

# Bisogni formativi e curriculum del MMG per la prevenzione quaternaria e la sovra-medicalizzazione

A. Mereu – N. Pecora

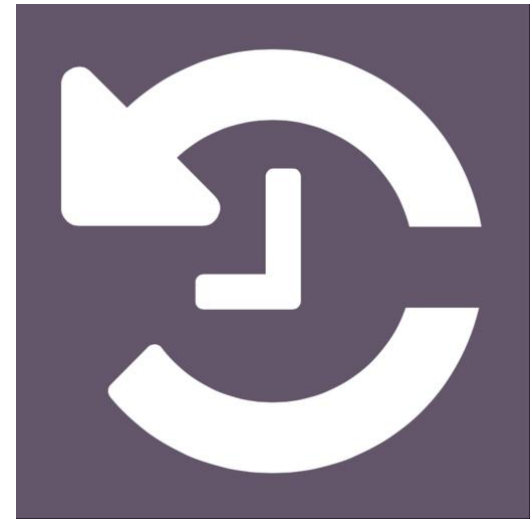
Lecce 28-09-2017



*movimento* **GIOTTO**  
[WWW.MOVIMENTOGIOTTO.ORG](http://WWW.MOVIMENTOGIOTTO.ORG)  
Giovani Medici di Medicina Generale

# Cosa è successo ieri

Minutes from yesterday



# Attualità della formazione in tema OverMed\ P4

Actual panorama about training on  
overmedicalization or quaternary prevention



# Discussione d'aula

- cosa viene insegnato nel tuo contesto?
- cosa vorresti ti fosse insegnato?

Debate and share experience

- Which educational tips already settled up in your context (just one)
- An educational tips that you need to be trained in your context (just one)

# Disegnare la formazione

To design training programs

- Conoscere lo scenario ed il contesto di riferimento
- Avere chiari i drive determinanti i comportamenti (clinici) che si vuol modificare o che si vuol trasmettere
- Ricercare i bisogni formativi percepiti
- Decidere le metodologie didattiche da applicare
- Pianificare le strategie valutative della formazione prodotta e del raggiungimento degli obiettivi formativi



# Governare la overmedicalizzazione nel 2017

To manage overmedicalization in 2017



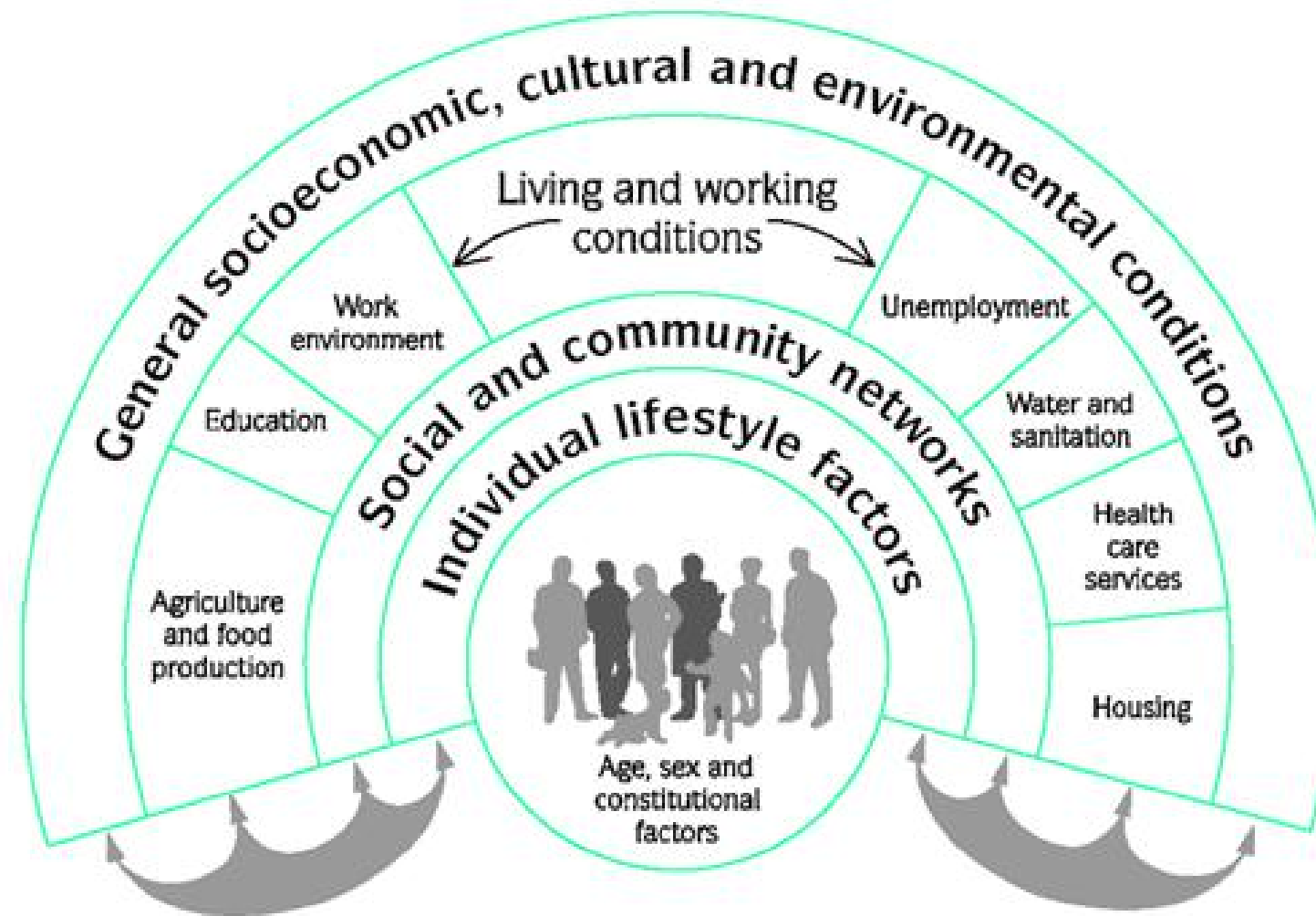
**"We've found a mass. The good news is we have weapons of mass destruction."**

# Il nostro contesto – Our context

- Criticità socio-culturali, politiche, organizzative, etiche
- Criticità tecniche, pratiche, professionali



## The Main Determinants of Health



Source: Dahlgren and Whitehead, 1993



# Critical points – Some examples

- Politiche «prestazionistiche»
  - Check-up aziendali (cd. «welfare aziendale»)
  - Aumento dell'offerta (espansione delle esenzioni, diffusione del privato low-cost, espansione dei programmi di screening,...)
  - Premiare\incentivare i volumi delle prestazioni e non la loro qualità
- Abbattere la spesa, ad ogni «costo»
- Induzione di medicalizzazione con costi sociali e personali
- Campagne Choosing Wisely orientate alla malattia e facilmente raggiungibili



# Critical points – Some examples

- Turnover
  - Cosa si aspettano i pazienti?
  - Combattere con le «cattive» abitudini del passato
- Multiprofessionalità
  - Mancata comunicazione tra gli attori coinvolti e coordinamento sul piano d'azione per ogni singolo paziente
- Evidenze
  - Quali disponibili
  - Quali da costruire

# Critical points – Some examples

- Comunicazione

- di massa
- comunicazione alle categorie di persone\pazienti
- comunicazione al singolo caso



- Etica nella cura

- Utilitarismo
- Rispetto di diritti, doveri, autonomia e dignità della persona
- «First do not harm» vs quale «harm» e deciso da chi?



# Critical points – Some examples

- Formazione poco pratica e con poca assunzione di responsabilità (pre e post laurea, non solo nei CFSMG)



# Attualità della formazione sul tema in Italia



## Pre laurea

- Cenni in alcuni insegnamenti
- Nessun insegnamento strutturato
- Nessun obiettivo formativo codificato
- Scarsità di una preparazione etico-deontologica-professionale su cui costruire un sapere\saper fare\saper essere

## Post laurea

- Cenni su situazioni cliniche definite, spesso non contestualizzate
- Nessun insegnamento strutturato
  - Nessun obiettivo formativo codificato
- Nessun programma di ricerca
- Formazione Continua parametrica

# Attualità della formazione sul tema in Europa

- Research programs (severals)
- Initiatives (few)
- No established curricula pre-graduation (some «exceptions»)



# Da dove partire? Differenti approcci

Starting points? Different approaches

- Interventi formativi «classici»

- Saperi clinici e scientifici

- ✓ Prestazioni diagnostiche rischiose o inutili
- ✓ Trattamenti pericolosi o con scarse\ulle prove d'efficacia

- Comunicazione

- ✓ Al singolo caso
- ✓ A categorie di pazienti
- ✓ Alla popolazione

- Interventi formativi «non classici»

- Advocacy

- ✓ Nelle istituzioni politiche e sociali
- ✓ Nelle istituzioni professionali

- Riflessività

- ✓ Sul proprio operato (self-audit)
- ✓ Sull'operato del team formale\informale (audit)
- ✓ Di gruppo (peer-interventions)

# Ma non basta, anzi

It's not enough

- Risolvere un eccesso di medicalizzazione con ulteriori saperi o pratiche, anche biopsicosociali, può non essere risolutivo
- Riconoscere che come MMG il ruolo principale lo possiamo avere principalmente sull'overtreatment e meno sull'overmedicalizzazione





# Disegnare la formazione

To design training programs

1. Conoscere lo scenario ed il contesto di riferimento
2. Avere chiari i drive determinanti i comportamenti (clinici) che si vuol modificare o che si vuol trasmettere
3. Ricercare i bisogni formativi percepiti
4. Decidere le metodologie didattiche da applicare
5. Pianificare le strategie valutative della formazione prodotta e del raggiungimento degli obiettivi formativi



Comunicare – Decidere – Programmare – Ascoltare

To communicate – To decide – To program – To listen

- Non c'è tempo
- Informazioni complesse/bisogni complessi
- Aspettative e idee inesplorate
- Capacità di previsione/programmazione

# Riorganizzare il servizio

To re-organize the service



- Più tempo per comunicare **e imparare a farlo**
- Più tempo per ascoltare **e imparare a farlo**
- Distribuire nel team le funzioni **e se il team manca crearlo!**
- Tempo e risorse da dedicare
  - Ricerca
  - Empowerment
  - Coinvolgimento della comunità
  - Continuità di cura

# Riorganizzare il servizio

To re-organize the service

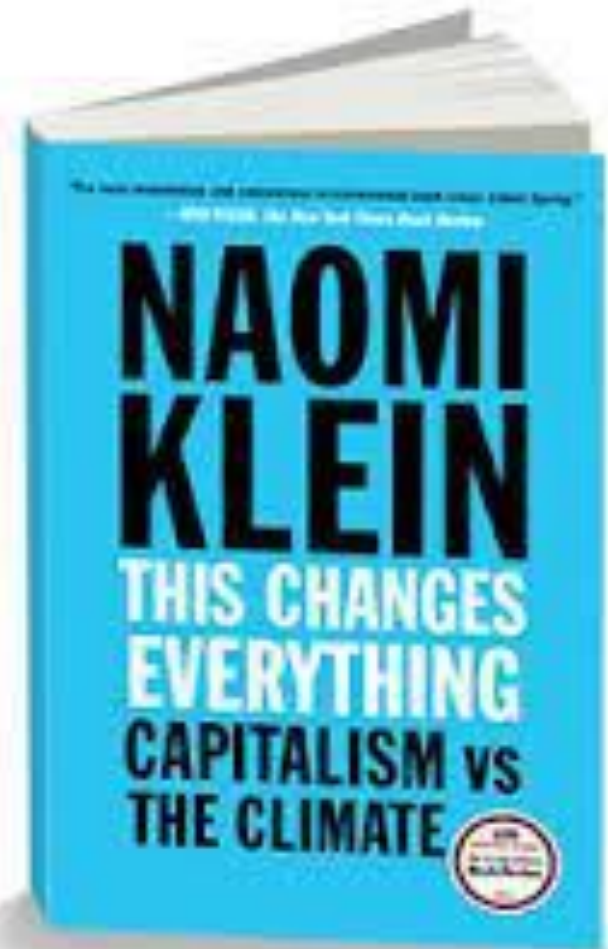


Formare il medico:

- a dedicare più tempo alla comunicazione
- a saper condividere le scelte
- a imparare a strutturare il suo tempo di lavoro
- a condividere le priorità ed i modi per affrontarle
- ad adattarsi alla health literacy e contemporaneamente empowerare il paziente nella sua health literacy
- a combattere la frustrazione e prevenire il burnout

# Overmedicalizzazione

- Cambiare le priorità nelle formazioni dei professionisti
- Cambiare le modalità di lavoro nei servizi ed il lavoro quotidiano dei MMG
- Invertire la rotta e non mettere le toppe
- Il sistema non è sostenibile, non solo economicamente
- Acquisire una mentalità da attivisti non settoriali
- Guardare la prospettiva ampia operando nel quotidiano
- Stringere alleanze



# Azioni e proposte concrete

- Riorganizzare i servizi\lavoro quotidiano
- Ricerca
- Identificazione di priorità
- Tecnologie comunicative da apprendere
- Saperi clinici da innovare



# Da dove iniziare?

1. Le vostre idee
2. Mappare le esperienze formative esistenti e renderle accessibili
3. Costituire un network operativo per professionisti e studenti\formandi
4. Proporre delle ricerche all'interno di percorsi di formazione alla ricerca in Cure Primarie
5. Quando e come ci ritroviamo?

# Bibliografia di riferimento

- **Overdiagnosis, ethics, and trolley problems: why factors other than outcomes matter—an essay by Stacy Carter** *BMJ* 2017;358:j3872 doi: 10.1136/bmj.j3872
- **Qualitative evaluation of a narrative reflection program to help medical trainees recognize and avoid overuse: “Am I doing what’s right for the patient?”** *Patient Educ Couns* (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2017.09.001>
- **Walking the tightrope: communicating overdiagnosis in modern healthcare** *BMJ* 2016;352:i348 doi: 10.1136/bmj.i348
- **Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy** *BMJ* 2012;344:e3502 doi: 10.1136/bmj.e3502
- **The challenge of overdiagnosis begins with its definition** *BMJ* 2015;350:h869 doi: 10.1136/bmj.h869
- **Too much medicine: the challenge of finding common ground** *BMJ* 2015;350:h1163 doi: 10.1136/bmj.h1163
- **Defenders against overdiagnosis** *BMJ* 2017;358:j3487 doi: 10.1136/bmj.j3487
- **Reducing overdiagnosis in primary care is needed** Carl Llor (2017) Reducing overdiagnosis in primary care is needed, *European Journal of General Practice*, 23:1, 215-216, DOI: 10.1080/13814788.2017.1365836



