

MASTER di II livello

“Nuove competenze per la Medicina generale. Affrontare la complessità e i cambiamenti tecnologico-organizzativi”

Le ragioni

L'Università di Trento e la Fondazione Bruno Kessler (FBK), in collaborazione con l'Ordine dei medici della provincia di Trento, la Scuola di formazione specifica in Medicina generale di Trento e l'Azienda Provinciale per i servizi sanitari organizzano, con il patrocinio degli Assessorati all'Università e Ricerca e alla Salute della Provincia Autonoma di Trento - a partire dai primi mesi del 2018 - la prima edizione di un Master universitario di II livello riservato ai laureati in medicina, dal titolo: **“Nuove competenze per la Medicina Generale. Affrontare la complessità e i cambiamenti tecnologico-organizzativi”**. Il Master è rivolto principalmente ai giovani medici che intendono intraprendere la professione di medico di medicina generale, avendo eventualmente già completato il corso di formazione specifica, e ai medici di medicina generale interessati all'evoluzione delle cure primarie.

L'assistenza territoriale in questi anni si è progressivamente articolata in strutture differenziate (es cure palliative, cure intermedie, cure domiciliari, ecc.) senza ancora seriamente affrontare la questione centrale della collocazione del medico di medicina generale nella rete delle cure primarie.

Oggi il medico di medicina generale non è più un funzionale punto di accesso alla specialistica, il suo peculiare rapporto di continuità di cura sta diventando meno esclusivo e si accentua la percezione, tacitamente condivisa con il paziente, che sempre di più a dominare in questo rapporto siano i formalismi burocratici necessari per accedere a prestazioni già decise “altrove” come indispensabili.

Da qui bisogna partire: qual è il bisogno assistenziale che un nuovo medico delle cure primarie deve soddisfare per la singola persona e quali sono le azioni “pubbliche” che l'equipe di cure primarie può mettere in campo per migliorare la salute della popolazione assistita?

L'assetto organizzativo è essenziale ma è anche una questione culturale e formativa. I contenuti del Master si inseriscono perfettamente in questo contesto in evoluzione, in cui diventa interessante provare a delineare quali possano e debbano essere le conoscenze e le competenze in grado di rendere concreto un profilo che dia alla figura del medico delle cure primarie la giustificazione teorica della sua particolarità/specialità/identità. Il Master dunque, con gli strumenti messi a disposizione, vuole contribuire alla riformulazione del profilo di competenze in grado di ridefinire una centralità di ruolo, nel difficile passaggio da medico di medicina generale a medico delle cure primarie, in un sistema sanitario che punti anche nel futuro a garantire l'equità di accesso e l'universalità delle prestazioni realmente necessarie.



Gli obiettivi

L'organizzazione mondiale dei medici di famiglia (WONCA) ha da molti anni e con successive rielaborazioni provveduto a definire le competenze costitutive della medicina generale.¹

Il programma del Master cerca di approfondirne gli aspetti che più sembrano utili ad aiutare il medico di medicina generale ad evolvere dal modello di medico autonomo e autosufficiente alla figura del medico delle cure primarie, che opererà come parte di una équipe di curanti che condividono una comune filosofia e un set di competenze acquisite, con una approfondita formazione generalista.² Tra le competenze costitutive individuate da WONCA che sembra oggi più interessante declinare, nella prospettiva di formare équipe di professionisti in grado di garantire il diritto di ogni cittadino all'accesso a cure di alta qualità orientate alla persona, vi sono la promozione dell'*empowerment* e dell'*advocacy*. Dove per *empowerment* si intende la capacità di aiutare il paziente a sviluppare il grado di conoscenza necessaria per esprimere consapevolmente le decisioni che riguardano la propria salute e per *advocacy* il supporto attivo all'assistito nella negoziazione dei propri percorsi di cura con tutte le complesse parti del sistema sanitario.

Un medico generalista dunque in grado di agire come "navigatore" tra le molteplici fonti di informazioni, non sempre attendibili, a disposizione dei cittadini e garante dell'utilizzo appropriato e coordinato dei servizi specialistici, riconosciuto come indipendente difensore dei pazienti in quanto portatore del ruolo professionale di essere prima di tutto il loro curante di fiducia.

Gli strumenti

La proposta formativa, caratterizzata da un approccio fortemente interdisciplinare, sarà articolata in 9 sezioni e suddivisa in 10 incontri: dal giovedì pomeriggio al sabato, nell'arco temporale di 12 mesi.

Per ciascuna delle sezioni viene riportato in breve il rationale.

Sezione 1 - L'Approccio teorico alla *Systems medicine*: verso una medicina della complessità.

Le patologie cronico – degenerative costituiscono il problema assistenziale più rilevante del nostro tempo. L'insegnamento clinico tradizionale, di tipo riduzionistico, basato sulle malattie-ontologie e sugli approfondimenti specialistici o superspecialistici, ha l'obiettivo di trasferire le conoscenze e le competenze specifiche generate attraverso l'articolazione della medicina nelle sue varie specialità. L'approccio alla complessità richiede invece la capacità di "includere" tutti i diversi elementi rilevanti presenti, poiché tutti possono contribuire alla genesi del quadro clinico. La *Systems Medicine*, basandosi su un approccio olistico integrato e multidisciplinare, muovendosi dalla biologia alla medicina, comprendendo e analizzando le componenti socio-economiche e psicologiche attorno alla persona, utilizzando le più innovative conoscenze di informatica medica e di computer- science è una nuova visione non esclusiva, ma inclusiva di tutti gli elementi, in grado di permettere una piena comprensione delle problematiche di pazienti complessi senza inopportune semplificazioni. La comprensione della complessità incrementale in medicina richiede, oltre ad una elevata abilità professionale nel comprendere e valutare il caso clinico, anche una capacità di dialogo e di lavoro in team con professionisti di altre appartenenze con i quali collaborare e condividere l'agire medico.

Sezione 2 - L' EBM: principi, metodi, rivisitazione.

E' finalizzata a sviluppare nei discenti un buon livello di "*information mastery*", essenziale al medico delle cure primarie per poter valutare criticamente la qualità delle informazioni derivanti dalla ricerca clinica, l'entità

¹ WONCA EUROPE: "The European definition of general practice/family medicine" – 2011 edition-www.woncaeurope.org

² The Royal College of General Practitioners: "The 2022 GP: a vision for general practice in the future NHS" 2015 ;1-36

dei risultati ottenibili dalle opzioni terapeutiche possibili, la trasferibilità dei risultati degli studi nel singolo paziente. Un metodo didattico strutturato, pratico ed efficiente può essere quello di condividere con i discenti, per tutta la durata del Master, la raccolta e l'analisi critica degli articoli più significativi che appariranno sulle principali riviste mediche *peer-reviewed*. Verrà a tal fine costituita una redazione composta dai discenti e da alcuni tutor che opererà on line per tutta la durata del master e utilizzerà il metodo della *flipped classroom* per gli incontri d'aula.

Sezione 3 - La medicina narrativa.

Nel 2014 l'Istituto Superiore di Sanità ha pubblicato le "linee di indirizzo per l'utilizzo della medicina narrativa nell'ambito clinico assistenziale" in cui, con il termine di medicina narrativa" si intende una metodologia d'intervento clinico-assistenziale basata su una specifica competenza comunicativa. La narrazione è lo strumento fondamentale per acquisire, comprendere e integrare i diversi punti di vista di quanti intervengono nella malattia e nel processo di cura. Il fine è la costruzione condivisa di un percorso di cura personalizzato". La definizione colloca la medicina narrativa nel contesto del percorso di cura e delle decisioni clinico-assistenziali. La scommessa è intrigante: con una *fellowship* tra detentori di diversi saperi (medico e paziente) riuscire a coniugare la *evidence based medicine* (EBM) con la *narrative medicine* (NBM), nella direzione di una medicina sempre più personalizzata e condivisa. La sezione ha l'obiettivo di:

- offrire i quadri teorici e le metodologie della medicina narrativa per trasformare il processo di *empowerment* del paziente in risorsa per la cura, guidata dal curante;
- mostrare le potenzialità di sviluppo della medicina narrativa;
- fornire strumenti operativi per la costruzione di progetti di medicina narrativa nella pratica clinica delle cure primarie.

Sezione 4 - Il *Decision making* condiviso.

Il *decision making* condiviso, il processo cioè con cui una scelta terapeutica viene presa assieme dal paziente e dal medico, è un obiettivo essenziale di un sistema di cura centrato sulla persona, dove grande importanza hanno i valori e le preferenze soggettive. Gli utenti dovrebbero essere coinvolti durante tutto il ciclo delle decisioni possibili, dalla prevenzione alle scelte di fine vita con l'obiettivo di avere pazienti consapevoli che conoscano la loro malattia, che abbiano le abilità e le motivazioni per la propria cura nella vita di tutti i giorni, per l'aggiustamento delle terapie, per essere preparati a nuove fasi critiche, per individuare i possibili effetti collaterali delle terapie. Molti sono gli strumenti per migliorare l'*empowerment* dei pazienti, e molte le tecniche di applicazione del *decision making* condiviso, che dovrebbero far parte del percorso curricolare del medico delle cure primarie che, più che un esperto che persuade, è il professionista che supporta il proprio paziente nel conoscere l'equilibrio relativo dei rischi e dei benefici di ogni trattamento, in particolare nelle condizioni di cronicità e nei momenti critici di una nuova diagnosi di malattia importante.

Sezione 5 - L'Appropriatezza prescrittiva.

L'aumento dei costi e i dubbi sulla sostenibilità del sistema sanitario pubblico hanno accresciuto l'enfasi sull'appropriatezza prescrittiva. La questione però non si risolve solo derivando indicatori di qualità dalla verifica dell'applicazione o meno di linee guida che, tra l'altro, sono focalizzate su singole condizioni cliniche o su specifiche classi di farmaci. Descrivere l'appropriatezza prescrittiva vuol dire identificare le dimensioni dell'agire deontologicamente corretto in mezzo a fenomeni culturalmente complessi, quali l'esplosione della medicina difensiva, del *disease mongering*, dell'ipermedicalizzazione per sovradiagnosi e sovratrattamento. Significa saper identificare i dati della ricerca clinica e saperli trasferire al singolo paziente in modo che il beneficio previsto di una scelta terapeutica superi di un margine non futile le possibili conseguenze negative, e contribuire, all'interno del sistema sanitario, a individuare gli indicatori misurabili, che possono essere usati per verificare una reale aumentata qualità di vita delle persone derivante dai processi di cura.

I medici delle cure primarie migliori prescrittori sono ragionevolmente quelli più attenti alle dimensioni psicosociali della "care", più capaci di confrontare la propria pratica con quella degli altri con tecniche di *audit*,

più attenti all'identificazione precisa del quesito clinico da porre agli specialisti di riferimento, più autonomi nella valutazione critica delle informazioni provenienti dall'industria farmaceutica.

Sezione 6 - Digital Health

L'approccio generalista consente più efficacemente di andare "oltre" il focus sulla singola malattia, di superare la concezione frammentata della singola patologia e di assicurare che l'assistenza ai pazienti sia il più possibile globale, integrata, olistica e coordinata.

In questo contesto l'ICT, anche per le cure primarie, diventa determinante, per l'implementazione di un approccio di sistema che in modo integrato possa garantire:

- il monitoraggio a remoto delle condizioni di instabilità;
- le piattaforme di comunicazione dei dati rilevanti per il piano assistenziale individuale;
- il coinvolgimento del paziente e dei *care-giver* nella esplicitazione delle preferenze e dei valori;
- l'educazione personalizzata del paziente che ne migliori l'autonomia decisionale e le capacità di autocura.

L'ICT assume un ruolo importante anche dal punto di vista organizzativo, in quanto supporto di coordinamento informativo e decisionale tra le reti di cura e le conseguenti famiglie di curanti, che di volta in volta si costituiscono attorno al singolo paziente cronico - fragile. Le azioni di *m/eHealth* che si possono mettere in campo possono essere dunque dirette al *Patient empowerment* e al supporto della complessità della cura. Il *framework* tecnologico, basato su una avanzata infrastruttura di ICT, con le sue potenzialità ma anche con le sue possibili trappole, deve essere dunque oggetto di approfondita riflessione da parte del medico delle cure primarie.

Sezione 7 - Genetica/Genomica: counselling nelle cure primarie

I team multidisciplinari di cure primarie forniscono la struttura in grado di meglio organizzare l'assistenza ai pazienti che rispondono sempre di più alle caratteristiche di fenotipi complessi di multimorbilità cronica presenti in differenti stadi di severità, attività, responsabilità ai trattamenti. I medici delle cure primarie, in quanto attori chiave dell'assistenza ai malati con condizioni croniche complesse, si collocano in una posizione unica per poter trasferire i possibili benefici degli sviluppi della genetica e della genomica migliorando gli approcci preventivi con l'individuazione precoce, attraverso la raccolta attenta dell'anamnesi familiare, della predisposizione genetica a malattie ad alta prevalenza (es. patologia cardiovascolare) o a importante gravità (es. cancro ad insorgenza precoce).

Un altro ruolo importante è quello, all'interno di un articolato rapporto con le strutture specialistiche, di gestire un appropriato *counseling* con i pazienti avendo padronanza delle possibili implicazioni etiche, legali, sociali delle informazioni genetiche predittive o diagnostiche, e di mantenersi al corrente del continuo sviluppo delle possibili innovazioni rilevanti per la pratica concreta della cura in modo da saper dare priorità alle azioni supportate da solide evidenze e fondate su un favorevole rapporto rischio-beneficio, in particolare per gli *outcome* a lungo termine.

Sezione 8 - I determinanti organizzativi e manageriali nelle cure primarie.

Le cure primarie sono in Italia ancora alla ricerca di modelli organizzativi in grado di integrare i medici di medicina generale in unità operative aggregate, flessibili, multidisciplinari capaci di sviluppare sistemi di relazioni efficaci con le cure specialistiche per perseguire l'obiettivo di un'assistenza globale e personalizzata ai propri assistiti per tutte le dimensioni dei possibili bisogni di salute.

La struttura del team assistenziale di primo livello (medici di famiglia, infermieri, altre professioni sanitarie e sociali) deve essere analizzata teoricamente e sperimentata praticamente, ipotizzando approcci allo stesso tempo integrati e differenziati di assistenza ai pazienti acuti e cronici, alle situazioni stabili o a rischio di fragilità e in tutte le possibili fasi, dalla prevenzione primaria alle cure di fine vita. Così come vanno analizzate e sperimentate le modalità più idonee delle infrastrutture fisiche, delle strumentazioni utili, dei sistemi di verifica della qualità degli esiti e dei processi, tenuto conto che la flessibilità organizzativa dei team e dei servizi

costruiti sulla base di esigenze locali ben definite migliora l'accesso degli utenti marginali e riduce la disparità delle cure. Tutto questo si deve basare sulla acquisibile competenza dei medici delle cure primarie a gestire le *equipes* dei curanti esercitando una adeguata capacità di leadership.

Sezione 9 - "Special interests" nella Medicina generale.

Il medico di medicina generale è stato, per definizione e per tradizione, portatore di una conoscenza e di una abilità specificatamente indirizzata ad affrontare il più largo spettro di patologie in modo da garantire un'assistenza il più possibile globale e olistica. Ma la medicina ha progressivamente aumentato sensibilmente le sue possibilità di intervento e i pazienti sempre di più si aspettano che il massimo livello di competenza sia applicato ai propri problemi di salute.

Il termine "*GP with special interests*", nato in Inghilterra da ormai una ventina d'anni, rappresenta ancora da noi un termine vago che si colloca in uno spettro di possibilità che vanno dal trovare nella propria pratica clinica un'area di maggiore personale interesse a possedere una qualificazione specialistica accademica in uno specifico settore. Ma la natura del lavoro in team, che indubbiamente caratterizzerà sempre di più la pratica del medico delle cure primarie, estende le possibilità "specialistiche" di fornire un livello di competenza approfondita su uno specifico settore ai colleghi della propria *equipe*, di garantire al team un rapporto più strutturato con i servizi ospedalieri, di risolvere all'interno dell'unità di cura problematiche assistenziali di media complessità. Le potenzialità derivanti dall'esercitare uno "*special interest*" sembrano poter aggiungere maggiore valore alle competenze complessive dell'unità di cura se si indirizzano non tanto alla creazione di sub-specialisti che non saranno mai in grado di sostituirsi alle consulenze di secondo livello, quanto allo sviluppo di abilità trasversali come estensione in specifici problemi di un approccio comunque generalista.

Cinque sono le aree di possibili "*special interests*" che, per entità del problema o per frequenza epidemiologica si sono ritenute meritevoli di approfondimento nel Master:

- il paziente in cure palliative e/o simultanee per cancro avanzato e in cure palliative non oncologiche;
- la fragilità psichica nelle cure primarie;
- il paziente fragile/instabile;
- Il paziente con dolore cronico;
- la medicina di genere.