



Wonca

World family doctors. Caring for people.

EUROPE

**LA DEFINIZIONE EUROPEA
DELLA
MEDICINA GENERALE / MEDICINA DI FAMIGLIA**

WONCA EUROPE
edizione 2011

Traduzione italiana a cura del Coordinamento delle Società Scientifiche Italiane Aderenti a WONCA

LE DEFINIZIONI EUROPEE

degli Elementi Costitutivi della Disciplina della Medicina Generale,
del Ruolo del Medico di Medicina Generale

e

la Descrizione delle Competenze Costitutive
del Medico di Medicina Generale/Medico di Famiglia

Su incarico di

WONCA EUROPE

The European Society of General Practice / Family Medicine, 2002

Dr **Justin ALLEN**
Director of Postgraduate
General Practice Education
Centre for Postgraduate
Medical Education,
University of Leicester,
United Kingdom
President of EURACT

Professor **Jan HEYRMAN**
Catholic University of Leuven,
Belgium

Professor **Igor SVAB**,
University of Ljubljana,
Slovenia

Professor **Bernard GAY**
President CNGE, Paris,
France
University of Bordeaux, France

Dr **Paul RAM**
Maastricht University
The Netherlands

Professor **Harry CREBOLDER**
Maastricht University,
The Netherlands

Edited by:
Dr **Philip EVANS**
President WONCA Europe

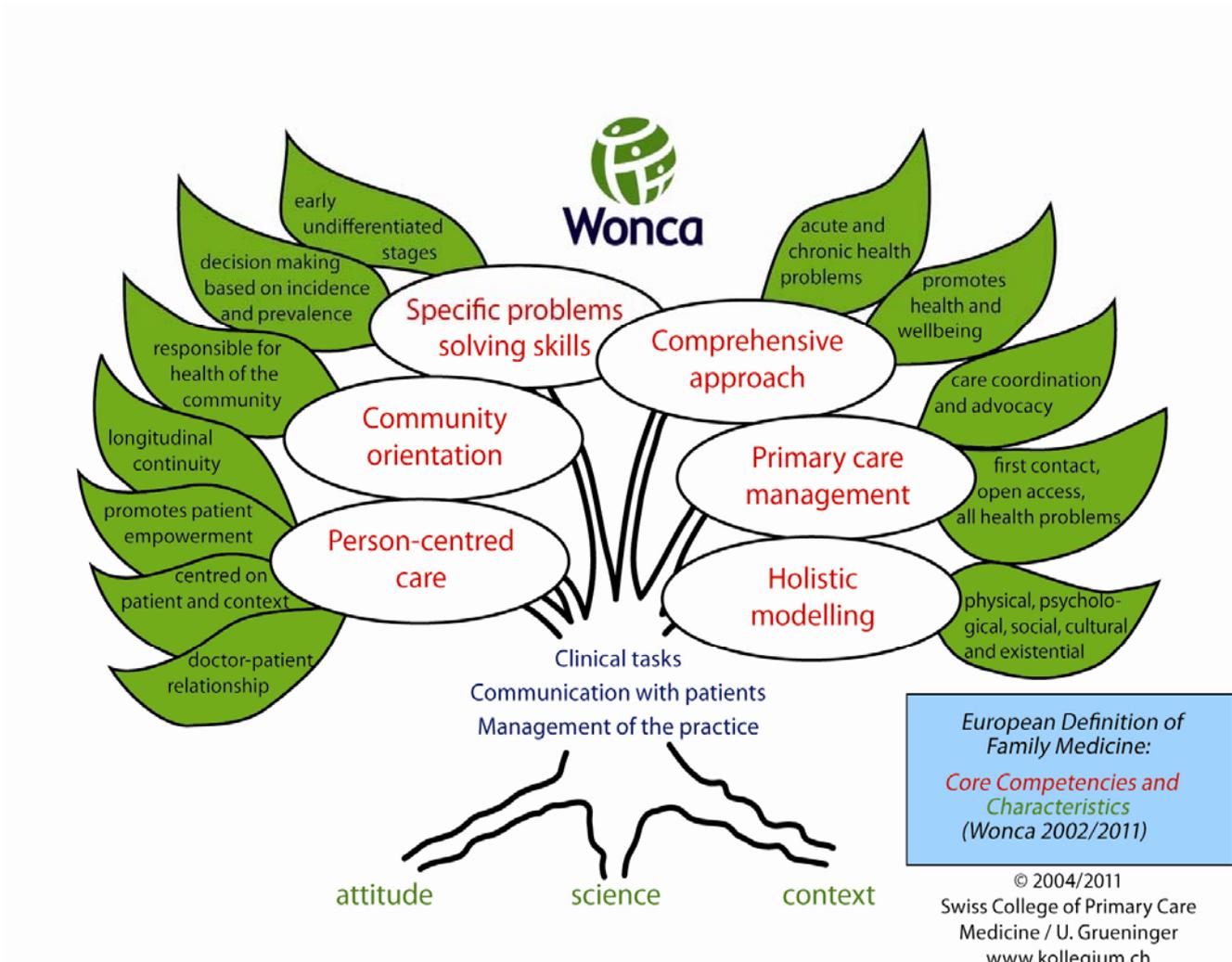
Questo documento è stato pubblicato con il supporto e la cooperazione del WHO Europe Office, Barcellona, Spagna

Revisione del 2005 da parte di un gruppo di lavoro del Council di EURACT coordinato dal Dr. Justin Allen, per conto del Council Europeo di WONCA;

Revisione del 2011 da parte di una Commissione del Council Europeo di WONCA coordinata dal Dr. Ernesto Mola e dalla Dr.ssa Tina Eriksson

Traduzione italiana:

Sergio BERNABÈ, Ernesto MOLA, Giorgio VISENTIN per conto del Coordinamento Italiano delle Società Scientifiche aderenti a WONCA



L'ALBERO WONCA
elaborato dal College Svizzero delle Cure Primarie
(riveduto nel 2011)

SOMMARIO

1. Introduzioni	5
2. LE NUOVE DEFINIZIONI EUROPEE 2011 E LE COMPETENZE COSTITUTIVE	7
3. LE NUOVE DEFINIZIONI - note esplicative, razionale e revisione accademica	9
4. LE COMPETENZE COSTITUTIVE - note esplicative, razionale e revisione accademica	20
5. Appendici	
Appendice 1 - Definizione Leeuwenhorst, WONCA e Olesen	26
Appendice 2 - Ringraziamenti	27
Appendice 3 - Terminologia	28
Appendice 4 - Ringraziamenti del Council di WONCA Europa	29

Utilizzi del documento

Questo documento contiene le definizioni delle caratteristiche della disciplina e delle sue competenze costitutive con alcune brevi note esplicative. Segue una dettagliata illustrazione del razionale e dell'analisi accademica di supporto, importante per tutti coloro interessati ad una maggior comprensione del razionale per favorirne lo sviluppo.

Fornisce le informazioni essenziali sulla disciplina della medicina generale da portare a conoscenza dei responsabili dell'erogazione dell'assistenza sanitaria, dell'insegnamento, dei programmi di training professionale e di coloro che apprendono la disciplina.

Di questo documento è stata pubblicata anche una versione ridotta con le sole note esplicative.

1. INTRODUZIONI

1.1 Introduzione alla edizione del 2002

Dr. Philip EVANS, President WONCA Europe, 2002

Questo documento definisce la disciplina della medicina generale/di famiglia e i compiti professionali che la caratterizzano; descrive inoltre le competenze costitutive dei medici di medicina generale. Delinea gli elementi essenziali della disciplina accademica e fornisce un punto di vista autorevole sui servizi che i medici di famiglia Europei dovrebbero fornire ai pazienti, così che la cura risulti della più alta qualità anche sotto il profilo del rapporto costi-efficacia. Da queste definizioni possono scaturire programmi di lavoro per l'educazione, la ricerca e la verifica della qualità tali da garantire che la medicina di famiglia si sviluppi nel modo più adeguato a soddisfare i bisogni di salute della popolazione nel XXI secolo.

In Europa ci sono differenze significative nell'organizzazione dei sistemi sanitari e nel modo in cui la medicina di famiglia è praticata. Per i paesi dell'Unione Europea e per quelli che aspirano a farne parte l'educazione medica è governata dalla Direttiva UE 93/16 che ha come obiettivo principale la promozione della libera circolazione dei medici. Sfortunatamente tale Direttiva dice poco sul contenuto e la qualità del training post laurea. È dunque ovvio e di grande importanza, per la tutela dei pazienti, che i medici di famiglia ricevano una formazione capace di dotarli delle competenze e delle abilità necessarie a lavorare in uno qualsiasi degli stati membri.

Questa dichiarazione è stata prodotta a nome della WONCA Europa (Società Europea di medicina generale/di famiglia) che costituisce l'Organizzazione Regionale dell'Organizzazione Mondiale dei medici di famiglia (*World Organization of Family Doctors - WONCA*).

La WONCA Europa costituisce una leadership accademica e scientifica che rappresenta la disciplina della Medicina di Famiglia in tutto il continente.

Tra i suoi membri figurano non solo organizzazioni accademiche nazionali della Medicina di Famiglia di 30 differenti Paesi Europei ma anche singoli medici di famiglia.

Il suo obiettivo primario è la promozione e lo sviluppo della disciplina in modo da raggiungere e mantenere alti livelli di educazione, formazione, ricerca e pratica clinica a vantaggio dei singoli pazienti e delle comunità.

La riforma dei sistemi sanitari nazionali è una esigenza comune in Europa così come in altre parti del mondo. I mutamenti demografici, le scoperte in campo medico, la spesa sanitaria, i bisogni e le aspettative dei pazienti obbligano a cercare nuove modalità di offerta ed erogazione dell'assistenza sanitaria. I dati internazionali¹ indicano che i sistemi sanitari basati su cure primarie efficienti con medici di medicina generale (Medici di Famiglia) che lavorano all'interno di comunità territoriali definite, garantiscono cure clinicamente più efficaci ed economicamente più efficienti rispetto ad altri sistemi meno orientati verso le cure primarie.

È di vitale importanza che il ruolo complesso ed essenziale che i Medici di Famiglia ricoprono nei sistemi sanitari sia compiutamente compreso all'interno della professione medica, ma anche dalle professioni in rapporto con la medicina, i responsabili della pianificazione dei sistemi sanitari, gli economisti, i politici e il pubblico.

In Europa è necessario aumentare gli investimenti nella medicina di famiglia in modo da permettere ai sistemi sanitari di ottimizzare il loro potenziale a beneficio dei pazienti. Gli investimenti devono essere indirizzati non solo verso le risorse umane e le infrastrutture ma anche verso l'educazione, la ricerca e la verifica di qualità.

Queste nuove definizioni e la dichiarazione delle competenze costitutive vengono pubblicate per informare e contribuire al dibattito sul ruolo essenziale della medicina di famiglia all'interno dei sistemi sanitari sia a livello nazionale che Europeo.

Bibliografia

1. Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. Oxford: Oxford University Press, 1998.

1.2 Introduzione alla revisione del 2005

Professor Igor SVAB, President WONCA Europe, 2005

Dal momento in cui è stata approvata, nel 2002, la definizione ha ottenuto una vasta attenzione da parte dei medici di famiglia, degli accademici e dei politici. È stata tradotta nella maggior parte delle lingue europee ed è stata una base per i programmi di studio della medicina di famiglia e un punto di partenza per gli accordi contrattuali dei medici di famiglia in molti Paesi europei. Essa è stata di grande rilevanza per i medici di famiglia in tutta Europa, a prescindere dalle enormi differenze nel modo in cui la medicina di famiglia è praticata e insegnata.

Tuttavia si avvertiva l'esigenza di un lavoro di revisione al fine di aumentarne la chiarezza, così da migliorarne la comprensibilità. Per questa ragione la definizione è stata riveduta e ne è stata pubblicata una nuova versione.

La revisione del 2005 ha conservato tutti gli elementi della precedente definizione. La definizione descrive ancora sia la disciplina della medicina generale/medicina di famiglia che i compiti professionali del medico di famiglia, e indica le competenze costitutive richieste ai medici di medicina generale. Tutte le caratteristiche fondamentali della disciplina e le competenze costitutive sono rimaste identiche.

La definizione riveduta sarà certamente ancora utilizzata in molte delle occasioni nelle quali si parlerà di medicina di famiglia. Essa è già diventata uno strumento utilissimo per la negoziazione con i politici, i formatori, i mass media e gli stessi medici generalisti.

WONCA Europa continuerà a promuovere la definizione tra i college suoi membri e tra i suoi network

1.3 Introduzione alla revisione del 2011

Dr. Ernesto MOLA
Dr. Tina ERIKSSON

Nella riunione di Malaga, nel 2010, il Council di WONCA Europa nominò una Commissione, composta da persone appartenenti a Paesi differenti e ai diversi suoi network, alla quale diede mandato di fare una revisione parziale della Definizione Europea di Medicina Generale allo scopo di introdurre al suo interno due nuovi concetti: l'*empowerment** del paziente e il miglioramento continuo della qualità.

Seguendo un piano di lavoro concordato con l'Executive Board, la Commissione ha esaminato due proposte sistematiche, concernenti l'inclusione nella definizione dell'*empowerment* del paziente e del miglioramento continuo della qualità, basate su un'ampia letteratura.

Il lavoro della Commissione è terminato con la stesura di una versione emendata della definizione (frutto delle posizioni dei membri della Commissione) inviata ai College nel luglio 2011 al fine di consentire una discussione puntuale nella successiva riunione dell'European Council di Varsavia, nel corso del quale è stata definitivamente approvata.

"Promuove l'*empowerment* del paziente" è stata inclusa come dodicesima caratteristica della definizione I e alcune frasi sono state cambiate o aggiunte alle definizioni II e III e nelle note esplicative.

Il 'miglioramento continuo della qualità' non è stato inserito come nuovo item della definizione I perché non è una caratteristica specifica della medicina generale ma di tutte le discipline. Sono state però modificate o inserite alcune frasi nelle definizioni II e III e nelle note esplicative.

Questa revisione parziale ha avuto lo scopo di aggiornare le definizioni rendendole più aderenti alla realtà della medicina generale e delle cure primarie e alle necessità derivanti dai cambiamenti sociali ed epidemiologici.

* Il termine *empowerment* non è traducibile in italiano con una sola parola, può però risultare più chiaro leggendo le definizioni che vengono dalla letteratura scientifica. Rappaport, eminente psicologo di comunità, lo ha definito nei termini più generali come "il processo attraverso il quale le persone raggiungono la padronanza delle loro vite". Feste e Anderson, riferendosi specificatamente alla salute affermano che l'*empowerment* è "un processo educativo finalizzato ad aiutare il paziente a sviluppare la conoscenza, le capacità, le attitudini e il grado di consapevolezza necessari ad assumere responsabilità nelle decisioni che riguardano la sua salute".

Potremmo perciò tradurlo come "responsabilizzazione del paziente nella gestione della propria salute".

2. LE NUOVE DEFINIZIONI EUROPEE 2011 E LE COMPETENZE COSTITUTIVE

La disciplina e specialità delle medicina generale/medicina di famiglia

La medicina generale/medicina di famiglia è una disciplina accademica e scientifica, con propri contenuti educativi e di ricerca, proprie prove di efficacia, una propria attività clinica e una specialità clinica orientata alle cure primarie.

I. La disciplina della medicina generale/medicina di famiglia ha le seguenti caratteristiche :

- a) è normalmente il luogo di primo contatto medico all'interno del sistema sanitario, fornisce un accesso diretto ed illimitato ai suoi utenti, si occupa di tutti i problemi di salute, indipendentemente da età, sesso e ogni altra caratteristica della persona;
- b) fa un utilizzo efficiente delle risorse sanitarie attraverso il coordinamento delle cure, il lavoro con altri professionisti presenti nel contesto organizzativo delle cure primarie, agendo da interfaccia con altre specialità assumendo, quando si renda necessario, il ruolo di difensore dell'interesse dei pazienti;
- c) sviluppa un approccio centrato sulla persona, orientato all'individuo, alla sua famiglia e alla sua comunità;
- d) promuove la responsabilizzazione del paziente nella gestione della propria salute (*empowerment*);
- e) si basa su un processo di consultazione unico fondato sulla costruzione di una relazione protratta nel tempo attraverso una efficace comunicazione tra medico e paziente;
- f) ha il compito di erogare cure longitudinali e continue a seconda dei bisogni del paziente;
- g) prevede uno specifico processo decisionale determinato dalla prevalenza e incidenza delle malattie in quella precisa comunità;
- h) gestisce contemporaneamente i problemi di salute sia acuti che cronici dei singoli pazienti;
- i) si occupa di malesseri che si presentano in modo aspecifico e ad uno stadio iniziale del loro sviluppo e che potrebbero richiedere un intervento urgente;
- j) promuove la salute ed il benessere con interventi appropriati ed efficaci;
- k) ha una responsabilità specifica della salute della comunità;
- l) si occupa dei problemi di salute nella loro dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale.

II. La specialità della medicina generale/medicina di famiglia

I medici di medicina generale/medici di famiglia sono medici specialisti formati ai principi della disciplina. Essi sono medici di fiducia del singolo individuo, principalmente responsabili dell'erogazione di cure integrate e continuative ad ogni singola persona che necessita di cure mediche indipendentemente dal sesso, dall'età e dal tipo di patologia. Essi curano gli individui nel contesto della loro famiglia, della loro comunità e cultura, rispettando sempre l'autonomia dei propri pazienti. Sono consapevoli di avere anche una responsabilità professionale nei confronti della comunità nella quale lavorano. Quando negoziano con i pazienti la gestione delle cure integrano i fattori fisici, psicologici, sociali, culturali ed esistenziali, servendosi della conoscenza e della fiducia maturata nel corso di contatti ripetuti.

I medici di medicina generale/medici di famiglia esercitano il loro ruolo professionale promuovendo la salute, prevenendo le malattie, fornendo terapie, cure o interventi palliativi e promuovendo la responsabilizzazione del paziente e l'autogestione della propria salute (*empowerment*). Tutto ciò avviene sia direttamente, sia attraverso i servizi di altri in accordo con i bisogni di salute e le risorse disponibili nella comunità in cui sono inseriti, aiutando i pazienti dove necessario nell'accesso a questi servizi. Essi devono assumersi la responsabilità di sviluppare e mantenere le loro abilità professionali, l'equilibrio personale e i valori come base per la cura efficace e sicura dei pazienti. Al pari degli altri professionisti sanitari essi devono assumere la responsabilità di un continuo monitoraggio, mantenimento e, se necessario, miglioramento degli aspetti clinici, dei servizi e dell'organizzazione, della sicurezza del paziente e della loro soddisfazione in relazione alle cure da essi erogate.

III. Le Competenze Costitutive del Medico di Medicina Generale / Medico di Famiglia

Una definizione della disciplina della medicina generale/medicina di famiglia e dello specialista Medico di Famiglia deve discendere direttamente dalle Competenze Costitutive del medico di medicina generale/medico di famiglia. Costitutive nel senso di fondanti la disciplina, indipendentemente dal sistema sanitario nell'ambito del quale esse sono applicate.

Le dodici caratteristiche fondamentali che definiscono la disciplina sono correlate alle dodici abilità che ogni specialista medico di famiglia dovrebbe padroneggiare.

Esse possono essere raccolte in sei competenze costitutive (con riferimento alle loro caratteristiche):

1. Gestione delle cure primarie (a, b)
2. Cure centrate sulla persona (c, d, e, f)
3. Abilità specifiche nel *problem solving* (g, h)
4. Approccio integrato (i, j)
5. Orientamento alla comunità (k)
6. Utilizzo di un modello olistico (l)

Il miglioramento della qualità, in particolare, deve essere considerato come caratteristica fondamentale delle competenze 1 e 3.

Trattandosi di una disciplina scientifica centrata sulla persona tre caratteristiche aggiuntive dovrebbero essere considerate fondamentali nell'applicazione delle competenze costitutive:

a) una sensibilità al Contesto:

la capacità di comprendere il proprio contesto, anche quello dell'ambiente nel quale si opera, le condizioni di lavoro, la comunità, la cultura, la cornice finanziaria e normativa;

b) un'Attitudine:

fondata sulle capacità professionali del medico, sui suoi valori e sulla sua etica;

c) un approccio Scientifico:

espresso dall'adozione di un approccio all'attività clinica critico e fondato sulla ricerca e nel suo mantenimento nel tempo attraverso la formazione continua e il miglioramento della qualità.

3. LE NUOVE DEFINIZIONI - note esplicative, razionale e revisione accademica

3.1 Note esplicative

La disciplina e la specialità di Medicina Generale/Medicina di Famiglia

È necessario definire sia la disciplina della medicina generale/medicina di famiglia sia il ruolo del medico specialista in medicina di famiglia. La prima permette di definire i fondamenti teorici sui quali poggia la disciplina e la sua cornice determinando di conseguenza le linee di sviluppo dell'educazione, della ricerca e del miglioramento della qualità. La seconda consente di tradurre la definizione teorica nella realtà operativa dello specialista in medicina di famiglia che lavora con pazienti nei sistemi sanitari di tutta Europa.

3.1.1 Le caratteristiche della disciplina della medicina generale/di famiglia sono le seguenti :

a) è abitualmente il primo punto di contatto medico con il sistema sanitario; fornisce un accesso aperto e senza limitazioni ai suoi utilizzatori; tratta tutti i problemi di salute senza tener conto di età, sesso o qualsivoglia altra caratteristica delle persone che decidono di accedervi

Il termine '*abitualmente*' è utilizzato per indicare che in alcune circostanze, ad esempio nei traumi maggiori, non è il punto di primo contatto. Ciò nonostante dovrebbe essere il punto di primo contatto nella maggior parte degli altri casi. Non ci dovrebbero essere barriere all'accesso e i medici di famiglia dovrebbero trattare tutti i tipi di pazienti -giovani o vecchi, maschi o femmine- e i loro problemi di salute. La medicina generale è essenziale ed è la prima risorsa. Copre un grande campo di attività determinato dai bisogni e dai desideri dei pazienti. Questa prospettiva evidenzia molti degli aspetti della disciplina e l'opportunità del loro uso nella gestione dei problemi individuali e della comunità.

b) fa un uso efficiente delle risorse sanitarie coordinando le cure, lavorando con altri professionisti nel contesto tipico delle cure primarie e gestendo l'interazione con altre specialità anche assumendo, quando necessario, il ruolo di difensore dell'interesse dei pazienti.

Questo ruolo di coordinamento è la caratteristica chiave del rapporto costo-efficacia della medicina delle cure primarie di buona qualità poiché assicura che il paziente venga visitato dal professionista sanitario più adatto per il suo specifico problema. Una sintesi tra i diversi fornitori di cure, una appropriata distribuzione dell'informazione e l'organizzazione della prescrizione dei trattamenti sono possibili solo in presenza di una unità di coordinamento. La medicina generale può ricoprire questo ruolo centrale qualora le condizioni strutturali lo permettano. Incentivare il lavoro di gruppo tra tutti i professionisti sanitari intorno a un singolo paziente migliora la qualità delle cure. La gestione dell'interazione con le altre specialità consente di assicurare a chi ha bisogno di servizi ad alta tecnologia di secondo livello di potervi accedere in modo appropriato. Un ruolo chiave per questa disciplina è la tutela degli interessi sanitari dei pazienti, al fine di proteggerli dai danni che possono causare screening, test o trattamenti non necessari e anche guidarli nella complessità del sistema sanitario.

La disciplina si assume la responsabilità di monitorare e valutare sistematicamente la qualità e la sicurezza, in diversi aspetti delle cure erogate dai medici di famiglia e nelle "practice", e di farle seguire da azioni orientate anche al miglioramento della qualità.

c) sviluppa un approccio centrato sulla persona, orientato all'individuo, alla sua famiglia e alla comunità alla quale appartengono

La medicina di famiglia si occupa di persone e dei loro problemi nel loro contesto di vita, non di patologie impersonali o "casi". Il punto di partenza del processo clinico è il paziente. Capire come il paziente convive con la sua infermità e il suo punto di vista su di essa ha la medesima rilevanza dell'affrontare il processo patologico sotteso alla sua infermità. Il denominatore comune è la persona con le sue credenze, paure, aspettative e bisogni.

d) promuove la responsabilizzazione del paziente nella gestione della propria salute (*empowerment*)

La medicina di famiglia è in una posizione strategica per promuovere la responsabilizzazione del paziente nella gestione della propria salute (*empowerment*) e nell'autogestione. Le cure longitudinali, l'approccio

multidisciplinare, la forte relazione basata su di un esclusivo processo di consultazione e sulla fiducia, l'approccio centrato sulla persona, sono il punto di partenza per un processo educativo continuo orientato all'*empowerment* del paziente.

e) si avvale di un processo di consultazione esclusivo che permette di stabilire una relazione articolata nel tempo attraverso una comunicazione efficace tra medico e paziente

Ogni contatto tra il paziente e il suo medico di famiglia contribuisce alla costruzione di una storia che si evolve e ogni singola consultazione può rifarsi a quella precedente esperienza condivisa. Il valore di questa relazione personale è determinato dall'abilità nella comunicazione del medico di famiglia ed è di per sé stessa terapeutica

f) ha la responsabilità di fornire cure con una continuità longitudinale in base alle necessità dei pazienti

L'approccio della medicina generale deve essere costante dalla nascita (e qualche volta anche prima) fino alla morte (e qualche volta anche dopo). Assicura la continuità delle cure seguendo i pazienti lungo tutto il decorso della loro vita. La cartella medica è la prova esplicita di questa costanza. È la memoria obiettiva della consultazione, ma rappresenta solo una parte della storia condivisa tra medico e paziente. I medici di famiglia forniscono cure per periodi di tempo ragguardevoli delle vite dei loro pazienti e per più episodi di malattia. Sono anche responsabili di assicurare che le cure sanitarie siano accessibili 24 ore su 24, commissionando e coordinando queste cure quando non possono fornirle personalmente.

g) prevede uno specifico processo decisionale determinato dalla prevalenza e dall'incidenza delle malattie nella comunità

I problemi, nella comunità nella quale operano i medici di famiglia, si presentano in un modo molto diverso da come si presentano nel secondo livello di cura. La prevalenza e l'incidenza delle malattie è differente da come appare in ambito ospedaliero e le malattie gravi sono meno frequenti nella medicina generale rispetto all'ospedale perché non sono selezionate in precedenza. Ciò richiede uno specifico processo decisionale di tipo probabilistico che utilizza informazioni che derivano dalla conoscenza del paziente e della comunità. Il valore predittivo, positivo o negativo di un segno clinico o di un test diagnostico ha un peso diverso nella medicina di famiglia rispetto al contesto ospedaliero. Spesso i medici di famiglia devono rassicurare le persone ansiose verso malattie dopo che hanno controllato che tali malattie non sono presenti.

h) gestisce nei singoli pazienti contemporaneamente problemi di salute acuti e cronici

La medicina di famiglia deve affrontare tutti i problemi di salute dei singoli pazienti. Non si può limitare alla gestione della pura infermità del momento e spesso il medico si trova a dover gestire problemi multipli. Il paziente spesso si fa visitare per molti disturbi il cui numero aumenta con l'età. La risposta simultanea a molte domande rende necessaria una gestione gerarchica dei problemi che deve tener conto sia delle priorità del paziente che di quelle del medico.

i) gestisce infermità che si presentano in modo indifferenziato a uno stadio precoce del loro sviluppo e che possono richiedere interventi urgenti.

I pazienti spesso si presentano immediatamente all'iniziale comparsa dei sintomi ed è difficile formulare una diagnosi ad uno stadio così precoce. Questo modalità di presentazione obbliga a prendere decisioni importanti sulla base di informazioni limitate e il valore predittivo dell'esame clinico e dei test è meno sicuro. Sebbene i segni di una particolare patologia siano generalmente ben noti ciò non può applicarsi ai suoi segni precoci i quali sono spesso non-specifici e comuni a molte patologie. La gestione del rischio in queste circostanze è una delle caratteristiche principali della disciplina. Dopo aver escluso un evento grave immediato, la decisione può tranquillamente essere quella di attendere ulteriori sviluppi e procedere ad una rivalutazione più in là nel tempo. Il risultato di una singola consultazione spesso si limita a registrare uno o più sintomi, talora suggerisce l'idea di una patologia, raramente si conclude con una diagnosi conclusiva.

j) promuove la salute e il benessere con interventi appropriati ed efficaci

Gli interventi devono essere appropriati, efficaci e basati su chiare prove ogniqualvolta sia possibile. Gli

interventi, quando non sono necessari, possono causare danno e la perdita di preziose risorse del sistema sanitario.

k) ha una specifica responsabilità della salute della comunità

La disciplina riconosce di avere una responsabilità sul singolo paziente e sulla comunità più ampia nell'affrontare le questioni di salute. Occasionalmente questo può generare tensioni e può portare a conflitti di interesse i quali dovranno essere gestiti in modo appropriato.

l) tratta problemi di salute nella loro dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale

La disciplina deve riconoscere tutte queste dimensioni contemporaneamente assegnando il giusto peso a ciascuna di esse. L'infermità e i caratteri della patologia sono modificati da molte di queste dimensioni e gli interventi che non si dimostrano in grado di risolvere il problema di fondo, a loro volta, sono causa di molta sofferenza.

3.1.2. La specialità di medicina generale/medicina di famiglia

I medici di medicina generale/medici di famiglia sono medici specialisti formati ai principi della disciplina. Sono medici di fiducia del singolo individuo responsabili essenzialmente della erogazione di cure integrate e continuative per ogni individuo che necessita di cure mediche indipendentemente dall'età, dal sesso e dal tipo di malattia. Essi si prendono cura degli individui nel contesto della loro famiglia, della loro comunità e della loro cultura, sempre nel rispetto dell'autonomia dei loro pazienti. Riconoscono di avere una responsabilità professionale anche verso la loro comunità. Nel negoziare i piani di gestione assistenziale con i loro pazienti integrano fattori fisici, psicologici, sociali, culturali ed esistenziali, utilizzando la conoscenza e la fiducia formatasi in ripetuti contatti. I medici di medicina generale/medicina di famiglia esercitano il loro ruolo professionale promovendo la salute, prevenendo le malattie e fornendo terapie, cure o terapie palliative e promuovendo la responsabilizzazione del paziente e l'auto-gestione della sua propria salute. Ciò avviene direttamente o tramite i servizi forniti da altri a seconda dei bisogni di salute dei pazienti, e delle risorse disponibili nella comunità in cui esercitano, ed assistono i pazienti, quando occorre, nell'accedere a questi servizi. Devono assumersi la responsabilità di sviluppare e mantenere le loro abilità professionali, il loro equilibrio personale e i loro valori come base per una cura dei pazienti efficace e sicura. Questa definizione del ruolo del medico di famiglia pone le caratteristiche della disciplina sopra descritta nel concreto contesto clinico del medico che pratica la professione. Rappresenta un ideale a cui tutti i medici di famiglia possono aspirare. Alcuni elementi di questa definizione non sono peculiari della medicina di famiglia ma sono in generale applicabili a tutta la professione nel suo insieme. La specialità di medicina generale/medicina di famiglia è comunque l'unica in grado di implementare tutti questi diversi aspetti. Un esempio di comune responsabilità è quello del mantenimento delle proprie abilità professionali; cosa che può essere particolarmente difficile per i medici di famiglia che spesso lavorano isolati

3.2 Il razionale delle definizioni – Revisione accademica e analisi

Introduzione

Il gruppo Leeuwenhorst ha formulato la sua dichiarazione "La medicina generale in Europa" nel 1974¹. In quegli anni la medicina generale/medicina di famiglia muoveva i suoi primi passi come disciplina particolarmente per ciò che riguarda i suoi fondamenti relativi all'insegnamento e alla ricerca. A 30 anni circa di distanza il mondo si è trasformato e in nessun altro ambito le trasformazioni si sono rese così evidenti come in quello della erogazione delle cure sanitarie. Attualmente la medicina generale/medicina di famiglia è ben radicata in tutti i sistemi sanitari europei e tutti i responsabili dei sistemi sanitari ne riconoscono la crescente importanza. Questo è espresso con forza dall'Organizzazione Mondiale della Sanità Europea nel suo documento quadro del 1988² e dal fatto che nella maggior parte dei paesi dell'ex blocco sovietico la medicina generale/medicina di famiglia è stata introdotta come elemento fondamentale dei loro nuovi sistemi sanitari.

Negli ultimi 30 anni la società è cambiata ed il ruolo del paziente quale fattore determinante delle cure della salute e della loro erogazione è aumentato considerevolmente. L'opinione del clinico non è più percepita come indiscutibile e un nuovo dialogo si sta instaurando tra i consumatori di cure sanitarie e i loro fornitori. Il futuro medico di famiglia non solo deve essere cosciente di questo cambiamento, ma deve anche essere in grado di crescere positivamente e con successo in quel contesto. È importante che la disciplina della medicina generale/di famiglia continui ad evolvere mentre i sistemi sanitari nei quali opera si modificano e che risponda ai bisogni di salute dei pazienti. I medici di famiglia devono essere coinvolti nel continuo sviluppo dei loro sistemi sanitari e a livello individuale devono essere capaci di cambiare in modo tale da essere in grado di affrontare queste nuove sfide.

Van Weel, nel suo recente intervento al meeting primaverile del RCGP³ ha sottolineato la necessità di uno sviluppo accademico per permettere il trasferimento di conoscenze, competenze ed esperienze, per sviluppare tecniche e metodologie rivolte alle necessità specifiche della medicina generale e per esplorare l'efficacia assistenziale della medicina generale. Egli ha anche sottolineato l'importanza dei valori di fondo della stessa medicina di famiglia e la necessità di una comune cultura d'insegnamento, ricerca e training. È giunto il momento di riesaminare le definizioni del ruolo del medico di famiglia e di elaborare una posizione chiara sulle caratteristiche della disciplina della medicina generale/ medicina di famiglia.

C'è un ulteriore imperativo per i paesi dell'Unione Europea e quelli che aspirano a diventare parte dell'Unione. La direttiva EU 93/16⁴ si propone di promuovere la libera circolazione dei medici e quindi, a tutela dei pazienti, è ovvio che i medici di famiglia debbano essere sottoposti a training che li dotino delle abilità necessarie a praticare in *qualsiasi* stato membro visto che la qualifica gli consentirà di praticare ovunque in Europa senza ulteriori training. Ne discende che è importante avere una posizione comune sulla definizione delle caratteristiche della disciplina e i compiti dei medici di famiglia.

La direttiva 93/16 indica solamente un periodo di addestramento di almeno 2 anni e di almeno 6 mesi in un ambulatorio di medicina generale; la durata dell'addestramento è stata portata in alcuni paesi a 3 o più anni. Il documento di consenso UEMO del 1994 sul training specifico in medicina generale⁵ sostiene la necessità di prolungare il periodo di training a una durata minima di tre anni prevedendo una parte teorica e una pratica, di cui almeno il 50% del training clinico deve essere svolto nell'ambiente della medicina generale. L'Advisory Committee on Medical Training (ACMT)⁶ ha accettato il punto di vista della UEMO e ha consigliato alla Commissione Europea di rivedere di conseguenza la direttiva: stabilire un periodo di training di 3 anni, il 50% dei quali svolto in un ambulatorio di medicina generale e coinvolgere e responsabilizzare i medici di medicina generale nel training in medicina generale a tutti i livelli. Sfortunatamente, purtroppo, questo suggerimento non è stato ancora accettato dalla Commissione Europea.

Alcuni problemi nell'introdurre dei cambiamenti al Titolo 4 della direttiva riferita alla medicina generale/di famiglia e la necessità di disegnare lo spazio della medicina di famiglia all'interno del curriculum universitario medico hanno fatto ritenere che ulteriori sviluppi della disciplina potrebbero essere meglio perseguiti con l'inserimento della "specialità in medicina di famiglia" tra le specialità mediche presenti nel Titolo 3 (titolo che elenca tutte le altre specialità mediche). Non è compito di questo documento sviluppare tale argomento; qui lo scopo è di elaborare i principi che fondano la disciplina della medicina generale/medicina di famiglia.

Ruolo, disciplina e sistema sanitari

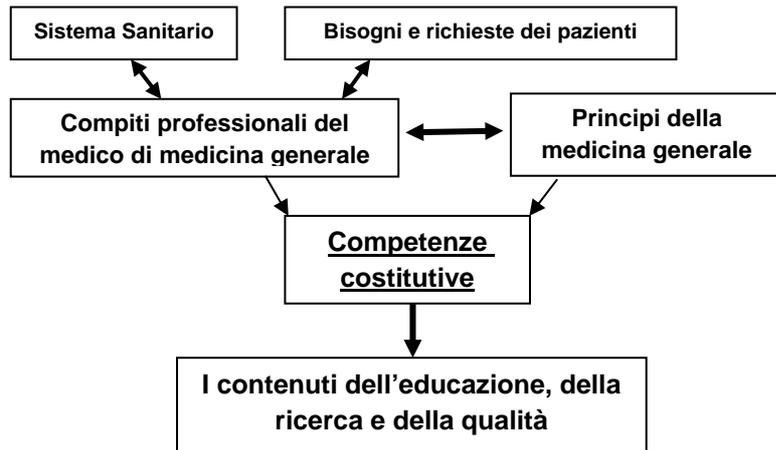
Ci sono diverse metodologie utilizzabili per produrre una nuova definizione. Il metodo usato dal gruppo di Leeuwenhorst e più recentemente da Olesen e al.⁷ è stato quello di definire i parametri della disciplina dopo aver descritto le tipologie dei compiti che un medico di famiglia deve assolvere. Un approccio alternativo è quello di provare a definire i principi generali della disciplina della medicina generale/medicina di famiglia. Questo approccio è stato utilizzato da Gay in una presentazione al meeting inaugurale della WONCA Europa a Strasburgo nel 1995⁸ ed è stato utilizzato anche nella stesura del documento quadro sviluppato dalla OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) Europa.

Gay ha suggerito l'esistenza di una relazione tra i principi e i compiti e una certa influenza sui compiti richiesti sia dai pazienti che dal sistema sanitario. Tutto ciò dovrebbe condurre successivamente alla definizione delle competenze, le quali determineranno a loro volta il contenuto formativo della medicina generale. Queste relazioni sono rappresentate nella figura 1.

Questo diagramma mostra la relazione dinamica tra i principi che fondano la disciplina e i compiti che i medici di famiglia devono svolgere. Questi compiti sono determinati in gran parte dai sistemi sanitari nei quali i medici generali lavorano e dal variare dei bisogni e delle domande dei pazienti.

Le caratteristiche descritte dalla OMS Europa possono essere considerate come obiettivi della medicina generale all'interno del sistema sanitario. Questi concetti mettono in gioco idee di efficacia e se si accetta che il sistema sanitario determini in misura più o meno ampia i compiti che il medico di famiglia può assolvere, ogni nuova definizione deve prendere in considerazione il contesto in cui il medico di famiglia lavora e riflettere i cambiamenti nei bisogni dei pazienti e i miglioramenti nella erogazione delle cure sanitarie.

Figura 1 - Rapporto tra i principi della disciplina della medicina generale e i compiti richiesti al medico di famiglia



Questi approcci non si escludono reciprocamente e ogni nuova definizione deve tenere conto degli elementi costitutivi della disciplina, dei compiti precipui del medico di famiglia all'interno del sistema sanitario e dell'influenza del sistema sanitario nell'organizzare la medicina di famiglia.

I principi disciplinari descritti da Gay sono:

- | | |
|--|---|
| 1. Approccio centrato sul paziente | 6. Malattie allo stadio iniziale |
| 2. Orientamento al contesto della famiglia e della comunità | 7. Gestione contemporanea di più disturbi e patologie |
| 3. Attività determinate dai bisogni e dalle richieste del paziente | 8. Cure continuative |
| 4. Problemi di salute non selezionati e complessi | 9. Coordinamento delle cure |
| 5. Bassa incidenza di malattie gravi | 10. Efficienza |

e per molti aspetti sono simili alle caratteristiche della medicina generale/medicina di famiglia descritte nella dichiarazione generale dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità):

- | | |
|---------------|---------------------------|
| A. Generale | E Collaborativa |
| B. Continua | F Orientata alla famiglia |
| C. Integrata | G Orientata alla comunità |
| D. Coordinata | |

La dichiarazione OMS prosegue spiegando il significato di queste 7 caratteristiche:

Generale: -

- Problemi di salute non selezionati di tutta la popolazione
- Non esclude alcuna categoria a causa dell'età, del sesso, della classe, della razza o della religione, né alcun tipo di problema sanitario
- Facile accesso non limitato da barriere geografiche, culturali, amministrative o economiche.

Continua: -

- Centrata sulla persona
- Cure sanitarie longitudinali, per prolungati periodi di vita, non limitate a un unico episodio di infermità.

Integrata: -

le cure integrate implicano:

- Promozione della salute, prevenzione delle patologie, trattamenti riabilitativi e cure di sostegno
- Punto di vista fisico, psicologico e sociale
- Aspetti clinici, umanistici ed etici della relazione medico-paziente

Coordinata: -

- Gestione della cura al primo contatto
- Rinvio ai servizi specialistici
- Trasmissione d'informazioni ai pazienti sui servizi disponibili
- Coordinamento e gestione della cura

Collaborativa: -

- Lavoro in gruppi multidisciplinari
- Delega delle cure quando appropriato
- Esercizio della leadership

Cure orientate alla famiglia: -

- esaminando i problemi dell'individuo nel contesto delle:

- Circostanze famigliari
- Reti sociali e culturali
- Condizioni di lavoro e abitative

Orientate alla comunità:

- suggerisce che il medico di famiglia deve valutare i problemi individuali nel contesto :

- dei bisogni di salute della comunità
- dei servizi forniti da altri professionisti e da altre agenzie.

WONCA, nella sua dichiarazione del 1991 sul ruolo del medico di medicina generale/medico di famiglia nei sistemi sanitari⁹, ha prodotto una definizione del ruolo del medico di medicina generale e l'ha posta in relazione alle caratteristiche della medicina generale/medicina di famiglia raccolte sotto le categorie di impegni e norme.

La dichiarazione WONCA del 1991 include i seguenti punti:

- ✓ Cure integrate
- ✓ Orientamento al paziente
- ✓ Focalizzazione sulla famiglia
- ✓ Relazione medico-paziente
- ✓ Coordinamento con altri servizi
- ✓ Difesa del paziente
- ✓ Gestione dell'accessibilità e delle risorse

C'è una grande sovrapposizione tra le caratteristiche dell'OMS, le 'specificazioni' del documento WONCA e i principi definiti da Gay. Questo può essere dimostrato incrociandole nella tavola seguente:

OMS 1998	WONCA 1991	Principi di Gay
Generale	Cure integrate	3. Campo di attività determinato dai bisogni e dalle richieste dei pazienti 4. Problemi non selezionati e complessi
Continuativa*	Orientamento al paziente	1. Approccio centrato sul paziente 8. Gestione continuativa
Integrata	Cure integrate	3. Campo di attività determinato dai bisogni e dalle richieste dei pazienti 4. Problemi non selezionati e complessi
Coordinata	Coordinamento con altri servizi	9. Cure coordinate
Collaborativa	Coordinamento con altri servizi	9. Cure coordinate
Orientata alla famiglia	Focalizzazione sulla famiglia	2. Orientamento alla famiglia e al contesto della comunità
Orientata alla comunità	Impegno con la comunità	2. Orientamento alla famiglia e al contesto della comunità

Comunque ci sono alcune differenze interessanti. I punti descritti dall'OMS e da WONCA trattano dell'attività professionale nel sistema sanitario e non della disciplina come attività medica con un suo processo specifico. In verità i 3 punti seguenti interessano la disciplina e non sono integrati per davvero nelle caratteristiche dell'OMS o della WONCA.

"Bassa prevalenza di patologie gravi", "patologie a uno stadio precoce" e "gestione contemporanea di più disturbi e patologie" nella presentazione di Gay sono parte delle "cure integrate" nel documento WONCA ma non sono presenti nelle caratteristiche dell'OMS. Queste caratteristiche descrivono un aspetto cruciale della medicina generale: una disciplina basata sulle persone (piuttosto che sulla patologia o sugli organi), orientata alla normalità (al contrario delle cure secondarie orientate all'anormalità) ma nel cui esercizio i medici di famiglia incontrano e devono saper gestire patologie anche gravi e a uno stadio iniziale e indifferenziato. Anche la dichiarazione della WONCA sottolinea il fatto che nelle cure primarie l'incidenza delle malattie e i sintomi presentati sono molto diversi da quelli visti in ospedale, dove invece sono abitualmente insegnati.

Il documento quadro della OMS non esplora con l'attenzione che merita la pietra miliare della medicina generale/medicina di famiglia: la consultazione individuale tra paziente e medico di famiglia. Gay ha proposto un modello teorico di medicina generale, un MODELLO GLOBALE, libero da rigidi preconcetti, considerando la malattia come risultato di fattori organici, umani e ambientali. Questo concetto che vede la salute come un quadro complesso è come il modello bio- psico-sociale di Engel, è un modello 'olistico'.

La consultazione è presente nella dichiarazione WONCA che menziona anche la necessità che l'inquadramento dei problemi sia presentato ai pazienti in termini sia biomedici che umanistici; cioè in termini fisici, psicologici e sociali. Ciò ha avuto inizio dal rapporto di un *working party* del *Royal College of General Practitioners (RCGP)*¹⁰ ed è divenuto così connaturato con il pensiero disciplinare che rischia di essere dato per scontato.

L'efficienza è un'ulteriore dichiarazione di Gay che non è specificamente menzionata tra le caratteristiche dell'OMS. È riferita presumibilmente all'efficienza economica che è accettata come un aspetto caratteristico

* La confusione linguistica nel documento OMS può causare qualche difficoltà. La confusione concerne le parole 'continuo' (*continuous*) e continuativo (*continuing*) e nel contesto del documento dell'OMS la parola continuativo sarebbe più appropriata.

Continuo (*continuous*): significa senza sosta; ininterrotto; come la rete perimetrale di una prigione

Continuativo (*continuing*): significa che un processo o una attività saranno mantenute; tenute attive; continuate nel futuro non in modo incessante ma ricorrente.

Il termine può essere meglio spiegato quando usato in relazione all'educazione medica. Educazione medica continua significherebbe che uno non fa null'altro- mattino, pomeriggio e notte dedicato solo ed esclusivamente all'educazione medica. Educazione medica continuativa d'altra parte descrive un processo che può essere intermittente o episodico, ma che continua indefinitamente. Le cure longitudinali fornite dai medici di famiglia sono meglio descritte dal termine continuative.

di un sistema sanitario basato su una medicina di famiglia ben sviluppata. La dichiarazione WONCA sviluppa ulteriormente questa idea suggerendo che il medico di famiglia dovrebbe avere un ruolo nella gestione delle risorse nel sistema sanitario.

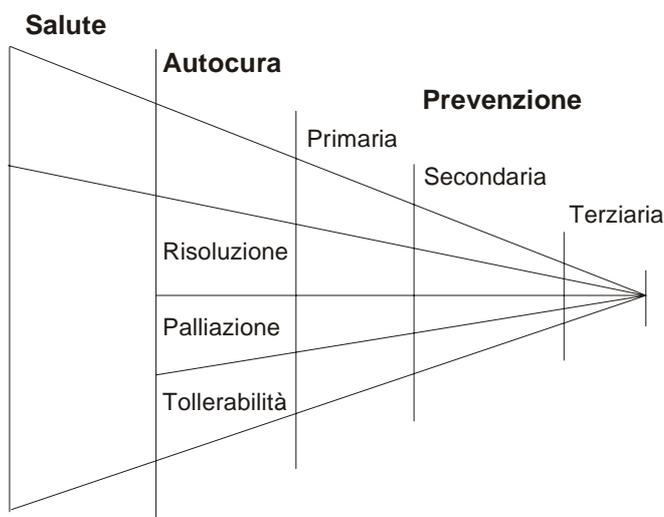
La stretta interrelazione esistente tra la definizione dei principi della disciplina esposta in precedenza e le diverse descrizioni dei ruoli, può essere colta esaminando queste ultime in dettaglio (vedi appendice 1). La definizione originale del gruppo di Leeuwenhorst sembra avere il vantaggio sulle altre di aver superato la prova del tempo e di essere stata ampiamente accettata. Risente molto dello spirito del tempo in cui è nata quando la medicina generale era una disciplina molto nuova con una limitata base di ricerca e formativa e veniva di solito vista come quella branca della professione medica nella quale cercare rifugio se non si possedevano altre specializzazioni. È stata condizionata, almeno in parte, dalla definizione della professione elaborata da un *working party* del RCGP nel 1972¹⁰, che pare avere influenzato anche la definizione WONCA. Comprende molte delle caratteristiche descritte più tardi dall'OMS, ma le pone nel contesto del lavoro quotidiano della medicina generale. Comunque non è di per sé stessa sufficiente per essere l'unica definizione e non è integrata: ad esempio non sono menzionate in modo specifico le cure terapeutiche, riabilitative e di supporto.

Olesen et al. hanno dichiarato che la definizione originale di Leewenhorst non è aggiornata e non riflette la realtà della medicina di famiglia dei giorni nostri. Sembra però che gran parte dei motivi di insoddisfazione espressi da Olesen e dai suoi colleghi siano dovuti al fatto che molti di coloro che si considerano medici di famiglia lavorano in sistemi sanitari che non consentono di sviluppare tutte le caratteristiche della disciplina. Essi perciò hanno abbandonato alcuni aspetti che molti riterrebbero invece punti chiave del lavoro del medico di famiglia, in particolare hanno abbandonato il concetto del contesto comunitario della disciplina e quello di cure longitudinali - continuative. Citano esempi come quelli dei medici di famiglia che lavorano nei dipartimenti di emergenza a sostegno del loro punto di vista.

Le due definizioni successive, quella della WONCA 1991 e di Olesen 2000 sembrano avere ancora profonde radici nella definizione di Leewenhorst. La dichiarazione WONCA del 1991 sembra averla resa più rilevante per diversi sistemi sanitari e comprende, come è stato accennato, qualche indicatore della disciplina. Nella sua sezione sul *decision making* descrive la presentazione precoce e indifferenziata dei problemi clinici, il grande numero di problemi non riducibili alle diagnosi biomediche standard e la differente prevalenza di infermità e patologie nel setting della medicina generale rispetto a quello delle cure di secondo livello.

Il modello di salute mostrato in figura 2 è attualmente accettato da tutti i sistemi sanitari. Se usiamo la definizione di medicina primaria utilizzata nell'introduzione '*Il luogo, all'interno del sistema sanitario e abitualmente nella medesima comunità del paziente, nel quale avviene il primo contatto con un professionista*'

Figura 2



sanitario' siamo indotti a una considerazione sul contesto nel quale lavora il medico di famiglia. I confini tra autocura, cure sanitarie primarie, secondarie e terziarie e le interazioni tra i diversi erogatori di cure, sono elementi importanti da considerare.

Ci sono molti modi di fornire le cure primarie in Europa a causa delle differenze nella popolazione dei pazienti trattati dai medici di famiglia e un numero crescente di diversi professionisti della salute che lavorano nelle cure primarie nei differenti sistemi sanitari. I contesti nei quali questi medici di famiglia lavorano sono molto diversi, ma i principi fondanti della disciplina dovrebbero tuttavia potersi comunque applicare. Ovviamente qualche sistema sanitario

può non essere la migliore via per giungere ad una buona medicina di famiglia e sebbene questi sistemi non siano facilmente aperti ai cambiamenti, non dobbiamo temere di sostenere il nostro punto di vista sul modello ideale di sistema sanitario capace di condurre ai migliori risultati in termini di salute ed efficienza economica: il sistema sanitario basato su una Medicina di Famiglia di alta qualità. Questo è stato uno dei maggiori impulsi dato dal documento quadro dell'OMS.

E' necessario definire quale sia l'attività precipua del medico di famiglia-il clinico generalista. I medici di famiglia attraverso la loro attività nella medicina preventiva e nell'educazione sanitaria dovrebbero influenzare i processi di autocura dei pazienti. In alcuni sistemi sanitari influenzano la fornitura delle cure di secondo e di terzo livello e possono avere un ruolo facilitante nel coordinare in maniera appropriata l'accesso a questi servizi. In altri sistemi sanitari anche alcuni specialisti lavorano nel contesto delle cure primarie, spesso trattando problemi che in altri paesi sono invece gestiti dai medici di famiglia. In altri sistemi sanitari i medici di famiglia che lavorano principalmente nell'ambito delle cure primarie possono avere un ruolo limitato nelle cure di secondo livello.

Discussione

È possibile combinare tutte queste dichiarazioni e definizioni in un'unica definizione? Abbiamo bisogno di una nuova definizione e questa dovrebbe essere una descrizione dei compiti/del ruolo oppure delle caratteristiche della disciplina? Questi quesiti sono stati posti in un workshop alla conferenza WONCA Europa del 2001 a Tampere, in Finlandia, dove una maggioranza sostanziale sentiva l'esigenza di una nuova definizione, che contenesse sia i compiti che i principi della disciplina.

Ci sono molte somiglianze tra le descrizioni dei principi che definiscono la nostra disciplina e le descrizioni dei compiti di un medico di medicina generale, ma ci sono anche differenze significative. Come è stato sottolineato ci sono dei vuoti in tutte le dichiarazioni che possono esser dovuti alle differenze nel modo in cui le dichiarazioni sono interpretate. Nessuna di queste dichiarazioni comprende in sé tutte le caratteristiche disciplinari chiave della medicina generale. C'è quindi il bisogno di una sintesi tra le varie dichiarazioni considerate finora per esaminarne le differenze, riempirne i vuoti e assicurare la completezza.

La maggior parte delle preoccupazioni riguardo la definizione di Leewenhorst che Olesen e altri hanno espresso nei loro articoli sembra concernere una interpretazione della definizione in termini assoluti. Per esempio: cosa si intende per cure individuali? Si tratta di cure ricevute dallo stesso medico in ogni occasione? Se non è così quali sono le condizioni accettabili per essere sostituiti, per esempio fuori orario di lavoro. O intendiamo cure per le persone piuttosto che per le patologie: le cure orientate alla persona descritte da Gay e dall'OMS? Al workshop di Tampere è stato chiesto di esprimersi anche su questo; pochi partecipanti ritenevano che il medico di medicina generale dovesse fornire cure personali per 24 ore su 24, mentre una sostanziale maggioranza riteneva che dovesse fornire una cura personale continua per un consistente periodo di tempo.

Nel considerare le nostre definizioni è necessario mettere in evidenza una serie di altri punti. L'esclusiva interazione tra medico di famiglia e paziente rappresentata dalla consultazione di medicina generale merita un'ulteriore esame. Essa è stata descritta da Mc Winney¹², come un'alleanza che ha il suo proprio effetto terapeutico. Questa relazione tra medico e paziente in medicina generale ha indotto Balint¹³ a definire "*il medico come farmaco*". L'utilizzo nella consultazione dell'interazione come strumento terapeutico deve essere visto come un elemento chiave della medicina generale e deve far parte del suo training. Pereira-Gray¹⁴ ha esplorato ulteriormente il punto della continuità e l'uso del tempo considerando le separate consultazioni tra medico generale e paziente nel tempo come parte di un continuum. Egli ha notato che il cittadino medio nel Regno Unito consulta il suo medico cinque volte per anno utilizzando un tempo cumulativo di 47 minuti per anno.

Negli anni recenti ha assunto un sempre maggiore rilievo il concetto di autonomia del paziente e con essa il ruolo del medico di famiglia nello sviluppo della capacità dei pazienti di gestione delle proprie infermità anche attraverso la modifica dei comportamenti. La responsabilizzazione dei pazienti nella gestione della propria salute (*empowerment*) è un compito fondamentale della medicina generale, da raggiungere attraverso un processo educativo continuo finalizzato ad accrescere la consapevolezza necessaria ad

assumere efficacemente responsabilità nelle decisioni relative alla propria salute¹⁵. Un approccio responsabilizzante richiede che le prospettive dei pazienti in merito alla propria condizione, i loro obiettivi, le loro aspettative e i loro bisogni siano elemento centrale degli obiettivi terapeutici e della gestione della malattia¹⁶. Questo ruolo assumerà sempre maggiore rilevanza in presenza di pazienti sempre più informati grazie alla grande quantità di sistemi di informazione oggi disponibili, ad esempio Internet.

Il ruolo di difensore del paziente è messo in evidenza solo nella dichiarazione WONCA, sebbene fosse presente nella bozza del documento quadro dell'OMS. È descritto come *“aiutare il paziente a prendere una parte attiva nel processo di decisione clinico e lavorare con il governo e altre autorità per massimizzare una equa distribuzione dei servizi a tutti i membri della società”*. Parrebbe esserci una ulteriore funzione del medico di famiglia che è quella di assistere i pazienti nella negoziazione dei propri percorsi con seconde e terze parti dei sistemi sanitari.

L'epidemiologia della medicina generale è fondamentalmente diversa da quella delle cure di secondo livello. Le infermità maggiori si presentano precocemente e in modo indifferenziato; molti problemi minori che si autolimitano sono visti solo o principalmente nell'ambito delle cure primarie; la medicina di famiglia gestisce la maggior parte delle cure longitudinali nelle infermità croniche. Molte consultazioni servono a ridurre l'ansia dovuta alla possibile presenza di malattia in pazienti senza patologia: l'orientamento alla normalità delle cure primarie. Il concetto di orientamento alla normalità è complesso e riguarda molti punti. Comprende l'attività di promozione della salute e del benessere, l'aspettativa che gran parte dei problemi presentati non siano basati su una patologia. Non di meno i medici di medicina generale devono diagnosticare e gestire malattie gravi, la cui incidenza è diversa rispetto all'ambito delle cure di secondo e terzo livello. Devono utilizzare abilità di *“problem solving”* per risolvere il problema che si presenta. Un compito molto difficile che richiede uno specifico processo di presa di decisioni, basato sulla bassa incidenza di malattie gravi e il fatto che il valore predittivo positivo dei sintomi, dei segni e dei test diagnostici è differente nelle cure primarie e, per molte condizioni importanti, inferiore rispetto al setting ospedaliero. Spesso non c'è una causa biomedica che giustifica la sofferenza presentata dal paziente, quindi è importante conoscere quando fermare il processo diagnostico pur continuando a prendersi cura del paziente. C'è anche bisogno di proteggere i pazienti dal danno della iper-medicalizzazione dei loro problemi se necessario 'sottraendoli' a screening, esami e trattamenti non necessari.

Mc Whinney¹⁵ ha messo in evidenza il modello organico dei processi biologici, in cui il modo in cui un singolo organismo si comporta dipende in parte dalla sua storia, dal suo contesto e dal suo ambiente. Questo impone che il medico di medicina generale ricerchi la complessità e accetti l'incertezza e sottolinea che, di tutte le discipline cliniche, la medicina generale opera al più alto livello di complessità e quindi di incertezza. In questo scritto egli mette in evidenza molti dei punti già discussi: relazioni, orientamento alla singola persona e il dualismo tra mente e corpo (fisico, biologico e sociale).

In questi tempi di consumismo e di management della performance ci si aspetta che i medici di famiglia mantengano le loro abilità con uno studio continuo e che si assumano la responsabilità di monitorare, valutare e migliorare la qualità e la sicurezza delle cure¹⁸. In qualche sistema sanitario tutto ciò sta portando ad un riaccreditamento periodico obbligatorio ed anche a sistemi obbligatori di gestione della qualità¹⁹ e di misure per la sicurezza dei pazienti²⁰. Altri cambiamenti sociali potranno modificare il punto di vista del consumatore sul modo in cui vengono fornite le cure sanitarie e i medici di medicina generale devono essere flessibili per poter rispondere a questi cambiamenti. Questa flessibilità deve adattarsi ai rapidi mutamenti in campo biomedico, che per il clinico generalista si verifica sull'intero spettro di gestione delle patologie.

L'aumento dei viaggi e dei processi migratori può causare rapidi cambiamenti nella distribuzione della salute e delle patologie. Ciò rappresenta una nuova sfida per il medico di medicina generale e una trasformazione dell'epidemiologia della medicina generale. Il medico di famiglia ha bisogno di una più ampia comprensione delle differenze culturali, etniche e religiose e del loro impatto sulle malattie e sulla salute e delle loro implicazioni nelle cure.

C'è anche un crescente ruolo nella gestione delle risorse. Il clinico generalista, con il continuo crescere dei costi delle cure sanitarie, assieme al suo paziente è in una posizione unica nel determinare le priorità nella fornitura delle cure e nella allocazione delle risorse. I medici di famiglia devono essere coscienti del loro ruolo nel promuovere una pratica clinica economicamente efficiente, non solo nelle loro attività, ma anche verso i loro colleghi. Ci possono essere dei conflitti tra i bisogni e i desideri del singolo paziente e i bisogni della comunità nel suo complesso; il medico di famiglia deve essere cosciente di ciò ed essere in grado di trovare un appropriato equilibrio e comunicarlo al paziente.

Un'area che non è stata esplorata in alcuna delle precedenti definizioni è il concetto delle abilità di uso frequente e delle abilità ad alto rischio. Le abilità di uso consueto sono quelle utilizzate spesso nel setting della medicina generale per la frequenza con cui sono richieste, per esempio la visita dei bambini, la raccolta dell'anamnesi in condizioni di tempo limitato, l'esame dell'orecchio, del naso e della gola ecc. Le abilità ad alto rischio sono richieste in situazioni che si presentano di rado al medico di medicina generale, sono situazioni nelle quali c'è un rischio grave per il paziente, per esempio affrontare una rianimazione cardio-polmonare, un paziente con convulsioni o un paziente aggressivo/pericoloso. Infine deve essere chiaro che il processo formativo deve preparare i medici di famiglia ai processi clinici più disparati che non sono principalmente di natura meccanicistica o tecnica che è, invece, il modo nel quale si insegna prevalentemente la medicina nelle scuole mediche di tutto il mondo.

C'è bisogno di una dichiarazione autorevole che definisca sia la disciplina di medicina generale/medicina di famiglia sia i compiti del medico di medicina generale e che li metta in relazione almeno in termini generici, con il contesto del sistema sanitario.

Essa deve definire:

- a) gli elementi costitutivi della disciplina che la definiscono e che sono indipendenti dai sistemi sanitari
- b) i compiti professionali che sono generalmente applicabili ma che possono variare a seconda del contesto. Un esempio di questo può essere che il riferimento alle cure di secondo livello sia un compito professionale essenziale, ma che la funzione di filtro verso quelle cure non lo sia.
- c) I compiti professionali che, per di differenze di contesto, non sono in linea generale applicabili. Laddove però la condizione risulti insoddisfacente (per es. se crediamo che i medici di famiglia debbano trattare tutte le età inclusi i bambini e questo non dovesse essere possibile in un particolare sistema sanitario) si deve suggerire il cambiamento del sistema sanitario stesso in modo da massimizzare i benefici per i pazienti rispetto agli esiti di salute e i benefici per la società rispetto all'efficienza economica delle cure. Tutto ciò ci conduce verso una nuova definizione o almeno verso una sua revisione. Noi abbiamo bisogno di una definizione delle caratteristiche o dei principi disciplinari della medicina di famiglia e una definizione del ruolo dei medici di famiglia articolata sulla base del sistema sanitario all'interno del quale si trovano a lavorare.

Bibliografia

1. *The General Practitioner In Europe: A statement by the working party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice*, Leeuwenhorst, Netherlands 1974
2. *Framework for Professional and Administrative Development of General Practice / Family Medicine in Europe*, WHO Europe, Copenhagen, 1998
3. Van Weel C. *The Impact of Science on the Future of Medicine* RCGP Spring Meeting, 2001
4. *Council Directive 93/16/EEC to facilitate the free movement of doctors and the mutual recognition of their diplomas, certificates and other evidence of formal qualifications* Official Journal of the European Community, 165:7/7/93
5. *Proceedings UEMO Consensus Conference on Specific Training for General Practice*. UEMO. Published by The Danish Medical Association. Copenhagen 1995
6. *Report and Recommendations on the Review of Specific Training in General Medical Practice: Advisory Committee on Medical Training (to the European Commission)*, XV/E/8433/95-EN October 1995
7. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. *General Practice - time for a new definition* BMJ 2000; 320,354-357
8. Gay Bernard, *What are the basic principles to define general practice*, Presentation to Inaugural Meeting of European Society of General Practice/Family Medicine, Strasbourg, 1995
9. *The Role of the General Practitioner / Family Physician in Health Care Systems: a statement from WONCA*, 1991
10. *The Future General Practitioner - Learning and Teaching*: London; RCGP, 1972
11. *The Nature of General Medical Practice - Report from General Practice 27*: London; RCGP 1996
12. McWhinney Ian R, *Primary care core values: core values in a changing world*, BMJ, 1998,317 (7147),1807-1809
13. Balint M. *The Doctor, his Patient and the Illness*: Pitman Medical; London, 1964
14. Pereira-Gray D, *Forty-seven minutes a year for the patient*, British Journal of General Practice 1998; 48 (437): 1816-1817
15. Feste C, Anderson RM. *Empowerment: from philosophy to practice*. Patient Educ Couns 1995;26:139-4
16. Mola E., De Bonis J., Giancane R., *Integrating patient empowerment as an essential characteristic of the discipline of general practice/family medicine*, EJGP, Sept 2008; 89-94
17. McWhinney Ian R *The importance of being different*. British Journal of General Practice, 1996, 46, 433-436
18. Schouten LM, Hulscher ME, van Everdingen JJ, Huijsman R, Grol RP. *Evidence for the impact of quality improvement collaboratives: systematic review*. BMJ 2008; 336(7659):1491-1494.
19. Dixon A, Khachatryan A. *A review of the public health impact of the Quality and Outcomes Framework*. Qual Prim Care 2010; 18(2):133-138.
20. Palacios-Derflinger L, O'Beirne M, Sterling P, Zwicker K, Harding BK, Casebeer A. *Dimensions of patient safety culture in family practice*. Healthc Q 2010; 13 Spec No:121-127.

4. LE COMPETENZE COSTITUTIVE - note esplicative, razionale e revisione accademica

4.1 Note esplicative

La definizione della disciplina delle medicina generale/medicina di famiglia e dello specialista medico di famiglia deve improntare le competenze costitutive del medico di medicina generale/medico di famiglia. Costitutive significa essenziali per la disciplina, a prescindere dal sistema sanitario nel quale vengono applicate.

Le dodici caratteristiche della disciplina sono collegate alle dodici abilità che ogni specialista medico di famiglia dovrebbe possedere. In considerazione della loro interrelazione sono raccolte in sei categorie indipendenti di competenze costitutive.

4.1.1 La gestione delle cure primarie

Include l'abilità di:

- gestire il primo contatto con il paziente trattando problemi non selezionati;
- coprire l'intero spettro delle condizioni di salute;
- coordinare le cure con altri professionisti delle cure primarie e con altri specialisti;
- essere in grado di fornire delle cure e una utilizzazione dei servizi sanitari efficiente e appropriata;
- monitorare, valutare e migliorare la qualità e la sicurezza dell'cure;
- rendere disponibili al paziente i servizi appropriati all'interno del sistema sanitario;
- agire come consulente di parte del paziente.

4.1.2. Le cure centrate sulla persona

Includono l'abilità di:

- adottare un approccio centrato sulla persona nel trattare i pazienti e i loro problemi all'interno del loro contesto di vita;
- sviluppare e applicare la consultazione di medicina generale al fine di instaurare una efficace relazione medico-paziente nel rispetto dell'autonomia del paziente;
- comunicare, stabilire delle priorità e agire in partnership con il paziente;
- promuovere la responsabilizzazione del paziente nella gestione della propria salute (*empowerment*);
- fornire una continuità longitudinale delle cure sulla base dei bisogni dei pazienti rifacendosi a una gestione continuativa e coordinata del processo di cura.

4.1.3. La capacità di risolvere specifici problemi

Include l'abilità di:

- mettere in relazione specifici processi decisionali con la prevalenza e l'incidenza delle malattie nella comunità;
- raccogliere in modo selettivo e interpretare le informazioni dell'anamnesi, dell'esame fisico e dei test inserendole in un piano di gestione appropriato in collaborazione con il paziente;
- adottare appropriati principi di lavoro: per esempio fare investigazioni incrementali, utilizzando il tempo come uno strumento e tollerando l'incertezza;
- intervenire con urgenza quando è necessario;
- gestire condizioni che si possono presentare precocemente e in un modo indifferenziato;
- fare un uso efficace ed efficiente degli interventi diagnostici e terapeutici.

4.1.4. L'approccio integrato

Include l'abilità di:

- gestire contemporaneamente più infermità e patologie, problemi di salute sia acuti che cronici nel medesimo individuo;
- promuovere la salute e il benessere applicando in maniera appropriata strategie di promozione della salute e di prevenzione delle malattie;
- gestire e coordinare la promozione della salute, la prevenzione, la terapia, la cura e la palliazione e la riabilitazione.

4.1.5. L'orientamento alla comunità

Include l'abilità di:

- coniugare i bisogni sanitari del singolo paziente e i bisogni di salute della comunità in cui vive in equilibrio con le risorse disponibili.

4.1.6. Il modello olistico

Include l'abilità di:

- utilizzare il modello bio-psico-sociale tenendo presente le dimensioni culturali ed esistenziali.

4.2. Caratteristiche essenziali per l'implementazione

Nell'applicazione delle competenze per insegnare, imparare e praticare la medicina di famiglia è necessario prendere in considerazione tre aspetti aggiuntivi: contestuale, attitudinale e scientifico. Si tratti di aspetti nei quali caratteristiche personali dei *medici* determinano la loro capacità di applicare le competenze costitutive nella vita reale nel setting di lavoro. Nella medicina generale possono avere un impatto maggiore per la stretta relazione tra medico di famiglia e le persone alle quali è rivolto il loro lavoro, ma sono applicabili a tutti i medici e non sono specifiche della medicina generale.

4.2.1 Aspetti di contesto

(Comprensione del contesto e dell'ambiente nel quale lavorano i medici, incluse le loro condizioni di lavoro, l'organizzazione sociale, la cultura, la cornice economica e normativa)

- Avere conoscenza dell'impatto della organizzazione sociale locale, inclusi gli aspetti socio-economici, geografici e culturali, sul luogo di lavoro e sull'assistenza al paziente;
- Essere consapevole dell'impatto del carico di lavoro complessivo sull'assistenza erogata al singolo paziente e delle risorse (ad es. collaboratori, attrezzature) disponibili per erogare quell'assistenza;
- Avere consapevolezza pratica delle condizioni economiche e giuridiche del sistema assistenziale ;
- Avere conoscenza dell'impatto dell'ambiente di vita e di lavoro del medico sull'assistenza che eroga.

4.2.2 Aspetti attitudinali

(Basati sulle capacità professionali, sui valori, sulle emozioni e sull'etica del medico)

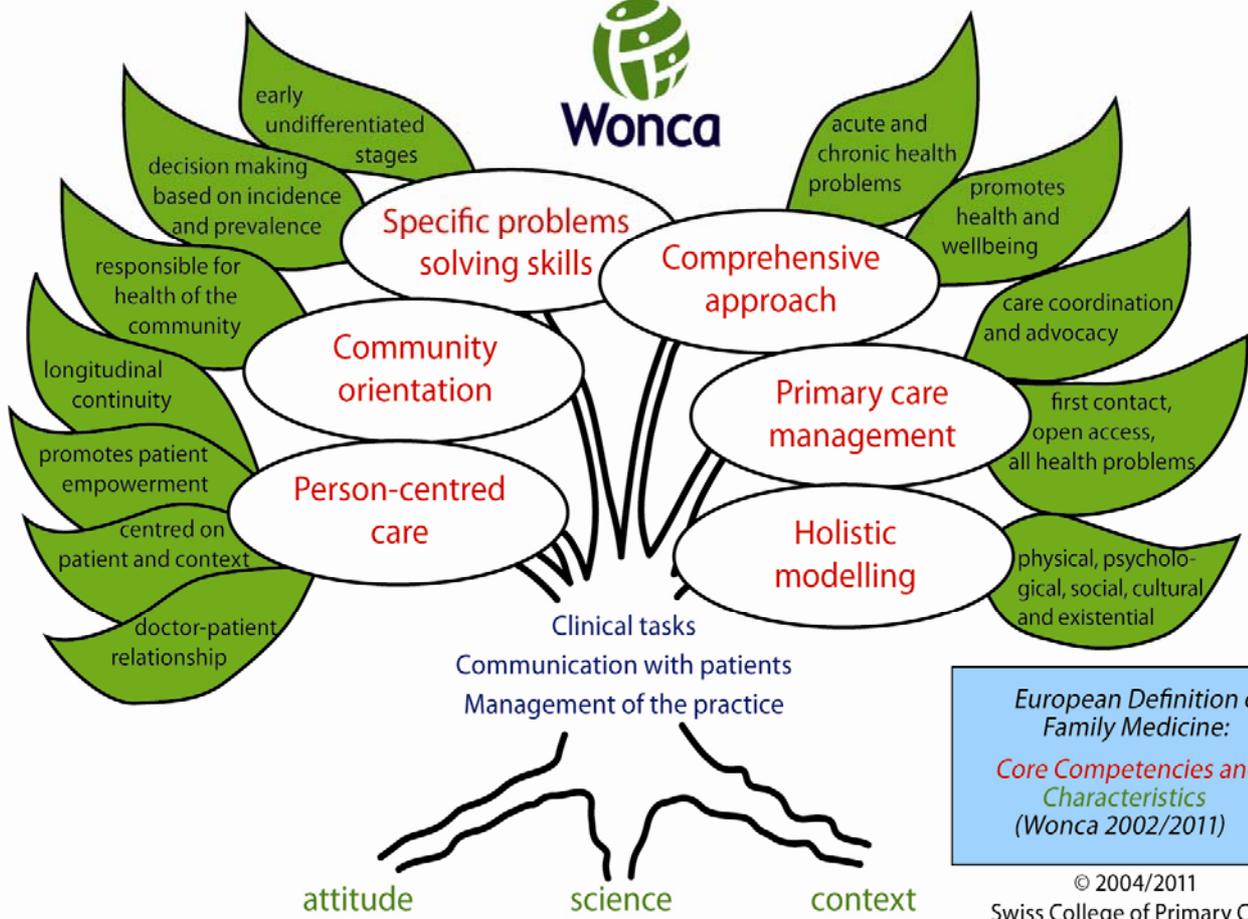
- Essere consapevole dei propri valori e delle proprie capacità – individuando gli aspetti etici della pratica clinica (nelle azioni di prevenzione/diagnosi/terapia e rispetto ai fattori che influenzano gli stili di vita);
- Avere consapevolezza di sé: la comprensione delle proprie attitudini ed emozioni sono determinanti importanti del modo nel quale si compie l'esercizio della professione;
- Chiarire e motivare le scelte etiche personali;
- Essere consapevoli della mutua interazione tra lavoro e vita privata e sforzarsi di raggiungere un buon equilibrio tra le due.

4.2.3 Aspetti scientifici

(Adozione di un approccio critico e basato sulla ricerca per esercitarlo e mantenerlo attraverso l'apprendimento continuo e il miglioramento della qualità)

- Avere dimestichezza con i principi generali, metodi, concetti della ricerca scientifica e i fondamenti di statistica (incidenza, prevalenza, valore predittivo ecc);
- Avere un'approfondita conoscenza delle basi scientifiche della patologia, di sintomi e diagnosi, di terapia e prognosi, di epidemiologia, di teoria decisionale e di formazione delle ipotesi e della soluzione dei problemi, delle cure preventive;
- Essere in grado di accedere, leggere e valutare criticamente la letteratura medica;
- Sviluppare e mantenere l'apprendimento continuo e il miglioramento della qualità.

L'interrelazione tra le competenze costitutive e le caratteristiche essenziali per l'implementazione definisce la disciplina e descrive la complessità della specialità. E' questa complessa interrelazione che dovrebbe guidare e riflettersi nello sviluppo delle agende rispettive per l'insegnamento, la ricerca e il miglioramento della qualità. L'albero WONCA, elaborato dal College Svizzero, illustra chiaramente tale interrelazione:



*European Definition of Family Medicine:
Core Competencies and Characteristics
(Wonca 2002/2011)*

© 2004/2011
Swiss College of Primary Care Medicine / U. Grueninger
www.kollegium.ch

4.3 Razionale delle competenze costitutive; revisione accademica e analisi.

Introduzione

La descrizione delle competenze è il risultato di un processo gerarchico. Dai principi della disciplina della medicina generale discendono i compiti professionali della specialità del medico di medicina generale, e da questi compiti derivano poi le competenze costitutive. L'ordine della classificazione nella lista delle competenze costitutive non esprime un ordine d'importanza; tutte sono necessarie nella medicina di famiglia per l'erogazione di un'assistenza di alta qualità. Possono essere implicate in grado maggiore o minore in relazione al paziente e al problema presentato. Certo è che, data l'ampia varietà di problemi clinici incontrati giornalmente nella medicina generale, esse devono essere disponibili al medico di medicina generale esperto, per essere applicate in modo appropriato.

Le competenze costitutive

Le dodici caratteristiche sono state raggruppate in 6 insiemi o settori di competenza e successivamente sviluppate in gruppi di competenze specifiche. Ciascuna di esse può essere ricondotta alle caratteristiche della disciplina dalle quali è derivata. Molte si rapportano a più di una caratteristica. Per esempio la prima competenza "Gestione delle Cure Primarie" ha sette singole enunciazioni e può essere organizzata come illustrato nella tabella che segue (le caratteristiche si riferiscono alla loro lettera alfabetica come schematizzato più sopra).

Lo stesso esercizio può essere ripetuto per i rimanenti insiemi di competenze.

Se il medico saprà padroneggiare tutti e sei gli insiemi di competenze allora egli avrà la capacità di gestire tutti i problemi che si presentano nella medicina generale. Essi sono applicabili a tutti i problemi, indipendentemente dall'area clinica e saranno utilizzati per la gestione dell'ipertensione e dell'ernia, della lombalgia cronica e dell'insufficienza renale.

Enunciazioni della Competenza	Caratteristica
GESTIONE DELLE CURE PRIMARIE	
gestire il primo contatto con i pazienti, affrontando problemi non selezionati	a) è normalmente il luogo di primo contatto medico all'interno del sistema sanitario, fornisce un accesso diretto ed illimitato ai suoi utenti, si occupa di tutti i problemi di salute, indipendentemente da età, sesso e ogni altra caratteristica della persona; (anche h) che tratta della "malattia indifferenziata")
comprendere tutta la gamma delle condizioni di salute	a)
coordinare l'assistenza con altri professionisti delle cure primarie e con altri specialisti	b) fa un utilizzo efficiente delle risorse sanitarie attraverso il coordinamento delle cure, il lavoro con altri professionisti presenti nel contesto organizzativo delle cure primarie, agendo da interfaccia con altre specialità assumendo, quando si renda necessario, il ruolo di difensore dell'interesse dei pazienti;
gestire l'erogazione di un'assistenza efficace ed appropriata e l'utilizzazione dei servizi sanitari	b)
Rendere fruibili ai pazienti i servizi appropriati all'interno del sistema sanitario	b)
agire come consulente di parte del paziente	b)

Caratteristiche essenziali per l'implementazione

Come per i sei raggruppamenti di competenze ci sono tre aspetti essenziali concernenti la loro applicazione: contestuale, attitudinale e scientifico. Si tratti di aspetti nei quali le caratteristiche personali dell'essere

medico determinano la personale abilità nell'applicazione delle competenze costitutive nella vita reale e nel *setting* lavorativo. Si riferiscono a tutti i medici e non sono specifici della medicina generale, ma nell'ambito della medicina generale essi hanno maggiore impatto per la stretta relazione tra il medico di famiglia e le persone a cui è rivolto il loro lavoro. La medicina generale, come disciplina centrata sul paziente, è ad "alto contenuto contestuale", accogliendo il mondo soggettivo delle convinzioni del paziente relative alla salute, le influenze familiari e culturali nella definizione del suo problema e nelle differenti modalità d'intervento. La maggior parte delle altre specialità si sviluppano come discipline a "basso contenuto contestuale", limitando per quanto possibile la decisione ai fatti oggettivi, alle informazioni quantitative misurabili e alle tecniche diagnostiche visive.

Una conseguenza di questo è che il medico, nella relazione con il paziente, coinvolge se stesso come persona e non come mero erogatore di cure mediche. Deve imparare a comprendere e utilizzare le proprie attitudini, i punti di forza e di debolezza, i valori e le convinzioni in un rapporto di partnership con il singolo paziente.

L'Europa ha una varietà di sistemi sanitari e differenti situazioni nelle quali l'assistenza viene erogata dai Medici di medicina generale. Ci sono differenze sostanziali di tipo culturale (incluse le differenze religiose) e politiche nelle società e tra le popolazioni assistite dal MMG. Ciò potrebbe portare ad una variazione nella descrizione del modo di lavorare. La medicina generale è la disciplina clinica che più di ogni altra dipende dalle differenze delle società in cui opera. Il MMG è il mediatore tra la società e la medicina. Questi fattori influiscono inoltre sul medico come persona; giustificare, chiarire e condividere in modo esplicito tali attitudini personali con i pazienti è una delle competenze che deve essere acquisita.

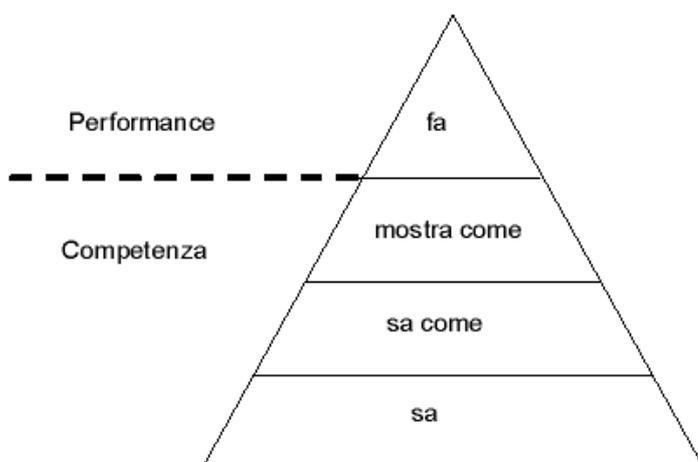
Sebbene disciplina ad alto contenuto contestuale e orientata principalmente sull'individuo, la medicina generale dovrebbe essere basata il più possibile sulle evidenze scientifiche. Usare la propria esperienza nella gestione dei pazienti rimane molto importante, ma dovrebbe dove possibile essere supportata e verificata dalle evidenze pubblicate e raccolte nella letteratura medica e nelle linee-guida. I medici di famiglia devono essere capaci di ricercare, raccogliere, comprendere ed interpretare criticamente la ricerca scientifica e utilizzare le evidenze il più possibile. La revisione critica nella pratica dovrebbe diventare una attitudine mantenuta per l'intera carriera professionale. Conoscere e utilizzare i principi dell'apprendimento costante e del miglioramento della qualità dovrebbe essere considerata una competenza fondamentale.

Competenza e performance

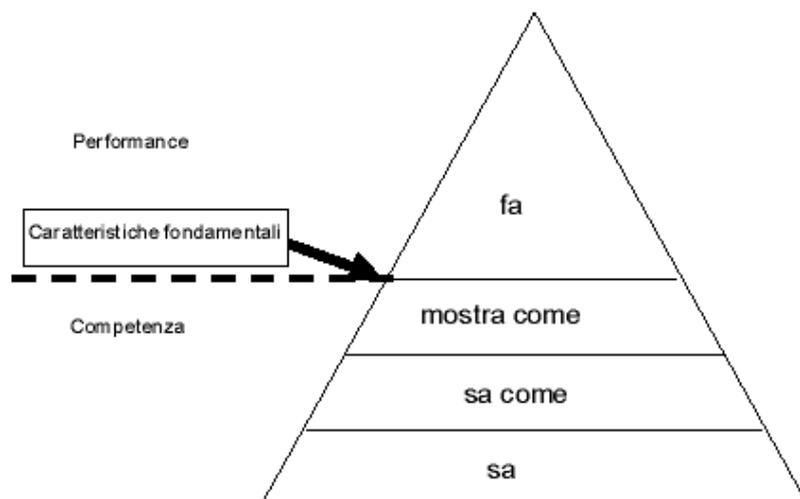
Per diventare un rappresentante esperto della disciplina della medicina generale è necessario essere in possesso delle competenze costitutive. Tuttavia la loro acquisizione non garantisce la loro applicazione nella pratica quotidiana, unica condizione che conduce a risultati effettivi. La competenza può essere definita come la capacità dei MMG di compiere con successo una serie di compiti osservabili isolatamente nel lavoro effettivo¹. Nella terminologia di Miller la competenza è riferibile a quello che un discente può mostrare quando richiesto o sottoposto a valutazione, mentre la performance a quello che il discente fa nella pratica quotidiana².

Pertanto la competenza può essere definita come la capacità di un individuo di agire al livello richiesto in una determinata situazione. Nel triangolo di Miller i livelli "sa", (le cose basilari), 'sa come' (capace di applicare le conoscenze) e 'mostra come' (capace di mostrare le abilità) sono collegate al concetto di competenza (vedi fig. 1). La performance può essere definita come ciò che un medico effettivamente fa in relazione all'assistenza medica e alla comunicazione con i pazienti nella pratica quotidiana; la performance è in rapporto con il livello 'fa' di Miller. Essa è considerata fortemente dipendente dalle effettive condizioni assistenziali e dai fabbisogni, dalle condizioni economiche e strutturali, dalle opportunità pratiche e di supporto.

Figura 1. Adattamento dei “livelli” di Miller



Tuttavia la conversione efficace della capacità di operare nell'effettiva performance richiede anche l'applicazione delle caratteristiche essenziali, che sono tipiche del medico e non del sistema sanitario. Anche questo aspetto può essere rappresentato graficamente:



Le caratteristiche fondamentali del medico, le sue attitudini, gli attributi e l'interazione con il sistema sanitario e la società nella quale lavora determineranno il livello di performance raggiunto. L'area "fa" nel diagramma non è omogenea, ma contiene livelli differenti di abilità, dal capace e abile all'esperto. L'interrelazione delle competenze costitutive e le caratteristiche essenziali definiscono la disciplina e sottolineano la complessità della specialità, e la abilità di sintetizzare e applicare l'ampia gamma di competenze nella gestione del paziente e del suo problema, che definisce il medico di medicina generale esperto.

Le competenze in questo documento sono il punto di partenza per determinare gli standard dello specialista in medicina generale/ medicina di famiglia competente. Esse sono applicabili in tutti i sistemi sanitari e producono un modello teorico o intelaiatura per l'insegnamento e l'apprendimento della nostra disciplina.

La realtà della pratica è diversa nei differenti paesi, culture e sistemi sanitari e i compiti che un medico di famiglia ha il dovere di adempiere potrebbero differire. Tuttavia le competenze necessarie per quei compiti dovrebbero essere le stesse.

Bibliografia

1. Ram P, van der Vleuten CPM, Rethans JJ, Grol R, Aretz K. Assessment of practicing family physicians in a multiple-station examination using standardised patients with observation of consultation in daily practice. Acad Med 1999;74:62-9.
2. Ram P. Comprehensive assessment of general practitioners. A study on validity, reliability and feasibility. Thesis 1998, Maastricht University.

5. Appendici

Appendice 1 - Definizione Leeuwenhorst, WONCA e Olesen

Definizione Leeuwenhorst del 1974

Il medico di medicina generale è un laureato abilitato in medicina che fornisce cure personali primarie e continuative agli individui, alle famiglie e alla popolazione che affrisce al suo ambulatorio a prescindere dall'età, dal sesso e dal tipo di malattia. È la sintesi di queste funzioni che lo rende unico. Visita i suoi pazienti nel suo ambulatorio e nelle loro case e talora in clinica o in ospedale. Il suo obiettivo è di fare diagnosi precoci. Nella sue valutazioni su salute e malattia include e integra fattori fisici, psicologici e sociali. Questo si esprime nella cura dei suoi pazienti. Prende una decisione iniziale su ogni problema che gli venga presentato nella sua funzione di medico. Si fa carico della gestione continuativa del suo paziente con malattie croniche, ricorrenti o terminali. Contatto prolungato significa che può utilizzare ripetute occasioni per raccogliere le informazioni al ritmo più appropriato per ogni paziente e costruire una relazione di fiducia che può utilizzare professionalmente. Deve lavorare in cooperazione con altri colleghi medici e non medici. Deve sapere come e quando intervenire con il trattamento, la prevenzione e l'educazione per promuovere la salute dei suoi pazienti e dello loro famiglie. Riconosce di avere una responsabilità professionale anche verso la comunità.

Definizione WONCA del 1991

“Il medico di medicina generale o medico di famiglia è il dottore che per primo è responsabile della fornitura di cure integrate a ogni individuo che ricerchi cure mediche e organizza altri professionisti della salute per fornire servizi quando è necessario. Il medico di medicina generale/di famiglia agisce come un generalista che accetta ogni persona che cerca cure, mentre altri fornitori di servizi sanitari limitano l'accesso ai propri servizi sulla base dell'età, del sesso o della diagnosi.

Il medico di medicina generale/di famiglia si prende cura dell'individuo nel contesto della famiglia e della famiglia nel contesto della comunità senza considerare la razza, la religione, la cultura o la classe sociale. È clinicamente competente per fornire la maggior parte delle cure necessarie dopo aver preso in considerazione il contesto culturale, socio-economico e psicologico. Inoltre si assume una responsabilità personale per fornire cure integrate e continuative per i suoi pazienti.

Il medico di medicina generale/di famiglia esercita il suo ruolo professionale fornendo cure direttamente oppure attraverso i servizi di altri in accordo con i bisogni di salute dei pazienti e con le risorse disponibili all'interno della comunità nella quale opera.

Definizione di Olesen del 2000

Il medico di medicina generale è uno specialista addestrato per lavorare sulla prima linea di un sistema sanitario e per intraprendere le prime azioni di cura per qualsiasi problema di salute i pazienti possano presentare. Il medico di medicina generale si prende cura degli individui nella società senza tener conto del tipo di malattia o di altre caratteristiche personali o sociali del paziente e organizza le risorse disponibili nel sistema sanitario per garantire il miglior vantaggio ai pazienti. Il medico di medicina generale è in rapporto con individui autonomi nel campo della prevenzione, diagnosi trattamento, cura e palliazione e utilizza integrandole le scienze della biomedicina, della psicologia medica e della sociologia medica.

Appendice 2 - Ringraziamenti

Ringraziamenti

WONCA EUROPE ringrazia tutte quelle organizzazioni e quelle persone che hanno contribuito con commenti scritti o che hanno partecipato al processo di consultazione che ha portato alla stesura di questo documento. Questi comprendono:

Austrian Society General Practice/Family Medicine

College of Family Physicians of Canada

College National de Generalistes Enseignants, France

Danish College of General Practitioners

Dutch College of General Practitioners

European Academy of Teachers in General Practice

European General Practice Research Workshop

European Network for Prevention and Health Promotion in

Family Medicine and General Practice

European Union of General Practitioners European Working Party on Quality Assurance The Icelandic

College of Family Physicians Malta College of Family Doctors

Norwegian College of General Practitioners

Royal College of General Practitioners, United Kingdom Slovak Society of General Practice/Family Medicine

Spanish Society of Family and Community Medicine Swedish association of General Practice

Swiss Society of General Medicine

OMS, Barcelona office

World Organisation of Family Doctors

Dr. M. BOLAND

Dr. G. BUCKLEY

Dr. J. HORDER

Prof. C. LIONIS

Appendice 3 - Terminologia

Definizioni

C'è molta confusione su alcuni termini utilizzati in medicina generale/medicina di famiglia e la loro interpretazione.

Al fine di evitare interpretazioni errate o fraintendimenti di contenuto e scopi di questo documento si riporta qui di seguito la definizione di alcuni dei termini utilizzati:

Medico di Medicina Generale / Medico di Famiglia	Sono sinonimi, utilizzati per descrivere quei medici che hanno fatto un tirocinio post-laurea in medicina generale almeno sino al livello nel Titolo 4 della Doctors' Directive.
Medico delle cure primarie	Un medico appartenente a qualsiasi disciplina che lavori nel contesto delle cure primarie.
Medico delle cure secondarie	Un medico che ha seguito un periodo di training post-laurea in una specialità biomedica e che lavora prevalentemente in quel campo all'interno di un ospedale.
Specialista	Un medico di qualsiasi formazione disciplinare che ha seguito un periodo di training post-laurea.
Cure primarie	L'ambito all'interno di un sistema sanitario, di solito la comunità territoriale del paziente, nel quale avviene il primo contatto con un professionista sanitario (esclusi i traumi maggiori).

Appendice 4 - Ringraziamenti del Council di WONCA Europa

Il Council di Wonca Europa ringrazia i membri della commissione che hanno preso parte al processo di revisione che ha prodotto la versione del 2011

Dr. Ernesto MOLA
ASSIMEFAC - Interdisciplinary Scientific Association of both Family and Community Medicine
Italy

Tina ERIKSSON
President of EQUIP
Denmark

Miguel José ORTIZ BUENO
International Section of SEMFYC
Spain

Professor Bernard GAY
President CNGE University of Bordeaux,
France

Janko KERSNICK
President of EURACT
Slovenia

Ravzan MIFTOD
Romanian National Society of Family Medicine/General Practice
Romania

Margaret O RIORDAN
Irish College of General Practitioners
Ireland

Dr Paul RAM
Maastricht University
The Netherlands
