

Titolo Evento: SIMULAZIONE CLINICA E GESTIONE DEL PAZIENTE CRONICO COMPLESSO IN MEDICINA GENERALE

Data e Durata Evento: SABATO 7 NOVEMBRE 2026 – 7 ore (09: 00– 16:00)

Sede Evento: Centro Interdipartimentale di Didattica Innovativa e di Simulazione in Medicina e Professioni Sanitarie (SIMNOVA), Università del Piemonte Orientale – Via Lanino 1, Novara (NO)

Responsabili Scientifici: Dott.ri: Daniele ANGIONI, Michela BERNARDINI, Prof.ssa Alice MONZANI, Andrea PIZZINI

Team Relatori Dott.ri: Daniele ANGIONI, Michela BERNARDINI, Aurora FALCONE (Responsabile Amministrazione)

Prof.ssa Alice MONZANI, Andrea PIZZINI, Antonio SCALOGNA (Responsabile Tecnico)

Provider 1055 - Codice Evento ECM: 491006- **Crediti ECM:** Sponsor: **DA DEFINIRE**

Destinatari: il corso è riservato a 30 MMG

Professione	Discipline
-------------	------------

MEDICO CHIRURGO	MEDICINA GENERALE (MEDICI DI FAMIGLIA)
-----------------	--

ORARIO	ARGOMENTO	RELATORI
09.00 – 09.15	Accoglienza e registrazione dei partecipanti	
09.15 – 10.15	Sessione introduttiva – Lezione frontale – Interventi della Faculty SIMNOVA e del Dr. Andrea Pizzini -Introduzione alla simulazione clinica nella formazione medica (15 min) -Trasferimento dei modelli formativi dall'emergenza alla medicina territoriale (15 min) -Il ruolo della scuola piemontese nella simulazione clinica (15 min) -Ice-breaking per formazione gruppi (15 min): 3 gruppi da 10 partecipanti	Dott. Daniele ANGIONI Dott.ssa Michela BERNARDINI Dott.ssa Aurora FALCONE Prof.ssa Alice MONZANI Dott. Andrea PIZZINI Dott. Antonio SCALOGNA
10.15 – 11.00	<u>Prima Rotazione</u>	Dott. Daniele ANGIONI Dott.ssa Michela BERNARDINI Dott.ssa Aurora FALCONE Prof.ssa Alice MONZANI Dott. Andrea PIZZINI Dott. Antonio SCALOGNA
11.00 – 11.30	Coffee break	
11.30 – 12.15	<u>Seconda Rotazione</u>	Dott. Daniele ANGIONI Dott.ssa Michela BERNARDINI Dott.ssa Aurora FALCONE Prof.ssa Alice MONZANI Dott. Andrea PIZZINI Dott. Antonio SCALOGNA
12.15 – 13.00	<u>Terza Rotazione</u>	Dott. Daniele ANGIONI Dott.ssa Michela BERNARDINI Dott.ssa Aurora FALCONE Prof.ssa Alice MONZANI Dott. Andrea PIZZINI Dott. Antonio SCALOGNA
13.00 – 14.00	Pausa Pranzo	
14.00 – 15.00	<u>Sessione plenaria:</u> Simulazione riunione AFT: tema divisivo su piano ferie, copertura ambulatoriale e continuità assistenziale dei pazienti cronici fragili. Ruoli assegnati: 1 referente AFT fittizio, 1 vice referente, card comportamentali randomiche per i partecipanti; molti partecipanti ricevono una card neutra. Debriefing condotto da psicologa facilitatrice + faculty MMG.	Dott. Daniele ANGIONI Dott.ssa Michela BERNARDINI Dott.ssa Aurora FALCONE Prof.ssa Alice MONZANI Dott. Andrea PIZZINI Dott. Antonio SCALOGNA

15.00 – 15.30	<i>Sessione plenaria:</i> debriefing collettivo e discussione finale:	Dott. Daniele ANGIONI Dott.ssa Michela BERNARDINI Dott.ssa Aurora FALCONE Prof.ssa Alice MONZANI Dott. Andrea PIZZINI Dott. Antonio SCALOGNA
	-Analisi delle esperienze nelle diverse stanze di simulazione -Discussione dei principali errori clinici emersi -Implicazioni per la pratica della medicina generale	Dott. Daniele ANGIONI Dott.ssa Michela BERNARDINI Dott.ssa Aurora FALCONE Prof.ssa Alice MONZANI Dott. Andrea PIZZINI Dott. Antonio SCALOGNA
15:30 – 16.00	Take-home messages conclusivi	
	Compilazione Post Test e Scheda di Gradimento Corso	

RAZIONALE SCIENTIFICO DEL CORSO

La formazione del medico di medicina generale è tradizionalmente basata su modelli didattici frontali, centrati sulla trasmissione di contenuti teorici. Tuttavia, la crescente complessità della pratica clinica territoriale — caratterizzata dalla gestione di pazienti cronici complessi, multimorbidità, polifarmacoterapia e fragilità geriatrica — richiede modelli formativi capaci di allenare il ragionamento clinico, la gestione dell’incertezza e il processo decisionale in contesti realistici.

Negli ultimi decenni, la simulazione clinica si è affermata come uno degli strumenti formativi più efficaci nelle discipline dell’area critica, in particolare in medicina d’emergenza e anestesia, dove consente di riprodurre scenari complessi in un ambiente controllato, permettendo ai professionisti di esercitare competenze tecniche e non tecniche senza rischio per il paziente. La letteratura internazionale ha dimostrato che la simulazione favorisce l’apprendimento esperienziale, migliora la capacità di riconoscere errori e rafforza le competenze di lavoro in team e di comunicazione.

Negli ultimi anni si è sviluppato un nuovo ambito applicativo: la trasposizione dei modelli di simulazione dall’area dell’emergenza alla medicina territoriale, con l’obiettivo di allenare il medico nella gestione del paziente cronico complesso. In questo contesto, la simulazione non è orientata alla gestione dell’evento acuto ma alla ricostruzione di situazioni cliniche realistiche tipiche della medicina generale, come la valutazione di fragilità, la revisione critica delle terapie, l’identificazione di errori clinici, la prevenzione delle cadute o il riconoscimento precoce di condizioni cliniche evolutive.

In Italia, la scuola piemontese di simulazione clinica ha svolto un ruolo pionieristico nello sviluppo e nella diffusione di queste metodologie formative. Attraverso centri di simulazione avanzata e programmi dedicati, è stato possibile adattare strumenti originariamente progettati per l’emergenza a contesti formativi più ampi, includendo progressivamente anche la medicina generale e la medicina territoriale. Questo approccio ha consentito di sperimentare modelli innovativi basati su scenari clinici realistici, debriefing strutturato e apprendimento riflessivo.

Applicata alla medicina generale, la simulazione permette di lavorare su alcuni nodi critici della pratica clinica quotidiana:

- gestione del paziente cronico complesso e fragile
- riconoscimento e prevenzione degli errori terapeutici
- valutazione della multimorbidità e della polifarmacoterapia
- integrazione tra decisione clinica e contesto domiciliare e sociale
- lavoro interdisciplinare e dinamiche di team nelle cure territoriali

Il valore principale della simulazione risiede nel debriefing, fase strutturata di analisi dell’esperienza che consente ai partecipanti di riflettere sul proprio processo decisionale, sui bias cognitivi e sulle dinamiche di gruppo che influenzano la pratica clinica.

In questo contesto, l’evento formativo propone un percorso esperienziale articolato in diversi scenari simulati che riproducono situazioni tipiche della medicina generale: gestione di un paziente cronico complesso, valutazione dei rischi ambientali nel domicilio, dinamiche decisionali di gruppo e simulazione di casi clinici interattivi. L’obiettivo è trasferire nella medicina territoriale il potenziale formativo della simulazione clinica, utilizzandola come strumento per migliorare la qualità delle decisioni cliniche e la sicurezza del paziente.

Questo modello rappresenta un passaggio evolutivo nella formazione del medico di medicina generale: dalla didattica trasmissiva alla formazione esperienziale basata su scenari realistici, capace di integrare conoscenze cliniche, competenze decisionali e capacità relazionali. In tale prospettiva, la simulazione applicata alla gestione del paziente cronico si configura come una delle innovazioni formative più promettenti per la medicina territoriale del futuro.

DESCRIZIONE STAZIONI DELLE ROTAZIONI

STAZIONE 1

Stazione clinico-relazionale con paziente simulato in un ambulatorio di medicina generale.

Faculty: 1 facilitatore SIMNOVA, 1 paziente simulato, 1 MMG

Setting: (Sala Immersiva) Simulazione ambulatoriale: scrivania e monitor con dati clinici, lettino visita, cartella clinica sintetica e terapia domiciliare da riconciliare.

Obiettivo: testare e affinare insieme competenze comunicativo-relazionali e ragionamento clinico in un contesto ambulatoriale realistico di medicina generale. La relazione con il paziente deve servire a ricostruire aderenza, priorità, rischi e decisioni terapeutiche, non solo a gestire il colloquio.

Partecipanti: n. 2 medici

Scenario clinico

- Donna di circa 78 anni, diabetica tipo 2, fragile, con multimorbidità e polifarmacoterapia.
- Terapia antidiabetica orale da riconciliare: metformina/SGLT2 e precedente o possibile sulfanilurea; aderenza incostante e automonitoraggio non strutturato.
- Filtrato glomerulare ridotto, rischio cardiovascolare elevato
- Ipertensione arteriosa nel diabete: terapia antipertensiva da riconciliare, aderenza e target pressori individualizzati.
- Cadute recenti, sospetta sarcopenia
- Accesso per tosse
- Ipotiroidismo in terapia con levotiroxina: TSH alterato per scarsa aderenza e/o interferenze di assorbimento (calcio, ferro, IPP, assunzione non a digiuno).

Argomenti e Obiettivi

- Diabete tipo 2, aderenza, terapia orale, funzione renale e rischio cardio-renale.
- Ipertensione nel paziente diabetico: target pressorio, rischio cardio-renale, aderenza e associazioni antipertensive.
- Tiroide, ipotiroidismo, formulazioni/gestione della levotiroxina, interferenze di assorbimento e monitoraggio del TSH.

Elementi clinici da identificare

- Target glicemico realistico nel paziente anziano fragile: evitare overtreatment e ipoglicemie, soprattutto se presente sulfanilurea. Target glicata vs Target clinico per rischio CV!
- Appropriatezza della terapia antidiabetica in relazione a eGFR, rischio cardiovascolare/renale, peso, fragilità e storia di cadute.
- Appropriatezza antipertensiva: semplificare/associare più principi attivi, con target coerenti con diabete, rene, rischio CV e fragilità.
- Ipotiroidismo non controllato come amplificatore di astenia, rallentamento cognitivo, umore depresso, dislipidemia e peggioramento della fragilità.

Elementi relazionali da valutare

- Spiegare al paziente la revisione terapeutica senza generare sfiducia verso terapie pregresse.
- Usare decisione condivisa per priorità realistiche: controllo glicemico, prevenzione cadute, aderenza, rivalutazione tiroidea e follow-up.
- Far emergere barriere pratiche: farmaci assunti in orari errati, paura degli effetti collaterali, isolamento, caregiver non sempre presente.

Conclusione

Debriefing strutturato su ragionamento clinico, comunicazione con il paziente, riconciliazione terapeutica, errori diagnostici/terapeutici e integrazione diabete-ipertensione-tiroide-fragilità.

STAZIONE 2

Detective Room (visita domiciliare simulata).

Partecipanti: 2 sottogruppi da 5 che entrano consecutivamente nella Detective Room.

Faculty: 1 facilitatore SIMNOVA, 1 MMG

Setting: (Appartamento) Bagno con doccia e sanitari, letto e camera, cucina e tavolo, salotto.

Obiettivo: identificare fattori di rischio ambientali, farmacologici e clinici di caduta; riconoscere l'abuso/uso improprio di benzodiazepine come errore iatrogeno; collegare dolore cronico, depressione, insonnia e fragilità; impostare prevenzione della frattura di femore.

Scenario domiciliare

- Donna anziana con diabete, dolore neuropatico agli arti inferiori, insonnia e umore depresso.
- Ipertensione arteriosa nel diabete: terapia frammentata, aderenza irregolare e target pressori non esplicitati.
- Cadute ripetute negli ultimi mesi, una quasi-caduta in bagno e paura crescente di uscire di casa.
- Uso cronico di benzodiazepine, con assunzioni serali aggiuntive "per dormire" o "per sopportare il dolore".
- Analgesia disordinata, automedicazione e mancata rivalutazione del dolore neuropatico.
- Rischio fratturativo elevato: precedente frattura vertebrale o osteopenia nota, vitamina D/calcio non assunti regolarmente, nessun piano strutturato di prevenzione cadute.

Esempi di indizi

- Tappeti scivolosi, ciabatte inadatte, illuminazione insufficiente, assenza di maniglioni in bagno.
- Benzodiazepine sul comodino, blister duplicati, confezioni prescritte da medici diversi o non aggiornate nella terapia ufficiale.
- Misuratore pressorio, diario assente/incompleto, antipertensivi non allineati alla terapia ufficiale o assunti a orari variabili.
- Ciotola del gatto con acqua sul pavimento, mobilio instabile, fili elettrici esposti, bastone mal regolato.
- Referti o promemoria: dolore neuropatico diabetico, scala dolore elevata, sonno frammentato, tono dell'umore deflesso.
- Documenti incompleti su osteoporosi: DEXA non eseguita o datata, vitamina D dimenticata, mancata valutazione del rischio di frattura di femore.

Nodi decisionali

- Identificare benzodiazepine e sedativi come fattori modificabili di caduta, confusione, instabilità posturale e frattura.
- Non sostituire automaticamente una dipendenza farmacologica con un'altra: rivalutare dolore, depressione, sonno, funzione renale, rischio di sedazione e aderenza.
- Riconciliare terapia antipertensiva: sottotrattamento vs ortostatismo/rischio caduta; valutare associazioni o combinazioni semplificate, con target coerenti con diabete, rischio cardio-renale e fragilità.
- Considerare duloxetina quando coesistono dolore neuropatico diabetico e sintomi depressivi, con valutazione di controindicazioni, interazioni e tollerabilità.
- Eventuale tapentadolo solo come nodo critico di appropriatezza nel dolore severo, non come automatismo prescrittivo; discutere rischio di sedazione, caduta e necessità di rivalutazione specialistica.
- Integrare prevenzione femore: riduzione rischi ambientali, revisione farmaci, esercizio/forza/equilibrio, caregiver, valutazione osteoporosi, vitamina D/calcio quando indicati.

Argomenti e Obiettivi

- depressione, dolore neuropatico, appropriatezza di duloxetina/pregabalin e rischio da sedativi.
- ipertensione nel diabetico fragile: target pressorio, aderenza e razionalità delle associazioni antipertensive.
- bone health, prevenzione frattura di femore, aderenza a supplementazione e strategie preventive.

Debriefing

Analisi degli errori latenti nel domicilio, deprescribing delle benzodiazepine, comunicazione con paziente/caregiver, distinzione tra dolore neuropatico, depressione e insonnia, prevenzione cadute e fratture, riconciliazione della terapia antipertensiva e target pressorio nel paziente diabetico.

STAZIONE 3

Clinical Decision Room (simulazione decisionale digitale).

Simulazione interattiva di caso clinico di medicina generale con processo decisionale condiviso.

Partecipanti: 2 sottogruppi da 5. I gruppi lavorano in parallelo sullo stesso caso o su due istanze dello stesso scenario, con confronto finale delle scelte.

Faculty: 1 facilitatore SIMNOVA, 1 MMG

Setting: caso clinico interattivo su schermo digitale.

Caso selezionato dal catalogo Body Interact

- Scenario #562: Type 2 Diabetes and No Adherence to Medication
- Paziente: Earl Walmsley.
- Specialità: Endocrinologia.
- Difficoltà: intermedia.
- Ambiente di simulazione: consultazione.

Argomenti e Obiettivi

- Diabete tipo 2, terapia cronica, aderenza, follow-up e rischio cardiovascolare/metabolico.
- Forte pertinenza per medicina generale: educazione terapeutica, alimentazione, esercizio, fumo, automonitoraggio glicemico, pressione, peso, profilo lipidico, esame del piede e follow-up.
- Il caso consente di discutere non solo la scelta del farmaco, ma il fallimento del piano terapeutico quando il paziente non comprende o non segue la cura.

Struttura

- Un partecipante controlla l'interfaccia.
- Il gruppo decide per votazione anamnesi, esame obiettivo, esami, educazione e interventi non farmacologici.
- Le scelte vengono annotate per il debriefing: omissioni, bias, priorità attribuite a farmaci vs aderenza/stili di vita.

Debriefing

Analisi del ragionamento clinico, del processo decisionale di gruppo, degli errori cognitivi e del passaggio da prescrizione formale a presa in carico reale del paziente diabetico.

STAZIONE 4 / SESSIONE PLENARIA - SIMULAZIONE AFT

Sessione plenaria di simulazione delle dinamiche decisionali di gruppo in AFT.

Tema divisivo proposto

Piano ferie e copertura ambulatoriale dell'AFT nei periodi di assenza: come garantire continuità assistenziale ai pazienti cronici fragili senza scaricare il carico sui colleghi presenti.

Assetto della simulazione

- Viene selezionato 1 referente AFT fittizio.
- Viene selezionato 1 vice referente con funzione di supporto, sintesi e gestione dei tempi.
- Ogni partecipante riceve una card comportamentale randomica.
- La maggioranza dei partecipanti riceve una card neutra: ascolta, interviene solo se necessario e non deve disturbare artificialmente la discussione.
- Alcuni partecipanti ricevono un ruolo disturbante, noto solo al partecipante e alla faculty.

Cinque ruoli disturbanti funzionali

1. Monopolizzatore: parla troppo, interrompe, usa aneddoti personali e impedisce la sintesi.
2. Ostruzionista procedurale: chiede continue verifiche formali, rinvii e chiarimenti, rallentando ogni decisione.
3. Difensore dell'interesse personale: sposta il tema su ferie, carichi individuali e vantaggi personali, riducendo l'attenzione sui pazienti
4. Catastrofista clinico-legale: amplifica rischi, responsabilità e scenari peggiori per bloccare soluzioni praticabili.
5. Provocatore conflittuale: polarizza il gruppo, attribuisce colpe ai colleghi e forza il referente AFT a gestire escalation e confini della discussione.

Ruoli neutri/non disturbanti

- Partecipante ordinario: contribuisce solo se ha un elemento utile.
- Osservatore silente: non interviene, annota dinamiche di ascolto, leadership e gestione del conflitto.
- Collaborativo: aiuta a trasformare la discussione in decisione concreta.

Svolgimento

Discussione a tempo limitato. Il referente AFT apre la riunione, definisce obiettivo e tempi; il vice annota proposte e punti di consenso. La faculty osserva senza correggere durante la simulazione.

Debriefing

Analisi guidata su leadership, gestione del conflitto, qualità dell'ascolto, inclusione dei silenziosi, controllo dei monopolizzatori, produzione di una decisione condivisa e sicurezza organizzativa nella gestione dei pazienti cronici.

QUALIFICHE RELATORI

NOME E COGNOME	PROFESSIONE	DISCIPLINA	ENTE DI APPARTENENZA/ LIBERA PROFESSIONE	DESCRIZIONE ATTIVITA' PROFESSIONALE/ FORMATIVA
DANIELE ANGIONI	MEDICO CHIRURGO	MEDICINA GENERALE	ASL NOVARA	MEDICO DI MEDICINA GENERALE
MICHELA BERNARDINI	MEDICO CHIRURGO	PSICOLOGIA PSICOTERAPIA	SIMNOVA	PSICOLOGA/PSICOTERAPEUTA SIMNOVA CENTRO DI SIMULAZIONE IN MEDICINA E PROFESSIONI SANITARIE UNIVERSITA' DEL PIEMONTE ORIENTALE
AURORA FALCONE	DOTTORESSA	SCIENZE DELLA COMUNICAZIONE	SIMNOVA	RESPONSABILE AMMINISTRAZIONE SIMNOVA CENTRO DI SIMULAZIONE IN MEDICINA E PROFESSIONI SANITARIE UNIVERSITA' DEL PIEMONTE ORIENTALE
ALICE MONZANI	MEDICO CHIRURGO	PEDIATRIA	SIMNOVA	ATTUALMENTE PROFESSORE ASSOCIATO DI PEDIATRIA PRESSO IL DIPARTIMENTO DI SCIENZE DELLA SALUTE DELL'UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE (NOVARA, ITALIA), DIRETTRICE DI SIMNOVA, CENTRO INTERDIPARTIMENTALE DI DIDATTICA INNOVATIVA E DI SIMULAZIONE IN MEDICINA E PROFESSIONI SANITARIE DELL'UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE (NOVARA, ITALIA). MEMBRO DEL COMITATO SCIENTIFICO DEL CRIMEDIM.
ANDREA PIZZINI	MEDICO CHIRURGO	ENDOCRINOLOGIA DIABETOLOGIA	ASL CITTA' DI TORINO	MEDICO DI MEDICINA GENERALE SEGRETARIO DELLA SCUOLA PIEMONTESE MG
ANTONIO SCALOGNA	DOTTORE	TECNOLOGIE DI SIMULAZIONE	SIMNOVA	RESPONSABILE TECNICO SIMNOVA CENTRO DI SIMULAZIONE IN MEDICINA E PROFESSIONI SANITARIE UNIVERSITA' DEL PIEMONTE ORIENTALE