

# MEDICINA GENERALE 3.0:

Il medico in formazione tra contenuti organizzativi minimi e intensità assistenziale massima

Dott.ssa Valentina Andrei

*Coordinatrice FIMMG Formazione Toscana*

## **Direttiva 86/457/CEE del Consiglio del 15 settembre 1986 relativa alla formazione specifica in medicina generale**

Decreto Legislativo 17 agosto 1999, n. 368

**"Attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e delle direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CEE"**





# Chi è e cosa fa il MMG?

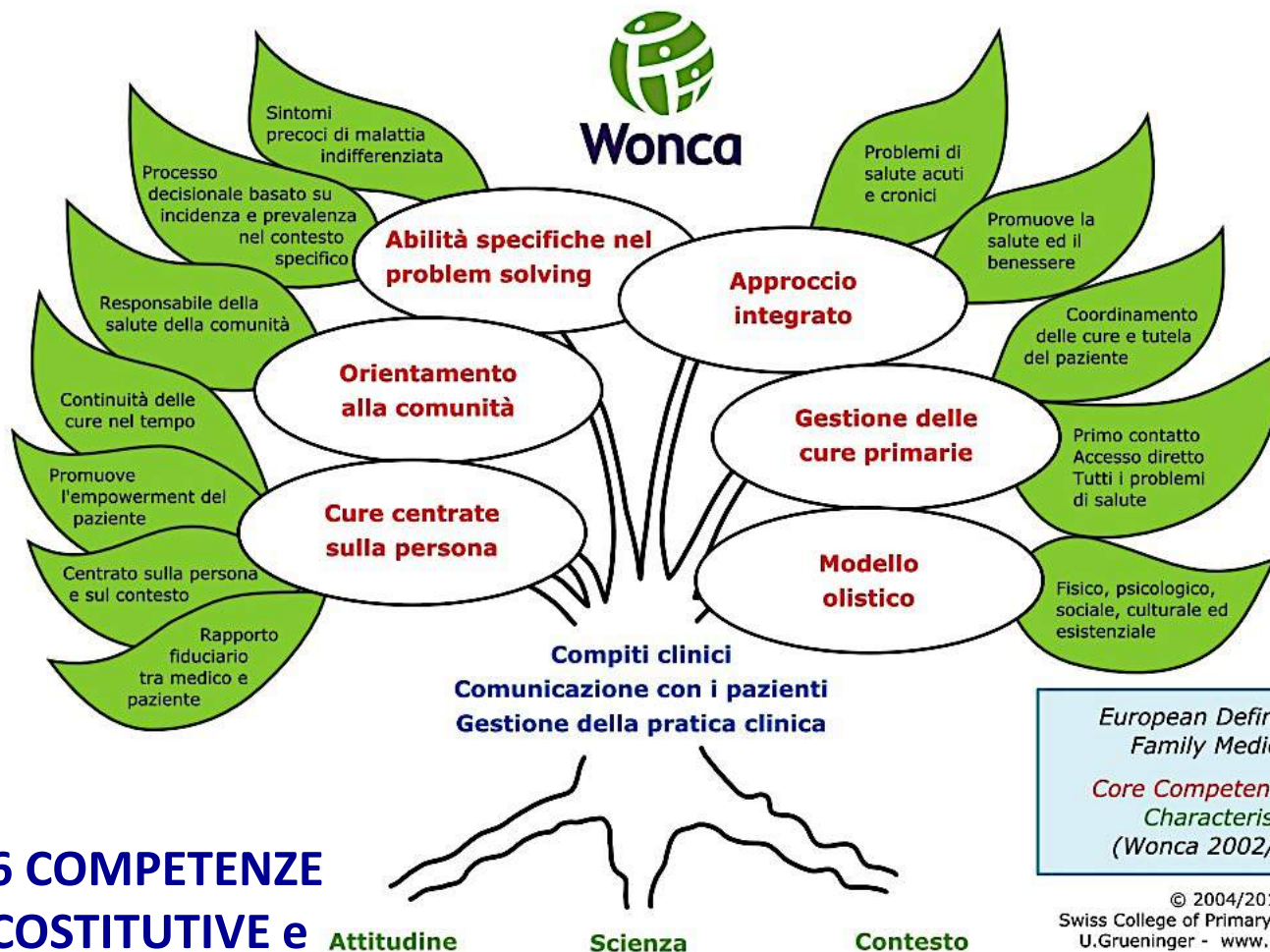
“La medicina generale/medicina di famiglia è una disciplina accademica e scientifica, con propri contenuti educativi e di ricerca, proprie prove di efficacia, una propria attività clinica e una specialità clinica orientata alle cure primarie”

Def. WONCA Europe 2011





# Chi è e cosa fa il MMG?



*European Definition of Family Medicine:*

*Core Competencies and Characteristics (Wonca 2002/2011)*

© 2004/2011

Swiss College of Primary Care Medicine  
U.Grueninger - [www.kollegium.ch](http://www.kollegium.ch)

Traduzione italiana a cura di:  
Celotto S., Demurtas J., Visentin G., Mola E.

# CORE CURRICULUM nazionale (Dott.

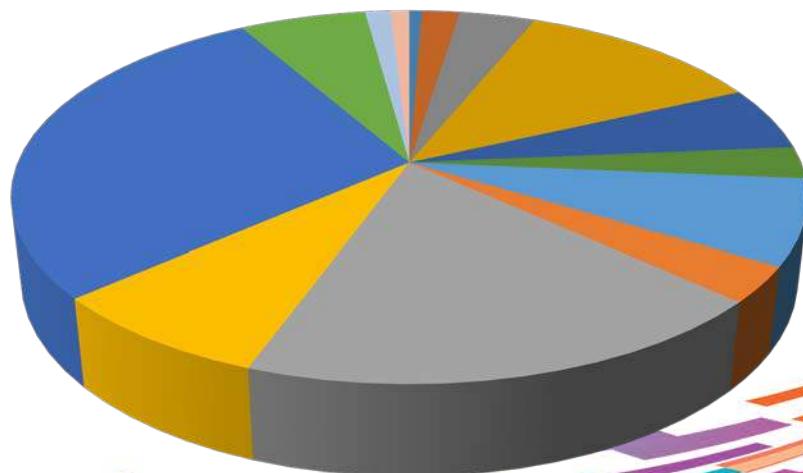
Francesco D'Angeli)

Per garantire a tutti i futuri MMG quel bagaglio di competenze professionali che riteniamo indispensabili per il medico di medicina generale del futuro, arricchendolo di peculiarità locali legate all'epidemiologia di certe patologie e alle possibilità assistenziali tipiche di quello specifico territorio.

## OTTOBRE-DICEMBRE 2015

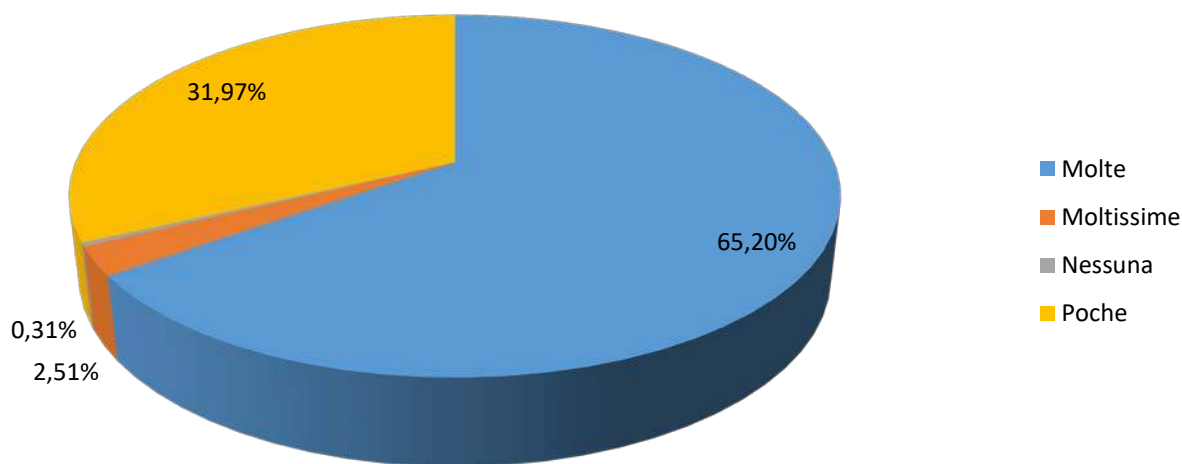
Abruzzo	0,61%	1
Calabria	1,84%	6
Campania	3,68%	12
Emilia Romagna	11,96%	39
Friuli Venezia Giulia	5,52%	18
Liguria	2,76%	9
Lombardia	7,36%	24
Molise	3,07%	10
Piemonte	18,71%	61
Sicilia	7,98%	26
Toscana	28,22%	92
Umbria	6,13%	20
Valle d'Aosta	1,23%	4
Veneto	0,92%	3
<b>Totale complessivo</b>	<b>100,00%</b>	<b>325</b>

- Abruzzo
- Calabria
- Campania
- Emilia Romagna
- Friuli Venezia Giulia
- Liguria
- Lombardia
- Molise
- Piemonte
- Sicilia
- Toscana
- Umbria
- Valle d'Aosta
- Veneto
- (vuoto)



# CORE CURRICULUM nazionale

1) Pensi che gli argomenti trattati a lezione nei tre anni di corso ti daranno delle competenze teoriche sufficienti per affrontare la quotidianità di un ambulatorio di medicina generale?



Molte	65,20%	208
Moltissime	2,51%	8
Nessuna	0,31%	1
Poche	31,97%	102
Totale complessivo	100,00%	319

# CORE CURRICULUM nazionale

2) Scrivi un argomento che per te è di fondamentale importanza

ARGOMENTO	SOTTOGRUPPO	N°	TOTALE
<b>PAT. CRONICHE</b>		44	84
	IPA/SCC/CARDIOPATIE	22	
	DIABETE MELLITO	12	
	PAT. NEUROLOGICHE	3	
	IRC	2	
	PAT. RESPIRATORIE	1	32
<b>DIAGNOSTICA DI PRIMO LIVELLO</b>		11	
	ECOGRAFIA GENERALISTA	15	
	ECG	5	
	SPIROMETRIA	1	
<b>DOLORE CRONICO</b>			26
<b>CURE PALLIATIVE</b>			21
<b>ASPETTI MEDICO-LEGALI/ATTIVAZIONE SERVIZI TERRITORIALI/CONTINUITA' H-TERRITORIO</b>			18
<b>PAT. PSICHIATRICHE</b>			12
<b>EMERGENZE IN MMG e BLS-D</b>			6
<b>PREVENZIONE</b>			6



# CORE CURRICULUM nazionale

Indipendentemente dall'argomento affrontato, emerge la necessità di avere un corpo docenti adeguatamente formato all'insegnamento teorico-pratico della MG

Quale tipo di ACCREDITAMENTO?

Rappresentanti dei medici in formazione nei Comitati Tecnico Scientifici regionali per portare il loro contributo nell'organizzazione del piano didattico.





## In che contesto ci troviamo

In Italia il 21,2% della popolazione ha > 65 aa (media europea=18,2%)



*Ministero della Sanità*

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Nel 2010 le spese per i ricoveri ospedalieri dei >65 aa hanno rappresentato il 51% del totale e quelle per la farmaceutica territoriale il 60% del totale (un >75aa spende 11 volte più della fascia 25-34 aa)

Si stima che nel 2020 le patologie croniche rappresenteranno l'80% di tutte le patologie nel mondo

## La Cronicità

15 SETTEMBRE 2016

Circa il 70-80% delle risorse sanitarie nei paesi avanzati è spesa per la gestione delle patologie croniche

Circa 1/3 delle visite (MMG + specialistica) è erogato alla patologia cronica e di questa parte un 30% a pazienti con patologie croniche gravi

# Piano Nazionale della Cronicità

Per far fronte a questo scenario servono:

- Continuità assistenziale basata sull' integrazione tra ospedale (snodo di alta specializzazione), specialistica ambulatoriale e sistema delle cure primarie, che hanno nel **MMG** il loro perno (capacità di *management interprofessionale*). Strumento principale della nuova rete territoriale sono

AFT e UCCP

## Legge 8 novembre 2012, n. 189

Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un piu' alto livello di tutela della salute. (GU n. 263 del 10-11-2012 - Suppl. Ordinario n.201)



# Attività diurne dei medici ad attività oraria

## Accordo Integrativo Regione Toscana 2012- DGRT 1231/2012

Le ore liberate, nel comparto a rapporto orario, saranno utilizzate dall'AFT in attività diurne. A titolo di indicazione generale, dovranno essere indirizzate alla presa in carico di assistiti ricoverati in reparti di cure intermedie e nei ricoveri temporanei a bassa intensità assistenziale, oppure, in collaborazione con l'attività del medico di fiducia dell'assistito, per il supporto dell'assistenza ai pazienti in dimissione complessa, per l'assistenza ai cittadini nelle fasi terminali della vita (in particolare pazienti oncologici) ed in tutte quelle attività che hanno lo scopo di evitare ricorsi impropri agli ospedali ed in particolare al DEA. Tali attività dovranno essere individuate congiuntamente dal coordinatore dell'AFT e dalla Direzione Aziendale e sottoscritte in uno specifico piano annuale di organizzazione, recepito a livello

Obiettivo prioritario del team di AFT sarà quello di garantire una continuità assistenziale ai cittadini affetti da gravi patologie e a quelli affetti da patologie croniche ad alto rischio di ospedalizzazione. Essenziale per attuare tutto questo è la disponibilità di diagnostica di I livello e di integrazione con i servizi infermieristici. Altrettanto indispensabile è la creazione di un supporto informatico che metta in rete tutti i MMG e che permetta, a chi garantisce la continuità dell'assistenza, la consultazione del diario clinico del cittadino.

L'intera materia relativa alla continuità assistenziale sarà ulteriormente normata dal successivo accordo che dovrà essere stipulato con il settore e le parti in causa.



# Piano Nazionale della Cronicità

- Serve omogeneità nella tutela di questi pz (devono essere assicurati equità di accesso e riduzione delle disuguaglianze)
- Per migliorare la storia naturale della pat, per ridurre il peso clinico-sociale-economico servono: prevenzione primaria, diagnosi precoce, educazione ed empowerment del paziente, nonché prevenzione delle complicanze



**MMG**



# Ruolo educativo del MMG

- ✧ Prevenzione primaria (corretta dieta e attività fisica, tabagismo, alcol e dipendenze in genere, vaccini, MST, DCA)
- ✧ Alleanza diagnostico-terapeutica con il pz (ruolo di *gatekeeper* per evitare *overuse* potenzialmente dannosi in termini di salute e per garantire la sostenibilità del SSN)
- ✧ Sviluppare la compliance terapeutica e l'empowerment del pz (specie nell'ottica delle malattie croniche)
- ✧ Sensibilizzare a tematiche attinenti alla salute individuale e globale, come l'inquinamento ambientale
- ✧ Rimanere valido e autorevole punto di riferimento per la corretta informazione scientifica



# Ricerca in MG

La MG ha una potenzialità enorme nell'ambito della ricerca scientifica: ha pazienti della *real life*, dai quali può trarre quotidianamente un'ingente mole di dati, che però hanno bisogno di essere inseriti all'interno di studi scientifici rigorosi e ben condotti

Necessità di inserire  
la ricerca in MG  
all'interno del  
programma  
didattico dei  
CFSMG





# Ricerca in MG in Europa

## Mortality among contraceptive pill users: cohort evidence from Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study

*BMJ* 2010 ; 340 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.c927> (Published 12 March 2010)

Cite this as: *BMJ* 2010;340:c927

**Design** Prospective cohort study started in 1968 with mortality data supplied by participating general practitioners, National Health Service central registries, or both.

**Setting** 1400 general practices throughout the United Kingdom.

**Participant** 46 112 women observed for up to 39 years, resulting in 378 006 woman years of observation among never users of oral contraception and 819 175 among ever users.

**Main outcome measures** Directly standardised adjusted relative risks between never and ever users for all cause and cause specific mortality.



# Ricerca in MG in Europa

## European Journal of General Practice

Research in general practice in Europe: A growing community

Jan De Maeseneer & Chris van Weel

September 2001

In questo editoriale vengono individuati 3 fattori condizionanti lo sviluppo della ricerca in MG:

- Una posizione più forte del MG nel contesto delle cure primarie
- Finanziamenti specifici alla ricerca in MG
- Sviluppo dei dipartimenti di medicina generale





# Dipartimenti di MG

Attualmente i medici in formazione svolgono  **tirocini osservazionali** , caratteristica che limita il coinvolgimento professionale e motivazionale.

## **17. Borsa di studio.**

1. Al medico in formazione è conferita una borsa di studio annuale di € 11.103, 82, dedotto il premio di assicurazione di cui al successivo art. 21, qualora non siano stipulate direttamente dagli interessati. Il trattamento fiscale della borsa di studio è soggetto alle trattenute I.R.P.E.F. e I.R.A.P.

potrebbero ritagliarsi uno spazio professionale a loro riservato per mettere in pratica le competenze acquisite, nell'ottica della crescita professionale e motivazionale, nonché economica.





# Dipartimenti di MG

I dipartimenti di MG potrebbero rappresentare anche una prima possibilità di **incontro per lo studente in Medicina e Chirurgia con la Medicina Generale**, materia insegnata solo in pochi corsi di laurea magistrale, spesso non ben conosciuta e per questo giudicata meno appetibile rispetto alle specializzazioni ospedaliere.



# Conclusioni

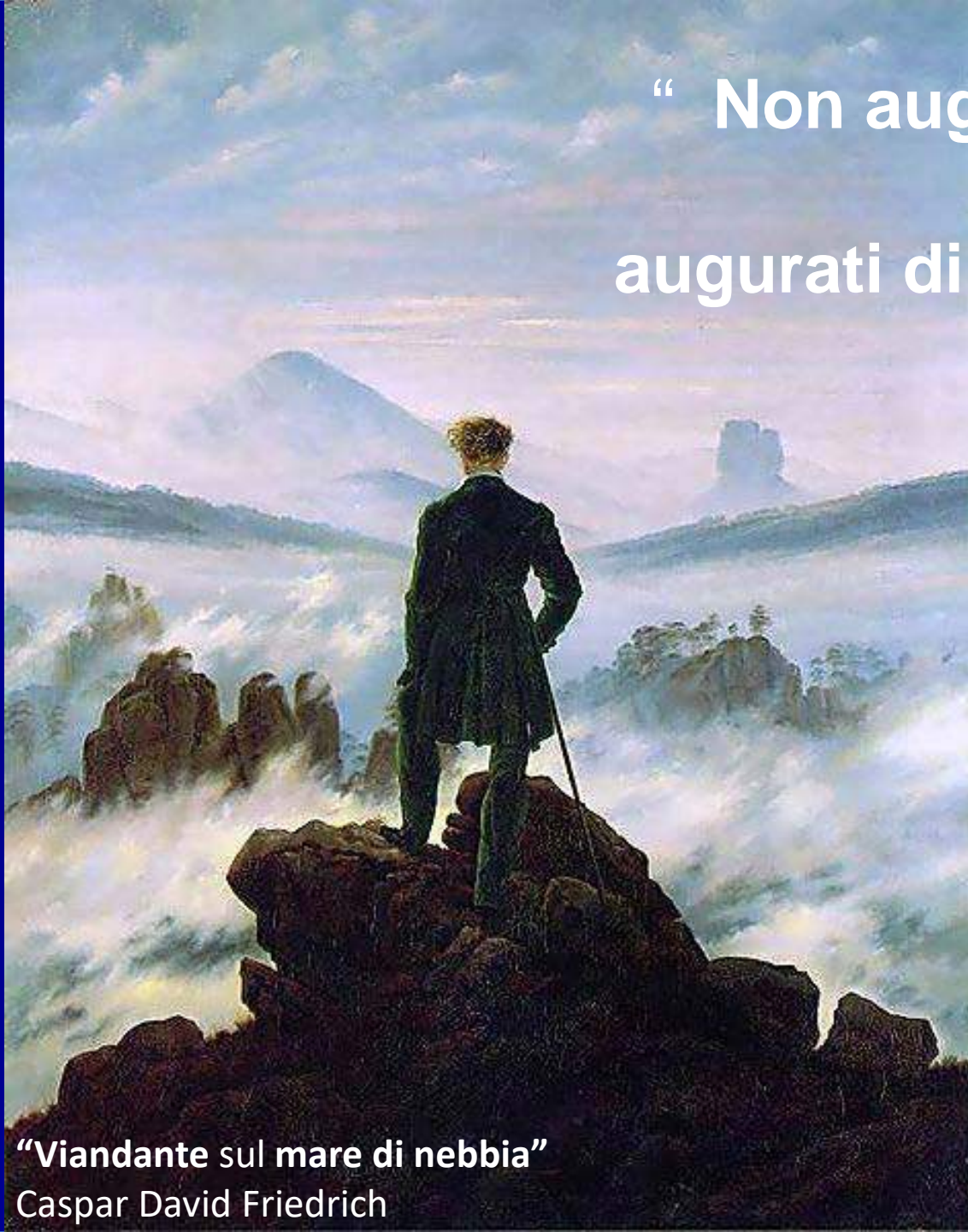
- ✓ Necessità di un core curriculum nazionale
- ✓ Sistema accreditato di formazione del corpo docenti per l'insegnamento teorico-pratico della MG
- ✓ Ingresso dei rappresentanti dei medici in formazione nei Comitati Tecnico Scientifici regionali
- ✓ Sviluppare la ricerca in MG al pari di altri paesi europei
- ✓ Creare dipartimenti di MG in cui attuare programmi di attività professionalizzanti e tirocini *ad hoc* per gli studenti in Medicina e Chirurgia





“ Non augurarti che sia più facile,  
augurati di essere più forte ”

Jim Rohn



“Viandante sul mare di nebbia”

Caspar David Friedrich

Dott.ssa Valentina Andrei