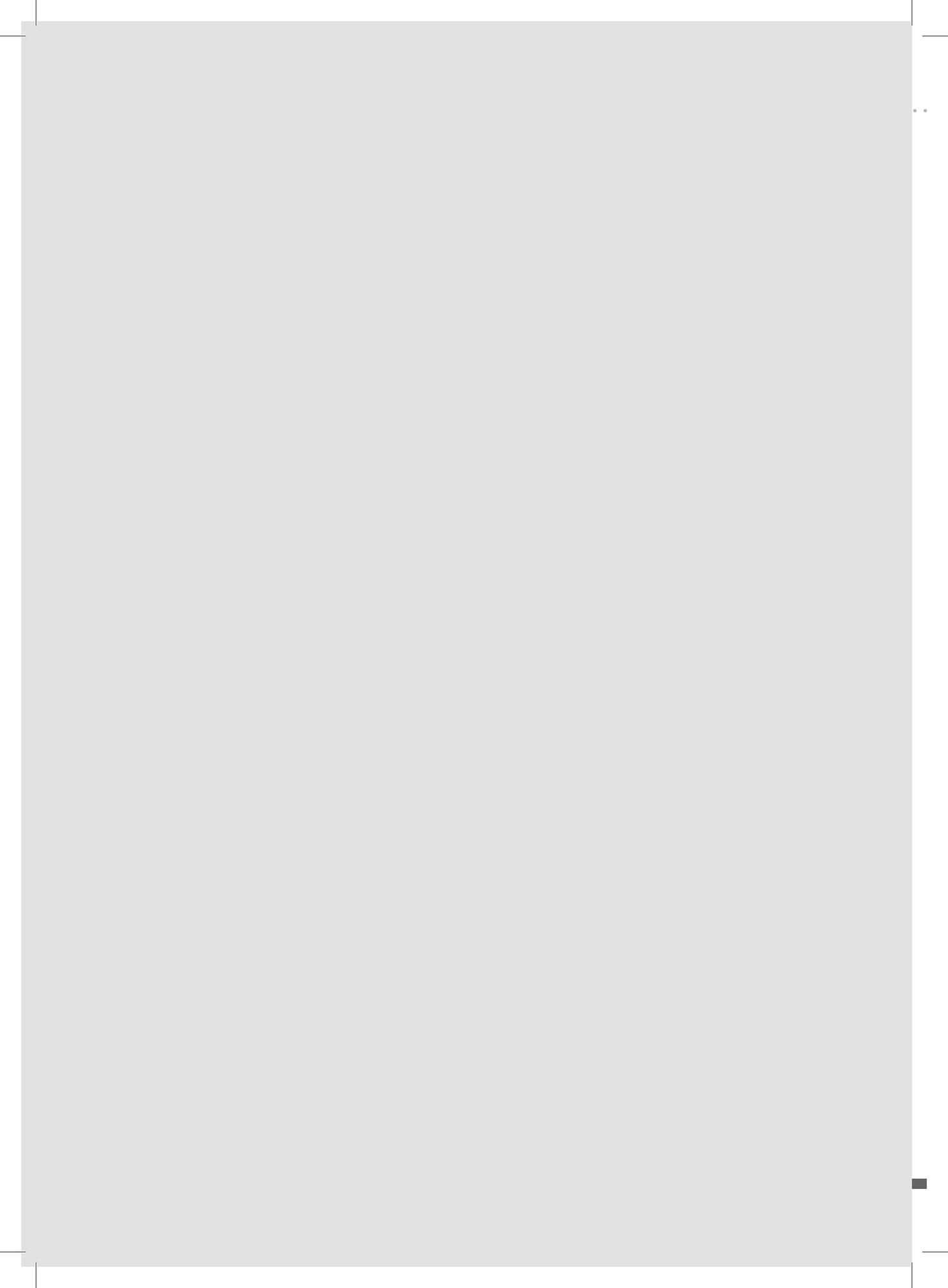


PARTE I

Introduzione



Perché la ricerca nella formazione e perché un testo con i progetti formativi elaborati nel master

Maria Stella Padula

Medico di Medicina Generale della SIMG di Modena, coordinatore scientifico del Master “imparare a insegnare la Medicina Generale”

Chi sono i nostri studenti, medici di domani?

Sono della generazione che userà la *Google car*, quella senza comandi, senza neppure il volante; basterà dire la destinazione al proprio telefonino, e l'auto ti ci porterà; senza sapere nulla di come funziona.

Sono i ragazzi che hanno preso il “patentino” per guidare lo scooter senza interessarsi per nulla alla meccanica; senza sapere cos'è un cambio e cos'è una frizione, questi sono aggeggi che interessano solo chi vuole la “moto”.

Sono gli stessi che oggi a 18 anni arrivano a scuola guida; a loro non interessa l'auto come feticcio meccanico, ma solo come mezzo per muoversi e trasportare amici. Guideranno l'auto di papà, che ha il cambio automatico, e due soli pedali, per andare e per frenare.

Ebbene, a questi ragazzi, la “scuola guida” cosa si ostina obbligatoriamente a insegnare? Che l'auto ha una frizione e un cambio, a 4, 5 e 6 marce; e se vuoi avere la “patente” devi per forza sviluppare un circuito neurale che sincronizzi il movimento del piede destro e del sinistro per partire, del braccio destro e dei due piedi per cambiare marcia...

Tutto questo perché siamo italiani, mentre negli Stati Uniti queste cose le imparano so-

lo quelli che vogliono guidare una Ferrari o una Porsche d'annata.

Così a “scuola guida”.

E nella facoltà di Medicina?

È importante insegnare com'è fatto il corpo umano, macro e microscopicamente; come funziona se è sano e come se è “malato”, ma non solo... perché la funzione cambia se cambia il contesto, i bisogni che muovono le azioni delle persone, le emozioni e le relazioni familiari e sociali, le risorse economiche che dettano alcune risposte alle malattie.

Per questo gli insegnanti, opportunamente formati, adotteranno metodi nuovi per far apprendere anche i nuovi contenuti: nuovi perché vanno oltre la malattia e le modifiche che questa determina. Sono metodi che vanno applicati in via sperimentale, poi si valuteranno i risultati dell'apprendimento, e si riadatteranno con le opportune modifiche, se necessario.

È più facile utilizzare prevalentemente il metodo *teacher centered*, piuttosto che quello *student centered*, perché ha schemi già consolidati e sperimentati: lo studente deve studiare e dimostrare che ha studiato attraverso esami, con test più o meno complicati e “oggettivi”, e poi “sul campo” imparerà come si deve fare, magari imparando dagli errori...

Perché sperimentare per ricercare metodi nuovi di insegnamento, in particolare per la Medicina Generale e le Cure Primarie?

Perché:

- sono cambiati i **bisogni di salute**: le persone si rivolgono al medico per un disagio e “malessere indefinito”, perché vogliono fare “tutti gli esami” per scoprire una malattia nascosta, per la paura di invecchiare, di non essere abbastanza in forze per lavorare; piuttosto che per una malattia con sintomi definiti ed una etichetta, come ogni studente studia nei trattati di Medicina.
- sono cambiati i **pazienti** che sono sempre più anziani e affetti da malattie croniche, spesso più di una, e politrattati;
- sono cambiati i **setting di cura** che è sempre meno l'ospedale e sono sempre più le strutture del Territorio, le residenze e gli Hospice, e soprattutto le case, ove anziani curano altri anziani;
- sono cambiati le **tecnologie di diagnosi e di cura**: spesso la Risonanza Magnetica viene prima della visita, la chirurgia tradizionale è affiancata sempre più dalla robotica; non si usano tanto i farmaci che si studiano in farmacologia, ma i farmaci biologici...
- **sono cambiati gli studenti**, ovvero i ragazzi da formare: hanno un diverso bagaglio culturale, fatto di nuove modalità di approccio allo studio e di reperimento delle notizie scientifiche; hanno conoscenze più frammentate, sempre più basate su immagini, sigle, video che viaggiano su internet, telefonini, ecc...

Perciò bisogna sviluppare una ricerca di metodologie e tecniche nell'ambito della formazione, per sperimentare modalità innovative e diversificate a seconda degli

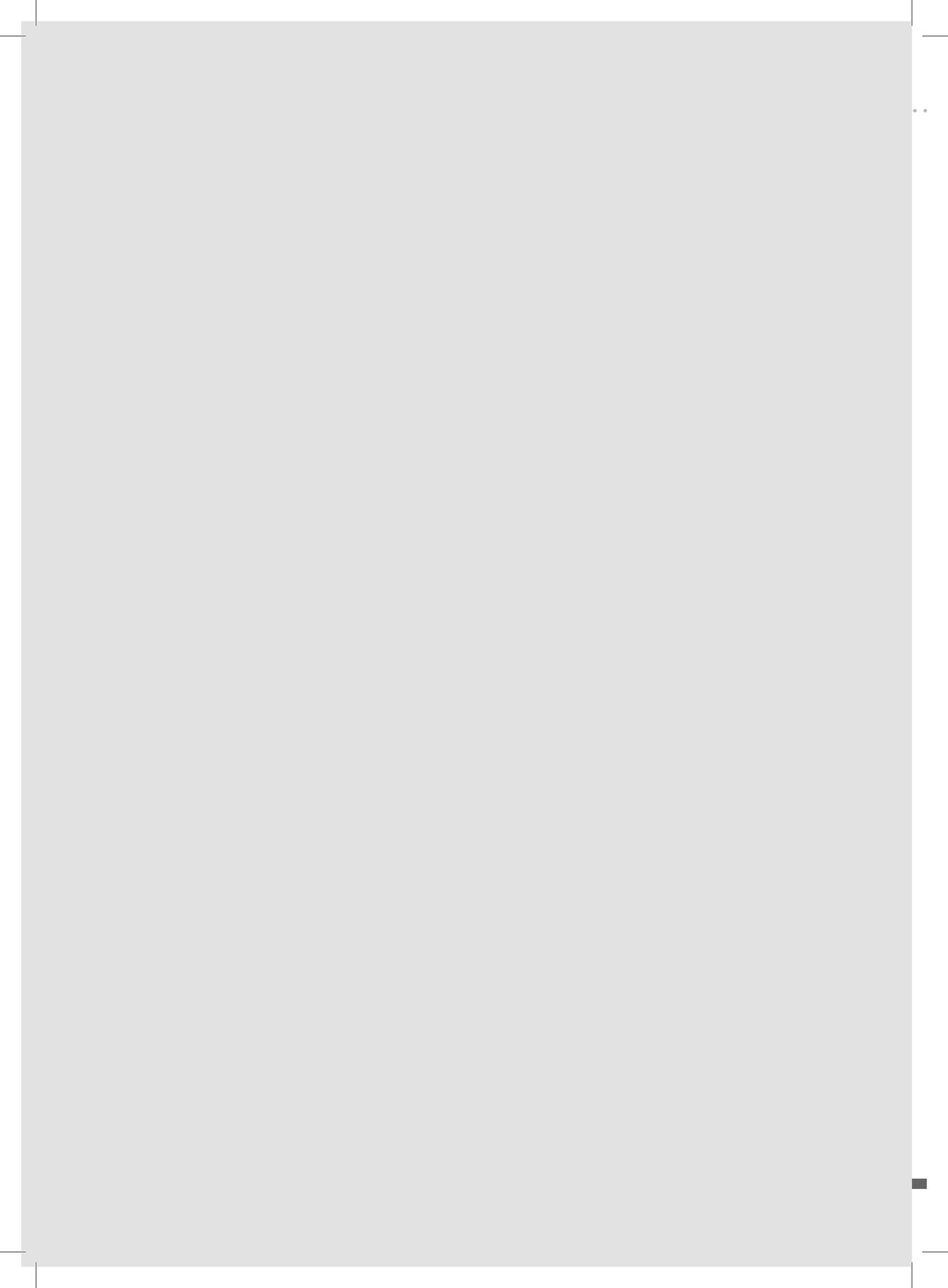
studenti a cui insegnamo, per una didattica student centered, che preveda anche l'approccio 1 a 1 e attività di apprendimento sul campo:

- a seconda dei problemi trattati per quelle malattie, da apprendere e curare;
- a seconda del setting dove si insegna (studi/ambulatori dove il paziente si rivolge per chiedere aiuto, “Case della Salute”, la “casa” del paziente e della sua famiglia, piuttosto che la corsia);
- a seconda delle problematiche che il paziente ci pone al di là dei sintomi della malattia, cioè il vissuto e la difficoltà di assumere i farmaci, le storie narrate diventano uno strumento indispensabile per conoscere e comprendere meglio la malattia se “raccontata”, perché conosciuta durante la pratica di tirocinio da parte degli studenti, e strumento per far imparare agli studenti a scrivere e narrare la malattia, per allargare il loro campo di osservazione e scoprire quello che non appare subito, se non riflettono...una malattia che condiziona la vita del paziente e la variabilità di decorso di quella malattia (*il maestro Eggers insegna a raccontare*, agli studenti in generale, articolo di Repubblica, 28 giugno 2014);
- a seconda della durata della malattia e della sua evoluzione nel tempo (tante malattie che cronicizzano perché per esse oggi non si muore più) insegnando la continuità di cura nel tempo;
- per affrontare la fine della vita... la morte, non come fallimento della medicina ma come evoluzione possibile perché non ci sono cure che guariscono, ma solo cure che permettono una vita residua, fin quando è possibile ai mezzi della medicina;
- per interagire e integrare le attività professionali con altri attori coinvolti nella cu-

ra (familiari, infermieri, assistenti sociali, specialisti e ultra-specialisti, medici e operatori ospedalieri, volontari).

I Docenti saranno non solo i professori di quella disciplina che si occupa di “quella malattia”, ma gli stessi pazienti e caregiver “esperti” di quella malattia e del disagio che essa provoca (i “pazienti formatori” descritti nel primo volume da Marie-Claude Vanier). Questo testo non dà strumenti già validati

da ricerche nel campo della formazione, ma mettendo a disposizione le tesi dei masteristi, vuole dare elementi di riflessione per andare verso l'applicazione di nuove metodologie, che potranno avere risultati da applicare solo se utilizzate da più docenti, in più sedi, sia nella Formazione pre-laurea agli studenti di medicina, sia nella Formazione Specifica in Medicina Generale sia nello Sviluppo Professionale Continuo dei medici.



Una valutazione del master come laboratorio di ricerca di metodi e strumenti per la formazione nell'ambito della Medicina Generale e Cure Primarie da parte di un esperto europeo nella ricerca delle Primary Care, com'è il prof Paul Wallace, non solo è pertinente ma necessaria per dare valore ai contributi che i Medici di MG, allievi del Master, hanno dato con le loro tesi finali che sono raccolte in questo testo. Il prof Wallace è stato incaricato dalla Facoltà di Medicina come valutatore esterno per seguire sia il progetto, sia la sua realizzazione (seminari, docenti, percorso nelle modalità e tempi, sia le presentazioni delle tesi finali) per poter validare la qualità del Master, e proporre modifiche per eventuali edizioni future. Questo era necessario, dopo aver "inventato" un percorso di formazione dei formatori in un setting nuovo come quello della MG che non è curriculare a livello universitario, per non cadere nella "autoreferenzialità".

Il Master "imparare ad insegnare" come laboratorio di ricerca e riflessione per la formazione dei formatori

Professor Paul Wallace FRCGP, FFPHM

“**IMPARARE A INSEGNARE**” è un’iniziativa unica in Italia, che nasce dalla visione e dall’impegno del Preside della Facoltà e Direttore del Corso, Prof. G Aggazzotti, del coordinatore scientifico del corso, dott.ssa M.S. Padula, e del consulente esterno, Prof. Mike Pringle, presidente del Royal College of General Practitioners. È stato concepito come risposta alle esigenze dell’ UE e delle direttive nazionali, secondo cui agli studenti di medicina dovrebbe essere offerto un insegnamento in ambienti non ospedalieri. Ha fatto seguito allo sviluppo di un impegno innovativo della Università di Modena e Reggio Emilia con i medici generali locali, nel fornire un insegnamento universitario per gli studenti di medicina, in parti-

colare nell’ambito del Corso “Medicina Generale nelle Cure Primarie”, corso che va dal III al VI anno.

Il corpo docente è costituito da Medici di Medicina Generale esperti in insegnamento, sia italiani che europei, e da docenti universitari e professori sia della Facoltà di Medicina che della Facoltà di Scienze dell’Educazione e della Formazione presso l’Università di Modena e Reggio Emilia.

Il corso è stato progettato per fornire a medici di medicina generale provenienti da tutta Italia le conoscenze e le competenze necessarie per consentire loro di attuare l’insegnamento clinico nei setting delle Cure Primarie.

Sono stato felice di essere stato invitato fin

dal novembre 2012 dal direttore del corso, dott.ssa M. S. Padula, per intraprendere la valutazione del Master “Imparare a Insegnare” in qualità di esperto internazionale. Il mio coinvolgimento nel processo di valutazione è consistito nella discussione e corrispondenza con la dottoressa Padula e colleghi, nella mia presenza per un totale di 5 giorni a tre settimane residenziali nel periodo da aprile 2013 ad aprile 2014, e in una revisione delle metodologie, degli strumenti utilizzati e degli altri materiali pubblicati sul sito “Imparare a Insegnare” <http://dolly.mastermgmo.unimore.it/>. Ero presente ad una sessione nell'aprile del 2013, quando gli studenti hanno dato un feedback sulla loro valutazione del corso e le loro esperienze di apprendimento. Ero presente anche in una delle sessioni pratiche in cui gli studenti hanno dimostrato le loro abilità nella gestione di una sessione Objective Structured Clinical Examination (OSCE). Nel marzo 2014 ho partecipato a uno dei due giorni in cui gli studenti presentavano le loro tesi di Master, in cui ero membro della giuria per la valutazione finale dei candidati. Nel valutare il corso, ho cercato di tenere pienamente conto degli elementi di prova a mia disposizione, e di utilizzare la mia esperienza accademica sia nel Regno Unito che a livello internazionale. Ho anche fatto uso del feedback da parte degli studenti stessi e fornito esempi di situazioni specifiche.

La mia valutazione complessiva del corso è stata estremamente positiva. “Imparare a Insegnare” è probabilmente unico e non sono stato in grado di identificare in nessun luogo un altro corso a livello di master che offra la stessa attenzione ai metodi di insegnamento per la pratica generale. La maggior parte dei corsi, come il Master in medicina di famiglia alla Monash University,

offrono una formazione di livello superiore sui contenuti peculiari della Medicina generale e / o Cure primarie. Questo si riflette sul loro programma modulare che si focalizza su una serie di questioni cliniche, sulla medicina basata sulle prove, sulla promozione della salute e la prevenzione, sull'insegnamento e la ricerca. Programmi di Master focalizzati esclusivamente sui metodi di insegnamento per il setting clinico sono una rarità.

Sono stato molto impressionato dall'impegno, dall'entusiasmo e dal livello generale di studenti e docenti. Il corso ha fornito un ambiente altamente favorevole, in cui gli studenti non solo erano in grado di apprendere, ma anche di sperimentare e fornire un forte sostegno reciproco. Questo è altamente lodevole. Le “Serate del Master” hanno offerto uno spazio in cui l'apprendimento si svolgeva in modo molto fantasioso, utilizzando il teatro e il dibattito per favorire la comprensione.

La qualità delle interazioni tra gli studenti e il corpo docente è stata di livello molto alto, ed è risultato evidente che si trattava un gruppo molto motivato e coeso. Gli studenti del Master hanno dimostrato un alto livello di competenze e conoscenze nelle sessioni pratiche interattive; per esempio, la sessione dell'OSCE, che ho osservato, è stata di qualità molto alta. Il livello generale dei compiti scritti durante il corso, e che ho potuto visionare per la recensione, è stata generalmente alta, e l'invio è stato tempestivo. La qualità delle dissertazioni era generalmente alta e alcuni elaborati erano veramente ottimi.

Anche la qualità delle presentazioni orali era generalmente alta. Ci sono state, forse inevitabilmente, anche alcune tesi di laurea di qualità intermedia o scarsa.

La struttura del corso è stata concepita con cura; è stata composta da 18 moduli sviluppati attraverso una varietà di metodi, tra cui lezioni formali, lavoro interattivo in piccoli gruppi, osservazione e la partecipazione nella didattica, preparazione di una tesi finale.

I moduli sono stati suddivisi in due gruppi: quelli focalizzati sui principi generali e la pratica dell'insegnamento, e quelli focalizzati su aspetti specifici della pratica medica.

Un sito web è stato istituito per consentire sia ai docenti che agli studenti di accedere ai materiali didattici e per facilitare la presentazione e la correzione dei compiti assegnati.

Nella mia valutazione, la struttura del corso ha riflesso bene la natura dell'argomento e gli impegni degli studenti; è stato consonante con il livello che ci si aspetta da un corso master di questo tipo, e lo sviluppo del sito web del corso è stato lodevole, riflettendo gli sviluppi recenti nell'uso dei servizi online per completare le attività di insegnamento e di valutazione "faccia a faccia". Gli studenti hanno avuto accesso a una vasta gamma di risorse e il sito ha funzionato come un archivio ricco e accessibile per questo. C'era disponibilità di materiale didattico di alta qualità, e gli studenti potevano accedere alle presentazioni power-point e ad altri materiali online. Ho notato una forte attenzione all'uso di materiali bibliografici e un'enfasi sugli approcci all'insegnamento basati sull'evidenza.

La qualità delle risorse online era generalmente molto buona. Gli studenti stessi hanno identificato alcune limitazioni relative alle risorse e ai materiali.

Il corso è stato progettato per offrire un massimo di 60 CFU (Crediti Formativi Uni-

versitari) di cui 35 CFU basati sull'apprendimento teorico, 15 CFU basati sulle prestazioni pratiche in ambulatorio e nelle visite a domicilio dei pazienti, e 10 CFU basati sulla valutazione della "tesi". A mio avviso, tale regime di valutazione costituisce un modo molto appropriato per testare le capacità degli allievi rispetto ai risultati di apprendimento previsti. La chiara struttura delle procedure di valutazione previste era completa e adeguata per un corso di questo livello. Il livello generale dei compiti scritti durante il corso che mi sono stati inviati per la recensione è stato generalmente alto, ed è stato lodevole che i docenti scelti per valutare le tesi comprendesse membri della Facoltà altamente qualificati. Il ritmo di presentazione dei compiti scritti dagli studenti era complessivamente adeguato, ma c'era comunque una grande variabilità fra gli studenti; non era chiaro per me come funzionasse il sistema di tracciamento degli invii, per poter esprimere una valutazione sul funzionamento.

Sembra che in un certo numero di casi i compiti scritti non siano stati valutati formalmente dai tutors, e non era sempre chiaro come le valutazioni dei tutors venissero comunicate agli studenti.

La valutazione delle tesi degli studenti avrebbe potuto essere migliore se ci fosse stata una griglia di valutazione chiara e definita preventivamente, che specificasse con precisione i criteri per l'assegnazione dei punteggi.

Le mie conclusioni generali sul corso sono estremamente positive.

È stato un corso ben strutturato, attentamente concepito, con un corpo docente altamente qualificato, rivolto a un gruppo eterogeneo ma chiaramente motivato di medici in varie fasi della loro carriera. Sia gli stu-

denti che i docenti hanno imparato enormemente dall'esperienza e non ho alcun dubbio sul loro impegno futuro per portare avanti questo importante lavoro.

C'è una necessità urgente in Italia, come in tutti i paesi, di una "forza lavoro" costituita da insegnanti adeguatamente formati e specializzati per stimolare il perseguimento di eccellenza clinica e per sostenere lo sviluppo delle generazioni future, per avere me-

dici di medicina generale motivati ed entusiasti delle loro professioni. Il programma del Master "Imparare a Insegnare" ha efficacemente affrontato queste tematiche per la prima volta in Italia e rappresenta quindi una vera pietra miliare nello sviluppo della medicina generale accademica. Merita di essere formalmente riconosciuto dalle organizzazioni accademiche e professionali che rappresentano la nostra disciplina, e di essere replicato ampiamente in tutto il paese.

“Misura ciò che è misurabile. Ciò che non è misurabile rendilo tale”.

Galileo Galilei (1564-1642)

...e questo rende la ricerca qualitativa indispensabile per studiare il vissuto delle persone, per evidenziare tutti i fenomeni ed eventi che avvengono nel setting della Medicina generale, attraverso l'uso di metodi e strumenti per la conoscenza...

La Ricerca Qualitativa come strumento per riflettere sull'insegnamento della Medicina Generale

Oreste Capelli e Cristina Marchesi

Da sempre l'attività accademica si regge sul connubio tra ricerca e insegnamento: nella medicina universitaria l'attività di cura del paziente è spesso funzionale a capire le cause dei problemi e a trasmettere le conoscenze dei processi di cura. In questo percorso il malato-persona rischia di diventare il caso clinico o l'oggetto di studio e il medico si focalizza più sulla malattia che sul paziente. Eppure il grande Augusto Murri scriveva oltre un secolo fa che “non esistono malattie bensì malati”. Questo approccio alla persona è stato poi sviluppato dalla “patient focused care” e dall'approccio bio-psico-sociale di Engel, modelli di presa in carico dei pazienti praticati da sempre dal medico di medicina generale. L'approccio sistematico al mondo del paziente male si adatta al determinismo del modello biomedico, sul quale si fonda la ricerca classica in medicina e secondo cui la malattia può essere spiegata come deviazione dalla norma di variabili biologiche misurabili.

L'attenzione al singolo paziente, piuttosto che alle coorti di malati, insieme alla difficoltà di mettersi in rete e ampliare le casistiche osservate, sono tra i motivi principali della difficoltà di “fare ricerca secondo il metodo scientifico” della medicina generale. E di conseguenza anche della difficoltà di sviluppare i metodi di ricerca e insegnamento tipici del mondo accademico e della ricerca biomedica.

Non sorprende quindi che tra le 17 tesi finali del primo master italiano sui “Metodi e Strumenti per l'Insegnamento Clinico della Medicina Generale nelle Cure Primarie” la medicina narrativa e la ricerca qualitativa siano le metodologie di ricerca predominanti.

La dignità della ricerca qualitativa come metodologia di ricerca scientifica sta nel fatto che risponda ai principi teorici dell'essere “un'attività dell'uomo avente lo scopo di scoprire, interpretare e revisionare fatti, eventi, comportamenti e teorie relative a

Ricerca QUALITATIVA	Ricerca QUANTITATIVA
Risponde al paradigma INTERPRETATIVO: I fatti sociali sono strettamente dipendenti dal contesto; Le variabili che li influenzano sono complesse, interconnesse e difficili da misurare se non attraverso una analisi QUALITATIVA	Risponde al paradigma POSITIVISTA: I fatti sociali hanno una realtà oggettiva; Le variabili che li influenzano possono essere identificate e misurate Le relazioni tra le variabili possono essere determinate attraverso una analisi QUANTITATIVA
Che si avvale di: Discussioni Interviste aperte ¹ e dettagliate ²	Che si avvale di: Statistica descrittiva Analisi implicativa Analisi fattoriale Altre tecniche
Nella ricerca QUALITATIVA: generalmente non si assegnano frequenze alle caratteristiche individuate nei dati fenomeni "rari" ricevono la stessa attenzione di fenomeni più frequenti con i metodi qualitativi è possibile ottenere una analisi "fine" di un fenomeno perché i dati non sono necessariamente categorizzati in classi ben definite. i risultati non sono testati per capire se sono statisticamente significativi o dovuti ad occorrenze casuali ciò implica che essi non possono essere estesi a popolazioni ampie con lo stesso grado di certezza dei risultati della ricerca quantitativa	Nella ricerca QUANTITATIVA: si classificano delle caratteristiche della realtà si contano le occorrenze si costruiscono modelli statistici i risultati possono essere generalizzati a popolazioni più ampie del campione, a patto che i metodi applicati siano rigorosi e affidabili e il campione numericamente rappresentativo due set di dati diversi possono essere confrontati direttamente. è possibile comprendere quali fenomeni sono un reale conseguenza di una varietà di comportamenti e quali sono semplicemente occorrenze casuali
Quando scegliere di fare una RICERCA QUALITATIVA?	Quando scegliere di fare una RICERCA QUANTITATIVA?
consigliata durante le fasi iniziali di un progetto di ricerca	consigliata durante le fasi successive della ricerca.
il ricercatore può anche solo in parte sapere ciò che sta cercando, prima di iniziare la ricerca.	il ricercatore sa esattamente ciò che si propone di studiare.
il progetto emerge man mano che lo studio si svolge.	tutti gli aspetti dello studio sono progettati attentamente prima dell'acquisizione dei dati.
il ricercatore tende ad essere oggettivamente immerso nell'argomento della ricerca	il ricercatore tende a rimanere oggettivamente separato dall'argomento della ricerca.
lo strumento di acquisizione dei dati è il ricercatore stesso.	il ricercatore usa strumenti adeguati per acquisire dati numerici.
i dati sono in forma di parole, figure o oggetti	i dati sono in forma numerica e sono elaborati statisticamente.
i dati qualitativi sono più "ricchi", richiedono più tempo per essere acquisiti e sono meno generalizzabili.	i dati quantitativi sono più efficienti, validi per testare delle ipotesi ma possono mancare di dettagli di tipo contestuale.

qualunque ambito della conoscenza e dell'esperienza umana, usando metodi intersoggettivi e condivisi, cioè basati sul metodo scientifico”.

Le differenze principali tra ricerca qualitativa e quantitativa nelle scienze sociali, come è la medicina generale, possono essere schematizzate come nella tabella a fianco.

I metodi di ricerca qualitativi ci consentono una conoscenza più approfondita delle persone, di arrivare a cogliere barriere di tipo sociale, culturale, relazionale ed anche economico che condizionano comportamenti individuali e il raggiungimento di obiettivi comportamentali, quali l'apprendimento o il cambiamento di abitudini di vita e di atteggiamenti culturali.

La ricerca qualitativa consente di analizzare e comprendere le relazioni inter-personali, con le istituzioni e i luoghi di contesto lavorativo ed educativo. E' per questo che l'analisi di impatto dei percorsi formativi, e anche la loro progettazione, deve avvalersi di metodi qualitativi piuttosto che quantitativi. Un tipico esempio di ricerca qualitativa che si può applicare alla valutazione dei percorsi formativi è lo “studio di caso”, che viene utilizzato nell'ambito di questioni complesse, per estendere l'esperienza o rafforzare ciò che è già noto da precedenti ricerche, ponendo enfasi sull'analisi contestuale dettagliata di un numero limitato di eventi o condizioni e le loro relazioni.

Sono classificati tre tipi specifici di studi di caso:

1. Casi esplorativi, talvolta considerati come un preludio alla ricerca;
2. Casi esplicativi, che possono essere usati per indagini casuali,
3. Casi descrittivi, che richiedono il precedente sviluppo di una teoria descrittiva.

Lo studio di caso è conosciuto come una

strategia di ricerca triangolata:

- triangolazione della fonte dei dati, quando il ricercatore verifica se i dati restano gli stessi in contesti differenti;
- triangolazione dei ricercatori, quando diversi ricercatori esaminano lo stesso fenomeno;
- triangolazione della teoria, quando ricercatori con differenti punti di vista interpretano gli stessi risultati;
- triangolazione metodologica, quando si usano approcci diversi per aumentare la fiducia nell'interpretazione.

Lo sviluppo di uno studio di caso prevede 6 fasi:

1. **determinazione e definizione dei quesiti della ricerca;** Lo studio di caso generalmente risponde a uno o più quesiti che iniziano con “come” o “perché”, avendo come obiettivo un numero limitato di eventi o condizioni e la loro correlazione.
2. **selezione dei casi e determinazione della raccolta dei dati e delle tecniche di analisi;** devono essere definite le modalità per selezionare uno o più casi della vita reale da esaminare approfonditamente e quali strumenti e metodi di raccolta dei dati usare. Quando si utilizzano casi multipli, ciascun caso è trattato come un singolo caso.
3. **preparazione alla raccolta dei dati;** Durante tutta questa fase bisogna predisporre l'organizzazione sistematica dei dati che si otterranno, gestendoli con l'ausilio di database che consentono la loro categorizzazione, classificazione, conservazione, e il recupero per l'analisi.
4. **raccolta dei dati “sul campo”;**
5. **valutazione e analisi dei dati;** Dopo avere raccolto i dati con indagini sul campo, il ricercatore si occupa di esaminar-

li per trovare i collegamenti tra l'obiettivo della ricerca e le conclusioni in riferimento ai quesiti iniziali che si sono posti. Triangolando i dati si rafforzano le scoperte della ricerca e le conclusioni.

6. **preparazione della relazione.** Infine occorre redigere una relazione utilizzando un linguaggio semplice e comprensivo, consentendo al lettore di poter comprendere lo studio di caso in modo autonomo. La relazione può essere esposta trattando ciascun caso come un capitolo separato, descrivendo il caso in ordine cronologico, o sotto forma di storia.

La maggior parte delle tesi presentate di seguito hanno seguito questo metodo di ricerca, a partire dalla somministrazione diretta di questionari, alla realizzazione di interviste o alla attuazione di "focus group".

Alla ricerca qualitativa appartiene anche la Medicina Narrativa, diffusa anche in Italia già da alcuni anni, che pone attenzione alle storie di malattia come modo per ricollocare e comprendere le persone nel proprio specifico contesto, mettere a fuoco, oltre che i bisogni, anche nuove strategie di intervento.

La rilevanza di questa metodologia di esplorazione del vissuto di malattia o di coinvolgimento nelle attività professionali è testimoniato dalla presenza di un sito dedicato dell'Istituto Superiore di Sanità (medicina.narrativa@iss.it) sul quale è possibile "raccontare" e condividere le proprie esperienze relative a:

- comunicazione della diagnosi

- il percorso complesso verso la diagnosi/il ritardo diagnostico
- il rapporto medico-paziente
- il rapporto con il pediatra/medico di medicina generale
- la ricerca di cure adeguate
- l'accesso ai servizi
- il rapporto con il pediatra o il medico di medicina generale
- l'ospedalizzazione
- la ricerca di informazioni
- l'integrazione tra servizi
- la partecipazione a sperimentazioni cliniche
- il cammino 'verso l'età adulta'
- é possibile scegliere in autonomia?
- la gestione della cronicità

Numerose tesi hanno trattato questo tema come elemento fondamentale, nello sviluppo delle capacità riflessive dei tirocinanti sia rispetto all'apprendimento che allo sviluppo della relazione medico-paziente.

- La ricerca clinica in Medicina Generale ha delle peculiarità, per tipologia di pazienti e complessità dei quesiti clinici, che richiedono lo sviluppo di metodologie e tecniche relativamente inusuali nel mondo della scienza accademica. Sono quindi di grande importanza le occasioni di confronto e co-costruzione multidisciplinare, tra clinici, andragoghi, esperti di comunicazione e metodologi, come quella offerta da questo master, per sviluppare competenze e progetti di valore, specifici per il mondo delle Cure Primarie.

Letture consigliate

Bert G, *Medicina narrativa. Storie e parole nella relazione di cura. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2007*

Caimi V, Parma E, *Ricerca qualitativa. Un'analisi della letteratura per la Medicina Generale. Ricerca e Pratica, 1996, 12, 100-112.*

Carpenter D.R., Jenks J.M.. *La triangolazione come strategia di ricerca qualitativa, in Streubert Speziale H.J., Carpenter D.R., La ricerca qualitativa: un imperativo umanistico, Idelson-Gnocchi Editore, Napoli, 2005*

Charon R., *Narrative and Medicine, N Engl J Med 2004, 350:9, 862-4*

Murri A. *Quattro Lezioni e una perizia. Zanichelli Editore, Bologna, 1972*

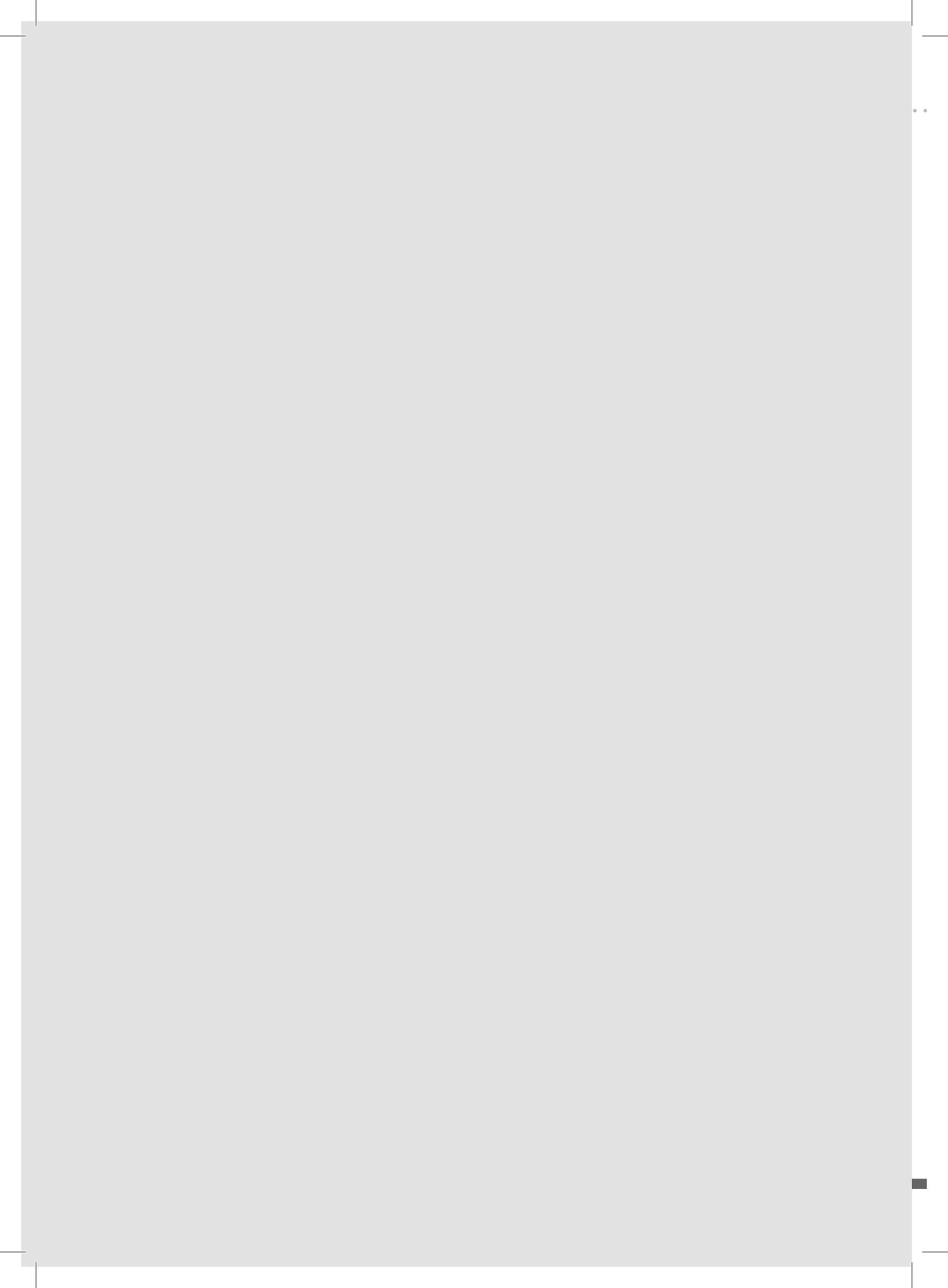
Pedroni C, Pinotti M, Costi A. *Dalle narrazioni di malattia al miglioramento della qualità della vita e delle cure. Riv Ital Cure palliative 2008(1), 37- 58.*

Tognoni G, Caimi V, Marchioli R. *La ricerca in Medicina Generale – Utet Periodici Editore, Milano 2000*

Footnotes

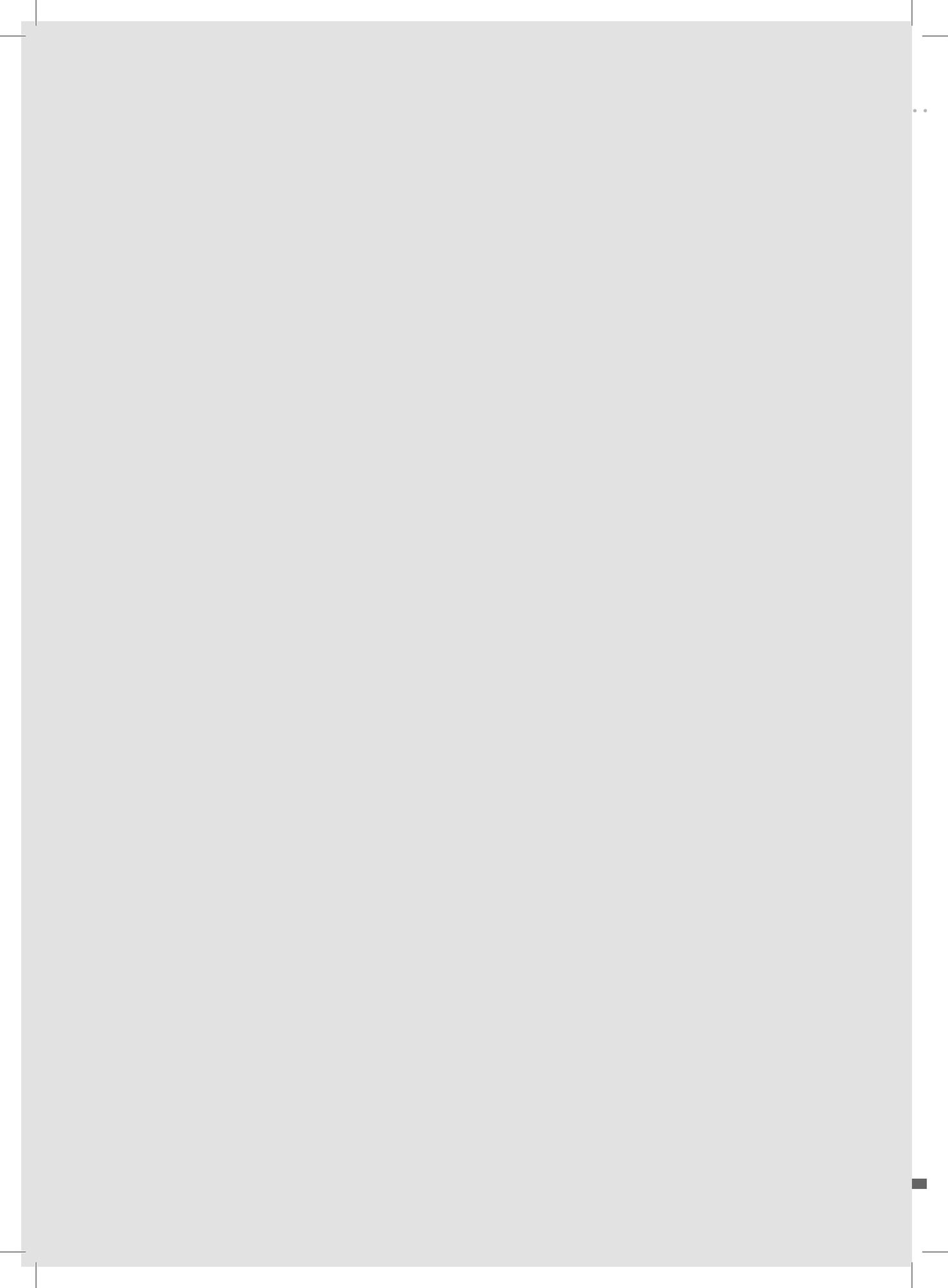
1 Il ricercatore parte da una lista di domande su argomenti che desidera siano trattati durante l'intervista, ma è pronto a seguire qualsiasi linea di ragionamento inaspettata che possa portare a risultati non "anticipati"

2 Il ricercatore approfondirà l'argomento relativo ad una specifica domanda finché esso non sarà "esaurito" oppure finché l'intervistato non avrà più niente da dire o finché il ricercatore e l'intervistato non avranno raggiunto un qualche tipo di accordo sull'argomento oggetto della discussione



PARTE II

Valutazione dei bisogni formativi dei Medici di Medicina Generale e degli operatori sanitari delle Cure Primarie



È importante e utile valutare i bisogni formativi all'inizio di ogni percorso formativo per essere coerenti al principio di organizzare il percorso educativo in modo tale da soddisfare almeno in gran parte i bisogni dei destinatari, e dare risposta ai quesiti posti all'inizio. Le risposte a questi quesiti sono quelle emerse dal *focus group* fatto su un campione di Medici di Medicina Generale partecipanti al Master.

Quali sono i bisogni formativi dei Medici che hanno iniziato un percorso di formazione di formatori?

M.S. Padula

L'indagine si è servita dell'uso di schede che hanno consentito di ricostruire il profilo socio-anagrafico, formativo e professionale del campione e di interviste focalizzate di gruppo (*focus group*).

PROFILO SOCIO-ANAGRAFICO, FORMATIVO E PROFESSIONALE

Il campione è composto da 7 Medici di genere maschile e da 3 Medici di *genere femminile*.

L'età media è compresa nella fascia 40/49 anni; i soggetti più giovane e più anziano rientrano rispettivamente tra i 30/39 e i 60 anni.

I luoghi di *residenza* sono situati in prevalenza fuori Regione (per 7 persone su 10) mentre in 3 casi la provenienza è nel Comune o nella Provincia di Modena.

Le *specializzazioni* conseguite dai soggetti sono eterogenee. Soltanto 2 soggetti su 10 hanno avuto accesso alla professione di Medico di Medicina Generale attraverso il conseguimento del Diploma di Formazione Specifica in Medicina Generale.

Com'è desumibile dalle età anagrafiche spalmate su un'ampia spanna (30/39 - oltre 60 anni), si rivelano *carriere pregresse* che vanno dai 6 ai 37 anni.

Il gruppo informa di aver già svolto nel-

Autori del focus: Laura Cerrocchi, Professore Associato di Pedagogia Generale e Sociale nel Dipartimento di Educazione e Scienze Umane - UniMoRe, Maria Stella Padula, Docente a contratto di Medicina Generale nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia - UniMoRe, Michela Mescoli, Laureanda nel Corso di Laurea in Scienze dell'Educazione - UniMoRe, Enrico Giliberti (Ricercatore in Tecnologie didattiche - UniMoRe); la matrice del focus group è stata ideata e messa a punto da Laura Cerrocchi e da Norma Sartori (MMG e Docente presso la Scuola di Formazione Specifica di Medicina Generale - Trento) che hanno anche rispettivamente svolto i ruoli di moderatore e di aiuto-moderatore nel focus group durante una sessione del Master. I risultati del Focus sono stati già presentati in contesti congressuali Simg e Sipem, e nella rivista Tutor di Sipem.

la propria carriera attività riferibili alla didattica della medicina in questo modo: solamente due soggetti (che risultano essere i più giovani) dichiarano di non avere avuto o avere esperienze in tal senso; per il resto, dichiarano di avere esperienza 6 soggetti su 10 di docenza (docenti in Corsi di Formazione nella scuola di formazione specifica in Medicina Generale, docente per la formazione continua in Medicina Generale) e contestualmente di tutoraggio e 3 soggetti su 10 di Animatori di formazione.

Dichiarano di voler maggiormente approfondire aspetti dell'esperienza teorica e pratica per migliorare le conoscenze e competenze nella didattica della medicina 7 soggetti su 10; Riferiscono come esempi:

- “Continua consapevolezza del ruolo di tutor (troppo facile slittare nel medico),
- gestione del conflitto,
- abilità nella gestione (non solo conoscenza) di tecniche di didattica avanzata”;
- “La sperimentazione di tecniche didattiche innovative,
- la costruzione di un progetto formativo,
- la ricerca sulla didattica in medicina”;

- “I principi della didattica fra pari.
- Le tecniche di comunicazione e l'aspetto relazionale in MG.

I QUESITI PIÙ IMPORTANTI E L'ANALISI DEI DATI RILEVATI CON IL FOCUS GROUP

1 - Cosa si intende per bisogni formativi di una figura professionale.

I bisogni formativi di una figura professionale, secondo gli intervistati, possono essere:

- consapevoli o non consapevoli, poiché ritengono che se non si conoscono dei temi non si può nemmeno essere coscienti della necessità di una loro conoscenza;
- caratterizzati dal gap che intercorre tra quelli relativi a quanto si è chiamati a fare e a quanto si è effettivamente in grado di realizzare (nel caso della MG compiti, performances e attese non sarebbero ancora ben e/o abbastanza delineati oppure le idee a riguardo sembrano apparire molto diverse);
- riferibili alle criticità emerse durante la propria attività e/o le interazioni con gli

Che cosa sono secondo voi i bisogni formativi di una figura professionale

Voi siete medici e futuri docenti dei medici di MG: quali sono le differenze tra i bisogni formativi di queste due figure professionali

Fra le metodologie didattiche che avete sperimentato (come docente o come discente) potreste riferire quella che ritenete più significativa sul piano educativo?

Quali sono gli argomenti e/o le tecniche di cui sentite il bisogno completare o meglio consolidare l'apprendimento

Come discente di questo master in didattica della medicina generale quali argomenti o tecniche suggeriresti di inserire nell'offerta formativa del corso?

Tornati nel vostro territorio dopo la conclusione del master quali strumenti, strategie, agenzie o attori di settori sarebbe, secondo voi, opportuno coinvolgere per creare una rete sulla didattica in MG?

altri colleghi e verso i quali si avverte la necessità di trovare una risposta per migliorare;

- fattori che cambiano nel tempo sulla base di nuove e particolari conoscenze scientifiche e mediche nonché di necessità sociali, quindi anche storicizzate nei contesti geografici;
- fattori che cambiano a secondo dell'immagine di professionista o di discente che ciascuno si fa e delle aspettative che ciascuno si costruisce in merito a quanto andrà ad assolvere nella propria professione;
- fattori segnati o interferiti dalla richieste delle aziende sanitarie, aprendo, in questo senso, ad un livello successivo e ad una costruzione di necessità di formazione diversa;
- fattori difficili da definire perché la professione in oggetto non ha un ruolo ben definito, anche se il corpus fondamentale di conoscenze e capacità pratiche sarebbe ben codificato tanto in Italia quanto a livello internazionale.

In sintesi: occorre riflettere sui modi e sugli strumenti con cui rilevare e soddisfare i bisogni formativi, anche se non sarà mai possibile risolvere la questione in senso definitivo, proprio perché si tratta di bisogni dinamici e storici. In questo senso è necessario un lavoro di continuo adattamento della formazione al cambiamento che la realtà impone. La definizione dei bisogni conosciuti aiuterebbe ad intercettare anche quelli latenti. La questione (intercettare i bisogni) dovrebbe essere trattata sul profilo sia dell'inquadramento normativo, sia dell'identità professionale e, soprattutto, mettendo in campo la rete. La rete non può essere messa in campo dal singolo soggetto, bensì da parte di chi ne ha responsabilità e competenza.

2 - *Le differenze tra i bisogni formativi dei medici in sé e dei futuri docenti di MG.*

I medici e i futuri docenti di MG avrebbero bisogni formativi comuni, cioè quelli legati alla professione, ma anche specifici che, per i secondi, sono riferibili alle conoscenze e competenze di ordine metodologico e/o di didattica della MG (con particolare attenzione agli strumenti, alle strategie e alla comunicazione nelle sue valenze relazionali e secondo un approccio di *counseling*).

Per quanto riguarda la comunicazione, sarebbe necessario essere capaci di dar luogo ad una relazione asimmetrica, di tipo didattico, docente-discente, quindi diversa da quella medico-paziente.

3 - *Le tecniche didattiche di cui si è fatta esperienza -come docenti o discenti- considerate più significative sul piano educativo.*

Le tecniche didattiche di cui si è fatta esperienza -come docenti o discenti- considerate più significative sul piano educativo sono state

- il lavoro in équipe (che, viene lamentato da alcuni partecipanti, non è ancora diffuso in tutte le realtà);
- il tutoraggio uno ad uno;
- il paziente simulato (che spiegano lo sarebbe particolarmente sul piano degli obiettivi cognitivi e comunicativi, nonché delle abilità pragmatiche) considerato dagli intervistati una tecnica molto integrata e/o completa, difficile da realizzare ma emotivamente molto potente e coinvolgente anche per chi assiste;
- il *role playing*;
- la discussione in piccoli gruppi.

Tuttavia, gli intervistati sottolineano che la preferenza delle tecniche riguarda sempre degli aspetti personali e si mostrano consapevoli che una tecnica può essere preferibile

in relazione al bisogno che questa permet-
te di assolvere.

In generale, il gruppo segnala il valore ag-
giunto di un Master profondamente caratte-
rizzato, sul piano didattico, da interattività,
fattore piuttosto se non del tutto nuovo nella
storia formativa degli intervistati e conside-
rato, dopo l'esperienza in oggetto, di valo-
re irrinunciabile nella formazione di settore.

*4 - Gli argomenti e/o le tecniche che gli inter-
vistati sentono il bisogno e/o suggeriscono sul
piano del curriculum formativo di completare
/o meglio consolidare.*

Sulla base della loro precedente esperienza/
formazione professionale rispondono che
vorrebbero completare e/o meglio consoli-
dare gli argomenti e le tecniche riferibili

- alla gestione del gruppo (con particolare
riferimento al role-playing),
- alla comunicazione (tanto da poter me-
glio raccogliere i bisogni e motivare i di-
scendenti),
- alle attività seminariali,
- all'autovalutazione delle proprie compe-
tenze didattiche.

*5- Strategie e strumenti, agenzie e/o attori
di settore che sarebbe opportuno coinvolgere
per creare una rete sulla didattica in medici-
na generale.*

Dichiarano che la cultura sulla didattica in
medicina generale maturata nel e con il corso
dovrebbe avere un ritorno tale da soste-
nere una rete e/o una territorializzazione a
partire, in primo luogo, dalle loro Scuole
di Formazione *"sicuramente questo è un ri-
torno che deve avvenire attraverso le nostre
scuole di formazione, che mi sembrano il de-
stinatario più prossimo ed immediato, perché
non si può pensare di tornare ai nostri terri-
tori avendo acquisito un bagaglio e poi star
da sola come una monade"*.

Vivere in un villaggio globale impone e/o
obbliga, a maggior ragione, ad oltrepassa-
re i confini locali, costruendo una rete di
formazione ben più ampia, capace di coin-
volgere università e società scientifiche del-
la medicina generale, che avrebbero fornito
un grande contributo negli ultimi trenta an-
ni costruendo il *corpus* dottrinale, nonché
gli interlocutori istituzionali con cui, volen-
ti o nolenti, occorre confrontarsi.

Gli elementi che emergeranno dal
Master dovrebbero essere resi fruibili
progressivamente migliorabili e messi
in rete "...dove tutti possono metterci
un mattoncino al giorno, e quindi....
qual è lo strumento più potente se
non la rete, bisogna metter..., la rete
intesa come internet, la rete, la rete
che ci mette in comunicazione con
la possibilità di dialogare attraverso i
forum (...)"

L'opportunità di tenere insieme quanti han-
no frequentato il master in una forma di
associazionismo si profila come possibili-
tà di dar luogo ad una comunità di prati-
che, eventualmente uniti anche nelle forme
dell'associazionismo fortemente correlata a
realtà come le Società scientifiche.

Da un lato emerge che il nucleo centrale del
lavoro del medico di medicina generale vie-
ne ricondotto al rapporto concreto e diretto
con il paziente *"...perché sono un medico di
medicina generale abituata al rapporto con
il paziente, e il rapporto è fatto da quello che
vedo in faccia, non quello che mi scrive attra-
verso la mail..."*

Dall'altro lato l'esperienza del master ha se-
dimentato e/o aumentato la consapevolezza
che l'azione professionale, anche quella di ti-
po didattico o riferibile ai rispettivi processi,

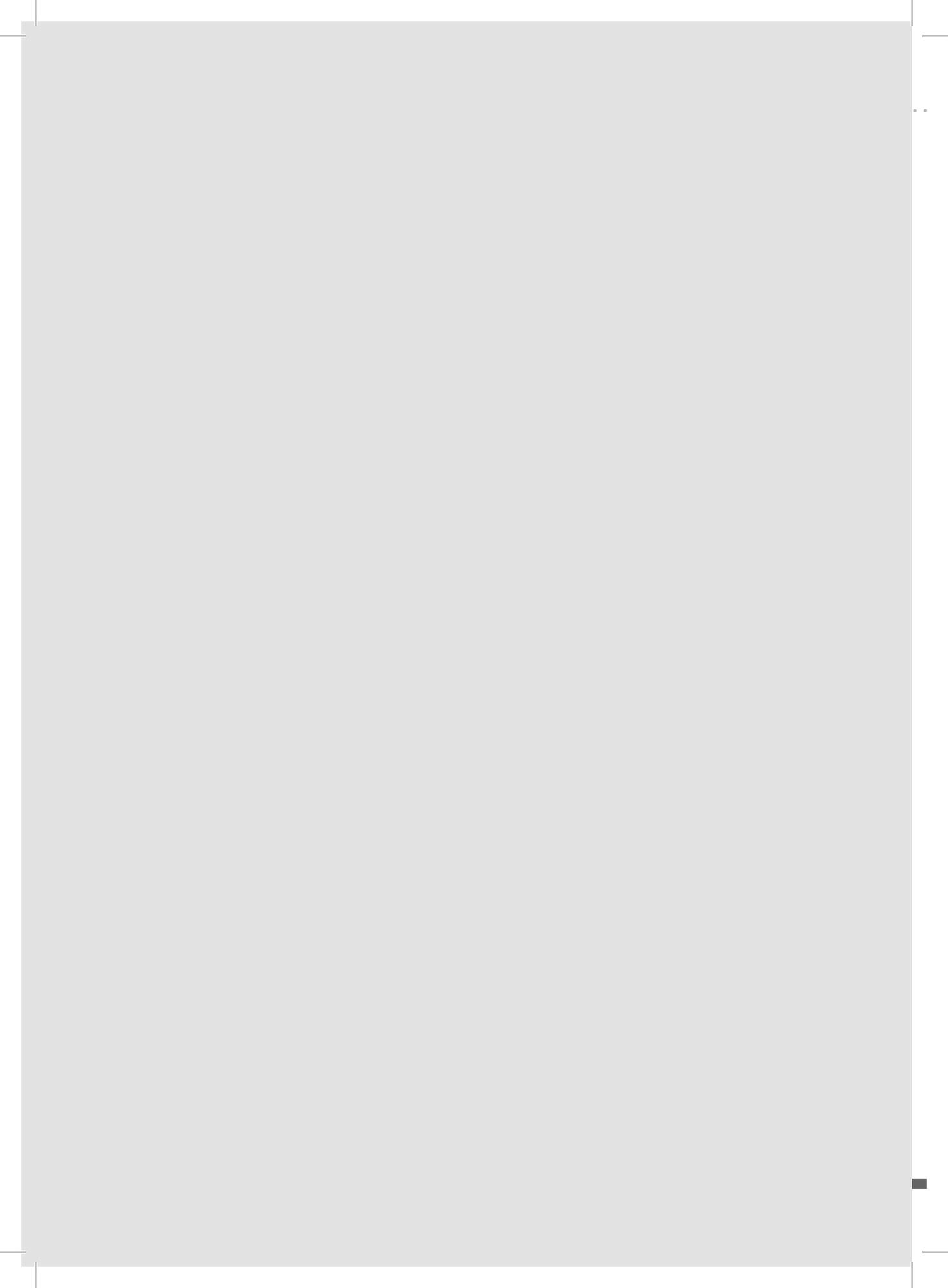
debba essere supportata dalla ricerca, tanto da considerare fattore prioritario la sperimentazione di modalità d'innovazione nella messa a punto di corsi e/o per-corsi che integrino ricerca e azione.

Tuttavia queste prospettive culturalmente segnate non possono che confrontarsi con le problematiche e/o le criticità della realtà di settore, dando luogo a ricadute sia sulla formazione professionale, sia sulla rispettiva cultura di sistema”

Affermano ancora gli intervistati “...*Che bel libro dei sogni! Ma la guardi la televisione? Se da domani dovrai fare il medico 24 ore su 24,*

sette giorni su sette, come fa a trovare il tempo per fare queste cose?”.

In conclusione, gli intervistati si dichiarano consapevoli di aver preso forma come gruppo a cui è proposta la didattica per arrivare ad essere gruppo che propone la didattica sebbene resti tutta la difficoltà – per fattori di macrosistema e di microsistema – di trovare soluzioni capaci di far conciliare l’attività del medico sul campo con quella della ricerca e dell’azione del medico in ambito didattico.



Una revisione sistematica della (scarsa) letteratura scientifica relativa alla formazione dei formatori in Medicina Generale. Gli autori riportano dati interessanti e di rilievo internazionale relativi ai bisogni formativi dei medici di famiglia che impegnano nella didattica tutoriale, sulla efficacia dei percorsi formativi e sugli strumenti per la valutazione delle competenze didattiche acquisite.

Revisione delle esperienze in campo internazionale di formazione dei formatori nel setting della medicina generale nelle cure primarie

D. Luppi, M.S. Padula, R. D'Amico

INTRODUZIONE

In Italia il master di II livello su “metodi e strumenti per l'insegnamento clinico della Medicina Generale nelle cure primarie” rappresenta un'esperienza d'avanguardia nel campo della formazione rivolta specificamente ai futuri formatori nell'ambito della Medicina Generale; disciplina questa che per altro da pochi anni è riconosciuta come tale ed è entrata a far parte del curriculum degli studenti del corso di laurea in medicina e chirurgia, oltre ad essere oggetto di una formazione specialistica post-laurea per chi sceglie di esercitare la professione del medico di famiglia, pur in assenza di dipartimenti universitari di Medicina Generale che invece esistono nelle maggior parte del mondo.

Non vi è dubbio che un clinico che faccia da formatore a uno studente o a uno specia-

lizzando debba essere un buon medico, ma non si può postulare che un medico competente sia anche un insegnante competente. Vi sono evidenze crescenti che gli educatori in medicina beneficiano di una formazione specifica all'insegnamento e tuttavia le iniziative poste in atto dalle istituzioni accademiche (il cosiddetto Faculty development) per migliorare le competenze dei propri operatori in questo campo appaiono in Italia molto carenti e disomogenee.

OBIETTIVI

Lo studio ha lo scopo di identificare, valutare e riassumere le evidenze esistenti nella letteratura internazionale sulla formazione dei formatori (docenti universitari e tutor) nel setting specifico della Medicina Generale/Medicina di Famiglia. In particolare le domande guida della revisione sono state:

1. Esistono nella letteratura internazionale evidenze di interventi efficaci sulla formazione dei formatori nel setting specifico della Medicina Generale/Medicina di Famiglia?
2. Quali sono i bisogni formativi dei Medici di Medicina Generale che sono impegnati nella formazione? Quali motivazioni li spingono e quali ostacoli incontrano?
3. Esistono evidenze sulla valutazione dei formatori in Medicina Generale?

METODI

E' stata effettuata una ricerca bibliografica su 4 banche dati internazionali: Pubmed, Eric, Web of Science e Current Contents.

La strategia di ricerca su Pubmed ha incluso il Mesh term "Family practice" con il subheading "education" e il termine "trainers". La ricerca sulle altre banche dati includeva termini leggermente differenti quali "general practice" e "train the trainer". Un'ulteriore ricerca "a palla di neve" ha permesso di identificare ulteriori articoli dalla lista degli articoli citati.

Per la ricerca bibliografica mi sono avvalso della collaborazione di un esperto bibliotecario della Biblioteca Medica dell'Università di Modena e Emilia.

Si è scelto come criterio di inclusione restrittivo il riferimento esplicito alla formazione dei formatori e al setting della Medicina Generale/Cure Primarie.

Criteri di esclusione: articoli che fanno riferimento alla formazione degli studenti o degli specializzandi in MG o ad interventi di formazione dei formatori in settori specialistici.

I dati degli articoli inclusi sono stati estratti da due soggetti indipendenti partendo dalla condivisione delle domande guida della review.

RISULTATI

Esistono nella letteratura internazionale evidenze sulla formazione dei formatori nel setting specifico della Medicina Generale/Medicina di Famiglia?

Ciò che emerge dalla presente revisione è innanzi tutto la scarsa disponibilità di evidenze in letteratura sulla formazione dei formatori applicata ai Medici di Medicina Generale. Basti pensare che nel registro centrale Cochrane dei trial controllati è attualmente presente un solo trial clinico randomizzato controllato sull'argomento, realizzato da Schol S. e altri del Centro Accademico per la formazione in Medicina Generale della Facoltà di Medicina di Bruxelles (Belgio) e pubblicato nel 2005 sulla rivista "Medical Education"¹. Questo studio si chiedeva se un corso di formazione di breve durata, ma personalizzato, per medici di medicina generale tutor (anche detti GP trainers) migliorasse le loro competenze di insegnamento. Lo studio ha riguardato un totale di 47 GP trainers randomizzati in due gruppi sottoposti entrambi a pre-test e post-test. Dopo un test di valutazione delle competenze di insegnamento a stazioni multiple (MSTAT), il gruppo sperimentale ha ricevuto un "training" breve individualizzato per migliorare la "teaching competence" mentre il gruppo di controllo non ha ricevuto nessun intervento specifico. Dopo un anno tutti i partecipanti sono stati invitati a sottoporsi al post-test. In questa prova il gruppo sperimentale ha ottenuto punteggi significativamente migliori rispetto al gruppo di controllo. Tuttavia anche i GP trainers del gruppo di controllo dimostravano progressi rispetto al pre-test. Gli autori concludono che i General Practitioner che iniziano a esercitare la funzione di tutor hanno una competenza di insegnamento insufficiente per garantire un buon tutoraggio degli studenti; che

un programma breve personalizzato conduce a un miglioramento delle competenze di insegnamento ma che, tuttavia, più tempo e supporto sarebbero necessari per garantire ai GP trainers di conseguire una competenza di insegnamento ottimale. Il fatto che anche il gruppo di controllo abbia fatto progressi suggerisce inoltre che il test di valutazione ha un importante effetto di apprendimento. Il MSTAT (multiple-station teaching assesment test) è stato disegnato dall'autore per misurare la competenza di insegnamento e facilitare lo sviluppo professionale dei GP trainers. Esso è un tipo di "OSCE" (objective structured clinical examination) in cui ai GP trainers viene dato un compito di insegnamento in una maniera standardizzata, nel caso specifico, condurre una conversazione didattica (learning conversation) con uno studente.

Un altro studio, citato nell'ambito di una revisione sistematica² sulle iniziative poste in atto dalle Facoltà per migliorare l'efficacia dell'insegnamento nell'educazione medica³ è quello realizzato da Marvel MK nel 1991.

Durante questo studio i docenti di medicina generale della Facoltà sono stati videoregistrati durante le consultazioni con i tirocinanti e sottoposti a un intervento breve consistente nella revisione di tali registrazioni (5 per ciascun docente) utilizzando una checklist per l'autovalutazione. Anche la valutazione delle abilità di insegnamento da parte degli specializzandi è stata usata come misura di outcome. Una valutazione degli specializzandi da parte di pazienti ha formato una terza sorgente di dati, intesa a esaminare se il miglioramento delle abilità didattiche dei docenti si rifletteva nelle performance degli specializzandi. Lo studio mostrava un miglioramento di abilità didattiche specifiche dopo l'intervento breve (in particolare la capacità di rinforzo ai tirocinanti). Anche la va-

lutazione degli specializzandi da parte dei pazienti migliorava, ma non in modo significativo. Altri studi⁴⁻⁵ hanno utilizzato metodi di ricerca di tipo qualitativo (*focus group*) per tentare di delineare le caratteristiche di un GP trainer competente: questi dovrebbe avere una buona conoscenza di base dei metodi di insegnamento, dei concetti dell'apprendimento per adulti e delle teorie dell'apprendimento ed essere in grado di applicare queste conoscenze. Tra le sue "teaching skills" emerge come fondamentale la capacità di dare feedback, oltre a quelle di osservazione e analisi strutturata dei tirocinanti (sia direttamente durante le visite in ambulatorio e a domicilio, sia indirettamente utilizzando videoregistrazioni delle consultazioni) e alla capacità di far riflettere il discente sul suo modo di ragionare e di relazionarsi con i pazienti. L'atteggiamento del buon GP trainer dovrebbe essere tale da lasciare spazio al discente di trovare il proprio stile personale e il proprio metodo nella pratica. Un buon educatore dovrebbe essere disponibile e aperto alle critiche da parte del tirocinante alla propria funzione di docente; l'approccio dell'insegnamento dovrebbe essere individualizzato, cioè adattato al singolo discente, in accordo con i suoi bisogni formativi. L'entusiasmo, la flessibilità, la pazienza e la capacità di autoriflessione sono alcune delle caratteristiche emerse in questo tentativo di delineare l'immagine del GP-trainer ideale, immagine che dovrebbe essere tradotta in un profilo realistico su cui modellare la formazione dei medici di famiglia docenti⁶.

Anche le capacità di consultazione ("consultation skills") rientrano tra quelle competenze essenziali (essendo stati inseriti test per valutarle sia nel MRCGP - membership of Royal college of General Practitioners - sia nel test di valutazione globale degli specializzandi in Medicina Generale nel Regno Uni-

to) per le quali i GP educators dovrebbero ricevere una formazione specifica per poterle insegnare ai loro discenti. Eppure, come dimostra lo studio di Evans et al. nello Yorkshire⁷, c'è ancora una grande variabilità nella frequenza di insegnamento di tali competenze, nei metodi e nei modelli utilizzati e nella preparazione dei trainers a tale insegnamento.

Quali sono i bisogni formativi dei MMG impegnati nella formazione? Quali motivazioni li spingono e quali ostacoli incontrano?

Se da una parte non vi è dubbio che un clinico che supervisioni la pratica di studenti e specializzandi debba essere un clinico competente, dall'altra non si può postulare che un clinico competente sia anche un buon tutor e docente². La necessità di essere preparati alla funzione educativa e di ricevere supporto istituzionale (il cosiddetto "Faculty development") è espressa in maniera pressoché unanime dai GP trainers in tutto il mondo e tuttavia gli interventi posti in atto per rispondere a tali bisogni sono e sono stati storicamente molti diversi nei vari Paesi. Eppure i bisogni formativi dei tutor e dei docenti (che dovrebbero ormai essere considerati membri della stessa Accademia della Medicina Generale - traduzione dall'inglese "GP teaching faculty"⁸) non sembrano variare molto nei contenuti richiesti, quanto piuttosto nel livello di approfondimento e nella complessità tra trainers novizi e trainers esperti.⁹ I novizi si sentono ovviamente più insicuri nel loro ruolo di docenti, esprimono l'esigenza di ricevere ulteriore formazione sulla capacità di dare feedback, di creare un corretto ambiente educativo e di adattare il progetto educativo ai singoli tirocinanti. Questi bisogni sono condivisi anche dagli educatori più esperti, i quali però richiedono un'attenzione più specifica sugli aspetti di management educa-

tivo: vorrebbero competenze più approfondite non solo sulla didattica "uno a uno" col tirocinante, ma anche sulla didattica in piccoli gruppi, sulla facilitazione dei gruppi e su come organizzare workshop, sul monitoraggio del processo di apprendimento, sulla gestione del tempo e sulla di capacità di seguire e sostenere tirocinanti in difficoltà con le loro performance. Inoltre richiedono una preparazione integrativa, anche teorica, in profondità su aspetti quali la valutazione, la leadership, l'apprendimento per adulti e la gestione dei conflitti. E' invece opinione comune a tutti i formatori che la parte essenziale del training della specialità dovrebbe essere effettuata nel setting ambulatoriale della Medicina Generale, ritenendo che sia l'unico luogo dove le competenze costitutive della Medicina di Famiglia possano essere apprese. Per venire incontro ai bisogni educativi espressi dai GP educators a livello europeo, EURACT (l'Accademia europea dei docenti in Medicina Generale) ha promosso nell'ambito del progetto Leonardo da Vinci finanziato dall'unione europea, una programma permanente di corsi per lo sviluppo professionale continuo dei trainers in GP, strutturato su 3 livelli di expertise (dal teacher novizio a quello esperto).

E' interessante notare come nel Regno Unito, dove sono stati definiti da tempo, con notevole anticipo rispetto ad altri Paesi, standard di qualità per il vocational training in General Practice e criteri precisi per la selezione dei trainers, tuttavia lo sviluppo professionale dei general practitioners nel loro ruolo di educatori non è uniforme: nello studio effettuato nel West Midlands Deanery nel 2004 da Waters & Wall¹⁰ solo un 15% dei trainers intervistati possedevano una qualifica da educatori e solo una piccola parte di questi aveva frequentato master universitari ottenendo un diploma in educazione medica (certi-

ficcate in Medical Education). Solo le donne e i trainers che hanno già altri ruoli educativi pensano che tutti i GP trainers dovrebbero conseguire un titolo universitario in Medical Education, mentre gli altri non concordano, ritenendo il MRCGP, integrato dall'offerta formativa della Deanery, sufficiente per il loro ruolo di GP trainer. Il possesso del "certificate of medical education" è stato comunque inserito negli criteri di prossimo sviluppo nel documento del RCGP sugli standards per gli educatori nell'ambito del GP training¹¹. Tutti i formatori devono essere comunque formalmente selezionati e riaccreditati nel tempo. Anche in Australia la maggior parte delle Scuole Mediche sostiene i medici di famiglia nel loro ruolo di formatori, offrendo training specifici sia prima che inizino ad insegnare sia durante l'esercizio delle loro funzioni di insegnamento. Inoltre in quelle situazioni in cui studenti e specializzandi vengono formati nello stesso setting, è previsto che i medici in formazione possano a loro volta svolgere funzioni di insegnamento per gli studenti e vengono organizzati corsi specifici per sviluppare le abilità didattiche degli specializzandi (integrazione verticale).

Per quanto riguarda le motivazioni che spingono i medici di medicina generale a diventare formatori, sono l'attitudine personale all'insegnamento e la gratificazione intrinseca che ne consegue a emergere come fattori determinanti^{10,12}. Sia in Australia che nel Regno Unito i general practitioner coinvolti nella formazione tutoriale si sono dichiarati maggiormente entusiasti del loro lavoro e hanno attribuito tale effetto positivo al fatto di aver sviluppato attraverso il tutoraggio supporti professionali tra pari, di aver avuto contatti con studenti a loro volta entusiasti, di aver dedicato più tempo alle consultazioni coi i pazienti, di aver migliorato inoltre l'immagine dell'ambulatorio (practice) e di aver

ricevuto importanti stimoli per l'educazione continua e la riflessione sulla pratica.

Tra gli ostacoli incontrati dai medici di medicina generale interessati o già coinvolti nell'insegnamento il più importante è rappresentato dalla mancanza di tempo "protetto" per svolgere bene tale funzione e per la formazione continua connessa al ruolo docente. Pur essendo diffusa la consapevolezza che "buoni tutor non si nasce, ma si diventa"¹³, la mancanza di tempo protetto, dovendo anche affrontare i medici di famiglia crescenti carichi di lavoro, rimane una barriera importante. Sempre nello studio di Waters e Wall i medici di famiglia dichiaravano di dedicare da 1 a 6 giorni all'anno allo sviluppo professionale come educatori, ma interrogati su quanto tempo avrebbero voluto dedicarvi, in presenza di tempi protetti e sostegni adeguati, indicavano un tempo variabile da 1 a 4 ore a settimana, equivalente a 5-23 giorni all'anno. L'attività più frequentata per la formazione continua era un "workshop per trainers", le attività che sceglierebbero se avessero a disposizione maggior tempo sarebbero molte altre: letture di approfondimento, attività di formazione a distanza, revisione di videoregistrazioni delle proprie esperienze di insegnamento, incontri con altri colleghi tutor e altre ancora. Ulteriori ostacoli citati allo sviluppo del ruolo didattico sono stati la mancanza di supporto da parte dei colleghi, il mancato riconoscimento del ruolo di docente e tutor anche da un punto di vista della remunerazione e la difficoltà nel trovare sostituti durante gli impegni come docenti¹⁴. In Australia alcuni general practitioner hanno identificato negli standard richiesti alle practice di insegnamento¹⁵ (dal punto di vista dei requisiti infrastrutturali) un ostacolo alla scelta di diventare tutor ma altri li vedono invece come un'opportunità per migliorare alcuni aspetti dei loro centri di salute, inclusi l'infor-

mation technology e la registrazione dei dati dei pazienti. Inoltre i medici di famiglia australiani che sono pagati dai pazienti in un sistema basato sul pagamento delle prestazioni (fee for service) possono sentirsi disincentivati dall'assumere responsabilità di insegnamento per ragioni economiche, soprattutto quando si tratta di insegnare agli studenti che richiedono una maggiore supervisione rispetto agli specializzandi. Gli studi, infatti, riportano un incremento delle ore di lavoro e una più bassa produttività a causa della riduzione del numero di pazienti visti ogni giorno quando lo studente è presente. Tuttavia ci sono evidenze che un tirocinio di durata superiore a 5 mesi ha un effetto positivo sulla produttività di una general practice all'interno di un sistema fee for service.

Esistono evidenze sulla valutazione dei formatori in MG?

Pur essendo molto ben definiti in alcuni Paesi (Regno Unito e Australia) i criteri necessari alle GP practices per ricevere gli incarichi di insegnamento a studenti e specializzandi e richiedendo gli educatori e le loro practice un riaccreditamento periodico (3 anni in Inghilterra), il tema della valutazione degli insegnanti e/o dell'attività formativa da loro fornita è molto più controverso e trova scarse evidenze nella letteratura scientifica. Anche se il Joint Committee on Postgraduate training for General Practice riconosce le difficoltà nel valutare le abilità di insegnamento dei trainers e sottolinea l'importanza di affrontare la questione all'interno delle singole regioni, finora non sono state sviluppate strategie condivise. Tuttavia in letteratura si trovano diverse proposte operative, soprattutto per quel che concerne la valutazione formativa (non certificativa).

Già nel lontano 1984 in Northumbria¹⁶ è stato sviluppato un questionario di valutazio-

ne dei trainers da parte degli specializzandi alla fine del loro vocational training in General Practice con un triplice obiettivo: dare ai tutor un feed-back sulla loro azione formativa, chiarire ai tirocinanti quali standard aspettarsi dai loro trainers e dai loro centri di apprendimento e fornire agli organizzatori dei corsi di specializzazione informazioni relative alle pratiche di insegnamento e ai tutor incaricati. L'opinione dei trainer era che le valutazioni dei tirocinanti fossero un buon indicatore di aree problematiche e che le informazioni avrebbero dovuto essere rese disponibili ai responsabili dell'organizzazione come strumento di miglioramento. Analoghi strumenti basati su questionario sono stati sviluppati in Germania¹⁷ e hanno dimostrato di essere centrati sullo studente e sul contesto e utili per fornire feedback formativi ai formatori.

In Europa invece sono stati proposti metodi di valutazione delle competenze dei medici di medicina generale formatori, applicando versioni modificate dell'OSCE (objective structured clinical evaluation): in alcuni casi^{18,20} le componenti testate riguardavano più competenze di tipo clinico e di comunicazione ritenute essenziali anche per la funzione tutoriale, mentre nel caso del Belgio¹⁹ competenze specifiche di insegnamento: il MSTAT (multiple station teaching assessment test) di Shol infatti è un tipo di OSCE dove ai GP trainers viene dato un compito didattico in maniera standardizzata, nello specifico condurre una conversazione didattica ("learning conversation) con lo studente. Il test dura 1 ora e si articola in 6 stazioni relative alle corrispondenti componenti della competenza testata: disegnare un'agenda di apprendimento, condurre una conversazione di counselling sull'apprendimento, scambiare informazioni sulle consultazioni, condurre una discussione su un caso didattico, da-

re feedback e condurre una conversazione di valutazione formativa. In Belgio questo strumento viene utilizzato per definire il profilo di competenze dei GP trainers all'inizio della loro attività didattica e per orientare e supportare il loro sviluppo professionale come educatori.

Un'altra via suggerita per la valutazione dei trainers riguarda l'utilizzo di portfolio di apprendimento come base per la valutazione. Il Royal College of Physicians and Surgeons of Canada utilizza già un portfolio elettronico nel processo di ricertificazione dei trainers. Da una parte c'è un sostanziale accordo sul valore formativo di tenere un portfolio (e ricevere un feedback su di esso) nell'ambito di un percorso formativo, in particolare ad alti livelli tassonomici di portfolio, che vanno dalla registrazione di azioni e riflessioni sulle azioni, al fare osservazioni sugli outcome formativi, all'elaborazione e applicazione degli apprendimenti verso nuovi obiettivi. Dall'altra parte i dati psicometrici per sostenere l'uso dei portfolio come strumento di valutazione globale certificativa sono scarsi e carenti nella letteratura scientifica. Pitts e altri autori che hanno pubblicato studi²¹ sull'uso di portfolio come strumento di valutazione concludono ipotizzando che le visioni psicometriche tradizionali della affidabilità e validità e una concezione riduzionista del processo di valutazione non siano adatte ad essere applicate a un approccio educativo basato sui portfolio, che essendo "costrutti narrativi" richiedono un'interpretazione e dovrebbero pertanto essere studiati con metodi di ricerca di tipo qualitativo.

Interessante infine la valutazione effettuata in Olanda da van dem Hombergh²² e altri sulle practice di insegnamento da un punto di vista dell'organizzazione e della qualità dei servizi. Esse sono state confrontate con practice non accreditate per l'insegnamento e valutate

usando una combinazione di questionari validati sull'organizzazione del centro di salute per un totale di 369 items ("Visit instrument practice organization"). I risultati mostrano che i medici di famiglia tutor offrono più servizi (inclusi il chronic care management e il quality management) e lavorano in centri meglio organizzati rispetto ai medici non tutor. Inoltre i medici tutor mostrano maggiore entusiasmo e soddisfazione per il proprio lavoro e minore stress da lavoro della controparte, a dispetto del fatto di avere un maggior numero di pazienti iscritti alla practice e di offrire un maggior numero di servizi. I risultati di questo studio^{23,24}, in linea con altri, paiono avere importanti implicazioni in tema di politica sanitaria e di formazione, ma – concludono gli autori – ulteriori studi sono necessari per confrontare le practice di insegnamento con le altre e i medici di famiglia tutor con i non-tutor in un più ampio spettro di valutazioni di qualità come il pay-for-performance, le opinioni dei pazienti e lo sviluppo professionale continuo.

CONCLUSIONI

Pur essendo ancora molto scarse le evidenze in letteratura sulla formazione degli educatori in Medicina Generale, alcuni punti fondamentali risultano chiari: i medici di medicina generale, quando iniziano a esercitare come tutor e docenti, non hanno competenze di insegnamento sufficienti a garantire una formazione di qualità a studenti e specializzandi. Risulta quindi evidente la necessità di una formazione specifica all'insegnamento e le poche evidenze forti attualmente disponibili dimostrano che un corso di formazione, in cui i medici formatori lavorano su obiettivi di apprendimento individuali sulla base dei risultati di un test di valutazione iniziale e in cui sono supervisionati da un facilitatore, è efficace nel migliorare sensibilmente il livello

lo di competenza nell'arco di 1 anno. Tuttavia sembrerebbe che un tempo e un supporto maggiori siano necessari per permettere ai MMG trainer di raggiungere una competenza piena.

Un test a stazioni multiple per la valutazione delle competenze di insegnamento ha dimostrato di essere un accettabile e riproducibile strumento diagnostico e di guida per lo sviluppo professionale continuo dei medici di famiglia impegnati nella formazione.

Molte più evidenze sono disponibili per quanto riguarda i bisogni formativi dei GP trainers: questi più che nei contenuti che sono abbastanza condivisi, differiscono per il livello di approfondimento e la complessità in base all'expertise di partenza di ciascun formatore. Per rispondere a tale diversità un importante iniziativa di Faculty Development è stata posta in atto a livello europeo da EURACT che, nell'ambito del Programma Leonardo da Vinci finanziato dall'Unione Europea, ha sviluppato una piattaforma (framework) permanente per lo sviluppo professionale continuo degli educatori in MG, con corsi di formazione (train the trainer courses) tarati su vari livelli di competenza (da novizio ad esperto).

La motivazione principale che spinge i medici di famiglia a diventare formatori è universalmente una forte attitudine personale, tale da andare oltre gli ostacoli: i più frequenti descritti in letteratura sono la mancanza di tempo protetto per l'insegnamento e la formazione continua in tale campo, la mancanza di supporto da parte dei colleghi e talora la carenza di infrastrutture richieste dagli standard stabiliti per l'accreditamento all'insegnamento.

Il tema della valutazione dei formatori è ancora poco sviluppato: diverse strumenti operativi sono descritti in letteratura (questionari, OSCE, pazienti simulati), ma sono utiliz-

zati per lo più per una valutazione di tipo formativo. L'utilizzo del portfolio è stato proposto, oltre che come strumento di apprendimento, anche come strumento di valutazione dei formatori, ma ulteriori studi sono necessari, soprattutto di ricerca qualitativa, per consolidarne l'attendibilità e la riproducibilità.

Infine un'interessante approccio di valutazione dei formatori è stato effettuato nell'ambito di studi di valutazione delle qualità e dell'organizzazione delle pratiche di medicina generale: gli studi attualmente disponibili sembrano indicare un'associazione positiva tra la pratica dell'insegnamento e l'organizzazione dei servizi e le valutazioni di qualità dei centri di salute in Medicina Generale.

Il master di II livello dell'Università di Modena "Impariamo ad insegnare: metodi e strumenti per l'insegnamento clinico della Medicina Generale nelle Cure Primarie", alla luce della presente revisione, rappresenta un importante iniziativa di Faculty development per l'affermazione e lo sviluppo della Medicina Generale come disciplina accademica. Sia nel panorama nazionale (dove è l'unico master universitario rivolto specificamente alla formazione dei formatori in medicina generale) sia in quello internazionale appare come una delle offerte formative più complete in risposta ai bisogni formativi espressi dai medici di famiglia in questo campo. E' sicuramente auspicabile che al suo interno vengano implementati alcuni aspetti quali quello della valutazione iniziale delle competenze e del monitoraggio del processo di apprendimento (su cui per altro è già in uso lo strumento del portfolio), dell'utilizzo di supervisor durante il tirocinio e dello sviluppo della ricerca in campo pedagogico medico, in modo da rendere l'esperienza visibile e confrontabile con le altre esperienze internazionali nell'ottica della produzione di nuove conoscenze.

Bibliografia

Schol S et al. Individualised training to improve teaching competence of general practitioner trainers: a randomised controlled trial. *Medical Education* 2005; 39 (10): 991-998.

Steinert Y et al. A systematic review of Faculty Development Initiatives designed to improve teaching effectiveness in Medical Education. A BEME systematic review: BEME guide n°8. *Medical Teacher* 2006; 28 (6): 497-526.

Marvel MK. Improving clinical teaching skills using the “parallel process model”. *Family Medicine* 1991; 23 (4): 279-284.

Boendermaker PM et al. What are the characteristics of the competent general practitioner trainer? *Family Practice* 2000; 17 (6): 547-553.

Munro N et al. What are the key attributes of a good general practice trainer: a Delphi study. *Education for General Practice* 1998; 9: 263-270.

Boendermaker PM et al. Core characteristics of the competent general practice trainer, a Delphi study. *Advances in Health Sciences Education* 2003; 8: 111-116.

Evans et al. Teaching consultation skills: a survey of general practice trainers. *Medical Education* 2001; 35: 222-224.

Spencer J et al. Unifying academic general practice. Trainers and tutors should get together. *BMJ* 1993; 307 (6913):1215.

Dilek G et al. Educational expectations of GP trainers. A EURACT needs analysis. *European Journal of General Practice* 2012; 18: 233-237.

Waters Mark and Wall David. Educational CPD: how UK GP trainers develop themselves as teachers. *Medical Teacher* 2007; 29 (6): 160-169.

Standards for GP specialty training: guidance to Deaneries, Royal College of General Practitioners 2008; 11-14.

Larsen K and Perkins D. Training doctors in general practice: a review of the literature. *Australian Journal of Rural Health* 2006; 14: 173-177.

Pereira Gray. Minimum standards for training. *BMJ*; 288: 195-198.

Waters and Wall. Educational CPD: an exploration of the attitudes of UK GP trainers using

.....
focus groups and an activity theory framework. Medical Teacher 2008; 30: 250-259.
.....

Royal Australian College of General Practitioners. Standards for General Practice Education and Training: trainers and training posts 2005. South Melbourne: RACGP, 2004.
.....

Charlewood JE et al. A method of assessment of teaching practices and trainers by their trainees. Journal of Royal College of General Practitioner 1986; 36 (283): 69-71.
.....

Donner-Banzhoff et al. Feedback for general practice trainers: developing and testing a standardised instrument using the importance-quality-score method. Medical Education 2003; 37: 772-777.
.....

Pedregal Gonzalez et al. Evaluation of clinical competence in trainers of Family and Community Medicine Residents. Atención Primaria 2004; 34 (2).
.....

Shol S. A multiple-station test of the teaching skills of general practice preceptors in Flanders, Belgium. Academic Medicine 2001; 76:176-180.
.....

Vernoij-Dassen et al. Quality assessment in general practice trainers. Medical Education 2000; 34(12): 1001-6.
.....

Pitts et al. Educational portfolios in the assessment of general practice trainers: reliability of assessors. Medical Education 1999; 33:515-520.
.....

Van den Hombergh et al. Are family practice trainers and their host practices any better? Comparing practice trainers and non-trainers and their practices. Family Practice 2013; 14:23.
.....

Baker R. Comparison of standards in training and non-training practices. J R Coll Gen Prac 1985; 35:330-332.
.....

Baker R et al. Innovation in general practice: is the gap between training and non-training practices getting wider? Br J Gen Pract 1995; 45: 297-300.
.....

Un Focus Group con i medici di Medicina Generale in formazione specifica consente una ricognizione dei bisogni formativi percepiti dai giovani colleghi. Scaturiscono interessanti considerazioni sia di metodo sia di merito.

Ricerca con *Focus group* sui bisogni formativi dei tirocinanti del primo anno di corso di formazione specifica - ricerca sul campo sui bisogni formativi

L. Mantovani, L. Cerrocchi

OGGETTO DELLO STUDIO

I passi fondamentali per la costruzione di un progetto formativo rivolto ai professionisti della salute si articolano in questi cinque punti: la job description, l'analisi dei bisogni formativi, la definizione degli obiettivi educativi, la scelta dei metodi e delle tecniche didattiche e la valutazione del processo formativo. Nell'ambito dei metodi e delle tecniche didattiche è indispensabile prendere in considerazione il gruppo come metodo d'insegnamento e contesto di apprendimento, perché rappresenta una modalità molto importante di apprendimento trasformativo e di co-costruzione di nuove conoscenze e competenze.

In questo studio ci siamo occupati in modo specifico del progetto formativo che sottende al Corso di Formazione Specifico in Medicina Generale di Modena e attraverso un'indagine sul campo abbiamo voluto

indagare i bisogni formativi dichiarati dai corsisti del 1° anno del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale al fine di raccogliere elementi per una proposta di miglioramento del Corso stesso.

L'indagine sul campo: obiettivi e strumenti
Come suggerito dalla ricerca pedagogica, l'analisi dei bisogni formativi dichiarati dai discenti, al fine di costruire obiettivi aderenti alle necessità formative degli stessi, è un aspetto importante nella costruzione di un progetto formativo corretto, efficace e in grado di coinvolgere i discenti.

L'indagine sul campo, che ha utilizzato come strumenti la scheda socio-anagrafica, formativa e professionale e il *focus group*, ha raccolto le opinioni, le idee, le convinzioni dei tirocinanti del 1° anno del Corso di Formazione Specifica in merito ai loro bisogni formativi. La presenza di un gruppo di corsisti più anziani senza borsa di studio

e di un gruppo di borsisti più giovani con borsa di studio ha influito sul tipo di risposte date dai partecipanti.

LE FASI DELL'INDAGINE

Le fasi in cui si articola l'indagine sono integrate fra di loro.

Le sue componenti principali consistono nella:

- definizione del quadro teorico,
- esplicitazione delle domande, ovvero le questioni che l'indagine vuole affrontare,
- definizione del metodo che riguarda la determinazione del campione, degli strumenti, delle strategie di raccolta e di analisi dei dati.

Una volta definito il quadro teorico generale e specifico, sono state individuate le questioni specifiche.

Gli argomenti indagati sono stati: cosa intendono i corsisti per bisogni formativi, le differenze che intercorrono tra i bisogni formativi di un medico in generale e quelli di un medico di Medicina Generale, gli elementi di debolezza emersi durante i seminari del Corso, gli aspetti positivi dei seminari, le caratteristiche che dovrebbe avere un seminario ideale, gli argomenti in cui come medici in formazione si sentono carenti, le abilità relazionali che sentono di dover ancora acquisire.

IL CAMPIONE DELL'INDAGINE

L'indagine ha coinvolto 11 tirocinanti del 1° anno del Corso di Formazione Specifica sul totale dei 17 che frequentano, scelti con il metodo dell'adesione volontaria. Il gruppo è risultato composto da 6 soggetti di genere maschile e 5 soggetti di genere femminile. Negli intervistati sono presenti due gruppi di età, un gruppo di 4 persone tra i 27 e i 30 e un altro gruppo di 5 persone tra i 51 e i 58 anni, le altre 2 persone hanno rispetti-

vamente 39 e 46 anni. La distribuzione per età coincide, in linea generale, con le diverse modalità di ingresso nel corso: il primo gruppo, sui trent'anni (anche se c'è l'eccezione di un tirocinante di 51) è entrato attraverso il concorso e gode della borsa di studio, i componenti del secondo gruppo, sui cinquant'anni, sono entrati come "sovrannumerari", senza concorso, e non godono della borsa di studio. Tra gli intervistati sono 6 quelli entrati attraverso il concorso e 5 entrati senza concorso.

Questi 2 gruppi si differenziano anche per la località di provenienza: i tirocinanti del gruppo entrato con concorso risiedono a Modena (5 discenti) e Bologna (1 discente), mentre i tirocinanti senza borsa di studio risiedono in province anche molto lontane (Cremona, Gela, Brindisi, Roma).

La presenza di un gruppo di corsisti più anziani senza borsa di studio e di un gruppo di borsisti più giovani con borsa di studio ha influito sul tipo di risposte date dai partecipanti.

L'ANALISI DEI DATI

L'analisi delle risposte al *focus group* ha messo in rilievo diversi aspetti importanti che potranno essere utili in vista di un successivo progetto di miglioramento del Corso di Formazione Specifica.

Il tema che allinea spontaneamente la discussione dei partecipanti e costituisce il fil rouge che accomuna una grande parte degli interventi anche su temi diversi riguarda la possibilità di calare quanto appreso in teoria nella realtà quotidiana del MG, la possibilità di apprendere da lezioni concrete, frutto dell'esperienza dei relatori/animatori e fortemente centrate sulle conoscenze e abilità necessarie a svolgere correttamente l'attività professionale.

In risposta a cosa intendevano per bisogni

formativi i partecipanti hanno individuato sia una carenza di conoscenze teoriche, sia, soprattutto, la capacità di trasformare queste conoscenze in competenze, cioè capacità di rispondere concretamente ai compiti professionali loro assegnati.

L'esperienza accumulata nei tirocini e in esperienze di lavoro è considerata un aspetto indispensabile nella formazione del medico, che deve però avere solide basi teoriche. Queste basi teoriche devono essere costituite dai contenuti specifici della professione; non possono essere contenuti riferiti ad altre specialità e questo è un altro aspetto su cui sono intervenuti ripetutamente i corsisti.

Sulle differenze tra bisogni formativi dei MMG e bisogni dei medici generali è generale la convinzione che il MMG in quanto generalista deve essere a conoscenza della gran parte degli argomenti della medicina, ma questa conoscenza deve essere filtrata nell'ottica della Medicina Generale in risposta ai compiti specifici che ha questa professione sia per quanto riguarda i contenuti che i metodi d'insegnamento.

E' molto interessante vedere come è già elevata nei partecipanti la consapevolezza di quale sia il profilo professionale del MMG

e di quali siano i contenuti specifici della professione. I metodi d'insegnamento devono prevedere lezioni frontali più ridotte, con minor numero di diapositive, altrimenti si corre il rischio di perdere l'attenzione e maggiore interattività con l'aula e soprattutto una struttura della lezione che fornisca in conclusione dei messaggi semplici e pratici che possano guidare nell'attività lavorativa quotidiana.

I contenuti su cui i corsisti avvertono una esigenza formativa riguardano in particolare la gestione dell'emergenza-urgenza (sempre vista nell'ottica della Medicina Generale) su cui propongono un momento di formazione autogestito.

Per quello che riguarda le abilità relazionali, i corsisti ritengono che possano trasmettersi con difficoltà attraverso dei seminari, che possono essere comunque importanti per trasmettere degli strumenti in grado di migliorare la relazione con il paziente e che ritengono di non possedere ancora.

L'indagine svolta ha consentito di esplorare aspetti rilevanti della formazione in questo campo specifico e fornisce elementi importanti per la costruzione di un progetto di miglioramento del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale di Modena.

Bibliografia

Ajello A.M., *La competenza, Il Mulino, Bologna 2002*

Alberici A., *L'educazione degli adulti, Carocci, Roma 2002*

Alessandrini G. (a cura di), *Comunità di pratica e società della conoscenza, Carocci, Roma 2007*

Baldry A.C. *Focus group in azione, Carocci Faber, Roma 2013*

Bert G., *Medicina Narrativa. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2007*

Binetti P. *Educazione medica al bivio, Critical Medicine Publishing, Roma 2004*

Bollettino regionale Emilia Romagna, gennaio 2009

Bovina L., *I focus group. Storia, applicabilità, tecnica, in Bezzi C. (a cura di), Valutazione, Perugia, Giada 1998*

Caimi V. e Tombesi M.(a cura di), *Medicina Generale, UTET, Torino 2000*

Castagna M., *La lezione nella formazione degli adulti, Franco Angeli, Milano 1998*

Cerrocchi L., *La scuola di Barbiana. Un'esperienza di pedagogia popolare fra teorie e prassi educative, Mario Adda editore, Bari 2012*

Cerrocchi L., *Gli strumenti della ricerca e l'analisi dei dati, in Cecconi L. (a cura di), Le rappresentazioni degli insegnanti, Franco Angeli, Milano 2012*

Cerrocchi L. e Dozza L. (a cura di), *Contesti educativi per il sociale. Approcci e strategie per il benessere individuale e di comunità, Erickson, Trento 2007*

Commissione delle Comunità Europee-Europa 2020: una strategia per una crescita intelligente, sostenibile e inclusiva-Comunicazione della Commissione Com, 2010

Commissione europea-Efficienza ed equità nell'educazione in Europa e nei sistemi educativi-Comunicazione della Commissione al Consiglio e al Parlamento Europeo,(SEC(2006)1096) De Camillis S.; Le motivazioni all'educazione continua, EdUP, Roma 1999

De Mennato P., *Nuovi modelli di apprendimento nelle scienze della salute per rispondere alla complessità delle cure, www.pedagogiamedica.it, Rimini, 2008*

- De Natale M.L. *Educazione degli adulti, La Scuola, Brescia 2001*
- Delibera Giunta Regionale E.Romagna 2096/2012
- Demetrio D., *Letà adulta, Carocci, Roma 2003*
- Engel G.L., *Lesigenza di un nuovo modello medico in "Sanità scienza e storia" 1985; No 2: 6-12*
- Fieschi e al., *Medical Humanities in health Care education in Italy: a literature rewiw, Ann. Ist. Super. Sanità, vol 49. No 1: 56-64, 2013*
- Gallini G., *Schola Medici, La Nuova Scuola Scientifica, Roma 1991*
- Garrino L., *La medicina narrativa nei luoghi di formazione e di cura, Edi.ermes, Milano 2010*
- Guida allo studente della Direzione generale Sanità e Politiche Sociali della regione Emilia Romagna 2012
- Guilbert J.J., *Guida pedagogica per il personale sanitario, Edizioni del Sud, Modugno (BA) 2002*
- Iandolo C., *La Pedagogia Medica oggi, Armando, Roma 2000*
- Jarvis P., *Adult education and lifelong learning. Theory and practice, Routledge-Falmer, Taylor & Francis Group, London 2004.*
- Knowles M, *Quando l'adulto impara, Franco Angeli, Milano 1993*
- Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al., *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health system in an interdependent world Lancet 2010; 376, pp. 1923-1958*
- Lotti A., *Modelli di apprendimento e formazione del personale di cura, Quaderni ACP 2012; 19(3), pp. 124-127*
- Maslow A.H., *Motivazione e personalità, Astrolabio, Roma 1973*
- Mazzotta M., *Come organizzare la lezione, Giunti e Lisciani Editori, Teramo 1985*
- McWhinney IR., *A textbook of family medicine II edition Oxford: Oxford University Press, 1997*
- Mezirow J., *Apprendimento e trasformazione, Raffaello Cortina editore, Milano 2003*

.....
Norman G.R., Shannon S.I., Marrin M.L., *The need for needs assessment in continuing medical education*, *BMJ* 2004, pp. 999-1001
.....

Presidenza del Consiglio Europeo, *Conclusioni della Presidenza. Consiglio Europeo di Lisbona 23-24 marzo 2000*
.....

Schön D.A., *Formare il professionista riflessivo*, *Franco Angeli, Milano 2006*
.....

Steinback B., *Imparare da adulti*, *Franco Angeli, Milano 1995*
.....

Tramma S., *Che cos'è l'educazione informale*, *Carocci, Roma 2009*
.....

Tramma S., *Educazione degli adulti*, *Guerini, Milano 2000*
.....

Tresoldi G., *La formazione complementare del medico di medicina generale*, *Atti del seminario "Gli ordini dei medici per la qualità della professione" FNOMCeO Venezia 20-21/11/1998*
.....

Ventriglia G., Turbil E., *Educazione continua in medicina. Progettare e costruire un evento formativo*, *Masson, Milano 2003*.
.....

Vettore L. (a cura di), *L'educazione continua in medicina*, *SIPeM, Roma 2009*
.....

Sitografia

Allulli G., "Da Lisbona a Europa 2020" <http://www.sociologia.uniroma1.it/users/allulli/Da%20Lisbona%20a%20Europa%202020.pdf>
.....

Mion C., *Riflessività* <http://www.edscuola.it/archivio/ped/riflessivita.htm>
.....

La valutazione deve riguardare non solo i discenti ma anche i docenti, le metodologie didattiche, tutte le componenti del percorso didattico. In questo lavoro gli autori riportano i risultati di una analisi dettagliata della qualità del corso di formazione specifica in Medicina Generale nei poli didattici di Modena e Reggio Emilia così come viene percepita dai medici in formazione ma anche dai tutor, da alcuni medici di medicina generale in attività che hanno frequentato il corso in passato e da alcuni dirigenti del Servizio Sanitario Regionale.

Ricerca sulla formazione condotta nel Corso di formazione specifica in Medicina Generale nelle sedi di Modena e di Reggio Emilia

M. Andreoli, O. Capelli

OBIETTIVI

Lo studio si propone di valutare cosa insegniamo e cosa otteniamo almeno in termini di efficacia percepita con il Corso Regionale di Formazione Specifica in Medicina Generale (CRFSMG).

Obiettivo primario:

Rivedere, con il contributo di tutti gli attori coinvolti, il Programma Didattico Seminariale (PDS) del Corso Regionale per la Formazione Specifica in Medicina Generale (CRFSMG) in termini di contenuti didattici e di efficacia formativa percepita al fine di verificare:

1. l'offerta formativa in termini di adeguatezza e di pertinenza ai compiti del MMG,
2. la soddisfazione dei tirocinanti durante e a fine corso per quanto riguarda l'efficacia formativa percepita,

3. l'adeguatezza e pertinenza dei contenuti didattici e l'efficacia formativa percepita nell'esercizio della professione all'interno delle Cure Primarie (CP)
4. la pertinenza in termini di contenuti specifici della Medicina Generale (MG) dal punto di vista di chi esercita la professione di Medico di Medicina Generale (MMG)
5. la coerenza dei contenuti didattici con gli obiettivi del SSN e SSR dal punto di vista del committente (istituzione).

Obiettivi secondari:

Favorire un maggiore coinvolgimento e motivare ulteriormente gli attori coinvolti nel programma didattico seminariale del CRFSMG.

Contribuire al monitoraggio del percorso

formativo lasciando il materiale prodotto a disposizione del Consiglio Didattico Regionale (CDR) come contributo per eventuali interventi sul percorso formativo.

STRUMENTI E METODI

L'indagine è stata condotta negli anni accademici 2012-2013 e 2013-2014 nelle sedi didattiche di Modena e Reggio Emilia, sedi didattiche che storicamente operano in maniera integrata, utilizzano da almeno quattro anni lo stesso programma delle attività didattiche seminariali, e spesso condividono docenti, tutors MMG e coordinatori.

Lo studio ha coinvolto:

- Tirocinanti di un intero triennio del corso presso le sedi didattiche di Modena e Reggio Emilia.
- Tutors MMG e coordinatori didattici della provincia di Modena.
- Direttore Regionale del Servizio Cure Primarie ed Assistenza Distrettuale, Direttori Sanitari e Direttori del Dipartimento di Cure Primarie delle Aziende ASL di Modena e Reggio Emilia.
- Giovani Colleghi MMG che hanno frequentato il CRFSMG e che risultano convenzionati per la MG nell'Azienda ASL di Modena.

A tutti è stato presentato e distribuito il programma delle attività seminariali.

Sono stati predisposti ed utilizzati i seguenti strumenti:

- specifici questionari chiusi (singoli e multipli) e aperti testuali per:
 - Tirocinanti primo anno
 - Tirocinanti secondo e terzo anno
 - Tutors MMG
 - Tirocinanti secondo anno
 - MMG convenzionati che hanno frequentato il CRFSMG
 - Dirigenti del SSR

una *focus group* per MMG convenzionati che hanno frequentato il CRFSMG.

Per aumentare l'attendibilità dei dati raccolti sono state diversificate le fonti, gli osservatori e gli strumenti di rilevazione (triangolazione).

E' stato chiesto ai Tirocinanti all'inizio del primo anno:

1. se tra gli argomenti proposti ve ne fossero, a loro giudizio, alcuni non pertinenti i contenuti della Medicina Generale (MG) e/o non pertinenti il ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG),
2. se, in base alla loro personale lettura dei bisogni formativi percepiti, vi fossero contenuti ritenuti non utili alla loro formazione di futuri MMG,
3. se vi fossero, a loro parere, ulteriori contenuti didattici importanti per la MG e/o il ruolo del MMG da includere nel programma dei seminari.

E' stato chiesto ai tirocinanti del secondo e del terzo anno:

1. se tra gli argomenti proposti e trattati ve ne fossero, a loro giudizio, alcuni non pertinenti i contenuti della Medicina Generale (MG) e/o non pertinenti il ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG),
2. quale fosse il loro grado di soddisfazione relativamente a ciascun contenuto seminariale in termini di efficacia percepita per la loro formazione di futuri MMG.
3. se vi fossero, a loro parere, ulteriori contenuti didattici importanti per la MG e/o il ruolo del MMG da includere nel programma dei seminari.

Successivamente sono stati mostrati ai tirocinanti del secondo anno questi risultati.

Per cercare di indagare i motivi della loro non soddisfazione riguardo l'efficacia formativa percepita è stato utilizzato un questionario con le seguenti domande relative

ai dieci seminari clinici e ai dieci seminari non clinici per i quali avevano mostrato la maggiore insoddisfazione.

Ad ognuna delle seguenti affermazioni si è chiesto di rispondere con un numero da uno a quattro (uno: non sono assolutamente d'accordo; quattro: sono assolutamente d'accordo)

- gli argomenti trattati non erano applicabili al tuo ruolo professionale
- il contenuto formativo non rispondeva ai tuoi interessi professionali personali
- i contenuti formativi non erano all'altezza delle tue aspettative
- il livello di approfondimento degli argomenti trattati non è stato sufficiente
- le tecniche didattiche non erano adeguate per l'apprendimento degli argomenti trattati
- il materiale didattico non è stato adeguato o poco utile o non leggibile
- il docente non era sufficientemente competente
- il docente non aveva una sufficiente chiarezza espositiva
- il docente non ha saputo adattarsi al livello di conoscenza dei partecipanti
- non c'è stata la possibilità di interagire con il docente
- il clima in aula non era buono o comunque disturbato

Le prime quattro domande valutano la utilità percepita, le ultime la didattica ed il docente.

Le domande sono tutte in negativo in quanto si tratta di indagare le cause di un giudizio negativo.

Sono state lette come risposte affermative la 3 la 4, come negative la 1 e la 2.

Si è chiesto ai Colleghi MMG tutors per la formazione specifica ed ai Colleghi MMG

coordinatori delle attività seminariali:

1. se tra gli argomenti proposti ve ne fossero, a loro giudizio, alcuni non pertinenti i contenuti della Medicina Generale (MG) e/o non pertinenti il ruolo del Medico di Medicina Generale (MMG),
2. in quali contenuti tra quelli elencati nel programma hanno riscontrato nei loro tirocinanti le maggiori carenze formative.
3. se nel programma dei seminari vi fossero, a loro parere, ulteriori contenuti didattici importanti per la MG od il ruolo del MMG da includere.

Ai Colleghi MMG già convenzionati per la Medicina Generale è stato poi proposto un *focus group*, una tecnica di indagine qualitativa che permette di conoscere, confrontare, generare convinzioni ed opinioni indagando sia gli aspetti cognitivi che emozionali sia sul piano personale che di gruppo.

Si tratta di una intervista focalizzata di gruppo;

- intervista in quanto vengono poste delle domande,
- focalizzata in quanto verte su di un argomento definito,
- di gruppo perché si cercano e si giocano l'integrazione, il confronto tra diversi punti di vista per la definizione delle opinioni riguardanti l'argomento oggetto dell'intervista.

Le informazioni vengono raccolte dalla interazione fra soggetti che discutono e si confrontano mentre viene garantito loro l'anonimato.

Le domande che attraverso il *focus group* ho posto ai giovani Colleghi MMG formati attraverso il Corso di Formazione Specifica (CRFSMG) ed ormai inseriti nella professione all'interno delle Cure Primarie (CP) sono state:

1. Che impatto ha avuto il Corso di Formazione Specifica sulla vostra professione?

2. Quali difficoltà avete dovuto affrontare all'inizio della vostra attività professionale?
3. Alla fine del Corso, nell'affrontare la professione, in cosa vi sentivate meno preparati?
4. Quale è stata l'efficacia formativa seminariale del vostro Corso di Formazione?
5. Cosa cambiereste del Corso dal punto di vista dell'offerta didattica seminariale e cosa non cambiereste?
6. Come giudicate la metodologia didattica utilizzata in aula?

Le aree di indagine, i campi tematici, che ho voluto indagare con queste domande sono:

- La coerenza tra l'esperienza formativa e l'esercizio della professione
- La percezione dell'impatto sulla attività professionale
- La percezione degli effetti dell'esperienza formativa sui destinatari
- I punti di forza e di criticità dell'esperienza formativa.
- La metodologia didattica

Ritenendo importante il contributo di tutti e per un confronto con quanto emerso dal *focus group*, ho chiesto anche a tutti i Colleghi MMG convenzionati con la ASL di Modena che hanno frequentato il corso una prima valutazione di impatto del loro percorso formativo sull'esercizio della attività professionale tramite un questionario nel quale ho posto le seguenti domande:

1. I contenuti dell'esperienza formativa sono stati coerenti con la tua attività professionale?
2. Quanto hai appreso ha modificato la tua condotta lavorativa?
3. L'esperienza formativa ti ha aiutato a percepire o a cambiare la percezione del tuo ruolo professionale?
4. L'esperienza formativa ti ha motivato verso la tua attività professionale?
5. L'esperienza formativa ti ha aiutato a cre-

scere nella capacità di comunicazione interpersonale?

6. L'esperienza formativa ti ha reso più abile nella gestione dei conflitti?
7. L'esperienza formativa ha influenzato positivamente il tuo grado di collaborazione con i Colleghi ed il personale sanitario?
8. A distanza di tempo ritieni che l'esperienza formativa sia stata utile per il tuo lavoro?
9. Appena terminata l'esperienza formativa avevi la stessa opinione?
10. Nel tempo la tua percezione dell'efficacia formativa è migliorata?
11. Nel tempo la tua percezione dell'efficacia formativa è peggiorata?
12. Quali sono stati i punti di forza dell'esperienza formativa?
13. Quali sono stati i punti di criticità dell'esperienza formativa?

Ho letto come giudizio positivo le risposte da 4 a 6 e come giudizio negativo le risposte da 1 a 3.

Infine ho chiesto, tramite il questionario a domande aperte di cui all'allegato 11, al Direttore Regionale del Servizio Cure Primarie ed Assistenza Distrettuale, al Direttore Sanitario e al Direttore del Programma Cure Primarie della ASL di Reggio Emilia, al Direttore Sanitario e al Direttore del Dipartimento di Cure Primarie della ASL di Modena:

1. Se a loro parere l'attuale programma delle attività seminariali del CRFSMG è coerente per quanto riguarda i contenuti didattici con gli obiettivi del SSN e SSR.
2. Quali sono oggi a loro parere le maggiori carenze formative dei MMG
3. Se vi siano, a loro parere, ulteriori contenuti didattici importanti per la MG od il ruolo del MMG da includere nel programma dei seminari.

RISULTATI

Analisi dei questionari somministrati ai tirocinanti del primo anno di corso

Sono stati raccolti 12 questionari su 16 distribuiti (75%).

Hanno risposto due Colleghi tirocinanti laureati da meno di due anni, tre laureati da più di due anni, due laureati da più di cinque anni e tre laureati da più di dieci anni (due non hanno dichiarato l'età di laurea). Uno dei Colleghi in formazione è specialista in malattie infettive, un altro in nefrologia. La tabella I illustra le risposte alla prima domanda.

Da segnalare che tutti questi argomenti riguardano seminari non clinici.

Non vengono riportate in questa tabella e nelle successive singole segnalazioni di singoli tirocinanti che ritengo possano rientrare assolutamente nella norma.

Le risposte alla seconda domanda sono illustrate nella tabella II

Ancora una volta seminari non clinici.

Alla terza domanda se vi fossero, a loro parere, ulteriori argomenti importanti per la MG od il ruolo del MMG da includere nel programma dei seminari i Colleghi tiroci-

TABELLA I

SEMINARI RITENUTI NON PERTINENTI PER LA MG E/O IL MMG	SEGNALATORI
Evoluzione della medicina generale, Medicina generale in Europa.	50% (6/12)
Consultazione in medicina generale, Modello bio-psico-sociale, Epidemiologia e statistica sanitaria, Il paziente antipatico ed il frequent attender, I rapporti con gli informatori del farmaco.	42% (5/12)
Evoluzione del concetto di salute, Influenza dei media e l'informazione dei cittadini, Ciclo della qualità, Ricerca in medicina generale.	33% (4/12)
Il setting in medicina generale, L'analisi del processo decisionale, Le prove di evidenza, Le diversità culturali e la percezione di malattia, Medicalizzazione dei problemi, Disagio psichico, Counselling e tecniche di gestione del colloquio, Medicina ambientale, Management dello studio.	25% (3/12)

TABELLA II

SEMINARI NON UTILI PER LA FORMAZIONE DI UN MMG	SEGNALATORI
Deontologia medica, Introduzione alla metodologia clinica, Analisi del processo decisionale, Evoluzione del concetto di salute, Influenza dei media e informazione dei cittadini, Rapporti con gli informatori del farmaco	25% (3/12)
Epidemiologia e statistica sanitaria, Problem solving, Prove di evidenza, Appropriatezza dei test, Medicalizzazione dei problemi, Approccio al soggetto sano, Uso del Personal Computer.	17% (2/12)

nanti del primo anno di corso hanno proposto i titoli riportati nella tabella III:

Analisi dei questionari somministrati ai tirocinanti del secondo anno di corso

Sono stati raccolti 12 questionari su 16 distribuiti (75%).

Hanno risposto sette Colleghi tirocinanti laureati da più di due anni e tre laureati da più di dieci anni (due non hanno dichiarato l'età di laurea)

Uno dei Colleghi in formazione è specialista

in scienza dell'alimentazione. Le risposte alla prima domanda sono illustrate nella tabella IV.

Anche in questo caso si tratta quasi esclusivamente di seminari non clinici.

Rispondendo alla seconda domanda i tirocinanti del secondo anno si sono dichiarati insoddisfatti in termini di efficacia percepita per la loro formazione di futuri MMG dei seminari riportati nella tabella V.

TABELLA III

SUGGERIMENTI	OSSERVAZIONI
Pediatria (urgenze e principali patologie)	Tale bisogno formativo sembra scaturire dall'esperienza professionale nell'ambito della Continuità Assistenziale che molti tirocinanti svolgono come attività prevalente.
Geriatrica (disidratazione e l'anziano scompensato polipatologico)	Il corso prevede già un seminario sul paziente anziano all'interno del quale dovrebbero trovare spazio questi contenuti magari ampliando il numero delle ore.
Psicologia (gestione emotiva degli aspetti relazionali del MMG)	Il programma prevede già un seminario su counselling e tecniche di gestione del colloquio nel quale dovrebbero trovare ampio spazio queste problematiche ed una intera sezione di seminari non clinici sul rapporto medico paziente.
Gestione rapporto MMG-infermiere- specialista	Questo tema è certamente uno dei più attuali ed urgenti per il Servizio Sanitario (committente) tanto da rendere forse necessaria una precisa definizione di uno o due seminari specifici da allocare nel nono gruppo di seminari non clinici. Con questi due ultimi suggerimenti i Tirocinanti del primo anno che affrontano il corso sembrano leggere tra i loro bisogni formativi qualcosa che va oltre la clinica e che finalmente attiene lo specifico di una professione, il saper essere.
Ematologia di base (lettura emocromo ecc.)	Il corso prevede un gruppo di seminari clinici su sangue ed organi emopoietici
Interpretazione degli esami di laboratorio	Il corso prevede seminari sia sulla chimica clinica in laboratorio e nello studio del MMG che sull'appropriatezza dei test.
Reumatologia	Vi sono già due seminari clinici dedicati in ambito osteoarticolare.
La profilassi vaccinale	Titolo certamente importante per la MG e pertinente dovrebbe trovare spazio all'interno del seminario sui piani nazionali e regionali per la salute.
La stipsi	Dovrebbe già trovare ampio spazio e trasversale all'interno dei numerosi seminari sull'apparato digerente e nel seminario sul paziente anziano.
Glaucoma e cataratta	Dovrebbero trovare spazio nel seminario sui disturbi visivi.

TABELLA IV

SEMINARI RITENUTI NON PERTINENTI PER LA MG E/O IL MMG	SEGNALATORI
Evoluzione della Medicina Generale, Medicina generale in Europa, Setting in medicina generale, Problem solving, Evoluzione del concetto di salute.	67% (8/12)
Consultazione in medicina generale, Modello bio-psico-sociale, Analisi del processo decisionale, Epidemiologia e statistica sanitaria, Influenza dei media e informazione dei cittadini, Medicina ambientale.	58% (7/12)
Introduzione alla metodologia clinica, Uso del PC, Software di gestione dello studio, Reti della medicina, Fonti informative, Farmaci ed EBM, Farmaco economia, Ciclo della qualità.	50% (6/12)
Piani nazionali e regionali per la salute, Prove di evidenza, Il nuovo paziente, Il paziente antipatico ed il frequent attender, Operazioni sul data base, Classificazioni e codifiche, Rapporti con gli informatori del farmaco.	42% (5/12)
Medicina popolare e medicine alternative, Gestione del conflitto e condivisione, Management dello studio, Metodologia dell'audit.	33% (4/12)
Cure primarie, Appropriatazza dei test, Medicalizzazione dei problemi, Nucleo di cure primarie, Farmacovigilanza, Ricerca in medicina generale, Chimica clinica in laboratorio e nello studio del MMG, Rischio lavorativo e malattie professionali.	25% (3/12)
Deontologia medica, Servizio sanitario nazionale e regionale, Approccio al soggetto sano, Gestione di una relazione di lunga durata, Medicina in associazione	17% (2/12)

TABELLA V

INSODDISFAZIONE RELATIVA ALL'EFFICACIA PERCEPITA	SEGNALATORI
Servizio sanitario nazionale e regionale, Ipertensione arteriosa, Tumore prostatico con particolare riferimento alla prevenzione, Rischio lavorativo e malattie professionali.	58% (7/12)
Cure primarie, Prove di evidenza, Gestione di una relazione di lunga durata, Reti della medicina, Metodologia dell'audit, Epatiti, Influenza, Ansia e depressione.	50% (6/12)
Deontologia medica, Piani nazionali e regionali per la salute, Epidemiologia e statistica sanitaria, Uso del PC, Operazioni sul data base, Management dello studio, Medicina in associazione, Farmaci ed EBM, Tumori polmonari, Malattie professionali.	42% (5/12)
Introduzione alla metodologia clinica, Problem solving, Diversità culturali e percezione di malattia, Disagio psichico, Prevenzione delle malattie evitabili, Software di gestione dello studio, Classificazioni e codifiche, Fonti informative, Assistenza domiciliare, Nucleo di cure primarie, Rapporti con gli informatori del farmaco, Ciclo della qualità, Ricerca in MG, Ecografia in MG, Dolore toracico, Parassitosi intestinali, Linfadenomegalie, Climaterio e contraccezione, Tossicodipendenze alcool e fumo.	33% (4/12)
Convenzione per la medicina generale, Analisi del processo decisionale, Medicalizzazione dei problemi, Medicina popolare e medicine alternative, Approccio al soggetto sano, Medicina ambientale, Gestione del conflitto e condivisione, Prescrizione dei farmaci in medicina generale, Interazione tra farmaci, Farmacovigilanza, Febbre, Tumori di fegato e pancreas, Osteoporosi, Disturbi della sfera sessuale, Nodulo della mammella, Piaghe da decubito, Cure palliative ed il malato terminale, Paziente anziano.	25% (3/12)

BOX 1 SEMINARI CLINICI CON SCARSA EFFICACIA PERCEPITA

In ordine decrescente per frequenza di segnalazione (dal 58% al 25%)

Ipertensione, tumore della prostata con particolare riferimento alla prevenzione, rischio lavorativo e malattie professionali, influenza, ansia e depressione, epatiti, tumore del polmone, dolore toracico, climaterio e contraccezione, tossicodipendenze alcool e fumo, linfadenomegalie, parassitosi intestinali, febbre, osteoporosi, disturbi della sfera sessuale, nodulo della mammella, piaghe da decubito, cure palliative e malato terminale, paziente anziano.

Qui compaiono trentanove seminari non clinici ma anche ventuno seminari clinici che gli stessi tirocinanti avevano valutato come importanti per la loro formazione.

Alcuni di questi titoli sono estremamente importanti per il MMG e vengono, come si è visto sopra, ritenuti dagli stessi tirocinan-

ti importanti per la loro formazione di futuri MMG.

A questo punto, per cercare di individuare le cause della mancata percezione dell'efficacia formativa, sono stati mostrati agli stessi tirocinanti, che ora hanno iniziato il terzo anno, questi risultati ed ho proposto loro un questionario con le seguenti domande rela-

TABELLA VI

AFFERMAZIONI	RISPOSTE A FAVORE	
	Seminari clinici %	Semin. non clinici %
i contenuti formativi non erano all'altezza delle aspettative	80	64
il livello di approfondimento degli argomenti trattati non è stato sufficiente	64	44
il docente non ha saputo adattarsi al livello di conoscenza dei partecipanti	62	44
le tecniche didattiche non erano adeguate per l'apprendimento degli argomenti trattati	52	44
il docente non aveva una sufficiente chiarezza espositiva	52	38
il materiale didattico non è stato adeguato o poco utile o non leggibile	47	37
non c'è stata la possibilità di interagire con il docente	46	31
il clima in aula non era buono o comunque disturbato	34	28
il contenuto formativo non rispondeva agli interessi professionali personali	33	65
gli argomenti trattati non erano applicabili al ruolo professionale	28	40
il docente non era sufficientemente competente	27	22

TABELLA VII

ARGOMENTI SUGGERITI	OSSERVAZIONI
Emergenze mediche, BLS primo soccorso e rianimazione	Fanno sicuramente parte della formazione del futuro MMG Molti tirocinanti svolgono servizio di Continuità Assistenziale
Seminari in ambito pediatrico	Stesse considerazioni di cui sopra.
Diabete Mellito e Demenza	Esistono già un seminario sul diabete, ed uno sui disturbi cognitivi con particolare riferimento alla demenza
Il paziente immigrato	Esiste già il relativo seminario all'interno del programma

TABELLA VIII

SEMINARI RITENUTI NON PERTINENTI per MG e/o MMG	SEGNALATORI
Medicina ambientale	57% (8/14)
Uso del PC e Rapporti con gli informatori	36% (5/14)
Ecografia in Medicina Generale,	29% (4/14)
Malattie rare,	21% (3/14)
Management dello studio e Ciclo della qualità	14% (2/14)

tive ai dieci seminari clinici e ai dieci seminari non clinici per i quali avevano mostrato la maggiore insoddisfazione.

Sono stati raccolti quindici questionari su quindici distribuiti (100%).

La tabella VI riporta la percentuale di risposte con le quali i tirocinanti si sono dichiarati d'accordo con le affermazioni proposte. Alla terza domanda se vi fossero, a loro parere, ulteriori argomenti importanti per la MG od il ruolo del MMG da includere nel programma dei seminari i Colleghi in formazione del secondo anno hanno suggerito i titoli della Tabella VII.

Analisi dei questionari somministrati ai tirocinanti del terzo anno di corso

Sono stati raccolti quattordici questiona-

ri di venti distribuiti (70%). Hanno risposto sette Colleghi in formazione laureati da più di due anni, un Collega laureato da più di cinque anni e sei Colleghi laureati da più di dieci anni. Un Collega tirocinante è specialista in Gastroenterologia, uno in Anatomia Patologica ed uno in Chirurgia Generale e Criminologia.

Le risposte alla prima domanda sono illustrate nella tabella VIII.

Vengono segnalati sette seminari di cui sei non clinici ed uno clinico del terzo gruppo (aspetti clinici generali e di comunità).

Alla seconda domanda: quale fosse il loro grado di soddisfazione relativamente a ciascun contenuto seminariale in termini di efficacia percepita per la loro formazio-

BOX 2 SEMINARI CLINICI CON SCARSA EFFICACIA PERCEPITA

In ordine decrescente per frequenza di segnalazione (dal 79% al 21%)

Progetto Leggeri, Tossicodipendenze, alcolismo e fumo, Disturbi del cavo orale, Malattie dell'orecchio, Problemi dell'udito, Malattie rare, Aritmie, Terapia fisica e riabilitazione, Disturbi della sfera sessuale, Vasculopatie arteriose periferiche, Parassitosi intestinali, Influenza, Anemie, Ictus e TIA, Tumore prostatico con particolare riferimento alla prevenzione, ECG di base, Emorragie digestive, Tumori polmonari, Tubercolosi polmonare, Dolore lombare, Patologie articolari infiammatorie e degenerative, Nevi e neoplasie cutanee, Viaggi e salute, Malattie professionali, Paziente immigrato, Rischio lavorativo e malattie professionali, Mal di gola, Dispepsia, Cardiopatia ischemica, Rianimazione cardiopolmonare, Trombosi venosa profonda, Epatiti, Epistassi ematomi e turbe della coagulazione, Obesità e magrezze, Ansia e depressione, Disturbi cognitivi con particolare riguardo alla demenza, Emergenze psichiatriche e TSO, Aallergopatie dermatologiche, Patologia ungueale, Piaghe da decubito, Disturbi visivi, Rinite vasomotoria, Paziente siero-positivo e con AIDS.

TABELLA IX

INSODDISFAZIONE RELATIVA ALL'EFFICACIA FORMATIVA PERCEPITA	SEGNALATORI
Progetto Leggeri, Tossicodipendenze, alcolismo e fumo,	79% (11/14)
Medicina popolare e medicine alternative,	71% (10/14)
Cavo orale, Chimica clinica in laboratorio e nello studio del MMG, Operazioni sul data base,	64% (9/14)
Medicina ambientale, Malattie dell'orecchio.	57% (8/14)
Couselling e tecniche di gestione del colloquio, Gestione di una relazione di lunga durata, Uso del PC, Software di gestione dello studio, Ecografia in MG, Problemi dell'udito, Malattie rare.	50% (7/14)
Argomenti di medicina legale, Influenza dei media e informazione dei cittadini, Medicalizzazione dei problemi, Classificazioni e codifiche, Le reti della medicina, I rapporti con gli informatori, La ricerca in medicina generale, Elettrocardiografia in medicina generale, Aritmie, Terapia fisica e riabilitazione, Disturbi della sfera sessuale.	43% (6/14)
Consultazione in MG, Introduzione alla metodologia clinica, Epidemiologia e statistica sanitaria, Appropriatezza dei tests, Evoluzione del concetto di salute, Disagio psichico, Prevenzione delle malattie evitabili, Il nuovo paziente, Gestione del conflitto e condivisione, Il paziente antipatico ed il frequent attender, Fonti informative, Ciclo della qualità, Vasculopatie arteriose periferiche, Parassitosi intestinali, Influenza, Anemie, Ictus e TIA, Tumore prostatico con particolare riferimento alla prevenzione.	36% (5/14)
Modello bio-psico-sociale, Analisi del processo decisionale, Prove di evidenza, Interazioni tra i farmaci, Metodologia dell'audit, ECG di base, Emorragie digestive, Tumori polmonari, Tubercolosi polmonare, Dolore lombare, Patologie articolari infiammatorie e degenerative, Nevi e neoplasie cutanee, Viaggi e salute, Malattie professionali, Il paziente immigrato, Rischio lavorativo e malattie professionali.	29% (4/14)
La convenzione per la MG, Evoluzione della MG, Il setting in MG, Diversità culturali e percezione di malattia, Approccio al soggetto sano, Management dello studio, Farmaco economia, Farmacovigilanza, Mal di gola, Dispepsia, Cardiopatia ischemica, Rianimazione cardiopolmonare, Trombosi venosa profonda, Epatiti, Epistassi ematomi e turbe della coagulazione, Obesità e magrezze, Ansia e depressione, Disturbi cognitivi con particolare riguardo alla demenza, Emergenze psichiatriche e TSO, Allergopatie dermatologiche, Patologia ungueale, Piaghe da decubito, Disturbi visivi, Rinite vasomotoria, Il paziente siero-positivo e con AIDS.	21% (3/14)

ne di futuri MMG i tirocinanti del terzo anno hanno risposto come viene illustrato nella tabella IX.

Ancora una volta molti di questi titoli sono estremamente importanti per il MMG e vengono, come si è visto sopra, ritenuti dai tirocinanti importanti per la loro formazio-

ne di futuri MMG. Alla domanda se vi fossero, a loro parere, ulteriori argomenti importanti per la MG e/o il ruolo del MMG da includere nel programma dei seminari i Colleghi in formazione del terzo anno hanno suggerito i titoli della tabella X.

TABELLA X

SUGGERIMENTI	OSSERVAZIONI
Definizione di MG secondo WONCA	Rientra certamente nei contenuti del terzo gruppo di seminari non clinici sulla peculiarità della Medicina Generale
Counselling e tecniche di gestione del colloquio	Esiste già il relativo seminario
Il lavoro in equipe	Uno dei temi più attuali ed urgenti per il Servizio Sanitario
Il servizio di continuità assistenziale ed emergenze-urgenze	E'ambito professionale nel quale molti tirocinanti svolgono la loro attività prevalente
Seminari in ambito pediatrico	Vedi nota sopra
Seminario sulle maxiemergenze	Deriva dall'esperienza del recente terremoto di cui molti tirocinanti hanno fatto esperienza personale oltre che professionale
Gestione della TAO	Pertinente visto l'alto numero di pazienti in TAO da gestire
Diagnostica per immagini (nuove metodiche)	Potrebbe essere un seminario all'interno del gruppo sulle metodologie diagnostiche.
Argomenti di ortopedia (ginocchio e spalla).	Soprattutto la patologia del ginocchio e della spalla per la loro prevalenza debbono entrare tra i seminari clinici dell'apparato osteoarticolare
Emodialisi	Non rientra tra i compiti del MMG, rientra invece tra i compiti del MMG la gestione di un paziente dializzato e potrebbe essere un seminario del terzo gruppo sugli aspetti clinici di carattere generale
Sindromi da malassorbimento	Potrebbe trovare spazio all'interno dei seminari sull'apparato digerente dove c'è già un seminario sul M. Celiaco
Autoimmunità	Dovrebbe già avere un suo spazio nel seminario sulle connettiviti e le malattie autoimmuni
Cirrosi e sue complicanze e steatosi	Dovrebbero trovare spazio all'interno dei seminari su epatiti ed ittero
Dislipidemie	E'un seminario importante che oggi manca
Diarrea	Trova spazio all'interno dei seminari sull'apparato digerente
Regolamentazione accesso alla graduatoria della MG punteggi ecc	E'un titolo che ha assoluta necessità di essere trattato all'interno del seminario sulla convenzione per la MG
Cosa sono i sindacati e le società scientifiche, quali opportunità, perché iscriversi	Potrebbe essere un argomento da inserire all'interno del seminario sulla evoluzione della MG

ANALISI DEI QUESTIONARI SOMMINISTRATI AI MMG TUTOR

Sono stati raccolti quattordici questionari di trentuno distribuiti. I MMG tutors per la formazione specifica sono stati tutti, in questi ultimi anni, impegnati per almeno un semestre/anno in attività tutoriale. Per quanto riguarda la prima domanda il programma viene ritenuto adeguato e completo, singole segnalazioni indicano come poco pertinenti i seminari di cui al BOX 3.

Pur ricordando che si tratta di singole segnalazioni stupiscono molto questi titoli ad eccezione della medicina in associazione che, se intesa come forma associativa, non è più riconosciuta nella Regione Emilia Romagna e dovrebbe essere sostituita da un seminario sulle due forme associative ancora riconosciute: la medicina in rete e la medicina di gruppo. I tirocinanti vengono nel complesso ritenuti molto preparati, singole segnalazioni evidenziano le carenze formative di cui al BOX 4.

Da sottolineare che si tratta di singole segnalazioni di riscontro assolutamente fisiologico. Alla domanda se nel programma dei seminari vi fossero, a loro parere, ulteriori

argomenti importanti per la MG e/o il ruolo del MMG da includere, i MMG tutors suggeriscono i titoli della tabella XI.

Risultati dei focus group a colleghi mmg che hanno frequentato il corso

Sono stati individuati nella provincia di Modena ventidue Colleghi convenzionati per la MG usciti dal Corso di Formazione Specifica e tre giovani Colleghi impegnati attualmente a tempo pieno nella MG.

Tutti questi Colleghi sono stati invitati a partecipare ad un *focus group* con l'obiettivo di indagare:

- La coerenza tra l'esperienza formativa e l'esercizio della professione
- La percezione dell'impatto sulla attività professionale
- La percezione degli effetti dell'esperienza formativa sui destinatari
- I punti di forza e di criticità dell'esperienza formativa.
- La metodologia didattica.

Hanno accettato l'invito sette Colleghi con una età media di 39 anni in arco di età variabile da 31 a 57 i quali hanno terminato il corso tra il 2005 ed il 2011 ed in convenzione al massimo da due anni.

BOX 3 SEMINARI NON PERTINENTI LA MG E/O IL RUOLO DEL MMG

Il paziente antipatico e il frequent attender, il modello bio-psico-sociale, evoluzione della Medicina Generale, la Medicina Generale in Europa, la consultazione in Medicina Generale, diversità culturali e percezione di malattia, medicina popolare e medicine alternative, gestione di una relazione di lunga durata, operazioni sul data base, Medicina in associazione, il paziente anziano, i piani nazionali e regionali per la salute, le malattie rare.

BOX 4 CARENZE FORMATIVE DEI TIROCINANTI

ECG di base, Aritmie, Vertigini, anoressia e bulimia, obesità e magrezza, tossicodipendenze, alcolismo e fumo, linfadenomegalie, disturbi della sfera sessuale, farmacovigilanza, progetto Leggieri, la certificazione medica, diversità culturali e percezione di malattia, medicalizzazione dei problemi, disagio psichico, medicina popolare e medicine alternative, le fonti informative, ecografia in medicina generale, osteoporosi, diabete mellito

TABELLA XI

SUGGERIMENTI	OSSERVAZIONI
I profili di nucleo	Potrebbero trovare spazio all'interno del seminario sul Nucleo di Cure Primarie
La medicina difensiva e la tenuta della cartella clinica (il punto di vista del medico legale)	Dovrebbero trovare spazio all'interno del seminario sulla medicina legale
I doppioni di competenza (centri che fanno cose che dovrebbe fare il MMG)	Mi sembra un problema di competenza dell'organizzazione del servizio sanitario cui accennare all'interno dei relativi seminari
Il paziente ipocondriaco informato (cybercondriaco) fonte di spesa e di born out	Argomento molto attuale che trova la sua naturale allocazione all'interno del seminario sull'influenza dei media e l'informazione dei cittadini
Discrepanza tra linee guida e poliedricità clinica-culturale-sociale del paziente ambulatoriale	Potrebbe essere un seminario da inserire tra quelli sulla valutazione della qualità delle cure: metodologia dell'audit, ciclo della qualità, la ricerca in MG
Rapporti con il personale di studio, integrazione nella multi professionalità, aspetti relazionali in un gruppo di medicina generale	Il lavoro in equipe e l'integrazione multiprofessionale dovrebbero trovare trattazione in diversi seminari non clinici e come suggerito dai Colleghi del primo anno di corso per quanto riguarda la gestione del rapporto MMG- infermiere-specialista questo tema è certamente uno dei più attuali ed urgenti per il Servizio Sanitario (committente) tanto da rendere forse necessaria una precisa definizione di uno o due seminari specifici da allocare nel nono gruppo di seminari non clinici
Approccio alla medicina narrativa	Potrebbe essere il titolo di un seminario da inserire all'interno del gruppo sulla valutazione della qualità delle cure
Piccola chirurgia ambulatoriale	Potrebbe essere il titolo di un seminario da inserire tra quelli sugli aspetti clinici di carattere generale
Gestione della TAO	Merita un seminario dedicato da inserire nel terzo gruppo dei seminari clinici visto l'alto numero di pazienti in Terapia Anticoagulante Orale gestiti in Regione attraverso percorsi integrati MMG Specialista e l'introduzione dei nuovi anticoagulanti orali
Il piede diabetico	Deve trovare spazio all'interno del seminario sul diabete
Medicina delle catastrofi	Viene suggerito da Colleghi MMG che hanno vissuto a livello personale e professionale l'esperienza del recente terremoto in Emilia e la successiva esondazione del fiume Secchia
La fitoterapia	Potrebbe trovare spazio all'interno del seminario sulla medicina popolare e le medicine alternative
L'etica medica	Dovrebbe essere un file rouge che si dipana all'interno di tutti i seminari e dovrebbe trovare una sua specifica trattazione all'interno del seminario sulla deontologia medica
Embolia polmonare	Esiste già un seminario sulla trombosi venosa profonda all'interno del quale non si può non affrontare l'embolia polmonare
Il paziente omosessuale dichiarato e non	Dovrebbe essere trattato all'interno del seminario sui disturbi della sfera sessuale

Il *focus group* è stato condotto presso la sede del CeVEAS a Modena in data 05-02-2014 da un moderatore mentre come osservatore esterno era presente la Dr.ssa Licia Mantovani MMG, animatore di formazione, che si è resa disponibile ad analizzare l'intervista in modo del tutto autonomo per poi confrontare con il moderatore le conclusioni al fine di permettere una triangolazione dei risultati.

Di seguito viene riportata l'analisi emersa dal confronto e dall'integrazione delle due letture.

Le domande (D) che attraverso il *focus group* sono state poste ai giovani Colleghi MMG formati attraverso il Corso di Formazione Specifica (CRFSMG) ed ormai inseriti nella professione all'interno delle Cure Primarie (CP) sono state:

- D1. Che impatto ha avuto il Corso di Formazione Specifica sulla vostra professione?
- D2. Quali difficoltà avete dovuto affrontare all'inizio della vostra attività professionale?
- D3. Alla fine del Corso, nell'affrontare la professione, in cosa vi sentivate meno preparati?
- D4. Quale è stata l'efficacia formativa seminariale del vostro Corso di Formazione?
- D5. Cosa cambiereste del Corso dal punto di vista dell'offerta didattica seminariale e cosa non cambiereste?
- D6. Come giudicate la metodologia didattica utilizzata in aula?

D1: Dall'analisi del *focus group* emerge che l'impatto più importante che il Corso ha avuto sulla professione riguarda ...” *la consapevolezza in positivo come motivo di crescita e di spinta che la MG ha delle sue caratteristiche per l'approccio clinico, per l'approc-*

cio relazionale, per l'approccio metodologico ed ha anche una sua qualità che è sempre da ricercare”...

Ancora la capacità di confrontarsi, di imparare dal confronto e di sapersi relazionare con i Colleghi e con i pazienti...” *la parte relazionale è quella che mi ritrovo a maneggiare di più e mi rendo conto che fare il corso a questo serve”...*

Importanti le relazioni che si stabiliscono durante il corso con i Colleghi (tirocinanti, specialisti, MMG).

Concetti chiave: consapevolezza, relazione, confronto.

D2: Le difficoltà che i Colleghi si sono trovati ad affrontare all'inizio della professione riguardano soprattutto la solitudine professionale, la mancanza di rapporti e di confronto tra Colleghi, la mancanza di una vera rete...” *ho sempre pensato che fosse un professione non da svolgere in autonomia”...”si parla tanto di equipe ma quando mai, neanche una volta neanche piangendo”...*

Ancora: l'organizzazione del lavoro...” *difficoltà ad avere un impegno fisso, di essere tutti i giorni all'interno di quell'ambulatorio, con orari fissi e ci devi essere, prima ero sostituita e stavo da Dio, un battitore libero, l'avrei fatto cento anni”...* gli aspetti burocratici con le loro mille regole, la capacità di coniugare l'inquadramento del paziente con l'appropriatezza...” *a volte arriva il paziente con con un lenzuolo di richieste specialistiche, TC di qua e di là avanti e indietro”...*

L'approccio e la gestione del paziente cronico complesso soprattutto a domicilio, dell'oncologico.

Concetti chiave: solitudine professionale, organizzazione del lavoro, burocrazia, appropriatezza, cronicità, domiciliarità.

D3: Alla fine del Corso i Colleghi si senti-

vano meno preparati soprattutto sulla gestione delle malattie croniche e del domicilio. Avvertivano il bisogno di una formazione più strutturata sul counselling..”*sul counselling intendo proprio uno specifico percorso formativo che secondo me il MMG deve avere*... e mancavano di conoscenze e di pratica sulle procedure manuali.

Dal punto di vista clinico le branche in cui si sentivano più carenti fin dall'università erano la pediatria, l'ostetricia e la ginecologia, la traumatologia e l'uso dei farmaci.

Concetti chiave: cronicità, domiciliarità, counselling, manualità, uso dei farmaci.

D4: Dal punto di vista dell'efficacia formativa del percorso seminariale il corso è efficace ma non sviluppa tutte le potenzialità che potrebbe avere.

I Colleghi riconoscono di avere appreso un metodo e degli strumenti di ragionamento clinico, di avere preso consapevolezza della peculiarità della MG, di avere recuperato, rinfrescato nozioni che avevano dimenticato, di avere appreso della semeiotica. Sottolineano il valore di seminari tenuti a partire da linee guida, evidenze EBM, riferimenti bibliografici....”*sono state molte di più le occasioni in cui si è parlato nei seminari di evidenze vere e proprie EBM piuttosto che all'Università dove c'è molta scuola di pensiero, la MG è meno centrata sulla autoreferenzialità*”...

Pur esprimendo un giudizio complessivo sostanzialmente positivo (in decimi tra sei e sette e mezzo), distinguono tra seminari tenuti da MMG o comunque dove era presente un MMG...”*dava un valore aggiunto agli argomenti trattati ed un taglio più pratico, calato nella MG, oltre al contenuto dava modo ad un confronto più proficuo proprio con il docente*”... e seminari/lezioni tenuti da altri docenti....”*diverse lezioni erano*

tenute dalle stesse persone viste all'università con le stesse diapositive, ripetizioni di cose che io avevo già sentito con poco impatto con ciò che andavo a fare in ambulatorio e quindi non vedevo la utilità neanche di stare seduta perché la stessa lezione ce l'avevo già sbobinata a casa uguale”

Lamentano poca utilità pratica....”*troppe che parte dall'eziologia per arrivare alla semeiotica mentre il nostro lavoro inizia dalla semeiotica per arrivare all'eziologia*”....*quando hai il paziente con la tosse può avere tante cose e sei tu che devi iniziare a cancellare dall'elenco le più probabili per arrivare alle più remote*”...

La critica di fondo sembra essere quella di seminari poco calati nella realtà specifica della MG, quindi poco utilizzabili nella pratica, sia dal punto di vista dei contenuti che della metodologia didattica la quale non rispetta il ragionamento clinico specifico della MG, dal sintomo/problema alla eventuale causa e non viceversa.

Lezioni molto scolastiche, da strapparsi le vesti, ripetitive, con la bacchetta in mano, con là in fondo state zitti, poco coinvolgenti proprio”....”*molte lezioni erano ripetizioni dell'Harrison*”...

Concetti chiave: metodo, ragionamento clinico, linee guida, EBM, lezioni inutili.

D5: Dal punto di vista dell'offerta didattica seminariale i Colleghi sottolineano l'importanza di approfondire la parte relazionale, di imparare un metodo, un modo di ragionare a partire dal caso clinico, dal sintomo, con un approccio ribaltato rispetto l'insegnamento impartito in ambito universitario”*perché le lacune dei contenuti siamo capaci di colmarle da soli, di studiare una patologia se non ci ricordiamo lo possiamo e dobbiamo fare noi personalmente, secondo me l'occasione del triennio è proprio quella di*

imparare a muoverci nella professione con un approccio che solo un MMG ti può insegnare”...”noi vediamo un sintomo, una obiettività, quindi partire da qui, cosa può essere? Per arrivare alla diagnosi“...

Viene ritenuto molto utile il confronto con lo specialista per apprendere dai propri errori e colmare le carenze...”*mi deve dire non tanto insomma la solita storia ma mi deve dire dove sbagliano i MMG, dove è secondo lui il trappolone, il tranello, certi errori sistematici si potrebbero correggere...loro vedono le nostre magagne e noi le loro, visto che nessuno nasce imparato, ripartiamo insieme e ci mettiamo a livello, non discussioni accademiche, dimmi dove sbaglio, così apprendo, qui sta il gioco per non stare a perdere tempo”....* Per quanto riguarda l’aspetto relazionale i Colleghi intervistati sottolineano che il rapporto con il paziente è una caratteristica specifica della MG, molto gratificante che fa del MMG un punto di riferimento del paziente e della sua famiglia...”*noi non siamo dei praticoni, siamo i curanti”... Molta patologia vista in ambulatorio nasce da situazioni di natura psicologica e/o sociale. La capacità di gestire il rapporto si impara nella pratica e dipende dalle caratteristiche dell’individuo ma i Colleghi ritengono importante avere strumenti in grado di potenziare le caratteristiche personali, che stimolino la curiosità, che diano consapevolezza di un mestiere con molte particolarità, che può dare grandi soddisfazioni ma che è molto difficile...”*la mia preoccupazione è quella di dire adesso qua dove vado, come mi comporto, cosa faccio, dico questo, non dico quell’altro; al resto posso sopperire ma questo, se qualcuno non mi dà delle dritte, se non vedo qualcuno che si comporta in un determinato modo, in una certa situazione può anche darsi che io prenda una cantonata e poi resto lì”....**

Infine viene sottolineata l’importanza di do-

tarsi di strumenti per evitare il burn out e di una forma mentale che mantenga lo spazio per studiare, per ricaricarsi. Viene anche evidenziata l’importanza di una adeguata preparazione in farmacologia, medicina legale e cure palliative.

Concetti chiave: nuovo metodo, dal caso clinico, dal sintomo, dagli errori, dalla relazione.

D6: Per quanto riguarda la metodologia didattica utilizzata viene denunciata la scarsa interattività, la mancanza di un feedback d’aula...”*c’era gente che cadeva dalla sedia e si andava avanti imperterriti con il tono monotono, la diapositiva brutta con sfondo blu e scritta gialla...se vedi che non va chiedi cosa volete approfondire oppure chiudi”...”non lasciare gli ultimi cinque minuti in coda lo spazio per una discussione o per le domande”... Si propone un maggior utilizzo di tecniche interattive come il role play.*

Viene evidenziata l’assenza ai seminari di altre figure professionali ...”*mi sarebbe piaciuta una lezione, pensando al paziente cronico domiciliare, con infermiere ed assistente sociale”...”la sfera del sociale non è stata approfondita per capire bene chi sono costoro e come ci interfacciamo, quali sono le loro competenze”...”è quelle da dividere insieme”...*

Si sottolinea la mancata percezione da parte dei responsabili del corso del tipo di discendenti che si ha davanti...”*mi sono sentita tanto alunna e questo non andava bene, non mi è piaciuto e secondo me ci doveva essere più discussione da pari a pari, da Collega a Collega”....*

Ancora vengono segnalate: la mancanza di uno spazio per mettersi un po’ in gioco, discutere e pensare, troppi seminari e seminari con troppe ore, mancata possibilità di provare ad eseguire manovre semeiologiche.

Qualcuno ha detto :...”la metodologia è vecchia come solo in Italia sappiamo essere vecchi...siamo indietro come pochi al mondo...c'è da lavorare tanto non dovrebbe essere lasciato così”...

Concetti chiave: scarsa interattività, mancato feedback, nuove tecniche didattiche, interdisciplinarietà e multi professionalità, tipologia discendente.

Analisi dei questionari somministrati ai giovani colleghi usciti dal corso

Ai ventidue Colleghi convenzionati per la MG nella ASL di Modena ed usciti dal Corso di Formazione Specifica e a tre giovani Colleghi impegnati attualmente a tempo pieno nella MG è stato proposto il questionario di cui all'allegato 10 al fine di confrontare ed integrare quanto raccolto tramite il *focus group*.

Le risposte sono state diciassette (77%). L'età media dei Colleghi che hanno risposto al questionario è di 41 anni in un arco che va dai 31 ai 57 anni di età. Hanno terminato il Corso tra il 2002 ed il 2011. Hanno ottenuto la convenzione tra il 2005 ed il 2013, nessuno possiede specialità, uno possiede due master, uno ha un diploma in psicoterapia sistemica relazionale. Il più vecchio ha 57 anni ed ha avuto al convenzione nel 2011. I più giovani hanno 34 anni e sono entrati in convenzione nel 2011. Le risposte al questionario sono riportate nella tabella XII in ordine di frequenza decrescente rispetto i giudizi positivi

Per cinque Colleghi la percezione dell'efficacia formativa è migliorata nel tempo. Per quattro Colleghi la percezione dell'efficacia formativa è peggiorata nel tempo. Alla do-

TABELLA XII

DOMANDE	SI	NO
I contenuti dell'esperienza formativa sono stati coerenti con la tua attività professionale?	16	1
L'esperienza formativa ti ha aiutato a percepire o a cambiare la percezione del tuo ruolo professionale?	15	2
A distanza di tempo ritieni che l'esperienza formativa sia stata utile per il tuo lavoro?	15	2
Quanto hai appreso ha modificato la tua condotta lavorativa?	14	3
L'esperienza formativa ti ha motivato verso la tua attività professionale?	13	4
L'esperienza formativa ha influenzato positivamente il tuo grado di collaborazione con i Colleghi ed il personale sanitario?	13	4
L'esperienza formativa ti ha aiutato a crescere nella capacità di comunicazione interpersonale?	12	5
L'esperienza formativa ti ha reso più abile nella gestione dei conflitti?	11	6

TABELLA XIII (sono riportati in corsivo i punti di criticità che non hanno attinenza con il percorso didattico seminariale)

PUNTI DI FORZA DELL'ESPERIENZA FORMATIVA	SEGNALAZIONI
<i>Frequentare gli ambulatori dei Medici di Medicina Generale.</i>	7
Il dialogo ed il confronto con i Colleghi specialisti.	3
<i>La frequenza in tanti reparti e tanti servizi territoriali con una formazione varia e completa.</i>	3
<i>Tirocinio in ambiente extrauniversitario</i>	2
<i>La frequenza in un Pronto Soccorso.</i>	2
Imparare a lavorare con un approccio olistico ed empatico verso il paziente	2
Lezioni teoriche molto efficaci e chiare	1
Lezioni ed argomenti rilevanti nella pratica clinica quotidiana.	1
Ore dedicate all'EBM, all'audit e al counselling.	1
Lezioni tenute da docenti MMG	1
Apprendere in una classe aperta con un confronto immediato tra Colleghi	1

TABELLA XIV

PUNTI DI CRITICITA' DELL'ESPERIENZA FORMATIVA	SEGNALAZIONI
La frequenza in alcuni reparti ospedalieri per la scarsa disponibilità dei Colleghi ospedalieri	6
Notevole disorganizzazione del calendario lezioni e tirocini.	4
Poche lezioni su aspetti burocratici e medico legali.	4
Troppe ore di lezione per alcuni argomenti	3
La frequenza presso un tutor MMG non motivato	3
Eccessivo e non efficace controllo burocratico	3
La mancata definizione delle competenze pratiche da acquisire durante il corso.	2
Lezioni inutili, noiose, ripetitive, mal strutturate, poco pratiche, datate.	2
Insoddisfazione alla discussione della tesi finale	2
La mancata frequenza presso un pediatra di libera scelta	2
Alcuni seminari riempitivi	1
Tentativo fallimentare di ripercorrere in pochi anni tutte le nozioni del corso di laurea.	1
Mancanza di una valutazione finale che tenga conto del percorso fatto.	1
Scarsa integrazione tra parte teorica e parte pratica	1
Molte lezioni già ricevute all'università dagli stessi docenti	1
La mancata frequenza in una medicina di gruppo	1
Il mancato riconoscimento come specialità	1
Mancato sostegno ad attività di tipo culturale coerenti con il corso (congressi, workshop, scambi con l'estero)	1
Scarsa disponibilità al confronto con i responsabili regionali ed i coordinatori dell'attività teorica e pratica.	1
Il sentirsi di nuovo studenti.	1

manda quali sono stati i punti di forza della tua esperienza formativa i Colleghi rispondono come nella tabella XIII.

Alla domanda quali sono stati i punti di criticità dell'esperienza formativa i Colleghi rispondono come nella tabella XIV.

Analisi dei questionari somministrati ai dirigenti del servizio sanitario

Il Direttore Regionale del Servizio Cure Primarie ed Assistenza Distrettuale ritiene che il programma sia ben strutturato. Individua nei MMG carenze formative per quanto riguarda i modelli organizzativi e strutturali per l'erogazione dell'assistenza primaria.

Suggerisce:

- di ampliare il programma seminariale con una parte che riguardi i modelli organizzativi (multi professionali ed interdisciplinari) e strutturali per l'erogazione delle cure primarie (case della salute, ospedali di comunità),
- di approfondire il rapporto con gli enti locali nella rilevazione dei fabbisogni e nella programmazione dei servizi,
- di aggiungere una parte su: "disinvestimento", "choosing wisely", valutazione delle performance, ruolo delle professioni sanitarie.
- Raccomanda infine di promuovere una metodologia didattica problem based learning per lo sviluppo di modelli di integrazione multi professionale.

Il Direttore del Dipartimento di Cure Primarie dell'Azienda ASL di Modena ritiene il programma seminariale praticamente esauritivo. Individua come carenza dei MMG la capacità di lavorare in equipe multi professionali e le sembra di riscontrare nei giovani MMG le stesse resistenze al confronto (con altri MMG, specialisti, infermieri, assistenti sociali, dirigenza aziendale) che riscontra

nei vecchi MMG.

Propone quindi di integrare il programma seminariale con:

- una parte specifica sulla gestione delle patologie croniche (disease management, case della salute, ecc.)
- una parte specifica sul lavoro in equipe.

Il Direttore Sanitario ed il Direttore del Programma Cure Primarie dell'Azienda ASL di Reggio Emilia ritengono il programma delle attività seminariali certamente coerente.

Individuano le maggiori carenze formative dei MMG nelle competenze relazionali tra MMG e paziente e tra MMG e specialista, nella gestione del paziente cronico e nella medicina d'iniziativa, negli strumenti per la ricerca in MG.

Suggeriscono di integrare il programma seminariale con:

- Il Chronic Care Model
- Appropriately diagnostica e terapeutica con particolare riferimento all'utilizzo dei farmaci
- Stili di vita sani e promozione della salute, da affrontare con metodologie su cui vi sono evidenze di efficacia
- La medicina e la violenza di genere
- Le medicine alternative e non convenzionali, che sempre più spesso si affiancano alla medicina tradizionale.

DISCUSSIONE

Tirocinanti del primo anno

Alla domanda se tra gli argomenti del programma delle attività seminariali del CR-FSMG ve ne siano alcuni non pertinenti i contenuti della MG e/o il ruolo del MMG i Tirocinanti del primo anno segnalano esclusivamente seminari non clinici (tabella I) in numero di 20 su un totale di 56 (36%). Gli stessi Colleghi non bocchiano nessuno

dei seminari clinici che ripropongono contenuti (sapere cognitivo) i quali dovrebbero essere già stati acquisiti durante il corso di laurea o successive specializzazioni ed il cui possesso risulta quindi già certificato.

Ancora una volta si sottolinea il bisogno di rivedere ed approfondire nozioni ma si ritengono non pertinenti gran parte dei seminari non clinici attinenti tematiche specifiche della MG (sapere essere).

Alla domanda se in base alla loro personale lettura dei bisogni formativi percepiti vi fossero argomenti ritenuti non utili alla loro formazione di futuri MMG (tabella II) i Tirocinanti del primo anno ancora una volta non escludono alcun seminario clinico degli ottantatré proposti come se l'unico bisogno formativo percepito forte e chiaro fosse quello di approfondire i contenuti della Medicina già affrontati nel precedente percorso formativo ma non riconoscono come bisogni formativi per il MMG e la MG tredici seminari non clinici.

Questi Tirocinanti non avevano ancora avuto esperienza di questi seminari non clinici. Il loro giudizio potrebbe essere stato influenzato da contatti con i Colleghi del secondo e terzo anno ma non dagli obiettivi formativi, dalla metodologia, dalla conduzione dei seminari o dai docenti.

Ciò sembra far pensare ad una scarsissima conoscenza della medicina del territorio e delle cure primarie. Ad una idea confusa e poco concreta del ruolo del MMG. Ad una scarsa consapevolezza dei bisogni formativi reali.

Sembra emergere l'assoluta inadeguatezza del precedente percorso formativo ospedale-centrico durante il quale non vengono letti a sufficienza i bisogni della medicina del territorio nonostante che almeno la metà di questi tirocinanti durante il corso di laurea abbia ricevuto insegnamenti di

medicina generale, sia stata presso un tutor di medicina generale, abbia svolto il tirocinio valutativo pre esame di stato presso un MMG.

Oppure si tratta di scarsa motivazione?

In questo caso andrebbero rivisti anche i criteri di selezione che oggi vanno a premiare solo il sapere cognitivo-accademico, le nozioni di base.

Tirocinanti del secondo anno

I Tirocinanti del secondo anno ritengono non pertinenti la Medicina Generale e/o il ruolo del MMG 43 seminari non clinici su 56 (77%) e due seminari clinici su 83 (tabella IV).

In questo caso, essendo tirocinanti che hanno già avuto esperienza di molti di questi seminari, il dato merita grande attenzione.

Ancora una volta vengono percepiti come bisogni formativi contenuti clinici che già dovrebbero essere stati acquisiti a livello di conoscenza (sapere) e non vengono ritenuti importanti i seminari non clinici a specifico contenuto professionale (saper essere). Rifiuto del ruolo socio-assistenziale del MMG? Immagine distorta ed utopica del ruolo del MMG?

Oppure: obiettivi formativi non adeguati, metodologia sbagliata, incapacità dei docenti di affrontare queste tematiche?

Gli stessi tirocinanti (tabella V) si dichiarano insoddisfatti, in termini di efficacia percepita per la loro formazione di futuri MMG, di 39 seminari non clinici su 56 (70%) e di 21 seminari clinici su 83 (25%)

Questo riscontro, che da solo mette in discussione l'efficacia dell'intero percorso formativo, meritava di essere indagato con più attenzione.

Con un secondo questionario ho cercato di indagare le cause della mancata efficacia formativa percepita per i seminari di cui si

erano dichiarati più insoddisfatti. Le risposte, (tabella VI), indicano una molteplicità di fattori ma emergono evidenti come cause principali che i contenuti formativi non erano all'altezza delle aspettative e che il livello di approfondimento degli argomenti trattati non è stato sufficiente soprattutto per i seminari clinici.

Ancora una volta i contenuti dei seminari non clinici sembrano non rispondere agli interessi professionali dei tirocinanti che li ritengono non applicabili al loro ruolo professionale.

Per quanto attiene la didattica vengono segnalate in ordine decrescente di frequenza:

- al primo posto l'incapacità del docente di adattarsi al livello di conoscenza dei discenti (ancora una volta la mancata lettura dei bisogni formativi e la mancata interattività),
- al secondo posto le tecniche didattiche non adeguate per l'apprendimento degli argomenti trattati,
- al terzo posto la non sufficiente chiarezza espositiva,
- al quarto posto la non adeguatezza del materiale didattico
- al quinto la mancata possibilità di interagire con il docente

I seminari clinici, sui quali i tirocinanti sembrano avere grandi aspettative, vengono giudicati carenti sul piano dell'approfondimento degli argomenti trattati e della didattica più dei seminari non clinici i quali ricevono meno giudizi negativi sul piano della didattica ma non vengono sempre letti come rispondenti agli interessi professionali personali e al ruolo professionale.

Tra i ventuno seminari clinici di cui i tirocinanti si dichiarano non soddisfatti (box 1) ve ne sono alcuni estremamente importanti per il MMG (esempio ipertensione arterio-

sa) i quali vengono ritenuti importanti per la loro formazione dagli stessi Tirocinanti.

Questo elenco di titoli dovrebbe servire ai coordinatori delle attività seminariali per andare a riprendere le schede di valutazione dei singoli seminari, se disponibili, e riprogettare gli eventi, ridefinendone obiettivi e metodo insieme ai tirocinanti ed eventualmente sostituendo i docenti.

Tirocinanti del terzo anno

I Tirocinanti del terzo anno segnalano come non pertinenti la MG ed il ruolo del MMG 6 seminari non clinici su 56 (11%) ed un seminario clinico su 83 (tabella VIII), quindi in misura molto minore rispetto i loro Colleghi del primo e secondo anno anche se tra i seminari non clinici vengono ancora segnalati come non pertinenti il ciclo di qualità ed il management dello studio.

Essi sembrano avere acquisito una maggiore consapevolezza del ruolo del MMG e delle peculiarità della MG.

Però alla domanda sul loro grado di soddisfazione percepita dei singoli seminari in termini di efficacia per la loro formazione (tabella IX) essi si dichiarano insoddisfatti di quarantadue seminari non clinici su cinquantasei (75%) e di quarantacinque seminari clinici su ottantatre (54%).

Il grado di insoddisfazione al terzo anno sembra essere ancora maggiore ed aumenta più del doppio rispetto il secondo anno per quanto riguarda i seminari clinici.

Ne va dell'efficacia dell'intero percorso formativo.

Questo dato non trova riscontro in altre rilevazioni, non emerge dalle verifiche semestrali, da solo giustifica questo studio e non può più essere liquidato come una mancata lettura di bisogni formativi di cui i tirocinanti non sono a conoscenza, deve non solo

farcì riflettere ma ci obbliga ad intervenire rivedendo obiettivi formativi, modalità didattiche, interazione con i tirocinanti, verifica dell'apprendimento.

Ancora una volta molti di questi titoli sono estremamente importanti per il MMG (box 2) e vengono, come si è visto sopra, ritenuti dai tirocinanti importanti per la loro formazione di futuri MMG.

Difficile pensare quindi solo ad un problema di contenuti didattici, di esposizione ma piuttosto di metodo, di interazione.

Sono andato a cercare i questionari di gradimento raccolti alla fine di ogni seminario per i primi dieci titoli (seminari non clinici e clinici riportati sopra), ne ho trovati otto la cui costante, pur in presenza di una grande dispersione dei dati, è una insoddisfazione per il grado di approfondimento del tema e/o per il docente in termini di padronanza della materia e/o di interazione con la classe.

Da sottolineare che oggi viene chiesto ai tirocinanti di valutare l'evento formativo ma non è previsto in alcun modo che essi si esprimano riguardo la progettazione dell'evento, gli obiettivi didattici, la metodologia se non a posteriori.

Una valutazione a posteriori serve, se il materiale viene elaborato, solo ad allertare i coordinatori delle attività seminariali dell'anno successivo che quel seminario non ha avuto una buona valutazione o può servire per eventuali integrazioni sullo stesso anno di corso.

Purtroppo non mi risulta di analisi di questa preziosa reportistica fatta tra coordinatori e tirocinanti.

MMG tutor

I colleghi MMG tutors per la Formazione Specifica ritengono poco pertinenti per la MG ed il ruolo del MMG con singole segna-

lazioni otto seminari non clinici e due seminari clinici (box 3), alcuni dei titoli segnalati stupiscono molto (modello bio-psico-sociale, gestione di relazioni di lunga durata, il paziente frequent-attender). E' veramente difficile dare un significato a queste segnalazioni.

Gli stessi tutors ritengono nel complesso molto preparati i tirocinanti e vengono fatte singole segnalazioni di carenze formative sui contenuti del programma didattico relativamente a dieci seminari clinici e ad otto seminari non clinici (box 4).

La presenza di singole segnalazioni non ripetute è a mio parere un dato privo di rilievo e da ritenersi assolutamente fisiologico.

MMG che hanno frequentato il corso

Dalla analisi del *focus group* con i Colleghi MMG che hanno frequentato il corso di formazione specifica emerge che l'impatto più importante sulla professione riguarda la consapevolezza che la MG ha caratteristiche proprie per l'approccio clinico, relazionale, metodologico ed ha una sua qualità da ricercare costantemente. Questa affermazione in se, cui si aggiunge la capacità di imparare dal confronto e di sapersi relazionare con i Colleghi e con i pazienti, sembra giustificare l'efficacia del corso.

Le prime difficoltà incontrate all'inizio della professione riguardano principalmente l'attuale organizzazione delle Cure Primarie (solitudine professionale, mancanza di confronto con i Colleghi, mancanza di una vera rete, organizzazione del lavoro), la burocrazia, dare risposte in modo appropriato, gestire il paziente cronico complesso soprattutto a domicilio.

Alla fine del corso le carenze maggiori si manifestano sulla gestione delle malattie croniche e del domicilio. Si avverte la necessità di una formazione più strutturata sul

counselling e si avverte la mancanza di pratica nelle procedure manuali e sull'uso del farmaco. Le branche più carenti traumatologia, pediatria, ostetricia e ginecologia. Qui emergono le prime importantissime indicazioni sui bisogni formativi.

Il corso sembra essere efficace ma non sviluppa tutte le potenzialità che potrebbe e dovrebbe avere.

I Colleghi riconoscono di avere appreso un metodo e degli strumenti di ragionamento clinico, sottolineano di avere avuto un insegnamento a partire dalle linee guida e dalla EBM, a differenza di quanto avviene in ambito universitario, sottolineano l'utilità di seminari tenuti o gestiti da MMG.

Lamentano però troppe lezioni (da sottolineare il termine lezioni) ripetitive, tenute dagli stessi docenti già avuti all'università, con gli stessi contenuti, poco coinvolgenti e con poco impatto sulla attività professionale. Lezioni che partono dalla eziologia per arrivare alla semeiotica quando il lavoro del MMG parte dalla anamnesi e dalla semeiotica per arrivare alla diagnosi.

Si sottolinea l'importanza di partire dal caso clinico, dal sintomo con un approccio ribaltato rispetto l'insegnamento impartito in ambito universitario, di approfondire le competenze relazionali, di apprendere dagli errori attraverso il confronto con i Colleghi specialisti, di dotarsi di strumenti per evitare il burnout.

Relativamente alla metodologia didattica utilizzata durante il corso vengono segnalate soprattutto la scarsa interattività, il mancato coinvolgimento dei discenti, trattati spesso solo come studenti, e la mancanza di un feedback d'aula.

Ancora il mancato coinvolgimento ai seminari di altre figure professionali e di altre competenze, un numero eccessivo di seminari e seminari con troppe ore, la manca-

ta possibilità di provare ad eseguire manovre semeiologiche.

In queste righe, che contengono le osservazioni dei MMG che hanno frequentato il corso e che hanno partecipato al *focus group*, troviamo non solo la traccia ma una intera mappa per interventi urgenti di manutenzione sui contenuti e soprattutto sulla metodologia didattica del corso.

Dal questionario inviato a tutti i MMG della ASL di Modena che hanno frequentato il corso di formazione emergono importanti conferme a quanto emerso nel *focus group* (tabella XII).

Sedici Colleghi su diciassette dichiarano che i contenuti dell'esperienza formativa sono stati coerenti con la loro attività professionale, quindici su diciassette dichiarano che l'esperienza formativa li ha aiutati a percepire o a cambiare la percezione del loro ruolo professionale e a distanza di tempo ritengono l'esperienza formativa utile per il loro lavoro, quattordici in base a quanto hanno appreso hanno modificato la loro condotta lavorativa, tredici riferiscono che l'esperienza formativa li ha motivati ed ha influenzato positivamente il loro grado di collaborazione con Colleghi e personale sanitario, dodici hanno migliorato la capacità di comunicazione ed undici dicono di essere diventati più abili nella gestione dei conflitti.

Questi Colleghi segnalano come punti di forza dell'esperienza formativa soprattutto il dialogo ed il confronto con i Colleghi specialisti, con i MMG, con i Colleghi tirocinanti, imparare a lavorare con un approccio olistico ed empatico verso il paziente poi ancora lezioni teoriche efficaci, tenute da MMG, l'approccio EBM, gli argomenti rilevanti nella pratica clinica quotidiana.

Segnalano invece come criticità dell'esperienza formativa:

- la notevole disorganizzazione nella tenuta

- del calendario delle lezioni,
- poche lezioni su aspetti burocratici e medico legali,
- troppe ore di lezione su alcuni argomenti,
- un eccessivo e non efficace controllo burocratico,
- la mancata definizione delle competenze pratiche da acquisire durante il corso,
- lezioni inutili, noiose, ripetitive, mal strutturate, poco pratiche, datate, già ricevute all'università dagli stessi docenti,
- insoddisfazione nella discussione della tesi finale e mancanza di una valutazione finale che tenga conto del percorso fatto,
- alcuni seminari semplicemente riempitivi,
- il tentativo fallimentare di ripercorrere in pochi anni tutte le nozioni del corso di laurea,
- il mancato sostegno ad attività di tipo culturale coerenti con il corso (congressi, workshop, scambi con l'estero),
- la scarsa disponibilità al confronto con i responsabili regionali ed i coordinatori dell'attività teorica e pratica ed infine il sentirsi di nuovo studenti.

Queste segnalazioni confermano quanto emerso dal *focus group* e danno precise indicazioni soprattutto per interventi urgenti sulla metodologia didattica.

La committenza

I Dirigenti del SSR intervistati ritengono che il programma delle attività seminariali sia ben strutturato, certamente coerente e praticamente esaustivo.

Individuano le maggiori carenze formative dei MMG:

- nella conoscenza dei modelli organizzativi e strutturali per l'erogazione delle Cure Primarie
- nella rilevazione dei fabbisogni e nella programmazione dei servizi

- nella valutazione delle performance, negli strumenti per la ricerca in MG
- nella conoscenza del ruolo delle altre professioni sanitarie
- nella capacità di lavorare in equipe multi professionali
- nelle competenze relazionali
- nella gestione delle patologie croniche
- nella appropriatezza diagnostica e terapeutica con particolare riferimento all'utilizzo dei farmaci
- nella promozione della salute
- sulle medicine alternative e non convenzionali.

Le prime cinque carenze non sembrano affatto emergere come bisogno formativo dall'indagine sui tirocinanti durante il corso ma i Colleghi MMG che hanno preso parte al focus le segnalano come le prime difficoltà incontrate all'inizio della loro attività professionale.

Il bisogno di migliorare le competenze relazionali, di investire in formazione sulla gestione delle patologie croniche e sulla appropriatezza diagnostica e terapeutica emergono chiari sia dal focus che dal questionario ai Colleghi MMG che hanno frequentato il corso.

CONCLUSIONI

Argomenti suggeriti ad integrazione del programma seminariale

Questo lavoro può offrire un contributo a quanti lavorano nell'ambito della didattica seminariale del Corso di Formazione Specifica in MG per migliorare l'offerta formativa in tema di contenuti didattici partendo non solo dai bisogni del sistema e non solo dai bisogni formativi percepiti dai tirocinanti ma dai bisogni di tutti gli attori coinvolti nel percorso compresi i MMG già in attività. E' assolutamente urgente definire e/o ridefi-

nire per ogni contenuto didattico gli obiettivi formativi perché solo attraverso la loro determinazione è possibile verificare e valu-

tare i risultati dell'intervento formativo. Questo studio non indaga i bisogni del cittadino. Una indagine in questo senso sareb-

TABELLA XII

TITOLI SUGGERITI	OSSERVAZIONI
Il servizio di continuità assistenziale	Tali bisogni formativi derivano dall'esperienza professionale nell'ambito della Continuità Assistenziale che molti tirocinanti svolgono come attività prevalente
Pediatria (urgenze e principali patologie, il bambino da 7 a 14 anni, l'allattamento)	
Urgenze ed emergenze mediche, BLS primo soccorso e rianimazione	
Il lavoro in Equipe. Gestione rapporto MMG- infermiere-specialista, assistente sociale	Questo tema è certamente uno dei più attuali ed urgenti per il Servizio Sanitario (committente) tanto da rendere necessaria una precisa definizione di uno o più seminari specifici eventualmente in un gruppo a se
Modelli organizzativi e strutturali per l'erogazione delle Cure Primarie	Questo seminario potrebbe far seguito a quello sulla evoluzione della Medicina Generale in stretta relazione con il seminario sul lavoro in equipe
La gestione delle patologie croniche (disease management e Chronic Care Model)	Questo seminario potrebbe trovare spazio nel gruppo sulla promozione della salute in MG
Disinvestimento e choosing wisely	Questo seminario potrebbe essere allocato a pieno titolo nel gruppo sulla valutazione della qualità delle cure
Medicina di genere	Questo seminario potrebbe essere allocato nel terzo gruppo di seminari clinici dedicato agli aspetti clinici di carattere generale e di comunità
Discrepanza tra linee guida e poliedricità clinica-culturale-sociale del paziente ambulatoriale	Potrebbe essere un seminario da inserire tra quelli sulla valutazione della qualità delle cure: metodologia dell'audit, ciclo della qualità, la ricerca in MG
Approccio alla medicina narrativa	Potrebbe essere il titolo di un seminario da inserire all'interno del gruppo sulla valutazione della qualità delle cure
Maxiemergenze Medicina delle catastrofi	Il suggerimento di inserire questo seminario deriva dall'esperienza del recente terremoto e dell'esondazione del fiume Secchia di cui molti tirocinanti e tutors hanno fatto esperienza personale oltre che professionale
Gestione della TAO.	Sembra essere un suggerimento assolutamente pertinente visto l'alto numero di pazienti in Terapia Anticoagulante Orale gestiti in Regione attraverso percorsi integrati MMG Specialista e l'introduzione dei nuovi anticoagulanti orali
Gestione del paziente emodializzato	Potrebbe essere un seminario del terzo gruppo sugli aspetti clinici di carattere generale
Dislipidemie	E' un seminario importante che oggi manca
Patologia del ginocchio e della spalla	Per la loro prevalenza dovrebbero rientrare tra i seminari clinici dell'apparato osteoarticolare
Piccola chirurgia ambulatoriale	Potrebbe essere il titolo di un seminario da inserire tra quelli sugli aspetti clinici di carattere generale
Diagnostica per immagini (nuove metodiche)	Potrebbe essere un seminario all'interno del gruppo sulle metodologie diagnostiche

be interessante per verificare se i bisogni dei cittadini sono davvero letti e trovano risposta da parte dell'organizzazione che li rappresenta. I Responsabili delle Cure Primarie leggono molto bene i bisogni dell'organizzazione. I tirocinanti leggono solo dei bisogni clinici soprattutto ad inizio percorso e sembrano riconoscere i bisogni specifici della professione solo a posteriori.

Questo rifiuto delle competenze specifiche della professione ad inizio percorso riconosce certamente la difficoltà di leggere bisogni non percepiti ma pone una seria riflessione sul percorso universitario ospedalocentrico e sulla prova di ingresso al corso che non è assolutamente in grado di valutare le motivazioni verso una professione impegnativa e centrale all'interno del sistema sanitario.

Nei titoli della tabella XII sono riassunti gli argomenti che i Tirocinanti, i Tutors MMG, i giovani Colleghi MMG che hanno frequentato il Corso ed i Responsabili delle Cure Primarie suggeriscono di integrare nel programma dei seminari.

Questa tabella può essere un utile strumento di riflessione e di lavoro.

Questo elenco di titoli/seminari proposti ad integrazione del programma didattico seminariale non è certamente esaustivo ma può essere un utile contributo. Si fa presente che il programma comprende già ora 56 seminari non clinici ed 83 seminari clinici. Vengono poi suggeriti diversi temi ad integrazione di seminari già esistenti, suggerimenti utili per definire o ridefinire ulteriormente gli obiettivi, vedi tabelle XIII e XIV.

Suggerimenti per quanto attiene la didattica
Altissima è la percentuale di seminari per i quali i tirocinanti si dichiarano insoddisfatti in relazione all'efficacia formativa percepita.

Le cause pur essendo varie sembrano essere principalmente: contenuti non all'altezza delle aspettative, scarso livello di approfondimento degli argomenti trattati, il docente che non si adatta al livello di conoscenza dei discenti, le tecniche didattiche che non sono adeguate per l'apprendimento degli argomenti trattati.

Gli stessi tirocinanti usano spesso il termine lezioni per indicare i seminari.

E' inevitabile che ciò accada se all'interno del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale i seminari diventano in realtà lezioni magistrali oppure soltanto delle relazioni preordinate.

I seminari clinici sono eventi in cui si affronta una problematica da diversi punti di vista con più docenti e con la partecipazione attiva degli studenti (domande ed interventi) e di eventuali ospiti esterni, ospiti esperti anche non docenti.

Attualmente in quelli che chiamiamo seminari è sempre presente un docente di contenuto, dovrebbe sempre essere presente un MMG, spesso un coordinatore delle attività seminariali, ma evidentemente manca la partecipazione attiva dei tirocinanti che non sono più studenti ma che spesso si comportano come tali.

Quasi sempre all'inizio dei seminari viene distribuito un pre test che può servire, se a fine lezione si fa un identico post test, per verificare quali nozioni sono state acquisite dai discenti in base agli obiettivi didattici che si erano dati i docenti.

Ma il seminario non è una lezione dove il docente da solo decide i contenuti da trasmettere.

Questo pre test distribuito all'inizio della lezione non serve certo a leggere i bisogni formativi dei tirocinanti e a costruire degli interventi preordinati in base ai loro bisogni formativi.

TABELLA XIII (NEL GRUPPO DEI SEMINARI NON CLINICI)

TEMI DA INTEGRARE	OSSERVAZIONI
Etica medica	dovrebbe essere un file rouge dipanantesi all'interno di tutti i seminari e dovrebbe trovare una sua specifica trattazione all'interno del seminario sulla deontologia medica
Definizione di MG secondo WONCA	deve certamente rientrare nei contenuti del terzo gruppo di seminari non clinici sulla peculiarità della MG
Valutazione della performance professionale	dovrebbe trovare spazio all'interno del seminario sulla metodologia dell'Audit
Ruolo delle professioni sanitarie	dovrebbe trovare spazio all'interno dei seminari sui modelli organizzativi e sul lavoro in equipe
Rapporto con gli enti locali nella rilevazione dei fabbisogni e nella programmazione dei servizi	questo argomento potrebbe trovare spazio all'interno del seminario sui piani per la salute il cui titolo potrebbe diventare: I piani nazionali, regionali e locali per la salute
Psicologia (gestione emotiva degli aspetti relazionali del MMG)	il programma prevede già un seminario su counselling e tecniche di gestione del colloquio nel quale dovrebbero trovare ampio spazio queste problematiche, ed una intera sezione di seminari non clinici sul rapporto medico paziente
Stili di vita sani e promozione della salute	L'intero sesto gruppo di seminari non clinici è dedicato alla promozione della salute in MG
La profilassi vaccinale	titolo certamente importante per la MG e pertinente dovrebbe trovare spazio all'interno del seminario sui piani nazionali e regionali per la salute
Regolamentazione accesso alla graduatoria della MG punteggi ecc.	è un titolo che ha assoluta necessità di essere trattato all'interno del seminario sulla convenzione per la MG
Cosa sono i sindacati e le società scientifiche quali opportunità, perché iscriversi	potrebbe essere un argomento da inserire all'interno del seminario sulla evoluzione della MG
I profili di nucleo	dovrebbero trovare spazio all'interno del seminario sul Nucleo di Cure Primarie
La medicina difensiva e la tenuta della cartella clinica (il punto di vista del medico legale)	dovrebbero trovare spazio all'interno del seminario sulla medicina legale
I doppioni di competenza (centri che fanno cose che dovrebbe fare il MMG)	mi sembra un problema di competenza dell'organizzazione del servizio sanitario cui accennare all'interno dei relativi seminari
Il paziente ipocondriaco informato (cybercondriaco) fonte di spesa e di born out	argomento molto attuale trova la sua naturale allocazione all'interno del seminario sull'influenza dei media e l'informazione dei cittadini
Interpretazione degli esami di laboratorio	il corso prevede seminari sia sulla chimica clinica in laboratorio e nello studio del MMG che sull'appropriatezza dei test
La fitoterapia	potrebbe trovare trattazione all'interno del seminario sulla medicina popolare e le medicine alternative

Neppure può essere affidata solo ai coordinatori dell'attività seminariale la lettura dei bisogni formativi. I coordinatori sono esperti dei bisogni formativi del MMG e sanno certamente leggere anche i bisogni nascosti dei tirocinanti ma in quale momento i tirocinanti fanno un'analisi dei loro bisogni e su questi si costruisce il seminario?

I dati raccolti mostrano ad esempio che i ti-

coli dei seminari clinici sono riconosciuti dai tirocinanti come bisogni formativi importanti anche da chi possiede già specialità al riguardo ma la loro efficacia formativa percepita viene giudicata non soddisfacente.

Evidentemente la domanda e l'offerta formativa non si incontrano perché la domanda non viene letta e l'offerta non è una risposta a questa domanda.

TABELLA XIV (NEL GRUPPO DEI SEMINARI CLINICI)

TEMI DA INTEGRARE	OSSERVAZIONI
Diabete Mellito e demenza	esistono già un seminario sul diabete, ed uno sui disturbi cognitivi con particolare riferimento alla demenza, ovviamente dovranno essere svolti in un tempo adeguato tenuto conto che in Regione sono attivi diversi progetti/percorsi integrati per l'assistenza al paziente diabetico e al paziente demente
Il piede diabetico	deve trovare spazio all'interno del seminario sul diabete
Geriatrics (disidratazione e l'anziano scompensato polipatologico)	il corso prevede già un seminario sul paziente anziano all'interno del quale dovrebbero trovare spazio questi contenuti magari ampliando il numero delle ore
Ematologia di base (lettura emocromo ecc.)	il corso prevede un gruppo di seminari clinici su sangue ed organi emopoietici
Reumatologia	vi sono dedicati due seminari clinici in ambito osteoarticolare
Autoimmunità	trova già ora spazio in un seminario sulle connettiviti e le malattie autoimmuni
Cirrosi e sue complicanze, steatosi	dovrebbero trovare spazio all'interno dei seminari su epatiti ed ittero
Sindromi da malassorbimento	potrebbe trovare spazio all'interno dei seminari sull'apparato digerente dove c'è già un seminario sul M. Celiaco
Diarrea	trova sicuramente spazio all'interno dei seminari sull'apparato digerente
La stipsi	dovrebbe già trovare ampio spazio e trasversale all'interno dei numerosi seminari sull'apparato digerente e nel seminario sul paziente anziano
Glaucoma e cataratta	dovrebbero trovare spazio nel seminario sui disturbi visivi
Il paziente omosessuale dichiarato e non	dovrebbe trovare adeguata trattazione nel seminario sui disturbi della sfera sessuale
L'embolia polmonare	dovrebbe trovare trattazione all'interno del seminario sulla trombosi venosa profonda

Avere una buona lezione magistrale non è cosa facile, occorre un docente esperto di contenuto e di didattica, con la passione per l'insegnamento.

Organizzare un seminario è molto più costoso in termini di tempo e di energie.

Il tirocinante, che vuole smettere di essere uno studente, deve pestare i piedi, protestare ma deve mettersi assolutamente in gioco in prima persona.

Questo è lavoro e costa ai tirocinanti e ai coordinatori. Lavoro che rappresenta il meglio dell'autoformazione del tirocinante e che come tale dovrebbe essere ampiamente riconosciuto.

Compito del coordinatore non è organizzare i seminari per i tirocinanti ma mettersi a disposizione dei tirocinanti per aiutarli ad organizzare la loro formazione facendo in modo che non vi siano più seminari organizzati in funzione del titolo senza una definizione degli obiettivi formativi che finiscono per diventare delle lezioni tradizionali.

E trattandosi di seminari per MMG che lavoreranno nelle Cure Primarie occorre un approccio diametralmente opposto a quello utilizzato in ambito universitario che rilegga all'indietro il percorso: dal sintomo, dal segno al sospetto diagnostico e alla sua conferma non viceversa.

Quindi seminari che partano sempre da un caso clinico, da un problema, da un sintomo, che tengano conto delle migliori evidenze scientifiche, che non dimentichino la medicina narrativa, che rimangano nel contesto delle soluzioni realizzabili per quel singolo paziente.

Va da se che la lezione del docente di contenuto è una parte soltanto del seminario.

Credo anche che a volte, per esperienza acquisita e documentata, un tirocinante possa essere conduttore e/o moderatore dell'evento ed anche docente di contenuto.

Selezionare docenti di contenuto per attività seminariali di questo tipo non sarà semplice, a fronte delle risorse economiche messe a disposizione, ma l'incarico ed il contratto debbono essere ben definiti: una volta consegnati i bisogni formativi e gli obiettivi, definiti gli strumenti didattici che verranno utilizzati, va definita la durata dell'eventuale intervento del docente di contenuto (relazione preordinata), va previsto uno spazio adeguato per la discussione animata e moderata se possibile da un tirocinante con la supervisione del coordinatore delle attività seminariali.

La riuscita dei seminari dipende da un buon docente di contenuto, dal coordinatore delle attività seminariali e dalla sua capacità di portare tutto nel contesto della MG, dai tirocinanti protagonisti ed interattivi.

Tirocinanti protagonisti significa tirocinanti coinvolti nella lettura dei bisogni insieme ai coordinatori, nella definizione degli obiettivi formativi del seminario, nello studio della metodologia, nella preparazione delle domande e dei casi clinici, nella didattica e nella verifica dell'evento.

Gli obiettivi formativi devono essere in funzione dei bisogni letti dai tirocinanti, dai coordinatori e dal committente (Regione SSN e SSR).

Il seminario non è una comunicazione unidirezionale come avviene nella lezione tradizionale.

Il seminario è lo studio di un argomento che si conosce (che va conosciuto, già studiato) che magari viene puntualizzato all'inizio e durante il seminario ma che viene affrontato, analizzato, approfondito attraverso l'utilizzo di diversi strumenti didattici, di diverse ottiche e di diversi punti di vista e dovrebbe sempre partire da un problema, da un caso clinico, da un sintomo.

Dovrebbe utilizzare la tecnica del problem

based learning, dove il docente opera con una tecnica di tipo maieutico come facilitatore e come fonte di informazioni non di soluzioni. Questa metodologia didattica consente di esaminare e di mettere alla prova ciò che già si è appreso, permette di scoprire ciò che ancora c'è da imparare, sviluppa la capacità di lavorare in gruppo, migliora la capacità di comunicare, di discutere ed argomentare le proprie scelte, di confrontarsi con i Colleghi, di elaborare le informazioni per risolvere il problema.

L'acquisizione di queste abilità è essenziale e determinante per esercitare la professione di MMG. Solo seminari così costruiti con l'aiuto del coordinatore ma con il lavoro dei tirocinanti sono garanzia di un percorso didattico formativo non solo più efficace ma sicuramente di alto livello in cui i discenti rimangono i soggetti della formazione ma ne diventano anche i protagonisti in quel percorso di acquisizione di una autonomia professionale la quale è garanzia anche in futuro di una formazione continua che risponde ai bisogni, che è efficace dal punto di vista formativo e che può essere misurata nel suo impatto sulla professione.

Considerazioni finali

L'indagine condotta sui tirocinanti riguardo la pertinenza del programma seminariale e l'efficacia percepita dei singoli seminari è a dire poco devastante. Essi sembrano riconoscere solo bisogni formativi in ambito clinico-cognitivo e nulla che sia pertinente al ruolo ed ai compiti del MMG. La preparazione pre-laurea, in ambito universitario non li ha ancora certamente portati a cono-

scenza dei bisogni del territorio, dei compiti del MMG e dell'organizzazione delle cure primarie. Il test di ingresso sembra non essere in grado di selezionare i più motivati.

La percezione dell'efficacia formativa della attività seminariale è molto scarsa e sembra peggiorare alla fine del triennio mentre invece l'indagine condotta sui Colleghi MMG che hanno terminato il corso valuta positivamente l'impatto sulla professione

Dal punto di vista dell'efficacia formativa del percorso seminariale costoro ritengono che il corso sia globalmente efficace ma non in grado di sviluppare tutte le potenzialità che dovrebbe e potrebbe avere.

I limiti maggiori sembrano essere nella metodologia didattica vecchia, poco interattiva e di stampo universitario che ha trasformato i seminari in lezioni, i tirocinanti di nuovo in studenti e riprende nozioni già apprese durante il corso di laurea senza stimolare un apprendimento di tipo attivo, interattivo, multidisciplinare e multi professionale. I dati raccolti in questo studio possono essere un utile contributo per un intervento di aggiornamento del programma didattico seminariale e soprattutto per un intervento urgente sulla metodologia didattica del CR-FSMG.

Corso che forma i futuri MMG, che dovrebbe preparare ad un professione difficile ma gratificante e centrale per la tenuta di un sistema sanitario pubblico, che dovrebbe trasmettere il testimone del modo più antico e sempre più attuale di essere medico.

Corso attraverso il quale si può costruire molto per il futuro e sul quale si dovrebbe investire molto nel presente.

Legenda

PDS	Programma Didattico Seminariale
CRFSMG	Corso Regionale di Formazione Specifica in Medicina Generale
CDR	Consiglio Didattico Regionale
MG	Medicina Generale
MMG	Medico di Medicina Generale
CP	Cure Primarie
SSR	Servizio Sanitario Regionale
EBM	Evidence-Based Medicine

Letture di approfondimento

Baldry A.C., *Focus group in azione*, 2013, Carrocci, Roma

Bezzi C., *Il disegno della ricerca valutativa*, 2003, Angeli, Milano

Bisio C., (a cura di) *Valutare in formazione*, 2002, Angeli, Milano

Bovina L., *I focus group. Storia, applicabilità, tecnica*, in Bezzi C. (a cura di), *Valutazione*, 1998, Giada, Perugia, pp.37-45

Cardano M., *Tecniche di ricerca qualitativa*, Carrocci, Roma

Corrao S., *Il focus group*, 2000, Franco Angeli, Milano

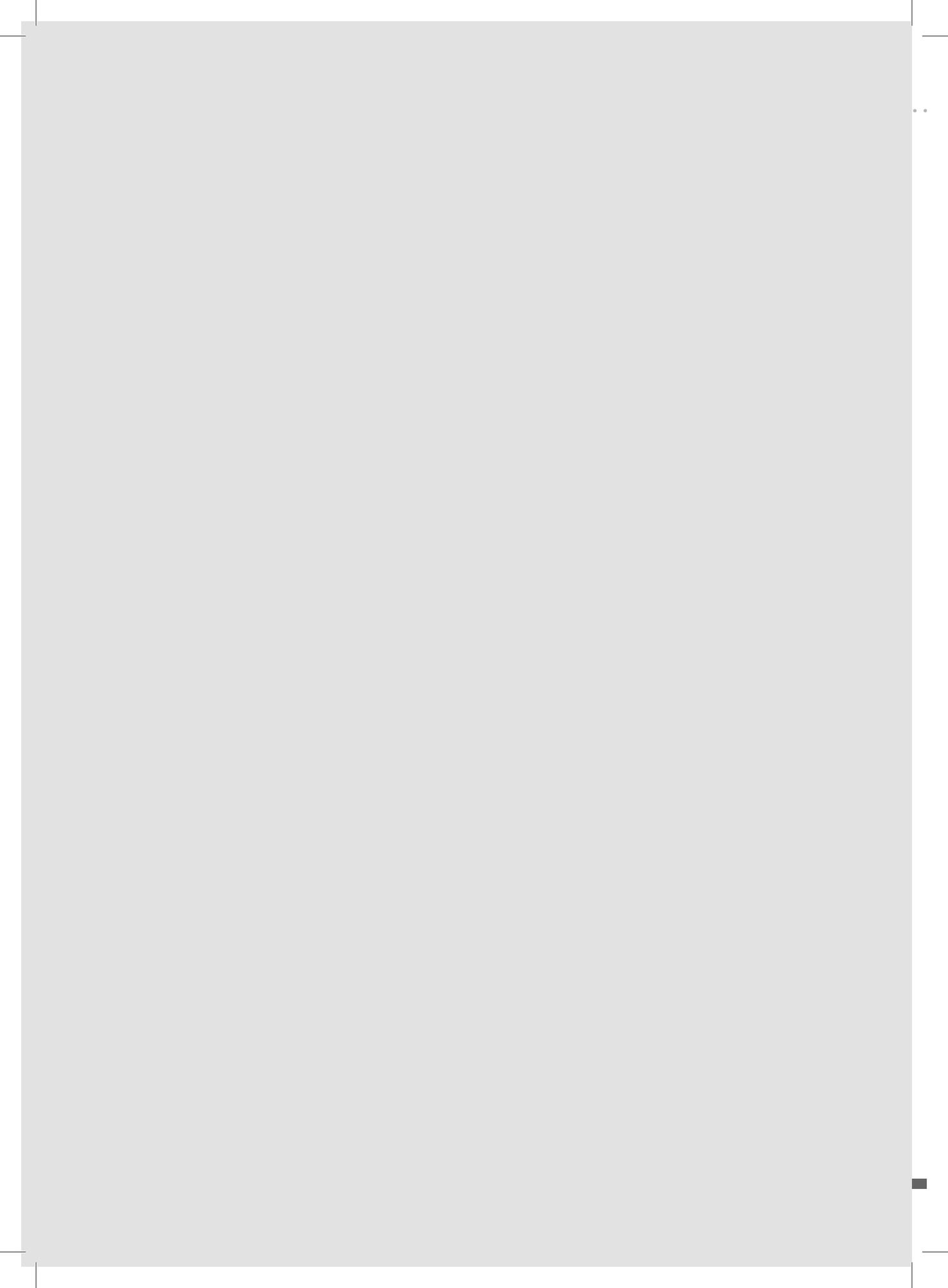
Lanzetti C., *Elaborazione di dati qualitativi*, 1995, Angeli, Milano

Palumbo M., *Il processo di valutazione. Decidere, programmare, valutare*, 2001, Angeli, Milano

Ricolfi L. (a cura di), *La ricerca qualitativa*, 1998, Carrocci, Roma

Speziale H. J. S., Carpenter D.R., *La ricerca qualitativa: un imperativo umanistico*, 2005, Idelson Gnocchi, Napoli

Ventriglia G., Turbil E., *Educazione continua in medicina*, 2003, Elsevier Masson, Milano



Il corso triennale di formazione specifica in Medicina Generale presenta molte criticità sia dal punto di vista dei corsisti che dei docenti. Una delle fasi didattiche più problematiche, per varie ragioni, è data dal tirocinio pratico ospedaliero. Gli autori compiono una ricognizione sistematica di tali criticità utilizzando la tecnica del “focus group” uno strumento di ricerca qualitativa particolarmente utile per far emergere problematiche relazionali e ad effettuare analisi di contesto.

Ricerca con *Focus group* per ricercare le criticità del tirocinio pratico ospedaliero nell’ambito del corso di formazione specifica in Medicina Generale in Provincia di Lecce

D. Fiume, G. D’Ambrosio, F. Consorti

SCOPO DELLA TESI

Il mio lavoro si propone di far emergere e valutare le criticità del tirocinio pratico ospedaliero nell’ambito del corso di formazione specifica in Medicina Generale in Provincia di Lecce; è questo il primo passo per cercare di migliorare il corso stesso, cercare gli strumenti più adeguati a farlo, ricercare gli obiettivi didattici più idonei e valutare anche la effettiva validità degli obiettivi stessi. Verificare se, da una criticità, possa emergere un bisogno formativo utile e pertinente al ruolo di medico per la Medicina Generale. In particolar modo l’interesse della ricerca è stato nel favorire la presa di coscienza dei bisogni formativi impliciti, che spesso sono sottesi al senso di insoddisfazione alla funzione tutoriale.

MATERIALE E METODI

Sono stati condotti complessivamente tre *focus group*, uno con i dirigenti medici dell’ospedale di Lecce e due con gli studenti del corso di formazione specifica.

Per i focus ci siamo avvalsi della collaborazione del Prof. Pierpaolo Limone docente di Pedagogia Sperimentale e della dottoressa Anna Dipace entrambi del Dipartimento di Studi Umanistici: Lettere, Beni culturali, Scienze della formazione dell’Università di Foggia.

Al primo appuntamento abbiamo invitato venticinque colleghi ospedalieri, ne aspettavamo una ventina e pertanto avevamo programmato due focus in contemporanea; ma, siccome se ne sono presentati solo tredici, ne abbiamo realizzato uno solo. Il condut-

tore era il Prof. Limone e la co-conduttrice la Dottoressa Anna Dipace come osservatori c'eravamo io e la Dottoressa Luana Gualtieri, due dei tre committenti-masteristi. L'ambiente era cordiale e disteso e tutti erano interessati alla nuova esperienza ma anche se informati, non perfettamente consci delle finalità. Il conduttore, dopo essersi presentato ed aver spiegato la finalità dell'incontro, informa i partecipanti che l'intervista sarà registrata ma sarà salvaguardato l'anonimato; garantendo l'anonimato, si spinge i partecipanti alla spontaneità. Ci si avvale di un percorso strutturato di domande, particolarmente funzionale a far emergere confronti e discussioni. Tali domande sono state preparate dal Prof. Limone dopo un incontro avvenuto in precedenza tra noi tre Masteristi, il Prof. Consorti e lo stesso Limone a cui abbiamo spiegato i motivi e le finalità della ricerca. Queste le domande:

1. Esperienze pregresse in qualità di Tutor o di formatore di altro personale medico.
2. Opinioni circa il modello di formazione dei MMG.
3. Quali sono le motivazioni che vi hanno spinto ad accettare l'incarico di Tutor nella formazione dei MMG.
4. Quale immaginate sia il vostro ruolo in termini di competenze da far sviluppare.
5. Come pensate di valutare i medici in formazione.
6. Quali sono le aspettative rispetto a questa esperienza.
7. Quali sono i vostri bisogni di formazione.
8. Quali sono i punti di debolezza di questo percorso formativo.
9. Quali sono i punti di forza di questo percorso formativo.
10. Avete qualcos'altro da aggiungere.

Il conduttore gestisce la discussione del gruppo in maniera competente e serena, riuscen-

do a coinvolgere tutti nel confronto. Riesce a mantenere alta l'attenzione e richiama al rispetto dei tempi, ricordando che il sovrapporsi di commenti in contemporanea avrebbero disturbato la registrazione.

Gli altri due *focus group*, dedicati ai tirocinanti, si sono svolti in contemporanea in due aule dell'Ordine dei Medici della Provincia di Lecce nel pomeriggio del 23/07/2013, negli orari destinati ai seminari interdisciplinari. In uno dei focus il conduttore è stato il Prof. P. Limone ed il co-conduttore il sottoscritto. Erano presenti 10 tirocinanti di cui 5 del secondo e 5 del terzo anno e che avevano già frequentato il tirocinio ospedaliero. L'altro focus con i tirocinanti è stato condotto dalla dottoressa A. Dipace e come co-conduttrice la dottoressa L. Gualtieri. Erano presenti 9 tirocinanti di cui 4 del secondo e 5 del terzo anno e anche loro avevano già frequentato il tirocinio ospedaliero.

I conduttori, come di norma, si avvalgono di un percorso strutturato di domande, per far emergere confronti ed eventuali discussioni. Queste le domande:

1. Quali sono le aspettative rispetto al percorso di tirocinio intrapreso.
2. Punti di forza e debolezza del percorso.
3. Come immaginereste il percorso di tirocinio ideale.
4. Quale dovrebbe essere il vostro ruolo durante il tirocinio.
5. Credete siano indispensabili momenti di formazione teorica.
6. Ci sono dei reparti da privilegiare e in cui dedicare più ore di tirocinio.
7. Qual è, secondo voi, il ruolo del vostro Tutor e la sua responsabilità nella vostra formazione.
8. Come pensate che debbano essere formati i vostri tutor.
9. Credete che il percorso di tirocinio debba

prevedere dei momenti e degli strumenti di valutazione degli apprendimenti.

10. Come vi piacerebbe essere valutati e da chi.
11. In che modo l'esperienza di tirocinio può intervenire nel processo di costruzione delle competenze.

Tutte le domande sono rivolte a coinvolgere in maniera costruttiva e propositiva i partecipanti in modo tale da fare scaturire in maniera spontanea e sincera le aspettative e le delusioni durante il percorso in ospedale.

In entrambi i focus la discussione è durata circa due ore e ci ha permesso di registrare le varie opinioni e conseguentemente, di trarre delle interessanti conclusioni. A tutti i partecipanti è stata data la possibilità di esprimere le proprie idee in merito alle singole domande effettuate in assoluta libertà e a fare proposte di miglioramento.

Non sono emersi conflitti particolari, il clima era animoso ma sereno. I tirocinanti hanno vissuto in maniera positiva l'esperienza che stavano vivendo anche perché si sono sentiti molto coinvolti e hanno capito lo scopo altamente positivo di profondo miglioramento che era alla base della ricerca.

RISULTATI

L'analisi tematica delle trascrizioni ha evidenziato interessanti risultati.

Secondo i Tutor, la formazione dovrebbe essere per gli studenti non solo acquisizione teorica di nozioni che già hanno o dovrebbero avere visto che sono già laureati ed abilitati, ma anche e soprattutto pratica e dovrebbe includere l'apprendimento di nozioni sul funzionamento dell'ospedale e della sua organizzazione al fine di favorire un proficuo rapporto futuro tra ospedale e territorio per una gestione comune e ottimale del paziente. Deve essere finalizzata ad un riscontro pratico di

quella che sarà la loro esperienza sul campo. Dal focus, purtroppo, emerge anche una limitata motivazione da parte dei partecipanti a svolgere il loro ruolo di Tutor; alcuni sono stati nominati senza essere stati avvisati ed informati in precedenza dal direttore, non è riconosciuta nessuna indennità e neppure un minimo di visibilità per il loro lavoro. Mancano degli spazi idonei. Si devono inventare il lavoro da fare. Si manifesta anche la richiesta di corsi di formazione sulle metodologie di insegnamento.

Nello specifico, il focus ha registrato la necessità di migliorare i corsi di formazione dei medici di medicina generale, di ripensare la figura del Tutor Ospedaliero e magari di formarla, in maniera opportuna, attraverso una preparazione interdisciplinare tra la medicina generale e la medicina ospedaliera.

Le criticità palesate dal focus sono state le seguenti:

- necessità di una qualche gratificazione se non economica almeno d'immagine;
- necessità di migliorare la formazione attraverso una precisa formulazione degli obiettivi formativi da raggiungere, addirittura con precise "Linee Guida" secondo un partecipante al focus;
- necessità di redigere una relazione descrittiva completa finalizzata al miglioramento della qualità del lavoro tra colleghi (non solo una valutazione in "positivo/negativo" come succede adesso per la valutazione formativa finale);
- necessità di avere spazi e tempi dedicati al tutoraggio all'interno dell'ospedale;
- necessità di istituire corsi di formazione per Tutor o comunque corsi di avvio e di approfondimento sulle nozioni di base necessarie per insegnare agli adulti;
- necessità di conoscere gli obiettivi didattici che scaturiscano da una maggiore conoscenza dei compiti del Medico di Famiglia.

Ci sono stati anche alcuni suggerimenti in particolare sul monitoraggio dell'attività dei Tutor attraverso momenti di confronto tra pari (anche fra Tutor) e somministrazione di questionari on-line per la rilevazione dello stato di soddisfazione degli studenti (non da tutti accettati e percepiti come utili).

Dall'analisi delle trascrizioni dei *focus group* con gli studenti del corso di formazione specifica sono emerse negatività ed indicazioni. Per quanto riguarda le esperienze negative, i partecipanti evidenziano la limitata esperienza pratica e l'assenza di una corretta organizzazione del lavoro (non c'è un'adeguata impostazione dei ruoli e delle mansioni del tutor e dello studente). Anche se motivati esprimono una scarsa soddisfazione dell'andamento del progetto di tirocinio. Il *focus group* ha dato loro, in questa occasione, un'opportunità per discutere sul ruolo del loro Tutor e sulla formazione come Medici di Famiglia.

Quello che è emerso dal focus condotto dal Prof. Limone è l'assenza di una procedura codificata. Ci possono essere esperienze, anche solo giornalieri, molto positive o molto negative che secondo i partecipanti possono dipendere:

- dall'umore in quella giornata del tutor,
- dallo stato di tensione emotiva del tutor,
- dal numero e dalla tipologia dei casi che si presentano,
- dall'affinità caratteriale del tirocinante e del tutor.

I punti di forza e di miglioramento emersi dal focus sono:

- frequentare più reparti che non sono previsti nell'attuale disegno formativo (ad es. dermatologia, ortopedia, ORL, neurologia e altri) che possono essere importanti nella professione futura con una certa ricaduta positiva nell'esercizio della professione di Medico di Famiglia,

- avere il rapporto uno a uno con il tutor rafforzato attraverso un ritorno (de-briefing) quotidiano,
- la possibilità di conoscenza e iniziale collaborazione con i medici che operano nell'Ospedale Vito Fazzi di Lecce e opportunità d'intraprendere, con loro, un rapporto professionale che un domani potrà ritornare utile.

Dalle risposte ricevute e dalla discussione che è nata, si è riscontrata l'esigenza di raggiungere un comune livello di preparazione per tutti gli studenti attraverso l'individuazione di una metodologia che possa considerare ambiti ospedalieri diversi affinché il Tutor possa rappresentare una figura di sostegno con l'obiettivo di ottenere delle competenze specifiche.

Le criticità rilevate nel *focus group* condotto dal Prof. Limone sono state le seguenti:

- Gli elementi che connotano come negativa un'esperienza sono quelli di una scarsa organizzazione della didattica, cioè un contratto formativo poco chiaro.
- Assenza di formazione necessaria dei Tutor
- Scarsa organizzazione dei seminari integrati e nella programmazione dell'attività formativa.

I tirocinanti suggeriscono di pensare alla possibilità di monitorare l'attività di tirocinio attraverso la somministrazione di questionari on-line per la rilevazione dello stato di soddisfazione degli studenti.

I bisogni rilevati, dal *focus group* condotto dalla Dott.ssa Dipace, ovviamente, sono molto simili a quelli rilevati nell'altro, e sono stati:

- Esigenza di migliorare la qualità della relazione tra il tirocinante e il Tutor.
- Necessità di sentirsi maggiormente coinvolti durante le visite e motivati al lavoro.
- Necessità di una formazione mirata e di

una riprogettazione dei percorsi di tutorato, in modo che le nozioni e le abilità acquisite possano essere utilizzabili nella prassi quotidiana.

- Intensificare i momenti di confronto con tutti gli attori coinvolti nel progetto di tirocinio.
- Una migliore organizzazione e programmazione dei seminari integrativi di formazione.

I tirocinanti suggeriscono di integrare la formazione professionale di tipo medico con una formazione di tipo puramente amministrativo/burocratico e favorire un modello di formazione con una valutazione programmata. Sulla valutazione questo gruppo si è speso di più, sollecitato anche dalla dottoressa Gualtieri, arrivando a dire che se non si riesce a programmare una corretta valutazione non ci potrà mai essere una certa ricaduta di responsabilità, di coinvolgimento attivo e di conseguenza un maggiore impegno.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Con questo mio lavoro, ho voluto verificare, servendomi di uno strumento idoneo a una tale ricerca, il focus-group, le criticità del tirocinio pratico ospedaliero nell'ambito del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale in Provincia di Lecce. Mi sono avvalso del focus-group perché l'ho ritenuto un mezzo efficace allo scopo che mi ero prefisso; infatti, è utilizzato per meglio comprendere e operare nella realtà ed ha la capacità di far sentire tutti i partecipanti protagonisti e fortemente coinvolti. Dai dati emersi abbiamo potuto fare una ricognizione delle criticità del tirocinio ospedaliero, dovute in gran parte al fatto che i colleghi ospedalieri Tutor non hanno bene definito il loro ruolo didattico e le necessità formative dei corsisti. I limiti propri dello strumento sono che i risul-

tati non sono rappresentativi in senso statistico, ci possono essere difficoltà logistiche (nel nostro caso: ferie, impegni, disinteresse), i dati prodotti subiscono i limiti della conversazione (discussioni non coerenti, contraddizioni, fraintendimenti), difficoltà a cogliere il punto di vista dei meno aggressivi e più timidi, abilità del moderatore. Dal *focus group* svolto con i Tutor è emerso che costoro non hanno idea del core-curriculum di un Medico di Famiglia e non hanno mai fatto un corso di formazione per diventare Tutor; si sono messe in evidenza insufficienze organizzative; scarsa conoscenza dei ruoli e dell'importanza del ruolo stesso di Tutor. Si è evidenziata l'inidoneità di alcuni contesti e luoghi in cui poter svolgere il tutoraggio. Necessità di un programma formativo con degli obiettivi didattici principali ed anche secondari che poi diano delle abilità e competenze in più ai corsisti. Sappiamo quanto sia indispensabile per l'apprendimento nell'adulto, riconoscere un valore aggiunto a quanto s'impara per il proprio sviluppo professionale. Dai *focus group* con i corsisti si è confermata la scarsa utilità pratica che viene percepita e quanto poco vengano considerati. La scarsa considerazione potrebbe scaturire anche dalla mancata valutazione formativa in itinere e a fine corso; una valutazione anche non approfondita impegnerebbe molto più attivamente il discente. L'espressione "belle statue" usata dai partecipanti di entrambi i focus, può essere interpretata come l'immobilità dei corsisti che scaturisce da carenze comunicative che possono derivare dal fatto che i corsisti sono bloccati perché non si sentono coinvolti e non capiscono quale risvolto futuro ci potrà essere dall'apprendimento di quello che stanno ricevendo. Anche la voglia dei Tutor di essere giudicati da parte dei tirocinanti può essere un mezzo idoneo al miglioramento del tirocinio e delle capacità di tutoraggio.

Bibliografia / Sitografia

www.euract.eu/

Regione Puglia. Assessorato alle Politiche della Salute Servizio Programmazione Assistenza Ospedaliera e Specialistica – Ufficio 4. Alta Professionalità – Rapporti Università Regione e Gestione Medicina Generale. Programma Del Corso Triennale Di Formazione Specifica In Medicina Generale 2011 – 2013.

Sasso L., Lotti A., Gamberoni L.(2003): *Il Tutor per le professioni sanitarie*. Carocci Faber. Roma.

Foster, K., Laurent, R. (2013), *How we make good doctors into good teachers: A short course to support busy clinicians to improve their teaching skills*. *Medical Teacher*. 35(1),

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23102154?dopt=Abstract.

Quaglino G.P.(2005) *Fare Formazione. I fondamenti della Formazione e i nuovi traguardi*. Raffaello Cortina Editore

www.lecce.fimmg.org/FORMAZIONE/Osservatorio_Priorita.pdf

Vaughn S., Shay Schumm J., Sinagub J. M.: *Il focus group in pedagogia e in psicologia*. traduzione e postfazione a cura di Limone P. C.L.E.U.P. Padova 2003.

Zammuner V.L.: *I focus group*. Aspetti della psicologia. Il Mulino 2003.

Goldman A.E. (1962). *The Group Depth Interview*, “*Journal of Marketing*”.

Cerrocchi L., *Gli strumenti della ricerca e l'analisi dei dati*, in Cecconi L. (a cura di) *Le rappresentazioni degli insegnanti*. Franco Angeli, 2012

www.laboratorioaltierospinelli.org/.../03_Stagi_Il_Focus_Group_come_t...

Albanesi C.: *I focus group*. Carocci

AMEE Guide no. 34: *Teaching in the clinical environment*. Subha Ramani¹ & Sam Leinster²
¹Boston University School of Medicine, USA, ²University of East Anglia, Norwich, UK.

Barbour R. S. e Kitzinger J., (a cura di) (1999) *Developing Focus group Re-search: Politics, Theory and Practice*, Sage, London

Bovina L. (1988). *I focus group. Storia, applicabilità e tecnica* in C. Bezzi (a cura di), *Valutazione*, Giada, Perugia.

Delvecchio G.: *Formazione in Ospedale. Collana di Pedagogia Medica (SIPEM)*.

Giunta Regionale Emilia-Romagna Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali. *Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale: Guida per lo studente*.

I tutor per la formazione nel Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna-Rapporto preliminare dossier 174-2009.

Padula M.S. (2010): *Di casa in casa. La medicina fuori dagli ospedali*. Athena.Modena.

Padula M.S., Tomasi A. (a cura di)2004: *Manuale per il Medico Generale Tutor*.

Insegnamento Universitario della MG. Athena. Modena.

Sutkin G, Wagner E, Harris I, Schiffer R. *What makes a good clinical teacher in medicine? A review of the literature*. Acad Med. 2008 May;83(5):452-66.

Ventriglia G. Turbil E. (2003) : *Educazione continua in Medicina*. Masson Editore

www.2.invalsi.it/RN/sapa/docs/10_ANALISI%20DEI%20FOCUS%20GROUP.pdf

www.aosp.bo.it-files-saiani180609.pdf

www.asrem.org/.../Doc.%2007_LA%20TECNICA%20DEI%20FOCUS%...

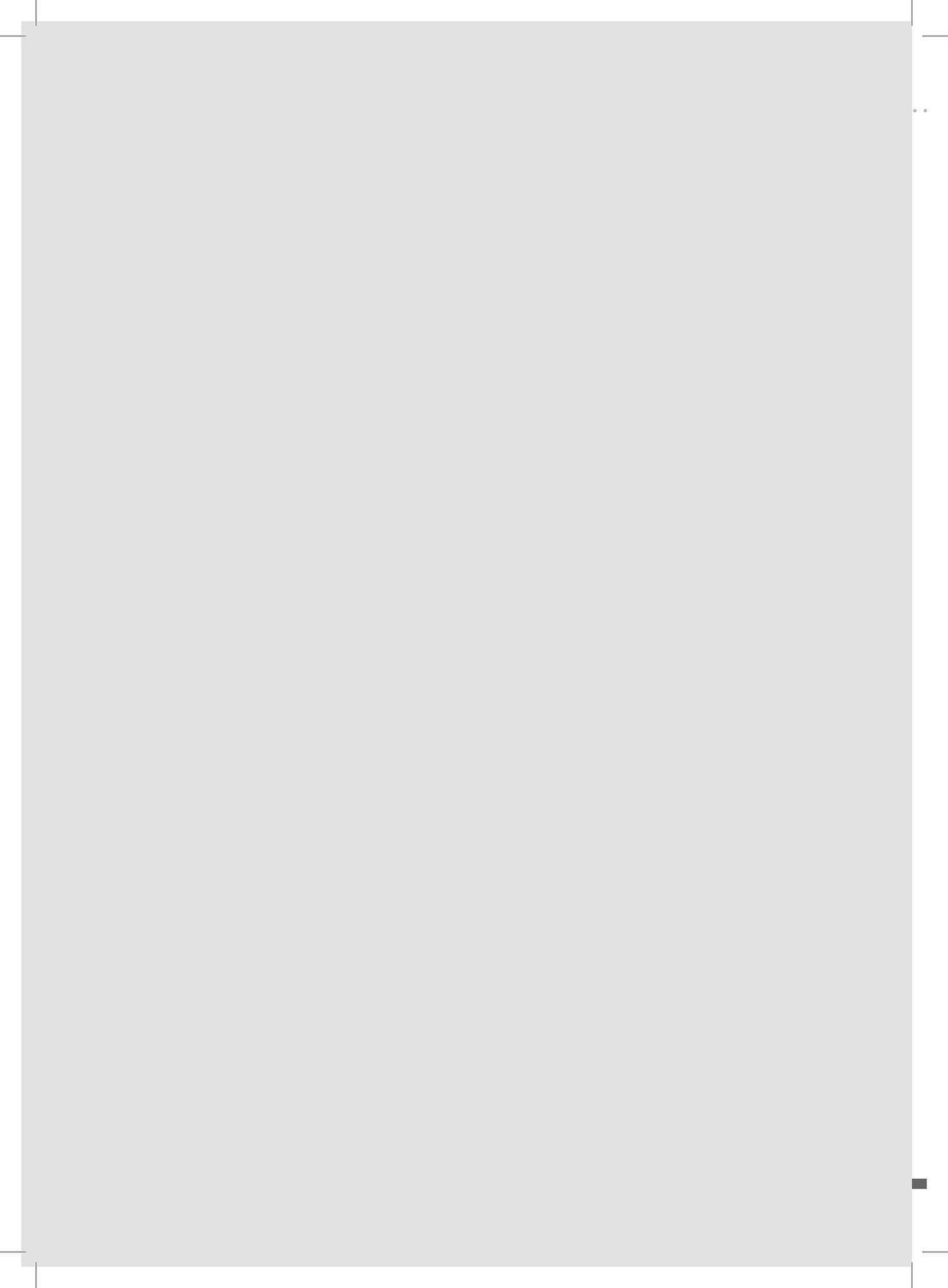
www.eupolis.regione.lombardia.it/cs/Satellite?c=Page...cid...

www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?...id=441

www.siti.chiesacattolica.it/.../Mancarella%2018.07.11%20Focus_group_...

www.sos-dispersionescolastica.it/focus-group-cose

www.valutazioneitaliana.it/riv/num1/bfocus.pdf (L. Bovina)



È importante ed utile valutare “in itinere” l’apprendimento dei tirocinanti del corso di formazione specifica in Medicina Generale? E’ fattibile una valutazione dell’acquisizione di abilità pratiche oltre che delle conoscenze teoriche? Il lavoro documenta i risultati di una innovativa esperienza didattica basata sull’utilizzo di check-list per facilitare l’apprendimento e di griglie di osservazione per la valutazione.

La valutazione dell’apprendimento nel tirocinio pratico ospedaliero del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

L. Gualtieri, G. D’Ambrosio, F. Consorti

BACKGROUND

Lo studio nasce da una serie di riflessioni riguardanti la didattica nel corso di formazione specifica in Medicina Generale.

Parte dalla valutazione espressa durante i *focus group* effettuati con i tirocinanti del Corso di Formazione Specifica (CFS) della Provincia di Lecce, che sono stati propedeutici per questo studio e che riflettono le criticità rilevate nel CFS in ambito nazionale:

- il periodo di tirocinio pratico ospedaliero presenta importanti lacune dal punto di vista delle metodologie didattiche;
- i futuri medici di Medicina Generale (MMG) sono affidati a dirigenti medici delle unità operative i quali spesso non svolgono appieno la funzione di “tutor” non essendo né preparati né motivati a rispondere alle esigenze didattiche di un MMG in formazione;

la valutazione del percorso didattico ospedaliero è affidata esclusivamente ad un giudizio binario “positivo” o “negativo” espresso a fine periodo, questa valutazione non consente una verifica dell’effettivo raggiungimento degli obiettivi educativi.

C’è una considerazione alla base del lavoro: mentre per il tutoraggio presso il MMG sono stati definiti strumenti di valutazione che rappresentano un forte elemento di crescita didattica e professionale sia per il tutor che per il tirocinante, non esistono analoghi strumenti in Italia per il tutoraggio ospedaliero. L’idea di partenza è quindi quella di costruire alcune check-list per l’apprendimento di abilità pratiche apprese in ambito ospedaliero. Successivamente proporre delle griglie osservative che permettono al tutor ospedaliero di valutare, insieme all’acquisizione delle abilità, anche gli aspetti re-

lazionali e cognitivi e darne feedback al tirocinante, in modo da favorire la riflessione e l'autovalutazione. In questo modo la valutazione diventa un atto formativo.

OBIETTIVO DELLO STUDIO

Realizzare alcune check-list propedeutiche all'acquisizione di abilità pratiche pertinenti alla medicina generale e alcune griglie osservazionali per la valutazione complessiva del processo clinico (abilità relazionali cognitive e pragmatiche) da utilizzare durante il Tirocinio pratico ospedaliero in Medicina Generale. Verificarne l'applicabilità e l'utilità percepita da parte dei tutor e dei tirocinanti.

MATERIALI E METODI

Check list descrittive. Riguardano l'apprendimento di tutti gli atti semplici da cui una manovra è costituita.

Griglie osservazionali per la valutazione formativa. Contengono la descrizione di tre modelli: ottimale, accettabile, non accettabile. Interessano la globalità dell'esame scomposto in: capacità di raccogliere l'anamnesi, capacità di eseguire correttamente la manovra, atteggiamento verso il paziente, capacità di formulare

opzioni diagnostiche e terapeutiche.

Questionario di valutazione delle check list e delle griglie di osservazione per il tirocinante.

Comprende cinque items: tre sulla applicabilità e utilità delle check list, uno sulla percezione che il singolo ha avuto circa la stimolo che può avere da questo tipo di valutazione, uno dedicato a commenti e proposte
Questionario di valutazione delle check list e delle griglie di osservazione per il tutor. Comprende otto items: sei sulla applicabilità e utilità delle check list e delle griglie osservazionali, due sulla percezione della risposta positiva al feedback con ricadute positive sull'apprendimento da parte del tirocinante, uno dedicato a commenti e proposte. I questionari prevedono una codifica delle risposte secondo la scala Likert, in 4 gradi, con l'istruzione che accompagna la domanda: 4 massimo accordo - 1 completamente disaccordo.

RISULTATI

Hanno partecipato allo studio 9 tutor e 16 tirocinanti.

La distribuzione di frequenza delle risposte ai questionari è illustrata nelle seguenti tabelle.

TAB.1 - RISPOSTE QUESTIONARIO TIROCINANTI

	1	2	3	4
Le check- list hanno rappresentato per te uno strumento propedeutico utile per l'apprendimento di una abilità pratica	13%	19%	38%	31%
Le check- list sono state formulate in modo lineare e comprensibile	13%	6%	44%	38%
La consapevolezza di essere sottoposto a valutazione ha rappresentato per te motivo di stimolo per l'apprendimento	13%	38%	44%	6%
Proporrai al tuo tutor di continuare ad usare griglie di valutazione ed eventuali check -list	6%	25%	56%	13%

DISCUSSIONE

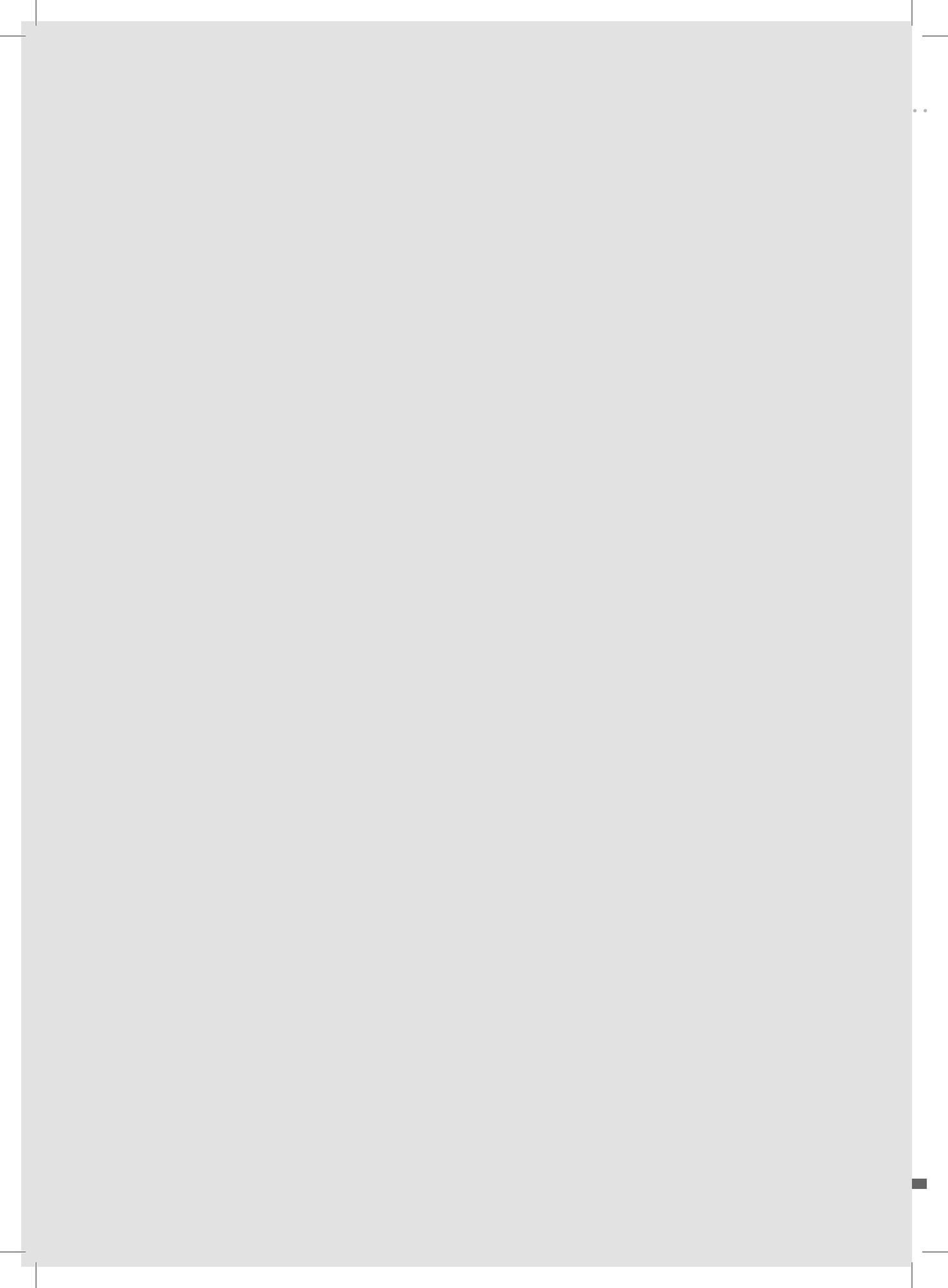
I tutor hanno dato complessivamente una valutazione positiva per quanto riguarda sia l'utilità sia l'applicabilità di check-list e griglie nell'ambito del tirocinio. I tirocinanti, invece, hanno dato un giudizio positivo per quanto riguarda l'applicabilità degli strumenti ma sono stati più critici sulla loro utilità riguardo la facilitazione del processo di apprendimento. La metà dei tirocinanti, infatti, ha risposto che la consapevolezza di essere valutati non ha avuto ricadute positive sull'apprendimento.

CONCLUSIONI

Il cambiamento culturale della valutazione intesa come opportunità di feedback, di cambiamento attraverso lo scambio, necessita di tutor opportunamente formati. I tutor devono essere in grado di applicare strumenti e metodologie didattiche che possano rendere il tirocinio pratico ospedaliero del corso di formazione specifica più adeguato alle reali esigenze di formazione dei futuri Medici di Medicina Generale.

TAB.2 - RISPOSTE QUESTIONARIO TUTOR

	1	2	3	4
Le check-list hanno rappresentato uno strumento propedeutico utile per l'apprendimento di una abilità pratica da parte del tirocinante	0%	0%	33%	67%
Le check-list sono state formulate in modo lineare e comprensibile	0%	0%	44%	56%
Le check-list sono uno strumento didattico applicabile nel tirocinio ospedaliero	0%	0%	33%	67%
Le griglie di valutazione hanno rappresentato uno strumento utile per il feedback formativo	0%	0%	44%	56%
Le griglie di valutazione sono applicabili nel tirocinio ospedaliero	0%	0%	56%	44%
La valutazione dell'abilità pratica è coerentemente inserita nell'ambito della visita e permette di indagare meglio la capacità del tirocinante di interpretare il dato ottenuto, ai fini della diagnosi	0%	11%	11%	78%
La consapevolezza di essere sottoposto a valutazione ha migliorato l'apprendimento del tirocinante	0%	0%	33%	67%



Lo sviluppo dell'area delle cure primarie come luogo per la gestione delle patologie croniche richiede l'attivazione di un team multiprofessionale che non può fare a meno della figura dell'infermiere del territorio. A che punto siamo nella formazione questa figura professionale? Il lavoro esplora attitudini, disponibilità alla collaborazione con in Medici di Medicina Generale e bisogni formativi di infermieri già attivi e in formazione.

Indagine sui bisogni degli allievi infermieri per proposte formative: L'integrazione operativa dell'attività di nursing nel setting delle forme organizzate della medicina generale

P. Rista, D. Mecugni, B. Olivares

BACKGROUND

La recente modifica dell'articolo 8 della legge 502/1992 attuata con la legge 189/8.11.2012 -disposizioni urgenti promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute- ha dato un ulteriore impulso alla riorganizzazione delle cure primarie territoriali già introdotte sin dal 1984 dagli Accordi Collettivi Nazionali della Medicina Generale

Le indicazioni programmatiche nazionali privilegiano la realizzazione di forme innovative di organizzazione quali i team multiprofessionali della medicina generale e della pediatria di libera scelta che devono:

- agire con modalità pro-attive,

- essere centrate sulla persona,
- migliorare l'accessibilità ai servizi e l'assistenza al cittadino,
- concorrere alla sostenibilità al Servizio Sanitario.

I cambiamenti impressi dalla politica sanitaria con lo spostamento dell'asse assistenziale dall'Ospedale al Territorio, la nuova struttura della popolazione italiana con i suoi mutamenti demografici e nuovi bisogni di salute, sono ricaduti sull'assistenza tradizionalmente erogata dalla Medicina Generale.

Alcune Regioni hanno prodotto differenti proposte di modelli aggregativi della Medicina Generale per dare risposte ai problemi

più urgenti e non dilazionabili come il carico delle malattie croniche, l'aumento della spesa sanitaria, il decongestionamento del pronto soccorso, il contenimento delle liste di attesa. Le medicine di gruppo che si avvalgono della collaborazione con gli infermieri, hanno realizzato l'integrazione con diverse modalità, non normative, non definite qualitativamente e quantitativamente, perseguendo obiettivi diversi, inoltre gli infermieri non dispongono di alcun percorso formativo specifico per il setting della medicina Generale. Mentre è in atto una evoluzione del profilo e delle competenze del ruolo dell'infermiere come potente protagonista del panorama sanitario, sia nei corsi di laurea infermieristica triennale, sia nei Master per infermieri di famiglia e comunità, non si affronta la conoscenza dei compiti, del ruolo, del contesto in cui operano i Medici di Medicina Generale (MMG), non si focalizza la forza del rapporto MMG-infermiere, non sono previsti percorsi di formazione sul campo mirati alla collaborazione nei team della Medicina Generale.

D'altra parte anche i MMG fanno poco della formazione e delle competenze degli infermieri. Una recente indagine condotta tra Medici di Medicina Generale e tra infermieri conferma la reciproca ignoranza e la scarsa percezione delle potenzialità di tale collaborazione. Tuttavia i numeri degli infermieri occupati in tale contesto non sono piccoli, con un trend in incremento. Nelle medicine di gruppo, per i nuovi compiti a cui sono chiamate, c'è necessità di collaborazione interprofessionale con l'infermiere, condividendo anche culturalmente approcci, metodi ed obiettivi, ma è difficile reperirli. Non avendo trovato in letteratura nulla che abbia già indagato questi aspetti, questo studio rappresenta una prima base per:

- a. sondare la conoscenza e la voglia di collaborazione degli infermieri nel team della medicina generale;
- b. confermare l'ipotesi che esistono delle carenze formative per una efficace collaborazione;
- c. avanzare proposte formative.

MATERIALI E METODI

Il disegno dello studio è un'indagine descrittiva attraverso interviste strutturate e questionari a domanda chiusa.

Le interviste: a 4 infermiere già attive da 1 a 5 anni, in una di medicina di gruppo avanzata e perciò definite "esperte", sono state inviate per via telematica due domande aperte richiedenti cosa sapevano prima dell'assunzione del lavoro che avrebbero svolto e quali ostacoli hanno successivamente incontrato nell'affrontarlo.

Le risposte raccolte, sono state il presupposto metodologico per costruire il questionario successivamente proposto agli infermieri in due stadi di formazione.

Il questionario: lo stesso questionario, in cartaceo, costituito da 20 domande chiuse, rispettoso dell'anonimato, distribuito e raccolto in aula dai loro docenti, nello stesso arco temporale, è stato somministrato a due gruppi:

- a. il primo costituito da studenti del 2° anno del corso di laurea triennale in scienze infermieristiche;
- b. il secondo costituito da infermieri partecipanti al Master Infermieri di Famiglia e Comunità.

Con il questionario si intendeva sondare:

- c. la conoscenza del ruolo, attività e compiti del medico di medicina generale.
- d. l'interesse alla collaborazione.
- e. eventuali necessità formative.

RISULTATI

Sono stati raccolti ed analizzati 33 questionari tra gli studenti (100% dei questionari distribuiti).

Tra gli infermieri del Master sono stati distribuiti 16 questionari, raccolti 10.

La bassa numerosità del campione dell'indagine, condotta in una sola area geografica, non permette conclusioni estensibili ma sembra poter confermare l'ipotesi di partenza che:

gli infermieri hanno una scarsa conoscenza del ruolo, attività e compiti assunti dal mmg gli infermieri potrebbero beneficiare di un percorso formativo ad hoc sulle carenze rilevate.

L'analisi qualitativa delle risposte degli infermieri del Master e la loro minor adesione, ha messo in luce un nuovo elemento di criticità, legato ad una diffidenza manifesta circa la collaborazione con il Medico di Medicina Generale ed un scarso riconoscimento del suo ruolo, talora vissuto come competizione nella stessa area di intervento professionale.

Al contrario, gli studenti del 2° anno di scienze infermieristiche hanno dimostrato curiosità ed interesse pieno a sviluppare una collaborazione nel setting della Medicina Generale.

Al momento non è data la conoscenza di altre indagini analoghe sul territorio nazionale, ma la rilevanza del tema della collaborazione efficace e soddisfacente dell'infermiere e del MMG nel team della medicina di gruppo, suggerisce ulteriori studi.

Sul fronte formativo si possono definire obiettivi generali comuni sia nel pre-laurea infermieristico che nel Master, specifici per la collaborazione interprofessionale nel team della Medicina Generale volti a:

- acquisire una visione e conoscenza com-

pletiva del contesto normativo, territoriale e professionale in cui opera la medicina generale;

- acquisire una visione e conoscenza degli strumenti e degli obiettivi che la medicina generale applica nella presa in carico del paziente;
- saper agire secondo l'economia del micro-sistema della medicina di gruppo;
- saper essere partecipe attivo nella progettualità della medicina di gruppo.

Conoscenze e competenze da sviluppare in aula, ma soprattutto durante tirocini pratici sul luogo di lavoro ove poter:

- a. sviluppare competenze esperte e trasversali, focalizzati al paziente e all'interazione con la rete assistenziale del territorio (continuità assistenziale, specialisti ambulatoriali, Distretto, Ospedale, servizi sociali)
- b. sviluppare proposte progettuali per lo sviluppo della pratica interprofessionale funzionale ed appropriata alla gestione dei nuovi bisogni di salute nel team della Medicina Generale.

Tra i limiti di questa proposta vi è quella che al momento non esistono figure di docenti e tutor tra i Medici di Medicina Generale formati per questo ruolo.

CONSIDERAZIONI FINALI

L'indagine è stata condotta su un campione ridotto ma sufficiente a rilevare conoscenze, bisogni formativi, disponibilità alla collaborazione per operare nell'ambito della Medicina Generale.

Le criticità, ma anche le soluzioni, indicate dalle infermiere esperte, fanno riflettere sia sulla polarizzazione delle difficoltà, sia sul fatto che tali difficoltà sono state superate da un'inconsapevole pratica del gruppo di formazione intraprofessionale.

I risultati ottenuti dai questionari, suggeriscono l'opportunità di sviluppare un ulteriore confronto tra il mondo della medicina generale e l'infermieristica, attraverso l'esplorazione dei ruoli e delle competenze, per poter condividere dei compiti.

In particolare, dalla lettura delle risposte degli infermieri del Master, traspare un quadro complesso, contemporaneamente di rivalsa e di attrazione per il Medico di Medicina Generale, dove prevalgono l'orgoglio professionale e la rivendicazione di competenze su conoscenze già acquisite ma traspare anche una disposizione alla collaborazione e all'approfondimento.

Viceversa va sottolineata la presenza di un atteggiamento di "resistenza", elemento ostacolante l'integrazione e la buona riuscita di eventi formativi.

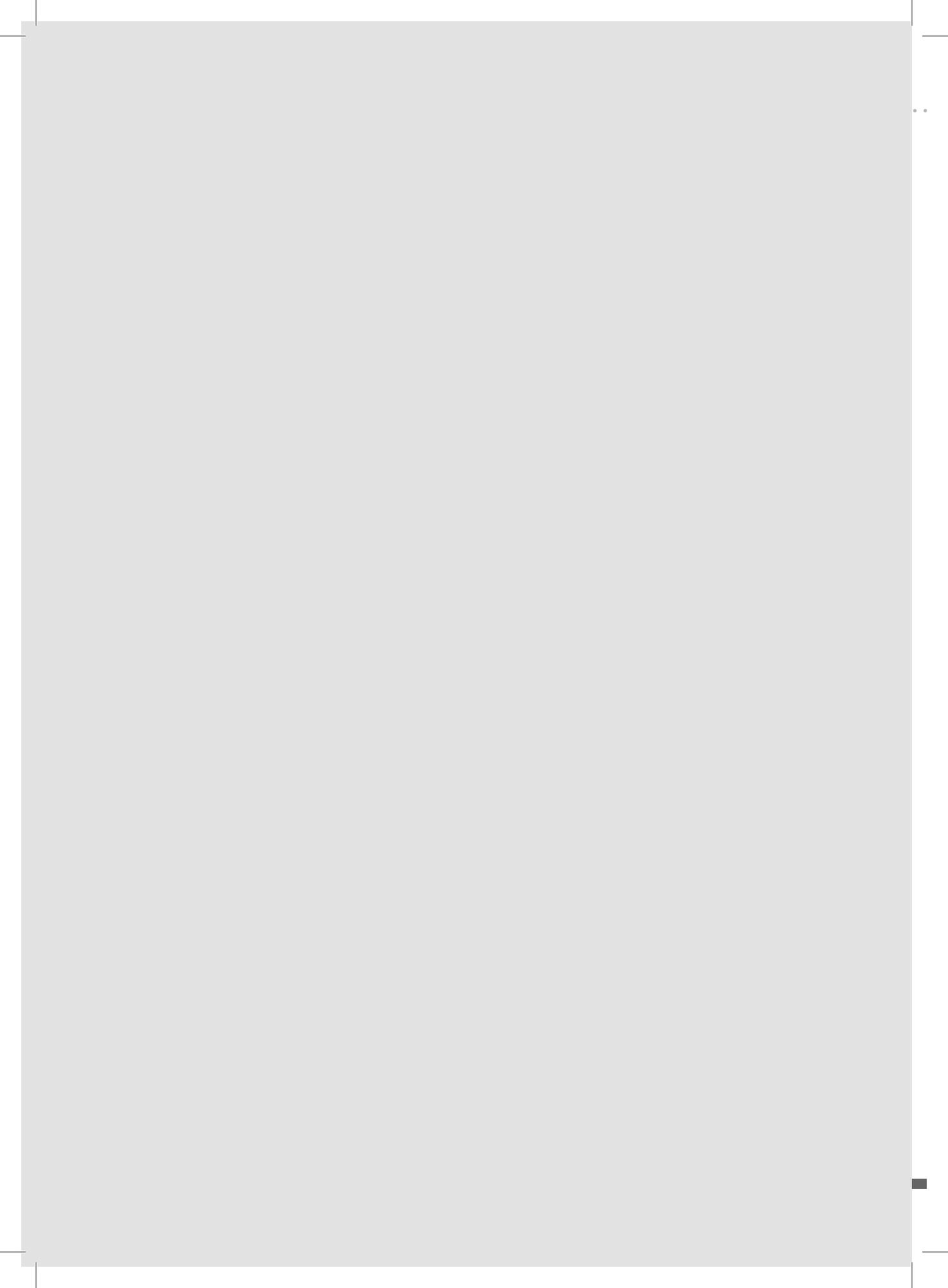
Le risposte raccolte sembrano evidenziare bisogni formativi per tutti i campi esplorati, anche se diversamente espressi nei due gruppi.

Proprio perché al momento non è data la conoscenza di altre indagini analoghe sul territorio nazionale ma la rilevanza del tema della collaborazione efficace e soddisfacente dell'infermiere e del MMG nel team della medicina di gruppo necessita di ulteriori approfondimenti, lo studio presentato vuole offrire un contributo, una sensibilizzazione alla tematica, un nucleo da esplorare in ulteriori ricerche qualitative, per definire meglio come ripensare la formazione di un infermiere integrato con le altre figure dell'equipe, iniziando dai compiti e dal setting della medicina generale.

Partendo dai bisogni formativi espressi, si possono progettare eventi formativi diversi nel pre-laurea, nel post laurea degli infermieri e, auspichiamo, anche per medici e studenti di medicina, per una formazione comune e sul campo, interprofessionale, secondo il principio di "learning together to work together for better health" indicato dall'OMS.

Bibliografia

- Agénas. Risultati dello studio VALORE i modelli organizzativi della medicina generale nella gestione delle patologie croniche. Roma 2011 Convegno nazionale AGENAS.*
- .Caimi V. L'organizzazione del lavoro in medicina generale. UTET Ed. Torino 1997*
- .Centre for the Advancement of Interprofessional Education (CAIPE). Interprofessional education-a definition. London:CAIPE bulletin 1997;13-17..*
- .Chronic Illness and Primary Care. Trasforming care for Canadians with chronic health conditions-Appendices 2010 Canadians Academy of Health Sciences ISB:978-0-9811589-7-6*
- .Calamassi D., Rossi C., Busotti A., Cure primarie: medici di medicina generale e infermieri insieme, una sfida da raccogliere. Rivista SIMG 2011, 4:3-6*
- .D'Amour D., Oandesen I., Interprofessionality as the field of interprofessional practice and interprofessional education: an emergent concept. J. Interprof Care, 2005; supplement 1:8 8-20*
- .DeMarinis MG., DeMarinis M. C., L'interprofessionalità come risposta unitaria e globale ai problemi di salute. Med. Chir. 58 2586-2591, 2013*
- .Gallo P., Becchi M. A., Consorti F., L'integrazione del territorio nel sistema delle cure-Proposta di un curriculum "verticale" Medicina e Chirurgia, 59:2642-49, 2013*
- .Maso G., Semenzato A., Infermiera e Medico di Famiglia: profili, metodi e proposte per un lavoro di squadra. Passoni Ed. Milano 2005*
- .Ministero della Salute, Criteri di appropriatezza clinica, tecnologica e strutturale dell'assistenza del paziente complesso. Quaderni ISSN 2013 n°23,*
- .Saffi-Giustini E., Cure Primarie e Medici di Medicina Generale. Rivista SIMG 2010, 8:3-4*
- .Sasso L., Gamberoni L., Ferraresi A., L'infermiere di Famiglia-scenari assistenziali e orientamenti futuri. McGraw-Hill 2005*
- .Starfield B., Shi L., Macinko J., Contribution of Primary Care to Health System and Health. The Milbank Quarterly 2005; 83(3):457-502*
- .World Health Organization. World Health Report 2006: Working Together for Health. Geneva: WHO, 2006*



La ricerca ha fatto emergere la necessità da parte del pediatra di famiglia di un percorso formativo professionalizzante in ambito delle cure palliative pediatriche per il bambino con bisogni speciali, proprio partendo dalle difficoltà riscontrate nell'affrontare la cura di questi bambini e di trovare risposte ai bisogni delle loro famiglie. Rispondere, infatti, ai bisogni del bambino e della famiglia e assistere pazienti con malattia cronico-invalidante significa cercare di prendersi cura del "dolore totale", ossia della sofferenza non solo fisica, ma anche psicologica, emotiva, esistenziale e sociale, sperimentata sia dal paziente che dalla sua famiglia.

L'analisi dei bisogni socio assistenziali delle famiglie e dei bambini in cure palliative pediatriche nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata del Territorio provinciale di Modena

N. Guaraldi, M.S. Padula, G. Ventriglia

PREMESSA

Le cure palliative pediatriche sono definite come "attiva presa in carico globale del corpo, della mente e dello spirito del bambino, che comprende il supporto attivo alla famiglia" (Cancer Pain Relief and Palliative Care in Children, WHO-IASP, 1998).

Da questa definizione consegue che le cure palliative pediatriche necessitano di modalità di intervento applicabili ben prima che la malattia evolva nella fase avanzata, pur certamente comprendendo anche le cure di fine vita (cioè la presa in carico del bambino e

dei genitori, nel periodo strettamente legato all'evento della morte).

Infatti come si legge nel progetto "La rete delle cure palliative pediatriche della Regione Emilia-Romagna", approvato con DGR 1898 del 10.12.2012, *l'obiettivo fondamentale delle cure palliative pediatriche è quello di "migliorare la qualità della vita residua, mediante articolati interventi sanitari e sociosanitari attenti al controllo dei sintomi e all'evoluzione della patologia in atto"*.

Un progetto di formazione non può prescindere da **un'analisi di contesto**.

L'accordo Stato-Regioni del 20 marzo 2008, inerente le cure palliative rivolte ai minori (neonato, bambino e adolescente) indica che in queste età il bisogno di cure palliative non è riservato solamente a malati oncologici in fase progressiva (30%), ma anche ai minori con altre gravi patologie (genetico-malformative, degenerative, neurologiche, metaboliche severe, disabilità per sequele di danni cerebrali e/o midollari, paralisi cerebrale severa), che complessivamente rappresentano la casistica con maggiore incidenza (70%).

La prevalenza di tali patologie cronicoinvalidanti, attualmente stimata intorno a 1,7/10.000 minori (rilevazione retrospettiva condotta dall'Azienda USL di Bologna su minori con malattie croniche ad alta complessità assistenziale con presenza di presidi medici invasivi quali: CVC, PEG, tracheotomia e supporti respiratori), è potenzialmente in aumento grazie alla sopravvivenza garantita dalla miglior qualità di cure soprattutto in ambito neonatologico e oncoematologico.

La stima dell'utenza potenziale di cure palliative pediatriche, proiettata sulla popolazione dei minori dell'Emilia-Romagna conduce a individuare circa 120 casi di minori inguaribili o terminali. Ciò significa che dal punto di vista strettamente assistenziale bisogna garantire una sempre crescente professionalità nei percorsi di cura di tali pazienti e delle loro famiglie.

Nell'ambito della mia breve esperienza lavorativa come PLS che opera nell'AUSL di Modena dal 2009 ad oggi, ho potuto constatare come l'incidenza di tali patologie abbia una ricaduta assistenziale di notevole importanza.

Rispondere, infatti, ai bisogni del bambino e della famiglia e assistere pazienti con malattia cronicoinvalidante significa prendersi cura del "dolore totale", ossia della sofferenza

non solo fisica, ma anche psicologica, emotiva, esistenziale e sociale, sperimentata sia dal paziente che dalla sua famiglia.

Ammalarsi, costituisce un evento stressante che minaccia l'esistenza e l'integrità psico-fisica di ogni persona. Questa sofferenza è ovviamente amplificata qualora ci si trovi di fronte ad una malattia cronica. Nel caso particolare di un bambino, vi sono molteplici fattori che possono incidere sulla sua reazione di fronte ad una malattia inguaribile, quali l'età di insorgenza della malattia, il livello evolutivo e di sviluppo raggiunto, il grado di comprensione di ciò che sta accadendo, gli aspetti caratteriali, i sintomi della malattia (in primis il dolore) e le conseguenti compromissioni fisiche o psichiche, gli effetti collaterali delle terapie, la durata dell'ospedalizzazione, la qualità delle relazioni con le figure di riferimento e l'eventuale separazione da esse.

Il bambino malato diventa dipendente dalla struttura ospedaliera, dalle apparecchiature mediche, dai farmaci che frenano la spinta all'autonomia e suscitano sentimenti di diversità, solitudine, isolamento, non potendo più frequentare la scuola, i campi di gioco, di sport, e gli amici. La malattia, le procedure invasive e dolorose, l'ambiente sconosciuto, le persone estranee allontanano il bambino dalla propria vita, modificando e sottraendo le abitudini, gli spazi vitali, le attività quotidiane, soffocandone i bisogni e le necessità evolutive. I bambini affetti da malattie inguaribili, essendo spesso costretti a degenze prolungate in ospedale, hanno la necessità di trascorrere più tempo possibile a casa con la propria famiglia, di condurre una vita regolare con la possibilità di avere contatti sociali e mantenere le normali esperienze di vita. Un bisogno indispensabile per il bambino è poter continuare il processo di sviluppo sociale e formativo-educativo, usufruendo di per-

corsi scolastici specifici, all'interno del gruppo classe o a domicilio o all'interno di strutture di degenza in cui è ricoverato, anche attraverso l'utilizzo di sussidi tecnologici di videoconferenza. Le emozioni e le difficoltà del bambino s'intrecciano con quelle dei genitori e dei fratelli; numerosi fattori intervengono e influenzano la qualità di vita del bambino e del nucleo familiare. Il vissuto più gravoso dei genitori di bambini con malattia inguaribile (ma anche dei loro Medici Curanti!) è l'impotenza, legata intimamente all'angoscia di morte. La malattia terminale trasforma la famiglia in un'unità sofferente e la costringe a una serie di adattamenti psicologici, relazionali, sociali ed economici. Il dolore del bambino si ripercuote inevitabilmente, e in varie forme, sull'intero sistema delle relazioni familiari, producendo effetti sull'equilibrio del nucleo familiare.

Al 31.12.13, ben 16 minori su un totale di 1004 miei assistiti, erano e sono affetti da malattie cronicoinvalidanti, di cui 3 con patologie cromosomiche e ritardo globale dello sviluppo (Matteo C, Giacomo C, Liu), 2 affetti da gravi esiti di sofferenza perinatale asfittica o post-traumatica (Viola B e Mathias S), 6 pazienti affetti da malattie rare di cui alcune gravi sindromi polimalformative (Emma DG, Lorenzo M, Hiranur E., Caleb T., Anita e Brando F), un paziente con patologia malformativa osteoarticolare (Sofia P.), uno con patologia neuromuscolare (Filippo B.) ed altri 3 affetti da patologie malformative cardiache (Aurora A, Marta R, Tommaso G.). Di questi pazienti, 6 sono portatori di stomie artificiali (intestinale, nefrostomie, gastrostomie o tracheostomie), una di derivazione ventricolo-peritoneale ed una di pacemaker. Tre di loro sono deceduti dal marzo al luglio 2013. All'interno di questa analisi di scenario, in base alla mia esperienza personale di quo-

tidiano confronto con le problematiche riguardanti i minori con malattie croniche ad alta complessità assistenziale e spesso dipendenti da tecnologie (special needs children), ho maturato una sempre più crescente convinzione professionale che poco si è fatto sino ad oggi per informare, formare e aiutare i nuclei familiari che si trovano ad avere figli diversamente abili o comunque colpiti da malattie cronicoinvalidanti.

Ma quel che è peggio, è che poco si è fatto parimenti per informare e formare con corsi professionalizzanti anche gli operatori sanitari che si trovano ad assistere gli special needs children. Di questi in primis i Pediatri di Libera scelta e poi tutti coloro che, nell'organizzazione delle Aziende USL, devono assistere a domicilio tali pazienti, cioè gli infermieri, gli operatori sanitari dell'Assistenza Domiciliare ed i medici di Comunità.

Fermamente convinto quindi, che:

il primo passo per poter migliorare la qualità della vita residua non solo dei bambini con bisogni speciali ma anche delle loro famiglie, sia fornire un'adeguata formazione rivolta alle diverse figure professionali, mediche e paramediche, per poter poi garantire quell'assistenza domiciliare che, mediante gli "articolati interventi sanitari e sociosanitari attenti al controllo dei sintomi e all'evoluzione della patologia in atto" auspicati dal progetto "La rete delle cure palliative pediatriche della Regione Emilia Romagna", renda più sostenibile la qualità di vita di queste famiglie, ho sviluppato un progetto sulle Cure Palliative Pediatriche ed il bambino con Bisogni Speciali.

Assumere come paradigma dell'intervento assistenziale di cure palliative pediatriche il modello bio-psico-sociale, richiede infatti certamente "flessibilità nell'integrazione dei servizi forniti, a seconda dei bisogni del bambino, della fase di sviluppo, del decorso della malattia e della fase del sistema fa-

miglia, ma soprattutto professionalità e alta qualifica del personale coinvolto”.

ANALISI DEI BISOGNI E METODI DI RICERCA

Un progetto di formazione tuttavia non può neppure prescindere da un'analisi del bisogno formativo. Per realizzare questa analisi, grazie all'aiuto di alcune famiglie esperte per esperienza (care-giver esperti), è stato creato un questionario per esplorare i bisogni delle famiglie di special needs children (vedi allegato 1) sulla falsa riga di altri questionari già presenti in letteratura.

Tale questionario è volto ad esplorare diversi ambiti della gestione della cronicità a domicilio e nello specifico indaga l'area della diagnosi medica e del trattamento, quella del sostegno al bambino e alla famiglia, delle pratiche amministrative, delle risorse domiciliari e degli ausili, del trasporto, dell'assistenza domiciliare integrata, dell'aiuto nella gestione a domicilio, dei servizi educativi, ricreativi, e scolastici e delle eventuali difficoltà incontrate.

Grazie alla partecipazione assolutamente volontaria di (purtroppo) pochi Pediatri (esattamente solo 4 PLS su 104 che operano a Modena e provincia), tale questionario è

stato somministrato alle famiglie di bambini con malattia cronico-invalidante del territorio modenese, nel periodo primaverile-estivo del 2013.

Sono stati così raccolti circa 20 questionari (prevalentemente provenienti dal territorio di Modena e Castelfranco) i cui dati sono stati elaborati attraverso fogli di calcolo. Perfettamente conscio dell'assoluta assenza di rilevanza epidemiologica di un così esiguo e mal reclutato campione (vi sono infatti diversi bias di selezione dovuti sia al limite numerico del campione esaminato, sia al reclutamento su base volontaria dei pediatri partecipanti allo studio, che potrebbe far supporre una sensibilità professionale tale per cui ognuno di loro potrebbe avere un maggior numero di special needs children tra gli assistiti rispetto alla media), riporto tout-court i grafici dei risultati dei questionari, senza per questo voler trarre conclusioni statistiche.

Sottolineo inoltre che **scopo del presente progetto**, non è tanto quello di avere una fotografia numerica dei reali bisogni socio-sanitari dei care-giver dei pazienti pediatrici ad alta complessità assistenziale (pur sempre possibile obiettivo primario), quanto piuttosto quella di **progettare un percor-**

FIG. 1

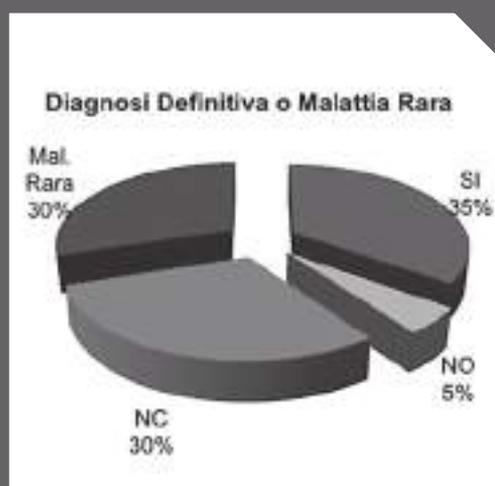
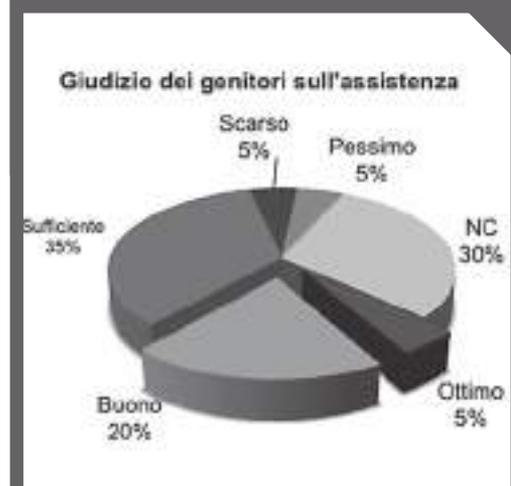


FIG. 2



so professionalizzante sulle cure palliative pediatriche ed il bambino con bisogni speciali, proprio partendo da una conferma di criticità sanitaria (bisogno formativo) percepita direttamente “sul campo” da chi opera nelle Cure Primarie. Il questionario distribuito è riportato in appendice.

Fatta questa debita premessa alla lettura dei dati, l'elaborazione dei questionari mostra che, in linea con le dichiarazioni del progetto regionale, solo il 35% della casistica esaminata possiede una diagnosi definitiva di malattia nota (figura 1), pur avendo comunque mediamente richiesto lunghi tempi diagnostici ed un relativamente alto numero di specialisti interpellati (nel 65% > 3 specialisti). L'85% delle patologie rilevate, comporta tuttavia limitazioni funzionali gravi e nella metà dei casi sintomi difficili da gestire. Nonostante ciò, solo il 10% di questi pazienti dichiara di beneficiare dell'Assistenza Domiciliare Integrata con frequenza settimanale, che viene comunque dichiarata insufficiente in termini orari ed insoddisfacente in termini qualitativi. Viceversa viene denunciata dal 90% delle famiglie intervistate l'utilità di un affiancamento, almeno iniziale da parte di operatori sanitari formati, che solo il 10% di esse riferisce di aver ricevuto (figura 2). Le famiglie intervistate inoltre, esprimono scarsa soddisfazione rispetto ai servizi erogati dalla AUSL (X% soddisfatti, X% soddisfatti ma con integrazioni, X% non soddisfatti) chiedendo maggiori integrazioni con altri servizi quali la NPIA, la logoterapia, la fisioterapia, l'osteopatia e l'accesso a consulenza specialistiche.

In questo contesto di “famiglia malata”, il giudizio sull'assistenza ricevuta è per i più appena sufficiente, senza contare l'impatto della sofferenza non solo fisica ma anche psicologica, emotiva, esistenziale e sociale che la malattia provoca sulla vita fami-

gliare (rapporti intra-familiari, necessità logistiche e lavorative dei genitori). Da questa pur superficiale conferma di criticità esistenti in ambito delle cure palliative pediatriche, è possibile ipotizzare che, a fronte di un bisogno assistenziale mediamente così poco soddisfatto, esistano negli operatori sanitari del settore dei bisogni formativi più o meno espressi.

POSSIBILE IPOTESI DI PROGETTO FORMATIVO, DA SVILUPPARE CON METODI E STRUMENTI DETTAGLIATI

Titolo del corso

Le cure palliative pediatriche ed il bambino con bisogni speciali:

corso teorico-pratico per l'assistenza domiciliare integrata pediatrica

Obiettivo complessivo del corso

Il progetto si propone di formare tutte le figure professionali coinvolte nell'Assistenza Domiciliare Integrata del territorio di Modena e Castelfranco, al fine di far loro acquisire conoscenze ed abilità nel saper farsi carico del paziente pediatrico ad alta complessità assistenziale e della sua famiglia, nell'utilizzo dei presidi medici domiciliari per compensare la perdita parziale o completa di una funzione vitale e nel controllo del dolore.

Destinatari del corso

Il corso è indirizzato a Pediatri di Libera Scelta, Infermieri Professionali, Operatori Socio Sanitari e Medici di Comunità del Distretto di Modena e Castelfranco

Ipotesi di programma (contenuti e durata):

Il corso dovrebbe essere suddiviso in tre moduli, di 6 ore ciascuno sui seguenti temi:

1. *Il bambino e la malattia cronica-invalidente Le cure palliative pediatriche*

- Il bambino con bisogni speciali e il domicilio
- La “care” e la “comunicazione”
- I bisogni della famiglia
- L'elaborazione del lutto
- Terapia del dolore
- Terapia occupazionale
- La Legge 104

2. *Il bambino con bisogni speciali e i presidi sanitari domiciliari*

- Parte prima – Monitoraggio, supporto e terapia respiratoria
- Monitoraggio dei parametri vitali
- Aspirazione delle vie aeree
- Ossigenoterapia
- Supporto respiratorio - La ventilazione assistita
- Assistenza meccanica alla tosse
- La tracheostomia e la sua gestione

Parte seconda – Nutrizione artificiale, Cate-tere venoso centrale, Postura e movimento.

- Nutrizione artificiale
- La gestione delle stomie
- L'accesso venoso centrale
- Terapia trasfusionale
- Postura e movimento

3. *uno stage pratico in affiancamento presso i reparti di Neonatologia ed Oncoematologia Pediatrica per un totale di altre 6 ore*

Modalità operative per realizzare un evento formativo con ricadute professionali efficaci

Per favorire l'acquisizione di competenze professionali da parte degli operatori è necessario dettagliare gli obiettivi specifici (ciò che il discente deve apprendere) cioè le singole performance professionali (compiti), da acquisire grazie a singole esperienze didattiche (esercitazioni)

- Al termine del corso, il discente dovrà es-

sere in grado di:

- affrontare le problematiche relative alla “care” del paziente pediatrico con malattia cronica invalidante,
- utilizzare i presidi medici domiciliari per compensare la perdita parziale o completa di una funzione vitale per il supporto allo special needs children
- controllare il dolore a domicilio

All'interno della progettazione della proposta formativa, bisogna inserire conoscenze e tecniche volte a favorire l'apprendimento da parte del discente. Tali aspetti inerenti la concezione della palliazione in Pediatria delle Cure Primarie, servono a far apprendere la gestione delle problematiche peculiari della *Pediatria di libera scelta nelle Cure Primarie ed in particolare*

1. I bisogni dei pazienti multiproblematici
2. L'educazione delle persone per l'empowerment
3. L'educazione terapeutica
4. Utilizzo del paziente o del care-giver esperto

IL PAZIENTE O IL CAREGIVER ESPERTO

La figura del paziente o del caregiver esperto si è affermata a partire dagli anni '60 e si basa sull'empowerment del paziente con patologia cronica. Nella dichiarazione di Alma Ata (Kazakhstan) del 1978 sull'assistenza sanitaria primaria, l'OMS sostiene che le persone hanno il diritto e il dovere di partecipare individualmente e collettivamente alla progettazione e alla realizzazione della assistenza sanitaria di cui hanno bisogno. Parimenti nella Carta dei Diritti del Malato al punto “Diritto al Consenso”, si afferma che “Ogni individuo ha il diritto di accedere a tutte le informazioni che possono metterlo in grado di partecipare attivamente alle de-

cisioni che riguardano la sua salute". Tutte le scelte di cura disponibili, devono quindi favorire il processo attivo di "decision making" da parte del paziente o del caregiver (genitori) e garantire la continuità di obiettivi e di cura. In ambito pediatrico, il paziente bambino-genitore deve essere informato e coinvolto in tutte le fasi e le decisioni del processo di presa in carico ed in particolar modo durante la fase terminale. Condividere con il bambino e la sua famiglia le informazioni connesse alla malattia e al procedere del trattamento palliativo, non vuol dire fargli perdere le speranze, ma coltivare il maggior livello di benessere psicologico possibile, mettendolo nella condizione di decidere attivamente come vivere al meglio il presente, mantenendo comunque uno spazio di pensiero futuro davanti a sé. Il bambino-genitore assistito diviene consapevole e reattivo nei confronti del proprio percorso di cura, con conseguente miglioramento della propria qualità della vita ed un utilizzo più appropriato dei servizi sanitari, sia in termini di prestazioni di ricovero e/o di specialistica ambulatoriale, che in termini di utilizzo di farmaci. Il caregiver esperto è quindi colui che ha acquisito quelle competenze che lo rendono capace di far fronte alla malattia di un figlio in modo autonomo, mediante forme adeguate di istruzione e attraverso l'esperienza. Egli assume un ruolo centrale nella gestione della malattia del figlio e di conseguenza garantisce una sua buona qualità di vita nonostante la condizione a lungo termine. Per queste sue intrinseche caratteristiche, il caregiver esperto ha trovato il suo spazio anche in ambito formativo. In particolare il suo contributo nella formazione è quello di facilitare l'acquisi-

zione delle capacità comunicative e il rispetto dei pazienti, permettendo di far sviluppare ai discenti gli aspetti psicosociali dell'assistenza sanitaria.

Tale figura è inoltre cruciale per favorire lo sviluppo del ragionamento clinico, il senso di responsabilità e l'empatia dei professionisti della salute e aiuta i professionisti stessi ad elevare lo status del paziente, incoraggiandolo ad esplorare i propri pensieri e sentimenti, al fine di riflettere sulle diverse prospettive dei problemi del paziente.

Analogamente a quanto accade nell'empowerment dei pazienti o delle loro famiglie in ambito di patologie croniche quali ad esempio il diabete mellito, è possibile prevedere l'utilizzo del caregiver esperto anche all'interno di una didattica per la palliazione a domicilio.

VALUTAZIONE DELL'APPRENDIMENTO E DI OUTCOME

In ogni corso bisogna definire come viene effettuata la valutazione dell'apprendimento. Oltre ad una valutazione in itinere prevista direttamente durante lo svolgimento della didattica ed in particolare nelle sessioni dedicate ai role playing ed alle attività pragmatiche, i discenti dovranno superare un questionario a scelta multipla con LAP (livello Accettabile di Performance) dell'75%. Al fine di valutare l'utilità di un corso di questo tipo sarebbe inoltre auspicabile poter prevedere degli indicatori di outcome ed una nuova raccolta dati con lo stesso questionario somministrato a due anni dal corso per poter poi aggiornare il corso sui nuovi bisogni emersi o criticità durante lo svolgimento dell'ADI.

Bibliografia essenziale

La Rete delle Cure Palliative Pediatriche della Regione Emilia-Romagna - DGR 1898 del 10.12.2012

Educazione continua in medicina. Progettare e costruire un evento formativo – Giuseppe Ventriglia, Enrico Turbil - 2008

Il contributo del paziente esperto nella formazione - Lorenza Garrino, Albina Gargano, Alberto Fiorentini - Master Metodi e Strumenti per l'insegnamento clinico della Medicina Generale nelle Cure Primarie - Modena, 23 e 24 settembre 2013

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DEI BISOGNI

L'idea di questo questionario nasce dal progetto che alcuni medici, professionisti nel settore e famiglie di bambini con disabilità stanno creando per far fronte al sempre maggiore bisogno di aiuto nel favorire un ambiente positivo per coloro che vivono questa realtà.

Il questionario che sarà sottoposto, è ANONIMO. L'indicazione dei dati personali è facoltativa; i dati - se forniti - saranno, comunque, trattati in forma ANONIMA

Se desiderate entrare in contatto con famiglie che vivono la stessa realtà o proseguire gli incontri di questo progetto lasciate i vostri dati:

Nome e Cognome

e-mail

Telefono

Luogo di residenza/abitazione

INFORMAZIONI ANAGRAFICHE

Grado di parentela con la persona con disabilità di chi compila il questionario

attuale età del figlio _____ sesso maschio femmina

contesto di residenza rurale urbana

DIAGNOSI MEDICA E TRATTAMENTO

1) Ha un nome la malattia di vostro figlio? SI NO

2) Se sì come si chiama?

3) A che età sono iniziate le indagini?

4) A che età è avvenuta la diagnosi?

5) Nel caso in cui non vi sia ancora diagnosi, siete attualmente in fase di indagini? SI NO

6) Chi si è accorto dei primi segni/sintomi?

- medici in ospedale al momento della nascita medici in ospedale in seguito a controlli successivi
 pediatra di famiglia familiari amici insegnanti
 altro _____

7) E' disponibile una diagnosi definitiva o si rientra nella definizioni di malattie rare?

8) Se SI, chi ha fatto la diagnosi attuale?

- pediatra di famiglia specialista dell'ospedale di appartenenza (genetista ...)
 specialista ospedaliero di un centro regionale
 centro estero. In tal caso indicare il nome _____
 CNR (Centro nazionale di ricerca) In tal caso indicare il nome

altro _____

9) Quanto tempo è trascorso tra i primi segni/sintomi e la diagnosi definitiva? _____

10) Quanti specialisti sono stati interpellati durante l'iter diagnostico (anche se non è disponibile una diagnosi)?

11) Dopo la diagnosi vi siete recati in altri centri per la conferma diagnostica? SI NO

12) Se SI, di che tipo?

- ospedale di appartenenza centro regionale
 centro extra regionale centro estero
 altro _____

13) Quale è stato l'atteggiamento di chi ha comunicato la diagnosi

- sensibile e accogliente comprensivo e supportivo
 umano e incoraggiante professionale e distaccato
 frettoloso e sbrigativo pessimista e rassegnato
 altro _____

14) Che tipo di informazioni sono state date alla famiglia/tutori dopo la diagnosi o l'inizio delle indagini:

- indicazioni di tipo medico
 informazioni su centri specializzati per la riabilitazione
 informazioni su centri di NPI (Neuro psichiatria infantile)
 indicazioni su tipo e modalità d'uso di ausili
 informazioni su pratiche burocratiche
 informazioni su Legge 104 e diritti per diversamente abili e le loro famiglie
 informazioni su associazioni e risorse del territorio (quali?)

15) Quali sono state le emozioni che avete provato al momento della diagnosi/valutazione di disabilità:

- dolore
 frustrazione
 solitudine
 disorientamento
 rabbia
 shock
 altro _____

16) La malattia comporta delle limitazioni funzionali gravi? SI NO

Se SI, quali?

- cognitive motorie sensoriali
 respiratorie viscerali (portatore di PEG,...)
 ventilazione invasiva con tracheostomia ventilazione NIV
 altro _____

17) La malattia comporta dei sintomi difficili da gestire? SI NO

Se SI, quali?

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> crisi respiratorie | <input type="checkbox"/> emorragie | <input type="checkbox"/> infezioni |
| <input type="checkbox"/> febbre elevate | <input type="checkbox"/> dolore | <input type="checkbox"/> convulsioni |
| <input type="checkbox"/> tremori | <input type="checkbox"/> rigidità arti inferiori e superiori | |
| <input type="checkbox"/> altro _____ | | |

18) Il bambino assume farmaci? SI NO

19) Risulta difficile la gestione di un bambino che assume molte farmaci che richiedono un dosaggio specifico da rispettare? SI NO

20) Il bambino ha subito interventi chirurgici? SI NO

21) Il bambino ha subito interventi riabilitativi? SI NO

22) Il bambino necessita di trattamenti? SI NO

Se SI, di che tipo?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> medicazioni | <input type="checkbox"/> iniezioni | <input type="checkbox"/> cambio cannula |
| <input type="checkbox"/> fisioterapia | <input type="checkbox"/> gestione ventilazione | <input type="checkbox"/> alimentazione enterale |
| <input type="checkbox"/> gestione catetere venoso centrale | | <input type="checkbox"/> somministrazione di terapia attraverso catetere venoso centrale |
| <input type="checkbox"/> ossigenoterapia | <input type="checkbox"/> cuscini antidecubito | <input type="checkbox"/> aspirazione |
| <input type="checkbox"/> altro _____ | | |

23) Eseguite in prima persona trattamenti al bambino? (esecuzione di manovre / medicazioni, ...)

SI NO

24) Chi altro viene coinvolto nella gestione dei trattamenti al bambino?

25) Siete stati adeguatamente formati per eseguire queste manovre/medicazioni? SI NO

26) Ritenete necessario un aggiornamento periodico? SI NO

27) La malattia è stata diagnosticata come ereditaria? SI NO

28) Esiste un'analisi prenatale per tale malattia da poter usare per gravidanze future prevenendo il rischio? SI NO

SOSTEGNO AL BAMBINO E ALLA FAMIGLIA

29) Ritenete utile l'affiancamento di una figura specializzata di sostegno psicologico per voi e/o altri famigliari/amici che assistono il familiare diversamente abile?

SI NO

30) Vi è stata proposta la possibilità di affiancamento da parte di uno psicologo? SI NO

31) In caso affermativo, chi vi ha proposto la figura dello psicologo?

32) Avete utilizzato o utilizzate tutt'ora la figura dello psicologo? SI NO

.....

33) Successivamente vi siete rivolti ad altri enti, associazioni o figure professionali per chiedere aiuto o assistenza

34) Per che tipo di assistenza?

35) Avete avuto riscontri positivi?

SI NO

36) Che difficoltà avete incontrato durante il vostro percorso?

informativa medica burocratica
 infermieristica nessuna

37) Che tipo di aiuto e/o supporto avreste voluto, ma che non avete avuto?

PRATICHE AMMINISTRATIVE

38) Ritenete utile conoscere i Vostri diritti e i doveri delle figure professionali che vi appoggiano, nell'area della disabilità?

SI NO

39) Ritenete di conoscere i Vostri diritti nell'area della Disabilità?

SI NO

40) In che modo ne siete venuti a conoscenza?

41) Conosci la legge 104?

SI NO

Se SI, attualmente di quale diritto godi?

assegno di invalidità civile/ accompagnamento ausili per la vita quotidiana
 3 giorni al mese di permesso dal lavoro retribuiti tagliando per il parcheggio disabili
 tutor di sostegno durante le ore di frequentazione di nido/materna/scuola
 altro _____

RISORSE DOMICILIARI, AUSILI

42) Ritenete di conoscere i doveri delle figure professionali che seguono il Vostro familiare disabile ed il ruolo che esse svolgono all'interno del programma riabilitativo?

SI NO

43) In che modo ne siete venuti a conoscenza?

44) Che tipo di assistenza riceve il vostro familiare diversamente abile, da parte del Servizio Sanitario Regionale:

neuropsichiatra psichiatra psicologo
 pediatria fisioterapista logopedista
 fisiatra ortopedico oculista /ortottista
 otorinolaringoiatra altro _____

45) Siete soddisfatti dal Servizio fornito o ritenete debba essere integrato da ulteriori supporti? SI NO
 Se SI, quali: _____

46) Siete soddisfatti delle informazioni ricevute e/o che ricevete in merito alle condizioni di salute del vostro familiare diversamente abile e sulle evoluzioni possibili del suo stato di salute? SI NO

47) Vorreste ricevere maggiori informazioni circa le attività complementari di riabilitazione che riguardo sia il campo motorio che sensitivo presenti sul territorio, quali ad esempio l'ippoterapia, la pet-therapy, la musicoterapia, etc.? SI NO

TRASPORTO

48) Avete difficoltà per l'organizzazione del trasporto del bambino sia nella vita quotidiana che per portarlo a fare i trattamenti, visite, etc.? SI NO

49) Siete a conoscenza dell'esistenza di associazioni di volontariato che collaborano con la Regione per il trasporto di persone non autosufficienti e/o non autonome? SI NO

ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

50) Attualmente "beneficiate" dell'ADI (assistenza domiciliare integrata)? SI NO

51) Se SI, con quale frequenza? _____

52) Ritenete sufficiente l'assistenza oraria che ricevete dall'ADI? SI NO

53) Ritenete soddisfacente la formazione e quindi l'assistenza che ricevete dagli operatori ADI? SI NO

54) Se NO, perché? _____

55) Per quale attività di vita quotidiana ritenete di avere bisogno di un supporto da parte di un'assistente domiciliare integrato:

lavarlo dargli da mangiare vestirlo
 assistenza infermieristica altro _____

56) Oltre a Voi chi si prende cura, nell'ambito familiare, della persona diversamente abile durante la giornata

57) Ritenete che possa essere utile alle famiglie essere affiancate, all'inizio del percorso, nell'organizzazione e gestione del quotidiano da operatori sanitari adeguatamente formati, al fine di poter poi avere gli strumenti e le informazioni utili per gestire la vita di tutti i giorni sia da un punto di vista sanitario che psicologico? SI NO

58) Avete avuto questo tipo di supporto da parte del Servizio Sanitario Regionale? SI NO

AIUTO NELLA GESTIONE

59) Vi sentite in grado di soddisfare le esigenze di cura del vostro familiare diversamente abile, come ad esempio applicare i metodi di riabilitazione e somministrargli le cure mediche? SI NO

60) Siete a conoscenza di associazioni, famiglie di auto-aiuto che hanno le stesse vostre necessità e con le quali potersi confrontare e scambiarsi testimonianze, consigli, etc. SI NO

61) Se SI, come ne siete venuti a conoscenza?

62) Sentite la necessità, nell'interesse del benessere dell'intero nucleo familiare, che le persone che principalmente si prendono cura del diversamente abile dedichino del tempo a se stessi non solo per riposarsi ma anche per riappropriarsi di spazi propri nei quali sia possibile "ricaricare le energie"?

SI NO

63) Per poterlo fare, avete la possibilità di organizzarvi o non avete alcun aiuto esterno da affiancare al familiare con disabilità? (nel caso indicare eventualmente a che figura viene affidato)

SERVIZI EDUCATIVI, RICREATIVI, SCUOLA

64) Ritenete soddisfacenti gli spazi gioco dedicati ai diversamente abili sia all'aperto che al coperto esistenti sul territorio, dedicati alle attività ludiche da poter sfruttare nei giorni festivi e feriali (ad esempio parchi gioco)?

SI NO

65) Attualmente vostro figlio frequenta un asilo nido, scuola materna o altre scuole?

SI NO

66) E' supportato da un insegnante di sostegno?

SI NO

67) E' stato complicato in termini burocratici inserirlo a scuola?
DIFFICOLTA' INCONTRATE

SI NO

68) Quanto è costato l'iter diagnostico in termini di tempo?

moltissimo molto abbastanza poco nulla

69) Quanto è costato l'iter diagnostico in termini di soldi?

moltissimo molto abbastanza poco nulla

70) Quanto è costato l'iter diagnostico in termini di fatica psicologica (stress, stato di depressione, ...)?

moltissimo molto abbastanza poco nulla

71) Cosa pesa di più dal punto di vista pratico?

- ottenere i materiali (garze, siringhe, PEG di ricambio, presidi, ...)
- il numero degli operatori coinvolti nell'assistenza (pochi)
- il numero degli operatori coinvolti nell'assistenza (troppi)
- poco tempo dedicato dagli operatori
- il turnover degli operatori
- mancanza di competenza e qualifica professionale
- mancanza di reperibilità 24h su 24 di un operatore specializzato al di fuori della guardia medica o dell'ospedale
- eccesso di burocrazia
- problemi nell'inserimento scolastico
- altro _____

- 72) La vostra famiglia riceve aiuto? SI NO
- 73) Se SI, chi vi aiuta?
- familiari e/o parenti. Indicare numero: _____ e ore settimanali complessive dedicate nell'ultimo mese _____
 - vicini. Indicare numero: _____ e ore settimanali complessive dedicate nell'ultimo mese _____
 - volontariato. Indicare numero: _____ e ore settimanali complessive dedicate nell'ultimo mese _____
 - baby sitter/altro personale retribuito. Indicare numero: _____ e ore settimanali complessive dedicate nell'ultimo mese _____
- 74) Se NO, il motivo prevalente è:
- non ci serve aiuto
 - non sappiamo a chi chiederlo
 - altro _____
 - l'abbiamo chiesto ma non ottenuto
 - le risposte ricevute non erano adeguate ai bisogni
- 75) Giudizio dei genitori per l'assistenza in corso:
- ottimo
 - buono
 - sufficiente
 - scarso
 - pessimo
- 76) A causa della malattia del bimbo, la famiglia ha avuto problemi con l'abitazione? SI NO
- Se SI, quali?
- cambiato paese/città
 - cambiato casa
 - modificato struttura casa
 - adeguato impianto elettrico per supportare le varie apparecchiature mediche in dotazione
 - modificato il mobilio
 - altro _____
- 75) La malattia del figlio ha determinato dei cambiamenti nell'attività lavorativa?
- no
 - si, solo per la mamma,
 - si, solo per il papà
 - si, per entrambi.
- 76) Se SI quali?
- cessazione lavoro mamma
 - cambio lavoro mamma
 - riduzione orario lavoro mamma
 - trasferimento di sede per la mamma
 - altro _____
 - cessazione lavoro papà
 - cambio lavoro papà
 - riduzione orario lavoro papà
 - trasferimento di sede per il papà
- 77) Che impatto ha avuto la malattia sulla sua famiglia?
- ha spaventato
 - creato rotture
 - ha rafforzato i rapporti
 - altro _____
- 78) Che impatto ha avuto l'esperienza della malattia sugli altri figli?
- ha spaventato
 - ha condizionato la vita quotidiana
 - sono stati coinvolti direttamente anche loro nell'assistenza
 - altro _____
 - creato rotture
 - ha condizionato il loro futuro
 - hanno ricevuto meno attenzioni
- 79) Avere un bimbo "special" che conseguenze ha portato nella vita familiare?
- economiche
 - sui progetti futuri
 - tempo libero/impegni sociali
 - relazione tra i membri della famiglia
 - altro _____
 - stanchezza fisica e mentale
 - carico di impegni
 - avere altri figli
 - vacanza o sulla possibilità di fare anche un semplice week-end fuori porta

