

Formazione specifica e continua in medicina generale: le scelte della SIMG

Giuseppe Ventriglia

Responsabile Nazionale Area Formazione SIMG; direttore scientifico Rivista SIMG; direttore didattico della Scuola di Alta Formazione SIMG.

ABSTRACT

Aim of this paper is to describe two educational programs involving primary care physicians that are very changed in recent years in our country. The first is the preparatory training that medical graduates must attend before start to practice as family physicians in the NHS; in Italy this training is mandatory since the early '90s. The second are the educational activities carried out within the mandatory Italian system of Continuing Medical Education. For both programs, the Author explains the methodological choices proposed and implemented by SIMG (Italian Society of General Medicine and Primary Care).

RIASSUNTO

Obiettivo di questo scritto è descrivere due attività didattiche che interessano la medicina di famiglia e che negli ultimi anni sono profondamente cambiate nel nostro Paese. La prima è la formazione specifica pre-deontologica all'accesso dei laureati in medicina e chirurgia all'esercizio della professione di medici di famiglia, introdotta anche in Italia all'inizio degli anni '90. La seconda è l'attività di formazione continua attualmente prevista come obbligatoria dal sistema italiano di Educazione Continua. Per entrambe vengono espone le scelte metodologiche proposte ed attuate dalla SIMG (Società italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie).

La principale caratteristica che si richiede ad un'iniziativa formativa condotta per i professionisti in attività è la sua efficacia. Dove per efficacia si intende la capacità di coinvolgere i discenti ed ottenere la loro attiva e convinta partecipazione in modo tale da modificare positivamente le proprie performance professionali. E la domanda a questo punto sorge spontanea: come si fa a garantirsi una buona efficacia formativa?

La risposta è nota da anni (ma quanto è applicata?) e la riproponiamo qui richiamando le riflessioni di

Malcolm Knowles¹ che oltre mezzo secolo fa ricordava che se i "discenti" sono adulti essi – nell'ambito delle aree tematiche inerenti agli interventi formativi – portano con sé conoscenze ed esperienze professionali specifiche, più o meno ampie e consolidate. Questo comporta il rischio di una certa resistenza al cambiamento e diventa quindi importante aumentare al massimo la loro motivazione verso la partecipazione attiva al corso e l'accettazione dell'idea stessa di "cambiamento". E questo, ricorda Knowles, è tanto più probabile se

l'intervento formativo viene percepito come *rilevante* per la personale crescita professionale; se lo *coinvolge* direttamente e lo fa *partecipare* attivamente; se fa riferimento a *problemi professionali concreti* che si intende migliorare o risolvere; se consente di *applicare* "in pratica" quanto appreso e se è orientata a soddisfare soprattutto le *motivazioni intrinseche* (desiderio di migliorare il livello di autostima, qualità della vita, responsabilità personale, soddisfazione sul lavoro, ecc.).

LA FORMAZIONE CONTINUA IN ITALIA "PRE-ECM"

Tutto questo impone quindi di considerare come fondamentale, oltre il "contenuto", anche la progettazione, l'impostazione ed il processo intero dell'intervento formativo.

E qui arriviamo al tema di questo breve scritto. Negli anni in cui nasceva ed iniziava ad operare la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), nei primi anni '80, il modello predominante (ma sarebbe meglio dire "l'unico" modello) delle iniziative di formazione continua attuati nei confronti dei medici di medicina generale era quello delle "conferenze". Lo specialista di turno preparava sul tema a lui assegnato una "lezione" solitamente lunga e "frontale" e sviluppava il tema assegnato sulla falsa riga della proiezione di una serie di diapositive. Alla lezione faceva seguito qualche domanda (se non era troppo tardi) e un immane buffet finale.

Questa era la modalità con la quale si conduceva la "formazione continua" che però di veramente formativo aveva in realtà molto poco.

Ovviamente una parte importante era svolta dai Congressi, con tutti i pregi di tali consessi ma anche con tutti i limiti di un modello "frontale" puro. Tra l'altro il contesto era generalmente specialistico (non esistevano praticamente i congressi scientifici dedicati specificamente alla medicina generale), i temi scelti ed il "taglio" erano quelli specialistici, il numero rilevante dei partecipanti in sala bloccava di fatto ogni possibile interazione tra chi ascoltava e chi parlava e l'orientamento ai bisogni formativi era ovviamente del tutto assente.

Si ricorderà che in quegli anni non era stato ancora ideato in Italia il sistema ECM e tutto quindi era

lasciato all'iniziativa privata. Alla sensibilità dei medici (ovunque operanti: territorio, ospedale o libera professione pura) la scelta di partecipare o no ad iniziative di aggiornamento e formazione post-laurea e post-specialità. Alle Aziende del farmaco la disponibilità ad organizzare incontri e corsi vari. Alla disponibilità dei relatori la scelta degli argomenti da affrontare nell'ambito del tema prescelto per l'incontro e della sua impostazione didattica.

Una nota a margine. Al giorno d'oggi è attivo nel nostro Paese il sistema di Educazione Continua in Medicina. Ma, a parte l'obbligatorietà dell'acquisizione dei crediti (cosa di cui siamo tutti grati alle Istituzioni), quanto c'è di "creditificio" in ciò che vediamo realizzare ogni giorno per i medici? Ma questo potrebbe essere l'argomento di un futuro scritto..

Torniamo alla nostra storia. Nel contesto che abbiamo appena richiamato viene fondata nel 1982 la SIMG, Società Italiana di Medicina Generale con lo scopo statutario di "*promuovere, valorizzare e sostenere con ogni strumento, anche economico e finanziario, il ruolo professionale dei medici generali nella sanità italiana e nelle organizzazioni sanitarie europee ed extraeuropee. In particolare con iniziative intese a realizzare una scuola di formazione permanente per i medici generali...*".

In coerenza con tutto questo, il direttivo della SIMG, allora presieduto da Aldo Pagni, come prima significativa azione, si impegnò a realizzare anche in Italia un modello formativo, già presente in altri Paesi, dedicato specificamente alla Medicina Generale. Il punto di riferimento in quegli anni era il Regno Unito, dove alla Medicina Generale veniva già allora riconosciuto un ruolo primario nell'assistenza sanitaria ed il suo *Royal College of General Practitioners* svolgeva già un'attività scientifica e didattica di grande valore.

Grazie agli stretti rapporti personali presenti tra importanti esponenti della medicina generale inglese e l'allora Segretario della SIMG (oggi Presidente), Claudio Cricelli, la riflessione sulla Medicina Generale italiana diventa molto approfondita e si gettano anche nel nostro Paese le basi per realizzare il vero passaggio professionale dal "medico della mutua", superato "in teoria" dalla Legge 833 promulgata solo pochi anni prima, ma di fatto ancora tutto da realizzare.

LE INNOVAZIONI INTRODOTTE DA SIMG

Il modello formativo proposto dalla SIMG, praticamente sconosciuto allora nel contesto della medicina generale italiana, prevedeva il rispetto di alcuni capisaldi. Innanzitutto l'affermazione che l'aggiornamento e la formazione continua dovesse essere progettata e gestita con la diretta partecipazione e corresponsabilità dei medici di medicina generale, in quanto solo in questo modo si sarebbe potuto garantire il riferimento a bisogni formativi reali, coerenti con i compiti professionali dei "discenti".

In secondo luogo si proponeva un modello formativo fortemente interattivo, con il relatore-docente disponibile sia a declinare la sua cultura specialistica in funzione delle esigenze professionali dei medici che in quel momento erano in posizione di discenti, sia a considerare (e partire) dalla loro esperienza professionale come base per un confronto costruttivo e realmente formativo.

Nasce di qui l'idea di formare figure professionali che avessero due caratteristiche principali: essere (o essere stati) in attività come medici di famiglia e aver seguito un percorso di apprendimento di base sulle metodologie della formazione. La prima condizione era legata alla volontà, non risolvibile in altro modo, di realizzare interventi formativi specificamente "tagliati" sulle esigenze formative dei medici di medicina generale. La seconda, alla necessità di introdurre nell'ambito della formazione medica i principi della didattica dell'adulto a garanzia della migliore efficacia possibile dei corsi da realizzare.

In sostanza, il progetto dalla SIMG era di cambiare radicalmente il modo di progettare, organizzare e realizzare iniziative di aggiornamento e di formazione che fossero adeguate, nei contenuti e nei metodi, ai medici discenti.

LA SCUOLA PER ANIMATORI DI FORMAZIONE

Fu così che nella bellissima villa medicea di Artimino, vicino a Firenze, fu fondata la "Scuola per Animatori di Formazione", affidata ad un gruppo di formatori che negli anni aveva partecipato ad attività pedagogiche ed a corsi di "formazione di formato-

ri" condotte, tra gli altri, da Jean Jaques Guilbert. Il gruppo fu affidato alla direzione del professor Renzo Gallini, primario di medicina interna a Firenze, appassionato cultore e profondo conoscitore della pedagogia applicata all'ambito medico.

Il primo corso residenziale, della durata di due settimane, si tenne nel 1983 e da allora sono stati moltissimi i medici di famiglia che hanno scelto di approfondire il problema della formazione dei loro colleghi non tanto sul piano dei contenuti clinici quanto delle metodologie da applicare per rendere efficaci le iniziative formative.

Nel 1989 chi scrive venne chiamato a far parte del gruppo docente della Scuola di Artimino e dopo qualche anno gli fu affidato l'incarico di responsabile nazionale dell'area formazione della SIMG.

La scelta strategica della SIMG si rivelò ben presto vincente e vennero realizzate migliaia di corsi su tutto il territorio nazionale che cambiarono radicalmente anche l'atteggiamento dei medici di famiglia italiani nei confronti della formazione continua. Venivano infatti rispettati tutti i principi che abbiamo richiamato all'inizio di questo scritto grazie alla presenza, nei team di docenti che dovevano realizzare le iniziative formative, di uno o due "animatori di formazione" che fin dalle fasi di progetto operavano in sintonia con i consulenti specialisti delle branche tematiche da affrontare. Questo consentiva una attenta analisi dei bisogni formativi dei futuri discenti (appartenenti alla stessa area professionale degli "animatori"), una corretta strutturazione degli obiettivi didattici, un'adeguata scelta delle tecniche didattiche con lavoro prevalentemente basato sull'analisi e la risoluzione di "casi" che proponevano problemi del tutto simili a quelli tipici del contesto professionale dei discenti.

Veniva inoltre introdotto in quegli anni un metodo che fino ad allora era poco o nulla praticato nell'ambito delle consuete iniziative di aggiornamento: il lavoro in piccolo gruppo. I discenti scoprirono il piacere sia di confrontarsi con i colleghi su "esercitazioni" che di fatto mimavano i problemi che essi incontravano quotidianamente nella professione sia di discutere per trovare "soluzioni" che fossero anche applicabili nella pratica professionale. L'esperienza personale dei discenti trovava tra l'altro un'adeguata valorizzazione come elemento di

partenza per discussioni con i consulenti specialisti, esperti nella disciplina specifica ma spesso poco o nulla consapevoli delle peculiarità metodologiche e operative della medicina generale.

Nei primi anni '90 la SIMG diede anche vita a estese iniziative di formazione basate su modelli "a cascata". Un gruppo di esperti (specialisti e animatori di formazione) progettava corsi residenziali di diversa durata che venivano realizzati in due fasi, di cui la prima era la "formazione dei formatori", ossia degli Animatori che poi a livello locale, in collaborazione con consulenti specialisti operanti nelle loro zone, realizzavano corsi residenziali per gruppi di colleghi. In questo modo veniva garantita la migliore progettazione delle iniziative formative ed una omogenea diffusione dei messaggi didattici.

Con il passare del tempo queste scelte metodologiche ed organizzative sono divenute sempre più diffuse e sono state adottate anche al di fuori della SIMG nell'ambito della medicina generale.

L'INTRODUZIONE DELLA FORMAZIONE SUL CAMPO IN MG

Un grande passo avanti nelle scelte della SIMG è stato il graduale passaggio dalla didattica residenziale come scelta prioritaria ad una didattica sempre più localizzata sul luogo di lavoro (formazione sul campo) e sempre più attenta ad intercettare e soddisfare bisogni reali (non presunti) dei medici di medicina generale.

Di qui la decisione, arrivata verso la fine degli anni 90, di dar vita ad un Istituto di Ricerca in MG, Health Search, basato su una rete di medici di medicina generale (attualmente un migliaio, per un totale di oltre un milione e duecentomila pazienti presenti nel database) tutti forniti dello stesso software per la gestione della cartella clinica (Millewin®) e tutti formati ad usare un uguale e rigoroso metodo di registrazione dei dati. Inoltre la correlazione obbligatoria di qualsiasi decisione professionale (prescrizione di test diagnostici, farmaci, richieste di consulenza o di ricoveri, ecc.) ad una precisa diagnosi garantiva la possibilità di ricostruire in modo fedele la "logica" delle prescrizioni e di valutarne anche l'appropriatezza.

Un sistema che ha consentito in questi anni di ac-

cumulare una enorme massa di dati che disegnano in modo fedelissimo l'attività che un campione significativo di medici generali svolge ogni giorno. Ne deriva inoltre la possibilità di intercettare le criticità presenti in qualsiasi area decisionale, dal ricorso alla diagnostica all'impiego dei farmaci, dalle attività di tipo preventivo al follow-up delle patologie croniche.

Informazioni preziose in quanto consentono da un lato di orientare in modo preciso gli interventi formativi da proporre ai medici e dall'altro di poter svolgere attività di audit, individuale e di gruppo, spontaneo (self-audit) o organizzato su piccoli e grandi gruppi di medici di MG. Attività rese possibili anche dalla creazione di un altro potente strumento di supporto alla professione, MilleGPG®, una vero e proprio "cruscotto" che in tempo reale descrive le attività svolte in una serie di aree cliniche rilevanti fornendo potenti stimoli anche alla valutazione critica individuale delle personali decisioni professionali.

A completare la serie degli strumenti a disposizione dei soci e di tutti i medici di famiglia italiani è arrivata prima la Rivista mensile (edito inizialmente da UTET, ora da Pacini editore) poi il portale ASCO, tutto per favorire il passaggio dalla classica Formazione Continua basato su corsi residenziali più o meno brevi ad un più articolato percorso di Sviluppo Professionale Continuo come progetto di miglioramento focalizzato su tutte le componenti della professionalità medica.

Oggi, a distanza di poco più di trent'anni, la SIMG lancia un'iniziativa formativa pensata e proiettata verso i nuovi scenari in cui la medicina di famiglia e l'intero ambito delle Cure Primarie sono chiamati a muoversi. In effetti le nuove forme associative prevedono un ripensamento delle attività e dei compiti dei medici di famiglia, con due diverse tipologie di ruolo prevedibili oltre quella classica assistenziale, seppure declinata per un'attività contestualizzata nelle forme associative: il coordinatore di AFT-UC-CP, assimilabile a un vero e proprio manager delle Cure Primarie, ed il Medico di medicina generale "con Speciali Interessi" (GPwSIs)². È quindi del tutto evidente che anche i percorsi di sviluppo professionale continuo devono essere ripensati.

LA SCUOLA DI ALTA FORMAZIONE PER MEDICI GENERALI "CON PARTICOLARE INTERESSE"

È questo lo scenario che giustifica la fondazione della Scuola di Alta Formazione (e chi scrive ne ha assunto la direzione didattica), strutturata per offrire due differenti tipologie di prodotti formativi. Una destinata a soddisfare bisogni "puntuali" legati a competenze specifiche (abilità cliniche di problem solving in area cognitiva, pragmatica, relazionale) di un Medico delle Cure Primarie in grado di gestire in modo completo, all'interno delle nuove Forme Associative, i problemi dei suoi pazienti, compresa l'offerta di pratiche diagnostiche strumentali di 1° livello. Un'altra pensata specificamente per la nuova (per l'Italia) figura del "Medico Generale con particolari interessi" (General Practitioner with Special Interests o GPwSIs nella definizione di lingua inglese) e che prevede l'offerta di percorsi formativi sistematici e di lunga durata in grado di coprire l'intera area della disciplina di riferimento.

Per essere più chiari, richiamiamo qui la definizione che la "Standing Education Conference for General Practice in the Northern Deanery" ha dato del GPwSIs: un professionista che integra il suo ruolo di generalista offrendo un ulteriore servizio di alta qualità per soddisfare le esigenze dei pazienti [...] Egli lavora principalmente nella comunità e fornisce un servizio clinico al di là della portata del suo "normale ruolo professionale di base", erogando servizi avanzati che non sono normalmente eseguiti dai suoi colleghi.

Le conoscenze e le competenze (nella specifica materia) di un GPwSIs non corrispondono dunque a quelle ritenute "indispensabili" per la comune pratica clinica di un medico di medicina generale, ma non sono neppure così avanzate e profonde da eguagliare quelle di uno specialista, al quale il GPwSIs non intende sostituirsi né sovrapporsi. La precondizione affinché egli possa svolgere con competenza il suo ruolo è che possieda competenze e abilità tali da erogare determinati servizi senza una diretta supervisione da parte di un esperto della specifica materia.

Va da sé che la formazione di figure professionali di questo tipo richiede percorsi formativi specifici

appositamente progettati.

Gestire i pazienti non solo come singoli ma anche come gruppi (di famiglie, di pazienti, di operatori sanitari), e non solo per gli aspetti strettamente legati al controllo di una patologia (si pensi solo alle iniziative con finalità preventive), richiede infatti anche competenze organizzative, gestionali, di ricerca, di analisi della letteratura scientifica, di valutazione di output e di outcome, di raccolta e gestione dei dati, di rilevazione delle criticità e dei correlati bisogni, di progettazione degli interventi correttivi e, se necessario, degli opportuni interventi di audit e di formazione.

La Scuola ha quattro principali settori di intervento: la formazione clinica centrata sulla Job Description delle Cure Primarie; la formazione dei GPwSIs; il management professionale (destinato soprattutto, ma non solo, ai Coordinatori di AFT-UCCP); la formazione-addestramento nell'uso delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche (in particolare l'ecografia di 1° livello, le tecniche infiltrative, l'Holter, ecc.). La Scuola di Alta formazione si presenta dunque come un progetto ambizioso ma che altro non è, a ben guardare, se non la logica prosecuzione di un disegno nato molti anni fa proprio dall'idea che una Società Scientifica non potesse sottrarsi al compito di creare per i propri associati, e per tutti coloro che ne condividono Vision e Mission, gli strumenti non solo cognitivi, ma anche operativi e gestionali che rendano attuabili i cambiamenti previsti per le Cure Primarie dei prossimi anni.

Un progetto dedicato ai medici più esperti e verosimilmente più pronti a sostenere le sfide formative e professionali della nuova medicina di famiglia, ma anche a tutti i giovani colleghi che si affacciano alla professione e che sono desiderosi di cimentarsi fin da subito con un percorso formativo di alto profilo scientifico.

LA FORMAZIONE SPECIFICA IN MG

Pur con i limiti imposti dalla necessità di essere brevi, credo sia utile accennare almeno per sommi capi a come sia cambiata negli ultimi anni il percorso che i medici di medicina generale devono seguire per poter accedere al ruolo di medici di famiglia operanti nell'ambito del SSN.

Forse non tutti sanno che fino a qualche decennio fa qualsiasi laureato in medicina e chirurgia poteva esercitare la professione come medico “extraospedaliero”. Fino all’avvento del Servizio Sanitario Nazionale “convenzionandosi” con le varie Casse Mutue Malattia esistenti in Italia. Dopo l’avvento della legge 833 facendo domanda per entrare in graduatoria e quindi concorrere per l’esercizio della medicina generale nelle “zone carenti” del Servizio Sanitario Regionale.

In realtà è utile ricordare che la storia della medicina generale/medicina di famiglia è piuttosto recente e solo nel 1974 in Europa il gruppo Leeuwenhorst ne formulò una sua definizione³. È in quegli anni che nasce la consapevolezza che la medicina generale/medicina di famiglia costituisce di fatto una disciplina autonoma di cui nessuno oggi, a quarant’anni di distanza da quel primo documento, mette più in discussione il ruolo fondamentale a fronte delle profonde trasformazioni della Società, dell’epidemiologia e dell’organizzazione dei servizi sanitari (Tabella I).

Contestualmente a questa profonda revisione della medicina di famiglia ne emergeva la caratteristica di

disciplina autonoma, nei contenuti e nei metodi. Di qui la consapevolezza crescente che era necessario prevedere un percorso specifico di formazione che garantisse l’acquisizione delle competenze necessarie per poter svolgere i complessi compiti che il Servizio Sanitario affidava ai medici di famiglia (fig. 1), al pari di qualsiasi altro professionista specialista. Nel 1990 anche in Italia venne istituito per legge (L. 30/07/1990 n. 212), in attuazione della direttiva n. 86/4/CEE, il **Corso di formazione specifica in Medicina Generale**. Con tale decreto, per l’esercizio dell’attività di Medico Chirurgo di Medicina Generale si rendeva necessario il possesso del titolo di Formazione Specifica in Medicina Generale. “Tale titolo può essere per certi aspetti paragonato a quello conferito dai diplomi di specializzazione, in quanto definito dal Decreto Legislativo 17 Agosto 1999 n. 368, emanato in attuazione della Direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati e altri titoli. Il predetto decreto legislativo, infatti, ha trasformato l’attestato di formazione in Diploma di formazione specifica in medicina generale”⁵.

-
- a) è normalmente il luogo di primo contatto medico all’interno del sistema sanitario, fornisce un accesso diretto ed illimitato ai suoi utenti, si occupa di tutti i problemi di salute, indipendentemente da età, sesso e ogni altra caratteristica della persona;
 - b) fa un utilizzo efficiente delle risorse sanitarie attraverso il coordinamento delle cure, il lavoro con altri professionisti presenti nel contesto organizzativo delle cure primarie, agendo da interfaccia con altre specialità assumendo, quando si renda necessario, il ruolo di difensore dell’interesse dei pazienti;
 - c) sviluppa un approccio centrato sulla persona, orientato all’individuo, alla sua famiglia e alla sua comunità;
 - d) promuove la responsabilizzazione del paziente nella gestione della propria salute (empowerment)
 - e) si basa su un processo di consultazione unico fondato sulla costruzione di una relazione protratta nel tempo attraverso una efficace comunicazione tra medico e paziente;
 - f) ha il compito di erogare cure longitudinali e continue a seconda dei bisogni del paziente;
 - g) prevede uno specifico processo decisionale determinato dalla prevalenza e incidenza delle malattie in quella precisa comunità;
 - h) gestisce contemporaneamente i problemi di salute sia acuti che cronici dei singoli pazienti;
 - i) si occupa di malesseri che si presentano in modo aspecifico e ad uno stadio iniziale del loro sviluppo e che potrebbero richiedere un intervento urgente;
 - j) promuove la salute ed il benessere con interventi appropriati ed efficaci;
 - k) ha una responsabilità specifica della salute della comunità;
 - l) si occupa dei problemi di salute nella loro dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale
-

Tabella I. Caratteristiche della disciplina “medicina generale/medicina di famiglia” (Wonca, 2011).

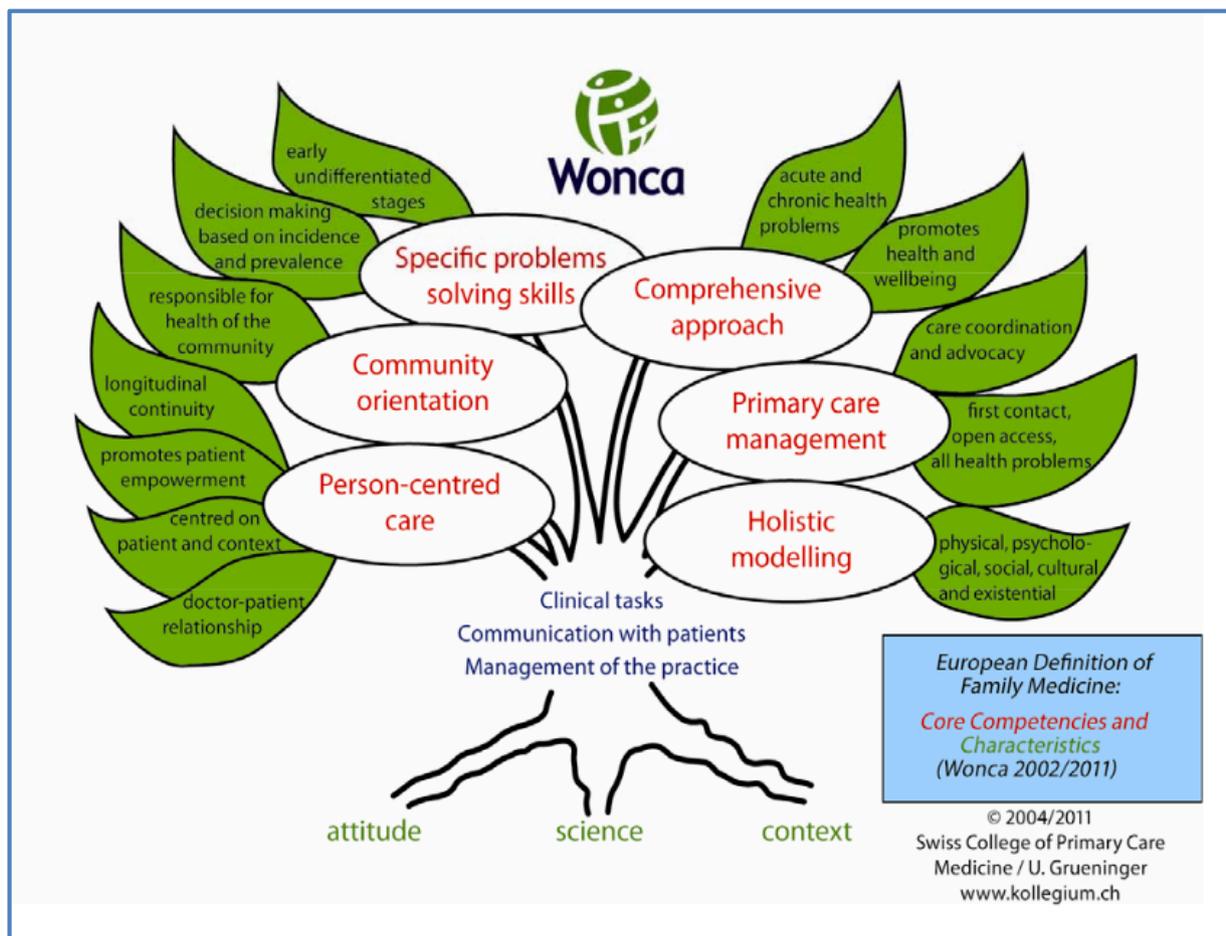


Figura 1. L'Albero della Medicina di famiglia (Wonca, 2011/4).

Inizialmente biennale, il corso di formazione specifica in MG è attualmente triennale e vi si accede per concorso, bandito annualmente dal Ministero della Salute e gestito successivamente dagli Assessorati Regionali alla Sanità e Province Autonome, a cui è demandata anche l'organizzazione del corso. Questo comporta un impegno a tempo pieno con obbligo di frequenza ad attività didattiche teoriche e pratiche. Il Corso è articolato in 36 mesi, dei quali 12 devono essere svolti presso uno studio di Medicina Generale, 6 presso un reparto di Medicina Interna, 2 presso un reparto di Ginecologia, 6 presso strutture territoriali (poliambulatori ASL), 4 presso un reparto di Pediatria, 3 presso un reparto di pronto Soccorso e 3 presso un reparto di Chirurgia. Le attività teoriche sono strutturate

in forma di Seminari che si svolgono generalmente con cadenza bisettimanale. Al termine dei 3 anni il medico in formazione, avendo superato con giudizio positivo tutti i periodi di tirocinio previsti, conclude il suo corso sostenendo un esame finale con elaborazione di una tesi. Il diploma conseguito permetterà di accedere alla graduatoria regionale e quindi concorrere per acquisire il ruolo di medico di assistenza primaria con funzioni di medico di famiglia e di continuità assistenziale.

Un impegno nuovo per i medici di medicina generale "anziani" è stato quindi lo svolgimento delle funzioni di insegnamento in setting tutoriale. Attività che la gran parte dei medici di fatto aveva già svolto in modo informale nel corso della vita professionale, ma che con la nuova normativa diventava ufficia-

le e con precise responsabilità in termini di obiettivi formativi da raggiungere e di metodi didattici da rispettare.

Per questo motivo, fin dall'entrata in vigore della legge sulla Formazione Specifica, è stato necessario strutturare una precisa attività didattica per la formazione dei Tutor. Anche in questo campo la Società Scientifica della Medicina Generale italiana, la SIMG, diede il suo contributo progettando e realizzando in quasi tutto il territorio regionale, capillarmente, numerosi corsi dedicati specificamente ai nuovi Tutor.

Attualmente le Regioni e le Province Autonome sostengono regolarmente l'impegno di gestire il Corso di Formazione ed anche la formazione di base e continua dei Tutor, in collaborazione con gli Ordini dei Medici, le Scuole universitarie di Medicina e, naturalmente, con i medici di medicina generale che svolgono un indispensabile ruolo nel coordina-

mento e nella realizzazione delle attività didattiche destinate alla formazione dei giovani colleghi.

NOTE

- 1 Knowles MS. The adult learner. A neglected species. 1973 (agg. 1990)
- 2 Medea G, Cricelli C. Nuove forme organizzative della Medicina Generale e "Medici con Speciali Interessi". Rivista SIMG I, 2015
- 3 The General Practitioner In Europe: a statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice, Leeuwenhorst, Netherlands 1974
- 4 http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definizione%20WONCA%202011%20ita_A4.pdf
- 5 http://www.giovanemedico.it/index.php?option=com_content&view=category&id=26&layout=blog&Itemid=35