

## Le decisioni in medicina di famiglia

*Il processo decisionale costituisce il momento più delicato dell'intero agire del Mmg, legato com'è tanto al metodo quanto alla stessa umanità del professionista*

La medicina di famiglia (MdF) non permette scorciatoie e semplificazioni eccessive, perché tratta singoli pazienti e situazioni difficilmente standardizzabili. Per questo le azioni e le decisioni dei medici di famiglia possono sembrare troppo diverse tra loro. Il medico di famiglia diversamente da altri medici ha sempre davanti a sé non la malattia o il paziente selezionato, bensì l'uomo nella sua interezza, complessità e incertezza. Per questo professionista tutti i giorni, ogni ora di attività, comportano scelte anche difficili e delicate, perciò necessita di una sorta di bussola, che lo tenga sulla giusta rotta. Questa bussola è costituita dalle conoscenze cliniche allargate alla sfera del sociale, dall'esperienza maturata dalla riflessione, dal sano rispetto per la persona, dall'autonomia di pensiero che lo salvi dalle pressioni opposte a cui è soggetto (figura 1).

### Il contesto

La MdF così come si è affermata negli ultimi trent'anni ed è stata codificata dai documenti nati nell'ambito della

stessa professione a livello internazionale ed europeo presenta caratteri comuni e identificativi.

Questa disciplina si situa al confine dell'offerta di salute e di soluzioni per la salute, che la sanità come sistema e la medicina come scienza offrono all'individuo.

Il medico di famiglia fornisce un servizio, complesso e articolato, alla persona che prende coscienza o solo immagina di aver perso o di poter perdere lo stato di salute, vissuto come bene fondamentale e prioritario rispetto ad altri. Una richiesta di aiuto non ancora consapevole, non selezionata, magari già alterata dalle informazioni sulla salute che impregnano l'ambiente sociale. Per questo i problemi e i bisogni posti al MdF sono diversissimi. Tra questi trovano spazio problemi di salute che, presentati con un linguaggio non immediatamente comprensibile, dissimulati e nascosti da altri eventi meno rilevanti, richiedono un intervento tempestivo o necessitano di prese in carico lunghe e attente.

Al medico di famiglia chiedono aiuto persone di tutte le età, di entrambi i sessi, inseriti in contesti familiari di-

versi, sempre più frequentemente con origine geografica e culturale molto differente.

Il MdF affronta la soluzione di questi problemi in una condizione di estrema variabilità e quindi di incertezza, tipica del suo operare.

La maggior parte dei pazienti entrati nel circuito della medicina di famiglia lo rimangono per lungo tempo, anche per tutta la vita, configurando un'altra peculiarità della professione, la continuità.

### Il paziente

Il paziente costituisce il mondo per il quale il medico è preparato sin dall'esordio della sua vocazione e della sua formazione; motiva e giustifica l'esistenza della stessa professione.

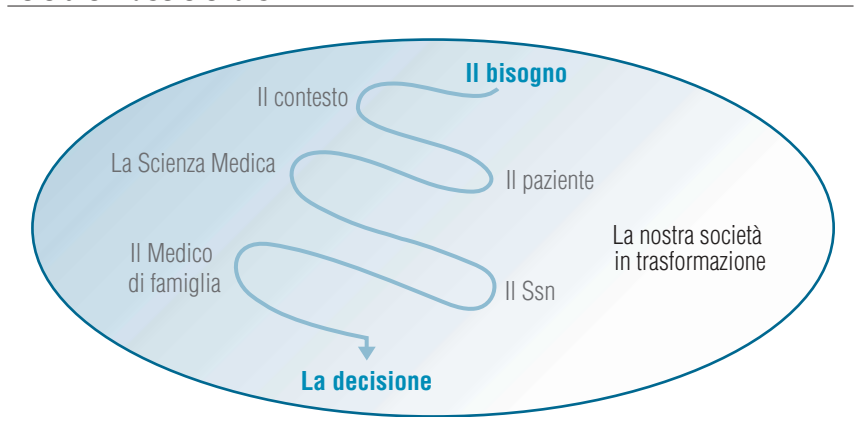
Nonostante questa "poesia", è anche l'oggetto dei suoi pensieri e spesso la causa delle sue preoccupazioni. Cittadino, utente, utente-consumatore, cliente: ognuna di queste definizioni descrive aspetti reali e contemporaneamente presenti, esprime pure visioni ideologiche e strategie di avvicinamento sostanzialmente differenti. Ma in ogni paziente e al di là dei termini, c'è sempre una persona.

La persona che "abita" la nostra società è molto diversa da quella che vi "abitava" solo quarant'anni fa, per diversi fattori che hanno caratterizzato lo sviluppo della società post industriale: maggiori possibilità economiche, scolarizzazione di massa, sviluppo dei mezzi di comunicazione, evoluzione della scienza, maggiori opportunità terapeutiche, ecc. Di conseguenza, le aspettative verso la società e la scienza medica sono altissime e generano facili delusioni.

Così l'atteggiamento dei cittadini verso la salute oscilla tra un'esagerata attenzione quasi maniacale, e una trascuratezza palese verso stili di vita

Figura 1

### Lo slalom decisionale



più salutari. Molta informazione non basta a scegliere e a mantenere comportamenti più sani. La stessa persona che nutre grandi incertezze e ansia, mostra tuttavia un'alta considerazione di sé e dei propri diritti; nel campo delle scelte, sulla salute in particolare, pensa e agisce affermando una forte richiesta di autonomia. Cerca informazioni, vuole spiegazioni, confronta i pareri, sceglie gli interlocutori, non regala fiducia, vuole essere convinta, ma vuole anche essere aiutata.

La costruzione della relazione medico-paziente è lo strumento insostituibile per affrontare quest'uomo-paziente, per assolvere al compito di aiuto, per assumere decisioni. All'interno di una sana relazione per il medico non si pone il problema dell'essere decisionista-paternalista - considerando la persona affidata come passiva - o squisitamente informativo, delegandole totalmente e impropriamente scelte per le quali non ha strumenti.

Tra medico e paziente esiste comunque un'asimmetria inevitabile di competenze e perciò di responsabilità.

La decisione passerà invece attraverso un processo di informazione e coinvolgimento consapevole, in cui il medico di famiglia da esperto, con il contributo di tutti gli strumenti che

riterrà necessari, potrà condizionare senza prevaricare la scelta del paziente.

Ciononostante non è possibile impedire situazioni di conflitto; l'inevitabilità dei conflitti è legata tanto al paziente quanto al medico.

Per il paziente giocano a rendere il rapporto critico un'informazione non chiara e spesso ispirata da interessi o visioni ideologiche di chi amministra informazioni, l'ansia e la paura del male, la forte richiesta di autonomia non supportata da competenze, l'immagine del medico come responsabile di errori spesso non riconosciuti, l'idea che gli siano spesso negati dei diritti dovuti.

Per il medico: il carico di lavoro, una non adeguata organizzazione delle risorse, soprattutto il tempo, la vastità di conoscenze necessarie, il timore della rivendicatività del paziente e del Ssn, una certa demotivazione.

In caso di conflitto, il medico deve conservare altrettanto rispetto delle opinioni del paziente e delle proprie, riconoscerne l'autonomia, senza sacrificare completamente la propria, di persona e di uomo di scienza.

La relazione medico-paziente si traduce così finalmente in una prassi di negoziazione decisionale, ovvero di scelte ragionate, graduali e condivise.

## ■ La scienza medica

La medicina per millenni è stata soprattutto un'arte e una filosofia i cui strumenti essenziali, naturali e spesso non straordinariamente efficaci, trovavano un contrappeso nelle doti umane del medico e nell'autorevolezza quasi sacerdotale della sua figura. Solo con la medicina moderna la componente scientifica, ovvero di positive e dimostrate conoscenze, hanno armato questa scienza di strumenti efficaci e spesso decisivi per la vita dei singoli e delle popolazioni.

Lo sviluppo della medicina-scienza è avvenuto all'inizio molto gradualmente, permettendo una coesistenza di medicina, arte e filosofia, rendendo possibile a molte generazioni di medici di essere allo stesso tempo credibili scienziati, professionisti del rapporto umano e pensatori di riferimento.

Gli ultimi quarant'anni sono stati invece caratterizzati da un'esplosione tecnologica della scienza medica che ha offuscato la visione olistica del paziente.

Così il medico di famiglia ha visto allontanarsi sempre più la scienza, complessa e in continua evoluzione, dalla sua prassi legata all'uomo, al singolo, e le richieste di "performance" hanno preso il sopravvento. La stessa attività di ricerca che si è sviluppata è stata

connotata da questi eventi: grandi trials, tesi a dimostrare l'efficacia di terapie farmacologiche sviluppatasi soprattutto nei laboratori industriali di grandi aziende, inevitabilmente e comprensibilmente interessate al risultato non solo scientifico, ma anche commerciale del prodotto.

In una sorta di terreno intermedio di decantazione e interpretazione dei dati, dove scienza ed esperienza quotidiana possono incontrarsi, è nata la via e il metodo della cosiddetta Evidence Based Medicine (Ebm), la medicina basata sulle evidenze. Applicazione concreta di questo metodo sono le linee guida per corretto comportamento clinico, moltiplicatesi sia in sede internazionale, sia a livello nazionale e locale.

Il loro evidente e utile scopo è far conoscere e facilitare l'applicazione di quanto l'Ebm va producendo. Ebm e linee guida costituiscono una sorta di sforzo di divulgazione e di induzione a una buona pratica clinica, un tentativo per colmare lo iato tra scienza e medicina pratica.

Questo sforzo è una risorsa per il medico, ma certamente non può costituire l'unico strumento decisionale nella medicina di famiglia e questo per una serie di motivi. *In primis* esistono una molteplicità di linee guida elaborate in un ambiente prettamente specialistico e su pazienti selezionati, quasi speciali, dai quali è possibile aspettarsi risultati più chiari e inequivocabili. Troppo spesso poi le linee guida sono proposte su alcuni ambiti e problematiche di salute e non su altri altrettanto rilevanti.

I pazienti dei medici di famiglia sono tutti quelli che decidono di venire da noi, non sono selezionabili, mostrano spesso un'adesione ai comportamenti corretti e alle terapie non completa. Le loro opinioni, la loro cultura, l'influenza dell'ambiente in cui vivono, le possibilità economiche e i problemi di vita interferiscono profondamente e inevitabilmente sulle loro richieste, sui loro esiti terapeutici e quindi sulle nostre scelte.

Perciò l'Ebm può e deve essere semmai integrata da uno sforzo per produrne una espressione originale dell'esperienza in MdF e ad essa applicabile.

## ■ Il sistema sanitario nazionale

Il riconoscimento del "diritto alla salute" è stato un traguardo di civiltà e di equità sociale per le democrazie nate dalla seconda guerra mondiale. Soprattutto in Europa questa comune esperienza ha prodotto sistemi sanitari nazionali, diversamente organizzati, ma forti e importanti punti di riferimento per l'assistenza di milioni di persone.

I sistemi sanitari inquadrano gli obiettivi di salute, le risorse economiche e le composite risorse umane per il funzionamento dell'intero comparto. Al suo interno il medico di famiglia è considerato come una figura fondamentale e qualificata di erogazione di assistenza e di cura. Il grande problema è che i Ssn si confrontano sempre più con l'invecchiamento della popolazione, con le cronicità, con la presenza di soggetti fragili, con le proposte onerose della scienza medica, con un notevole numero di attori e quindi con costi in crescita inesorabile e difficilmente sostenibile perché le risorse sono limitate. Irrrinunciabile baluardo di equità sociale nelle prospettive di qualunque politica, non facilmente governabile (soprattutto in Italia), il Ssn finisce per chiedere tutto ai suoi operatori. Chiede appropriatezza nel comportamento clinico, una scelta di costo-efficacia che esiti in un risparmio comunque e in ogni caso. A tal fine ha elaborato supporti tecnici tra cui note restrittive per la prescrizione di farmaci più costosi, delimitando l'impiego di altri e delegando solo ad alcuni centri specializzati l'indicazione a particolari terapie. Altro supporto è il controllo dell'operato dei medici in tema di prescrizione di farmaci, di indicazione a indagini e di ricoveri attraverso un apparato informatico, potenzialmente molto efficiente. Si riserva di premiare e si sente autorizzato a sanzionare comportamenti non appropriati in termini di costi-efficacia-benefici.

Tutto questo avviene in maniera apparentemente accettabile, attraverso il ricorso a riferimenti ispirati all'Ebm e alle linee guida, ma utilizzati in maniera impropria, perché viziati dalla necessità che comunque producano

risparmio. Tutto ciò genera guasti: un risparmio non sempre rispettoso della salute, un condizionamento interessato all'operare dei sanitari, un clima illiberale che circonda i medici, la considerazione dei pazienti quale mera fonte di spesa.

## ■ Il medico di famiglia

Il MdF italiano emerge da una storia difficile e lunga. Partito dalla "condotta" medica e dal libero esercizio nelle città, attraversato il campo accidentato delle mutue, è approdato con la riforma sanitaria del 1978 e i primi contratti nazionali degli anni '80 a essere quello che è oggi.

La centralità del suo ruolo, l'importanza del suo operato, sono state affermate e ribadite in questi anni in tutte le occasioni possibili.

In realtà sono state scritte pagine essenziali e positive in questo cammino: la nascita delle prime società scientifiche della medicina generale, l'avvento di una Scuola di formazione specifica obbligatoria per l'accesso alla professione, l'introduzione della medicina generale come tirocinio obbligatorio nel nuovo esame di Stato, un timido affacciarsi dell'insegnamento della Disciplina nelle facoltà di Medicina, l'abbandono di una prassi individualistica a vantaggio di una medicina esercitata in gruppo anche con altre figure professionali.

Tuttavia il MdF italiano sconta dei "debiti" maturati nel tempo: è abituato a lavorare da solo, riesce con difficoltà a fare vita di squadra. Non ha ricevuto una formazione avanzata specifica, ma diversa ed eterogenea, è stato plasmato dall'esperienza sul campo. Le conoscenze mediche si sono evolute rapidamente e convulsamente, rendendo difficile un graduale e tempestivo processo di aggiornamento. Inoltre la pressione dei pazienti ansiosi per la loro salute, diffidenti e autonomi ha intimidito questo professionista.

L'impegno intenso, la numerosità dei livelli di intervento, non solo clinico, ma anche sociale e troppo spesso burocratico, hanno distratto dal coltivare la relazione medico-paziente. Toni scandalistici e aggressivi degli organi di stampa verso gli errori medici, veri o solo presunti, hanno messo ogni

giorno sotto assedio l'intera categoria: così è cresciuta la conflittualità con il paziente, inoltre la "clava" del controllo del Ssn hanno fatto emergere un atteggiamento di medicina difensiva, che si riflette negativamente in tutto il comparto, minando la peculiarità della relazione medico-paziente.

## ■ Il processo decisionale

Proprio in un contesto così complesso e difficile diventa necessario tentare di individuare sia punti di forza, sia punti di debolezza del processo decisionale che caratterizza la medicina di famiglia.

### *I punti di forza*

- Buone e solide conoscenze di base, non solo clinico-biologiche, ma anche generali di tipo umanistico e sociale. Al MdF non è sufficiente essere un buon clinico, deve essere anche un capace tessitore di relazioni umane, un uomo di sistema che abbia una sensibilità per i problemi di popolazione, un mediatore tra forze opposte in campo.
- Una formazione continua costante, che attraversi tutta la carriera professionale, poggi sull'apprendimento attivo e pratico, evitando la burocratizzazione e i formalismi.
- Una buona conoscenza accompagnata a un uso critico e ragionato della Ebm, corretta dalla riflessione sull'esperienza diretta; una collaborazione attiva a individuare linee guida della medicina di famiglia per la medicina di famiglia.
- Una costruzione attenta della relazione medico-paziente come centro del metodo, che utilizzi la negoziazione delle decisioni e un uso formativo sia del conflitto, sia dell'errore.
- Un fermo rispetto del paziente e del suo mondo, coniugato a una sana autostima del medico e del ruolo che assolve.
- Una giusta e consapevole considerazione dei bisogni del sistema, un uso saggio delle risorse, accompagnata a una libertà di pensiero e un'assenza di timori verso i poteri di controllo.
- Una buona capacità organizzativa professionale, attraverso un uso appropriato delle risorse tempo e vita individuale.

### *I punti di debolezza*

- Non percorrere in maniera esaustiva con il paziente il tratto di presa in carico che compete ai medici delle cure primarie, delegando ad altri il ruolo.
- La scarsa conoscenza dell'Ebm e l'applicazione acritica e passiva di linee guida estranee alla nostra disciplina.
- Soggiacere alle richieste incongrue dei pazienti.
- Avallare le suggestioni dell'informazione di parte.
- L'ottemperanza passiva ai controlli del Ssn.
- Rinchiudere la propria prassi in una "medicina difensiva" nemica del buon senso, del sano risparmio, del vero e ultimo interesse del paziente.