



CURRICULUM

del Corso di formazione specifica in Medicina generale
della Provincia Autonoma di Trento

1.IL CONTESTO E GLI OBIETTIVI	2
2.PRESENTAZIONE DELLA SCUOLA E OBIETTIVI FORMATVI DEL CORSO TRIENNALE	3
2.1 Mission.....	3
2.2 Competenze	3
2.3 Descrizione della struttura curriculare per competenze	5
2.3.1 Competenze metodologiche.....	5
2.3.2 Competenze cliniche ampliate.....	7
2.3.3 Quadri clinici e situazioni ricorrenti	7
2.3.4 Specifiche attività d'équipe e comunitarie	10
3.ATTIVITA' FORMATIVE	11
Ambiente professionalizzante	11
Didattica formale	11
Ambienti della didattica formale	11
Tipologie di didattica formale.....	12
4.VALUTAZIONE	13
5.ORGANIZZAZIONE DEL CORSO.....	14
REGOLAMENTO DEL CORSO	16
APPENDICE.....	27

1. IL CONTESTO E GLI OBIETTIVI

Negli ultimi anni il contesto di apprendimento del medico iscritto alla formazione specifica in medicina generale (di seguito corsista) in Italia ha subito profondi mutamenti, legati alla pandemia e alla carenza di professionisti. La possibilità di assumere incarichi lavorativi (con limitato numero di pazienti) durante il percorso formativo è risultata di difficile integrazione sia con i principi della *Medical Education* sia con la normativa che regola la formazione specifica in medicina generale (FSMG). Ciò ha messo in crisi il modello della gradualità nella formazione: da una situazione di apprendimento ad una situazione di assunzione di responsabilità lavorative. I formatori sono stati costretti a rivedere le modalità di trasmissione e attivazione delle competenze.

Inoltre, le incertezze riguardo al futuro ordinamento della formazione e la futura organizzazione delle cure primarie hanno costretto i formatori a rivedere in modo radicale le competenze da insegnare.

La Scuola di formazione specifica in medicina generale di Trento (di seguito Scuola) ha intrapreso quindi un processo di revisione e di innovazione del programma formativo sulla base delle più recenti indicazioni della letteratura della formazione medica e dei programmi basati sulle competenze recentemente attuati in Italia e raccomandati a livello europeo e con la consulenza di tutti gli stakeholder delle cure primarie: medici di medicina generale di diverse generazioni, professionisti sanitari, corsisti, rappresentanti dei pazienti e manager della locale azienda sanitaria.

Il presente Curriculum si compone di un programma di indirizzo (capitoli 2-5) e di un regolamento del corso di formazione specifica in medicina generale. Il programma di indirizzo ha l'obiettivo di rispondere alle sollecitazioni del contesto presente e alle incertezze del futuro, rimanendo al contempo aderente alle indicazioni pedagogiche e alle esigenze dei professionisti. L'obiettivo è quello di formare un medico di medicina generale (di seguito MMG) che venga incontro ai bisogni di salute degli individui e della comunità.

Queste le caratteristiche principali:

Un programma che

faciliti la progressione e l'impegno del corsista da un ruolo di discente ad un ruolo di professionista, rispettando la sicurezza del paziente;

faciliti l'apprendimento di competenze attraverso una offerta formativa "blended", ovvero basata su ambienti di apprendimento molteplici (aula in presenza, on line sincrono o asincrono, spazi di discussione e lavoro di gruppo guidati o autonomi, utilizzo di piattaforma on line);

veda come modalità di apprendimento privilegiata l'apprendimento sul campo, facilitato da figure di formatori differenziate a seconda delle esigenze di apprendimento (tutor o supervisori);

veda come modalità principale di apprendimento formale d'aula l'apprendimento basato sui casi (autocasi o casi didattici);

stimoli l'autoapprendimento libero o guidato ;

preveda tempi liberi dall'attività convenzionata per la formazione e lo sviluppo professionale;

sia basato sull'insegnamento di contenuti che attivino le competenze di base e sull'utilizzo di modelli operativi snelli ed efficaci condivisi dal corpo docente che attivino le competenze cliniche ampliate

2. PRESENTAZIONE DELLA SCUOLA E OBIETTIVI FORMATIVI DEL CORSO TRIENNALE

2.1 Mission

La Scuola di formazione specifica in medicina generale di Trento ha la seguente mission:

Costruire un ambiente di apprendimento in cui il corsista acquisisca il metodo e le competenze utili ad esercitare la pratica professionale di medico di medicina generale. Obiettivo è quindi formare un professionista con competenze che siano sintesi di capacità clinica, capacità relazionale e capacità di lavorare in modo organizzato in team.

Contribuire alla costruzione di una identità professionale che consenta ai corsisti di entrare nella comunità di pratica della medicina generale.

Stimolare i corsisti allo sviluppo professionale continuo.

Stimolare la riflessione sull'azione così da essere "professionista" e non solo "tecnico", ovvero un medico "pensante" e non un medico "esecutore".

2.2 Competenze

Nello specifico gli obiettivi della Scuola sono di attivare e/o fornire un ambiente di apprendimento per le competenze attese del medico di medicina generale.

Natura delle competenze

Le competenze da raggiungere, come vengono intese nel presente programma, non si riferiscono all'atteggiamento globale di un professionista, fisso e universalmente valido a prescindere dal contesto e dall'esperienza, bensì sono singole abilità che si attivano nella situazione lavorativa, risultato di tre dimensioni osservabili e valutabili (*Harden 1999, Jason 2010, Amore 2020*):

- **C= knowledge** - conoscenze (*sapere*, secondo la terminologia correntemente utilizzata in Italia)
- **A= skills** - abilità/capacità pratiche e operative (*saper fare*- *saper pensare*)
- **V= behaviour** – attitudini/atteggiamenti/comportamenti/valori (*saper essere*- *saper apprendere*)

Queste dimensioni sono trasmesse e valutate con modalità diverse:

Dimensione della competenza	Ambiente	Modalità di trasmissione
Conoscenza	In presenza in aula Autoformazione	Lezione Studio
Capacità	Simulazioni Frequenza di attività professionalizzanti	Osservazione Simulazione Attività in ambiente protetto Attività in autonomia
Valore e atteggiamento	Laboratori Frequenza di attività professionalizzanti	Riflessione

Tener conto di queste dimensioni determina le modalità attraverso cui le competenze possono essere trasmesse: la lezione nella loro componente di conoscenza, la frequenza di attività professionalizzanti nella loro componente di abilità/capacità. Si noti che tale componente non comprende solo le abilità pratiche e le manovre, ma anche le capacità simboliche di ragionamento clinico, decisionali e metodologiche. La terza componente descrive un'area in cui coesistono

attitudini/comportamenti/valori: è la più difficile da trasmettere e può essere alla base di insegnamenti o laboratori o riflessioni in setting d'aula o sul campo.

Priorità delle competenze

Le competenze sono inoltre classificate su tre livelli di priorità (*Ministero della Salute 2005, SIMG 2006, SNAMID 2005*):

- **Priorità I** = intese come competenze di base, indispensabili, che devono essere acquisite da tutti i MMG e pertanto valutate e certificate e la cui assenza mette in seria discussione la capacità del MMG.
- **Priorità II** = intese come competenze importanti, che devono essere acquisite dalla maggioranza dei MMG e quindi rappresentare un patrimonio culturale diffuso all'interno della MG.
- **Priorità III** = intese come competenze di eccellenza, che delineano uno speciale interesse o vocazione del singolo MMG in quell'area del sapere o comunque un criterio di eccellenza.

Stratificare le competenze secondo priorità, consente al formatore di costruire il percorso didattico in maniera equilibrata e al contempo mirata al sicuro raggiungimento delle capacità minime necessarie, utilizzando risorse formative adeguate alla rilevanza della competenza. In altre parole, questo approccio consente di modulare l'offerta formativa dettagliando maggiormente gli insegnamenti relativi alle competenze di maggiore priorità.

Gradualità dell'apprendimento delle competenze

Infine, come ben descritto da Dreyfus (Dreyfus 1980), deve essere tenuto presente che l'apprendimento di una competenza avviene con gradualità. Quindi il raggiungimento di competenze su quadri meno complessi avverrà prima rispetto a quello su quadri più complessi, e il livello delle competenze aumenterà nel tempo, sia durante la formazione che successivamente nella pratica. Applicare questa visione, oltre che facilitare la progettazione didattica, consente anche una valutazione del raggiungimento della competenza più fine e dettagliata.

Livello sec. Dreyfus	Denominazione	Raggiungimento di competenze su quadri meno complessi	Raggiungimento di competenze su quadri complessi
novice	Novizio	Al termine del 1° anno	Al termine del 1° anno
advanced beginner	Principiante avanzato	Al termine del 1° anno	Al termine del 2° anno
competent	Competente	Al termine del 2° anno	Al diploma
proficient	Esperto	Al diploma	Dopo il diploma
expert	Maestro	Dopo il diploma	

Definizione dei livelli di competenza (da Dreyfus 1980)

1. Novizio

Il novizio si concentra sull'acquisizione di conoscenze di base e regole, spesso attraverso istruzioni formali. È caratterizzato da un approccio rigido e dall'incapacità di contestualizzare le proprie azioni.

2. Principiante Avanzato

Il principiante avanzato inizia ad applicare le regole apprese in situazioni reali. Acquisisce maggiore familiarità con il contesto e inizia a riconoscere situazioni ricorrenti, ma manca ancora di una visione d'insieme e di capacità di pianificazione.

3. Competente

Il competente è in grado di pianificare e organizzare le proprie azioni, identificando gli obiettivi e le strategie per raggiungerli. Ha una migliore comprensione del contesto e può gestire più aspetti di un compito simultaneamente, anche se manca ancora di flessibilità e adattamento immediato.

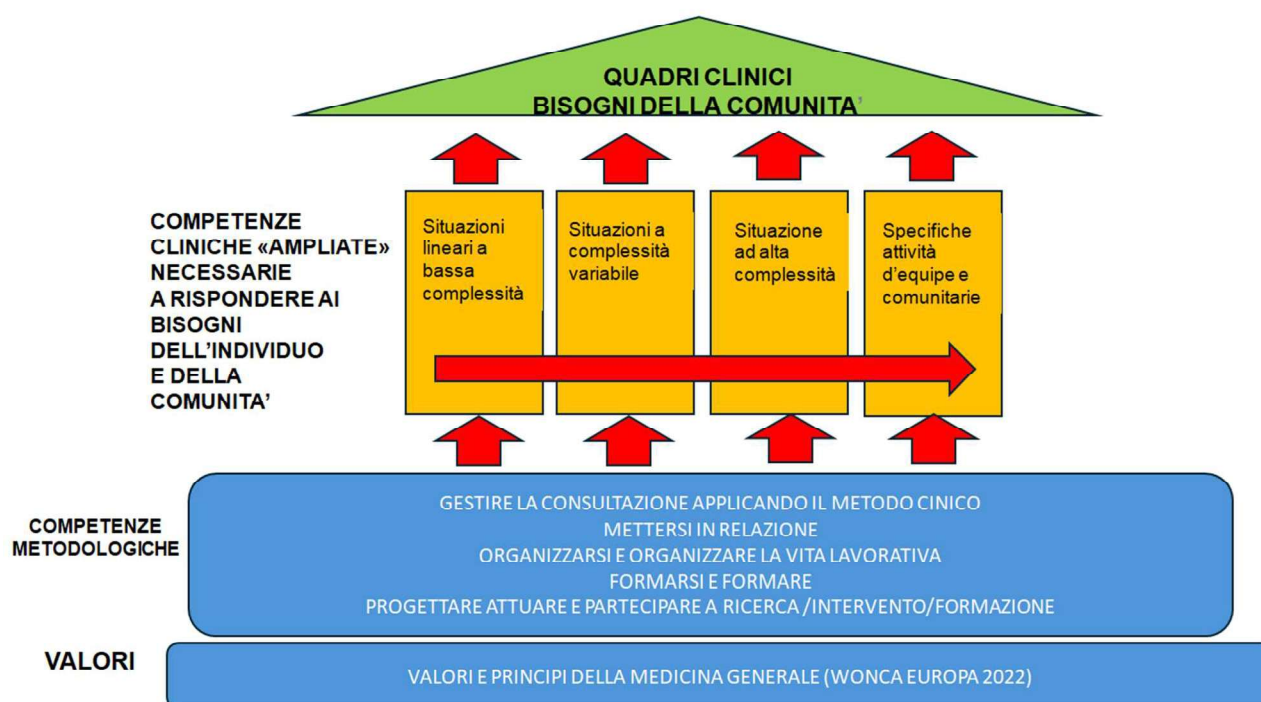
4. Esperto

L'esperto possiede una solida comprensione del contesto e delle situazioni specifiche. Non si basa più su regole rigide, ma utilizza l'esperienza e l'intuizione per risolvere problemi e prendere decisioni. È in grado di adattarsi rapidamente a situazioni impreviste e di apportare miglioramenti al proprio operato.

5. Maestro

Il maestro è un esperto che ha raggiunto un livello di competenza tale da non aver bisogno di pensare consciamente al processo, agendo in modo intuitivo e quasi automatico. È in grado di vedere soluzioni e approcci innovativi che gli altri non vedono, e di guidare gli altri nel loro percorso di apprendimento.

2.3 Descrizione della struttura curriculare per competenze



2.3.1 Competenze metodologiche

Alla base dell'apprendimento si collocano **cinque aree di competenza metodologica (M)**, tre delle quali definibili **competenze distintive ("A", "B" e "C")** e due **competenze trasversali ("D" ed "E")**.

COMPETENZE METODOLOGICHE (M)
Area di competenza distintiva : GESTIRE LA CONSULTAZIONE APPLICANDO IL METODO CLINICO (A)
Area di competenza distintiva : METTERSI IN RELAZIONE (B)
Area di competenza distintiva : ORGANIZZARSI E ORGANIZZARE LA VITA LAVORATIVA (C)
Area di competenza trasversale : FORMARSI E FORMARE (D)
Area di competenza trasversale : PROGETTARE ATTUARE E PARTECIPARE ALLA RICERCA /INTERVENTO/FORMAZIONE (E)

Le **competenze distintive** sono basate sulle competenze del MMG, studiate dagli anni Ottanta ad oggi e su cui esistono prove di efficacia e consenso e sui valori e i principi della medicina generale proposti dalla società scientifica europea della disciplina, la WONCA-EUROPE, e tradotti in Italia (*Forte 2023-vedi Figura 1 in Appendice*). Esse devono essere apprese nel corso dei tre anni, partendo dalle basi concettuali (primo anno), applicate poi ai quadri clinici mediante discussione di casi ed esercitazione in ambiente protetto.

A. AREA DI COMPETENZA DISTINTIVA: gestire la consultazione applicando il metodo clinico	
A1	Applicare i principi e il processo dell'EBM alla situazione clinica coadiuvati anche da strumenti di aiuto alla decisione medica affidabili
A2	Gestire la consultazione utilizzando il metodo clinico peculiare della MG

A3	Conoscere RAO E PDTA, rationale e utilizzo e saper pianificare percorsi diagnostici /terapeutici appropriati
A4	Informare le proprie azioni professionali ai principi della Deontologia Medica e dell'etica
A5	Lavorare nella complessità e nell'incertezza
B. AREA DI COMPETENZA DISTINTIVA: mettersi in relazione	
B1	Costruire e mantenere la relazione con il paziente
B2	Gestire specifiche configurazioni relazionali <i>Relazioni difficili</i> <i>Gestione del conflitto</i> <i>Gestione dell'aggressione</i> <i>Relazioni familiari</i> <i>Gestione distanze e affetti</i> <i>Frequent attender</i>
B3	Saper cooperare in team e gestire i rapporti interprofessionali e intersettoriali <i>Conoscere competenze di altri professionisti</i> <i>Lavorare in team: collaborazione efficace nella condivisione di dati, strumenti e obiettivi</i>
C. AREA DI COMPETENZA DISTINTIVA: Organizzarsi e organizzare la vita lavorativa	
C1	Governare la complessità
C2	Saper organizzare il proprio lavoro <i>Conoscere il sistema sanitario e il proprio ruolo in esso</i> <i>Organizzare il proprio studio</i> <i>Organizzare la borsa del medico</i> <i>Gestire la risorsa tempo</i> <i>Scegliere uno special interest</i>
C3	Allestire e gestire la strumentazione funzionale all'attività dell'ambulatorio di MG
C4	Gestire gli aspetti amministrativi
C5	Gestire la cartella clinica
C6	Lavorare in sicurezza
C7	Mantenere un soddisfacente equilibrio vita/lavoro e una serenità lavorativa

Le **competenze trasversali**, che ogni medico specialista- di qualsiasi disciplina - deve possedere, sono state identificate seguendo le indicazioni del CANMED (*Frank 2015*). Sono competenze necessarie al ruolo di formatore e professionista responsabile del proprio sviluppo professionale continuo e al ruolo di ricercatore.

D. AREA DI COMPETENZA TRASVERSALE: formarsi e formare	
D1	Progettare e attuare il proprio sviluppo professionale continuo
D2	Progettare e attuare formazione tra pari
D3	Contribuire alla creazione e disseminazione del sapere e delle pratiche sulla salute
D4	Gestire l'errore: riconoscere, comunicare e apprendere
*D5	Progettare e attuare la formazione di studenti o professionisti sanitari e di altri settori
E. AREA DI COMPETENZA TRASVERSALE: Progettare attuare e partecipare alla ricerca /intervento /formazione	
E1	Saper interpretare e saper progettare e attuare ricerca nel proprio setting di lavoro
*E2	Saper progettare e attuare la ricerca livello expert

* Priorità III Elettivo

2.3.2 Competenze cliniche ampliate

Le competenze distintive, quando applicate dal professionista nelle sue azioni sul campo, fanno emergere le **quattro aree di competenza clinica “ampliata”**: **tre di esse necessarie a rispondere ai bisogni degli individui e la quarta alla partecipazione all’attività d’equipe e comunitaria**. Le competenze cliniche sono definite ampliate perché contengono dimensioni non solo biomediche, ma anche psicologiche e sociali (modello biopsicosociale-Engel 1977).

Le competenze cliniche “ampliate” sono *attivate* su:

- a) **specifici quadri clinici** proposti nel percorso curriculare, selezionati rispondendo a criteri di priorità (estensione epidemiologica, gravità ed esemplarità formativa)
- b) **partecipazione a specifica attività d’equipe e comunitaria** proposta negli ambienti professionalizzanti laddove possibile (2018 PHC Now or Never. 2020).

Il medico di medicina generale nell’agire quotidiano utilizza tutte le competenze metodologiche sopra descritte, attivandole però in proporzioni diverse in relazione al quadro che è necessario gestire.

2.3.3 Quadri clinici e situazioni ricorrenti

Nella moltitudine di quadri che si presentano all’attenzione del MMG si possono identificare **tre situazioni ricorrenti** definibili per analogia di storia di malattia/problema. Seppure ogni quadro presenti specifiche proprie, si può riconoscere per ciascuna situazione uno schema di condotte del MMG, derivanti dall’attivazione delle competenze metodologiche. La malattia/problema (o l’episodio di malattia) è caratterizzata da fasi sempre uguali nella loro sequenza: presentazione del problema, fase diagnostica, presa in carico del paziente, esito. Se la sequenza è ricorrente, diverse sono le traiettorie che nel tempo si sviluppano in ragione di molteplici fattori che le influenzano (clinici, organizzativi, sociali). La condotta del MMG è orientata quindi alla gestione delle traiettorie di malattia/problema che possono essere raggruppate in funzione della loro complessità.

La prima situazione identificabile è costituita dai **quadri lineari a bassa complessità**.

C1. COMPETENZE CLINICHE “AMPLIATE” AREA 1

Situazione di bassa complessità

Competenza:

Gestire dal punto di vista clinico, relazionale, comunicativo, organizzativo/gestionale, etico deontologico nel setting clinico ambulatoriale, in presenza o in remoto, integrando il proprio ragionamento clinico con le indicazioni delle linee guida e degli strumenti di supporto decisionale:

A: un paziente che presenti una condizione insorta acutamente e che si configuri come emergenza nel setting della medicina generale a basso impatto tecnologico. Nel caso si decida l’invio del paziente al secondo livello di cure o al pronto soccorso, la decisione deve essere caratterizzata da rapidità adeguata e da una alta appropriatezza di invio (escludere falsi negativi e ridurre i falsi positivi)

B: Un paziente che presenti problemi di comune riscontro nella pratica, che rivestono una rilevanza immediata per il paziente e richiedono al medico abilità di diagnosi differenziale e capacità di identificare i problemi non differibili che necessitano di interventi immediati o attuati in giornata, escludendo la presenza di aspetti clinici o psicosociali che introducano elementi di complessità

L’incertezza può essere bassa o alta, e se alta può essere gestita con gli strumenti e le strategie usuali della medicina generale (costruzione di una rete di sicurezza per il paziente, decisione condivisa con il paziente, invio al secondo livello di cura e così via).

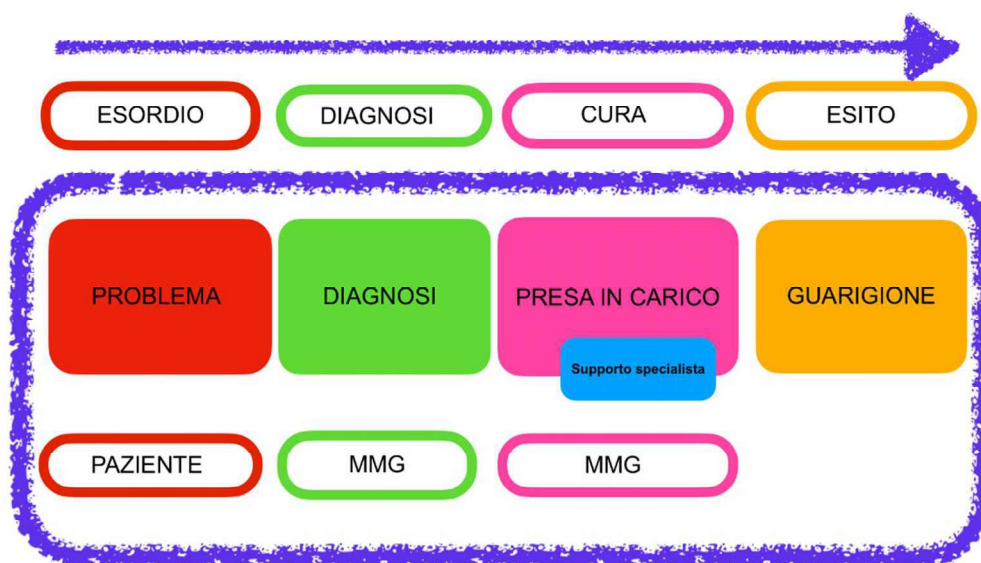
Inoltre, la severità del quadro può essere bassa o alta, e se alta non è comunque complessa, in quanto **gli aspetti coinvolti sono facilmente identificabili e cause ed effetti presentano una linearità che permette una predittività di tipo statistico all’interno del paradigma biomedico, senza travalicare i confini disciplinari**.

Si tratta di situazioni in cui il problema portato dal paziente comporta eseguire una diagnosi operativa che il medico stesso può gestire con la propria expertise, anche inviando al secondo livello, ma con l'attesa di una traiettoria di cura lineare che esita la maggior parte delle volte con la guarigione.

Queste situazioni sono considerate a bassa complessità non in relazione alla gravità della patologia presentata, ma al numero e alla tipologia di competenze metodologiche da attivare

Sono competenze il cui apprendimento profondo (e quindi la capacità di sviluppare una competenza alta) richiede un tempo relativamente breve, sia perché sono all'interno del paradigma biomedico e quindi sono state apprese durante il corso di laurea in medicina e chirurgia, sia perché si rivelano utilmente gestibili da un approccio riduzionista, o per altri versi sono facilmente e nettamente inviabili al secondo livello di cura, e quindi non attinenti alla disciplina.

QUADRI LINEARI A BASSA COMPLESSITÀ



In Appendice, Tabella 1, sono riportate, a titolo esemplificativo e non vincolante, le competenze cliniche riconducibili al quadro.

La seconda situazione identificabile è costituita dai quadri cronici a **complessità variabile**.

C2. COMPETENZE CLINICHE "AMPLIATE" AREA 2

Situazione di complessità variabile

Competenza:

Prendere in carico dal punto di vista clinico, relazionale comunicativo, organizzativo/gestionale, etico deontologico, integrando il proprio ragionamento clinico con le indicazioni delle linee guida e degli strumenti di supporto decisionale il paziente:

A: che presenta problemi CRONICI che richiedono al medico abilità diversificate in una serie di passaggi di presa in carico dal momento della diagnosi al momento della cronicizzazione in collaborazione con gli altri professionisti della salute presenti nel primo e secondo livello di cure, adattando al singolo paziente i percorsi diagnostici e terapeutici, costruendo una relazione di lunga durata;

B: sano che richiede una consulenza o un intervento di promozione della salute.

In questo caso il percorso di malattia non è lineare, ma prevede una serie di passaggi di presa in carico congiunta tra MMG e specialista ed esita in una cronicizzazione del problema, che nel tempo si modifica e necessita di continuo adeguamento degli interventi, mirati alla risposta adeguata ai bisogni del paziente.

Risulta intuitivo comprendere che la gestione di questa tipologia di situazioni trova al suo interno numerosi elementi di complessità legati alla durata nel tempo, alla gestione multiprofessionale e all'esito di cronicizzazione ed evoluzione.

SITUAZIONE DI COMPLESSITÀ VARIABILE



In Appendice, Tabella 2, sono riportate, a titolo esemplificativo e non vincolante, le competenze cliniche riconducibili al quadro.

La terza e ultima situazione è quella di alta **complessità**

C3. COMPETENZE CLINICHE "AMPLIATE" AREA 3

Situazione ad alta complessità

Competenza:

Prendere in carico le situazioni di alta complessità in un ambito di incertezza in cui le varie componenti clinica, relazionale comunicativa, organizzativo/gestionale, etico deontologica si intersecano fra di loro. La competenza è di saper apprendere dal contesto e gestire la complessità, l'obiettivo è di interagire efficacemente con i professionisti del team e i caregivers e la rete profana se presenti, di tenere conto delle risorse date dal contesto assistenziale, di prendere decisioni condivise con il paziente rispettando i suoi valori ma al tempo stesso seguendo i principi etici e deontologici nel rispetto della comunità e delle risorse disponibili.

In questi quadri non è più identificabile una traiettoria lineare, ma ci troviamo di fronte a problemi multidimensionali, a cui non è possibile rispondere con azioni derivanti esclusivamente dalla competenza clinica. In tali situazioni è necessario attivare tutte le competenze metodologiche descritte, che hanno la caratteristica di essere prevalentemente trans-disciplinari per raggiungere la competenza alta nel loro utilizzo necessitano di maggior tempo.



In Appendice, Tabella 3, sono riportate, a titolo esemplificativo e non vincolante, le competenze cliniche riconducibili al quadro.

2.3.4 Specifiche attività d'équipe e comunitarie

Le competenze cliniche "ampliate" sono *attivate* anche nella **partecipazione a specifica attività d'équipe e comunitarie** proposte negli ambienti professionalizzanti laddove possibile, e attivate anche nella didattica formalizzata.

C4. COMPETENZE CLINICHE "AMPLIATE" AREA 4

Competenza:

- *Padroneggiare il concetto di salute e saperlo calare nel luogo in cui va ad operare*
- *Essere capace di reperire informazioni storiche, statistiche ed epidemiologiche sulle caratteristiche di uno specifico territorio e una specifica comunità*
- *Collaborare e favorire i processi di territorializzazione, costruendo le relazioni necessarie ad avviare e mantenere l'educazione permanente in salute*
- *Prendere consapevolezza del proprio ruolo e autorità terapeutica e le sue diverse declinazioni*
- *Lavorare in team: costruire una collaborazione efficace nella condivisione di dati, strumenti e obiettivi*
- *Cogliere e favorire i cambiamenti nell'assistenza multiprofessionale e multisettoriale*
- *Sviluppare il senso dell'ascolto della comunità rispetto al proprio lavoro*
- *Ascoltare bisogni e soluzioni proposte ai bisogni da parte dei membri della comunità, amministratori e professionisti in formazione, creare e promuovere localmente la cultura delle cure primarie*
- *Organizzare la medicina di iniziativa e progetti di promozione della salute*
- *Organizzare risorse e collaborazioni per affrontare le situazioni di Disagio sociale*

3. ATTIVITA' FORMATIVE

Le attività formative necessarie per attivare le competenze sono quelle connesse all'ambiente professionalizzante e quelle connesse alla didattica formale.

Ambiente professionalizzante

L'ambiente professionalizzante è costituito dall'area ospedaliera o dei servizi, e dall'area di lavoro MMG, dove il corsista può essere tirocinante o attivo professionista.

L'ambiente professionalizzante attiva direttamente due dimensioni delle competenze: quelle che abbiamo per brevità denominato abilità (A) e valori (V). L'ambiente attiva indirettamente l'apprendimento delle conoscenze (C) attraverso la stimolazione nel corsista dell'autoapprendimento di conoscenze di fronte al quadro clinico che lo interroga.

Come in ogni Curriculum basato sulle competenze è responsabilità del corsista attivare le competenze specifiche che serviranno nell'esercizio della futura professione, rispettando così i suoi stili di apprendimento e i suoi tempi utilizzando le opportunità di apprendimento che ogni ambiente offre. D'altra parte, l'ambiente professionalizzante deve organizzarsi nell'offrire la possibilità di attivare le competenze prescritte.

Diversa è la situazione del corsista che agisce come professionista all'interno di un team di MMG. In questo caso deve imparare ad essere un professionista riflessivo, creandosi gli spazi di riflessione "on the job", per poi condividere i casi e le riflessioni con il supervisore o i pari.

Didattica formale

Ambienti della didattica formale

La didattica formale viene proposta in due ambienti: in presenza e, nel limite massimo del 50% per cento del monte ore totale, in remoto sincrono. Questa diversificazione dell'offerta formativa è dovuta alla necessità di creare nuove opportunità di apprendimento ad un discente che in molti casi è già professionista. In quest'ottica parte dell'apprendimento in ambiente di didattica formale avviene anche tramite l'autoformazione guidata.

Didattica in presenza

La didattica in presenza è necessaria per creare il senso di appartenenza al gruppo dei pari e poi alla comunità di pratiche, è importante per favorire l'apprendimento dei pari e per attivare la competenza di lavoro in gruppo. E' dispendiosa in termini di tempo in quanto legata ad orari specifici, spesso contemporanei agli orari di lavoro. Inoltre vanno considerati i tempi aggiuntivi di spostamento per recarsi nel luogo di insegnamento spesso distante parecchi chilometri.

Didattica in remoto sincrono

La didattica in remoto sincrono è la didattica online ad orari concordati. Se ben strutturata, riproduce l'esperienza di classe, con i vantaggi della didattica in presenza per quanto riguarda l'apprendimento tra pari, pur non raggiungendo mai l'efficacia della didattica in presenza, in quanto manca la fisicità e si basa su un doppio ambiente (quello in cui è immerso il corsista e quello on line in cui è immersa la classe). Questo doppio ambiente distoglie l'attenzione e affatica molto. Il setting non è frontale o circolare, ma a "francobolli". La didattica deve essere disegnata appositamente, l'incontro completamente riprogettato, sia nei modi che nei tempi. Far entrare i corsisti nel processo di apprendimento è molto più difficile. Può diventare un ambiente sufficientemente efficace, rendendo consapevoli sia i docenti che i corsisti dei limiti di tale modalità didattica, attuando una formazione ad hoc per i docenti e ponendo regole precise di partecipazione all'aula.

Didattica in remoto asincrono (autoformazione guidata)

La didattica in remoto asincrono è una didattica on line che offre al corsista degli "oggetti" digitali che possono essere fruiti al bisogno, al di fuori di orari concordati. La struttura di tali "oggetti" è quella degli OAA (Oggetti Autonomi di Apprendimento): il corsista autonomamente- senza la presenza del tutor- in qualsiasi momento, accede ad uno strumento di apprendimento costituito da una parte valutativa (pre test e post test cognitivo), una parte formativa (dalla lezione all'esercitazione), una parte di approfondimento non obbligatorio di specifiche unità di contenuto. L'apprendimento utilizzando un OAA avviene in decine di minuti, è quindi flessibile, non impegnativo nel tempo e cumulabile con l'apprendimento avvenuto con altri OAA secondo percorsi prestabiliti.

Si utilizzano gli OAA se le competenze da trasmettere sono relativamente semplici e basate su evidenze e linee guida.

Tipologie di didattica formale

Si propongono cinque tipologie di didattica formale, che possono essere attivate in uno o più ambienti.



Sessione integrata

Di cosa si tratta: la sessione integrata è uno strumento formativo flessibile costituito da diverse tecniche didattiche (lezione partecipata, esercitazioni, apprendimento basato sui casi, simulazioni e role-play sono le principali) utili al raggiungimento di un obiettivo strategico specifico. Essa è molto efficace e completa nell'attivare tutte le dimensioni delle competenze, specialmente se è attuata in presenza, ma se ben strutturata può essere efficace anche in remoto sincrono. Nel remoto asincrono con la stessa logica si può costruire un OAA o un percorso di alcuni OAA.

La lezione è relativa a conoscenze specifiche e utilizzabili direttamente in situazione territoriale, e non a conoscenze che si presuppone siano ben padroneggiate dai corsisti, in quanto presenti nei programmi formativi del pre-laurea.

Quando utilizzarla: nell'ambiente della didattica in presenza la sessione integrata deve essere progettata per attivare tutte quelle competenze su cui il corso punta e che sono costitutive del ruolo e della figura del MMG o per attivare competenza su quadri clinici specifici importanti per gravità, epidemiologia ed esemplarità. Può essere progettata negli ambienti della didattica in remoto, sapendo che l'efficacia è minore, e quindi in tali casi può essere riservata all'attivazione di competenze su quadri semplici o di bassa complessità.



Gruppo di-apprendimento dai casi

Di cosa si tratta: il gruppo di apprendimento dai casi è uno strumento formativo potente: unisce i vantaggi della riflessione *on -action* con quelli del lavoro in gruppo di pari. L'oggetto della riflessione è generalmente il caso clinico ma può anche essere un caso problematico di altra natura (ad esempio organizzativa o assistenziale), può essere portato da un partecipante del gruppo (auto-caso) o proposto dal conduttore. Il gruppo può essere eterodiretto (con la conduzione di un esperto o di un pari più esperto) o autodiretto (gruppo di pari). L'apprendimento dai casi (CBL= case based learning) è considerato il miglior metodo di formazione dei clinici, ed è gradito sia dai corsisti che dai docenti.

E' importante che i partecipanti del gruppo identifichino la competenza attivata dalla riflessione e discussione del caso, per riportare sul portfolio il numero finale di casi che hanno attivato una specifica competenza. Inoltre, è utile per identificare gli autocasi frequenti e quelli mancanti da costruire. E' preferibile lavorare su autocasi, ma all'inizio i conduttori devono possedere casi di riserva.

Quando utilizzarlo: è attuato in presenza all'inizio del percorso formativo, per poi essere attuato anche in remoto. Affianca costantemente la sessione integrata, con cadenza settimanale; e può contemplare, se necessario, una presentazione sul quadro su cui c'è stata riflessione o discussione, collegando quindi la pratica alle conoscenze teoriche.



Autoapprendimento guidato

Di cosa si tratta: si concretizza nei "compiti a casa" dati dai docenti. La flessibilità di questa tipologia di apprendimento la rende efficace nel caso di corsisti con incarichi professionali. L'oggetto dell'apprendimento deve essere prevalentemente di tipo cognitivo. Non è escluso un apprendimento di capacità progettuali nel caso della produzione di *project work*. L'importanza di tale modalità didattica deve essere ben chiara al corsista e presente nel patto formativo; i prodotti dell'autoapprendimento guidato sono valutati dal formatore o ne è valutato l'apprendimento quando è richiesto prima di una sessione formativa (nella cosiddetta *flipped classroom*) e quando diventa la base per i passi ulteriori di formazione.

Quando utilizzarlo: quando sono necessarie alla base delle conoscenze ed è importante attivare la dimensione di abilità delle competenze. Responsabilizzando il corsista al lavoro cognitivo, si evita di utilizzare la lezione, dando maggiore

flessibilità all'apprendimento. Lo strumento è efficace se le conoscenze da trasmettere sono semplici o vengono comunque valutate ed integrate nei passi successivi della formazione.



Autoapprendimento

Di cosa si tratta: di autoapprendimento spontaneo per impadronirsi di conoscenze utili a risolvere problemi e casi, seguendo le preferenze del corsista; può essere documentato inserendolo nel portfolio.

Il corsista identifica un proprio caso problematico o pertinente all'attivazione di una competenza specifica, incontrato nell'attività lavorativa o nel tirocinio e lo illustra per iscritto nel proprio portfolio, per poi discuterlo con il tutor o il supervisore o all'interno del gruppo di riflessione dei casi.

Quando utilizzarlo: quando il corsista necessita di un tempo dedicato alla sistematizzazione dei propri apprendimenti e alla autovalutazione finalizzata alla progettazione del proprio percorso formativo.



Lezione Magistrale/Simposio

Di cosa si tratta: di conferenza su temi attuali o di dibattiti tra esperti su temi controversi rivolti a tutti i corsisti. Le lezioni sono videoregistrate in modo che possano essere fruite in differita da chi è assente, dando però una valutazione di maggior punteggio a chi è presente

Quando utilizzarlo: qualora si voglia rendere consapevoli i corsisti sia dell'importanza del condividere conoscenze, sia del condividerle come comunità di pensiero

4. VALUTAZIONE

Il raggiungimento dei livelli di competenza per ogni competenza o area di competenze descritte nel programma deve essere verificato. Tale verifica è certificativa ed effettuata prevalentemente sul campo dai tutor o supervisori.

Anche i livelli di competenza che vengono mostrati quando il corsista presenta un caso clinico sono documentati.

Qualora si riscontri un livello di competenza insufficiente è richiesta al corsista ulteriore formazione su conoscenze legate al caso specifico e/o l'attivazione di competenze cliniche "ampliate" o di competenze di base connesse.

Ai fini dell'ammissione all'esame finale sono considerati due elementi di valutazione:

- frequenza: ore di didattica in ambiente professionalizzante (tirocinio) e ore di didattica formale frequentate, numero di autocasi discussi;
- competenze raggiunte: raggiungimento competenze certificate da tutor e docenti, 100% di tutte le competenze ritenute dalla Scuola rilevanti e preventivamente comunicate al corsista e 50% delle altre.

Tesi: Gli elaborati presentati all'esame finale dovranno consentire alla commissione di esame di valutare i livelli di competenza raggiunti dai corsisti nell'area di competenza trasversale "Progettare, attuare e partecipare alla ricerca/intervento /formazione, dimostrando la capacità di porre domande di ricerca pertinenti e rilevanti per la medicina generale. Oggetto di valutazione sarà anche la scelta di diverse tipologie di progetto (presentare un caso clinico esemplare, una ricerca di letteratura, ricerca su tesi del passato, project work di lezioni e formazione su un quadro clinico, project work rispetto alle organizzazioni,...).

5. ORGANIZZAZIONE DEL CORSO

Il decreto legislativo n. 368/1999 e s.m. "Attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e delle direttive 97/50/CE, 98/21/CE, 98/63/CE e 99/46/CE che modificano la direttiva 93/16/CEE" prevede che il diploma di formazione specifica in medicina generale si consegua a seguito della frequenza di un corso della durata di 3 anni (36 mesi) per un totale di 4800 ore di cui 2/3 rivolti all'attività di natura pratica.

Il corso si articola in attività didattiche connesse alla didattica formale (1/3) e connesse all'ambiente professionalizzante (2/3), da svolgersi presso strutture ospedaliere e territoriali e presso gli ambulatori di medicina generale di medici tutor iscritti nell'apposito elenco provinciale e/o presso l'ambulatorio del corsista stesso, qualora titolare di incarico professionale compatibile con la formazione come da normativa vigente.

Il corso di formazione specifica in medicina generale della Provincia di Trento è organizzato a tempo pieno.

L'impegno settimanale previsto è quantificabile in 37 ore distribuite su 5 giorni e così mediamente suddivise:

20 ORE	ATTIVITÀ IN AMBIENTE PROFESSIONALIZZANTE
4 ORE	ATTIVITÀ DIDATTICA FORMALE
3 ORE	AUTOFORMAZIONE GUIDATA
10 ORE	AUTOFORMAZIONE NON GUIDATA

Per agevolare la frequenza e l'organizzazione delle attività formative, l'attività didattica formale in presenza e remoto sincrono (quest'ultimo per un massimo del 50% sul monte ore totale dell'attività in ambiente formale) è generalmente concentrata in un unico giorno a settimana, definito all'inizio del corso e la cui programmazione è comunicata ai corsisti a cadenza almeno trimestrale. L'attività didattica formale in remoto asincrono (autoformazione guidata) è demandata all'autonoma organizzazione del corsista.

Ne consegue che l'attività in ambiente professionalizzante in presenza si svolge per 4 giorni alla settimana (20 ore a settimana), con orario flessibile concordato con il tutor in rapporto alla disponibilità di opportunità formative e all'eventuale impegno lavorativo del corsista con incarico professionale compatibile.

Oltre alle 27 ore settimanali impegnate in attività didattiche guidate (autoformazione guidata, attività didattica formale, attività in ambiente professionalizzante), sono riconosciute 10 ore a settimana per attività di studio individuale a supporto dell'esperienza formativa sia in ambiente professionalizzante che nella didattica formale.

Di seguito è indicata una ripartizione oraria indicativa delle attività didattiche, che integra l'impegno orario del corsista con le esigenze organizzative della Scuola.

	AUTOFORMAZIONE NON GUIDATA*	ATTIVITÀ IN AMBIENTE PROFESSIONALIZZANTE	ATTIVITÀ IN AMBIENTE FORMALE	AUTOFORMAZIONE GUIDATA	
I ANNO	450 ore	840 ore	180 ore	135 ore	1575
II ANNO	450 ore	840 ore	180 ore	135 ore	1575
III ANNO	450 ore	620 ore	124 ore	93 ore	1650
LAB TESI			303 ore		
tot	1350 ore	2300 ore	787 ore	363 ore	4800

* le ore di autoformazione non guidata si riferiscono per un terzo (450 ore) alla didattica formale e per due terzi (900 ore) all'attività in ambiente professionalizzante.

L'attività didattica svolta in ambiente professionalizzante, come previsto dal decreto legislativo n. 368/1999 e s.m., è articolata sulla frequenza di 7 aree: Medicina generale (33%), Medicina (17%), Ostetricia e ginecologia (5%), Pronto Soccorso (9%), Distretto (17%), Chirurgia (8%), Dipartimenti Materno infantili (11%).

A tali frequenze si aggiunge un periodo che il corsista può personalizzare in base all'autovalutazione del livello raggiunto per ciascuna competenza prevista dal Curriculum. L'offerta formativa a scelta è costituita da settimane negli ambienti professionalizzanti tradizionali oppure da frequenze individuate dalla Scuola in ambienti ritenuti significativi per il futuro MMG. La possibilità di personalizzare il percorso potenzia l'autonomia e la responsabilità dei corsisti, stimolando ulteriormente l'acquisizione delle competenze metodologiche previste nel Curriculum.

Di seguito l'articolazione delle attività didattiche in ambiente professionalizzante (3200 ore) coerente con le aree di frequenza previste dal decreto legislativo n. 368/1999 e s.m.:

AREA D. Lgs. 368/99 e s.m.		SETTIMANE	N. ORE
I ANNO	Medicina generale	14	42
	Medicina clinica	7	
	Ostetricia e ginecologia	3	
	Pronto Soccorso	4	
	Distretto	5	
	Chirurgia	3	
	Dipartimenti materno infantili	6	
II ANNO	Medicina generale	14	42
	Medicina clinica	7 (personalizzabile)	
	Ostetricia e ginecologia	3	
	distretto	7	
	Area chirurgica	7 (personalizzabile)	
	Materno infantile	4	
III ANNO	Medicina generale (+ cure primarie)	11	31
	Medicina clinica	4	
	Pronto Soccorso	5	
	Distretto	6	
	Percorso personalizzabile	5	
Autoformazione non guidata			900
TOTALE ORE			3200

REGOLAMENTO DEL CORSO

CAPITOLO I

Organizzazione

Art. 1 Il Direttore della Scuola

Il Direttore della Scuola di formazione specifica in medicina generale è un medico di medicina generale esperto in formazione, individuato secondo quanto previsto dal vigente Protocollo quadro per la formazione specifica in medicina generale. Rimane in carica cinque anni rinnovabili una sola volta. È responsabile di tutta l'attività della Scuola, sia riguardo la formazione specifica in medicina generale sia riguardo le iniziative afferenti alla medicina generale.

In particolare:

- sottopone agli organi competenti la proposta di programma e di regolamento del corso di formazione specifica in medicina generale elaborato dalla Scuola;
- supervisiona il Consiglio direttivo nella progettazione dei corsi di formazione specifica in medicina generale;
- coordina la progettazione, la realizzazione e le valutazioni delle attività formative teoriche e pratiche;
- collabora alla corretta gestione organizzativa amministrativa e contabile della formazione;
- collabora alla corretta gestione del budget economico assegnato, alla stesura della rendicontazione generale riepilogativa e della relazione annuale sull'attività svolta;
- convoca e presiede il Consiglio direttivo della Scuola;
- programma e gestisce la formazione dei formatori che collaborano con la Scuola su indicazione del Consiglio direttivo;
- conferisce gli incarichi ai collaboratori della Scuola, ai sensi degli articoli 9 e 10;
- mantiene i contatti istituzionali con i referenti per la formazione specifica in medicina generale della Provincia Autonoma di Trento e delle altre Regioni/Provincia Autonoma Bolzano.

È facoltà del Direttore, per particolari esigenze, avocare a sé anche un incarico di Responsabile delle attività di cui agli articoli 4, 5, 6, 7 e 8. In tal caso al Direttore, oltre al compenso previsto per il ruolo di direzione, spetta il 60% del compenso previsto per il ruolo di Responsabile.

Art. 2 Il Direttore Vicario della Scuola

Il Direttore Vicario è nominato con incarico annuale, rinnovabile, dal Direttore e scelto tra i componenti del Consiglio Direttivo. Supporta il Direttore per tutte le funzioni elencate all'articolo 1 e lo sostituisce a pieno titolo in sua assenza.

Art. 3 Il Consiglio Direttivo

È composto dal Direttore, che lo presiede e dai seguenti responsabili di area:

- il Responsabile delle attività di didattica formale;
- il Responsabile delle attività di didattica nell'ambiente professionalizzante della medicina generale;
- il Responsabile delle attività di didattica nell'ambiente professionalizzante degli ospedali e delle strutture sanitarie territoriali;
- il Responsabile del laboratorio tesi e ricerca;
- il Responsabile dello sviluppo professionale dei formatori.

I Responsabili di area sono nominati dal Direttore con incarico annuale, rinnovabile, e scelti tra i medici iscritti negli elenchi provinciali degli animatori/formatori, docenti, tutori della medicina impegnati nella formazione continua dei medici convenzionati con il Servizio sanitario provinciale e nella Scuola di formazione specifica in medicina generale,

sulla base di relativo curriculum o in altro elenco a tale scopo istituito dalla Provincia. Per motivate esigenze, il Direttore può nominare tra i responsabili di area massimo un esperto, scelto sulla base di curriculum.

Possono essere chiamati a partecipare alle riunioni del Consiglio Direttivo altri docenti, tutor, esperti nel campo sanitario o della formazione, nonché rappresentanti dei medici corsisti.

Al Consiglio Direttivo spettano le seguenti funzioni:

- definisce il programma formativo triennale dei corsi di formazione specifica in medicina generale e le relative modalità di attuazione dello stesso in relazione all'aula;
- esprime parere sul programma delle iniziative di formazione continua proposte dai Responsabili di area;
- coordina le attività di didattica formale e in ambiente professionalizzante;
- verifica i risultati dell'attività formativa attraverso la predisposizione e l'utilizzo di strumenti valutativi, documentandoli in un report;
- propone iniziative innovative per un miglioramento continuo dell'offerta formativa avvalendosi se necessario anche della collaborazione di formatori esterni;
- definisce progetti formativi di stage da realizzare in forma sperimentale anche all'estero, riconoscendone i crediti formativi nell'ambito del corso;
- propone iniziative di formazione – aggiornamento per docenti e tutor tenuto conto di quanto previsto dalla Giunta provinciale;
- delibera, su proposta del Direttore, in ordine a specifiche problematiche e situazioni didattiche relative ai medici in formazione;
- approva i percorsi di recupero delle attività proposti dai singoli Responsabili delle attività di didattica;
- supervisiona i programmi degli insegnamenti e dei momenti di tirocinio (didattica in ambiente professionalizzante) producendo un parere in merito alla qualità e alla pertinenza di tali programmi rispetto agli indirizzi didattici generali della Scuola;
- ammette il corsista all'esame finale, previa valutazione della completezza del percorso formativo.

Art. 4 Il Responsabile della didattica formale

Il Responsabile della didattica formale garantisce la progettazione, realizzazione e valutazione dell'attività didattica formale della Scuola e in particolare:

- progetta e programma l'attività di didattica formale assicurando la coerenza degli argomenti trattati in aula con le esperienze formative sul campo, coordinando la propria attività con il Responsabile delle attività di didattica nell'ambiente professionalizzante della medicina generale e il Responsabile delle attività di didattica nell'ambiente professionalizzante degli ospedali e delle strutture sanitarie territoriali;
- coordina, avvalendosi della possibilità di delegare ad altro collaboratore, l'attività dei docenti valutando i programmi proposti in merito alla qualità e alla pertinenza degli stessi rispetto al Curriculum della Scuola;
- controlla la realizzazione delle attività di didattica formale e monitora la regolare partecipazione del corsista;
- prevede e struttura strumenti di valutazione del corsista;
- propone al Consiglio Direttivo della Scuola le iniziative di formazione permanente per i formatori in attività;
- in collaborazione con gli altri componenti del Consiglio Direttivo, predispone strumenti di valutazione della qualità dell'offerta formativa.

Il Responsabile della didattica formale propone al Consiglio direttivo i percorsi individualizzati per il recupero delle attività di didattica formale non svolte per assenze giustificate, per i casi di sospensione dalla formazione previsti dagli articoli 18 e 19 e per l'acquisizione di competenze non pienamente raggiunte, compatibilmente con il calendario degli esami certificativi.

Art. 5 Il Responsabile delle attività di didattica nell'ambiente professionalizzante della medicina generale

Il Responsabile delle attività di didattica nell'ambiente professionalizzante della medicina generale garantisce la progettazione, la realizzazione e la valutazione dell'attività didattica presso il MMG e in particolare:

- propone l'abbinamento dei corsisti con i tutor MMG, scegliendo sulla base della disponibilità dei tutori purché iscritti nell'elenco provinciale;
- propone l'abbinamento dei corsisti con i supervisori, scegliendo sulla base della disponibilità dei supervisori disponibili;
- progetta e programma l'attività di tirocinio e supervisione in medicina generale assicurando la coerenza degli obiettivi formativi con gli argomenti trattati in aula, coordinando la propria attività con il Responsabile delle attività di didattica formale e il Responsabile delle attività di didattica nell'ambiente professionalizzante degli ospedali e delle strutture sanitarie territoriali;
- individua modalità di confronto con i tutor e supervisori MMG, finalizzate a programmare e valutare i periodi di frequenza in termini di raggiungimento delle competenze previste dal Curriculum e ne presidia il corretto svolgimento;
- prevede e struttura strumenti di valutazione del corsista;
- accerta che alla fine della frequenza venga prodotta da ciascun tutor o supervisore una relazione valutativa del percorso effettuato che certifichi l'avvenuta frequenza e il raggiungimento delle competenze da parte del corsista;
- segnala al Consiglio Direttivo il bisogno di formazione di nuovi tutor e supervisori e di iniziative di formazione permanente per i tutor e supervisori già in attività;
- svolge una funzione di "ascolto" e supporto per i tutor e supervisori e per i corsisti che presentino difficoltà durante il tirocinio pratico dal medico di medicina generale;
- propone al Consiglio Direttivo della Scuola le iniziative di formazione permanente per i formatori in attività;
- in collaborazione con gli altri componenti del Consiglio direttivo predispone strumenti di valutazione della qualità dell'offerta formativa.

Il Responsabile delle attività di didattica nell'ambiente professionalizzante della medicina generale propone al Consiglio direttivo i percorsi individualizzati per il recupero delle attività pratiche non svolte per assenze giustificate, per i casi di sospensione dalla formazione previsti dagli articoli 18 e 19 e per l'acquisizione di competenze non pienamente raggiunte.

Art. 6 Il Responsabile delle attività di didattica nell'ambiente professionalizzante degli ospedali e delle strutture sanitarie territoriali

Il Responsabile delle attività di didattica nell'ambiente professionalizzante degli ospedali e delle strutture sanitarie territoriali garantisce la progettazione, la realizzazione e la valutazione dell'attività didattica presso gli ospedali e le strutture sanitarie territoriali e in particolare:

- progetta e programma l'attività di tirocinio presso gli ospedali e le strutture sanitarie territoriali assicurando la coerenza degli obiettivi formativi con gli argomenti trattati in aula, coordinando la propria attività con il Responsabile della didattica formale e il Responsabile delle attività di didattica nell'ambiente professionalizzante della medicina generale;
- individua e propone le sedi, i reparti ospedalieri e i servizi territoriali di frequenza per i singoli corsisti e collabora con i Direttori delle varie strutture alla scelta dei medici tutor;
- condivide con i Direttori delle strutture operative e con i tutor scelti gli obiettivi didattici proposti, mantenendo, nel corso della frequenza, contatti costanti per il monitoraggio e la valutazione dell'attività e per la valutazione certificativa;
- accerta che alla fine della frequenza venga prodotta da ciascun tutor una relazione valutativa sul percorso effettuato che certifichi l'avvenuta frequenza e il raggiungimento delle competenze da parte del corsista;
- prevede e struttura strumenti di valutazione del corsista;
- propone al Consiglio Direttivo della Scuola le iniziative di formazione permanente per i formatori in attività;
- in collaborazione con gli altri componenti del Consiglio direttivo predispone strumenti di valutazione della qualità dell'offerta formativa.

Il Responsabile delle attività di didattica nell'ambiente professionalizzante degli ospedali e delle strutture sanitarie territoriali propone al Consiglio direttivo i percorsi individualizzati per il recupero delle attività pratiche non svolte per assenze giustificate per i casi di sospensione dalla formazione previsti dagli articoli 18 e 19 e per l'acquisizione di competenze non pienamente raggiunte.

Art 7 Il Responsabile del laboratorio tesi e ricerca

Il Responsabile del laboratorio tesi e ricerca ha le seguenti funzioni:

- propone annualmente al Consiglio direttivo alcuni temi di ricerca, di interesse della Scuola, da sviluppare con tesi specifiche da parte dei corsisti;
- supporta i corsisti e i loro relatori, nell'elaborazione delle tesi finali;
- valuta gli elaborati di tesi certificandone l'idoneità ai fini dell'ammissione all'esame finale per il conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale;
- propone al Consiglio Direttivo della Scuola le iniziative di formazione permanente per i formatori in attività;
- in collaborazione con gli altri componenti del Consiglio direttivo predispone strumenti di valutazione della qualità dell'offerta formativa.

Art. 8 Il Responsabile dello sviluppo professionale dei formatori

Il Responsabile dello sviluppo professionale dei formatori ha la funzione di migliorare le capacità di insegnamento e valutazione, leadership e management, ricerca e scholarship, al fine di garantire l'innovazione continua della struttura didattica della Scuola.

Nello specifico:

- progetta e attua una formazione personalizzata per i formatori e per il Consiglio direttivo;
- svolge attività di coaching rivolta ai membri del Consiglio direttivo con particolare riferimento agli aspetti di leadership e alle ricadute organizzative;
- monitora i processi organizzativi e formativi avvalendosi dei report di attività prodotti dai Responsabili;
- propone progetti di miglioramento della qualità organizzativa e didattica della Scuola.

Art. 9 Formatori in ambiente professionalizzante

Svolgono l'attività di formatori in ambiente professionalizzante tre tipologie di tutor:

1. Tutor MMG

Sono medici di medicina generale e, per la parte concernente la formazione pediatrica, medici pediatri di libera scelta, iscritti in apposito elenco provinciale, convenzionati con il servizio sanitario nazionale da almeno cinque anni che operano in uno studio professionale e sono titolari di un numero di assistiti in una misura almeno pari alla metà del massimo vigente, alla data di instaurazione del rapporto di tutoraggio. Sono incaricati dal Direttore della Scuola, nel rispetto delle indicazioni del Consiglio direttivo e del principio di rotazione.

Il Tutor MMG è la figura centrale nella formazione del futuro MMG con le seguenti funzioni:

- accoglie il corsista nel proprio studio e lo introduce nell'ambiente della medicina generale;
- partecipa alle riunioni di programmazione e di valutazione organizzate dalla Scuola;
- segue il corsista durante il periodo di frequenza e lo stimola nell'apprendimento dalla pratica;
- verifica il raggiungimento delle competenze previste nelle fasi specifiche del percorso;
- collabora con il Responsabile delle attività di didattica nell'ambiente professionalizzante della Medicina generale per il superamento degli eventuali problemi insorti nella relazione tutoriale con il corsista;
- stimola e supporta il proprio corsista nello studio e nell'approfondimento dei problemi incontrati nella pratica e nella riflessione su di essi;
- certifica l'avvenuta frequenza e il raggiungimento delle competenze previste dal Curriculum, stilando una relazione valutativa sul percorso effettuato.

2. Tutor ospedalieri e delle strutture sanitarie territoriali (comprese le RSA):

Sono identificati, su richiesta della Scuola, all'interno dei rispettivi reparti e U.O. dal Direttore dell'Unità Operativa in base alle capacità didattiche acquisite.

Il tutor ospedaliero e delle strutture sanitarie territoriali ha le seguenti funzioni:

- accoglie il corsista nel proprio reparto o U.O. mostrando le attività svolte all'interno di esso;

- segue il corsista durante il periodo di frequenza, stimolandolo allo studio individuale e ad apprendere dall'esperienza;
- verifica il raggiungimento delle competenze previste dal Curriculum;
- collabora con il Responsabile delle attività di didattica nell'ambiente professionalizzante degli ospedali e delle strutture sanitarie territoriali per il superamento di eventuali problemi che insorgano nella relazione tutoriale con il tirocinante;
- certifica l'avvenuta frequenza e il raggiungimento delle competenze previste.

3. Supervisore coach

Il medico supervisore è un medico di medicina generale già tutor con esperienza che ha frequentato con valutazione positiva il corso di formazione appositamente proposto dalla Scuola. Può essere anche un medico di medicina generale in pensione, qualora la Scuola non trovi disponibilità tra i medici convenzionati in servizio.

Il supervisore segue il corsista che ha un incarico lavorativo compatibile con la formazione come stabilito dall'articolo 17.

Il supervisore ha le seguenti funzioni:

- si rapporta con il Responsabile delle attività di didattica nell'ambiente professionalizzante della Medicina generale, partecipando alle attività di confronto proposte da detto Responsabile;
- garantisce la propria reperibilità per ogni esigenza professionale evidenziata dal corsista in caso di dubbi rilevanti e urgenti incontrati durante le ore di attività in convenzione
- nel caso di mancato raggiungimento delle competenze previste e/o lacune formative, lo segnala al Responsabile delle attività di didattica nell'ambiente professionalizzante della Medicina generale e organizza il recupero attraverso attività integrative;
- segue contemporaneamente massimo 4 corsisti;
- assicura una prestazione professionale di buona qualità da parte del corsista supervisionato;
- assicura uno sviluppo professionale e un miglioramento delle competenze del corsista supervisionato;
- vigila sulla qualità dell'assistenza erogata dal corsista per garantire la sicurezza del paziente.

Art. 10 Formatori in didattica formale

Svolgono l'attività di formatori in didattica formale due tipologie di formatori:

1. Docenti

I docenti, individuati sulla base del curriculum con modalità idonee a garantire la pubblicità, l'imparzialità e la rotazione, sono incaricati dal Direttore, su proposta del Responsabile della didattica formale, tenuto conto delle competenze didattiche e di contenuto dello specifico insegnamento, con priorità per i medici iscritti nello specifico elenco provinciale.

2. Tutor d'aula

I tutor d'aula, individuati sulla base di curriculum, con priorità per coloro che sono iscritti negli elenchi provinciali animatori/formatori, docenti e tutori, sono incaricati dal Direttore, su proposta del Responsabile della didattica formale, a svolgere la loro funzione nell'ambito della didattica formale in relazione alle attività didattiche utilizzate.

Capitolo II

Didattica

Art. 11 Libretto individuale

Il libretto individuale di ciascun corsista si costruisce durante tutto il periodo formativo e si compone di:

- il riepilogo delle frequenze delle attività formali e delle attività in ambiente professionalizzante;
- le valutazioni di tutor e supervisori riguardo le competenze raggiunte;

- gli esiti delle valutazioni certificative annuali;
- la scheda di valutazione finale dei tutor di medicina generale sulle competenze raggiunte;
- lavori rilevanti eseguiti durante il triennio
- le ore di assenza giustificate e per malattia
- il riepilogo delle attività lavorative riconosciute nel monte ore del corso

La Scuola può adottare forme di dematerializzazione del libretto individuale, utilizzando il fascicolo elettronico, facilitando i flussi di comunicazione tra tutti gli attori coinvolti.

Art. 12 Valutazioni in itinere e valutazione certificativa annuale

Per l'attività didattica formale il docente assicura la valutazione degli apprendimenti con metodi pertinenti alla didattica utilizzata (es. uso di casi, di situazioni paradigmatiche, ecc.).

Per l'attività professionalizzante il tutor delle strutture ospedaliere e territoriali ed il tutor medico di medicina generale garantiscono feedback formativi continui e al termine dell'esperienza e compilano una scheda di valutazione in cui accertano la regolarità della frequenza e il grado di raggiungimento delle competenze.

Al termine di ciascun anno è prevista, ai sensi dell'articolo 4 ter della legge provinciale n. 4/1991 e s.m., una valutazione certificativa a cui il corsista è ammesso dal Consiglio direttivo sulla base delle valutazioni dei tutor e docenti.

La valutazione certificativa annuale viene effettuata in modo collegiale da una Commissione nominata dall'ente gestore, presieduta dal Direttore della Scuola e composta da 2 formatori del corso di riferimento. Tale Commissione valuta i periodi effettivamente frequentati dal corsista, l'impegno, la continuità e i risultati raggiunti nell'attività di didattica formale e in ambiente professionalizzante. Se ritenuto necessario, accerta con prove strutturate il livello delle competenze clinico-professionali attese per l'anno di corso di riferimento. Dalla sintesi di questi elementi, la Commissione elabora un giudizio riferito all'impegno, alla continuità e ai risultati raggiunti nell'attività di didattica formale e in ambiente professionalizzante e lo comunica al corsista. Se ritenuto opportuno, la Commissione integra il giudizio con suggerimenti per eventuali miglioramenti o approfondimenti.

Qualora il corsista non superi la valutazione certificativa annuale, è ammesso per una sola volta, al termine del primo o secondo anno, pena l'esclusione dal corso, a ripetere l'anno di formazione senza oneri a carico della Provincia.

I corsisti che hanno usufruito di periodi di sospensione dalla formazione previsti dalla normativa vigente (maternità, servizio militare e da malattie/infortuni superiori ai 40 giorni consecutivi) sono ammessi all'esame certificativo del primo o del secondo anno di corso previo recupero del programma didattico svolto durante il periodo di sospensione fruito e fermo restando che per sostenere l'esame finale per il conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale, devono aver completato con esito positivo la frequenza sia della didattica in ambiente professionalizzante (attività di tirocinio) che della didattica formale (attività teorica).

Qualora il medico non abbia raggiunto le competenze previste per una parte di un determinato periodo di formazione, può recuperare secondo quanto previsto dall'articolo 27 comma 6 del Decreto Legislativo n. 368/1999 e s.m..

Art. 13 Tesi finale

Ai fine dell'ammissione all'esame di cui all'art. 14 e superamento dello stesso, il corsista predispone una tesi finale.

L'argomento della tesi è approvato dal Responsabile del Laboratorio tesi e ricerca e deve riguardare argomenti di rilievo per la medicina generale.

In relazione agli obiettivi di approfondimento che il corsista si prefigge, la tesi può essere costituita da una revisione della letteratura o da una ricerca sul campo.

1. Revisione della letteratura.

Criterio di qualità principale è la sistematicità.

Devono essere esplicitati i criteri di ricerca e di selezione delle fonti bibliografiche con particolare riferimento ai livelli di evidenza delle informazioni raccolte. Possono essere prioritariamente selezionate le fonti secondarie (review sistematiche, linee guida) purché prodotte da fonti istituzionali riconosciute. La ricerca delle fonti deve comunque essere aggiornata selezionando gli studi primari (RCT, studi prospettici e/o retrospettivi, ecc.) di più recente pubblicazione.

2. Ricerca sul campo.

La tipologia della ricerca sul campo è selezionata in funzione degli obiettivi specifici che lo studente si pone. Criterio di qualità non è tanto la rappresentatività statistica, da ricercare ove possibile, ma la coerenza e la correttezza del protocollo di ricerca (criteri di selezione del campione, metodo di raccolta dati, modalità di analisi dei dati). Ove indicato, è possibile utilizzare metodi di ricerca di tipo qualitativo (focus group, interviste in profondità, ecc.); anche in questo caso il criterio di qualità è rappresentato dalla coerenza metodologica del protocollo di ricerca.

Il corsista individua il proprio relatore, che ha il ruolo di guida e di supervisione. Se necessario il responsabile del laboratorio-tesi supporta il corsista nell'individuazione del relatore più idoneo. La struttura metodologica del lavoro di ricerca viene discussa e concordata con il responsabile del laboratorio-tesi.

Nel rispetto delle preferenze individuali è interesse della Scuola mantenere attivi alcuni filoni di ricerca che rientrano in un programma pluriennale di approfondimento di temi importanti per la medicina generale. Le domande di ricerca relative a questi filoni vengono proposte ai corsisti, per un eventuale sviluppo come tesi, prima della pausa estiva del secondo anno.

La tesi può avere struttura e impaginazione di tipo tradizionale, ma può anche essere redatta sotto forma di articolo da pubblicare su una rivista scientifica.

Le tesi sono depositate presso la Scuola.

Il corsista può rilasciare ai sensi della disciplina sul diritto d'autore una dichiarazione di autorizzazione alla consultazione della propria tesi.

Art. 14 Esame finale

Al termine della formazione e ai fini del conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale, è previsto, ai sensi dell'articolo 29 del Decreto Legislativo n. 368/1999 e s.m e del decreto del Ministero della Salute 7 marzo 2006, il superamento di un esame finale da sostenere davanti ad una commissione, nominata dalla Provincia.

Il corsista è ammesso all'esame finale dal Consiglio direttivo, previa verifica della regolare frequenza delle ore di formazione previste dal Curriculum e delle valutazioni positive dei tutor in ordine al conseguimento delle competenze attese per ciascun periodo formativo, ivi compreso il giudizio di sufficienza dell'elaborato di tesi del Responsabile del laboratorio tesi e ricerca.

La Commissione, a seguito di verifica del percorso formativo e previa discussione dell'elaborato di tesi, formula un giudizio finale di idoneità.

Nel caso di giudizio di non idoneità formulato dalla commissione d'esame, il corsista è ammesso a partecipare nuovamente all'esame finale nella prima seduta utile, discutendo una nuova tesi.

L'esame finale può essere sostenuto per un massimo di due volte; nel caso in cui il corsista non superi neppure il secondo colloquio, è escluso dal corso, ma può partecipare a successivi concorsi per l'ammissione alla formazione specifica in medicina generale.

Capitolo III

Diritti e doveri degli iscritti ai corsi di formazione specifica in medicina generale

Art.15 Frequenza del corso e attività professionali compatibili

Il corso è strutturato a tempo pieno, con frequenza obbligatoria. E' fatta salva la possibilità di assumere durante il corso incarichi professionali compatibili con la formazione previsti dalla normativa e con riconoscimento delle ore lavorative nel monte ore del corso secondo le modalità di cui all'articolo 17.

Art. 16 Continuità nella frequenza e assenze giustificate

La frequenza delle attività in ambiente professionalizzante è documentata su apposito modulo, fornito dalla Scuola, controfirmato dal tutor alla fine di ciascun periodo di attività pratica. La frequenza delle attività formali d'aula è certificata con attestazione della presenza da parte del docente.

Il corsista può assentarsi per motivi personali (assenze giustificate) fino ad un massimo di 130 ore all'anno, di cui massimo 44 ore di attività di didattica formale e 86 ore di attività didattica in ambiente professionalizzante, fermo restando il raggiungimento degli obiettivi formativi/competenze (art. 24 co 5 del Decreto Legislativo n. 368/1999 e s.m.) previsti dal presente Curriculum.

Le assenze giustificate rientranti nel monte ore di cui al precedente paragrafo devono essere preventivamente comunicate alla segreteria della Scuola.

Le assenze devono essere recuperate, in termini di raggiungimento degli obiettivi formativi/competenze previsti dal Curriculum, come segue:

- per l'attività in ambiente professionalizzante concordando un piano di recupero individuale con i relativi Responsabili d'area;
- per l'attività di didattica formale concordando un piano di recupero individuale con il relativo Responsabile d'area, che potrà prevedere attività di studio guidato e/o la frequenza di specifiche lezioni d'aula.

Nel caso in cui la valutazione di un periodo di tirocinio pratico non ottenga esito positivo, il corsista è tenuto a ripeterlo in toto.

Il corsista che supera le 130 ore/anno di corso è escluso dal corso: l'esclusione è deliberata dal Consiglio Direttivo e comunicata al corsista e al Servizio provinciale competente.

Art. 17 Riconoscimento nel monte ore del corso delle ore di attività lavorativa compatibile

Per i corsisti che durante il periodo di formazione svolgono attività professionale compatibile prevista dalla normativa, il Consiglio direttivo della Scuola, acquisite e verificate le dichiarazioni in ordine agli incarichi assunti e alle ore di attività svolte, riconosce come segue le ore lavorative nell'ambito del monte ore del corso:

- per incarichi lavorativi che consentano l'avvio della supervisione è interamente riconosciuto il periodo di frequenza nell'area della medicina generale, della frequenza personalizzabile e almeno il 50% delle aree rimanenti;
- per incarichi lavorativi che non consentano l'avvio della supervisione è riconosciuto fino al 30% dei periodi di frequenza in ciascuna area;

La supervisione può essere avviata quando l'attività lavorativa svolta dal corsista preveda l'iscrizione nell'elenco di scelta per gli assistiti o sia caratterizzata da una presa in carico continuativa (almeno 60 giorni) di un gruppo definito di assistiti, come nel caso di incarico temporaneo/mini-convenzione, incarico a tempo determinato/provisorio e incarico di sostituzione assegnato dall'Azienda sanitaria o da un medico di assistenza primaria.

Le ore lavorative eccedenti le 20 ore settimanali non vengono computate nel monte ore del corso e non comportano una riduzione della durata del corso, che è stabilita per legge in 36 mesi.

Le ore di attività lavorativa effettuate nei periodi di sospensione della formazione (agosto, vacanze Natale e Pasqua) non sono riconosciute come ore di formazione secondo i criteri di cui ai precedenti punti.

Rimane l'obbligo della frequenza dell'attività didattica formale come previsto al punto 5 del presente Curriculum, con la possibilità di organizzare l'attività lavorativa come da norma finale 2 dell'Accordo Integrativo Provinciale vigente.

Art. 18 Malattia e servizio militare

Nel caso di assenza per malattia, il corsista è tenuto a darne comunicazione (via mail o telefonicamente) alla segreteria della Scuola il primo giorno di malattia e a presentare al Servizio provinciale competente per materia un certificato medico entro due giorni dall'inizio della malattia, qualora la stessa superi i tre giorni. Le assenze per malattia non rientrano nelle ore di assenza giustificata di cui all'articolo 16.

Le assenze per malattia fino a quaranta giorni consecutivi non determinano la sospensione dal corso ma l'assenza dalle attività in ambiente professionalizzante (tirocinio) e dalla didattica formale (teoria) deve essere recuperata, al fine del raggiungimento delle competenze, con percorsi formativi concordati con i Responsabili della didattica formale e delle attività di didattica in ambiente professionalizzante.

Le assenze per malattia e servizio militare superiori ai quaranta giorni lavorativi consecutivi sono comunicate al Servizio provinciale competente per materia e comportano la sospensione del periodo di formazione, fermo restando che l'intera durata del corso (36 mesi) non è ridotta. In tali casi la borsa di studio è sospesa al superamento del 40° giorno per l'intero periodo di assenza, quindi con recupero di quanto già eventualmente liquidato. Le quote non erogate sono in seguito corrisposte in relazione all'effettivo recupero della frequenza. I percorsi di recupero possono comportare l'inserimento del corsista in altro anno di corso compatibile con il suo programma di recupero.

Art. 19 Astensione obbligatoria e sospensione facoltativa della formazione per accudimento figli

Per la tutela della maternità si fa riferimento agli istituti contenuti nel decreto legislativo n. 151 del 26 marzo 2001 "Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e paternità, a norma dell'articolo 15 della legge 8 marzo 2000, n. 53" e s.m.

In particolare, si menziona:

1. Congedo di maternità (astensione obbligatoria), divieto di adibire alla formazione le tirocinanti:
 - durante i due mesi precedenti la data presunta del parto, salvo quanto previsto al punto 2);
 - ove il parto avvenga oltre tale data, per il periodo intercorrente tra la data presunta e la data effettiva;
 - durante i tre mesi dopo il parto, salvo quanto previsto al punto 2);
 - durante gli ulteriori giorni non goduti prima del parto, qualora il parto avvenga in data anticipata rispetto a quella presunta. Tali giorni sono aggiunti al periodo di congedo di maternità dopo il parto;
 - qualora la gestante presenti minaccia di aborto e/o gravidanza a rischio, deve sospendere la frequenza al corso per il tempo necessario. In tal caso avrà diritto ad entrare in maternità anticipata ed il congedo di maternità (astensione obbligatoria).
2. In alternativa a quanto disposto dal punto 1) è riconosciuta alla corsista la facoltà di astenersi dalla formazione esclusivamente dopo l'evento del parto (o data presunta dello stesso) entro i cinque mesi successivi allo stesso (o data presunta), a condizione che il medico specialista del Servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato e il medico competente ai fini della prevenzione e tutela della salute nei luoghi di lavoro attestino che tale opzione non arrechi pregiudizio alla salute della gestante e del nascituro (art. 16 co 1.1 del decreto legislativo n. 151/2001 e s.m.).
3. Flessibilità del congedo di maternità: ferma restando la durata complessiva del congedo di maternità, le corsiste hanno la facoltà di astenersi dalla formazione a partire dal mese precedente la data presunta del parto e nei quattro mesi successivi al parto, a condizione che il medico specialista del Servizio sanitario nazionale o con esso convenzionato e il medico competente ai fini della prevenzione e tutela della salute nei luoghi di lavoro attestino che tale opzione non arrechi pregiudizio alla salute della gestante e del nascituro.
4. Documentazione da produrre al Servizio provinciale competente:
 - prima dell'inizio del congedo di maternità (astensione obbligatoria dalla formazione) il certificato medico attestante la data presunta del parto e la relativa comunicazione di congedo di maternità;
 - qualora la corsista intenda avvalersi dell'astensione di cui al punto 2) e 3), il certificato del medico specialista del Servizio sanitario nazionale, o con esso convenzionato, ed il certificato del medico competente della Scuola ai fini della prevenzione e tutela della salute nei luoghi di lavoro che attestino che tale opzione non arrechi pregiudizio alla salute della gestante e del nascituro e la relativa comunicazione di congedo di maternità. In tal caso i suddetti certificati devono essere prodotti nei termini previsti dalla normativa vigente;
 - entro 30 giorni dal parto, dichiarazione sostitutiva ai sensi dell'[articolo 46 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445](#) di nascita del figlio.

5. Sospensione facoltativa della formazione per accudimento figli: la corsista, che durante il periodo di formazione, ha usufruito del congedo di maternità (astensione obbligatoria), può chiedere al Servizio provinciale competente di avvalersi di un ulteriore periodo di sospensione facoltativa per accudimento figli. L'esercizio di tale facoltà determina il godimento di un periodo di sospensione continuativo (congedo di maternità e sospensione facoltativa per accudimento figli) dalla formazione complessivamente non superiore ai dodici mesi dalla data di inizio del congedo di maternità. La domanda di sospensione facoltativa dalla formazione per accudimento figli deve essere presentata al Servizio provinciale competente almeno 15 giorni prima della data di inizio della sospensione. La sospensione facoltativa della formazione per accudimento figli può essere richiesta anche dal corsista padre e decorre dal giorno successivo al termine del congedo obbligatorio fruito dalla madre.

I periodi usufruiti di congedo di maternità e di sospensione facoltativa della formazione per accudimento figli comportano la sospensione dal corso, ma non determinano la riduzione della durata dello stesso (36 mesi) e pertanto devono essere interamente recuperati.

Nei periodi di congedo di maternità e di sospensione facoltativa della formazione per accudimento figli, viene sospesa l'erogazione della borsa di studio. Le quote della borsa di studio non erogate sono corrisposte in seguito in relazione all'effettivo recupero della frequenza. I percorsi di recupero comportano l'inserimento del corsista in altro anno di corso compatibile con il suo programma di recupero.

Art. 20 Borsa di studio

Al corsista spetta una borsa di studio ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 7 marzo 2006 (e al tempo vigente), il cui importo è stabilito da detto decreto. La borsa di studio è strettamente correlata alle frequenze delle attività formative. È corrisposta dalla Provincia autonoma di Trento mediamente in rate mensili posticipate (per un totale di 36 mensilità), previa dichiarazione delle frequenze del tirocinante da parte della Scuola di formazione specifica in medicina generale.

Al corsista che ne fa richiesta è corrisposta altresì una borsa di studio aggiuntiva, rispetto alla borsa di studio di cui al decreto ministeriale, secondo quanto previsto dall'articolo 4 bis della legge provinciale n. 4/1991 e s.m. e tenuto conto dei criteri e delle modalità di assegnazione approvati dalla Giunta provinciale.

La borsa di studio, ai sensi dell'art. 50 del TUIR, è un reddito assimilato a quelli di lavoro dipendente ed è soggetta alle ritenute fiscali vigenti. La Provincia, in quanto sostituto d'imposta, rilascia al medico percettore delle somme la Certificazione unica (Cu) nell'anno successivo a quello di percepimento del reddito, entro le scadenze stabilite.

Il corsista è tenuto a comunicare tempestivamente al Servizio provinciale competente per materia qualunque variazione inerente domicilio, residenza, recapiti telefonici, coordinate bancarie o carichi di famiglia.

Art. 21 (Assicurazione)

La Provincia provvede con oneri a proprio carico alla copertura assicurativa del corsista per quanto riguarda la RCT e l'INAIL.

Il corsista è inoltre coperto da adeguata assicurazione contro i rischi professionali e gli infortuni connessi all'attività di formazione, con oneri a proprio carico, secondo le condizioni generali indicate dalla Provincia nell'ambito del Piano triennale della formazione degli operatori del sistema sanitario provinciale di cui all'articolo 24 della legge provinciale n. 16/2010.

La Provincia può provvedere direttamente alla copertura assicurativa del corsista, secondo le indicazioni previste nel predetto Piano, deducendo il premio annuo dall'importo della borsa di studio.

Qualora durante le attività formative si verifichi un infortunio, il corsista è tenuto a darne immediata comunicazione alla Scuola e al Servizio provinciale competente per materia, che nella certificazione medica relativa all'infortunio dovrà essere indicato quale datore di lavoro.

Art. 22 Servizi residenziali e di ristorazione

Al corsista è consentito l'accesso ai servizi residenziali convenzionati con la Provincia nel limite dei posti disponibili, secondo le indicazioni previste nell'ambito del Piano triennale della formazione degli operatori del sistema sanitario provinciale di cui all'articolo 24 della legge provinciale n. 16/2010.

Nei giorni della formazione è altresì consentito l'accesso alle mense ospedaliere ed ai servizi residenziali convenzionati, secondo le tariffe indicate nel sopra richiamato Piano triennale.

Art. 23 Trasferimento verso/da altra Regione

In presenza di sopravvenute esigenze personali, è possibile il trasferimento del corsista tra Regioni o tra Regione e Provincia autonoma, secondo quanto previsto dai bandi di concorso per l'accesso al corso.

La procedura di trasferimento è gestita dal Servizio provinciale competente per materia con il supporto della Scuola.

Nel caso di richiesta di trasferimento di un corsista proveniente dalla sede formativa di altra Regione/Provincia Autonoma di Bolzano, viene acquisito il parere della Scuola in ordine al percorso formativo svolto nella Regione di provenienza. Al fine di dare seguito alla richiesta di trasferimento dalla sede formativa di altra Regione, il Servizio provinciale competente per materia acquisisce la seguente documentazione:

- elenco completo delle frequenze effettuate nelle diverse attività pratiche previste dal corso di studi con indicazione delle ore maturate per ciascun singolo tirocinio;
- elenco completo delle attività teoriche frequentate con indicazione delle ore maturate per ciascun singolo seminario;
- eventuali ore di autoformazione se riconosciute dalla Scuola di provenienza;
- numero ore lavorative per incarichi professionali compatibili riconosciute nel monte ore del corso
- numero giorni/ore di assenza giustificata già fruiti
- ulteriore documentazione utile ad inquadrare il percorso formativo acquisito.

Art. 24 Ritiro dal corso

Il corsista che intende ritirarsi dalla formazione provvede a darne preventiva comunicazione scritta al Servizio provinciale e alla Scuola (indicativamente almeno 15 giorni prima).

Dalla data di ritiro viene interrotta l'erogazione della borsa di studio e la possibilità di usufruire dei servizi connessi all'iscrizione al corso.

Art. 25 Partecipazione democratica

I corsisti hanno diritto di riunirsi in assemblea presso la sede formativa per approfondire tematiche correlate alla formazione culturale e professionale e all'organizzazione del corso.

Ad inizio corso eleggono un loro rappresentante che svolge il ruolo di referente nei rapporti con la Scuola e il Servizio provinciale competente.

Art. 26 Decorrenza e disposizioni finali

Il presente Curriculum si applica a partire dal triennio di corso 2025/2028 e, per quanto compatibile e più favorevole, ai trienni di corso precedenti in atto alla data della sua approvazione.

Per quanto non previsto dal presente Curriculum si rimanda alla normativa vigente in materia di formazione specifica in medicina generale.

APPENDICE



Valori e principi fondamentali della Medicina Generale

L'OMS considera l'assistenza sanitaria primaria una pietra miliare dei sistemi sanitari sostenibili. Il Medico di Medicina Generale (MMG) è uno dei principali fornitori dell'assistenza sanitaria primaria. WONCA Europe ha definito la MG sia come una specialità clinica che come una disciplina autonoma, con curriculum e attività di ricerca distinti. La MG può essere praticata in contesti diversi, a seconda delle caratteristiche di ciascun sistema sanitario, Paese o comunità. Tuttavia, i capisaldi della MG si reggono su precisi valori fondamentali elencati di seguito. Essi rappresentano gli elementi essenziali di una MG di buona qualità, e dovrebbero fornire una cornice di riferimento per la nostra identità professionale.

ASSISTENZA CENTRATA SULLA PERSONA

I MMG praticano una medicina centrata sulla persona, enfatizzando il dialogo, il contesto e le migliori evidenze disponibili.

I MMG tengono in considerazione sempre l'impatto di tutti i determinanti di salute sugli individui: biologici, psicosociali e culturali. I MMG sono professionalmente coinvolti nelle contingenze della vita dei loro pazienti, storie biografiche, credenze, preoccupazioni e speranze. Questo approccio aiuta a riconoscere i nessi tra fattori sociali e malattia e ad approfondire la comprensione di come la vita e gli eventi della vita lasciano la loro impronta sul corpo e sulla mente. I MMG promuovono la capacità dei pazienti di utilizzare le proprie risorse personali e comunitarie.

EQUITÀ DELLE CURE

I MMG danno la priorità a coloro i cui bisogni di assistenza sanitaria sono maggiori.

I MMG forniscono un'assistenza sanitaria equa. L'equità è un valore fondamentale della qualità dell'assistenza sanitaria. L'obiettivo è ridurre al minimo le disuguaglianze nella fornitura dei servizi sanitari. I MMG organizzano l'assistenza in modo tale da dedicare tempo ed energie a coloro che hanno più bisogno di cure e servizi. I MMG ritengono che sia loro dovere parlare pubblicamente di tutti i fattori della società che condizionano l'accesso ai servizi sanitari e le disuguaglianze negli esiti di salute. I MMG sono particolarmente consapevoli delle sfide per la salute per alcuni soggetti in relazione all'età, al genere, all'orientamento sessuale, all'etnia, allo stato socioeconomico e alle scelte religiose.

CONTINUITÀ DELLE CURE

I MMG promuovono la continuità della relazione medico-paziente come principio organizzatore centrale.

La relazione medico-paziente si basa sul coinvolgimento personale e sulla riservatezza. La continuità dell'assistenza aiuta a costruire fiducia reciproca e favorisce un'assistenza di alta qualità centrata sulla persona. I MMG cercano di garantire la continuità attraverso le modalità organizzativo-assistenziali applicate, indipendentemente dalle dimensioni, dalla composizione e dalla natura dell'équipe di cure primarie.

CURE ORIENTATE ALLA SCIENZA

I MMG forniscono un'assistenza basata sulle migliori evidenze disponibili, rispettando i valori e le preferenze dei pazienti.

L'eccesso di esami, sovra diagnosi e sovratrattamenti possono nuocere ai pazienti oltre che consumare risorse ed indirettamente possono portare verso pericolose sottodiagnosi e sottotrattamenti. Quando sono disponibili interventi equivalenti nell'efficacia, i MMG scelgono gli interventi basandosi sul rapporto costo-efficacia e sulla sicurezza del paziente.

COOPERAZIONE NELL'ASSISTENZA

I MMG instaurano una collaborazione transprofessionale e transdisciplinare, facendo attenzione a non confondere le soglie di competenza.

I MMG integrano programmi e servizi diversi e si impegnano attivamente nello sviluppare ed adattare modalità efficaci di collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali. I MMG aiutano i pazienti a orientarsi ed utilizzare il sistema sanitario e facilitano la comunicazione con gli altri professionisti della salute.

PROFESSIONALITÀ NELLE CURE

I MMG sono continuamente responsabili della formazione, ricerca e sviluppo della qualità.

I MMG si impegnano attivamente nella formazione dei futuri colleghi e facilitano l'inclusione dei giovani medici nelle decisioni organizzative fondamentali riguardanti la formazione medica pre-laurea e post-laurea. I MMG attuano e promuovono ricerche pertinenti alle esigenze della MG e valutano le conoscenze emergenti e le linee guida in modo critico con un approccio costruttivo ed accademico.

ASSISTENZA ORIENTATA ALLA COMUNITÀ

I MMG forniscono assistenza agli individui e promuovono la salute delle comunità; si impegnano negli aspetti politici e sociali che hanno un impatto sugli esiti di salute attraverso attività di advocacy orientate alle comunità.

I MMG attraverso l'orientamento alle comunità e alle responsabilità sociali mirano ad influenzare le politiche sanitarie e affrontano le disuguaglianze in salute integrando assistenza clinica, salute pubblica e servizi sociali a livello di comunità.

Traduzione: V. Forte, R. Falanga, G. Palini, J.X. Soler
Supporto e patrocinio



Tabella 1

C1.	COMPETENZE CLINICHE "AMPLIATE" AREA 1 Situazioni lineari a bassa complessità
Q1	Paziente critico Arresto cardio-circolatorio e manovre di rianimazione Fase precritica e critica (ACLS) Gestione del paziente traumatizzato Gestione del paziente con acuzie di ambito non chirurgico
Q2	Dolore toracico acuto
Q3	Dispnea Approccio triagistico alla dispnea acuta (insorgenza improvvisa) Gestione scompenso cardiaco acuto
Q4	Dolore addominale acuto + torsione testicolo
Q5	Vertigini: Triage e diagnosi mmg Manovre e terapia
Q6	Disturbi neurologici acuti (anomali come epilessia/confusione o altre manifestazioni neurologiche o altri comportamenti che possano nuocere a sé o agli altri)
Q7	Paziente con sofferenza psichica e disturbi del comportamento
Q8	Paziente con sospetto tromboembolismo
Q9	Paziente con ostruzione acuta delle vie urinarie
Q10	Paziente con problemi muscolo scheletrici acuti
Q11	Paziente con infezione acuta delle alte o basse vie aeree Paziente con tosse
Q12	Paziente con disturbi urinari Disturbi acuti della minzione e infezioni delle vie urinarie (comprese le forme acute/subacute della prostata Ematuria (micro e macro)
Q13	Paziente con astenia e fatigue/calor ponderale/altro Paziente con astenia/fatigue Paziente con calor ponderale involontario Paziente con sintomi fisici senza una chiara causa organica
Q14	Riferita lipotimia o sincope: pre-sincope, sincope e TLOC* TLOC: Transient Loss of Consciousness
Q15	Paziente con cardiopalmo
Q16	Paziente emicranico o cefalalgico: gestione acuto
Q17	Paziente con disturbi digestivi alla loro insorgenza (dispepsia/indigestione) Nausea vomito Diarrea Costipazione/stipsi Ematochezia/rettorragia Emorroidi e ragadi
Q18	Paziente con disturbi visus o occhio rosso e dolente
Q19	Bambino con problema acuto (Emergenze, dolore addominale, infezioni alte e basse vie) Emergenza nel bambino Utilizzo test point of care
Q20	Paziente con problemi dermatologici: diagnosi operativa
Q21	Paziente con esami strumentali o laboratoristici incidentalmente fuori norma
Q22	Riscontro laboratoristico di anemia
Q23	Paziente con disturbi frequenti di mani e piedi: gestione evidence-based (onicomicosi, unghia incarnita, rizartrosi, tunnel carpale, rizartrosi e artrosi delle altre articolazioni, pateruccio, problemi ungueali)
Q24	Paziente con insufficienza renale acuta e disturbi acuti del bilancio idroelettrolitico (gestione territoriale)
Q25	Paziente con ittero e altri disturbi epato-pancreatici con presentazione acuta (compresa l'interpretazione degli esami laboratoristici specifici)
Q26	Paziente con calcolosi renale (gestione colica renale)

Tabella 2

C2.	COMPETENZE CLINICHE “AMPLIATE” AREA 2 Situazione di complessità variabile
Q27	DOLORE CRONICO OSTEOMUSCOLARE degenerativo, fibromialgia, neuropatie, miofasciale, tendineo
Q28	RISCHIO CARDIOVASCOLARE ipertensione, dislipidemia
Q29	IL PAZIENTE CARDIOPATICO cardiopatia ischemica, valvulopatie, disturbi del ritmo, fa cronica
Q30	INSONNIA
Q31	PAZIENTE DI INTERESSE REUMATOLOGICO polimialgia reumatica, AR, artriti da microcristalli, artrite psoriasica, osteoporosi
Q32	PAZIENTE CON DISTURBI PROSTATICI
Q33	PAZIENTE CON DIABETE
Q34	PAZIENTE CON SOFFERENZA PSICHICA ansia e depressione (intercettare, trattare, inviare),
Q35	PAZIENTE CON PROBLEMI DERMATOLOGICI: GESTIONE dermatite atopica, psoriasi, acne (gestione condivisa)
Q36	PAZIENTE CON MALATTIE RESPIRATORIE CRONICHE asma (gestione congiunta, follow up con spirometria) , rinite allergica, bpcO (gestione condivisa, follow up con spirometria)
Q37	PAZIENTE CON INTOLLERANZA ALIMENTARE lattosio e celiachia
Q38	PAZIENTE CON INSUFFICIENZA RENALE CRONICA gestione condivisa
Q39	PAZIENTE CON PROBLEMA GASTROENTERICO CRONICO gastrite cronica e reflusso (diagnosi e gestione), ibd (diagnosi, gestione condivisa, monitoraggio), colon irritabile
Q40	PAZIENTE CON PROBLEMI TIROIDEI ipotiroidismo autoimmune (gestione complessiva)
Q41	PAZIENTE EMICRANICO O CEFALALGICO: GESTIONE CRONICO
Q42	PAZIENTE ONCOLOGICO gestione condivisa, monitoraggio in terapia, follow up
Q43	PAZIENTE CON PROBLEMA EMATOLOGICO anemie carenziali, MGUS (monitoraggio),

Tabella 3

C2.	COMPETENZE CLINICHE “AMPLIATE” AREA 3 Situazione di alta complessità
Q44	Paziente in cure palliative
Q45	Anziano assistito al domicilio/struttura (RSA?)
Q46	Paziente con disabilità intellettiva
Q47	Paziente in stato vegetativo- assistenza complessa
Q48	Paziente e relazione difficile
Q49	Persona con problemi da uso di sostanze o da stili di vita e la sua famiglia
Q50	Paziente con problemi psichiatrici e la sua famiglia
Q51	Interruzione di gravidanza
Q52	Problemi di sessualità
Q53	Maltrattamento
Q54	Alta complessità nell'Adolescente
Q55	Alta complessità nel Bambino
Q56	Medicina di genere
Q57	Disturbi alimentari e obesità
Q58	Persona migrante e Persona a rischio di marginalità sociale
Q59	Invecchiamento in salute

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

2018 PHC Now or Never. 2020 https://2018phc.files.wordpress.com/2020/09/manifesto_libro_azzurro.pdf

AA. VV. Atti della giornata di studio "L'insegnamento della medicina generale nell'Europa che cambia. Le scuole di Trento e di Maastricht a confronto". Trento: Provincia Autonoma di Trento 2008. <http://www.fabriziovalcanover.it/maastricht-finale-italia.pdf> (vedi cap. di Colorio P, Parisi G, Perlot MP, Sartori N, Valcanover F)

Amore *et al.* Eccellenza della formazione medica post-laurea. Università di Genova, 2021. <https://gup.unige.it/node/338>

Amore M, Bartalucci G, Lotti A, Riforgiato A, Sartini S. Verso l'eccellenza della formazione medica post-laurea- Modulo generale. Università di Genova. 2020. <https://gup.unige.it/node/339>

Berloffa, G., Ferrari, D., Pasolli, L., Tomasi, E., Sartori, N., & Parisi, G. (2025). Un Progetto sperimentale di supervisione-coaching nel contesto della formazione/lavoro in medicina generale: comunicazione preliminare. Tutor, 25(1).

Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. "Programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria." (2005)

Dreyfus, H. L., & Dreyfus, S. E. (1980). A Five-Stage Model of the Mental Activities Involved in Directed Skill Acquisition. Washington, DC: Storming Media (per l'US Air Force Office of Scientific Research).

Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine (trad. in Sanità scienza e storia 1985; 2:4-27). Science 1977; 4286:129-135.

Forte V, Falanga R, Bracchitta LM, Giorgi G, Lonati F, Mereu A, Petino M, Serafini A, Parisi G. Realizzare il cambiamento: i nuovi principi dell'organizzazione mondiale della medicina generale (WONCA 2022) e la medicina territoriale in Italia. *Recenti Prog Med* 2023; 114: 642-6. DOI 10.1701/4133.41266

Forte V, Vito C. *Medicina Generale e Cure Primarie*. Guida teorico-pratica per MMG. Napoli: Edises, 2022.

Frank JR, Snell L, Sherbino J, editors. *CanMEDS 2015 Physician Competency Framework*. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.

Harden R.M., Crosby J.R., Davis M. H. (1999) AMEE Guide No. 14: Outcome-based education: Part 1—An introduction to outcome-based education. *Medical Teacher*, 21 (1) 7-14.

Heyrman, J. ed., EURACT Educational Agenda, European Academy of Teachers in General Practice EURACT, Leuven 2005

Jason R. Frank, Linda S. Snell, Olle Ten Cate, Eric S. Holmboe, Carol Carraccio, Susan R. Swing, Peter Harris, Nicholas J. Glasgow, Craig Campbell, Deepak Dath, Ronald M. Harden, William Iobst, Donlin M. Long, Rani Mungroo, Denyse L. Richardson, Jonathan Sherbino, Ivan Silver, Sarah Taber, Martin Talbot & Kenneth A. Harris (2010) Competency-based medical education: theory to practice, *Medical Teacher*, 32:8, 638-645, DOI: 10.3109/0142159X.2010.501190

Michels NRM, Maagaard R, Buchanan J, Scherpbier N. Educational training requirements for general practice/ family medicine specialty training: recommendations for trainees, trainers and training institutions. *Educ Prim Care* 2018; 29: 322-6.

Michels NRM, Maagaard R, Švab I, Scherpbier N. Teaching and learning core values in general practice/family medicine: a narrative review. *Front Med (Lausanne)* 2021; 8: 647223.

Ministero della Salute, Commissione Nazionale per la Formazione Continua. (2005). *Documento sul Core Curriculum del Medico di Medicina Generale*. Roma: Ministero della Salute.

Movimento Giotto. Verso un Core Curriculum della Medicina Generale. 2019.

Parisi G, Pasolli L, Zamin C, Negri A, Kurotschka PK. Le competenze distintive metodologiche e relazionali del medico di medicina generale nelle cure primarie [The methodological and relational core competencies of General practice/Family medicine in Primary Care.]. *Recenti Prog Med*. 2023 Nov;114(11):654-664. Italian. doi: 10.1701/4133.41268. PMID: 37902539.

SIMG – Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (2006). Core Curriculum del Medico di Medicina Generale. Firenze.

SNAMID – Società Scientifica Nazionale di Medicina Generale (2005). Competenze del Medico di Medicina Generale. Documento di Consenso Nazionale. Roma.

WONCA. La definizione europea della Medicina Generale, Edizione Italiana, 2011.
<http://www.alessandroabbene.it/sviluppo/wp-content/uploads/2012/01/Definizione-WONCA-2011.pdf>