

L'empowerment in medicina di famiglia

Giovanni Di Dio

Medico di medicina generale, Taranto

Cristina Di Dio

Dottoressa in Scienze Psicologiche, Chieti

Il legame continuativo, fiduciario e collaborativo fra il medico e il paziente, che caratterizza la medicina generale, è il motore di una partecipazione condivisa al processo decisionale delle cure

Il termine *empowerment*, "accrescere potere", nasce nei secoli XVIII e XIX negli Stati Uniti d'America in riferimento ai concetti sociali dell'autodeterminazione, dell'autonomia e della responsabilità personale.

Il processo di *empowerment* del cittadino si inserisce, più in generale, in quel movimento culturale che, a partire dagli anni Sessanta, considera l'utente al centro dei processi sanitari contrariamente al ruolo che la medicina super tecnologica assegnava al paziente relegandolo in una posizione passiva e silenziosa. I cittadini sono sempre più informati (internet, mass media) e in grado di capire la natura e origine dei propri malesseri e di conseguenza formulare ipotesi e proporre rimedi e cure alle proprie malattie.

Esami diagnostici e pratiche terapeutiche sono, oramai, alla portata di tutti i pazienti. Questa modalità di comportamento che il paziente mette in atto per accrescere le proprie capacità decisionali, di esprimere la propria autonomia, di fare progetti relativi a se stesso e alla propria salute è chiamata *self empowerment*.

In questo processo di *self empowerment* o autodeterminazione del paziente, l'apparente perdita del ruolo guida svolto dal medico, come unico depositario del sapere sanitario, modifica la relazione paziente-medico potendo sollecitare reazioni di tipo difensivo di quest'ultimo poiché chiamato come consulente e coordinatore di iniziative che il cittadino considera capace di assumere in maniera autonoma.

Il percorso decisionale delle cure

Elemento utile a sviluppare l'*empowerment* del paziente è la partecipazione condivisa con il medico al processo decisionale delle cure.

È ormai riconosciuto che quando l'utente partecipa al processo decisionale, la sua soddisfazione è maggiore, i risultati clinici migliorano; accetta le decisioni prese e si attiene al trattamento deciso.

In letteratura sono descritti tre modelli di processi decisionali delle cure.

1. Paternalistico: il medico decide ciò che ritiene sia meglio per il paziente, senza chiedere a quest'ultimo le sue preferenze.

2. Consenso informato: il paziente riceve (di solito dal medico) informazioni sulle opzioni di diagnosi e cure necessarie per prendere una decisione.

3. Condivisione delle decisioni: il paziente e il medico contribuiscono per quanto di competenza alla soluzione del problema.

Per favorire l'*empowerment* del cittadino, il medico e il servizio sanitario, devono verificare le aspettative e le priorità del paziente; coinvolgere l'utente nei propri piani di cura e assistenza e utilizzando l'approccio della decisione condivisa, richiedere il loro *feedback*, anche sui servizi per avviare i processi di miglioramento.

I cittadini, per accrescere l'*empowerment*, devono essere informati e messi in grado di decidere rispetto a:

1. la scelta del medico e della struttura a cui rivolgersi;
2. la propria cura (percorso condiviso);
3. le politiche locali dei servizi per la salute.

La centralità del paziente nel sistema sanitario è una condizione fondamentale che deve essere assunta e interpretata oltre che dal medico anche dal paziente stesso che deve partecipare attivamente al processo di *empowerment*.

Dal punto di vista psicologico il processo di *empowerment* rappresenta il percorso che il cittadino compie dall'essere psicologicamente passivo

e dipendente, non in grado di controllare alcuna situazione, sino alla persona *empowered* in cui l'utente manifesta fiducia nelle proprie capacità, ha conquistato potere su se stesso, personalità e autonomia decisionale.

Il potere su se stesso, nel processo di *empowerment*, si realizza quando il paziente è considerato protagonista consapevole rispetto ai determinanti della salute e in grado di partecipare attivamente al controllo dei fattori di rischio per le malattie promuovendo la sua salute.

Al contrario il paziente "*dis-empowered*" è un soggetto dipendente, smoderato nei comportamenti, negli eccessi alimentari, in una condotta di vita psicologicamente passiva.

La completa presa di fiducia del cittadino nelle proprie capacità si concretizza nel rapporto di fiducia medico-paziente in cui il potere si colloca in un'azione decisionale in comune.

Il paziente *empowered* è capace di esprimere i propri bisogni e di condividere attivamente insieme al medico decisioni diagnostiche e percorsi di cura per le quali è necessario il consenso informato. Il processo decisionale in comune implica che il medico e il suo paziente comprendano le rispettive asimmetriche posizioni portandole a una simmetrica volontà decisionale. In una logica di equa ripartizione del potere si rafforzano le possibilità del medico di comprendere e interpretare i bisogni dei pazienti e di promuovere la loro salute.

La triade relazionale

L'*empowerment* offre un modello relazionale "paziente-medico-sistemi di cura" in cui tutti possono esercitare il potere di controllare e gestire in maniera condivisa i processi decisionali sanitari.

Il medico di famiglia deve svolgere il ruolo di coordinatore e consulente delle aspettative di diagnosi e cura espressi in maniera attiva dal paziente mentre i sistemi di cura devono offrire, in un budget economico e umano determinato e controllato, prestazioni sanitarie in grado di soddisfare nei tempi e nei modi le richieste dei cittadini.

Ci chiediamo a questo punto se esistono delle azioni che il medico possa mettere in atto per promuovere l'*empowerment* di se stesso e dei propri pazienti.

La relazione medico-paziente può generare *empowerment*. La pratica della medicina generale include l'*empowerment* nel legame continuativo, fiduciario e collaborativo fra il medico e il paziente.

L'*empowerment* non viene fornito dall'esterno al paziente, ma si realizza ed è sostenuto da una corretta e reciproca volontà gestionale delle cure.

Esistono diversi fattori che accrescono e promuovono l'*empowerment* del paziente.

Le indicazioni fornite dalla letteratura propongono al medico diverse strategie per sviluppare l'*empowerment* del paziente potendo:

a. sollecitare i pazienti a esprimere le loro preferenze, in modo da discutere le opzioni di trattamento adeguate;

b. fornire al paziente le informazioni tecniche sulle alternative di trattamento, sui rischi e sui probabili benefici in modo chiaro, semplice e oggettivo;

c. aiutare il paziente nel processo di valutazione dei rischi e dei benefici;

d. assicurare che le preferenze del paziente si basino su fatti oggettivi e non su presupposti erronei favorendo i colloqui con personale specializzato;

e. discutere col paziente il trattamento;

f. fornire al paziente informazioni e documentazione sull'operatività e i

risultati conseguiti prima di accedere al servizio;

g. raccogliere informazioni presso i pazienti, al fine di ampliare il quadro clinico (e anche la ricerca), per esempio facendo compilare questionari durante l'attesa;

h. effettuare indagini presso i pazienti per comprendere come sono giunti a certe decisioni, quali fattori hanno considerato e che peso hanno loro attribuito.

Si può quindi affermare che mediante il processo di *empowerment* gli individui sono in grado di riconoscere i propri bisogni di salute; controllare i fattori personali, sociali e ambientali che influiscono sulla loro salute; partecipare attivamente ai processi decisionali connessi ai percorsi di cura; realizzare autonomamente comportamenti in grado di influire sulla salute e avere la percezione di essere nelle condizioni di adottare tali comportamenti.

BIBLIOGRAFIA

- Amerio P, Piccardo C. L'*empowerment* tra individuo e organizzazione. Il Mulino, Bologna 2000.
- Brusciaglioni M. Il gusto del potere. *Empowerment* di persone e azienda. Editore F. Angeli, Milano 2000.
- Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least to tango) *Soc Sci Med* 1997; 44: 681-692.
- Francescano D, Giusti E. *Empowerment e clinica*. Kappa Roma 1999.
- Girelli G, Ferrari M. La medicina del quotidiano. Il vissuto della pratica clinica del medico di medicina generale. Bonanno editore, Acireale-Roma 2008.
- Martellucci PM. Il counselling per il self empowerment. Ponte delle Grazie Milano 2005.
- Piccardo C. *Empowerment. Strategie di sviluppo organizzativo centrate sulla persona* Cortina editore, Milano 1995.
- Poletti P. *Empowerment del cittadino utente*. *Care* 2005; 2: 24-27.
- Roberts JFL. Patient empowerment in the United States: a critical commentary. *Health Expect* 1999; 2: 82-92.
- Wensing M, Grol R. What can patients do to improve health care? *Health Expect* 1998; 1: 37-49.
- Zimmerman MA, Rappaport J. Citizen participation, Perceived control, and Psychological empowerment. *American Journal of Comunità Psychology* 1988; 725-750.