

B. Gorini



Formazione Specifica in Medicina Generale

Federazione Italiana Medici di Famiglia
Treviso

- . Comunicare
- . Relazionarsi
- . Intervistare
- . Apprendere
- . Aggiornarsi
- . Leggere
- . Decidere
- . Prescrivere
- . Insegnare
- . DAT
- . ATLAS

In questi ultimi anni stiamo assistendo al tentativo di trasformare la professione medica da autonoma a strumento che più che rispondere ai bisogni del cittadino risponde a quelli di chi governa l'assistenza.

L'enorme crescita del potere diagnostico e terapeutico di questi anni è stranamente correlata ad una frantumazione dell'alleanza simpatica tra paziente e medico.

Il paziente, spesso scontento, talora diffidente, nutre scarsa fiducia e tantomeno si pone in modo referenziale e acritico verso il medico e la Medicina, come solo qualche decennio fa succedeva.

Altrettanto il medico è demotivato, timoroso di risvolti legali e profondamente ferito nel proprio sentimento narcisistico di onnipotenza, talora vittima di burn-out.

Ma perché la medicina proprio nel periodo di massimo successo suscita tanta diffidenza? Perché è in crisi la figura del medico? Per capire i motivi di questa crisi può essere utile ripercorrere il rapporto medico-paziente, usandolo come chiave di lettura di questo paradosso.

Rapporto medico-paziente

Agli albori della medicina la scarsa evoluzione delle idee mediche favorisce la presenza di medici incompetenti, che seguono teorie filosofiche perfettamente logiche ma per nulla empiriche. Il medico poco si discosta da speziali e stregoni che vivono sulla preparazione e vendita di fantomatici “medicamenti”. L’anamnesi è dettagliata e meticolosa. L’esame obiettivo, caratterizzato dall’assoluta mancanza d’interesse per la visita organica e il contatto col malato (limitato all’osservazione della lingua e alla palpazione del polso) non è utilizzato a fini diagnostici, tantomeno a fini terapeutici. Non c’è traccia di analisi della sintomatologia; la diagnosi è solo la denominazione del sintomo principale da cui la codifica del paziente come bilioso, collerico, etc. ed è l’unica base per formulare una diagnosi. Le indicazioni prognostiche sono insufficienti e non vi è orientamento per una terapia differenziata perché tutto si risolve con l’evacuazione chirurgica o medica (salassi o sanguisughe, diuretici o defecanti, prodotti per indurre sudorazione o salivazione). La farmacopea è composta da prodotti soprattutto inattivi, senza effetto sull’organismo. Il paziente sente il bisogno di curarsi solo per quei pochi sintomi considerati gravi e nutre scarsa considerazione per medicina e medici, che pure aderiscono alle teorie popolari di purghe e salassi. C’è il proliferare di stregoni e ciarlatani e si ricorre alla magia come trasferimento della propria malattia come strumento di trasferimento ad animali o feticci.

Obiettivo per i futuri medici

è diventare medici della persona (non della malattia o dell'organo) passando, come si dice, dal curare al prendersi cura.

Che vuol dire dare pari dignità alle narrazioni dei pazienti e ai riscontri obiettivi.

Questo richiede una formazione professionale dedicata

che avrà come risultato un professionista

scientificamente rigoroso, capace di costruire ipotesi diagnostiche e percorsi terapeutici, e un ascoltatore competente in grado di recepire il malessere e il disagio narrato dal paziente.

Un professionista che resiste alla tentazione della medicina sviluppa la sua capacità decisionale con un ricorso ragionato alla tecnologia.

Universalità, solidarietà ed equità
sono le colonne fondanti del SSN,
e questo spiega perché
la Medicina Generale ne sia il caposaldo.

EURACT (European Academy of Teachers in General Practice)

(<http://www.euract.eu>) è sorta nel marzo 1992, perché si è ritenuto che sarebbe stato di maggior supporto per gli insegnanti una organizzazione per adesione individuale, al fine di promuovere e mantenere, attraverso l'apprendimento e l'insegnamento, alti standard di cura in Medicina Generale in Europa.

L'istituzione di EURACT può essere fatta risalire alla formazione nel 1974 del primo gruppo di Leewenhorst che ha agito come un laboratorio di nuove idee sull'insegnamento della Medicina Generale, ed è ricordato per la definizione del ruolo di medico di medicina generale, valida ancora oggi. EURACT ha sede legale ad Utrecht e la lingua ufficiale è l'inglese. Lo Statuto di EURACT, approvato a Kos (Grecia) il 5 settembre 2005, è stato sostituito dal nuovo approvato il 26 aprile 2009 a St Petersburg (Russia). Oggi conta oltre 800 membri in 40 Paesi. Ogni Nazione ha un rappresentante nel Consiglio, che è l'organo di governo e si riunisce due volte l'anno. Con la istituzione di WONCA Regione Europe / Società Europea di Medicina Generale / Medicina di Famiglia, EURACT è diventata una delle tre reti europee, con particolare interesse per la formazione, e ha fornito i principali autori della **Definizione europea di Medicina di Famiglia pubblicato nel 2002** e presentato per la prima volta in Italia il 25.11.2004, ad opera del Centro di riferimento per la Medicina Convenzionata di Assistenza Primaria

Il credito formativo

è l'unità di misura quantitativa e qualitativa della formazione,
in breve il valore specifico da assegnare
ad ogni attività scientifico culturale e formativa.

Il Futuro è cominciato

Con questo lavoro vogliamo affrontare i fondamenti della Medicina Generale perché i giovani Colleghi trovino spunti e guida nel loro percorso formativo. Ripercorreremo con i verbi della MG quelli che sono anche i primi seminari della Scuola.

La spiegazione del perché di una Scuola (di specialità) in MG, con la sua organizzazione e le sue regole, ma anche come la disciplina della MG trovi fondamento nella declinazione di 10 verbi: **comunicare, relazionarsi, intervistare, apprendere, leggere, scrivere, decidere, prescrivere, aggiornarsi e insegnare**; fornendo un documento che, pur con i suoi limiti, si propone di accompagnarli nel cammino per “*saper essere*” medico di famiglia.

Il lavoro prende spunto da quanto in questo ultimo ventennio si è fatto nella Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale nella Regione del Veneto, in particolare nei seminari di attività pratiche di inizio Corso nel Polo didattico 1° classe di Treviso.

La **capacità comunicativa**

non si acquisisce mai definitivamente, non è mai lasciata al caso, ma si sviluppa per rispondere alle nuove situazioni comunicative. Tale capacità banalmente si traduce nella scelta di *“cosa dire”* e *“cosa non dire”* ma soprattutto nel *“come dire”*

La comunicazione della cattiva notizia

I medici per l'abitudine acquisita all'esame obiettivo,
diventano particolarmente sensibili alla comunicazione non verbale
che si coglie con
l'osservazione attenta,
l'ascolto
e la sensibilità,
trascurando talora la comunicazione verbale

Il colloquio

non è una semplice conversazione, ma assume un'importanza fondamentale soprattutto se l'oggetto è la salute, anche perché gli interlocutori possono averne spesso convinzioni preconcepite.

- Il paziente è il narratore della propria storia
- La qualità della narrazione viene misurata nell'attenzione che il medico pone e con le domande che di riflesso pone
- La relazione col paziente dura nel tempo e comprende i familiari
- Obiettivo del medico è non solo la salute (che stia bene) ma anche il benessere (che si senta bene)
- Devono essere considerate e trattate, al pari dei segni obiettivi, le percezioni ed emozioni del paziente riguardanti la propria salute, come le implicazioni relazionali e progettuali.

Questo **eleva la malattia**

da semplice fenomeno biologico a fenomeno complesso

Il medico deve saper ascoltare la storia del paziente anche se la narrazione segue un suo iter, non sempre lineare, con particolari che arricchiscono e altri che deviano, ma che in ogni caso illustrano il problema e/o la sofferenza.

La **narrazione** anche se non ordinata, fornisce sempre informazioni preziose e registrarla con i suoi “vocaboli” non è mai una fatica inutile.

Relazione equivale a conoscenza.

E questa conoscenza della esperienza unica e singolare della malattia del paziente deve intrecciarsi con la componente scientifica e professionale del medico.

La comunicazione più efficace è breve

Si è portati a parlare molto nella convinzione che più cose si dicano e migliore sia la comunicazione.

In realtà chi ascolta, recepisce solo parte di quello che diciamo, e meno ancora ricorda.

Di quello che si sa (**100%**) si dice il 70%, l'altro ascolta il 40%, capisce il 20% e ricorda il **10%**

È indubbio che una **corretta comunicazione professionale** favorisca il decorso della cura,

ma non è altrettanto evidente agli stessi medici come la relazione tra medici si rispecchia sul paziente oltre che su loro stessi, e influisce sulla qualità di cura e sulla qualità del lavoro, in termini di soddisfazione, efficienza ed efficacia.

Una comunicazione assente è, spesso, alla base di errori e di denunce.

La comunicazione in medicina, assieme alle competenze tecniche, rappresenta il cuore stesso del processo di cura.

Sapersi relazionare con efficacia

è la più cruciale delle risorse personali

Anamnesi psicosociale

è una narrazione che raccoglie informazioni importanti e pertinenti al paziente come persona:

- stile di vita (situazione familiare e persone importanti per lui)
- giornata tipica dalla mattina alla sera
- esperienze fondamentali (crescita, studi, servizio militare, lavoro, situazione economica, situazione affettiva, matrimonio, svaghi, pensionamento, realizzazione nel proprio lavoro)
- percezione (dello stato di salute, delle malattie, del trattamento delle malattie)
- il punto di vista sul presente e i programmi per il futuro

- **Parlare con i bambini**
- **Comunicare con giovani e adolescenti**
- **Comunicare con l'anziano**
 - Raccogliere l'anamnesi
 - Indagare lo stato funzionale
 - Parlare di argomenti delicati
 - Sicurezza alla guida
 - Abusi sugli anziani e abbandono
 - Sessualità
 - Spiritualità
 - Incontinenza urinaria
 - Depressione
 - Salute mentale e problemi cognitivi
 - comunicare con un paziente confuso
- **I problemi dell'intervista**

Poiché apprendere effettivamente comporta modificare il comportamento, bisogna tenere conto dei **fattori che condizionano l'apprendimento**:

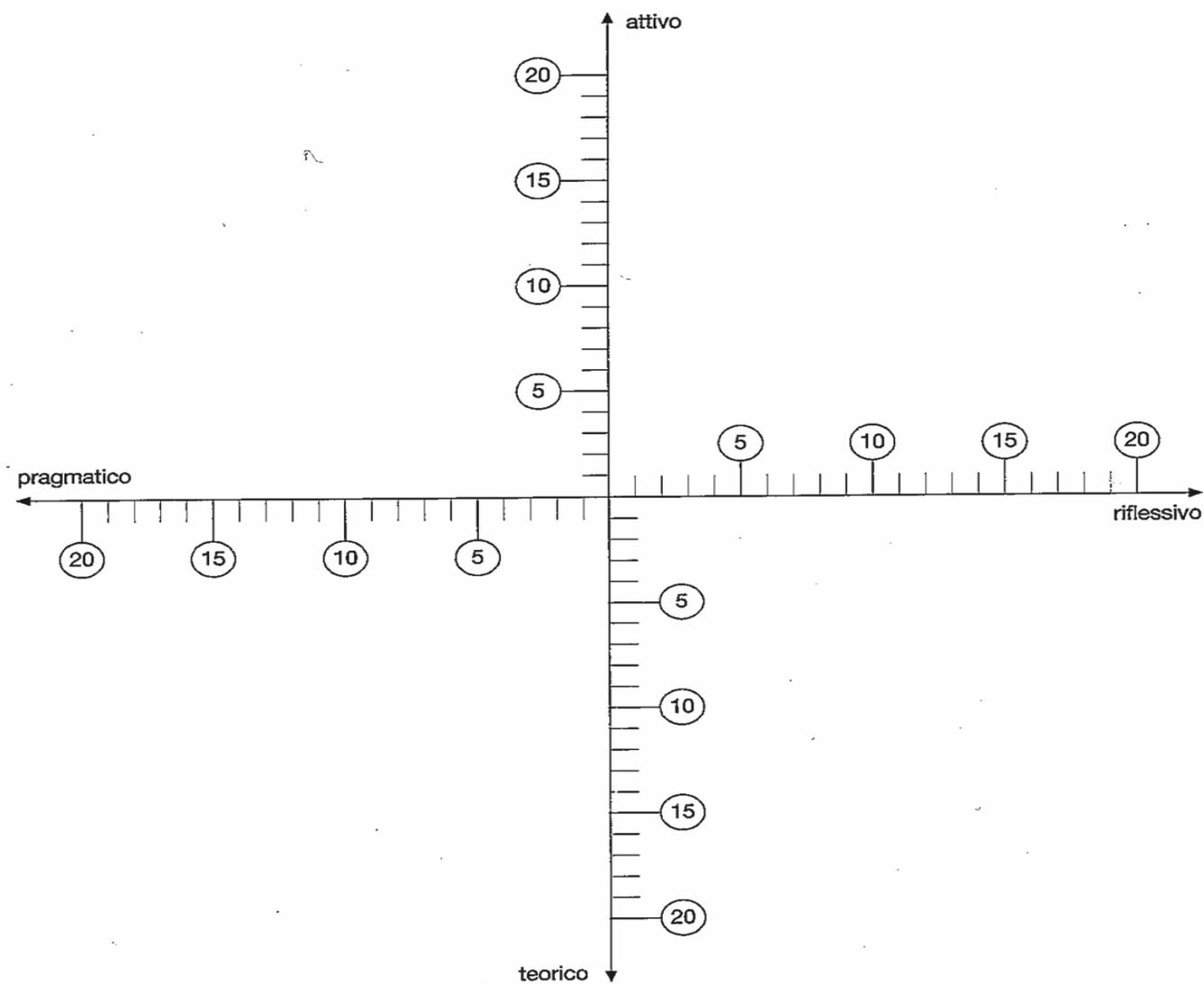
- esperienza
- memoria
- cultura
- disponibilità di tempo
- stato d'ansia
- percezioni
- motivazioni
- e, non ultimo, di come avviene la comunicazione

Nell'apprendere siamo istintivamente portati ad iniziare col nostro stile preferito per poi passare agli altri stili.

Indipendentemente da dove inizia,

il ciclo dell' apprendimento viene percorso per intero
e resta incompleto se non vengono passate tutte le fasi

Tab. 20
GRAFICO DELL'APPRENDIMENTO



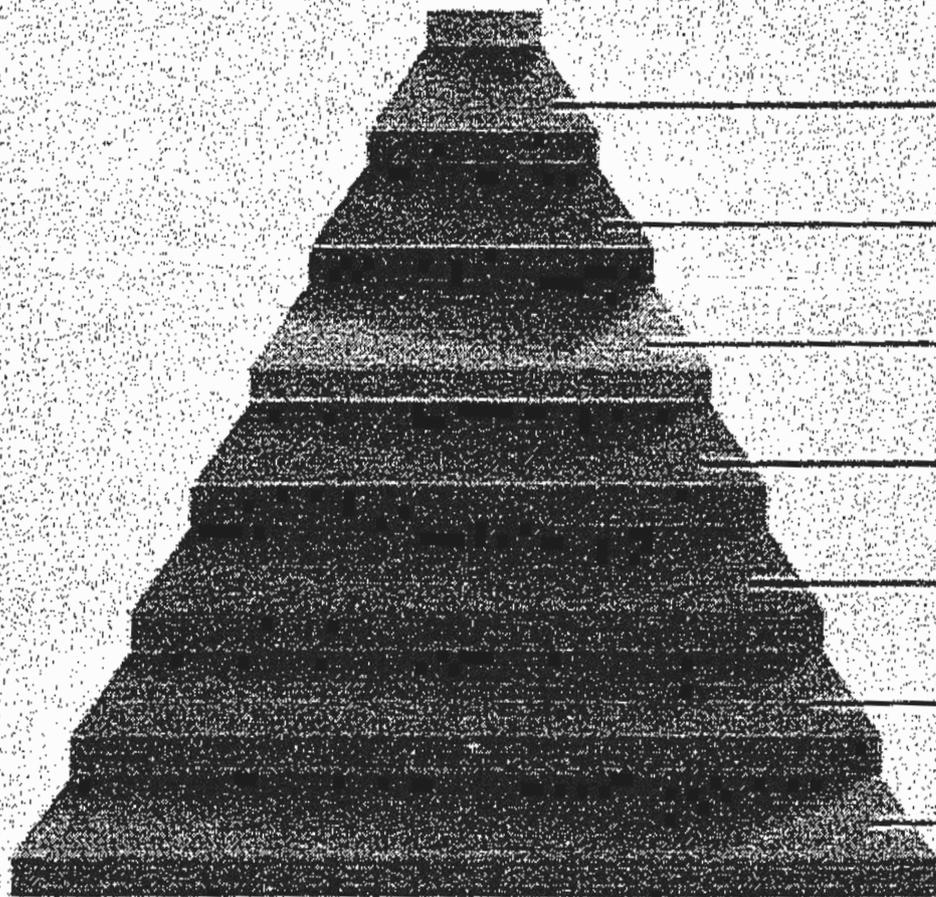
L'accreditamento è una verifica sistematica, interattiva, indipendente (per garanzia di oggettività, autonomia, ed autorevolezza) effettuata con criteri di evidenza oggettiva (la valutazione è il cardine del processo formativo perché permette un costante miglioramento della qualità della formazione; valuta fatti non emozioni) tesa ad accertare che il sistema qualità considerato sia stato realizzato con efficacia (1° obiettivo della verifica è accertare la qualità di conformità del sistema) in accordo con quanto formalizzato e che questo risulti adeguato (tale giudizio è alla base dell'accreditamento) a garantire una corretta gestione nell'ottica dei pazienti. L'accreditamento, infatti, è un meccanismo al servizio della popolazione per riconoscere la qualità di un medico verso standard sviluppati e testati professionalmente. Un medico dovrebbe accreditarsi per ottenere un personale miglioramento verso lo standard assistenziale e per un continuo miglioramento del ciclo della qualità.

In questi ultimi anni ha preso sempre più piede la ricerca su motori informatici, tra i quali i più utilizzati sono:

Come leggere

La lettura critica dell'articolo scientifico può essere definita come l'applicazione di regole oggettive a uno studio per valutarne

- la validità dei dati
- la completezza
- i metodi
- le procedure
- le conclusioni
- il rispetto dei principi etici
- l'indipendenza dei contenuti



revisioni sistematiche

studi controllati e randomizzati

studi di coorte

studi caso-controllo

studi trasversali

serie di casi

case report

opinione di esperti

- Valutare uno studio clinico controllato
- Valutare un articolo sull'efficacia di un intervento
- Gli esiti multipli o compositi
- CASP (Critical Appraisal Skills Programme)
- READER (Relevance, Education, Applicability, Discrimination, overall Evaluation)

SCRIVERE

POEM

definisce le variazioni di morbilità, mortalità o qualità di vita

DOE

definisce i meccanismi di spiegazioni o obiettivi surrogati, come variazioni nei tests di laboratorio; DOE è usato come supporto nelle raccomandazioni cliniche chiave.

Aree funzionali della Medicina Generale

1 Competenze

globali, per tutte le funzioni e apparati
problemi non selezionati
assenza di soglie
disturbo, malattia fisica e/o psichica
fase preclinica, clinica e degli esiti
eventi prevenibili

2 Sapere

prevalentemente pratico

3 Rapporto con il paziente, i suoi problemi, segni e sintomi

diretto
non formalizzato
globale
personalizzato
prevalentemente discrezionale
sistematico
empatico, confidenziale
semeiotica "simultanea"
osservazionale
continuativo

4 valutazione - decisione

valutazione globale di variabili cliniche ed extra cliniche.

La classificazione internazionale denominata **ICPC (International Classification of Primary Care)** è stata elaborata dalla WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners and Family Physician) come sistema di codifica e classificazione. Essa riflette la distribuzione e il contenuto della domanda della medicina di famiglia e agisce anche come suo principio ordinatore. È anche uno strumento epidemiologico per classificare e analizzare i dati su tre importanti elementi di salute in medicina di famiglia:

- i motivi della visita,
- la diagnosi o il problema,
- il processo di cura.

La raccolta e analisi possono verificarsi sia per la cura del singolo paziente sia per medicina di iniziativa, audit clinico e analisi delle attività per ricerche sanitarie. I dati sono mantenuti da altre categorie quali ICD-10 in modo che ICPC possa essere utilizzato anche come principio organizzativo per i dati raccolti in altri sistemi. ICPC-2 è disponibile in oltre 25 lingue. L'intera classificazione è riassunta in solo due pagine A4. È compatibile con la registrazione clinica orientata per problemi.

La classificazione internazionale denominata **ICD (International Classification of Disease)** è lo strumento diagnostico standard per epidemiologia, gestione della salute e scopi clinici, inclusa l'analisi della situazione sanitaria generale dei gruppi di popolazione. È utilizzato per monitorare l'incidenza e la prevalenza delle malattie e altri problemi di salute, dimostrando un quadro della situazione sanitaria generale dei Paesi e delle popolazioni.

ICD è utilizzato da medici, infermieri, altri operatori, ricercatori, dirigenti di informazione sanitaria e codificatori, operatori informatici di salute, i decisori politici, gli assicuratori e associazioni di pazienti per classificare le malattie e altri problemi di salute. Oltre a consentire la memorizzazione e il recupero delle informazioni di diagnostica per scopi clinici, epidemiologici e di qualità, questi record forniscono anche la base per l'elaborazione di statistiche nazionali di mortalità e morbilità dall'OMS. ICD viene anche utilizzato per il rimborso e l'allocazione delle risorse del processo decisionale da parte dei vari Paesi. L'ICD è disponibile in 43 lingue. La maggior parte dei Paesi (117) utilizzano il sistema per i dati di mortalità, indicatore fondamentale dello stato di salute. ICD-10 (approvato nel maggio 1989 ed in uso dal 1989) è attualmente in fase di revisione; si prevede l'uscita dell'ICD-11 nel 2018.

- **Prescrivere**
- **Favorire il benessere**
- **Definizione di errore**

Insegnare

- **Insegnare significa trasmettere competenze vuol dire avere l'abilità di saper trasmettere capacità di risolvere questioni pertinenti alla propria professione e il diritto-dovere di occuparsi di certe materie**
- **Il medico docente è custode di una conoscenza tecnico-scientifica fondamentale e ha il compito di distribuirla e così dare forma ad una nuova conoscenza.**

La professionalità del docente è mirata a 3 obiettivi:

1 illustrare gli elementi cardine della disciplina

2 insegnare il frutto delle proprie ricerche

3 formare altri cultori della materia

Strumenti e criteri per la valutazione dei docenti

La missione del docente di MG è:

produrre un futuro medico di famiglia in grado di gestire il proprio apprendimento.

Un insegnante è una persona molto speciale, che usa la sua creatività e amore, per sviluppare il raro talento di incoraggiare gli altri a pensare, a sognare, a imparare, a provare, a fare

l'arte suprema dell'insegnante è risvegliare la gioia nella espressione creativa e nella conoscenza. Albert Einstein

Come individuare un docente

Direttive anticipate (DAT)

Obiettivi

- Assicurare che la cura clinica sia in sintonia con le preferenze del paziente quando il paziente diventa incapace di prendere delle decisioni.
- Migliorare il processo che porta alla decisione delle cure da fare:
 - fare in modo che questo processo di scelta sia il risultato della partecipazione del paziente, medico e procuratore;
 - permettere al procuratore del paziente di parlare in sua vece;
 - rispondere con una flessibilità misurata ad impreviste situazione cliniche;
 - fornire preparazione riguardo le problematiche che abbracciano la morte ed il morire.
- Migliorare i risultati del Paziente:
 - migliorare il benessere del paz. riducendo l'accanimento terapeutico o l'abbandono;
 - ridurre le ansie del paziente riguardo il possibile peso dato alla famiglia.

Una discussione sulle direttive anticipate può richiedere 5 min. se il paziente è in salute e deve vertere sulle misure che vorrebbe che il medico intraprendesse in determinate condizioni ed eventualità e sul significato di un tutore della salute

Interventi

Tappe

PROGRAMMARE LE CURE PER IL TERMINE DELLA VITA
Istruzioni da lasciare in sala d'attesa a disposizione dei pazienti

ATLASMedica (ATLAS)

è un gestionale per lo studio di MG all-in-one; permette, infatti, da un'unica piattaforma la gestione completa di tutte le funzionalità necessarie per la gestione dello studio medico e l'interazione tra professionisti, non solo quelli in associazione, ma anche tra MMG e MCA e altri specialisti

È l'unico gestionale completamente basato sulla tecnologia cloud; questo permette di gestire la cartella clinica del paziente da qualsiasi postazione collegata ad Internet in modo del tutto interattivo permettendo quindi lo svincolo dalla postazione in quanto il dato è sempre disponibile ed utilizzabile dal medico da qualunque device con una connessione di rete.

brunelloigorini@fimmg.org

337.528694

FIMMG TV

Via Montebelluna 2, 31100 TREVISO