



## Come si diventa medici di famiglia



### Gavino Maciocco

*In Italia Medicina generale e Università non si sono mai parlati. L'Università ha così rinunciato alla conoscenza di una parte fondamentale della salute della popolazione e del sistema sanitario, la Medicina generale da parte sua ha rinunciato a confrontarsi con il livello accademico della ricerca e della didattica, preferendo rinchiudersi in un comodo, ma sterile, recinto autoreferenziale. È evidente che le responsabilità sono ben bilanciate, ma è del tutto inutile recriminare sul passato. Quel che è certo è che questo sistema non funziona e sta provocando enormi danni al servizio sanitario nazionale.*

**La nascita della Medicina di famiglia come disciplina accademica (*Family medicine*) avviene negli USA alla fine degli anni 60** del secolo scorso sotto la spinta di un gruppo di medici visionari convinti della necessità di contrapporre un modello bio-psico-sociale al paradigma dominante della medicina ultra-specialistica (vedi post [Il futuro delle cure primarie](#)).

**Nello stesso periodo vengono istituite nel Regno Unito – prima a Edimburgo, poi a Manchester – le prime cattedre di *General Practice*** (l'equivalente *british* di *Family Medicine*). Nel 1986 erano già stati istituiti 24 dipartimenti di *General Practice*, frutto della collaborazione e dell'integrazione tra Università e organizzazione dei medici di famiglia (*General Practitioners*, GPs), raggruppati in associazioni di 4-6 medici (*Practice*), con il supporto "politico" del *Royal College of General Practitioner* e con il supporto finanziario del *National Health Service*. In quell'anno viene pubblicato uno storico documento "**The Mackenzie Report**" che – come commenta il *BMJ* – "*looks at the past, present, and future of academic general practice in Britain*[1]" (vedi **Risorse**).

**Un'integrazione e una collaborazione, quella tra Accademia e GPs tutt'altro che semplice e scontata**, perché, come osserva il Rapporto, "*Academic general practice belongs to two institutions – universities and general medical practice – which are very different in style. The universities are hierarchical organisations, whereas general practice is strongly egalitarian; universities emphasise research and theory, whereas general practice has evolved from experience and instinct*". **L'Università portano in dote la capacità di organizzare l'attività didattica e di stimolare e produrre la ricerca, i GPs contribuiscono con la loro esperienza e la loro organizzazione assistenziale.** Vengono selezionate le *Practice* "migliori" per lo svolgimento dei tirocini sia per gli studenti, che per gli specializzandi, così come vengono selezionati i GP che entreranno a far parte del Dipartimento di *General practice*, in qualità di docenti, inizialmente a tempo parziale potendo così continuare a mantenere un rapporto diretto con la *practice* di origine.

**Il Rapporto indica anche quale deve essere la specificità concettuale della *General practice*:**

“Problemi come la continuità delle cure, la individualità dei pazienti, le conseguenze delle malattie sulle famiglie, l’influenza dei fattori sociali sulla percezione della salute e della malattia, e il contributo di altre agenzie sanitarie e sociali all’assistenza del paziente fanno parte dell’insegnamento di altre materie accademiche. Tuttavia la *General practice* sembra essere la disciplina che meglio consente agli studenti di apprezzare il significato di questi concetti.”

Oggi dipartimenti di *General practice* sono presenti in tutte le facoltà di medicina, il più delle volte il termine *General practice* è associato a *Primary Care*, come nel caso dell’**Università di Glasgow**, dove nella [home page](#) del **Department of General practice and Primary care** si legge:

“Il nostro personale, sia clinico che non-clinico, è dedicato a portare avanti attività di ricerca e d’insegnamento che affrontano i problemi posti da bisogni assistenziali complessi e da disuguaglianze, particolarmente in relazione a malattie croniche e multimorbidità, a popolazioni emarginate, come i migranti e come le persone che vivono in aree particolarmente deprivate. Noi abbiamo una forte attenzione ad approcci proattivi e all’implementazione di interventi innovativi e insieme crediamo nel ruolo delle politiche per la salute nel plasmare le esperienze dei pazienti e dei professionisti. Noi portiamo avanti la ricerca interdisciplinare con altri colleghi dell’Università, con il personale del NHS, con organizzazioni e agenzie di volontariato, a livello locale, nazionale e internazionale. Il nostro scopo è quello di promuovere un’assistenza di qualità, centrata sulla persona, con un particolare focus sul ruolo delle cure primarie come veicolo per una assistenza migliore, più continua e più coordinata”.

**Nel Regno Unito si diventa medici di famiglia dopo aver frequentato la specializzazione accademica in *General practice***, della durata di 5 anni, di cui i primi due (*Foundation years*) comuni a tutte le specializzazioni mediche e i tre successivi (*Specialty registrar*) suddivisi equamente in attività ospedaliera e in attività di medicina di famiglia e cure primarie.

Oggi “quasi” ovunque si diventa medici di famiglia attraverso una specializzazione accademica<sup>[2]</sup>. Wonca Europe (*The European Society of General Practice/Family Medicine*), l’organizzazione che raccoglie i medici di famiglia europei (e che fa parte dell’organizzazione mondiale), ha individuato le competenze fondamentali (*core competencies*) che le università devono fornire ai futuri medici di famiglia (**Figura 1**) – vedi Risorse:

1. **Primary care management.** Saper lavorare all’interno di un team multiprofessionale. Svolgere attività di coordinamento e supervisione. Predisporre percorsi appropriati di cura per i propri pazienti. Essere in grado di monitorare e valutare la qualità e l’efficacia dell’attività assistenziale.
2. **Person-centred Care.** Stabilire una relazione efficace con paziente, nel rispetto della sua autonomia. Promuovere l’empowerment del paziente. Valutare i bisogni del paziente e garantire la continuità dell’assistenza e il coordinamento dei vari interventi.
3. **Specific problem solving skills.** Coinvolgere il paziente nelle decisioni. Intervenire tempestivamente, e con urgenza quando necessario. Gestire le situazioni in maniera proattiva. Fare un uso efficace e efficiente delle procedure diagnostiche e terapeutiche.
4. **Comprehensive approach.** Gestire simultaneamente molteplici disturbi e patologie, sia acute che croniche. Promuovere la salute e il benessere utilizzando efficaci strategie di prevenzione. Coordinare promozione della salute, prevenzione, cura, assistenza, riabilitazione e palliazione.
5. **Community orientation.** Conciliare i bisogni di salute degli individui e i bisogni della comunità in cui essi vivono per rendere equilibrato l’utilizzo delle risorse.
6. **Holistic approach.** Utilizzare un approccio bio-psico-sociale tenendo conto delle dimensioni culturali e esistenziali del paziente.

A ciò vanno aggiunte tre caratteristiche che devono essere considerate essenziali nell’applicazione delle competenze fondamentali:

1. **Contextual aspects.** La comprensione del contesto socio-economico e culturale in cui lavora il medico e in cui si trovano i suoi pazienti. La comprensione del sistema sanitario in cui opera il medico, le opportunità e i vincoli.
2. **Attitudinal aspects.** Essere consapevole delle proprie capacità e dei propri valori, identificando gli aspetti etici della pratica clinica. Fare chiarezza sulla propria etica personale. Essere consapevole della reciproca interazione tra lavoro e vita privata e ricercare un buon equilibrio tra loro.
3. **Scientific aspects.** Avere familiarità con i principi generali, i metodi, i concetti della ricerca scientifica e dei fondamentali di statistica (incidenza, prevalenza, valore predittivo, etc). Avere un accesso continuo alla lettura della letteratura medica. Sviluppare e mantenere un apprendimento continuo e un miglioramento della qualità della professione.

Figura 1.



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

## E in Italia?

**In Italia riguardo alla formazione dei medici di famiglia siamo all'età della pietra.** E' come se il dibattito, le sperimentazioni avvenute, i risultati ottenuti negli ultimi 30-40 anni nel mondo – dagli USA al Regno Unito, dalla Norvegia alla Spagna, dall'Australia, al Canada, al Brasile – non avessero lasciato traccia nella realtà italiana. Come fossero avvenuti in un mondo estraneo e lontanissimo. Certamente l'Italia si è adeguata alla direttiva europea del 1986 che obbliga i paesi a istituire un tirocinio vocazionale per i futuri medici di medicina generale, e nel 1999 è stato pubblicato il curriculum della formazione specifica in medicina generale, basato prevalentemente su attività cliniche specialistiche, con un tirocinio di 6 mesi presso un ambulatorio di medicina generale e 4 mesi presso una struttura distrettuale[3]. **Il tirocinio vocazionale c'è ma non è una specializzazione accademica**, essendo gestito in proprio dai medici di medicina generale e **non c'è neppure una formazione pre-laurea di medicina generale.**

**Medicina generale e Università non si sono mai parlati.** L'Università ha così rinunciato alla conoscenza di una parte fondamentale della salute della popolazione e del sistema sanitario, la Medicina generale da parte sua ha rinunciato a confrontarsi con il livello accademico della ricerca e della didattica, preferendo rinchiudersi in un comodo, ma sterile, recinto autoreferenziale. E' evidente che le responsabilità sono ben bilanciate, ma è del tutto inutile recriminare sul passato. **Quel che è certo è che questo sistema non funziona e sta provocando enormi danni al servizio sanitario italiano** che – soprattutto a causa dell'*impasse* nei processi di formazione dei professionisti – non riesce a costruire un sistema di cure primarie e di medicina generale su scala nazionale all'altezza dei bisogni dei cittadini.

**Come uscire dall'impasse lo ha suggerito Maria Angela Becchi** (vedi post [L'Università nella formazione delle Cure Primarie e della Medicina Generale](#)) di cui condivido la conclusione: "Si potrebbe iniziare con sperimentazioni regionali per formare nuove generazioni di mmg con specializzazione universitaria, basato su accordi fra i Ministeri della Università e della Salute, sentite le Regioni, con l'obiettivo di formare mmg con competenze cliniche per accedere alla convenzione, competenze di coordinamento e di governo clinico per garantire appropriatezza delle cure, lavorare in team ed attuare l'associazionismo medico, nonché con competenze di gestione per assumere ruoli di dirigenza nelle UO Complesse di Cure Primarie".

**Aggiungo che tale processo dovrebbe vedere il pieno coinvolgimento della Medicina generale, dei colleghi che sono impegnati a vario titolo nelle attività di formazione**, che dovrebbero rappresentare i partner fondamentali nelle attività didattiche accademiche e di tutoraggio nei tirocini sul campo. È la stessa sfida a cui si aprì con successo la *General practice* britannica negli anni ottanta. Oggi sono innumerevoli i GPs che sono diventati *lecturer, senior lecturer*, professori e direttori di Dipartimento. Perché no, anche in Italia?

#### Risorse

1. Howie GR, Hannay DR, Stevenson SK. [The Mackenzie report: General practice in the medical schools of the United Kingdom-1986](#) [PDF: 3 Mb]. BMJ 1986; 292:1567-71
2. European Academy of Teachers in General Practice (Network within WONCA Europe). [The european definition of General Practice/Family Medicine short version](#). EURACT, 2005 [PDF: 120 Kb]

#### Bibliografia

1. Howie GR, Hannay DR, Stevenson SK. The Mackenzie report: General practice in the medical schools of the United Kingdom-1986. BMJ 1986; 292:1567-71
2. Maciocco G, Passerini GL, Stefanini A. La medicina generale in Europa, in Geddes M. Rapporto sulla salute in Europa. EDIESSE, 1995. Pp. 137-174
3. Decreto Legislativo 17 agosto 1999, n. 368.

Fonte:  **SALUTE INTERNAZIONALE.info**

pubblicato su: 