

## **Il medico di medicina generale per il malato di cancro.**

Nell'ambito del progetto di formazione continua F.R.I.D.A. (Formazione in Reti Informali e Didattica d'Aula) la Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale di Trento nel mese novembre 2010 ha organizzato un seminario dal titolo: *"Il medico di famiglia per il malato di cancro: invisibile ma indispensabile"*.

Il tema trasversale del seminario è stato l'approfondimento di come il medico di medicina generale, per i suoi pazienti che affrontano il cancro, dalla prevenzione alle cure palliative, possa diventare una figura di riferimento sempre più indispensabile e sempre meno invisibile.

Non è una questione di rivendicazione generica di ruolo, quanto un problema di definizione precisa di quali sono i tipi e le modalità concrete di presa in carico che il medico di medicina generale può/deve assumere in tutte le fasi che il malato oncologico può attraversare.

Osservazione preliminare è che il malato di cancro, in ogni momento della sua storia di malattia, è quello che, forse più di tutti, richiederebbe più continuità assistenziale tra ospedale e territorio, più collaborazione tra curanti, più informazione leale, concordata e coerente.

In realtà invece il team di cura che si occupa del malato oncologico (medico di medicina generale, oncologo, infermiere del territorio e dell'ospedale, ecc...) esiste di fatto nella articolazione istituzionale del nostro sistema sanitario, ma non viene percepito nella pratica e persino non si auto-percepisce come tale per carenza di comunicazione, di condivisione di decisioni, di conoscenza reciproca.

Il problema non è solo locale. La letteratura scientifica in proposito evidenzia come a tutt'oggi pochi siano gli studi di qualità che hanno indagato i possibili effetti positivi per il malato oncologico, di un approccio maggiormente collaborativo tra cure primarie e specialistiche.

Le difficoltà a costruire esperienze in questo campo sono ben identificabili: terapie oncologiche (farmaci, radioterapia) sostanzialmente eccentriche rispetto al resto della medicina, insufficienti informazioni fornite al malato per difficoltà dei medici e dei famigliari a favorire una presa di coscienza dello stato di malattia, discontinuità nel paziente stesso tra speranza di guarigione e accettazione dei possibili limiti di cura.

Emerge invece con forza come la diagnosi iniziale sia strutturalmente ambito delle cure primarie, come la possibile recidiva avvenga nella maggior parte dei casi al di fuori delle prestabilite cadenze di follow-up e come la tempestività del passaggio dall'approccio curativo a quello palliativo, garanzia di migliore qualità della vita residua, sia gestibile in modo ottimale solo con la collaborazione di tutta la "famiglia" dei curanti.

I partecipanti al seminario, dopo approfondita discussione, hanno condiviso che la definizione delle diverse modalità di presa in carico del malato oncologico da parte del medico di medicina generale

andrebbero declinate secondo competenza, comunicazione tra curanti, collaborazione tra cure primarie e specialistiche.

#### **A. Competenza.**

Non c'è dubbio che la conoscenza approfondita delle terapie oncologiche non fa parte delle competenze "core" della medicina generale, mentre è riconosciuta istituzionalmente, e richiesta dal paziente, la sua funzione di "consuelling" e di "advocacy" nei confronti di un sistema assistenziale, spesso polispecialistico, che propone e chiede al malato scelte complesse e a volte divaricate tra loro. Il medico di medicina generale per superare questa apparente contraddizione ed essere in grado di valutare criticamente sulla base dei livelli di evidenza disponibili le opzioni di cura, tenendo conto del contesto e delle preferenze dei pazienti, deve sviluppare un metodo strutturato, pratico ed efficiente di gestione delle informazioni web-based.

I siti oncologici da privilegiare sono quelli che raccolgono fonti secondarie aggiornate costantemente, che classificano le informazioni per livelli di evidenza, che contengono estesi database sulle opzioni di trattamento, sulla definizione prognostica anche individualizzabile, su materiali informativi direttamente usufruibili dai pazienti.

I medici partecipanti al seminario concordano che una periodica attività di aggiornamento in questo campo costituisce un fabbisogno formativo specifico della medicina generale.

#### **B. Comunicazione tra curanti.**

Gli attori implicati nell'assistenza al paziente oncologico possono essere molti e spesso le comunicazioni tra loro sono scarse o inesistenti. Ciò comporta problemi in particolare per quanto riguarda le informazioni discordanti fornite ai pazienti dai singoli professionisti.

Ovviamente ciò presuppone l'implementazione della comunicazione tra specialisti, infermieri e MMG, comunicazione che attualmente è demandata soprattutto alla conoscenza personale.

Andrebbero previsti canali rapidi, gestibili e condivisi, ma soprattutto formalmente istituzionalizzati. Strumento considerato importante per la costruzione di questa rete comunicativa viene identificato nel progetto Ampere, di cui probabilmente non sono ancora sfruttate appieno le potenzialità. I medici partecipanti al seminario hanno individuato almeno due ipotesi di implementazione della comunicazione tra curanti:

- la formalizzazione di uno spazio comunicativo asincrono, ma che garantisca risposta in tempi ragionevoli, attraverso l'uso della posta elettronica, sviluppato su problemi clinici strettamente legati alle condizioni specifiche del singolo paziente, definendone in modo condiviso modalità e tematiche di utilizzo;
- la sperimentazione di modalità di informazione, con schede predisposte e prodotte collegialmente, almeno per i principali protocolli terapeutici utilizzati nelle neoplasie più frequenti, in particolare per quanto riguarda possibili effetti avversi a breve e lungo termine, interazioni possibili con altre terapie in corso, da inviare al MMG quando il singolo paziente viene sottoposto a quel particolare regime di trattamento.

#### **C. Collaborazione tra curanti.**

Nel contesto organizzativo attuale le dinamiche di interazione tra il team dei curanti, che esiste nella realtà ma non opera come tale, non sono ben definite né tantomeno strutturate e per tale motivo pare che il percorso del paziente spesso sia stabilito dal singolo medico che in quel momento decide in completa autonomia come assistere il paziente.

In questo contesto spesso il MMG si trova a dover delegare totalmente la gestione del paziente oncologico, ma la sua aspettativa sarebbe quella di veder definite alcune modalità di collaborazione tra oncologi, palliativisti, specialisti di riferimento, senza “scompare” nei momenti essenziali della storia del malato oncologico, quali quelli della scelta di indirizzo terapeutico dopo la diagnosi, delle definizioni delle modalità di follow-up, dell’emergere dell’ipotesi del passaggio da una strategia di cura ad una di accompagnamento palliativo.

I MMG partecipanti al seminario ritengono importante, sotto il profilo della ricerca di una migliore collaborazione tra curanti, proporre all’autorità sanitaria locale di organizzare un tavolo di confronto strutturato e continuativo tra MMG, oncologi, palliativisti e specialisti di riferimento, per collegialmente definire:

- quale partecipazione del medico di famiglia può essere istituzionalizzata e prevista al momento dell’incontro multidisciplinare sulla strategia terapeutica da proporre al paziente;
- quale ridefinizione è possibile di un’attività di follow-up oncologico di alto profilo.  
Tale attività appare oggi appesantita da richieste di esami di laboratorio e strumentali spesso dotati di scarso potere predittivo di recidiva, che a volte allarmano i pazienti per minimi scostamenti dai valori precedenti e che costringono i MMG ad una passiva ri-trascrizione di prescrizioni che in realtà dovrebbero essere responsabilità e compito del reale prescrittore;
- quale proposta collaborativa tra MMG, oncologi, palliativisti, specialisti di riferimento, può essere sperimentata al fine di garantire, con la massima equità possibile ed il più attento rispetto dei vissuti e dei desideri dei pazienti, un corretto rapporto tra cura e palliazione.