

Realizzare il cambiamento: i nuovi principi dell'organizzazione europea della medicina generale (Wonca Europe 2022) e la medicina territoriale in Italia

VIVIANA FORTE¹, ROSARIO FALANGA², LUIGI MARIA BRACCHITTA³, GIULIA GIORGI⁴, FULVIO LONATI⁵, ALESSANDRO MEREU⁶, MANUELA PETINO⁷, ALICE SERAFINI⁸, GIUSEPPE PARISI⁹

¹Asl 8 Cagliari, Società italiana pedagogia medica; ²Azienda Sanitaria Friuli Occidentale, Pordenone; European Rural and Isolated Practitioners Association; ³Ats Città metropolitana di Milano, Movimento Giotto, Department of biomedical sciences, Humanitas University; ⁴Accademia italiana cure primarie; ⁵Associazione Aprire - Assistenza Primaria In Rete - Salute a km 0; ⁶Ausl Toscana Centro, Accademia italiana cure primarie; ⁷Asl Roma1; ⁸Ausl Modena, Medicina generale e cure primarie, Università di Modena e Reggio Emilia; ⁹Past president SIPeM, School of Medicine and Surgery, Università Milano Bicocca, Milano.

Pervenuto il 13 febbraio 2023. Accettato il 20 febbraio 2023.

Riassunto. La nuova Dichiarazione europea sui principi e valori della medicina generale e di famiglia (Core values - Wonca 2022) è stata recentemente emanata: quali apporti può fornire alla discussione sul futuro della medicina territoriale? E quali sfide e cambiamenti imporrebbe nella sua applicazione ai contesti della formazione, dell'assistenza e della ricerca in Italia? Vengono qui analizzati i sette principi e valori della nuova dichiarazione: 1) assistenza centrata sulla persona; 2) continuità delle cure; 3) cooperazione nell'assistenza; 4) assistenza orientata alla comunità; 5) equità nelle cure; 6) cure orientate alla scienza; 7) professionalità nelle cure. Attraverso questi principi si propongono riflessioni sulle annunciate riforme di politica sanitaria territoriale. Difatti, queste forniscono un'importante base per una discussione critica riguardo la riorganizzazione del modello assistenziale di cure primarie, l'evoluzione del percorso formativo (pre- e post-laurea e quindi verso un adeguamento del percorso di specialità dei futuri medici di medicina generale) e la ricerca nella medicina del territorio. Considerando che le politiche sanitarie territoriali vivono una condizione di permanente e apparentemente incontrollabile mutamento, è bene chiedersi come e se riusciranno ad avere vita questi valori-principi ritenuti fondamentali a livello internazionale per costruire una nuova fiducia terapeutica, specifica della medicina generale e di famiglia, in ambito sia professionale sia disciplinare.

Making change: the new principles of the World organization of general medicine (Wonca 2022) and territorial medicine in Italy.

Summary. The new european declaration "Core values and principles of general practice and family medicine" (Wonca Europe 2022) has been recently issued: which contributions can it provide to the discussion on the future of primary health medicine? And what challenges and changes would it impose in its application to the contexts of medical training, care services and clinical research in Italy? We analyse here the seven principles and values of the new declaration: 1) person-centred care; 2) continuity of care; 3) cooperation in care; 4) community-oriented care; 5) equity in care; 6) science-oriented care; 7) professionalism in care; and through them we reflect on the announced reforms of primary health care (Phc) policy. Indeed, these provide an important basis for a critical discussion regarding the reform of the primary care model, the evolution of the medical training pathway (pre- and post-graduate and therefore towards an adjustment of the specialty pathway of future general practitioners) and research Phc. Considering that the Phc health policies are experiencing a condition of permanent and apparently uncontrollable change, it is well to ask ourselves how and if these values-principles, which are considered fundamental at an international level, will be able to come to life in order to build a new therapeutic trust, specific to general practice and family medicine, both in the professional and disciplinary sphere.

Introduzione

Nel giugno 2022 si è svolta a Londra la 27^a Wonca Europe conference for family doctors¹ a conclusione della quale è stata presentata la versione aggiornata della Dichiarazione europea sui principi e valori della medicina generale e di famiglia, di cui si riporta nella figura 1 la versione italiana (curata e promossa da SIPeM, PHC Now or Never, EURIPA, Movimento Giotto, SIGM, AICP).

Quali sono i nuovi apporti che essa può fornire alla discussione sul futuro della Medicina Generale

(MG)? E quali sfide e cambiamenti imporrebbe nella sua applicazione ai contesti della formazione, dell'assistenza e della ricerca in Italia?

I *Core values* proposti recentemente dalla World organization of general medicine (Wonca; valori - e non competenze - riferiti a principi fondativi della professione) rappresentano infatti un'importante base di riflessione e discussione per il nostro Paese, sia nell'ottica della riorganizzazione del modello di cure primarie, sia in ambito formativo per riformare il percorso di specialità in MG. In questo articolo vogliamo sottolinearne quattro aspetti preminenti.

Valori e principi fondamentali della Medicina Generale

L'OMS considera l'assistenza sanitaria primaria una pietra miliare dei sistemi sanitari sostenibili. Il Medico di Medicina Generale (MMG) è uno dei principali fornitori dell'assistenza sanitaria primaria. WONCA Europe ha definito la MG sia come una specialità clinica che come una disciplina autonoma, con curriculum e attività di ricerca distinti. La MG può essere praticata in contesti diversi, a seconda delle caratteristiche di ciascun sistema sanitario, Paese o comunità. Tuttavia, i capisaldi della MG si reggono su precisi valori fondamentali elencati di seguito. Essi rappresentano gli elementi essenziali di una MG di buona qualità, e dovrebbero fornire una cornice di riferimento per la nostra identità professionale.

ASSISTENZA CENTRATA SULLA PERSONA
I MMG praticano una medicina centrata sulla persona, enfatizzando il dialogo, il contesto e le migliori evidenze disponibili.
I MMG tengono in considerazione sempre l'impatto di tutti i determinanti di salute sugli individui: biologici, psicosociali e culturali. I MMG sono professionalmente coinvolti nelle contingenze della vita dei loro pazienti, storie biografiche, credenze, preoccupazioni e speranze. Questo approccio aiuta a riconoscere i nessi tra fattori sociali e malattia e ad approfondire la comprensione di come la vita e gli eventi della vita lasciano la loro impronta sul corpo e sulla mente. I MMG promuovono la capacità dei pazienti di utilizzare le proprie risorse personali e comunitarie.

EQUITÀ DELLE CURE
I MMG danno la priorità a coloro i cui bisogni di assistenza sanitaria sono maggiori.
I MMG forniscono un'assistenza sanitaria equa. L'equità è un valore fondamentale della qualità dell'assistenza sanitaria. L'obiettivo è ridurre al minimo le disuguaglianze nella fornitura dei servizi sanitari. I MMG organizzano l'assistenza in modo tale da dedicare tempo ed energie a coloro che hanno più bisogno di cure e servizi. I MMG ritengono che sia loro dovere parlare pubblicamente di tutti i fattori della società che condizionano l'accesso ai servizi sanitari e le disuguaglianze negli esiti di salute. I MMG sono particolarmente consapevoli delle sfide per la salute per alcuni soggetti in relazione all'età, al genere, all'orientamento sessuale, all'etnia, allo stato socioeconomico e alle scelte religiose.

CONTINUITÀ DELLE CURE
I MMG promuovono la continuità della relazione medico-paziente come principio organizzatore centrale.
La relazione medico-paziente si basa sul coinvolgimento personale e sulla riservatezza. La continuità dell'assistenza aiuta a costruire fiducia reciproca e favorisce un'assistenza di alta qualità centrata sulla persona. I MMG cercano di garantire la continuità attraverso le modalità organizzativo-assistenziali applicate, indipendentemente dalle dimensioni, dalla composizione e dalla natura dell'équipe di cure primarie.

CURE ORIENTATE ALLA SCIENZA
I MMG forniscono un'assistenza basata sulle migliori evidenze disponibili, rispettando i valori e le preferenze dei pazienti.
L'eccesso di esami, sovradiagnosi e sovratratamenti possono nuocere ai pazienti oltre che consumare risorse ed indirettamente possono portare verso pericolose sottodiagnosi e sottotratamenti. Quando sono disponibili interventi equivalenti nell'efficacia, i MMG scelgono gli interventi basandosi sul rapporto costo-efficacia e sulla sicurezza del paziente.

COOPERAZIONE NELL'ASSISTENZA
I MMG instaurano una collaborazione transprofessionale e transdisciplinare, facendo attenzione a non confondere le soglie di competenza.
I MMG integrano programmi e servizi diversi e si impegnano attivamente nello sviluppare ed adattare modalità efficaci di collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali. I MMG aiutano i pazienti a orientarsi ed utilizzare il sistema sanitario e facilitano la comunicazione con gli altri professionisti della salute.

PROFESSIONALITÀ NELLE CURE
I MMG sono continuamente responsabili della formazione, ricerca e sviluppo della qualità.
I MMG si impegnano attivamente nella formazione dei futuri colleghi e facilitano l'inclusione dei giovani medici nelle decisioni organizzative fondamentali riguardanti la formazione medica pre-laurea e post-laurea. I MMG attuano e promuovono ricerche pertinenti alle esigenze della MG e valutano le conoscenze emergenti e le linee guida in modo critico con un approccio costruttivo ed accademico.

ASSISTENZA ORIENTATA ALLA COMUNITÀ
I MMG forniscono assistenza agli individui e promuovono la salute delle comunità; si impegnano negli aspetti politici e sociali che hanno un impatto sugli esiti di salute attraverso attività di advocacy orientate alle comunità.
I MMG attraverso l'orientamento alle comunità e alle responsabilità sociali mirano ad influenzare le politiche sanitarie e affrontano le disuguaglianze in salute integrando assistenza clinica, salute pubblica e servizi sociali a livello di comunità.

Traduzione: V. Forte, R. Falanga, G. Parisi, J.K. Soler
Supporto e patrocinio:

Figura 1. Versione italiana della Dichiarazione Wonca 2022 "Core values and principles of general practice/family medicine"¹.

1. La Dichiarazione 2022 ricalca valori già presenti – ma in forma di competenze – nella definizione 2011², ne presenta altri inediti o fa emergere l'importanza di concetti che erano rimasti precedentemente in ombra; rispecchiano così i cambiamenti scientifici e sociali intercorsi in questi anni, facendo tesoro anche del contributo apportato dalla filosofia della Primary health care-comprehensive³.
2. Insiste a ricordarci quanto – nel lavoro del/della medico/a di medicina generale (Mmg) – sia la cornice dei valori sottostanti a dare significato alle azioni che si compiono: sono quindi i valori a dare colore alle competenze e non viceversa. Ci ricorda di orientare le competenze del curriculum della MG alla definizione delle conoscenze e delle abilità, ma avendo sempre la cura e l'attenzione di valutarle rispetto alla cornice valoriale di riferimento.
3. Supera il pregiudizio che i valori non siano verificabili; essi invece sono valutabili attraverso loro indicatori e anche in maniera molto netta. Per esempio: se si osserva una consultazione, si può documentare facilmente se il/la Mmg tiene in considerazione tutti gli aspetti e non solo quelli esclusivamente inerenti la malattia fisica (postura e comunicazione non verbale, tipologia delle domande, qualità dell'ascolto, consensualità delle decisioni, ecc.).
4. Stimola i formatori/tutor a inserire buone pratiche formative orientate all'apprendimento di questi valori e a proporre quindi una metodologia didattica che sappia incarnarli e sappia indirizzare l'esperienza formativa non solo verso il *sapere* e il *saper fare*, ma soprattutto verso il *saper essere*. Per cogliere a pieno il significato di questo discorso è importante chiarire la distinzione tra valori e "standard" (spesso tradotto in italiano con il termine "buone pratiche"): i valori rappresentano i principi-guida e – se vengono dichiarati, sentiti e applicati – fungono da base per costruire la fidu-

cia in ambito professionale/disciplinare; ovvero, i valori ci indicano ciò che è fondamentale *essere e saper essere*, mentre gli standard stabiliscono ciò che è buono o accettabile pragmaticamente (*saper fare*). Peraltro, mentre i valori tendono a persistere (e non a caso sono rappresentati nell'albero Wonca come le radici⁴), gli standard variano a seconda dei sistemi sanitari (rappresentati invece in esso come rami).

I punti della Dichiarazione

1. ASSISTENZA CENTRATA SULLA PERSONA

L'assistenza centrata sulla persona consiste in una strategia organizzativa adeguatamente attuata sin dalla fondazione del Ssn ed emerge in esso quale vero e proprio fondamento etico-valoriale. Detto ciò, in Italia, la carenza di Mmg – e in particolare di Mmg adeguatamente formati a questo approccio – determina però l'attuale difficoltà a realizzarlo concretamente: questo assetto valoriale infatti non può essere realizzato con medici formati prioritariamente all'assistenza ospedalocentrica focalizzata su diagnosi o patologie. Un altro fattore critico risiede nello sbilanciamento del carico burocratico-amministrativo e del rapporto numerico medico/assistiti con la conseguente contrazione di tempo a disposizione per l'assistenza, il che conduce inevitabilmente all'erosione della qualità nella relazione terapeutica stessa. Il terzo fattore pregiudizievole deriva dal confondere una buona assistenza centrata sulla persona con la crescita esponenziale del consumismo sanitario e della sovramedicalizzazione⁵.

2. CONTINUITÀ DELLE CURE

La Dichiarazione stabilisce che i/le Mmg promuovano la continuità della relazione medico-paziente come principio organizzatore centrale. Ma cosa si intende per continuità delle cure?

1. *Continuità relazionale*: quale lunghezza e durata nella relazione medico-persona?
2. *Continuità informativa*: quale disponibilità di informazioni deve riguardare la salute del paziente (per es., patologie note, le medicine che assume)?
3. *Continuità gestionale*: quale coerenza/disponibilità delle cure deve sussistere tra i diversi settori del sistema sanitario (per es., servizi non disponibili nei festivi)?

Nel dibattito sulla continuità delle cure, questi tre livelli si confrontano e scontrano: c'è chi sottolinea l'importanza e la centralità della continuità relazionale (solitamente sostenuta da clinici e pazienti) e

chi sottolinea la superiore importanza della continuità informativa e gestionale (preferita da decisori e manager della sanità). In Italia veniamo da un modello tradizionalmente caratterizzato da una fortissima continuità relazionale, che però appare non più sostenibile con le risorse/esigenze attuali; d'altra parte, sarebbe bene riflettere prima di rinunciare totalmente a essa in favore di una sola continuità informativa e gestionale che rischierebbe di ridurre l'incontro terapeutico a mera tecnica procedurale^{6,7}.

3. COOPERAZIONE NELL'ASSISTENZA

Il terzo principio ci invita a valorizzare la collaborazione transprofessionale e transdisciplinare, l'integrazione tra professionisti, programmi e servizi diversi e la facilitazione dei processi di comunicazione tra operatori e pazienti. Tali concetti e azioni mal si conciliano però con l'attuale Accordo collettivo nazionale (Acn)⁸ che – con l'intenzione di garantire la più ampia autonomia gestionale al/alla Mmg – di fatto rischia di disinserirlo/a dalla rete di interdipendenze di cui è comunque partecipe. Per poter sviluppare e attivare una competenza multidimensionale (non solo biologico-clinica ma anche psico-sociale, economica e culturale), ogni Mmg dovrebbe potere e sapere affrontare tali dimensioni all'interno di équipe multiprofessionali territoriali che aiutino i singoli operatori a sentirsi parte di un sistema di relazioni cooperative e che soprattutto permettano una presa in carico globale della persona assistita.

4. ASSISTENZA ORIENTATA ALLA COMUNITÀ

Questo principio ci ricorda che i/le Mmg e la rete delle cure primarie operano sempre all'interno di comunità sociali: esse manifestano bisogni e richieste socio-sanitarie condizionati fortemente da determinanti di salute di cui è necessario essere consapevoli per poter compiere un'adeguata assistenza. Avere un approccio orientato alla comunità significa per esempio:

- *Territorializzazione*: arrivare a conoscere il territorio e la popolazione (la/le comunità) con strumenti validati adeguati, per poter ascoltare e accogliere i bisogni e per poter dare risposte contestuali e appropriate; conoscerne la distribuzione demografica, economica, lavorativa, scolastica, e i servizi che operano già in esso (pubblico, privato, terzo settore).
- *Diversa organizzazione del lavoro*: a livello micro, meso e macro per promuovere integrazione delle cure (informazione, presa in carico) al fine di contrastare risposte frammentate e quindi inefficaci.

In questa chiave i/le Mmg andrebbero a porsi non più solo come consulenti clinici, ma inizierebbero a svolgere una vera e propria funzione di *advocacy*⁹.

5. EQUITÀ DELLE CURE

Appare sempre più evidente che viviamo in un mondo e in un periodo storico in cui l'inequità e le disuguaglianze si sono accentuate, invece di ridursi, e che questo si riflette nettamente anche sulla salute individuale e collettiva e nell'accesso stesso alle cure¹⁰. Riconoscere e definire il concetto di equità delle cure come uno dei valori fondamentali della MG è quindi oggi ancora più importante, e deve ancor più risultare uno degli aspetti rilevanti nella nostra pratica quotidiana. Come accennato nel punto 4, le disuguaglianze si palesano già nei fattori di disparità di accesso alle risorse che promuovono salute (per es., l'accesso stesso ai servizi sanitari). L'esplicitazione e comprensione di questi fattori – strutturali ma modificabili – è centrale proprio perché consente a ogni Mmg di attuare azioni di contrasto e costruire alternative in collaborazione con altri attori delle Cure Primarie per ridurre quelle disuguaglianze che sono evitabili o almeno riducibili. Il rischio inverso, che appare sempre più probabile – soprattutto nei centri urbani –, deriva dal ricorso ai fondi integrativi e alle assicurazioni private, che in Italia stanno occupando una fetta sempre più consistente del panorama prestatzionale e rischiano di rafforzare le disuguaglianze, indebolendo il sistema sanitario pubblico.

6. CURE ORIENTATE ALLA SCIENZA

Questo principio rappresenta la più importante novità rispetto alle precedenti dichiarazioni e richiede un profondo cambiamento del paradigma attuale basato invece sulla fiducia incondizionata riposta nella tecnologia, sulla diagnosi precoce e sul convincimento che fare di più sia sempre fare meglio. Componente centrale in questo scenario dinamico è allenarsi a selezionare le informazioni valide e aggiornarsi con metodo e spirito critico: un/una Mmg deve sapere valutare criticamente le conoscenze socio-scientifiche che emergono e soprattutto deve sapere scegliere quali di esse siano valide e credibili, dubbie o parziali, inconsistenti o addirittura dannose. Purtroppo nella società dei consumi il mondo della salute non è immune dalle strategie dell'economia di mercato né del marketing¹¹. Da qui deriva, «l'eccesso di esami, sovradiagnosi e sovratrattamenti che possono nuocere ai pazienti oltre che consumare risorse». Bisogna prendersi il tempo invece per una ricognizione, un'adeguata riconciliazione terapeutica e un'eventuale deprecrizione, in modo tale da ridurre i danni de-

rivanti dalla ipermedicalizzazione, nell'ottica di una Prevenzione Quaternaria¹².

7. PROFESSIONALITÀ NELLE CURE

I/le Mmg dovrebbero essere continuamente responsabili della formazione, ricerca e sviluppo della qualità. Questo principio però è tra quelli che incontra più ostacoli nel percorso formativo-professionale del/della Mmg in Italia. La professionalità nelle cure primarie è insidiata infatti da più fattori condizionanti: il lavoro del/della Mmg è totalizzante e lascia poco spazio alla possibilità di fare ricerca clinica in azione e sul campo. Occorre quindi che chi aspira alla ricerca possa farlo in un contesto adeguato e con un tempo dedicato (per es., attraverso il part-time e in collaborazione con gli istituti pubblici preposti). In questo contesto, è importante che la nuova definizione sottolinei il ruolo insostituibile della formazione pre-laurea. Attualmente la Facoltà di Medicina e Chirurgia sottovaluta e non prepara adeguatamente lo studente a un approccio generalista, olistico e territoriale e non favorisce un suo coinvolgimento attivo nella lettura e produzione di ricerche in MG. Inoltre, anche i Corsi di formazione specifici in MG non sono orientati in tal senso e indeboliscono ulteriormente la tendenza del medico a fare ricerca e a professionalizzarsi¹³. E, a differenza di tutte le altre specializzazioni, la MG non ha un settore scientifico disciplinare proprio e non è pertanto contemplata la possibilità di accedere a un suo specifico dottorato.

Conclusioni

In conclusione, la nuova Dichiarazione ci porta a riflettere sulle annunciate riforme di politica sanitaria territoriale attualmente in discussione in Italia e quindi su come e se verranno indirizzati i vecchi e nuovi imperativi della responsabilità sociale e scientifica che indirizzeranno il/le Mmg nel Ssn.

Praticare la MG in accordo con la Dichiarazione Wonca 2022 implica per noi Mmg l'assunzione di una responsabilità totale¹³, che vada oltre i suoi singoli punti: una responsabilità che miri a preservare la futura possibilità di agire secondo precisi valori nella medicina pubblica del territorio. Fino a che punto infatti questi valori e principi si inoltreranno nel futuro delle politiche della formazione, dell'assistenza e della ricerca in MG in Italia? Difficile da predire: il panorama presente vive una condizione di permanente e apparentemente incontrollabile mutamento. Si verificheranno sradicamenti? O seminagioni, innesti, potature?

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

Bibliografia

1. Wonca Europe. Core values and principles of general practice/family medicine. Disponibile su: <https://bit.ly/3CdWZVt> [ultimo accesso 6 giugno 2023].
2. Wonca. La definizione europea della medicina generale/medicina di famiglia. Edizione Italiana, 2011. Disponibile su: <https://bit.ly/3NfF32W> [ultimo accesso 6 giugno 2023].
3. Global Conference on Primary Health Care. Declaration of Astana, 2018. Disponibile su: <https://bit.ly/43pvtQy> [ultimo accesso 6 giugno 2023].
4. Wonca Europe. La definizione europea della medicina generale/medicina di famiglia. Wonca, 2011. Disponibile su: <https://bit.ly/45CK10N> [ultimo accesso 31 maggio 2023].
5. Tarrant C, Windridge K, Boulton M, Baker R, Freeman G. How important is personal care in general practice? *BMJ* 2003; 326: 1310.
6. Starfield B. Continuous confusion? *Am J Public Health* 1980; 70: 117-9.
7. Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors-a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open* 2018; 8: e021161.
8. Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome. Disponibile su: <https://bit.ly/3CdX1wz> [ultimo accesso 6 giugno 2023].
9. Starfield B. The hidden inequity in health care. *Int J Equity Health* 2011; 10: 15.
10. Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971; 1: 405-12.
11. Forte V, Vito C. *Medicina Generale e Cure Primarie. Guida teorico-pratica per MMG*. Napoli: Edises, 2022.
12. Jamouille M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *Int J Health Policy Management* 2015; 4: 61-4.
13. Forte V, Pelligra C, Bracchitta LM, et al. Come si formano i futuri medici di medicina generale in Italia? Studio pilota descrittivo di comparazione dei Corsi di formazione specifica in medicina generale. *Recenti Prog Med* 2022; 113: 601-8.
14. Jonas H. *Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*. Torino: Einaudi, 2009.