

# RIVISTA QQ

La Qualità e le Qualità in Medicina Generale

Periodico di Audit e Ricerca in Medicina Generale fondato nel 1996



**ANNO 2024**  
**NUMERO SPECIALE**

## EDITORIAL BOARD

### Editor-in-Chief

Roberto **Mora**

### Senior Editors

Mario **Baruchello**,

Francesco **Del Zotti** (Science Editor)

### Managing Editor

Giulio **Rigon**

### Senior Assistant Editors

Enzo **Brizio**(CN), Vittorio **Caimi** (MB),  
Alessandro **Dalla Via**(PD), Ferdinando  
**Petrazzuoli**(CE), Sandro **Giroto**(VR),  
Giobatta **Gottardi**(VI), Giovanni **Merlino**  
(PA), Giorgio **Visentin**(VI), Gianluigi  
**Passerini** (SO), Renato **Tullino** (GR),  
Andrea **Virga** (PA)

### International Committee

Julian Tudor **Hart** (UK) †, Paul **Wallace**  
(UK) †, Hans **Thulesius** (SE), Christos  
Lionis (GR)

*Direzione: Via dell'Artigliere, 16 Legnago (Verona)  
Redazione: c/o OdM di Vicenza,  
Via Paolo Lioy, 13 36100 Vicenza  
Iscrizione Tribunale di Verona n. 1187 del 12.12.95  
Proprietario ed Editore: Associazione Qualità Medica  
Contatti : [info@rivistaqq.org](mailto:info@rivistaqq.org)  
In collaborazione con <http://www.netaudit.org>*

**INDICE RIVISTA QQ ANNO 2024 NUMERO SPECIALE  
ACCADEMIZZAZIONE DELLA MEDICINA GENERALE**

# EDITORIALE – NUMERO SPECIALE DI QQ VERSO LA CATTEDRA DI MG ANCHE IN ITALIA

ARENADAYS 19-20 APRILE 2024 A VERONA

Francesco Del Zotti, Mario Baruchello, Ferdinando Petrazzuoli, Giulio Rigon, Sonia Zenari

**A**bbiamo piacere di introdurvi uno numero speciale della nostra rivista, quasi integralmente dedicata al percorso verso i Dipartimenti universitari in Italia, unico Paese europeo deprivato di questo decisivo passaggio verso il pieno riconoscimento di della nostra disciplina nell'Università.

**I**l numero esordisce con una consensus tra MMG esperti. Essi spiegano ciò che dal varo della riforma sanitaria, nel 1978, anno della scomparsa della criticabile figura del *medico della mutua*, è stato realizzato da un vasto gruppo di MMG illuminati: la creazione di cartelle cartacee di carta orientate per problema (metodo Weed); la fondazione della prima Società culturale di MMG, grazie alla mente illuminata del compianto Aldo Pagni; le prime cartelle computerizzate per MMG create all'inizio degli anni '90, e ciò molto prima della computerizzazione negli ospedali; sino al vasto ed entusiasta uso della rete, verso la fine degli anni '90, che permetteva ai MMG italiani di creare una comunità tra medici di città e di paesi orograficamente difficili e di facilitare facilitava la nascita di reti di Audit e Ricerca nate in quel periodo (ad es Health Search; Netaudit; Csermeg-MarioNegri); e di collaborare scientificamente con l'europea Egprn-Wonca e la collaborazione con le società scientifiche europee. La consensus analizza anche quanto ancora vi è da costruire e alcuni ostacoli alla accademizzazione della MG italiana.

**D**opo la consensus, presentiamo l'esperienza pilota più avanzata in Italia di accademizzazione: quella di Modena, guidata dalla collega Maria Stella Padula. Seguiranno quindi i contributi dei professori stranieri che sono giunti alla nostra rivista in questi ultimi anni (Francia, Svezia, Germania, Slovenia, Grecia).

**P**urtroppo proprio in questi giorni è venuto a mancare un nostro ispiratore straniero, il Prof **Paul Wallace**, GP e professore a Londra, che sin dall'inizio della rivista (nel 1996), con **Julian Tudor Hart**, ha voluto onorarci con l'essere presente nel nostro comitato internazionale. Vi sarà un breve obituary curato dal dr Petrazzuoli. Nel numero successivo prepareremo un ampio ricordo di questo decisivo collega, che non a caso era presente a Verona nel convegno del 2014 sull' accademizzazione, assieme alla dott.ssa Padula e al grande amico della Medicina Generale, l'ex rettore dell'università di Modena, Prof. Tommasi. Ma il numero non sarà solo celebrativo, poiché introdurrà una importante iniziativa: gli **ArenaDays** previsti per il 19 e 20 aprile 2024. Saranno presenti l'assai noto Prof. Richard Hobbs, MMG e professore di General Practice a Oxford e la Prof.ssa Catia Nicodemo, docente di economia sanitaria sia a Oxford che a Verona. Il progetto è ambizioso: un incontro all'anno a Verona alla presenza di MMG cattedratici stranieri, intervallato da webinar formativi durante l'anno.

Sotto vedrete tutte le modalità per iscrivervi.

# CONSENSUS: VERSO I DIPARTIMENTI UNIVERSITARI DI MEDICI DI MEDICINA GENERALE IN ITALIA

Diego Sabbi, Luigi Maria Bracchitta, Elisa Dalla Benetta, Francesco Del Zotti, Davide Luppi, Giovanni Merlino, Ferdinando Petrazzuoli, Giulio Rigon, Angelica Salvadori, Andrea Virga, Sonia Zenari

*Struttura del documento*

## **Premessa e Obiettivo principale**

- Cosa è stato già fatto per avvicinare la Medicina Generale agli standard europei (OBIETTIVI RAGGIUNTI)
- Cosa manca ancora alla Medicina Generale (OBIETTIVI NON RAGGIUNTI)
- Quali ostacoli si trovano sul cammino verso un Dipartimento universitario (OSTACOLI)

## **Definizione di medicina di famiglia**

### **Obiettivi raggiunti**

- Cartelle dedicate alla MG.
- Gestionali informatici dedicati alla MG
- Associazioni culturali della MG
- Editoria e Pubblicazioni della MG

### **Obiettivi raggiunti in parte**

- Ricerca e Audit
- Collaborazioni con la Mg straniera
- Collaborazione con l'Università

### **Obiettivi non raggiunti**

- Conoscenza della storia della MG in Italia
- Una biblioteca dedicata alla MG
- Scuole regionali di formazione
- Integrazione tra Scuole Regionali di Formazione in MG e Università
- Creazione di uno specifico SSD (settore scientifico-disciplinare) per la medicina generale (esempio MED09 Medicina Interna, MED42 Igiene)
- Identificazione di un core professionale
- Sviluppo della medicina generale accademica
- Capacità di lavorare in team multiprofessionali

## PREMESSA

**A** differenza della totalità di tutti i paesi europei (e non solo quelli della UE) ove questo è già avvenuto da molto tempo, nel nostro paese la Medicina Generale sta ancora cercando il pieno riconoscimento accademico. Recentemente anche la Spagna che era l'unico paese europeo che condivideva con l'Italia questo negativo primato ha creato dipartimenti e professori di Primary Care. Inoltre, vale la pena sottolineare che in Europa questa accademizzazione della Primary Care è avvenuta indipendentemente dallo status lavorativo del medico di medicina generale, ovvero se convenzionato o se dipendente.

**N**on abbiamo le cattedre di MG ma dobbiamo far comprendere, in primis a noi stessi e poi ai giovani MMG, ai colleghi delle altre discipline e agli amministratori pubblici, che anche la MG italiana ha ormai le carte in regola per essere definita **Disciplina**. Infatti, possiede una sua storia peculiare di oltre 30 anni ed una serie di funzioni e strutture pericattedratiche e pre-cattedratiche. Dal riconoscimento di esse è bene partire per la formalizzazione di vere e proprie cattedre e dipartimenti gestiti da MMG.

**M**olti meriti ci sono stati riconosciuti, ma altrettanti restano nell'ombra o addirittura sono sconosciuti non solo alle autorità universitarie e ministeriali, ma anche agli stessi MMG, agli studenti di medicina ai Medici del Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale e agli altri medici e operatori sanitari. In realtà, un vasto gruppo di MMG a partire dal 1978, data della nascita della riforma sanitaria, ha rivoluzionato la MG che prima era solo quella del "medico della mutua". Da allora ad oggi tanti MMG hanno intrapreso azioni e condotte culturali che meritano senz'altro una disanima. Alcuni obiettivi sono stati raggiunti e altri no: a volte per barocchismi amministrativi, a volte per ostacoli da parte di alcuni universitari che ritengono che la MG vada insegnata da universitari e non da MMG, a volte per nostre stesse resistenze o errori.

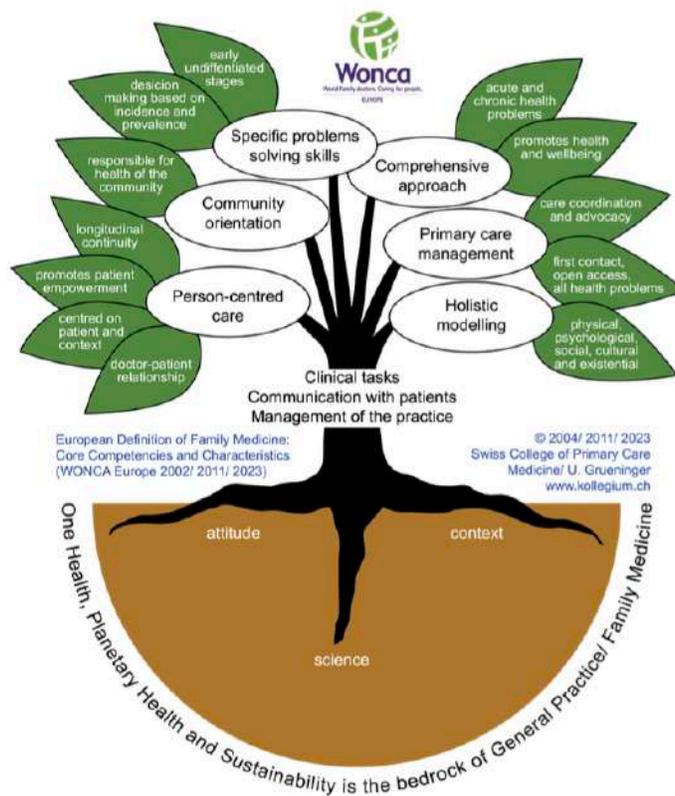
## OBIETTIVO PRINCIPALE

**N**el nostro paese non è presente una cattedra di Medicina di Famiglia. Intento di questa Consensus tra Medici di Medicina Generale (MMG)/ Medici di Famiglia (MdF) esperti è quello di analizzare la situazione attuale e di elencare le basi e le componenti fondamentali per la sistematizzazione ed il maggior riconoscimento della Disciplina **Medicina Generale**. Useremo uno sguardo para-dipartimentale in modo da facilitare il processo verso le cattedre di Medicina Generale (MG) che oggi non abbiamo. Tuttavia dobbiamo anche riconoscere che in questi anni un percorso informale verso la cattedra (e la creazione di un annesso dipartimento di MG) è già stato in discreta parte compiuto e che quindi possiamo stabilire quanto ancora manca per definire la **Disciplina della MG in Italia**.

## DEFINIZIONE DI MEDICINA GENERALE/MEDICINA DI FAMIGLIA

Per comprendere che cosa è la medicina generale/medicina di famiglia e perché abbia la necessità di una propria identità accademica possiamo rifarci alla definizione di WONCA Europe:

***“La medicina generale/medicina di famiglia è una disciplina accademica e scientifica, con un proprio contenuto didattico, e di ricerca. In particolare i medici di medicina generale/di famiglia curano gli individui nel contesto della loro famiglia, della loro comunità e cultura, rispettando sempre l’autonomia dei propri pazienti. Quando essi negoziano piani di gestione con i pazienti integrano i fattori fisici, psicologici, sociali, culturali ed esistenziali, servendosi della conoscenza e della fiducia maturata nel corso di contatti ripetuti.”***



THE WONCA TREE – AS PRODUCED BY THE SWISS COLLEGE OF PRIMARY CARE

(Revised 2011 and 2023)

<https://www.woncaeurope.org/resources/view/the-european-definition-of-general-practice-family-medicine-wonca-europe-2023-edition>

**W**ONCA è un acronimo composto dalle prime cinque iniziali dell'Organizzazione Mondiale dei Collegi, delle Accademie e delle Associazioni Accademiche Nazionali dei Medici di Medicina Generale/Medici di Famiglia. Il nome breve è Organizzazione Mondiale dei Medici di Famiglia. WONCA è stata fondata da 18 membri nel 1972.

Attualmente conta 122 organizzazioni membri in 102 paesi, per un totale di 500.000 medici di famiglia. WONCA rappresenta e agisce come difensore dei suoi membri costituenti a livello internazionale, dove interagisce con organismi mondiali come l'Organizzazione Mondiale della Sanità. Comprende sette regioni: Africa, Nord America, Asia Pacifico, Europa, Asia meridionale, Iberoamericana-CIMF e Regione del Mediterraneo orientale. La filiale regionale europea, WONCA Europe, è la società accademica e scientifica per la medicina generale/medicina di famiglia in Europa. Fondata nel 2007, rappresenta 47 organizzazioni membri e più di 90.000 medici di famiglia in Europa.

## **Requisiti raggiunti o da raggiungere**

Possiamo suddividere i requisiti che riteniamo essenziali per la formazione di una MG autonoma e consapevole in obiettivi raggiunti, obiettivi raggiunti solo in parte e obiettivi non ancora raggiunti.

## **OBIETTIVI RAGGIUNTI**

### **1. Cartelle dedicate alla Medicina Generale**

**N**ei primi anni '80 abbiamo inventato le cartelle cartacee orientate per problema (metodo Weed)<sup>1</sup>, mentre prima del 1978 la maggior parte dei MMG non usava nessun sistema di registrazione dei dati (nemmeno su carta). La corretta ed efficace raccolta dei dati serve, non solo ad una migliore gestione clinica del paziente, ma permette al medico di partecipare a progetti di audit o di ricerca. La sua importanza è fondamentale e deve essere trasmessa come valore professionale.

### **2. Gestionali informatici dedicati alla MG**

**A**bbiamo inventato software per la tenuta delle cartelle computerizzate alla fine degli anni '80, almeno 15 anni prima della informatizzazione compiuta da regioni, ospedali e distretti. La creazione di cartelle cliniche costruite nei tempi lunghi tipici della MG forma una vera e propria miniera di storie longitudinali dense di dati utilizzabili per la ricerca e la programmazione sanitaria. Tuttavia bisogna custodire questo patrimonio che si basa sull'indipendenza e sulla proprietà della cartella informatica da parte del singolo medico e dalla presenza di buone funzioni di estrazione dei dati, funzioni compromesse, a volte, dalla crescente presenza del cloud (di programmi regionali o privati). Non possedere un

---

<sup>1</sup> La cartella clinica è una componente fondamentale dell'assistenza medica. Nella medicina generale e di famiglia viene privilegiata l'organizzazione delle cartelle secondo il metodo proposto da Lawrence Weed: il Problem-Oriented Medical Record (RMOP). Il RMOP sia costituito da tre componenti: dati di base, note cliniche progressive e lista dei problemi.

estrattore è come avere una miniera d'oro sotto i piedi ma non avere alcun modo di penetrarvi.

### **3. Associazioni culturali della MG**

**A**bbiamo alle spalle una lunga storia culturale da riconoscere. Alcune associazioni culturali dei MMG italiani hanno almeno 35 anni di vita. La loro presenza è un'esperienza che va salvaguardata e soprattutto portata a conoscenza degli studenti di medicina e dei MMG più giovani; e anche di coloro che non hanno contribuito direttamente alla creazione di questo background culturale.

### **4. Editoria**

**N**egli anni si sono spontaneamente creati bollettini e riviste per MMG ( ad esempio quella SIMG che esiste da dagli anni '80; Ricerca e pratica rivista dell' Istituto Mario Negri a lungo curata dallo Csermeg; La rivista *la Qualità e le Qualità in Medicina Generale* (rivistaqq.org), nata nel 1996; la rivista *Italian Journal of Primary Care* (della SIICP). Inoltre svariati MMG italiani hanno scritto libri di MG.

## **OBIETTIVI RAGGIUNTI IN PARTE**

### **1. Ricerca e Audit**

**L**a strada da fare per l'Audit e la Ricerca in MG è ancora lunga ma, negli anni, sono stati creati alcuni sistemi di audit e studio: ad esempio Health Search, GPG, Netmedica, Netaudit. La ricerca ha bisogno di passare da attività di pochi ad attività fondamentale e organizzata confrontandosi per esempio in modo costante con i dipartimenti di statistica dell'Università e dei Centri di Ricerca accreditati.

### **2. Collaborazioni con la MG straniera**

**I**n ottica disciplinare italiana ed europea, bisogna ricostruire i nostri collegamenti con esponenti della MG straniera. Per esempio nel board della rivista QQ sono presenti quattro MMG e professori di General Practice di varie parti di Europa. Più volte abbiamo organizzato eventi internazionali di MG in Italia. Inoltre, vengono presentati lavori di audit e ricerca in network europei (vedi ad es. l'ultimo lavoro presentato ad ottobre 2023 al congresso dell' European General Practice Research Network (EGPRN) di Praga). Non sono da dimenticare i contributi al Wonca di altre associazioni culturali (vedi ad es. il ruolo del dr Visentin per lo Csermeg) ; o il dr Petrazzuoli con più incarichi prestigiosi in Network legati al Wonca ; o la associazione AICP (Accademia Italiana Cure Primarie) nata recentemente.

Tuttavia bisogna creare ponti ancora più solidi e dare l'opportunità ai giovani di frequentare ed imparare nei congressi internazionali. Questo è qualcosa che sta già promuovendo il Movimento Giotto, associazione di giovani e futuri MMG, in collegamento con l'associazione europea EYFDM (European Young Family Doctors Movement), affiliata al Wonca. E' giusto ricordare che nel 2003 a Verona come MMG abbiamo organizzato il convegno europeo dell'Egprn-Wonca (network di MMG ricercatori di tutta Europa); nel 2006 lo Csermeg, assieme alle diverse realtà associative di Wonca Italia, ha organizzato a Firenze il primo congresso italiano di Wonca Europe, intitolato "*Towards medical renaissance: bridging the gap between biology and humanities*". E' inoltre da ricordare che nel 2003 a Verona i MMG hanno organizzato il convegno europeo dell'Egprn-Wonca; infine è stato organizzato un II congresso europeo dell'EGPRN a Bertinoro nel 2009.

### 3. Collaborazione con l'Università

L'insegnamento della MG pre-laurea è ancora troppo disomogeneo e difforme a livello nazionale, spaziando da corsi ben strutturati e obbligatori ad attività didattiche solo opzionali, mentre la riforma dell'esame di stato prima e della laurea abilitante successivamente ha reso obbligatorio, per tutti gli studenti, un periodo di tirocinio in MG. Peculiare è l'esperienza dell'Università di Modena e Reggio Emilia, dove è stato creato un corso obbligatorio di **MG e cure primarie**, che inizia dal III anno e prosegue fino al VI anno, con insegnamenti teorici affidati a MMG con incarichi a contratto, integrati da una parte pratica al IV e al VI anno negli ambulatori dei MMG tutor, appositamente formati, oltre che in altre strutture afferenti al dipartimento di cure primarie. Tale corso, obbligatorio, corrisponde a un esame a se stante, con voto a parte, che fa media con gli altri esami curriculari, il che contribuisce a far sì che anche gli studenti percepiscano la Medicina Generale come una disciplina, al pari delle altre. Numerose sono infatti ormai le esperienze di tesi di laurea in tale ambito anche se le tesi in MG con un prof. relatore ed un MMG relatore si hanno solo in poche sedi universitarie (per esempio Modena e Verona).

(per approfondimenti si veda l'articolo della MG-professoressa Padula (Modena) in questo stesso numero )

## **OBIETTIVI NON RAGGIUNTI**

### **1. Conoscenza della storia della MG in Italia**

Occorre costruire un minimo di riconoscibilità biografica della storia della Leadership e dei leader culturali italiani della MG. Bisogna citare un certo numero di colleghe-i che, dopo il 1978 hanno posto fine, nel nostro paese, alla criticabile immagine del "medico della mutua". Vanno conosciuti i loro nomi e conosciuta una loro storia ed i loro curricula. Si tratta di un gruppo di colleghe e colleghi che hanno permesso prima l'introduzione delle cartelle cartacee secondo L.Weed (primi anni '80) e poi di quelle computerizzate. Dalle iniziative di queste leadership e gruppi-pilota sono nati sia l' Audit e la Ricerca in MG sia l'editoria in MG (riviste e manuali)

### **2. Una biblioteca dedicata alla MG**

Occorre pensare ad una biblioteca che raccolga i numerosi libri scritti da MMG italiani in questi decenni. L' obiettivo principale sarà quello per cui una correlata sezione venga ospitata in modo stabile nella biblioteca universitaria. E' ovvio che in un secondo tempo la biblioteca dovrà ospitare anche una selezione di libri stranieri di MG

### **3. Armonioso e omogeneo sviluppo delle Scuole regionali di formazione**

In questi decenni, per la Disciplina della MG, è stato decisivo il contributo delle Scuole regionali o provinciali di MG gestite in autonomia rispetto all'università. Ancora oggi, è necessario capire come raccordare questa esperienza regionale con la logica della disciplina nazionale che si vuole creare. Ciò è la premessa per le cattedre universitarie in MG. Punti critici delle scuole di formazione sono, per esempio, la eterogeneità tra le scuole regionali e alcune rigidità. Per queste ultime valga come esempio l'incomprensibile chiusura per alcune di loro, per regolamento, a MMG docenti provenienti da altre regioni. ( e nel periodo dei webinar, ciò è ancora meno comprensibile). La disomogeneità tra i programmi delle scuole regionali è dovuta alla mancanza di un core curriculum condiviso e riconosciuto a livello nazionale. Di fronte ad un rispetto formale (requisiti minimi di tempo, aspetti burocratici, argomenti che devono essere affrontati nel corso del triennio) condivisi da tutte le scuole non esiste una chiara adesione ad un modello culturale di riferimento. In questa confusione spesso i seminari affrontati sono differenti non solo tra regioni ma anche tra un triennio e l'altro nella stessa regione. In molte di esse, non esiste una struttura fisica dedicata alla medicina generale, ma i corsisti e i docenti devono spostarsi ogni volta in un'aula diversa e spesso, per mancanze di aule, i seminari programmati in presenza devono essere svolti a distanza riducendone l'efficacia didattica. Si sente acutamente la mancanza di un più efficace utilizzo delle scarse risorse disponibili e di un luogo virtuale dove sia possibile avere informazioni reperibili e condivisibili, su programmi, seminari, studi guidati, CV docenti.

L'emergere di una diffusa cronicità richiede con urgenza che siano acquisite competenze nell' utilizzo di strumenti professionali di diagnostica di primo livello (ECG, ecografia generalista, spirometria) volti ad una migliore gestione del paziente ambulatoriale.

Il MG fa fatica ad organizzarsi e ancor più ad utilizzare al meglio un'organizzazione complessa. Questo è dovuto alla mancanza di strumenti culturali, alla scarsa abitudine di lavorare in team, alle poche risorse economiche rese disponibili fino ad ora per insegnare quanto necessario, alla scarsa abitudine di confronto. E' necessario comprendere che i futuri dipartimenti dovranno veicolare anche in questo campo servono competenze anche in settori quali, per esempio, che queste debbono essere a tutti gli effetti oggetto di insegnamento (si pensi, per esempila alla gestione del personale amministrativo, infermieristico, la sicurezza dei dati, il rispetto della privacy, la capacità di lavorare in team. Inoltre, negli ultimi anni vi è stato lo shift del comando di queste scuole da MMG responsabili provinciali verso responsabili amministrativi e manageriali non medici diretti dalle regioni. Ciò ha comportato, non poche volte, la burocratizzazione e la riduzione della direzione gestita da Presidi MMG delle Scuole regionali.

Sarebbe utile, a questo punto, un osservatorio sulla formazione in medicina generale per garantire uniformità tra le varie scuole regionali. La Disciplina della MG è nazionale ed internazionale e non può' essere confinata nell'ambito di una sola regione.

#### **4. Integrazione tra Scuole Regionali di Formazione in MG e Università**

Nonostante appaia bene evidente la sua necessità non abbiamo significative esperienze in questo senso. L'obiettivo, quindi, è tra quelli non raggiunti uno dei più importanti.

#### **5. Creazione di uno specifico SSD (settore scientifico-disciplinare) per la Medicina Generale**

Tale obiettivo non raggiunto dipende dall'Università e dal Ministero. E' necessaria quindi un'interlocuzione istituzionale con questi soggetti. Un' occasione potrebbe essere fornita dalla possibile istituzione della scuola di specializzazione in medicina generale, con la transizione del controllo dalle Regioni all'Università dei corsi di formazione specifica in medicina generale. Un punto cruciale è quello di stabilire i requisiti per il reclutamento dei docenti e cattedratici MMG. Come tutti sappiamo il reclutamento universitario si fonda, essenzialmente, sulla produzione scientifica, e per i criteri di valutazione si dovranno prendere in considerazione in maniera preminente articoli inerenti la primary care e preferibilmente pubblicati su riviste di medicina di famiglia indicizzate, piuttosto che riviste scientifiche magari più note, ma indirizzate prevalentemente a medici specialisti o a medici con esclusiva funzione di medico ricercatore abbinata a residua attività clinica (intra-ospedaliera). Solo in questo modo non si pregiudicheranno nella distribuzione delle docenze i MMG rispetto agli altri universitari.

## 6. Sviluppo della medicina generale accademica

Lo sviluppo della medicina generale accademica può aiutare a rendere la professione più attraente per gli studenti di medicina e i giovani medici. La riforma delle cure territoriali deve prevedere che il lavoro sia organizzato in modo flessibile lasciando ai medici di assistenza primaria impegnati nell'insegnamento e nella ricerca del tempo protetto per poter svolgere questi compiti accademici. A regime il percorso universitario dovrà essere necessariamente uguale a quello delle altre discipline mediche accademiche partendo, quindi, con un dottorato di ricerca, per poi passare a una fase di ricercatore post doc in cui si continui a pubblicare su riviste indicizzate e si pratichi un'attività di docenza; step importanti per arrivare all'abilitazione scientifica nazionale a ruolo di professore associato e quindi professore ordinario.

## 7. Identificazione di un core professionale

È necessario che nella creazione di dipartimenti di MG/MdF si tenga conto sia dei diversi contesti demografici e orografici sia dei metodi peculiari del nostro lavoro basato sul tripode biopsicosociale di G.L.Engel. A tal proposito riportiamo la definizione Wonca rivista nel 2023

### LA DISCIPLINA E LA SPECIALITÀ DI PRATICA GENERALE/MEDICINA DI FAMIGLIA

La medicina generale/medicina di famiglia è una disciplina accademica e scientifica, con un proprio contenuto educativo, ricerca, base di evidenze e attività clinica, e una specialità clinica orientata alle cure primarie.

I. Le caratteristiche della disciplina di medicina generale/medicina di famiglia sono che essa:

a) **costituisce** normalmente il punto di primo contatto medico all'interno del sistema sanitario, garantendo un accesso aperto e illimitato ai propri utenti, trattando tutti i problemi di salute indipendentemente dall'età, dal sesso e da qualsiasi altra caratteristica dell'interessato.

b) fa un **uso efficiente delle risorse sanitarie** attraverso il coordinamento delle cure, la collaborazione con altri professionisti nell'ambito delle cure primarie e la gestione dell'interfaccia con altre specialità, assumendo un ruolo di tutela del paziente quando necessario.

c) **sviluppa un approccio centrato sulla persona**, orientato all'individuo, alla sua famiglia e alla sua comunità.

d) **promuove** l'empowerment del paziente

e) ha un **processo di consultazione unico**, che instaura un rapporto nel tempo, attraverso una comunicazione efficace tra medico e paziente

f) è responsabile della fornitura della **continuità longitudinale dell'assistenza** determinata dalle esigenze del paziente.

g) ha uno **specifico processo decisionale** determinato dalla prevalenza e dall'incidenza della malattia nella comunità.

- h) **gestisce** contemporaneamente i **problemi di salute** sia acuti che cronici dei singoli pazienti.
- i) **gestisce la malattia** che si presenta in modo indifferenziato in una fase precoce del suo sviluppo, che può richiedere un intervento urgente.
- j) **promuove la salute e il benessere dei pazienti** e degli ecosistemi in cui vivono attraverso interventi adeguati ed efficaci.
- k) ha una **responsabilità specifica** per la **salute della comunità e dell'ambiente**.
- l) **affronta i problemi della salute** nella loro dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale, ambientale ed esistenziale.
- m) sviluppa **capacità di lavorare in team** multiprofessionali

## OSTACOLI

**P**er raggiungere il risultato della accademizzazione è necessario rimuovere alcuni ostacoli. Iniziamo da una variabile nuova. Gli incarichi di convenzionamento precoci di giovani MMG dei corsi formazione ( e magari, nel prossimo periodo, di MMG di scuole di specializzazione in MG) rendono difficile L'organizzazione formale e accademica dei giovani che vogliono intraprendere la professione del medico generalista.

**V**i sono poi equivoci sulla presunte sovrapposizione tra Medicina Generale da una parte ,e, dall'altra parta, di Medicina Interna, Geriatria, Igiene Pubblica. Nessuno nega delle intersezioni importanti tra queste discipline. Ma la MG ha funzioni peculiari ( si vedano ad esempio la continuità di cura lungo decenni e relativa lunga computerizzazione domiciliare per ogni paziente ; o le visite domiciliari) tali per cui la cattedra di MG può essere gestita solo da MMG.

# INSEGNAMENTO DELLA MEDICINA GENERALE IN ITALIA

## PERCHÉ, COSA, COME; QUALI PROSPETTIVE FUTURE

Maria Stella Padula, professore a Contratto di Medicina Generale e Cure primarie Università degli studi di Modena e Reggio e Emilia

Aldo Tomasi, Professore Emerito di Patologia clinica, già Rettore dell'Università degli studi di Modena e Reggio e Emilia

### Indice

#### I) **Perché insegnare la MG agli studenti di Medicina e perché a Modena**

#### II) **Contenuti e metodi: cosa e come**

- offerta formativa
- obiettivi
- contenuti
- metodi
- formazione dei formatori

#### III) **Storia del percorso**

- Inizio, Accordi e convenzioni,
- Situazione in Italia (estensione l'anno 2003-4 e poi calo dell'interesse e realizzazione)
- Convegni e Corsi per formare Tutor e docenti, e per i ricercatori
- Manuali per l'addestramento

#### IV) **Prospettive e proposte per il futuro**

### Introduzione. Perché insegnare la MG agli studenti di Medicina, perché a Modena

*Per far apprendere al futuro medico conoscenze, competenze, abilità e soprattutto approccio metodologici alle persone, per essere in grado di comprendere e utilizzare appropriatamente, sia l'approccio clinico organicistico e funzionale che consente di diagnosticare, prevenire e curare le malattie, sia l'approccio bio-psico-sociale che si prende cura delle persone (sane e malate) inserite nel proprio contesto esistenziale, per aiutarle a risolvere i loro problemi di salute a livello preventivo, diagnostico e terapeutico, riabilitativo e di sostegno e promozione della qualità della vita e del miglioramento dei suoi stili.*

## In sintesi

<b>Perché l'insegnamento della MG studenti di Medicina</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>per rispondere ai bisogni di apprendimento degli studenti (e quindi dell'Università) prima delle scelte professionali definitive, del SSN e dei MMG</li> <li>per rispondere alle direttive legislative in divenire (direttive CEE sull'insegnamento universitario)</li> </ul>
<b>Quali obiettivi di apprendimento per lo studente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>conoscere l'attività del medico anche al di fuori dell'ospedale</li> <li>prendere contatto con modelli assistenziali diversi da quelli dell'insegnamento Accademico tradizionale</li> <li>essere valutato nel tirocinio dell'esame di stato su contenuti appresi nel Corso di Laurea (<i>non si può valutare ciò che non si insegna!</i>)</li> </ul>
<b>Contenuti didattici</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cosa sapere</li> <li>Cosa sapere fare</li> <li>Come sapere essere</li> </ul> <p>nell'assistenza al paziente extra-ospedaliero nella gestione delle incertezze nel rapporto di relazione con il paziente e famiglia</p>
<b>Percorso didattico:</b>	
<b>Programmazione (quale anno e per quanto tempo) e metodologia</b>	<p><b>percorso formativo pluriennale:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><u>obbligatorio</u> nel secondo triennio: 66 ore di seminari; 6 settimane di attività didattica pratica (tirocinio, apprendimento guidato)</li> <li><u>parte elettiva</u> seminari integrati con altre discipline, in tutti gli anni, con crediti aggiuntivi</li> </ul>
<b>Chi insegna agli studenti</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>I docenti</b></li> <li><b>I "cultori della materia"</b></li> <li><b>I tutori</b></li> <li><b>Chi forma i docenti</b></li> <li><b>Chi forma i tutor</b></li> <li><b>Chi accredita i tutors e i docenti</b></li> </ul>	<p>2 Medici di Medicina Generale, designati dalla Facoltà per concorso e inquadrati come Docenti a contratto (uno per il IV e uno per il VI <u>anno</u>) e 2 professori universitari per il V anno, tutti coordinati dal MMG che insegna al VI anno.</p> <p>Medici di MG designati per curriculum, che partecipano alla commissione d'esame di Medicina Generale</p> <p>Medici di MG formati ad hoc e iscritti in un albo universitario: 30 per il IV anno e 60 per il VI <u>anno</u></p> <p>Medici di Medicina Generale all'interno di Corsi Master universitari</p> <p>La Società Scientifica (a Modena, la SIMG)</p> <p>Regioni e Università</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>In quali sedi si insegna</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Università</li> <li>Studi dei MMG, domicilio dei pazienti, Residenze Protette</li> <li>Servizi <u>socio-sanitari</u> del Distretto</li> </ul>
<b>La Valutazione</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Chi valuta</b></li> <li><b>Chi valutare</b></li> <li><b>Cosa valutare</b></li> <li><b>Tipo di valutazione</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tutor MMG, Committente (Università), Studenti</li> <li>studente</li> <li>tutor</li> <li>didattica</li> <li>Contenuti, ma soprattutto <u>performances e</u> abilità cliniche e relazionali</li> <li>Formativa: fatta dai Tutor MMG, dall'Università, dagli Studenti (che valutano il tutor)</li> <li>Certificativa: la valutazione finale del Corso fatta con un esame finale, con voto in 30esimi, fatta dal Docente Medico di MG</li> </ul>

In particolare, la scelta dei contenuti va effettuata da coloro che hanno la responsabilità della pianificazione didattica, secondo i principi del "core curriculum": in altri termini gli obiettivi educativi di MG per il neolaureato in medicina dovranno essere diversi da quelli utili al MMG per la formazione specifica; e i tempi e i metodi d'insegnamento dovranno essere rigorosamente coerenti con gli obiettivi specifici, che a loro volta derivano dai bisogni di salute ai quali deve rispondere il Servizio Sanitario Nazionale (prof Luciano Vettore).

Il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale(CFSMG) ha inoltre sancito che il Tutor è la figura cardine nell'apprendimento dall'esperienza al fine di "saper fare e saper essere" Medico di Medicina Generale; e ha dato consapevolezza al Medico di Medicina Generale di essere in grado di facilitare l'apprendimento delle proprie conoscenze e competenze agli studenti e al medico tirocinante del Corso di Formazione Specifica: da qui l'importanza e la necessità di Corsi di formazione alla funzione di Tutor per la medicina generale. La rilevanza della Formazione in Medicina Generale si evince anche dal fatto che nel D.L. 445/01 del 28 dicembre 2001 il legislatore ha inserito la Medicina Generale come uno degli ambiti di valutazione del neolaureato, indispensabile per superare l'Esame di Stato abilitante alla professione; successivamente, il Decreto Ministeriale n. 8 del 2 aprile 2020 (che ha istituito la Laurea Abilitante) ha inserito il tirocinio nell'ultimo semestre del Corso di Laurea, assieme ai Tirocini di Medicina Interna e Chirurgia; queste ultime materie sono oggetto di insegnamento nel CdL, mentre la Medicina Generale viene solo valutata, e questo costituisce un paradosso: come si può valutare ciò che non si è insegnato?

L'insegnamento/apprendimento della Medicina Generale si può collocare perciò in diversi momenti:

- nella Formazione pre-laurea, con attività didattica seminariale e tutoriale agli studenti
- nel Corso di Formazione Specifica in MG (anche se il luogo di apprendimento è ancora fuori dell'Università) con attività didattica seminariale e tutoriale ai tirocinanti, futuri MMG
- nella formazione post-laurea universitaria, per tutti gli specializzandi dell'area medica (Scuole di specializzazione in Geriatria, in Medicina di Comunità, in Medicina Interna...)

La definizione dei rapporti tra momenti, luoghi e contenuti di apprendimento è un aspetto importante da definire per stabilire il tipo di didattica tutoriale di volta in volta necessario (obiettivi e contenuti saranno diversi perché diverso è il soggetto della formazione e quindi diverse le sue necessità formative in funzione della tipologia di esercizio professionale che lo aspetta).

## OBIETTIVO GENERALE

Gli studenti alla fine del percorso devono

- conoscere il mondo della Medicina Generale e delle Cure Primarie prima della laurea per poter scegliere la professione con maggior consapevolezza e non come ripiego o come fallimento della scelta specialistica (il 40% dei laureati di medicina scelgono la professione di MMG)
- devono conoscere la persona al di fuori dell'ospedale, prima che il sintomo sia sistematizzato e la malattia codificata, durante la riabilitazione, inserita nel contesto familiare e sociale (fig.2).
- avere la possibilità di affrontare problematiche che gli studenti non incontrano nei tirocini ospedalieri, quali i molteplici aspetti dell'assistenza primaria, il follow-up di pazienti dimessi dagli ospedali dopo patologie acute e l'assistenza domiciliare di pazienti cronici, etc
- conoscere i percorsi all'interno dei servizi territoriali del servizio Sanitario Nazionale, e la necessità della collaborazione e comunicazione con gli altri operatori (Comunicazione tra professionisti)

Conoscere gli aspetti della **comunicazione**, della **integrazione**, della **organizzazione**, della **assistenza** al paziente sano e/o malato (non ricoverato), in studio e a domicilio, in RSA, presso i servizi dei consultori familiari e salute donna, Salute Mentale (vedi i progetti allegati per le varie strutture Territoriali).



In particolare

### **Far conoscere allo studente di medicina il mondo della medicina generale e delle cure primarie**

- per recuperare "l'arte di curare" la persona nella sua globalità, nel contesto in cui vive, nell'integrazione dei ruoli dei vari operatori sanitari e con le strutture di 2° e 3° livello.
- per integrare l'insegnamento delle malattie e patologie di organi e i problemi dell'uomo-persona, anche quando il problema è solo un malessere non ben definito.
- per recuperare un approccio fortemente integrato al paziente, valutandone criticamente non solo tutti gli aspetti clinici, ma anche dedicando una particolare attenzione agli aspetti relazionali, educativi, sociali ed etici coinvolti nella prevenzione, diagnosi e trattamento della malattia, nonché nella riabilitazione e nel recupero del più alto grado di benessere psicofisico possibile.
- una adeguata conoscenza della medicina della famiglia e del territorio, acquisita anche mediante esperienze pratiche di formazione sul campo;

**Distinguere fra i contenuti da apprendere le cose "da osservare" rispetto a quelle "da apprendere a fare"** (eseguire, osservato e guidato) e "eseguire in modo autonomo" (pur sempre osservato e valutato). Le abilità "pratiche" del core curriculum degli studenti (skills), da apprendere nel setting della MG e delle CP, possono essere distinti (\*)[1] in

- abilità osservate solo nel setting della MG e CP, ma non eseguite (ad es. relazione con la famiglia, certificazioni, ecc.);
- abilità osservate ed eseguite, solo nel setting delle CP (visitare un paziente "sano", visitare un paziente nel suo domicilio, in RSA, un paziente con handicap, ecc.
- abilità osservate ed eseguite anche nel setting ospedaliero, ma eseguite moltissime volte nel setting della MG e CP (es. misurazione TA, auscultazione del torace, esame orofaringeo...ecc..)

### **Contenuti da apprendere**

I contenuti da apprendere secondo gli obiettivi educativi individuati devono essere distribuiti e acquisiti, come competenze, nelle seguenti aree:

1. della metodologia clinica,
2. della relazione,
3. della organizzazione, della gestione e della integrazione, del MMG e dei Medici che operano nelle CP

1) **nell'ambito dell'area della Metodologia clinica** lo studente durante il percorso deve:

- Osservare nella pratica le caratteristiche dell'assistenza primaria alla persona, alla famiglia e alla comunità e comprendere come le conoscenze debbano essere applicate nella pratica clinica quotidiana, sia alla persona sana che malata, o che si ritiene tale,
- Apprendere la metodologia del "problem solving"
- Decodificare il/i bisogni del paziente e definirne la priorità
- Imparare a gestire i problemi usando anche "il tempo"
- Comprendere ed essere consapevoli della differenza tra malattia, malessere, disagio, bisogno indefinito; nonché dell'importanza di un approccio "olistico" e bio-psico-sociale all'assistito
- Gestire le patologie croniche e di alto impatto epidemiologico e sociale
- approccio delle patologie "minori" ma frequenti in Medicina Generale, che non si vedono in ospedale e non si studiano sui libri,
- approccio ai fallimenti, alle mancate guarigioni, alle cronicità, alle situazioni giudicate "non curabili" dall'ospedale...
- acquisire la capacità di collaborare e integrarsi con le altre figure professionali che operano sul territorio;
- Impostare la continuità di cure dopo la dimissione ospedaliera
- Valutare i piani di intervento sul paziente anche sotto il profilo economico (per il paziente, per la società)
- Saper applicare i Principi dell'epidemiologia e dell'EBM nell'ambito delle cure primarie

- Apprendere le potenzialità e limiti degli interventi di prevenzione individuale e collettiva (screening)
- Apprendere la finalità e il metodo della raccolta dei dati in MG e abilità nella impostazione e gestione di una Cartella Medica Orientata per Problemi
- Saper correlare i sintomi e i segni clinici alla visita del paziente; saper prescrivere eventuali indagini strumentali per arrivare al sospetto diagnostico in casi clinici reali.

2) **nell'ambito dell'area relazionale**, lo studente durante il percorso deve apprendere la Relazione interpersonale medico-assistito e fra Medico-assistito-altri operatori

- Apprendere ed esercitare la tecnica di conduzione del colloquio, di impostazione delle domande, delle abilità di ascolto
- Rilevare le differenze nel rapporto con i sani, non solo con gli ammalati
- Gestire l'approccio globale, fiduciario e continuativo nel tempo, al singolo, alla famiglia ed ai gruppi sociali
- Impostare una relazione d'aiuto ed un rapporto empatico
- Apprendere le abilità di negoziazione e di assertività e il counselling
- Estendere nella pratica professionale le prospettive cliniche verso quelle di area etica e deontologica
- Modulare l'approccio anche in considerazione dell'età, del ceto sociale, della cultura specifica del soggetto, dell'etnia
- Il disagio psichico e i disturbi psichici in Medicina Generale

Non solo la relazione medico-paziente, ma anche medico-paziente-famiglia e gli altri medici;

La relazione in situazioni problematiche in Medicina Generale/Medicina di Famiglia

- a. I problemi della famiglia e la famiglia difficile.
- b. I problemi dell'adolescenza
- c. Il paziente anziano
- d. Il paziente con malattia/e cronica
- e. Il malato terminale e le cure palliative a domicilio e negli hospice territoriali.

3) nell'ambito dell'area organizzativa, gestionale e di integrazione lo studente durante i percorsi deve conoscere gli atti professionali quotidiani integrati dei MMG, degli altri medici specialisti, infermieri e altri operatori delle CP[2], nei Dipartimenti di CP, NCP[3], Case della Salute e Case di Comunità

- Apprendere l'importanza di svolgere l'attività assistenziale in modo integrato con le varie componenti, territoriali e non del SSN
- Apprendere le caratteristiche e le difficoltà legate all'organizzazione dell'attività assistenziale nell'ambito del Dipartimento di Cure primarie e in MG
- Osservare nella pratica le caratteristiche dell'assistenza primaria alla persona, alla famiglia, alla comunità, agli Immigrati;

- Apprendere a svolgere la funzione di “guida” del paziente nel contesto delle varie componenti del SSN
- Eseguire molte volte nella pratica corrente le manovre semeiologiche, già apprese nel corso di laurea, usare le strumentazioni di uso corrente (sfigmomanometro, otoscopio, ...), e imparare a compilare ricette, referti, certificazioni ;
- Osservare nella pratica e apprendere la gestione delle cure domiciliari integrate e l’integrazione del ruolo e dei compiti del medico generale con quello degli specialisti e degli altri operatori sanitari dell'ospedale e del territorio;
- Osservare nella pratica l’importanza della collaborazione con gli specialisti e l’ospedale: la consulenza specialistica.
- Osservare ed apprendere le potenzialità dell’approccio preventivo ed educativo mediante interventi “di opportunità”, di attesa, di iniziativa
- Valutare ed impostare la terapia anche in relazione al controllo delle interazioni e reazioni avverse, e alla appropriatezza.

## METODI

Il Corso è strutturato in quattro Moduli didattici, al III, IV, V, VI anno, con una didattica teorico-pratica (seminari e tirocinio).

### • I setting di apprendimento sono

- lo studio del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera scelta,
- il domicilio dei pazienti
- i Distretti e Dipartimento di Cure Primarie
- i Centri Diurni ed RSA
- i Consultori per la salute della donna, il SERT, i Centri di prevenzione, i Centri di Salute Mentale, per un gruppo riservato di studenti.

L’attività pratica di tirocinio presso gli studi dei MMG e dei Pediatri, e a domicilio dei pazienti, è realizzata con un rapporto fra tutor e tirocinante di 1 a 1.

I contenuti da far apprendere, per ciascun modulo e in ciascun setting, riguardano l’integrazione delle cure e l’approccio del paziente e della famiglia dai punti di vista

v relazionale

v metodologico

v organizzativo e gestionale

Tabella 1. Schema organizzativo dell'attività didattica teorico pratica (CFU = Crediti formativi universitari)

Anno di Corso e crediti attribuiti	IV (2+1 CFU)	V (2+1 CFU)	VI (2+5 CFU)
Briefing	2 ore		2 ore
Seminari in aula	25 ore	22 ore	22 ore
Tirocini			
Presso il MMG, in studio e a domicilio dei pazienti	20 ore con rapporto tutor/studente 1:1		100 ore con rapporto tutor/studente 1:1
Presso Servizi Distrettuali e Territoriali (a piccoli gruppi)		Case di comunità, case della Salute, OSCO, Consultori.	
Debriefing			2 ore
Valutazione	In itinere con voto parziale	In itinere con voto parziale	Finale con voto in 30esimi

Link all' Offerta formativa di Unimore: Manifesto degli studi (<https://www.cdlmedicina.unimore.it/site/home/didattica/manifesti.html>)

IV anno

<https://www.esse3.unimore.it/>

[ProgrammaCorso.do;jsessionid=30CD65BF2C144D757389F5335A3E6D58;jvm\\_unimore\\_esse3web14?](https://www.esse3.unimore.it/ProgrammaCorso.do;jsessionid=30CD65BF2C144D757389F5335A3E6D58;jvm_unimore_esse3web14?CDS_ID=10282&AA_OFF_ID=2014&AD_ID=20963&AA_ORD_ID=2009&PDS_ID=9999&FAT_PART_COD=N0&DOM_PARRT_COD=N0)

[CDS\\_ID=10282&AA\\_OFF\\_ID=2014&AD\\_ID=20963&AA\\_ORD\\_ID=2009&PDS\\_ID=9999&FAT\\_PART\\_COD=N0&DOM\\_PARRT\\_COD=N0](https://www.esse3.unimore.it/ProgrammaCorso.do;jsessionid=30CD65BF2C144D757389F5335A3E6D58;jvm_unimore_esse3web14?CDS_ID=10282&AA_OFF_ID=2014&AD_ID=20963&AA_ORD_ID=2009&PDS_ID=9999&FAT_PART_COD=N0&DOM_PARRT_COD=N0)

V anno:

<https://www.esse3.unimore.it/>

[ProgrammaCorso.do;jsessionid=30CD65BF2C144D757389F5335A3E6D58;jvm\\_unimore\\_esse3web14?](https://www.esse3.unimore.it/ProgrammaCorso.do;jsessionid=30CD65BF2C144D757389F5335A3E6D58;jvm_unimore_esse3web14?CDS_ID=10282&AA_OFF_ID=2014&AD_ID=22564&AA_ORD_ID=2009&PDS_ID=9999&FAT_PART_COD=N0&DOM_PARRT_COD=N0)

[CDS\\_ID=10282&AA\\_OFF\\_ID=2014&AD\\_ID=22564&AA\\_ORD\\_ID=2009&PDS\\_ID=9999&FAT\\_PART\\_COD=N0&DOM\\_PARRT\\_COD=N0](https://www.esse3.unimore.it/ProgrammaCorso.do;jsessionid=30CD65BF2C144D757389F5335A3E6D58;jvm_unimore_esse3web14?CDS_ID=10282&AA_OFF_ID=2014&AD_ID=22564&AA_ORD_ID=2009&PDS_ID=9999&FAT_PART_COD=N0&DOM_PARRT_COD=N0)

VI anno:

<https://www.esse3.unimore.it/>

[ProgrammaCorso.do;jsessionid=30EB94138482C9C50BDA1D7538EC3BA0;jvm\\_unimore\\_esse3web14?](https://www.esse3.unimore.it/ProgrammaCorso.do;jsessionid=30EB94138482C9C50BDA1D7538EC3BA0;jvm_unimore_esse3web14?CDS_ID=10282&AA_OFF_ID=2014&AD_ID=22580&AA_ORD_ID=2009&PDS_ID=9999&FAT_PART_COD=N0&DOM_PARRT_COD=N0)

[CDS\\_ID=10282&AA\\_OFF\\_ID=2014&AD\\_ID=22580&AA\\_ORD\\_ID=2009&PDS\\_ID=9999&FAT\\_PART\\_COD=N0&DOM\\_PARRT\\_COD=N0](https://www.esse3.unimore.it/ProgrammaCorso.do;jsessionid=30EB94138482C9C50BDA1D7538EC3BA0;jvm_unimore_esse3web14?CDS_ID=10282&AA_OFF_ID=2014&AD_ID=22580&AA_ORD_ID=2009&PDS_ID=9999&FAT_PART_COD=N0&DOM_PARRT_COD=N0)

## LA FORMAZIONE DEI FORMATORI

La preparazione dei tutor è stata attuata a partire dal 2002 attraverso CORSI PER TUTOR (medici di Medicina Generale); sia Corsi di base che di richiamo.

Sono stati prodotti due testi:

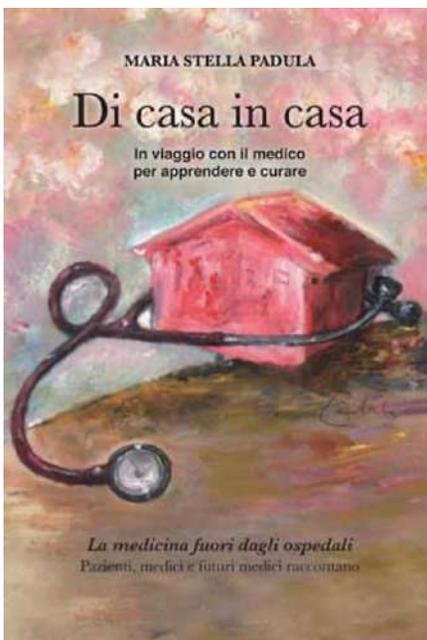
L'insegnamento universitario della Medicina Generale: manuali per il medico generale Tutor e per lo studente



<https://www.libreriauniversitaria.it/insegnamento-universitario-medicina-generale-manuale/libro/9788886980517>

È stato pubblicato un libro:

“Di casa in casa, in viaggio col medico per apprendere e curare”: la raccolta delle narrazioni scritte dagli studenti, sulla loro esperienza nelle visite a domicilio <https://www.idelsongocchi.com/shop/prodotto/di-casa-in-casa/>



La preparazione dei Docenti, di Modena e di altre Università, è stata affidata a due edizioni di **Corso Master** di II livello per formare alla didattica, cui è stato dato il titolo "IMPARARE A INSEGNARE: metodi e strumenti per l'insegnamento della Medicina Generale nelle Cure Primarie".

**IMPARARE A INSEGNARE**  
Master Universitario di II livello - edizione, 2015-2016  
Metodi e strumenti per l'insegnamento clinico della Medicina Generale nelle Cure Primarie

**OBETTIVO DIDATTICO GENERALE**  
Formare docenti di Medicina Generale attraverso l'apprendimento di metodi e strumenti per trasmettere i contenuti puntuali e la qualità specifica della Medicina Generale nelle Cure Primarie, nel terzo millennio. In particolare durante il Master: sviluppare autonomia, abilità e scegliere:

- attività didattica di base nelle attività del medico e a livello dei pazienti
- attività formative nel ruolo di mentore
- attività didattica in aula
- attività didattica in piccoli gruppi
- attività didattica in role playing
- attività didattica in focus group
- attività didattica in laboratori per la gestione di simulazioni
- attività didattica per la gestione di laboratori di apprendimento con pazienti simulati
- attività didattica per l'apprendimento con la medicina narrativa
- attività a formare pazienti o caregiver formati a utilizzare nei team dei familiari degli studenti e dei Medici
- attività didattica per la formazione, la gestione e il mantenimento dell'equipe di cure nella Casa della Salute

**MODULI DI APPRENDIMENTO**

- Insegnamento clinico e la metodologia per far apprendere l'apprendimento al serio e al malato nel setting della MG nelle Cure Primarie
- I metodi e gli strumenti per valutare l'apprendimento
- La relazione Medico-Paziente e le relazioni nel setting della MG
- Il Counseling e l'empowerment del paziente
- La Medicina narrativa per la Medical Humanities
- La famiglia e la formazione del futuro
- Apprendere come formare e come valutare attraverso "il paziente simulato"
- I sistemi informativi sanitari, i sistemi di e-health e la cartella clinica integrata per la gestione del paziente simulato nella casa della salute
- Formare e agire per il governo clinico
- Il Paziente cronico e il paziente fragile
- Le cure domiciliari nel paziente cronico non autosufficiente, in cure palliative o non

**STRUTTURA DEL MASTER**  
Il percorso garantisce l'acquisizione di 60 CFU così suddivisi:

- 10 CFU di formazione "teorica" (apprendimento di tecniche e strumenti applicati alla clinica, relazione e organizzazione dell'assistenza, con apprendimento in aula, didattica interattiva in piccoli gruppi e studio individuale con guide, lezioni teoriche di sintesi e nuovi momenti di learning e dibattito)
- 15 CFU di tirocinio (addebiamento in studio con MMG, attività di didattica per il medico che opera in setting universitario, con osservazione e applicazione per mettere in pratica le tecniche apprese)
- 10 CFU per la preparazione della tesi finale

**DESTINATARI**

- Medici di Medicina Generale, convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale
- Professori di libera scelta
- Professionisti, medici e infermieri, che operano nelle cure Primarie
- Laurati di scienze infermieristiche di II livello (DMS-DEGCI)

**SEDE, DATA E DURATA DEI SEMINARI RESIDENZIALI**  
la sede è il Centro Servizi Didattici della Facoltà di Medicina e Chirurgia, Via del Poggio, 71, Modena. La durata del master è annuale, dal settembre 2015 al dicembre 2016.

**CALENDARIO DELLA DIDATTICA SEMINARIALE**  
5 settembre: inaugurazione del Master e della Scuola del "Paziente Caregiver Formativo"  
1 settembre: 1-6 settembre 2015  
8 settembre: 8-12 dicembre 2015  
10 settembre: 3-7 febbraio 2016  
14 settembre: 1-6 giugno 2016  
15 settembre: 1-11 settembre 2016  
16 settembre: 5-10 dicembre 2016

Il materiale dei Corsi è stato raccolto nei libri

"Imparare a insegnare la Medicina Generale: la cassetta degli attrezzi per la formazione dei formatori" e "Come insegnare la Medicina Generale: la ricerca nella formazione; progetti innovativi per l'apprendimento"

<https://www.idelsongocchi.com/shop/prodotto/imparare-a-insegnare-la-medicina-generale-la-cassetta-degli-attrezzi-per-la-formazione-dei-formatori/>

<https://www.idelsongocchi.com/shop/prodotto/come-insegnare-la-medicina-generale/>



E poiché non c'è disciplina senza ricerca, nel 2018 si è tenuto a Modena un Corso di perfezionamento per la Ricerca in MG



## RIFERIMENTI LEGISLATIVI E BIBLIOGRAFICI

- Ponti D. et al. La medicina di famiglia nelle aspettative degli studenti universitari del sesto anno. *Medicina Generale* 1992; 5:53.
- Duca P. Ambulatori intesi come aule universitarie. *Occhio Clinico* 1996; 8:5.
- Ceriani F. et al. Dalla parte degli studenti. *Occhio Clinico* 1996; 8: 5.
- Duca P. Studenti universitari partono alla scoperta del malato in libertà. *Occhio Clinico* 1997; 6: 49.
- Caimi V. In corsia il paziente è monco. *Occhio Clinico* 1997; 6: 52.
- Longoni P. A Milano medici generali e università. *SIMG* 1998; 6: 12.
- Padula M.S. Atti del Convegno Nazionale SIMG 3-4 Aprile 1998, Modena. L'insegnamento della medicina generale allo studente di medicina"
- Padula M.S. L'insegnamento della medicina generale allo studente. *SIMG* 1998; 6:19.
- Parisi G. "Essere Tutor – miniguia per i tutor mmg" - Ed. Csermeg - Trento 2000
- Modolo et al. Docenti in medicina generale: l'esperienza dell'Università di Perugia. *SIMG Visca G et al. La medicina generale nell'immaginario degli studenti universitari. SIMG* 2001; 6: 22.
- DECRETO 19 ottobre 2001, n. 445 , GAZZETTA UFFICIALE SERIE GENERALE N. 299 DEL 27/12/2001
- Massaro M. Medicina Generale nel corso di laurea. *Corriere Medico* 21 febbraio 2002: 6.
- Di Marzio S. I presidi all'università aprono ai generalisti. *Corriere Medico* 6 giugno 2002: 9.
- Gli studenti dell'Umbria a lezione dai generalisti. *Corriere Medico* 14 novembre 2002: 7.
- Miserendino M. La medicina generale entra nell'università. *Doctor* 2002; 3: 26.
- The European definition of general practice/family medicine WONCA EUROPE - giugno 2002 <http://www.medisin.ntnu.no/wonca/>
- EURACT Statement on Selection of Trainers and Teaching Practices for Specific Training in General Practice - Tartu
- Bisconcin M. Insegnamento undergraduate della Medicina di Famiglia. *M.D. Medicinae Doctor* 2002; 9: 12.
- Pucci M et al. Lezioni di medicina di famiglia all'università: una traccia per il futuro. *M.D. Medicinae Doctor* 2002; 9: 20.

- L'insegnamento della Medicina Generale agli studenti di Medicina - Manuale per il tutor. A cura di M.S. Padula e A. Tomasi - Ed. Athena Audiovisuals – Modena settembre 2002
- Definizione europea di medicina generale/medicina di famiglia e descrizione delle competenze fondamentali del medico di medicina generale/medico di famiglia: sintesi del consensus statement 2002 della società europea di medicina generale/medicina di famiglia (WONCA EUROPE)
- Carelli F. Why ( still ) a medical student wants to become a GP – Br. J. Gen. Pract. 2003; 53: 329.
- Caimi V. e Padula M.S. Conquistare una posizione di rilievo all'Università. Occhio Clinico 2003; 5: 26.

## Storia del percorso

Storia del percorso, Un percorso durato 30 anni.

- L'inizio: accordi e convenzioni
- La situazione in Italia: l'estensione delle esperienze negli anni 2003-2004 e poi il calo dell'interesse e delle realizzazioni
- Convegni e Corsi per formare Tutor e docenti, e per i ricercatori
- Manuali per l'addestramento

1992: Primo accordo fra Ordine dei Medici e Università di Modena, per la frequenza di una settimana degli studenti del VI anno di Medicina negli studi dei Medici di Medicina Generale (MMG), nell'ambito della Medicina di Comunità/Igiene; attività svolta per 4 anni.

Aprile 1998: convegno nazionale a Modena, organizzato dalla SIMG, in collaborazione con l'Università, per riprendere l'esperienza, in occasione dell'introduzione della Nuova Tabella XVIII e dei Nuovi Decreti d'Area. A questo Convegno ha partecipato il Prof. Mike Pringle, che ha portato l'esperienza trentennale di insegnamento universitario della MG in UK e in Europa. Di questo convegno sono stati stampati gli atti.

Aprile 2001. Il Rettore, prof Giancarlo Pellacani e il Consiglio di Facoltà di Medicina di Modena, con il prof Aldo Tomasi, presidente del CdL, hanno approvato il progetto SIMG di insegnamento pre-laurea obbligatorio della MG, che prevedeva 4 settimane di tirocinio professionalizzante negli studi dei Medici Generali al VI anno di corso.

Gennaio 2002: è stata approvata dal Senato accademico una Convenzione Quadro fra SIMG Nazionale e Modenese e Università di Modena, per l'insegnamento teorico-pratico della MG agli studenti di Medicina del V e del VI anno, secondo il Progetto della SIMG modenese con l'Università Modena. L'Università ha istituito il primo Contratto per l'insegnamento della MG, affidato ad un MMG.

Nel febbraio e marzo 2002 si è svolto a Modena, un corso di Formazione per Medici Generali Tutors, organizzato insieme dalla SIMG e dall'Università ed è stato costituito un Albo di Tutor universitari abilitati a svolgere l'attività didattica pratica, integrata anche da seminari in aula su temi originali specifici della MG

Altri corsi di formazione per TUTOR sono stati tenuti dal 2004 e il 2009 a Modena e in altre città italiane; condotti da medici di Modena a Napoli, Bari, Foggia, Sassari, Ferrara, Trieste e nella Regione Marche.

24 e 25 maggio 2003: Workshop nazionale per la progettazione e la promozione del Tutorato in MG.

19-20 settembre 2003: Congresso Nazionale sull'Insegnamento Universitario della MG in Italia, come in Europa: presentazione del modello condiviso.

Un censimento delle Università italiane con esperienze diverse di insegnamento prelaurea della Medicina Generale ha rilevato 10 esperienze di insegnamento universitario sulle 44 sedi universitarie. L'anno successivo, il numero delle sedi universitarie interessate da esperienze di insegnamento di MG era salito a 23; ma solo in solo 7 sedi erano stati attivati contratti per docenti. In seguito, la progressione si arrestata.

2005: Convenzione fra Università di Modena e Reggio Emilia e le ASL di Modena e di Reggio Emilia, per l'attuazione del progetto sperimentale di insegnamento della MG nell'ambito delle Cure primarie, per un gruppo volontario di studenti.

2006-2007: il progetto sperimentale è stato esteso a tutti gli studenti, a partire dal III fino al VI anno, con 4 moduli, con la frequenza nei vari setting della Medicina extraospedaliera, come gli ambulatori dei MMG, il domicilio dei pazienti, gli ambulatori dei Consultori, l'Hospice. Sono stati attribuiti 10 contratti per gli insegnamenti di questi Corsi.

2007: il Ministro della Salute L. Turco ha iniziato i lavori della Commissione per la Riorganizzazione delle CP, sostenendo il ruolo del MMG anche nella didattica universitaria

Settembre 2007: Convegno nazionale a Modena, con la partecipazione di varie Università, e del prof A. Lenzi, per discutere insieme la possibilità della continuità di un percorso di formazione fra MG pre e post laurea, e la possibilità di una specializzazione universitaria in MG

Nell'anno accademico 2009-2010, in base al DM 270, gli studenti di Modena iniziano il percorso di laurea con un Manifesto degli studi che prevede il Corso Integrato di MG nelle CP, in 4 Moduli, inseriti dal III al VI anno, curriculare.

Nel 2010 con le esperienze raccontate dagli studenti, è stato pubblicato il libro "Di casa in casa" per far apprendere le cure domiciliari agli studenti di Medicina.

5-6 marzo 2010 Congresso nazionale a Modena. Nei siti Internet dell'Università e della SIMG si trovano il programma e le video registrazioni dell'incontro, che ha verificato lo stato dell'arte, con le relazioni della conferenza dei presidenti dei corsi di laurea, della SIMG e dei medici impegnati nella formazione pre e post laurea in MG.

Negli anni 2012-2014 e 2015-2017 a Modena, si sono tenute due edizioni del Master di II livello per formare i docenti "Metodi e strumenti per l'insegnamento clinico della MG nelle Cure Primarie", frequentato da 35 MMG e due Pediatri, provenienti da diverse sedi; corsi conclusi con 35 tesi di progetti di formazione con metodologie innovative. Fra i docenti ci sono stati professori di MG di Spagna e UK, paesi dove da 50 anni ci sono professori universitari.

In questi anni più di 20 studenti si sono laureati presentando Tesi di laurea in Medicina Generale e medicina del Territorio

In base alle ispezioni annuali della Conferenza dei Presidenti dei CdL, l'insegnamento della MG è stato fra gli aspetti più apprezzati dagli studenti a Modena.

Molto è stato fatto a Modena in 30 anni, ma la storia italiana stenta a cambiare.

Negli anni 2003, 2004, 2005 abbiamo percepito alcuni segnali di diffusione delle iniziative di insegnamento, ma occasionali, non seguite da una continuità dell'attività né dei contratti assegnati

Una survey effettuata nel luglio 2021 dalla conferenza dei presidenti dei Corsi di Laurea (CdL) sullo stato di insegnamento della MG nelle università italiane, ha raccolto le risposte da 52 Università; in particolare, è stato chiesto se in ogni sede venivano erogati CFU di didattica frontale assegnati a MMG.

Delle risposte pervenute, esattamente la metà erano positive, la metà negative.

Per chi non ha inserito CFU, varie motivazioni sono riportate sotto:

- Vengono fatti dei seminari dal MMG nell'ambito del corso di medicina del territorio med09

- Perché l'insegnamento di MMG è stato erogato dal 2011-12 fino al 2019-20 (compreso) su un CFU di tirocinio. Poi vi è stata la necessità di spostare i CFU necessari al tirocinio abilitante determinando la sospensione nel 2020-21, d'accordo con l'Ordine dei Medici.

- Dal 2021-22 verrà erogato come ADE (attività didattica elettiva propedeutica al tirocinio) al sesto anno, 1 CFU, MED/09, con prova scritta; 4 docenti MMG terranno dei seminari con verbalizzazione a cura del docente MED/09.

- Perché il corso di laurea ha avuto inizio da poco, quindi è ancora presto per coinvolgimento dei medici di medicina generale (ad esempio il CdS ha in atto attivi solo i primi tre anni

- Per mancanza di un SSD specifico,

- Per non disponibilità dei docenti dei SSD a cedere parte del carico didattico;

- Per obbligo da parte dell'Ateneo ad utilizzare docenti interni fino a completamento del carico didattico.

- Perché al momento l'insegnamento della Medicina Generale è realizzato in diversi momenti all'interno del CdL, tutti attraverso attività di Tirocinio svolte presso ambulatori MMG e stiamo valutando come inserire figure MMG per l'erogazione di didattica frontale, probabilmente nel corso attribuito a MED/42

- Perché non è previsto dal Regolamento/Ordinamento

- Perché il loro inserimento necessiterebbe una modifica dei piani di studio con potenziali criticità dovute alla conseguente redistribuzione dei CFU degli insegnamenti già presenti.

- Perché al momento il ruolo del MMG è limitato allo svolgimento del TPVES e la possibilità che venga svolta didattica frontale da parte del MMG non è stata esaminata

- Perché il CdL ritiene che il tirocinio consenta allo studente di acquisire le conoscenze e le competenze necessarie

- Perché non sono mai stati previsti in passato

- Perché non è mai stato discusso

## Conclusioni, prospettive e proposte per il futuro

Ipotesi di percorso per l'insegnamento universitario della Medicina Generale dello studente di Medicina e del MMG.

La formazione del MMG, attualmente affidata ai CFSMG tenuti dalle Regioni, molto spesso in collaborazione con gli Ordini dei Medici, deve avvenire all'interno di un corso di specializzazione accademica, equiparandosi così ai paesi europei dove la formazione del MMG avviene nelle Università.

È necessario condividere e realizzare un percorso per l'accreditamento della Medicina Generale come disciplina accademicamente riconosciuta al pari delle altre, come in Europa:

- introdurre la formazione in Medicina Generale nel percorso universitario; con l'obiettivo di portare un cambiamento della formazione dei medici in generale e dei medici di medicina generale, dal corso di laurea ai corsi di specializzazione, come negli altri paesi d'Europa.
- sviluppare percorsi di RICERCA sui grandi numeri di pazienti, non selezionati, nel campo della Medicina Generale per conoscere la situazione reale della popolazione, per programmare gli interventi sanitari mirati ai bisogni di salute della popolazione, in base alle reali priorità.

Nell'università italiana dal 1996 esiste già una scuola di specializzazione orientata alla medicina generale e alle cure primarie nel senso più ampio del termine, che è la Scuola di Specializzazione in Medicina di Comunità e delle Cure Primarie (SSMCCP) istituita con Decreto MURST 3 luglio 1996 e poi riordinata da Decreti Interministeriale MIUR-Salute successivamente. È però indispensabile la creazione di un Settore Specifico Disciplinare (SSD) per la Medicina Generale, Cure primarie e di Comunità come anche la creazione di un analogo Dottorato di Ricerca con il pieno inserimento della disciplina in Dipartimenti Universitari specifici.

## Proposta

La Medicina Generale deve essere riconosciuta come disciplina accademica da insegnare in tutte le Facoltà di Medicina

- sia nei corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia di ogni Università, perché si tratta di una disciplina originale, non assimilabile a nessuna delle altre materie di studio, e perché è propedeutica alle scelte professionali consapevoli del futuro medico
- sia nella formazione specialistica del medico di MG, per 4 anni, attraverso un iniziale "tronco comune" di due anni, e due percorsi successivi differenziati e specifici per la professione da praticare:
  - o Specializzazione in Medicina Generale e Cure Primarie, con docenti dell'area professionale, ovvero Medici di Medicina Generale.
  - o specializzazione in Medicina di Comunità, che formerà i Medici di Comunità.

Come di può ottenere questo?

1. Con accordi con le Regioni (Agenzie Formative, attuali Centri didattici regionali dei CFSMG) per avere disponibili per la formazione strutture territoriali certificate e MMG formati e certificati come Tutors
2. Concordando l'attuazione con gli interlocutori istituzionali nazionali (CRUI, Ministero dell'Università, ministero della Salute) e le società scientifiche di riferimento, perché siano istituiti in ogni sede Universitaria i Dipartimenti di Medicina Generale, Cure primarie e di Comunità
3. In questo percorso didattico devono essere integrati docenti e tutor Medici di Medicina Generale, che vengono selezionati attraverso concorsi riservati a chi esercita la professione e accreditati dall'Università come Docenti.



# ACADEMIZATION OF PRIMARY CARE IN SWEDEN

Ferdinando Petrazzuoli, family doctor in Italy, interviewing four professors of Primary Care in Sweden

Academization of primary care has spread to Sweden over the past 40 years. We want to find out more about the early stage of this process and so we have asked Cecilia Björkelund, general practitioner, professor at the Department of Primary Health Care, Institute of Medicine, University of Gothenburg.

When did the academization of primary care start in Sweden?

The first academic primary care centre was established in 1981 in Dalby, a locality situated in Lund Municipality, when the first professor of Primary Health Care/ General Practice, Bengt Scherstén, was inaugurated at Lund University/Dalby.

After that, professors in General Practice/Primary Health Care were established at the different Universities: Stockholm, Umeå, Uppsala, Linköping, Gothenburg (1986). Other universities for example Örebro, unfortunately don't have a professor General Practice/ Primary Health Care yet.

Was it a smooth process or did you encounter hostility from Secondary Care or other institutions, trade unions, health care policy makers, et cetera?

It was not a very smooth process, but once it was started at Lund University, the other universities followed. Initially most professors were from General Medicine or Cardiology, but prof emerita Birgitta Hovellius was the first academic professor/ General Practitioner, established in Umeå. She identified the pathogenicity of *Staphylococcus saprophyticus*, which before was unknown as pathogenic, this discovery was made possible because she made her research in primary care lab at Dalby PCC - it would never have been identified at laboratories in secondary care.

Secondary care and other Academic Specialties were rather much against Academic General Practice/Primary Health Care, but on the other hand health care policy makers were very positive in the 70ies and 80ies.

2- We are curious about the early stage of the process and so we have asked professor emerita Birgitta Hovellius.

Professor Hovellius, can you tell us more about the first decade of the process of Academization of General Practice/Primary Health Care in Sweden? Was there guidance from the Minister of the University or did each university have the autonomy to decide independently?

Ferdinando Petrazzuoli, family doctor in Italy, interviewing four professors of Primary Care in Sweden

Dear Ferdinando, Thanks for your question! I agree with Cecilia Björkelund that the medical faculties at the universities have not been especially interested in supporting the development of research in general practice. I think it is important to mention that the counties/ regions have often tried to initiate and support research in primary health care. I will refer to the first professor in general practice in Uppsala, Gösta Tibblin. The professor of psychiatry told Gösta that now he as the new professor of general practice had the

lowest status at the faculty - earlier it had been the professor of psychiatry. However, I am convinced that general practice has a much better position at Swedish universities today than 2-3 decades ago.

In the 1970s, the National Board of Health and Welfare started three units for research and education in primary health care in the countryside with connection to adjacent universities. The unit connected to Lund university at Dalby was the most successful one, but in the 1990s the National Board backed out and Lund university had to take over. During the 1980s and 1990s, approximately 40 researchers in medicine and social sciences graduated (PhD). Of the 21 general practitioners who graduated, 8 became professors of general practice/ family medicine: Birgitta Hovellius (Umeå university and later Lund university), Lars Borgquist (Linköping university), Barbro Hagander (Lund university), Anders Håkansson (Lund university), Lars H Lindholm (Umeå university), Sigvard Mölstad (Linköping university and later Lund university), Peter M Nilsson (Lund university), Jan Sundquist (Karolinska institute and later Lund university).

In the end of the 1990s, the department of primary health care at Dalby/Lund was transferred to the Medical faculty of Lund university in Malmö. The impressive research activities within primary health care at Dalby may be considered to have laid the ground for the present dynamic and successful Center for Primary Health Care Research in Malmö (Region Skåne and Lund university) with Jan Sundquist as the first director.

Another important department of general practice was established in Sahlgrenska academy (Gothenburg university) with Calle Bengtsson as the first professor of general practice and followed by Cecilia Björkelund. The successful contributions here were due to a great research project on women's health, in which women were studied during several decades resulting in many scientific papers and PhDs of general practitioners.

A very important activity in the development of research in primary health care was the founding of the National Research School in General Practice in Sweden, which started in 2009 by Lars H Lindholm and was supported by the Swedish Research Council.

In conclusion, the National Board of Health and Welfare, the counties (nowadays 21 counties/regions) and individual general practitioners have been of great importance for the start and maintenance of research in general practice at the universities in Sweden. The medical faculties at the universities and the research councils (with the exception of the support of the National Research School) have until now been quite skeptical to support research in general practice and primary health care.

Things have certainly changed over the years. 3- Patrik Midlöv, primary care professor is the head of the department of Clinical Sciences in Malmö, Lund University, a department that also encompasses secondary care disciplines, meaning the academic primary care today has the same prestige and reputation as other academic disciplines in Sweden.

Professor Midlöv, you are the head of the Department of Clinical Science. Does this mean that general medicine/ academic primary care have the same prestige and reputation as other academic disciplines in Sweden or is there still something to be done to improve?

I am not sure that general medicine / academic primary care has the same prestige and reputation as other academic disciplines in Sweden. The reputation is improving and some of the most cited

researchers within medicine in Sweden are within family medicine/ academic primary care. However, still research is not at all as common in primary care as it is in hospital care.

One positive thing is that the Swedish government has recently increased the funding of research in primary care substantially.

Let's continue our interview with Hans Thulesius Adj and Associate professor of Family Medicine; Linnaeus University and Lund University.

You are a professor of general medicine but also a very active general practitioner, how do you manage to reconcile the activity of GP with the academic one?

First I must say that I have been privileged and lucky to have been paid to do research 50% of full time. So, this is key for my "success" as opposed to colleagues in other countries where many, like yourself, devote weekends, nights and holidays to research. That said, having two part time jobs adds up and my work weeks far exceed 40 hours. Yet, eventually, the risk of emotional burn out appears to be lower for clinicians who also do research.

4- Professor Hans Thulesius, can you give us some figures about the Academic Primary Care in Sweden?

In Sweden General Practice departments are not present in every University, for example in Linnaeus there is no department of family medicine. I was recruited in an effort to strengthen research and development of region Kalmar and being an Educational/scientific alibi since Kalmar now have a regionalized medical school in primary care. Kalmar has no PhD students in family medicine.

In Sweden there are around 25 full professors of General Practice (including emerita professors) and around 50 associate professors. Nationally there have been around 10 general practice PhD students in Sweden = 10 million people, every year over the last 5 - 10 years, so, for example, if Italy has a goal to be half as productive in terms of number of PhDs in family medicine you'll need 25-30 PhD students per year.

Professor Thulesius has been conducting research on the doctoral thesis in primary care for 40 years. What did you find interesting about it?

One of the things which is more striking is that the number of women PhDs has now far exceeded that of male PhDs. During the 1980s and 1990s the proportion of women PhDs was 25% whilst the last 10 years it is 75%

Rivista QQ Numero 1, Gennaio 2021 16

Can you summarize the situation of Swedish primary care research?

The first professorship in general practice was appointed in 1981 at the same at Lund University, at the same time as general practice became its own specialty. Our specialty is thus relatively young, which is also reflected in general practice research.

The number of dissertations and articles in general practice has increased significantly in the last ten years compared to the mid-1980s [2]. Although the number of PhDs has increased, the proportion of PhDs in our specialty is still significantly lower than in most other clinical specialties [3]. About 3 percent of general practitioners have defended their dissertations, compared with just over 30 percent of hospital specialists.

The system of general and specialist service means that many doctors today start their research careers relatively late in life. The advantage is that they have accumulated solid

# LA NASCITA DELLA MEDICINA GENERALE / MEDICINA DI FAMIGLIA ACCADEMICA IN FRANCIA

Prof Christophe Berkhout – General Practitioner , Université de Lille, Dept of general practice/  
family medicine

clinical experience, but the disadvantage is that the research career is relatively short as well as the time they can work as a supervisor [4].

A challenge for the future is how to better integrate research during medical education but also within the educational services. During undergraduate education, the scientific project work is now expanded to include at least one semester [5], and within the specialization service, a compulsory scientific thesis is now introduced [5, 6].

Key points with primary care research in Sweden:

- A very small part of regional and national research funding goes to primary care.
- A small project work has recently become mandatory for everyone who completes specialist training in general practice.
- Healthcare principals should set up more researcher Specialist Training positions in primary care and more clearly support general medical doctoral students in their dissertation work.

Interviewer

Ferdinando Petrazzuoli MD, PhD, family doctor in Italy, post-doctoral fellow at the Center for Primary Health Care Research, Department of Clinical Sciences, Lund University, Malmö, Sweden

Swedish Academic professors of Primary Care:

1. Cecilia Björkelund, MD, PhD, general practitioner, professor at the Department of Primary Health Care, Institute of Medicine, University of Gothenburg: Sweden.
2. Birgitta Hovellius, MD, PhD, Professor Emerita Department of Clinical Sciences, Lund University, Malmö, Sweden.
3. Patrik Midlöv, MD, PhD, general practitioner, professor at the Center for Primary Health Care Research, Department of Clinical Sciences, Lund University, Malmö, Sweden.
4. Hans Thulesius MD, PhD, Adj and Associate professor of Family Medicine; Linnaeus University and Lund University; Sweden.

## Cronologia

30/12/1958: creazione dei centri ospedalieri-universitari (CHU) e di emergenza della medicina accademica ospedale-centrica. Esclusione della medicina extra-ospedaliera.

1973: Nascita della Società francese di medicina generale (SFMG)

1983: Nascita del Collegio Nazionale dei Medici Generalisti Insegnanti (CNGE)

21/10/1984: Nascita del movimento sindacale dei medici generalisti (MAG)

1991: Nomina dei primi docenti (lecturers) e successivamente dei professori associati di medicina generale

1997: Obbligo di un tirocinio di 6 mesi in medicina generale per i "diplomandi" in medicina generale

2001: Ripresa della rivista "Exercer" che diventerà la rivista di medicina generale di lingua francese.

2003: Secondo tirocinio di 6 mesi in Medicina Generale con supervisione indiretta (SASPAS) per i "diplomandi" in medicina generale

2004: Creazione di un "Diploma di Esercizio Specializzato (DES)" di medicina generale di eguale valore alle altre specialità mediche

2005: presenza di un dipartimento di medicina generale in tutte le scuole di medicina

2006: integrazione della specialità medicina generale nel Consiglio nazionale delle università e creazione dei 16 primi posti di ricercatori junior di medicina generale

08/02/2008: Creazione delle prime cariche accademiche di medicina generale

2009: Integrazione accademica dei primi docenti e professori ordinari di medicina generale

2011: Tirocinio di 3 mesi in medicina generale obbligatorio per tutti gli studenti in medicina di livello master

Gennaio 2016: Creazione della sotto-sezione 53-01 "Medicina Generale" al Consiglio Nazionale delle Università preposto alla nomina e alla promozione gl'insegnanti di medicina generale.

Dalla definizione di medicina non specializzata al riconoscimento di una specialità con competenze, ricerca e insegnamento propri.

30/12/1958: creazione dei centri ospedalieri-universitari (CHU) e di emergenza della medicina accademica ospedale-centrica. Esclusione della medicina extra-ospedaliera.

La storia della medicina generale francese è incominciata male. Il 30 dicembre 1958, la riforma iniziata dal Professore Robert Debré trova la sua traduzione con un decreto-legge emesso dal Presidente De Gaulle che crea i centri ospedalieri-universitari (CHU). Il CHU viene sottoposto alla tutela simultanea del Ministero delle Sanità e di quello dell'Insegnamento Superiore (Ministero dell'Università). Tutti gli insegnanti e studenti di medicina hanno una doppia appartenenza: accademica (professori, docenti, ricercatori) ed ospedaliera (insegnanti: capi de servizio, assistenti, capi di clinica, e studenti: residenti (interni) ed esterni). I medici nei CHU sono dipendenti che assicurano cura, ricerca e insegnamento. Acquistano anche un importante potere politico come consiglieri ministeriali o ministri, orientando gli investimenti pubblici e assicurativi nell'ospedale.

Sui CHU vengono concentrati i fondi per la ricerca di base e quella clinica, le scuole di medicina che dispensano l'insegnamento teorico, e i servizi ospedalieri dove vengono effettuati i tirocinii. Per potere assicurare tutti i tirocinii, sono anche coinvolti gli ospedali non universitari, ma i residenti interni di questi ospedali non hanno il titolo accademico. Come risultato nei CHU si viene a creare una concentrazione di malattie rare permettendo un importante progresso nella ricerca e le conoscenze cliniche in queste malattie, ed avendo come conseguenza principale la moltiplicazione delle specialità mediche. Questo approccio però fa uscire dalla sfera accademica medica le scienze umane e le cure primarie. I pazienti nella loro globalità spariscono nascosti dietro le loro malattie e gli studenti non incontrano altro che 1/1000 della patologia corrente sul territorio.

La situazione peggiora ancora nel 1986 quando la Ministra Michèle Bazac riforma il tirocinio interno rendendolo obbligatorio per tutte le specialità mediche, salvo che per la medicina generale. L'accesso al tirocinio interno si fa per concorso alla fine dei 6 anni di studio: tutti quelli che sono promossi al concorso diventeranno specialisti, e quelli che sono bocciati diventeranno medici generalisti. La medicina generale diventa una "medicina del fallimento negli studi medici", una medicina per difetto che viene definita come una medicina non specializzata.

1973: Nascita della Società francese di medicina generale (SFMG): la risposta al bisogno di una "ricerca scientifica" specifica nelle cure primarie.

Il decreto-legge del 58 aveva fatto uscire dal campo della ricerca le cure primarie, allora un gruppo di sette medici generalisti (Lionel Bécour, Jean de Coulboeuf, Serge Ghozi, Jean Goedert, Philippe Jacot, Jacques Pezé et Oscar Rosowsky) creò, il 6 febbraio 1973, la prima società scientifica di medicina generale, la SFMG. Il suo obiettivo principale era lo sviluppo della ricerca in medicina generale, prodotta dagli stessi medici generalisti. Questa ricerca aveva un doppio fine: migliorare la qualità della cure primarie creando un corpus di conoscenze fattuali e definire a partire da questo corpus la medicina generale come specialità della cure primarie. Nel 1973, la SFMG riuniva un nucleo di 336 aderenti.

1983: Nascita del Collegio nazionale dei generalisti insegnati (CNGE): la risposta al bisogno di una educazione specifica per i medici delle cure primarie.

Alla fine dei loro studi, i medici di medicina generale avevano accumulato frammenti di conoscenze di genere ultra-specialistico. Non avevano le competenze per la diagnosi e la cura delle malattie croniche emergenti e per le malattie a prognosi benigna curabili fuori dell'ospedale. Non avevano neppure le competenze di educazione e promozione dei pazienti ai comportamenti salutari, alla prevenzione e alla diagnosi precoce delle malattie

potenzialmente gravi. Per finire, era stato perso l'approccio globale e umanistico del paziente.

Pubblicazioni sulla istruzione accademica alla medicina preventiva nelle cure primarie esistevano in inglese, ma i medici generalisti francesi non conoscevano bene l'inglese, inoltre essendo fuori dell'università e dalle biblioteche universitarie, non avevano l'accesso agli articoli scientifici di medicina generale. La scoperta di un corpus di conoscenze nelle cure primarie e della pedagogia della medicina generale e di famiglia venne dal Canada, e più precisamente dal Québec, facilitato dalla diffusione di conoscenze e competenze in lingua francese.

Grazie alla collaborazione con i medici di famiglia accademici canadesi fu creato, nel 1983, il Collegio nazionale dei generalisti insegnanti (CNGE) da tre medici generalisti francesi (Jehan de Butler, François Bécret e Albert Hercek). Nel 1986 venne creata la scuola di Riom (Ecole de Riom). Tutti i mesi, questa scuola ha effettuato corsi di due giorni (sabato e domenica) volti alla conoscenza e all'insegnamento della medicina generale. Un pò più tardi, e in concorrenza con la SFMG, venne anche la formazione alla ricerca nelle cure primarie. In tutto, sono stati proposti 38 moduli di formazione diversi. In 14 anni, 2438 insegnanti di medicina generale furono così educati da 40 formatori, loro stessi medici generalisti, e da 4 formatori ospedale-universitari.

Il primo compito della scuola di Riom fu di formare dei tutors per il tirocinio in medicina generale. Questi tutors venivano proposti alle scuole di medicina per permettere ai residenti di medicina generale di eseguire dei tirocinii.

In un secondo tempo, verso l'inizio degli anni 90, gli insegnanti di medicina generale hanno anche cominciato ad insegnare all'università agli specializzandi di medicina generale, con delle prerogative diverse a seconda delle università: a volte accolti con entusiasmo, a volte in posizione di inferiorità rispetto agli insegnanti universitari titolari delle discipline specialistiche. E' stato il primo approccio accademico di medici delle cure primarie, che veniva però riconosciuto per le competenze pedagogiche ma non quelle scientifiche.

1984: Nascita del movimento sindacale dei medici generalisti (MAG): la risposta al bisogno di riconoscimento ufficiale della specificità delle cure primarie nei confronti di quelle specialistiche.

L'esercizio della medicina in Francia viene retribuito principalmente secondo due modalità: salariata (lavoro dipendente) e libero-professionale (detta "liberale"). La salariata (dipendente) viene effettuata nei confronti del personale degli ospedali pubblici e di certi ambulatori municipali e assicurativi. Negli ospedali privati, la retribuzione è generalmente di tipo libero-professionale, come pure nelle cliniche, negli ambulatori privati e negli studi medici associati o con singolo medico (quest'ultima rappresentava la modalità di lavoro più frequente nella medicina generale all'epoca).

La retribuzione libero-professionale viene attuata in concomitanza con l'atto medico; il tariffario degli atti è negoziato tra i rappresentanti delle assicurazioni obbligatorie e quelli dei "medici libero-professionisti", raggruppati in diversi sindacati. I sindacati all'inizio degli anni 80 erano pluridisciplinari, quindi non rappresentavano solo la medicina generale. I medici specialisti, sostenuti dai medici che lavoravano in ospedale o alla università, non volevano sentire parlare di gate-keeping e di cure primarie, considerando

# IL DOTT. FERDINANDO PETRAZZUOLI, MMG DI UN PICCOLO PAESE RURALE CAMPANO, CON DOTTORATO DI RICERCA (PHD) IN PRIMARY CARE IN SVEZIA: “LA MIA STORIA COME RICERCATORE PRESSO L’UNIVERSITÀ DI LUND IN SVEZIA”

Introduzione ed Intervista a cura del dr Francesco Del Zotti

che la medicina era unica. Inoltre, questi sindacati non facevano nulla per migliorare le retribuzioni dei medici generalisti. Nel 1984 venne creato perciò il MAG che diventerà poi MG-France, sindacato mono-disciplinare di medicina generale che aveva tre obiettivi:

- 1) fare riconoscere la specificità delle cure primarie e promuovere il gate-keeping;
- 2) adattare le tariffe degli atti di medicina generale all’evoluzione delle malattie ed all’emergenza delle malattie croniche;
- 3) introdurre una retribuzione forfettaria per il mantenimento e l’aggiornamento della cartella clinica e il coordinamento degli intervenenti.

Alla fine degli anni 80, la “macchina da guerra” della medicina generale era dunque organizzata per promuovere al meglio, (si fa' per dire), la medicina generale e di famiglia su 3 fronti: 1) quello della ricerca: per fare riconoscere la specificità della disciplina con delle competenze e un tesoro di dati scientifici propri, 2) quello della pedagogia: per fare riconoscere che solo quelli che hanno le conoscenze disciplinari e l’esperienza delle cure primarie la possono insegnare e 3) quello sociale: con il riconoscimento istituzionale e politico con una retribuzione congrua del lavoro di medico generalista.

Comunque, sindacati, società scientifiche ed associazioni di sviluppo professionale continuavano a rimanere divisi, e per una decina di anni, malgrado diversi tentativi, non riuscivano a intendersi per formare un fronte comune. Fu solo nel 2009 che il professore di medicina generale Pierre-Louis Druais, allora presidente del CNGE, riuscì a federare tutti al seno del Collegio della Medicina Generale, che diventò l’unico interlocutore istituzionale della disciplina.

FINE PRIMA PARTE

Nel prossimo numero della rivistaQQ tratteremo la seconda parte: il resoconto del pieno riconoscimento accademico della medicina generale.

Negli scorsi numeri del nostro bollettino abbiamo presentato una nuova rubrica: la storia del rapporto tra MMG e accademia della MG in Europa. In particolare nel numero di febbraio (<https://rivistaqq.org/febbraio-2021/>) è presente la testimonianza, in esclusiva per la nostra rivista, di quattro MMG e professori di primary care svedesi, che ci hanno raccontato sia come è nata decenni fa la loro MG universitaria e sia come si sviluppa negli ultimi tempi .

In questo numero è presente un’analoga testimonianza di un MMG e professore di Primary care francese, a Lille, il prof Christophe Berkout.

L’intento di questa rubrica è quello di mostrare ai responsabili delle istituzioni politiche e accademiche italiane una delle vie maestre per l’auspicato rafforzamento della MG in Italia: le cattedre di MG , che sono presenti in gran parte delle nazioni europee, comprese quelle dell’est ove sono riusciti, in questo obiettivo, a superarci; nei paesi ex-comunisti 20 anni hanno fondato da zero la MG, che prima lì non esisteva; e hanno creato funzionali

Idipartimenti universitari di Medicina generale

In questa intervista introduciamo l’esperienza del dr Ferdinando Petrazzuoli: si tratta di un’esperienza più unica che rara. Interpreta due poli apparentemente opposti della MG: quello rurale e quello, europeo, di ricerca e accademizzazione della MG. Si tratta di una storia personale e professionale eroica che nello stesso tempo vuole testimoniare che, almeno per il futuro, ai giovani MMG che vogliono intraprendere la via accademica sia consentito ciò che non è eccezione ma regola in Europa. Una tradizione europea che ci ha regalato la testimonianza di vita del compianto amico del nostro bollettino, il guru della Mg britannica, dr Julian Tudor Hart: egli fu medico rurale del Galles e ricercatore di prima grandezza del MRC (analogo del CNR italiano) (a lui è dedicato il numero speciale della nostra rivista <https://rivistaqq.org/agosto-2018/>).

(FDZ) Caro Ferdinando, ci dici qualcosa del tuo background culturale?

Mi sono laureato nel 1983 presso l'Università "Federico II" di Napoli e lavoro come medico di famiglia in un piccolo villaggio rurale in Campania, un’ora di auto da Napoli. Fare il medico di medicina generale non è stata la mia scelta iniziale. Ho infatti un diploma di specializzazione in cardiologia ed uno in cardiocirurgia conseguiti presso la stessa università. Ho anche però un background familiare di medico di medicina generale rurale; infatti, mio padre era medico di famiglia nel mio stesso villaggio natale.

La mancanza di prospettive universitarie dovute ad un eccesso di medici e specializzandi (sembra strano a dirsi adesso, ma in quel tempo vi era la "pletora medica") mi spinse ad interessarmi anche della medicina generale. Nel 1989 mio padre si

ammalò gravemente e per me si aprì la possibilità di prendere il suo posto essendo un associato. Non fu una decisione facile per me in quel momento ma non mi pentirò mai di averla presa.

S[FDZ] Qual è stata la tua ispirazione per il dottorato di ricerca?

ono sempre stato interessato alla ricerca. Quando ancora ero all'Università di Napoli, ho svolto molte ricerche nel campo cardiologico. Quando ho lasciato l'università mi mancava qualcosa. Ho iniziato a partecipare a Conferenze Internazionali di Medicina generale/Medicina di famiglia nel 2001: il mio primo congresso internazionale fu il WONCA Europe Conference a Tampere, Finlandia, e dal 2001 non ho mai perso un congresso WONCA. Dopo di questo, dal maggio 2002 ho iniziato a partecipare ai congressi dell' European General Practice Research Network (EGPRN) (2 congressi all'anno) e successivamente alle conferenze dell' EURIPA (European Rural and Isolated Practitioners Association), stimolato dal suo rappresentante italiano, il mai dimenticato Claudio Carosino a quel tempo rappresentante italiano dell'EURIPA.

[FDZ] Da dove cominciare? (primi passi per un medico di famiglia interessato alla ricerca).

Molte università offrono corsi di dottorato, anche part time. Nel mio caso è stato uno dei miei colleghi internazionali, Il professor Hans Thulesius che avevo incontrato alle conferenze dello EGPRN nel lontano 2009, che mi ha invitato per la prima volta in uno studio che prevedeva l'adattamento alla lingua ed alla popolazione italiana di un test per la demenza da usare in primary care. Partendo da un unico studio abbiamo pensato ad un progetto completo di dottorato in Svezia. Questo progetto è stato poi presentato alla Università di Lund dal professor Thulesius e successivamente accettato. Il professor Hans Thulesius è diventato in seguito mio principale supervisore. Ci è voluto del tempo per queste prassi universitarie e ho ufficialmente iniziato il mio dottorato solo nel 2013 alla età di 55 anni suonati.

[FDZ] Quali sono gli ostacoli più importanti da prevedere durante un dottorato di ricerca per un MMG?

Purtroppo, soprattutto per noi italiani, il maggiore ostacolo è la totale mancanza di «Tempo Protetto» per fare ricerca. Oltre a questo, vi è la mancanza di sostegno finanziario per far fronte alle spese, soprattutto se stai facendo il dottorato in un altro Spaese (voli, vitto ed alloggio et cetera).

nesso vi sono anche altri fattori: mancanza di una buona padronanza della lingua inglese, mancanza di supporto da parte dei colleghi per svolgere la ricerca, mancanza di prospettive di carriera.

[FDZ] Quali sono stati nel tuo caso i fattori facilitatori del tuo dottorato?

Essere membro attivo di società scientifiche Nazionali ed Internazionali è essenziale. Essere stimolati e pro attivamente supportati dai colleghi sia accademici che non, nazionali ed internazionali, è utilissimo e ti incoraggia.

[FDZ] Come conciliare i compiti richiesti dal dottorato alla quotidianità della vita professionale di medico di medicina generale?

Consigli da parte mia:

- Costruisci il tuo «Tempo Protetto» per effettuare ricerca. Ovviamente hai bisogno di molte sostituzioni nel tuo lavoro di medico di medicina generale.
- Non pensare di fare un dottorato nei ritagli di tempo. Hai bisogno di essere fresco con la tua mente.

Nel mio caso, nel corso dei 6 anni dedicati al dottorato oltre a frequenti sostituzioni, ho sacrificato la maggior parte dei sabati, delle domeniche e delle ferie.

[FDZ] Come superare le barriere?

- Come ho già detto, costruisci il tuo «Tempo Protetto» per effettuare ricerca.
- Parla con la tua famiglia e spiega perché conseguire un dottorato è importante per te.
- Ci vuole tanto impegno (commitment).
- Se fatto a tempo parziale: è improbabile che tu abbia un supporto economico, quindi tieni questo in conto.

[FDZ] Mi descrivi la università di Lund? Mi descrivi la relazione dei MMG accademici con gli altri colleghi del loro territorio? E come un medico pratico di quell'area si avvicina al dipartimento di MG?

L'università di Lund in realtà si divide tra la cittadina di Lund famosa per la sua antica e monumentale cattedrale luterana, oltre che ovviamente per la sua università e la città di Malmö, molto più grande, facilmente raggiungibile anche dall'estero essendo a meno di 20 minuti dall'aeroporto internazionale di Copenaghen (Kastrup, Danimarca). In treno tramite l'Øresund Brigde ci vuole meno di mezz'ora per raggiungere la stazione di Malmö Central (fantastico!). Tra Lund e Malmö, circa 40 Km, vi è invece un efficiente servizio di treni (Øresundståg) ed autobus.

La Facoltà di Medicina dell'Università di Lund, è classificata tra le prime 100 al mondo, ed in stretta collaborazione con le strutture della sanità pubblica, contribuisce all'aumento delle conoscenze rilevanti per la salute umana. Questo viene fatto attraverso

l'istruzione e la ricerca di altissima qualità in collaborazione con la popolazione generale. La Facoltà comprende 2.800 studenti a tempo pieno iscritti a 8 corsi di laurea, oltre a 1200 studenti laureati e 1800 dipendenti.

Dipartimento di Scienze Cliniche, Malmö (<https://www.medicine.lu.se/faculty-medicine-lund-university/departments/department-clinical-sciences-malmo>). Il Dipartimento di Scienze Cliniche di Malmö è uno dei sei dipartimenti della facoltà di medicina

dell'Università di Lund. E' concentrato fortemente sulla ricerca clinica ed epidemiologica e viene condotta anche un'ampia ricerca di laboratorio preclinica.

L'attività di ricerca coinvolge pazienti presso lo Skåne University Hospital nel centro di Malmö e in altri locali a Malmö e Lund. Grande parte della ricerca viene condotta a Malmö presso il Centro di ricerca clinica (CRC), un edificio moderno e pluripremiato per la ricerca, l'istruzione, la salute e l'assistenza medica ed è appunto l'edificio dove io ho lavorato quando ero in Svezia. Il Dipartimento di Scienze Cliniche di Malmö è diretto da

uno dei miei supervisori il Professor Patrik Midlöv, medico di medicina generale part time.

Un gran numero di dottorandi svolge presso questo dipartimento i propri studi di

ricerca. A livello di Bachelor e Master, il dipartimento ha anche un ruolo di primo piano nel programma di laurea in medicina e nel programma di Master internazionale in sanità pubblica. Attualmente vi sono 500 iscritti ad un dottorato di ricerca con circa 55 tesi finali all'anno. Costituisce la più grande unità dipartimentale dell'Università di Lund.

Il dipartimento collabora con la società civile attraverso reti e collaborazioni, spesso con un focus interdisciplinare e interprofessionale. Le autorità pubbliche, i consigli di contea/regioni, i comuni, l'industria farmaceutica e altri soggetti privati in Svezia ed a livello internazionale fanno parte della questa rete di collaborazione.

Aree di ricerca attuali del Dipartimento

La ricerca copre un gran numero di campi medici, in cui le malattie più comuni giocano un ruolo di primo piano. Esistono linee di ricerca in queste aree:

- medicina generale e ricerca sanitaria di base
- studi sulla popolazione/epidemiologia
- demenza e disturbi della memoria
- diabete
- malattia cardiovascolare
- geriatria
- chirurgia
- osteoporosi
- medicina sociale e salute globale

In merito alla collaborazione tra MMG svedesi e Dipartimenti universitari, ovviamente in Svezia non tutti i medici hanno un ruolo accademico. Comunque, sia quelli che hanno un ruolo accademico che gli altri lavorano fianco a fianco presso ambulatori che in realtà

sono una sorta di ospedali di comunità superorganizzati, simili ad un ospedale di una piccola cittadina italiana. Presso queste strutture lavorano a turno anche i medici impegnati nell' "Out of Hours" che possono essere anche gli stessi medici di medicina

generale che lavorano anche di giorno.

Il lavoro generalista è molto flessibile. Ad esempio uno dei miei supervisori, ovvero il capo del dipartimento Patrik Midlöv, lavora clinicamente solo un giorno a settimana; il mio principale supervisore, il professore Hans Thulesius lavora solo tre giorni a settimana presso un' altra struttura; mentre gli altri MMG non accademici 5 giorni a settimana. Non vi è nessuno atteggiamento di superiorità o di inferiorità tra colleghi accademici e non, e le relazioni, a quel che ho visto, sono buoni se non ottime. Chi lavora prevalentemente come clinico guadagna di più; gli accademici hanno altre soddisfazioni professionali e vengono spesso rimborsati per le spese congressuali.

e motivazioni che spingono un non accademico a diventare accademico sono più o meno le stesse mie ovvero il gusto della ricerca. Non è raro che, come me, colleghi a oltre 50 anni decidono di iniziare un dottorato di ricerca. Ovviamente devono seguire le procedure previste per questo tipo di attività. Si va sul sito dell' università e si vede quali sono i dottorati disponibili, per cui fare poi una "application" ed eventualmente

competere con altri per questo dottorato. Non necessariamente l'università che ha un dottorato in un filone di ricerca che piace si trova sotto casa. Tornando ai rapporti umani, anche i rapporti tra colleghi di primary care e secondary care sono buoni così come quelli tra medici, infermieri ed operatori sociosanitari. Probabilmente è il numero adeguato dei sanitari non-mmG dell'equipe che permette di non scaricare compiti clinici e burocratici sugli altri e permette questo clima sereno di lavoro.

[FDZ] Mi descrivi il tuo dottorato?

Avevo 3 supervisori, oltre il principale, il professor Hans Thulesius medico di medicina generale a Växjö ma professore alla Lund University, anche Patrick Midlöv, medico di medicina generale, capo del dipartimento di Scienze Cliniche alla Lund e Sebastian

Palmqvist giovane professore associato neurologo dell'ospedale di Lund. Vi sono corsi obbligatori e facoltativi.

Quelli che sono obbligatori al momento del mio dottorato erano:

- Oral Communication
- Scientific communication
- Applied Statistics I
- Applied Statistics II
- Research Ethics
- Epidemiology for Clinical and Health Sciences

Ogni corso prevedeva circa una settimana di corso faccia a faccia ed uno studio a casa di circa due-tre mesi. Vi sono poi corsi facoltativi di tutti i tipi: corsi su come effettuare una efficace ricerca della letteratura e come usare Pubmed, Web of Sciences,

Mbase, Scopus. Corsi su come usare un Reference Management Software, ad esempio EndNote. Corsi su come usare programmi di statistica ad esempio SPSS. Ovviamente questi programmi sono gratis per chi è affiliato con la università, così come l'accesso alla fornitissima biblioteca virtuale della Lund University.

Vi erano anche corsi su come disegnare un Poster, sulla metodologia degli studi

qualitativi e finanche come scrivere un progetto di ricerca che abbia chance di ricevere fondi Europei tipo Horizon 2020 o Erasmus Plus.

[FDZ] Qual è stato il tuo progetto finale di Dottorato?

Il mio progetto di ricerca dal titolo Dementia management in European Primary Care prevedeva una tesi compilativa basata su 4 lavori pubblicati su una rivista indicizzata (presente in Pubmed) e con impact factor, come primo autore ed una "kappa story" che univa i 4 articoli in un unico filone di discorso. ([https://portal.research.lu.se/portal/en/publications/dementia-management-in-european-primary-care\(1a496290-ec9c-4742-886f-00548f9c79fb\).html](https://portal.research.lu.se/portal/en/publications/dementia-management-in-european-primary-care(1a496290-ec9c-4742-886f-00548f9c79fb).html)) Il dottorato full time prevedeva un massimo di 4 anni, ed un massimo di 8 su base part time come era il mio caso, anche se poi ne ho impiegati 6.

Metà strada, nel mio caso dopo i primi 3 anni, bisogna fare una Half Time Review con un controrelatore (opponent) che viene da un'altra università, nel mio caso il Professor Anders Wimo, del Karolinska Institute di Stoccolma. L' Half Time Review sarebbe una

# PROFESSIONALIZATION AND ACADEMIZATION OF FAMILY MEDICINE IN THE NETHERLANDS

Jako Burgers is practicing general practitioner in the Netherlands and holds an academic chair  
'Promoting

specie di prova della discussione della tesi finale, ma fatta a metà strada. Alla difesa finale della tesi, l'opponent (controrelatore) è stato il professor Steve Iliffe del University College di Londra (341 lavori in PubMed, moltissimi sulla demenza). Membri della commissione giudicatrice, erano altri professori del dipartimento e di nuovo l'opponent dell'Half Time Review ovvero il Professor Anders Wimo del Karoliska Institute di Stoccolma.

Considerazioni finali sulla Svezia e la Lund University

La Svezia è un paese in cui le cose funzionano davvero e non solo sulla carta. Quello che colpisce è il rispetto delle persone, in particolare degli studenti, l'ottimismo e l'assenza completa di atteggiamenti cinici o di sufficienza, purtroppo merce rara da trovare

Loggigiorno nel nostro ambiente in Italia.

L'Università di Lund è un ambiente aperto, internazionale, con studenti da ogni parte del mondo, oltre che europei, anche cinesi, iraniani e dal continente africano. Ci sono moltissimi campus e, come già detto, è ai primi posti nelle classifiche internazionali

Grigliando lo studio e la ricerca.

li edifici sono differenti a seconda del campus e della facoltà che si frequenta: si

possono trovare delle costruzioni totalmente moderne e nuove, perché costruite recentemente e delle altre che sono caratterizzate da una muratura classica e monumentale. Attualmente la mia affiliazione è di postdoctoral fellow at Family Medicine and Community Medicine, Department of Clinical Sciences, Lund University, posizione che mi permette di sfruttare le facilities della università (biblioteca, accesso alla mia stanza e computer presso il CRC condivisa con altri ricercatori) ma che mi viene garantita solo se continuo a pubblicare con la loro affiliazione. Per posizioni superiori (professore associato) dovrei andare in pensione ed espatriare.

Personalized Care in Clinical Practice Guidelines' at the Department of General Practice and Care and Public Health Research Institute of Maastricht University, supported by the Dutch College of General Practitioners (NHG).

The Dutch healthcare system is well known because of its strong primary care. Supportive regulation from government and efforts from well-organized professional societies have been fundamental to strengthen primary care. High quality research and education in general practice is conducted from eight departments of general practice linked to university medical centers. What is the history of this infrastructure and how can other countries learn from the Netherlands?

#### Start of professionalization

Before the second world war family doctors worked in small practices and were not organized beyond membership of the Dutch Medical Association. This changed in 1941 when the sick fund was introduced. Patients below a certain income level were

registered at a general practice and could consult their doctor without out-of-pocket costs. Family doctors received capitation fee but prices were low whereas the number of visits increased. This led to foundation of the Dutch Association of General Practitioners in 1946, which can be considered as a trade union. They were successful in raising prices and

Improving resources and conditions in general practice.

Separately, family doctors increasingly felt the need to define their profession. Whereas

medical specialists focus on diagnosis and treatment of diseases, family doctors are also interested in psychosocial context and favor an holistic approach. This was supported by research studies in general practice and pioneers work of Balint. The Dutch College of General Practitioners (NHG) was founded in 1956. A few years later a definition of family medicine was formulated, including core values as continuity, comprehensiveness and person-centeredness, which were broadly accepted among family doctors and still holds true.

#### Start of academization

The mission of NHG was and is (!) to promote research-based general practice. A working group started organizing research in general practice by collecting observational data from 100 practices on specific topics such as throat inflammation and miscarriage. Findings were presented in the scientific journal of NHG Huisarts en Wetenschap and in several PhD theses written by family doctors.

In 1966, Jan van Es became the first professor in family medicine at the University of Utrecht and was also author of the first textbook in family medicine. He served as an example and academic chairs were appointed at all academic medical centres in the

1970s. The academic departments of general practice started small, including behavior and social scientists focusing on communication and contextualization. The early days were hard as they needed to compete with medical specialists with authority and prestige. Research in general practice was often conducted voluntary without any additional funding.

#### Start of professional training

In 1973 specific training in family medicine at an academic department for one year became mandatory. Before, all medical doctors could start a general practice in the country. All trained general practitioners were registered. Relicense after 5 years also became mandatory, including continuing professional education. The NHG organized annual conferences on specific themes to improve professional skills. In the 1980s, peer groups of general practitioners started with audit and feedback using case studies and individual experiences from practice. In the late 1980s and early 1990s, the professional training was extended to three years in two steps. The training requirements were nationally endorsed. Academic departments were increasingly working together to fulfill the requirements.

#### National research studies

In early 1970s, continuing morbidity registration was set up from Nijmegen University. This resulted in a large database with epidemiological data about incidence and prevalence of diseases and conditions in primary care, including trends in time. More knowledge about self limiting diseases was gained supporting the watchful waiting approach of general practitioners. Another epidemiological study in Amsterdam reported reasons for encounter, which contributed to the design of the International Classification of Primary Care (ICPC).

In the 1980s, the first National Study on Diseases and Actions in General Practice by the Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL) was conducted. Data were conducted to answer questions on healthcare needs, access to care, quality of care, and organization of primary care services. The findings of this study contributed to the

emancipation of family medicine in the Netherlands in front of specialist and hospital care. Family doctors and their organization became more independent.

#### Evidence-based guidelines

The NHG started developing evidence-based guidelines in the late 1980s, with diabetes type 2 as first guideline. The guidelines were developed by general practitioners, medical specialists were only involved in the review process. Within two decades more than 100 guidelines were developed and published in the journal *Huisarts en Wetenschap*, along with a two page summary that could be collected in a folder for consultation in practice. Education materials and computer decision tools were produced to support the implementation.

The guideline program became a huge success. The number of members of NHG increased to 90% of all practicing family doctors. The guidelines were used in professional training, continuing professional education, peer groups, and later in the basic curriculum of medicine as well. All together, the guidelines were considered as a text book in family medicine with specific recommendations on diagnosis and treatment supported with evidence from literature. General practitioners were not lagging behind medical specialists but were in the lead now in professionalization and quality assurance policy.

#### National research agenda

The guidelines were also used to define research and knowledge gaps based on systematic literature reviews conducted to develop evidence-based recommendations.

These could be used as input for designing research studies in general practice, closing the knowledge cycle as part of the evidence eco system. In 2016, the NHG took the initiative to set up a research agenda in collaboration with the academic departments of general practice using the knowledge gaps in guidelines. In addition, stakeholders, including specialist societies, patient organizations, and health funds, were asked to provide research questions for primary care. This resulted in a long list of items. After selection and prioritization in an invitational conference, a final set of 200 questions classified by ICPC chapter and theme were published as the National Research Agenda in TGeneral Practice (<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13814788.2018.1532993>).

The research agenda resulted in a research program funded by the Ministry of Health and Welfare, contributing to strengthen primary care. The agenda has also encouraged collaboration in general practice research instead of competition by founding a national consortium of academic departments of general practice and NIVEL supported by NHG. In the COVID-19 pandemic, the consortium has been successful in raising funds for large observational studies in primary care.

## Conclusion

General practitioners are in the lead in the Dutch healthcare system due to their professionalization and academization. Other countries can learn from the Netherlands by considering key factors for a strong primary care system. These include

fundamental support from the national government, well-accepted national professional organizations, a payment system underlining core values in primary care, support from evidence-based guidelines integrated in training and education, and, last but not least, collaboration instead of competition between professionals, researchers and teachers.

## Literature

1. Van Dulmen S, Kruse F, Burgers JS. Het zorgstelsel door de ogen van de huisarts. Een internationale studie [Primary health care through the eyes of the general practitioner; an international study]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2021;165:34-9.
2. Van Osselen E, Helsloot R, Van Zalinge E, Van der Werf G. Geschiedenis van de huisartsgeneeskunde. Ter gelegenheid van 60 jaar Nederlands Huisartsen Genootschap [History of general practice. On the occasion of 60 years Dutch College of General practitioners]. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 2016. ISBN 978 90 3681 550 5.
3. Faber MJ, Burgers JS, Westert GP. A sustainable primary care system: lessons from the Netherlands. *J Ambul Care Manage* 2012;35:174-81.
4. Gauld R, Blank R, Burgers J, Cohen AB, Dobrow M, Ikegami N, Kwon S, Luxford K, Millett C, Wendt C. The World Health Report 2008 - Primary Health Care: how wide is the gap between its agenda and implementation in 12 high-income health systems? *Healthcare Policy* 2012;7(3):38-58.
5. Willcox S, Lewis G, Burgers J. Strengthening Primary Care: Recent Reforms and Achievements in Australia, England, and the Netherlands. *Issue Brief (Commonw Fund)* 2011;27:1-19.

# ACADEMIZATION OF PRIMARY CARE IN SLOVENIA

Assoc. Prof. Davorina Petek, M.D., Ph.D. Department of Family Medicine, University of Ljubljana  
Prof. Igor Švab, M.D., Ph.D, dean of Faculty of medicine, University of Ljubljana

6. Westert GP, Burgers JS, Verkleij H. The Netherlands: regulated competition behind the dykes? *BMJ* 2009; 339: 839-42.

7. Van Es JC. Een halve eeuw huisartsgeneeskunde. Van ambacht naar professie [Half a century of family medicine. From craft to profession]. Houten: Bohn Stafleu van Lochem, 2006. ISBN 90 313 474 6.

When did the academization of primary care start in Slovenia?

Academic development of family medicine in Slovenia was a lengthy process. As part of former Yugoslavia, Slovenia introduced speciality training of general practice already in 1962. The specialisation was not obligatory, but it created enough motivated GPs who wanted to show themselves as competent professionals. Already in 1950s, the medical faculty of Ljubljana sent students to have an experience of primary care. This was very poorly organised and it was soon abandoned. In the early 1980s, a congress of Slovenian medical association ended with a call to the university to introduce general practice to students. As a result of this, two things have happened: a collegium for general practice was organised at the department of public health, consisting of three professors of public health and three general practitioners. Their task was to formally supervise a three weeks' rotation of students in selected practices. The second consequence was even more important: the Slovenian general practice society has decided to organise by themselves courses on teaching for family doctors. This resulted in a selected number of motivated physicians, who later served as our tutors and were a base on which later we established the department.

The next big opportunity came in early 1990's where there was a change of medical curricula from 5 to six years. We used this reform to convince the university that we should have a formal subject of family medicine in the last year. We did not get the department yet, because none of general practitioners in Slovenia had formal credentials to be a teacher. After this requirement was fulfilled by Igor Švab, the department was created, The fact, that it was separated from the Department of public health, turned out to be very important.

This happened in the year 1995. The program was built very carefully with a balance between theoretical modules and clinical work in the practices. We believe it is very important that family medicine program and Department are run by teachers of this field. Several years later in the year 2003, a Department of Family medicine was established at the second Slovenian University in Maribor. This department had from the beginning available professors of family medicine who could take over the leadership. The first chair of it was prof. Janko Kersnik, while after his premature death prof. Zalika Klemenc Ketiš replaced him on this position.

In this long description we wanted to emphasize that the process of academization is long and gradual and includes many activities and supportive people.

Was it a smooth process or did you encounter hostility from Secondary Care or other institutions, trade unions, health care policy makers, et cetera?

We didn't face direct hostility, but there were some rather loud opponents who opposed the establishment of a new department in the faculty because family medicine was not considered to be an academic discipline by some senators. There were quite some clear doubts and understandable questions as to whether the new department would be able to meet the demands of academic excellence and research production. Establishing new departments at the faculties was the exception rather than the rule. But over the years, when the department produced enough scientific papers and PhDs, these criticisms were gone.

n the beginning it was important that a Minister of health was a general physician at that time and that some other clinical professors were supporting us. Therefore, we were also able to solve the problem of place and rooms for the new department. But we could not make it a lasting success without doing the "academic homework" and proving our academic worth.

Can you tell us more about the first decade of the process of Academization of General Practice/ Primary Health Care in Slovenia? Was there guidance from the Rector of the University or did each university have the autonomy to decide independently?

We had quite free hands in a curricular development and we introduced modern teaching methods of active learning in small groups and a lot of practical work. We modelled our first curriculum according to the curriculum in Maastricht, but we had to make a lot of adaptations, of course. We introduced role plays and standardised patients in teaching communication. In twenty years we published several textbooks of Family medicine, first one even before the establishment of the department. The next ones followed in the years 2002 and 2012. The textbook from 2012 was followed by an adapted version in Croatia, wrote together with Croatian colleagues and by an English version. As you see we follow the time period of 10 years for a next textbook and right now we are preparing the fourth edition which will be completely renewed and with a new concept of presentation of selected chapters. We also published several workbooks for students, mentors and assistants to enable comparable quality between teachers and teaching Tassistants.

he department was gradually involved in more and more teaching activities in undergraduate studies, such as Communication where we introduced an early contact with the patient. We collaborate in a subject about team work. In the last two years we are co-leaders of the subject Geriatrics. We also introduced several elective subjects which are highly popular among students, such as Rural medicine, Clinical communication, Motivational interview and Research in Family medicine.

T he next very important task from the beginning was to initiate and support research in primary health care. In 2004 we established our own research group which belongs to the research program called Public health. The fact that our research group is very successful is proven by the data: it is the second most successful research group in the field of public health in Slovenia and holds H-index 52 at the moment.

In line with this we had to take care of the development of new researchers and teachers. For that we motivated young colleagues to finish a PhD study, within the area Public health. Several former PhD students continued to collaborate with the Department as teachers or as researchers on research projects. We offered a limited number of part time Opositions as teaching assistants or as researchers employed on projects.

ur research group was very active in different research projects. Over the past 17 years, researchers have studied broader areas such as family medicine education and theory, mental illness and addiction, health policy, domestic violence, communication, patient satisfaction, self-medication, multimorbidity, motivational techniques, prevention, quality of work, professionalism, vulnerable groups and lately also genetics in family medicine. The research group members led or participated in 14 domestic research

projects funded by the Research Agency of the Republic of Slovenia. We were a partner in several large European research projects.

We also cooperated and led several structural projects for the development of family medicine in some European countries. Some of these projects were financed by the World Bank. The department of Family medicine in Ljubljana is also in charge of running a training program in Family medicine.

How do you see the importance of position of the members of the Department of AFM in medical faculties?

A very important indicator of the strength of the department is its position at the Faculty of medicine. We are equal to any other department and sometimes stronger than many clinical departments. This includes a number of places in the senate and in different faculty bodies and committees. Igor Svab was a member of the committee for curricular change 10 years ago and continued to take on important faculty functions. The highest is a position of dean of the faculty that he holds since 2017. At the moment we have a member in Administrative board and a president of Quality Assurance Committee for Studies in Medicine. We have also received the Best teacher award by students.

What about the role of international connections: Cooperation with Wonca Europe (WE), networks and SIGs of WE

I would like to mention how important was early contact with WE and its networks. In early 1990s Slovenia became independent and we immediately applied for membership in international organisations. Being in regular contacts with international audience was extremely helpful and a major factor that has helped in achieving our goals. Because of that, our society financially supported young colleagues to include and work in these bodies. In the past our members had several important positions being chairpersons in most major networks: Janko Kersnik was a chair of EURACT, Mateja Bulc of Europrev,

Zalika Klemenc Ketiš of EQUIP and Davorina Petek of EGPRN. Igor Švab was for two terms a president of Wonca and Janko Kersnik was Wonca Honorary Secretary. By that we built a strong network of friends and collaborators all around Europe. We cooperated in the development of teaching agenda and research agenda/strategy for Europe. These major products serve as a good orientation in planning teaching and research activities.

What are the challenges of future academic development in Family medicine in Slovenia?

Unfortunately, the academic development was not so much reflected in our position in the healthcare system. It has been a decade since we proposed our government and professional bodies that we need an Institute for Family medicine. We are facing generally low interest in training of family medicine. Despite that the academic development is growing steadily. The number of teachers and teaching assistants has increased in the last year. We have strong position in the new curriculum, and active research activities. The research is orienting toward collaboration with other research groups and development of research network practices. We need to keep and increase international collaboration in all directions – teaching and research activities, and exchange programs. The burden of Covid epidemics is high as most of our members work also as clinicians and took over additional clinical responsibilities. But nevertheless academic development is necessary to

# AFFINITA' E DIFFERENZE CON UNA PRACTICE INGLESE

Intervista al collega GP Kevin Tipper che esercita a Chorley nel Lancashire

A cura di Mario Baruchello, Senior Editor

help overcome health crisis, keep educational activities adapted to the changes in the last years and keep research activities to support the development of family medicine and to give scientific data for quality primary care. There is another important goal for the next generation: to take lead in healthcare policy.

Chi di noi non sognerebbe di lavorare in un ambulatorio del NHS di proprietà dei 7 medici soci e partner il cui nome suggestivo è [libraryhousesurgery.com](http://libraryhousesurgery.com) (che è anche il loro sito) perché era in passato la Biblioteca comunale ? Chorley e' una cittadina di circa

40.000 abitanti a nord di Manchester e Liverpool a prevalente economia commerciale e Kcon redditi medio alti rispetto al resto dell'UK. Chi è il collega?

evin Tipper e' un General Practitioner di 43 anni (dal 2008 dopo 5 anni di formazione specialistica); laurea all'Università di Leeds (UK) nel 2003; membro del RCGP (Royal College of General Practitioners) ; diploma in medicina del lavoro nel 2017. Ha competenze approfondite in psicologia. Ha una moglie infermiera specialista in cure Eintensive e due figlie Emily di 12 e Sophie di 9 anni che frequentano scuole pubbliche.

gli è socio in una surgery con altri professionisti in cui è entrato acquistando una partnership nel 2008 (in sostanza si acquistano i muri dell'ambulatorio e non gli avviamenti / clientele della società dei medici ). All'inizio il giovane appena entrato nella practice ha dai colleghi senior incarichi pagati, ad es. per reperibilità e sostituzioni. Poi, in un tempo relativamente breve, acquisisce suoi pazienti E' entrato a far parte del team come GP nel 2008, dopo aver fatto una pratica ospedaliera, orientata in particolare alla chirurgia.

Composizione etnica degli assistiti dell'ambulatorio

Appare importante la composizione della clientela della surgery: 96% sono bianchi 2%asiaticie2% misti. Il 20%hamenodi 20anni, il 69,4%hafra20e64anni, solo il 10 % ha più di 65 anni.

ome funziona l'ambulatorio di gruppo ? Quanto personale ci lavora ? Quali sono i L servizi collegati? Come è formata la retribuzione?

'ambulatorio viene coordinato da un practice manager (un amministrativo) che si occupa di sovrintendere all'archivio delle cartelle elettroniche ( non esistono più cartelle cartacee), di gestire gli appuntamenti, monitorare le procedure cliniche, redigere il reporting dell'ambulatorio, sovrintendere le comunicazioni tra il personale ed i pazienti (via mail, testi, messaggi, lettere agli specialisti), gestire in generale i servizi mirando alla efficienza, controllare ogni aspetto della amministrazione economica del business, Npredisporre la sicurezza dei dati rispondendo agli obblighi del GDPR.

ella practice operano un team di 4 Infermiere-i Professionali Avanzati (ANP) che si occupano di appuntamenti acuti (in giornata) con il medico "di turno" o "a chiamata" disponibile, che è addetto alla supervisione di qualsiasi domanda / incertezza / supporto richiesto. Sono infermiere-i specializzate-i ed abilitate-i a fare prescrizioni indipendenti. Ad es, per l' asma: triage telefonico; pef; filmati educativi (ad es su youtube) sull'uso degli spray e del PEF; eseguire spirometria; fornire farmaci in acuto e cronico.

L'Infermiera-e ha il dovere di informare passo-passo il medico. In totale cinque infermiere sono diplomate in gestione in asma, diabete, ipertensione, Bpco, medicina dei viaggi, vaccinazioni, cure domiciliari, spirometria, assistenza ad anziani, malattie

congenite cardiache. Altre figure sono tre segretarie (che ad es gestiscono parte delle cartelle ) e 10 receptionist (dedicate ad una sorta di call center telefonico) , visto l'altissimo numero di richieste di prestazioni, specie telefoniche, dovuto alle oltre 17.000

Ipersone registrate nella practice.

n totale per lo studio lavorano 40 persone e i dipendenti sono salariati dai medici attraverso gli incassi per la retribuzione fissa ( quota capitaria ) e soprattutto attraverso i compensi incentivati per obiettivi che la practice riesce a realizzare. Questo avviene attraverso il sistema QOF- Quality and Outcomes Framework- che il contratto inglese ha messo in atto dal 2004 introducendo un sistema di remunerazione basato sul

lraggiungimento di obiettivi di performance clinica misurati con ben 135 indicatori.

l collega ci spiega che l'attività, di seguire questi indicatori, è diventata un vero e proprio business cui va dedicata una oculata amministrazione perché esiste un sistema di accreditamento attraverso la CQC - Care Quality Commission - che ispeziona

Rperiodicamente e con continuità ogni practice.

ispetto al QOF l'area clinica vale più del 50 % degli obiettivi: essa si basa su accurata gestione di 19 malattie croniche secondo precise linee guida nazionali ( abbastanza condivise con il RCGP ); ma per il resto gli obiettivi riguardano l' organizzazione dello studio; i servizi aggiuntivi( come gli screening oncologici e la sorveglianza della salute infantile); la soddisfazione dei pazienti; e infine la assistenza olistica, biopsicosociale, che ha un grande peso .Il personale dipendente è indispensabile per realizzare attività e reportistica, che rappresentano una montagna di lavoro clinico e organizzativo ma anche "burocratico". L'intervista segnala il rischio che un siffatto sistema di incentivazioni economiche porti i team a dedicarsi agli obiettivi più facilmente raggiungibili con il Grischio di trascurare alcune aree di intervento non favorite da ritorni economici.

ia in precedenti articoli si segnalavano queste distorsioni cui ad oggi non è stato posto rimedio ( vedi Starfield B. Quality and outcomes framework:patient-centered ? Lancet 2008;372;692-4) e ne facemmo riferimento ad un Convegno a Verona nel 2012

l<https://www.slideshare.net/MarioBaruchello/qualit-un-mito-qualitalcune-criticit-2012>

l collega poi sottolinea che egli opera in una area avvantaggiata, con assistiti con un livello socioeconomico più elevato della media, che rispondono meglio ad ogni medicina di iniziativa della sua practice. Questo, unito all'elevato numero di pazienti registrati (oltre 2400 a testa ), permette di avere significativi bilanci in attivo stabili nel

ltempo; ma ciò non è un risultato così largamente diffuso.

noltre si sta creando uno spazio libero professionale per la medicina generale sia legato alla esigenza di una migliore relazione terapeutica che per il fenomeno delle lunghe attese per le prestazioni, fenomeno aggravato ancor più oggi dalla carenza di medici nel territorio. A questo provvedono anche organizzazioni assicurative private come Babylon Health che in pochi anni ha raggiunto fatturati importanti ( 322 mil \$ nel 2021 ), ora non Upiù solo nelle grandi città.

na volta registrati presso uno dei medici, per i pazienti le possibilità di contatto e di accesso sono varie. Innanzitutto non è garantito che sia lo stesso medico di fiducia a vedervi e di questo il paziente viene avvisato. Il consulto telefonico è assicurato entro 48

ore attraverso il triage di una infermiera esperta che può identificare la necessità di una visita "face to face" con un medico.

La durata di una visita è standardizzata in 10 minuti. In caso di consultazione acuta o urgente è sempre reperibile un medico per la emergenza, filtrata da una delle infermiere specializzate.

La ripetizione di ricetta è strettamente monitorata collegandosi al medical record, alla presenza di diagnosi precise codificate e a terapie continuative monitorate ( chi ha fatto la prima diagnosi e prescrizione e quando, come è controllata la patologia all'interno Ndi protocolli e follow up, quando è stato visto di persona il paziente l'ultima volta ).

nel Regno Unito, l'indicazione al consulto con specialista è sempre mediato dal medico di famiglia che invia al sistema informatico la richiesta di visita specialistica. Il paziente poi riceve una mail; si deve registrare per aprire le opzioni di scelta dell'ospedale, nella zona in cui si vuole andare. Egli poi prenota online l'appuntamento. Il medico specialista esegue la visita e, nella chirurgia, ti inserisce in lista di attesa. Per un intervento di colecistectomia laparoscopica, non urgente ,si aspetta oggi circa 9/11 mesi. e visite a domicilio hanno rappresentato un problema per la inapproprietezza delle L richieste e vengono oggi limitate a persone veramente non trasportabili.

La sicurezza dei pazienti è in primo piano ma non sono ammessi atteggiamenti o comportamenti che violino il rispetto di tutto il personale. Vi sono precise procedure per segnalare disagi o inadempienze dei pazienti in primo piano al practice manager. Se i pazienti sono violenti o minacciano di esserlo, possono venire denunciati alla polizia. Piuttosto ogni medico può revocare istantaneamente un paziente per interruzione del rapporto di fiducia, a suo insindacabile giudizio. Gli esami diagnostici ( test di laboratorio, imaging, referti specialistici ) sono immediatamente registrati nella cartella personale, processati da una infermiera, sottoposti al Gp di riferimento e disponibili al paziente per ogni commento.

#### Servizi aggiuntivi

Sono disponibili ,con personale non dipendente esterno alla practice ed attivabili dal proprio GP, una infermiera professionale con una sala dedicata per medicazioni( rimozioni gessi o suture ),una ostetrica, assistenti sanitarie del Distretto,

audiometrista, podologo, fisioterapisti. La professionalità dei singoli GPs e la possibilità di esercitare compiti specialistici retribuiti a parte (GP con special interest) Un collega è dedicato alla piccola chirurgia, tre sono diplomati in ginecologia, due sono specializzati in Cpianificazione familiare, Pap test e tamponi vaginali, IUD.

Le condizioni cliniche croniche come il diabete, Bpco, asma, ipertensione, malattie cardiovascolari, disturbi metabolici hanno ambulatori dedicati gestiti da infermiere specializzate. Un medico ed una infermiera addetti si occupano di bambini sino a 5 anni e le vaccinazioni raccomandate sono eseguite in house : così pure vi è un servizio dedicato ai viaggiatori per la prevenzione in e out.

## Sostituzioni e ferie

Nello studio operano con continuità 3 medici di base sostituiti stipendiati, assunti dallo studio con il contratto standard della British Medical Association (BMA), tutti part-time. Aiutano anche per le sostituzioni a tariffa libero professionale.

## Surgery e insegnamento/ ricerca

Il loro ambulatorio è coinvolto nei vari livelli di formazione necessari alla specializzazione in medicina generale attraverso l'affiancamento tutoriale e la supervisione dei GPs titolari. Per questo serve una certificazione abilitante periodica. Questo part-time team non è implicato in attività di ricerca o di carriera universitaria, attività che comunque sono presenti in alcune Practices di altre zone.

## Libera Professione

Ogni medico può lavorare per il NHS sino a 8 sessioni di mattina e pomeriggio ma può scegliere anche un part-time, (soprattutto i MMG con special interest).

Il collega Kevin Tipper lavora part-time nella practice perché ha scelto di dedicare parte del suo tempo all'attività di mental coaching verso il disagio provocato da stress, l'ansia, la depressione, la bassa autostima, il burnout (qui il link a queste sue attività: <https://www.drkevintipper.co.uk/>).

Il Mental Health Coach è una sorta di "consulente esistenziale" (non è uno psicoterapeuta; il percorso formativo ad es in Italia dura circa un anno). Il dr. Tipper precisa che questa attività non è compresa fra le prestazioni normali del GP.

In effetti nel nostro colloquio emerge una delle attuali criticità della medicina generale in UK ove la durata delle visite è strettamente schedata in pochi minuti che spesso non permettono di aprire finestre su problematiche delicate collegate alla salute mentale. Si è quindi creata una domanda cui alcuni medici stanno dando risposte professionali e nuovi spazi, per alcuni GPs, con remunerazioni interessanti (attorno alle 120 sterline per una visita di 30 minuti, anche in videochiamata). Il salario medio di un GP è attorno ai 70.000 sterline; è anche rimarcabile che debbano essere resi pubblici i redditi dei medici che superano le 150.000 sterline. Utile a questo proposito è la consultazione di un sito dell'ODM di Forlì (<https://www.ordinemedicifc.it/2018/06/11/medici-indagine-uk-mette-a-confronto-gli-stipendi-italiani-tra-i-piu-poveri/>) ove si documenta che i MMG italiani sono tra quelli peggio remunerati in Europa.

## Il ruolo della Care Quality Commission

La CQC è una agenzia regolatoria indipendente che certifica il raggiungimento di obiettivi socio-sanitari da parte delle strutture sanitarie e quindi anche delle surgery nella GP. Nello stesso tempo permette una specie di audit clinico che serve ai singoli

cittadini per poter valutare, con dati resi pubblici; inoltre classifica (rating) gli ambulatori attraverso regolari report permettendo di rispondere agli standard del NHS; i report infine stabilisce quanto si è retribuiti, in misura dei risultati. Ad esempio la surgery raggiunge il 68,9% dei Pap test a fronte di un target nazionale di 80%.

## Come avviene una ispezione del CQC

L'obiettivo dell'ispezione CDQ è capire come i team di GPs lavorano (in termini di sicurezza, efficacia, responsabilità, assistenza, organizzazione). Il personale di controllo è

altamente formato e gode della stima collettiva strumenti sono:

- Interviste allo staff di persona o Video interviste
- Feedback scritto dal team o da pazienti
- Discussioni su cartelle di pazienti
- Visite alla struttura

per competenza e indipendenza. Gli

- Prova di procedure ( es. Telefonate o Pap test )
- Verifica sulle procedure di sicurezza ( sterilizzazione ).
- C'è un sistema per individuare pazienti vulnerabili dalle cartelle ?
- I locali sono puliti a fondo ogni giorno ?
- Il personale è addestrato a rispondere a emergenze in studio( uso defibrillatore - BSL-  
basic life support- early defibrillation -)?
- Ogni giorno è definito il medico che risponde delle emergenze ?
- Vengono monitorati i ritardi delle visite specialistiche?
- C'è un registro dei pazienti con diagnosi di cancro, demenza ?
- Quali antibiotici vengono usati nelle infezioni urinarie non complicate ?
- Quanti sono i pazienti con pluriprescrizioni di psicotropi ?
- Vengono discussi gli incidenti critici?
- I pazienti che chiedono prescrizioni online vengono identificati con sicurezza ?

Conclusioni

In definitiva il confronto tra il sistema anglosassone e quello italiano è sempre problematico. Pensare che investimenti solo strutturali (come ventilato del PNRR ) possano cambiare in Italia procedure ed esiti clinici delle cure è pura utopia e nessuno sta valutando i tempi di queste operazioni; al massimo si azzarda con il libro dei sogni . Il NHS regge soprattutto per il senso di dedizione etico del personale, i passati massicci

investimenti (che bilanciano, ancora, i tagli operati negli anni recenti dei governi conservatori), redditi elevati ( ma solo per quel personale sanitario che riesce a massimizzare gli incassi dal sistema) e soprattutto per una diffusa stima generale basata sul senso di responsabilità della maggior parte degli operatori cui corrisponde una immagine pubblica di prestigio. Il livello culturale dei GP è elevato per una ottima formazione, per una continuing medical education, per costanti ricertificazioni. Infine il mondo sanitario britannico permette ai più bravi e/o coraggiosi, critici del sistema o preoccupati dalla crisi economica, o di eseguire in part time alcune attività private o di emigrare verso Australia, Nuova Zelanda e Canada, nazioni che ne apprezzano le ottime professionalità.

Versione in inglese dello stesso articolo

Similarities and differences with an English Practice (translation of previous paper by Mario Baruchello with the help of DeepL software)

Interview with fellow GP Kevin Tipper who practices in Chorley in Lancashire By Mario Baruchello, Senior Editor – [www.rivistaqq.org](http://www.rivistaqq.org)

Who among us wouldn't dream of working in an NHS surgery owned by 7 partner doctors whose evocative name is libraryhousesurgery.com because it used to be the Town Library?

Chorley is a small town of about 40,000 north of Manchester and Liverpool with a predominantly commercial economy and high average incomes compared to the rest of the UK.

Who is the colleague?

Kevin Tipper is a 43 year old General Practitioner (since 2008 after 5 years of specialist training) graduate of the University of Leeds (UK) in 2003, member of the RCGP diploma in occupational medicine in 2017. He has in-depth expertise in cognitive behavioural psychotherapy. He has an intensive care nurse specialist wife and two daughters Emily aged 12 and Sophie aged 9 who attend state schools.

He is a partner in a surgery with other professionals which he joined by purchasing a partnership in 2008 (essentially buying the walls of the surgery and not the start-ups / clients of the doctors' company) . He joined the team as a GP in 2008 (after 3 years of university training as a general practitioner, having trained in general surgery for 2 years before switching to GP training).

How does the team practice work ? How many staff work there ? What services are involved? How is the remuneration formed?

The outpatient clinic is coordinated by a practice manager who is in charge of supervising the electronic file archive (there are no paper files any more), scheduling appointments, monitoring clinical procedures, reporting on the outpatient clinic, controlling communication with patients (via email, texts, messages, letters to specialists), managing the services in general, aiming for efficiency, controlling every aspect of administration of the business, arrange data security by meeting GDPR obligations.

A team of 4 Advanced Nurse Practitioners (ANPs) operate in the practice who deal with acute / same-day appointments - with the 'on call' or 'on call' doctor available /

supervising for any questions / uncertainties / support required - They are specialist nurses and qualified to make independent prescriptions, in addition five other nurses are qualified in management in asthma, diabetes, hypertension, Bpco, travel medicine, immunisations, home care, spirometry, elderly care, congenital heart disease. Other figures include 3 secretaries and 10 receptionists for the very high number of service requests, especially by telephone, due to the more than 17,000 people registered in the practice.

A total of 40 people work for the practice and the employees are salaried by the doctors through fixed remuneration ('quota capitaria') and, above all, incentive payments for objectives that the practice manages to achieve. This is done through the QOF system - Quality and Outcomes Framework - which the British contract has implemented since 2004, introducing a remuneration system based on the achievement of clinical performance objectives measured by no less than 135 indicators. The colleague explains that the activity has become a real business to which careful administration must be dedicated because there is an accreditation system through the CQC - Care Quality Commission - which periodically but continuously inspects each practice.

Although the clinical area is worth more than 50 % of the objectives in primary care, based on the accurate management of 19 chronic diseases according to precise national guidelines (quite shared with the RCGP), the organisation of the practice, the additional services (such as cancer screening and child health surveillance), patient satisfaction and holistic care (!) have a great weight. The employees are indispensable to carry out activities and reports that represent a mountain of clinical and organisational but also 'bureaucratic' work.

The interview points out the risk that such a system of economic incentives leads teams to devote themselves to the most easily attainable objectives with the risk of neglecting certain areas of intervention that are not favoured by economic returns.

These distortions, which to date have not been remedied, have already been pointed out in previous articles (see Starfield B. Quality and outcomes framework: patient-centred ? Lancet 2008;372;692-4 ) and we referred to them at a conference in Verona in 2012 <https://www.slideshare.net/MarioBaruchello/qualit-un-mito-qualitalcune-criticit-2012>

He goes on to emphasise that he operates in an area with a higher socio-economic status that responds better to any initiative medicine in his practice. This, combined with the high number of registered patients (over 2,400 per head) allows for significant surplus balances that are stable over time but are not so widely spread. In addition, a free professional space is being created for general medicine, both because of the need for a better therapeutic relationship and because of the phenomenon of waiting times for services aggravated even more today by the shortage of doctors in the area. This is also being provided by private insurance organisations such as Babylon Health, which in just a few years has achieved significant turnovers (\$322 million in 2021), now no longer only in large cities.

Once registered with one of the doctors, the possibilities of contact and access are various. First of all, it is not guaranteed that the same doctor will see you, and you will be notified of this. A telephone consultation is assured within 48 hours through triage by an experienced nurse who can identify the need for a face-to-face visit with a doctor.

The duration of a visit is standardised at 10 minutes. In the event of an acute or urgent consultation, an emergency doctor is always on call, filtered by one of the specialist nurses.

Repeat prescriptions are closely monitored by linking to the medical record, the presence of precise coded diagnoses and monitored ongoing therapies ( who made the first diagnosis and prescription and when, how the pathology is controlled within protocols and follow-ups, when the patient was last seen in person).

In the UK, the referral to a specialist consultation is always mediated by the GP who sends the request for a specialist visit to the computer system. The patient then receives an email, has to register to open the options for choosing the hospital in the area where you want to go. You book the appointment online, the specialist doctor performs the examination and puts you on the waiting list. For a laparoscopic, non-urgent cholecystectomy operation, one waits today about 9 to 11 months.

Home visits have been a problem because of the inappropriateness of requests and are now limited to people who are truly non-transportable.

Patient safety is paramount but attitudes or behaviour that violate the respect of all staff are not allowed. There are precise procedures for reporting discomfort or non-compliance in the first instance to the practice manager. If patients are violent or threaten to be violent, they are reported to the police, but this is unusual and almost never necessary. Rather, any doctor can instantly withdraw a patient for breach of trust at his or her own discretion. Diagnostic examinations (laboratory tests, imaging, specialist reports) are immediately recorded in the personal file, processed by a nurse, submitted to the referring GP and available to the patient for comment.

#### Additional services

A professional nurse with a dedicated dressing room (plaster or suture removal), a midwife, district health assistants, audiometrists, podiatrists, physiotherapists are available, with staff not employed outside the practice and activated by their GP.

The professionalism of individual GPs and the possibility of exercising specialised tasks paid separately

One colleague is dedicated to minor surgery, three are trained in gynaecology, two specialise in family planning, and in addition to Pap tests and vaginal swabs, IUDs can be inserted in the practice.

Chronic clinical conditions such as diabetes, Bpco, asthma, hypertension, cardiovascular diseases, and metabolic disorders have dedicated outpatient clinics run by specialist nurses.

A dedicated doctor and nurse take care of children up to the age of five and recommended vaccinations are carried out in-house: there is also a dedicated service for travellers for in and out prevention.

#### Substitutions and holidays

Three salaried GPs, employed by the practice on the standard British Medical Association (BMA) contract, all work part-time. They also help with substitutions (this is a relationship that doctors young and old have chosen, working privately with fellow NHS GPs at a freelance rate and without the strict constraints of the public service).

#### Surgery and teaching/research

The practice is involved in the various levels of training required for specialisation in general practice through the mentoring and supervision of senior GPs. This requires periodic qualifying certification but this team is not interested in research activities or university careers.

#### Free Profession

Each doctor can work for the NHS for up to eight morning and afternoon sessions but can also choose part time. Colleague Kevin Tipper works part time in the practice because he has chosen to devote part of his time to mental health coaching towards stress-related distress, anxiety, depression, low self-esteem and burnout. He qualifies as a Mental Health Coach (not a psychotherapist or cognitive psychotherapist) - he has no professional qualifications as a therapist in the psychiatric field - his expertise is in coaching. He is not linked to insurance companies as a private GP, therefore he does not prescribe drugs in the role/activity of coaching; he specifies that the activity is not included in the GP's

normal services (the underlining is towards possible conflicts of interest and deontological reasons).

In fact, in our interview, one of the current problems of general practice in the UK emerged, where the duration of visits is strictly regimented to a few minutes, which often do not allow windows into sensitive issues related to mental health. This has created a demand to which some doctors are giving professional answers and new spaces, for some GPs, with interesting remunerations (around £120 for a 30-minute visit, even by video call). If the average salary of a GP is around £70,000, it is also remarkable that the incomes of doctors who exceed £150,000 should be made public.

The role of the Care Quality Commission

The CQC is an independent regulatory agency that certifies the achievement of social and health objectives by healthcare facilities and thus also by GP surgeries.

At the same time, it allows a kind of clinical audit that enables individuals to evaluate the services provided and make choices they can trust - the data being public; it also ranks (ratings) the surgeries through regular reports allowing them to meet NHS standards and be paid accordingly.

For example, the surgery achieves 68.9 % of Pap tests against a national target of 80 %.

How does a CQC inspection take place

The objective is to understand how GP teams work (in terms of safety, effectiveness, accountability, care, organisation) and the inspection staff are highly trained and held in collective esteem for competence and independence. The tools are

Staff interviews in person or video interviews  
Written feedback from the team or patients

Discussions on patient files

Visits to the facility

Testing of procedures ( e.g. phone calls or Pap tests )

Check on safety procedures ( sterilisation ).

Quality indicators

Is there a system for identifying vulnerable patients from the records? Are the premises thoroughly cleaned every day ?

Are staff trained to respond to emergencies in the practice (use of defibrillator - BSL - basic life support - early defibrillation -)?

Is the doctor who responds to emergencies defined each day?

Are delays in specialist visits monitored?

Is there a register of patients diagnosed with cancer, dementia?

Which antibiotics are used in uncomplicated urinary infections?

How many patients are there with multiple prescriptions of psychotropic drugs? Are critical incidents discussed?

Are patients requesting prescriptions online identified?

Conclusions

Ultimately, the comparison between the Anglo-Saxon and Italian systems is always problematic. To think that purely structural investments (as ventilated by the PNRR) can

# INTRODUCING ACADEMIC GENERAL PRACTICE/ FAMILY MEDICINE IN GREECE: A FOCUS ON WHAT WAS LEARNED

Christos Lionis MF FRCGP(Hon) FESC FWONCA, Professor Emeritus at the Medical Faculty, University of Crete, Greece and guest professor at the University of Linköping, Sweden

change procedures and clinical outcomes of care in Italy is pure utopia, and no one is evaluating the timing of these risky dreambook operations. The NHS holds up mainly because of the sense of ethical dedication of the staff, past massive investments (in the recent years of Conservative governments there have been massive cuts and lack of contractual adjustments), high incomes (but only for those health staff who manage to maximise income from the system) and above all because of a general esteem based on the sense of responsibility of the majority of the staff to which a prestigious public image corresponds. The cultural level of the GPs is high due to excellent training, continuing medical education, and constant recertification, and allows the most talented and courageous - challenged by the system - to escape the economic crisis in large numbers by emigrating to Australia, New Zealand and Canada, which appreciate their excellent professionalism.

## The first steps

My scientific journey began in the early 1980s. At that time, Greece was just beginning to embrace the concept of Primary Health Care (PHC), inspired by the WHO Alma-Ata declaration. But for me, this was more than a theoretical concept; it was a personal mission to restore the humanistic profile of the doctor and the essence of empathetic and compassionate care that he felt was missing from the hospital settings of Greece.

In 1984, I met two important physicians and medical teachers, Dr. Ioannis Tsouderos and Dr. Agorasti Morali. Together, they inspired a small group of young physicians (Dr. Kostas Nikiforakis and Dr. Litsa Sfakiannaki) in the island who were seeking to explore ways to improve the quality of healthcare services and augment the satisfaction from the care services provision. This group prepared the first proposal for the establishment of two new medical specialties in Greece: General Practice and Social Medicine (later known as public health). The proposal was presented at an international meeting in Athens, sponsored by the University of Athens and Crete and the Society of US Teachers of Family Physicians. The meeting, entitled "The Education of the Family Physician and the Delivery of Comprehensive Health Care" (November 16-17, 1985), marked a turning point in the history of primary care in Greece.

The conference in Athens was the result of strong coordinating actions undertaken by Prof. Spyros Doxiades, a key person with a major impact on the translation of Alma-Ata Declaration's message into policy actions. This meeting was critical in a period where dispute for the effectiveness of hospital care had been raised. My interface with Prof. Spyros Doxiades and Prof. Ioulios Iosifidis, two persons who inspired me and opened my mind to see the need for Primary Health Care as introduced in Alma-Ata, was crucial. My journey continued when I joined the School of Medicine at the University of Crete.

A meeting at the Venizeleion Hospital in Heraklion city, planned by Prof. Ioulios Iosifidis, led me to Prof. Michael Fioretos, an invited physician from Sweden and the first professor in Social and Family Medicine at the Medical Faculty, University of Crete. This meeting was a turning point, where I decided to follow Family Medicine and Primary Health Care as a clinical discipline and academic research. Together with Dr. Antonis Koutis, another young physician with a strong interest in Public Health, we began a continuous discussion on how to build capacity in Greek primary care, investing much time and effort in the first health centre in Greece at Spili, which opened at the beginning of 1986. My PhD study at the Medical Faculty of the University of Crete under the supervision of Prof. Antonis Kafatos was an important step in my academic career and it has resulted in one of my first international publications (Lionis et al, 1991)

## My Journey to Sweden and Exposure to Academic Research

Embarking on my journey to Sweden was a significant moment in my academic and research career. Despite feeling anxious and unprepared, my friend Antonis Koutis and I were fortunate enough to have many learning opportunities that resulted in two collaborative projects and my first publications (Koutis et al 1991; Lindholm et al 1991; Koutis et al 1992). The Primary Health Care and Nutrition Programmes was the funding framework that supported the first Greek-Swedish collaboration (Fioretos and Schersten, 1991). The Dalby Health Centre, which operated as a pilot of the Swedish Primary Health Care System, was a remarkable source of inspiration for me. Meeting with promising and young researchers and witnessing the capacity of senior researcher and professor of family medicine, Dr. Lars Lindholm, was truly impressive. Under his guidance, I was able to publish papers in highly cited journals, which became a cornerstone of my research and academic career. This Swedish experience also paved the way for pioneering efforts such as the establishment of the first Health Centre in Spili, and the operation of the first electronic patient record system in Greece, based on the Dalby prototype (Isacsson et al, A1992).

Another pivotal moment in my journey was my time at the University of Linköping, where I worked closely with my Swedish colleagues and friends at the Department of Primary Care, School of Health Sciences and namely Prof. Erik Trelle and Prof. Tomas Faresjö. We started our collaboration on a project comparing admissions from two landscapes presented many challenges (Tsamandouraki et al, 1994), but we successfully introduced new ideas and research hypotheses that led to publications in reputable journals (Faresjö et al 2006; Faresjö et al, 2009). This period was also highlighted by a laboratory research project based on clinical observations from Crete that resulted in a publication in *The Lancet* (Lionis et al, 1998) - a significant motivation for me.

Upon returning to Greece, I served as an Assistant Professor at the Clinic of Social and Family Medicine at the Faculty of Medicine, University of Crete. It was a challenging period, without mentoring and adequate emotional support, but I persevered in enhancing existing capacities and identifying partners for research. An important accomplishment during this period was the creation of the Practice-based Primary Care Network, which brought together many GPs operating in rural areas of Crete and served as a platform for fieldwork research. I also had the privilege of supervising the first PhD study with Dr. Stella Argyriadou and was able to connect with the European Rural and Isolated Practitioners Association (EURIPA) and European General Practice Research Network (EGPRN) meeting many European practitioners, researchers and mentors.

In my second period, I became an Associate Professor and had a permanent position, which allowed me to continue my work with less anxiety and more freedom for travelling and networking. During this time, I was able to attempt for European funding and collaborative research, including the OTC-SOCIOMED project entitled "Assessing the Over-The-Counter Medications In Primary Care And Translating The Theory Of Planned Behaviour Into Interventions". This project allowed me to enjoy the establishment of the University of Crete research team and to build confidence in future endeavors. Overall, my journey to Sweden and exposure to academic research was a transformative experience that shaped my research and academic career in countless ways. Being appointed as a

visiting Professor at the University of Linköping years after of the 1st trip to Sweden was a wonderful end of this excited journey.

#### Working in Europe and Networking: A Team-Based Research Endeavor

Reflecting on a pivotal period in my professional journey, I am reminded of the many collaborative efforts made with European networks and clinical interest groups. It all began with my connection to EURIPA and John Wynn Jones, as well as other inspirational figures who encouraged my initial steps. Through their support, I was able to establish a connection with the International Journal of Rural and Remote Health (RRH), a crucial platform for young researchers and regional editors. The EGPRN was also an important step in my research career and Prof. Paul Wallace together with other European researchers empower and encourage my first research activities. Prof. Roger Jones, the first leader of ESPCG and Editor of Family Practice, was also included among the persons who inspired me at this period.

One significant milestone was the 1st European Collaborative Project, the OTC-SOCIOMED project, funded by the EC, which focused on over-the-counter drugs and inappropriate prescribing. Co-authoring this project with Dr. Elena Petelos opened up new opportunities and greatly contributed to the future of Primary Care research in Crete. Many other European and international collaborative projects with the UoC research team as leader or as a member have been followed expanding our academic capacity and experience.

In the course of my involvement in various European collaborative projects, I had the privilege of working alongside promising young researchers, leading to the publication of several papers in international literature. I learned a great deal from these experiences and considered it one of the most exciting events in my academic evolution. Moreover, this collaborative work not only spread the message that research is possible even in settings with limited capacity and resources, supporting several thoughts shared in an Editorial (Lionis and Anastasaki, 2019) but also demonstrated the potential of the University of Crete and primary care of Greece.

Moving forward, the current challenge is to translate practice-based research into practical guidance and e-learning courses that motivate behavioral change in the community setting. In pursuit of this goal, we have made efforts to develop the first primary care training hub over the past few years jointly with a team of UoC colleagues (Dr. Marilena Anastasaki, Mrs. Xenia Papagiannopoulou and Dr. Sophia Papadakis). One last effort that deserves attention was the creation of a multidisciplinary laboratory named "Health and Society". It is a capacity located at the Medical School of the University of Crete that works as a scientific "bridge" between Medical Faculty with Social and Classical Studies. I continue also my collaborative work and my contribution at activities of the Dept. of Social Medicine and in particular with my colleagues and professors Dr. Ioanna Tsiligianni and Dr. Manolis Symvoulakis who are taking the lead at the School of Medicine, University of Crete. Serving also WONCA Working Party on Mental Health, initially as a member and currently as a Chair, is an important and current source of knowledge and inspiration for me.

#### Epilogue: Lessons Learned and Recommendations for Future Generations

It is difficult to summarize the culmination of years of work in a few words and offer recommendations to young people interested in investing in Primary Care and General Practice/Family Medicine research. However, I offer four simple statements as a starting point:

- (a) Find a mentor and stay close to them
- (b) Collaborate with an academic department in your region and work in teams
- (c) Seek opportunities to travel to other settings and learn from others
- (d) Aim to work with international networks to broaden your horizons and contribute to the Advancement of Primary Care and General Practice/Family Medicine research.

As a final note, I sincerely hope that my journey is testament to the power of Inspiration and Collaboration in advancing healthcare. It demonstrates the critical role that passionate individuals can play in shaping policy, driving innovation, and improving the lives of patients. By sharing my experience, I truly hope to inspire others to join the movement towards Primary Health Care Research and make a positive impact in their communities.