI ADOLESCENTI....	11
3.2. ASPETTI DELL'ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ DEL DISTRETTO E DEL CENTRO DI PRENOTAZIONE UNICA ED ASPETTI SOCIOSANITARI CONNESSI.....	12
3.3. CORSO BASE DI ELETTROCARDIOGRAFIA	13
3.4. EVIDENCE BASED MEDICINE E MEDICINA GENERALE.....	15
3.5. I PAZIENTI E LE PAZIENTI CON PROBLEMI DI SESSUOLOGIA.	18
3.6. I PROBLEMI SPECIFICI DI SALUTE DELLA DONNA.	22
3.7. IL PAZIENTE CON CEFALEE	26
3.8. IL PAZIENTE CON LA TOSSE, LE INFEZIONI ACUTE DELLE VIE RESPIRATORIE E L'INFLUENZA.	29
3.9. IL PAZIENTE CON PATOLOGIA OSTEOARTICOLARE.....	30
3.10. IL PAZIENTE CON PROBLEMI DERMATOLOGICI.	32
3.11. IL PAZIENTE CON PROBLEMI DI DISURIA.....	34
3.12. IL PAZIENTE CON UN'EMERGENZA CLINICA IN MEDICINA GENERALE.	36
3.13. IL PAZIENTE CON VERTIGINI.	38
3.14. IL PAZIENTE DOMICILIARE CRONICO E TERMINALE.	40
3.15. IL PAZIENTE IMMIGRATO.....	42
3.16. IL PAZIENTE VIAGGIATORE.....	44
3.17. A. INFORMATICA DI BASE.....	45
3.18. L'INDIVIDUAZIONE E LA GESTIONE DEI PROBLEMI DELL'ANZIANO.....	47
3.19. L'INDIVIDUAZIONE E LA GESTIONE DEL PAZIENTE CON PROBLEMI ALLA TIROIDE.....	49

3.20. L'INDIVIDUAZIONE E LA GESTIONE DEL PAZIENTE IPERTESO.	51
3.21. L'INDIVIDUAZIONE E LA GESTIONE DEL RISCHIO CARDIOVASCOLARE.	53
3.22. L'INDIVIDUAZIONE E LA GESTIONE DEL RISCHIO ONCOLOGICO.	55
3.23. LA GESTIONE DEL PAZIENTE AFFETTO DA ASMA E/O BPCO.	57
3.24. LA GESTIONE DEL PAZIENTE DIABETICO.	59
3.25. LABORATORIO DI SCRITTURA	62
3.26. LABORATORIO SULLA COMUNICAZIONE E SULLA RELAZIONE.....	67
3.27. NOZIONI BASE DI LEGISLAZIONE SANITARIA E DI MEDICINA LEGALE.....	72
3.28. NOZIONI BASE DI MEDICINA DEL LAVORO PER IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE.....	74
3.29. NOZIONI BASE DI CHIRURGIA PER IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE	76
3.30. NOZIONI DI BASE DI ETICA, ETICA CLINICA E PROBLEMI DI DEONTOLOGIA IN MEDICINA GENERALE	78
3.31. NOZIONI DI BASE ED AVANZATE DI ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO IN MEDICINA GENERALE	80
3.32. PROMOZIONE ALLA SALUTE E MOTIVAZIONI	84
3.33. TEORIE E MODELLI DI APPROCCIO SPECIFICI IN MEDICINA GENERALE	86
4. LABORATORIO TESI	89
5. RAPPORTI ATTIVITÀ DI TIROCINIO PRATICO.....	91
5.1. FORMAZIONE PRATICA PRESSO L'OSPEDALE.....	93
5.1.1. Frequenza presso i reparti ospedalieri di Chirurgia Generale, Ortopedia, Otorinolaringoiatria, Urologia, Dermatologia e Pronto Soccorso.....	93
5.1.2. Frequenza presso i reparti ospedalieri di Medicina, Geriatria e Pronto Soccorso.	95
5.1.3. Frequenza presso il reparto ospedaliero di Ginecologia ed Ostetricia.	97
5.1.4. Frequenza presso il reparto ospedaliero di Pediatria.	97
5.2. FORMAZIONE PRATICA PRESSO IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE	99
5.3. TIROCINIO PRESSO LE STRUTTURE TERRITORIALI DI BASE DELL'A.P.S.S.....	103
5.3.1. Attività svolte presso il Centro salute Mentale.....	105
5.3.2. Attività svolte presso il consultorio per il singolo, la coppia, la famiglia.....	106
5.3.3. Attività svolte presso il Sert.....	107
5.3.4. Attività svolte presso il Servizio per le Cure Domiciliari	108

5.3.5. Attività svolte presso le Strutture dedicate alla riabilitazione fisica di Trento e Pergine Valsugana.....	109
--	-----

**6. ALTRE ATTIVITÀ FORMATIVE ED INIZIATIVE CULTURALI RIVOLTE AGLI
SPECIALIZZANDI, AI DOCENTI ED AI MEDICI DI MEDICINA GENERALE 111**

ALLEGATO 1: PRESENTAZIONI POWER POINT DELLE TESI DI FINE CORSO i

INDICE GENERALEI