

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
In collaborazione con <http://www.netaudit.org>*

INFORMAZIONI GENERALI



SEDE DEL CORSO

Sala meeting "GREEN HALL" - Everywhere
Piazza Cittadella, 3
37122 - Verona
Tel. 045 8006786
<https://www.everywheretravel.it/locations/greenhall/>

COMITATO SCIENTIFICO:

Dott. F. Del Zotti (Centro Studi FIMMG Verona, Direttore NetAudit)
Dott. S. Girotto, Dott. G. Rigon, Dott.ssa S. Zenari (Centro studi FIMMG Verona)
Prof.ssa C. Nicodemo (Università di Verona, University of Oxford, Department of Primary Health Care)
Prof. J. Madia (University of Oxford, Department of Primary Health Care)

ISCRIZIONI:

Iscrizioni online <https://www.everywheretravel.it/events/arenadays/>
Iscrizione regolare 90,00 Euro IVA inclusa
Universitari e Scuola di Formazione 60,00 Euro IVA inclusa
I posti sono limitati. Sarà considerato l'ordine di arrivo dell'iscrizione al corso.

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA

EVERYWHERE

A WORLD OF EXPERIENCES IN VERONA

Piazza Cittadella, 3 - 37122 Verona
Tel. 045-8006786 - Fax 045-593487
congressi@everywheretravel.it
www.everywheretravel.it



Centro Studi FIMMG Verona & NetAudit



ARENADAYS I Edizione

Verona, 19-20 aprile 2024

Sala meeting "GREEN HALL"

ARENADAYS

Qualità Audit e Ricerca nella Medicina Generale Italiana

Abbiamo il piacere di invitarvi all'inizio degli ArenaDays, organizzati dal Centro Studi Fimmg Verona e da NetAudit in collaborazione con le Università di Verona e di Oxford, e con la prestigiosa partecipazione del Prof. Richard Hobbs e della Prof.ssa Catia Nicodemo.

La ricerca in Medicina Generale in Italia manca di spazi e tempi dedicati, e questa mancanza di strutturazione comporta lo spreco di un'enorme mole di dati preziosi con la conseguente perdita di opportunità di conoscenza.

Questo incontro vuole sottolineare l'importanza di riconoscere la valenza culturale della ricerca in MG, attraverso il confronto con altre realtà europee, dove la MG è caratterizzata da una strutturazione universitaria più o meno sviluppata e si serve di interessanti metodi innovativi specifici per la raccolta dati.

Inoltre la discussione di progetti di ricerca con gli esperti permetterà di approfondire la specificità e le potenzialità dell'Audit, della Ricerca e del Management organizzativo in Medicina Generale.

Gli ArenaDays si propongono come incontri annuali residenziali a Verona, intervallati da un anno all'altro da webinar di approfondimento sia a tematica formativa che di condivisione di progetti di ricerca realizzati in ambito delle cure primarie. Gli incontri annuali vedranno la partecipazione di esperti nazionali ed internazionali della Medicina Generale.

FACULTY

DOTT. CLAUDIO ANDREOLI, VERONA
DOTT. MARIO BARUCHELLO, VICENZA
DOTT. GIANSTEFANO BLENGIO, VERONA
PROF. CRISTIANO CHIAMULERA, VERONA
DOTT. FRANCESCO DEL ZOTTI, VERONA
DOTT. LUIGI FAGGIAN, TREVISO
DOTT. ANDREA FRANCHINI, VERONA
DOTT. SANDRO GIROTTI, VERONA
DOTT. GIO BATTÀ GOTTARDI, VICENZA
PROF. RICHARD HOBBS, OXFORD (GB)
DOTT. GIOVANNI MERLINO, PALERMO
PROF. PIERO MINUZ, VERONA

PROF.SSA CATIA NICODEMO, OXFORD (GB)
PROF.SSA MARIA STELLA PADULA, MODENA
DOTT.SSA CATERINA PASTORI, VERONA
DOTT. GIANLUIGI PASSERINI, SONDRIO
DOTT. FERDINANDO PETRAZZUOLI, CASERTANO
DOTT. GIULIO RIGON, VERONA
DOTT. CARLO RUGIU, VERONA
DOTT. DIEGO SABBI, ALESSANDRIA
PROF.SSA SARAH TOSATO, VERONA
DOTT. RENATO TULINO, GROSSETO
DOTT. ANDREA VIRGA, PALERMO
DOTT.SSA SONIA ZENARI, VERONA

Venerdì
19 aprile

- Ore 15.00 Saluti Presidente Ordine dei Medici Verona
Dott. C. Rugiu
- Ore 15.15 Introduzione e benvenuto
Dott. F. Del Zotti, Dott. G. Rigon
- Ore 15.30 Lecture on Primary care in England, research and ORCHID database
Prof. R. Hobbs
- Ore 16.00 Discussione
- Ore 16.15 Presentazione Abstract partecipanti
- Ore 16.45 Coffee Break
- Ore 17.00 **Appuntamenti Arena Days:**
- Presentazione Net-Audit e EGPRN
 - Audit, Statistica
 - EBM, Etica Sociale
- Dott. M. Baruchello, Dott. G. Blengio, Dott. G.B. Gottardi, Dott. G. Merlino, Dott. G. Rigon, Dott. D. Sabbi, Dott.ssa S. Zenari*

Sabato
20 aprile

- Ore 9.00 Progetti di ricerca su Database medici in Italia
Prof.ssa C. Nicodemo
- Ore 9.30 Discussione
- Ore 9.45 **Tavola Rotonda:**
Accademizzazione Medicina Generale in Italia
Partecipanti: Prof. C. Chiamulera, Dott. L. Faggian, Dott. A. Franchini, Dott. S. Girotto, Prof. P. Minuz, Dott.ssa C. Pastori, Dott. F. Petrazzuoli, Dott. G. Rigon, Prof.ssa S. Tosato
Prof.ssa M.S. Padula (Università di Modena)
- Ore 10.45 Discussione
- Ore 11.00 Coffee Break
- Ore 11.15 **Appuntamenti Arena Days:**
- Organizzazione, Counseling, Navigazione in rete consapevole
- Dott. C. Andreoli, Dott. F. Del Zotti, Dott. R. Tulino, Dott. A. Virga*
- Ore 11.45 Presentazione Abstract partecipanti
- Ore 12.15 Conclusioni
Dott. F. Del Zotti, Dott. G. Rigon

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

Abbiamo piacere di introdurre un 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.

Il numero esordisce con una consensus tra MMG esperti italiani. 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 la nascita di reti di Audit e Ricerca nate in quel periodo (ad es Health Search; Netaudit; Csermeg-Mario Negri); 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.

Dopo 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).

Purtroppo 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. 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. Tomasi. Ma il numero introdurrà anche una importante iniziativa (vedi locandina in apertura): 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.

Sopra vedete la brochure con tutte le modalità per iscriversi: gli argomenti presentati saranno l'accademizzazione della MG, gli skill utili alla MG contemporanea: Audit, Ebm, Ricerca, Management dell'ambulatorio, Skill relazionali, etici e biopsicosociali, e rischi e vantaggi della navigazione dei vari strumenti di comunicazione a distanza offerti dalla Rete. Vi sarà spazio per comunicazioni orali o poster. Nell'ultima parte di questo numero raccogliamo gli interventi, pervenuti alla nostra rivista, di MMG accademici di svariati Paesi europei (Francia, Grecia, Olanda, Slovenia, Svezia), interventi in cui i colleghi stranieri ci spiegano come hanno realizzato il dipartimento di MG nel loro Paese.

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, *MMG membri Net.Audit*

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.

Non 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.. Dal riconoscimento di esse è bene partire per la formalizzazione di vere e proprie cattedre e dipartimenti gestiti da MMG.

Molti 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: spesso per barocchismi amministrativi e a volte, per ostacoli da parte di alcuni ambienti universitari che ritengono che la Medicina Generale sia solo una variante della medicina clinica standard, e che quindi debba essere insegnata solo da universitari non MMG. Infine non dobbiamo scotomizzare le nostre stesse resistenze o errori.

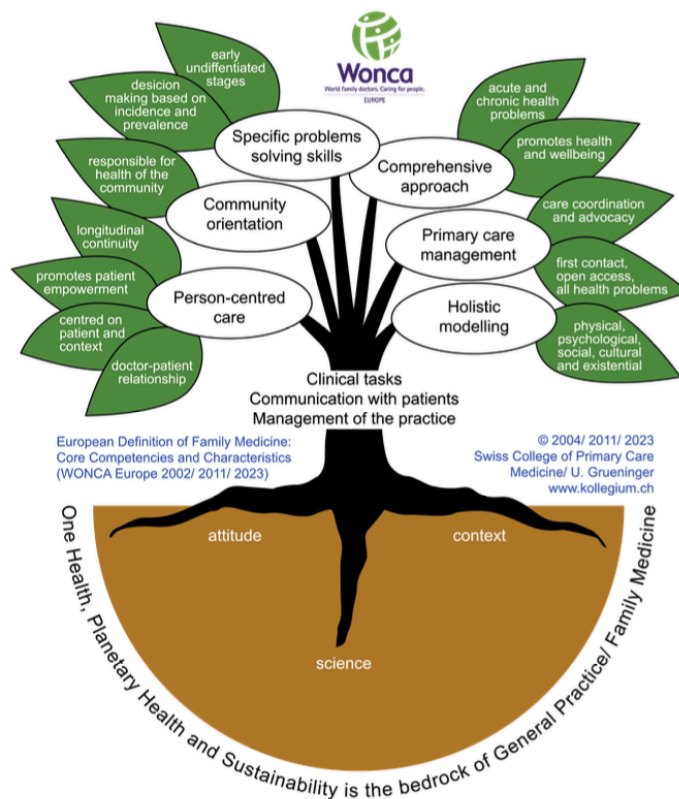
OBIETTIVO PRINCIPALE

Nel 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>

WONCA 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 WONCA. 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

Nei primi anni '80 abbiamo inventato le cartelle cartacee orientate per problema (metodo Weed)¹, 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

Abbiamo 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

¹ 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 (POMR). Il POMR 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

Abbiamo 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

Negli 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

La 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. L'Audit e la Ricerca hanno 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

In 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*".

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 integrato curriculare di **MG eCure Primarie**, presente come disciplina autonoma nel Manifesto degli studi di Medicina, 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, Roma, Perugia).

(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 dei medici che esercitino la professione di 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

Per 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.

Vi sono poi equivoci sulla presunta sovrapposizione tra Medicina Generale da una parte ,e, dall'altra parte, 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 con la relativa computerizzazione; si veda inoltre la visita domiciliare peculiare del MMG. Tali elementi sostengono quindi il fatto che 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***

In sintesi

Perché l'insegnamento della MG studenti di Medicina	<ul style="list-style-type: none"> per rispondere ai bisogni di apprendimento degli studenti (e quindi dell'Università) prima delle scelte professionali definitive, del SSN e dei MMG per rispondere alle direttive legislative in divenire (direttive CEE sull'insegnamento universitario)
Quali obiettivi di apprendimento per lo studente	<ul style="list-style-type: none"> conoscere l'attività del medico anche al di fuori dell'ospedale prendere contatto con modelli assistenziali diversi da quelli dell'insegnamento Accademico tradizionale 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>)
Contenuti didattici	<ul style="list-style-type: none"> Cosa sapere Cosa sapere fare Come sapere essere <p> } nell'assistenza al paziente extra-ospedaliero } nella gestione delle incertezze } nel rapporto di relazione con il paziente e famiglia </p>
Percorso didattico:	
Programmazione (quale anno e per quanto tempo) e metodologia	percorso formativo pluriennale: <ul style="list-style-type: none"> <u>obbligatorio</u> nel secondo triennio: 66 ore di seminari; 6 settimane di attività didattica pratica (tirocinio, apprendimento guidato) <u>parte elettiva</u> seminari integrati con altre discipline, in tutti gli anni, con crediti aggiuntivi
Chi insegna agli studenti	
<ul style="list-style-type: none"> I docenti I "cultori della materia" I tutori Chi forma i docenti Chi forma i tutor Chi accredita i tutors e i docenti 	<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 anno) 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 anno</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"> In quali sedi si insegna 	<ul style="list-style-type: none"> Università Studi dei MMG, domicilio dei pazienti, Residenze Protette Servizi socio-sanitari del Distretto
La Valutazione	
<ul style="list-style-type: none"> Chi valuta Chi valutare Cosa valutare Tipo di valutazione 	<ul style="list-style-type: none"> Tutor MMG, Committente (Università), Studenti studente tutor didattica Contenuti, ma soprattutto performances e abilità cliniche e relazionali Formativa: fatta dai Tutor MMG, dall'Università, dagli Studenti (che valutano il tutor) Certificativa: la valutazione finale del Corso fatta con un esame finale, con voto in 30esimi, fatta dal Docente Medico di MG

Introduzione

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

Per far apprendere al futuro medico conoscenze, competenze, abilità e soprattutto approccio metodologico alle persone; perche lo studente sia 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 sostenere gli studenti 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 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.

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 tre moduli didattici, al IV, V, VI anno, con una didattica teorico-pratica (seminari e tirocinio), per un totale di 13 CFU

- 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 rapp. 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_PA_RT_COD=N0)

[CDS_ID=10282&AA_OFF_ID=2014&AD_ID=20963&AA_ORD_ID=2009&PDS_ID=9999&FAT_PART_COD=N0&DOM_PA_RT_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_PA_RT_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_PA_RT_COD=N0)

[CDS_ID=10282&AA_OFF_ID=2014&AD_ID=22564&AA_ORD_ID=2009&PDS_ID=9999&FAT_PART_COD=N0&DOM_PA_RT_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_PA_RT_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_PA_RT_COD=N0)

[CDS_ID=10282&AA_OFF_ID=2014&AD_ID=22580&AA_ORD_ID=2009&PDS_ID=9999&FAT_PART_COD=N0&DOM_PA_RT_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_PA_RT_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:

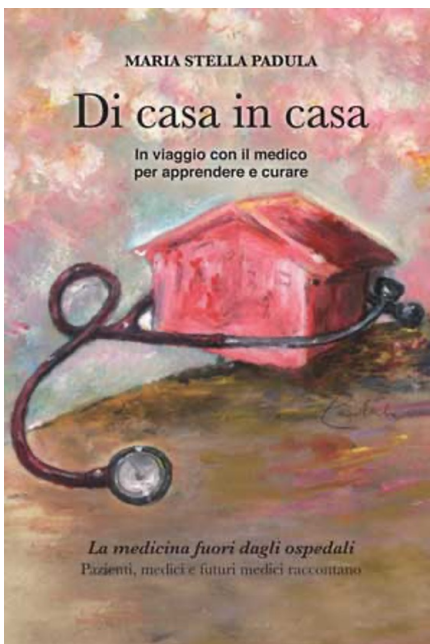
L'insegnamento universitario della Medicina Generale: manuali per il medico generale Tutor e per lo studente



<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.idelsongnocchi.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 - II edizione, 2015-2016
Metodi e strumenti per l'insegnamento clinico della Medicina Generale nelle Cure Primarie

OBBIETTIVO DIDATTICO GENERALE
Formare docenti di Medicina Generale attraverso l'apprendimento di metodi e strumenti per trasmettere i contenuti peculiari e la abilità specifiche della Medicina Generale nelle Cure Primarie, nel terzo millennio. In particolare durante il Master i partecipanti acquisiranno abilità a svolgere:

- attività didattica di tutor nello studio del medico e a domicilio dei pazienti
- attività formativa nel ruolo di mentore
- attività didattica in aula
- attività didattica in piccolo gruppo
- 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
- abilità a formare pazienti e caregiver formati e utilizzati nei team dei formatori 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
L'insegnamento clinico e la metodologia per far apprendere l'approccio al sano e al malato nel setting della MG nella Cure Primarie

- Il metodo e gli strumenti per valutare l'apprendimento
- La relazione Medico-Paziente e le relazioni nel setting della MG
- Il Coaching e l'empowerment del paziente
- La Medicina narrativa per la Medical Education
- La tutorship e la formazione del tutor
- 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 sano/malato nella casa della salute
- Ricerca e audit per il generico 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 80 CFU così suddivisi:

- 15 CFU di formazione "tecnica" (apprendimento di tecniche e strumenti applicati alla clinica, relazione e organizzazione dell'assistenza, con apprendimento in aula, didattica essenziale in piccolo gruppo e studio individuale con poche lezioni tecniche di sintesi e molti momenti di briefing e debriefing)
- 15 CFU di tirocinio (addebiamento in studio del MDG, domicilio aule didattiche su Unimore che sarà universitario, con osservazione e applicazione per mettere in pratica le tecniche apprese)
- 10 CFU per la preparazione della tesi finale.

DOCENTI DEL MASTER
MDG italiani ed europei; docenti universitari della Facoltà di Medicina e di Scienze della Formazione dell'Università di Modena e Reggio Emilia; docenti della SIPeM

DESTINATARI

- Medici di Medicina Generale, convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale
- Pediatrati di libera scelta
- Professionisti, medici e infermieri, che operano nelle cure Primarie
- Laureati in scienze infermieristiche o in altro (DMS-SPREC/1)

SEDE, DATA E DURATA DEI SEMINARI RESIDENZIALI
la sede è il Centro Servizi Didattici della Facoltà di Medicina e Chirurgia, Via del Pizzico, 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 dei "Pazienti e Caregiver Formativi"

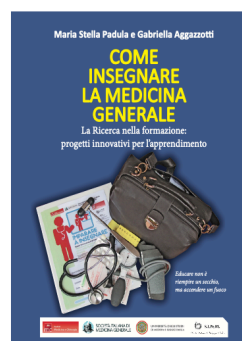
- I sessioni: 2-6 settembre 2015
- II sessione: 8-12 dicembre 2015
- III sessione: 3-7 febbraio 2016
- IV sessione: 5 giugno 2016
- V sessione: 7-11 settembre 2016
- VI sessione: 5-10 dicembre 2016

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.



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 Tutor, 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.

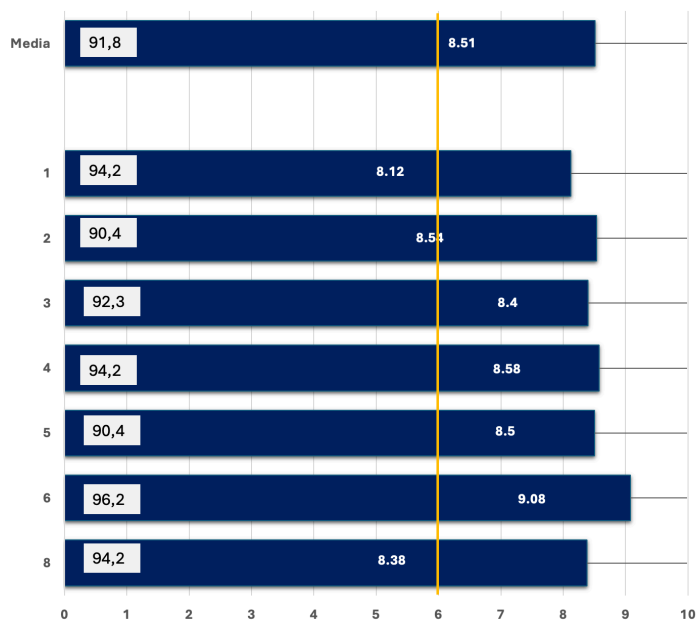
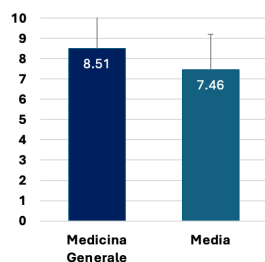
In questi anni più di 20 studenti si sono laureati presentando Tesi di laurea in Medicina Generale e medicina del Territorio

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.

1	Nel caso l'insegnamento preveda attività di reparto e/o di ambulatorio, i contenuti delle lezioni frontali previsti nel corso garantiscono allo studente un'adeguata preparazione di base per approcciarsi all'attività clinica? Indicare il grado di adeguatezza della preparazione fornita	Propedeuticità fra Lezioni Frontali/ Tirocinio
2	Nel caso si alternino più docenti nell'insegnamento, vi è coordinazione su programma e modalità di insegnamento? Indicare il grado di coordinazione	Coordinazione fra docenti
3	Gli obiettivi formativi del tirocinio sono indicati in uno specifico programma ? Indicare il grado di chiarezza del programma (1= programma non fornito)	Programma (= definizione degli obiettivi)
4	Il tirocinio è adeguato rispetto agli obiettivi formativi? Indicare il grado di adeguatezza	Adeguatezza rispetto obiettivi
5	Il tirocinio è organizzato in maniera tale da fornire un apporto utile all'apprendimento della materia? Indicare il grado di utilità	Organizzazione e Utilità
6	I/il docenti/e responsabili/e del tirocinio (tutor) sono effettivamente presenti, disponibili e garantiscono una continuità di insegnamento? Indicare il livello di presenza effettiva del docente/tutor (1= non presente)	Presenza Tutor
7	Con quale modalità è stata eseguita la valutazione del Tirocinio? <i>Indicare la tipologia di valutazione del Tirocinio</i>	Valutazione dell'apprendimento delle skills di tirocinio
8	Il sistema di valutazione da parte del docente è definito e chiaro, trasparente, e le modalità di esame predefinite vengono rispettate in sede di esame? Indicare il grado di chiarezza di gestione della valutazione	Adeguatezza delle modalità di valutazione
Commenti Liberi		

Valutazione da parte degli studenti sui Docenti dell'Università di Modena

**Medicina Generale
N= 52**



Valutazione da parte degli studenti sui Docenti del Corso di Medicina Generale in relazione alle altre discipline

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.

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.
- Del Zotti F. *Metodi di Medicina Generale*, Levante editore 1993
- Girotto S, Gottardi GB, De Conto U. *Medicina generale. Storie e clinica della pratica quotidiana*, Edizioni Medico-Scientifiche, 2019

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 1-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 Hovelius 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.

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?

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 Mölsted (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.

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%.

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. Although the number of PhDs has increased, the proportion of PhDs in our specialty is still significantly lower than in most other clinical specialties. 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 clinical experience, but the disadvantage is that the research career is relatively short as well as the time they can work as a supervisor.

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, and within the specialization service, a compulsory scientific thesis is now introduced.

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 Hovelius**, 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.

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

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 della 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

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.

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

Negli scorsi numeri del nostro bollettino abbiamo presentato una nuova rubrica: la storia del rapporto tra MMG e accademia della MG in Europa. 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.

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

Sono 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 Paese (voli, vitto ed alloggio et cetera). Spesso 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'Öresund 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.

Le 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 da 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-care1a496290-ec9c-4742-886f-00548f9c79fb>). 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.

A 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 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 Karolinska 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 oggi giorno 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 riguardanti lo studio e la ricerca.

Gli 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.

PROFESSIONALIZATION AND ACADEMIZATION OF FAMILY MEDICINE IN THE NETHERLANDS

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

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 specialist 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 voluntarily 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 General 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 Geneeskd* 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.
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.

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

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 specialization 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 organized 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 organized 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.

In 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 modeled 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 standardized 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 assistants.

The 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.

The 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 positions as teaching assistants or as researchers employed on projects. Our 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 and 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?

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 taking 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 Europev, 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 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.

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

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

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 carrier and it has been resulted in one of my first international publication (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 (Isacson et al, 1992). Another pivotal moment in my journey was my time at the University of Linkoping, where I worked closely with my Swedish colleagues and friends at the Department of Primary Care, School of Health Sciences and namely Prof. Erik Trell and Prof. Tomas Faresjo. 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 (Faresjo et al 2006; Faresjo 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.