*Lectio magistralis dott. Massimo Tombesi*

## LA MEDICINA GENERALE/DI FAMIGLIA

Il filo rosso del discorso è la definizione europea di Medicina Generale/Medicina di Famiglia data da Wonca Europe.

### *DEFINIZIONE*

La definizione è stata scritta analizzando cosa effettivamente il Medico di Medicina Generale (MMG) fa e come lo fa, quale ruolo ricopre in una dimensione (almeno) europea e quali sono i fondamenti della Medicina Generale (MG), intesa come professione e come specialità medica.

**I MMG sono medici specialisti formati ai principi della disciplina**, come si vede a pagina 34 della versione italiana del documento.
Parlare di "specialità generalista", quando il generalismo è l'antitesi dello specialismo, sembra una contraddizione. La definizione di generalismo è interessante dal punto di vista teorico, infatti è stata ampiamente dibattuta in molti ambiti, non solo medici:

- Generalismo inteso come visione allargata, "globale", olistica del paziente come ad esempio nel modello bio-psico-sociale;
- Generalismo inteso come competenza su più ambiti clinici, singolarmente pertinenti a diverse specialità.

Che la MG sia una medicina generalista è fuori discussione: i motivi di accesso ad un ambulatorio di MG sono tra i più disparati ed eterogenei, dalla terapia anticoagulante orale e da sintomi come la dispnea a problemi di tipo gastroenterologico. Non manca assolutamente nulla per cui è indiscutibile che la MG sia una professione generalista.

Lo specialismo è a sua volta inteso come competenza clinica necessariamente delimitata e approfondita in un determinato ambito. Ci sono specialisti d'organo (es. l'Epatologo), d'apparato (sono la maggioranza, ad esempio il Gastroenterologo, lo Pneumologo, il Ginecologo), di patologia (es. Diabetologo), di tecnologie diagnostiche (es. Radiologo) o terapeutiche (es. Radiologo interventista o Radioterapista).

In un ambito così complesso come quello medico sono ovviamente indispensabili sia gli specialisti sia i generalisti e non si può sostenere che uno sia più importante/necessario dell'altro. Tantomeno è sostenibile una visione quasi gerarchica per cui lo specialista sia superiore al generalista.

Questa diatriba fra generalismo e specialismo come può essere vista dal paziente? C'è molta letteratura anche su questo. Io ho preso due titoli che mi sono sembrati molto belli e sono assolutamente esplicativi, in particolare: "*My mum couldn't care less about the specialist/generalist categorisation. What she wants is the right care at the right time*" di D. Beham e "*Are you my generalist or the specialist of my care*?" di Victoria J Palmer.

Quindi, per chiudere il discorso, essere nel contempo generalista e specialista non è un paradosso. **La MG è una professione generalista in ambito clinico (e ben più ampia della medicina interna) ma con contenuti, competenze e metodi specifici (specialistici) su TUTTI gli aspetti della professione**:

- clinici: ampiezza delle competenze, metodo clinico specifico, tolleranza dell'incertezza, gestione della cronicità e comorbidità, prevenzione primaria secondaria e terziaria;
- relazionali: negoziazione, professione vs. scienza;
- organizzativi: accessibilità, completezza, coordinazione, continuità (i criteri di qualità, se così li vogliamo chiamare, della Medicina Generale secondo Barbara Starfield);
- responsabilità: presa in carico complessiva, rispetto dei diritti, capacità di rendere conto (accountability=termine che non ha una vera traduzione in italiano in quanto forse non connaturato alla tradizione e cultura del popolo italiano);
- complessità del campo di azione.

Si tratta di contenuti, competenze e metodi appresi ed esercitati soprattutto per esperienza ma, almeno dal mio punto di vista, ancora non ben formalizzati. Tanto che qualcuno ha posto la domanda: la MG si può insegnare o solo mostrare?

La complessità del campo di azione naturalmente non è una caratteristica esclusiva della MG: anche gli specialisti hanno a che fare con pazienti complessi che necessitano spesso di una gestione comune con altri specialisti ad esempio all'interno dell'ospedale. Quando si parla di complessità, spesso si intende solo quella clinica, specialmente nella cronicità:

- multimorbidità, fragilità, anzianità;
- difficoltà di ottimizzare i trattamenti in presenza di pluripatologie, politerapie e delle loro interazioni imprevedibili.

Tuttavia, nella MG, c'è un altro tipo di complessità: le dimensioni della complessità non sono solo cliniche.

Questa è un'immagine che ho preso dall'amico Fabrizio Valcanover che illustra la rete relazionale che può potenzialmente interessare il paziente.

Una rete assistenziale così intricata implica diversi attori, diversi decisori, opinioni e indicazioni diverse (a volte divergenti), difficoltà di coordinamento, competenze negoziali che possono comportare scostamenti dai percorsi diagnostico/terapeutici in teoria ottimali, compiti a volte rilevanti (ed onerosi) ma a volte anche solo marginali del MMG (come portare la ricetta in farmacia il sabato pomeriggio perché soltanto in quel momento c'è qualcuno che può andarla a prendere, non per questo ci si deve sentire sminuiti).

Diversi sono gli approcci al paziente del MMG e dello specialista, come si vede di seguito (I colonna: MMG, II colonna: specialista):

| | | |
|---|---|---|
| Spazio | Territorio, contesto normale di vita | Ospedale, ambulatorio, struttura organizzata |
| Tempo | Fasi iniziali precliniche sintomi sfumati diversi problemi/patologie | Sintomi strutturati, follow up, singola patologia |
| Comunicazione, linguaggio | Il paziente si autodefinisce (si descrive), negoziazione | Anamnesi patologica |
| Strumenti | Semeiotica clinica | Disponibilità di strumenti diagnostici complessi |
| Diagnosi | Diagnosi non sempre possibile né necessaria | Diagnosi obiettivo irrinunciabile |
| Obiettivi | Terapia, condivisione, ripristino capacità di coping | Terapia (prescrizione) |
| Fasi successive | Continuità | Controlli spot (in genere autoindotti) |

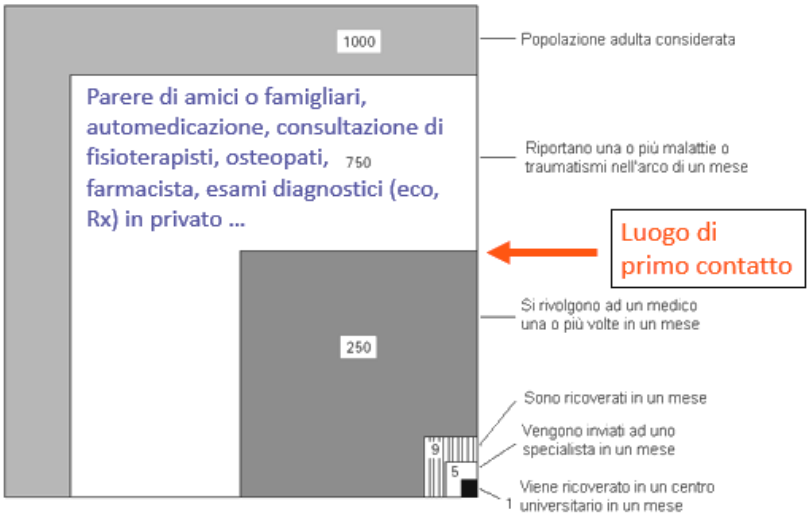
**Ma anche interessi diversi (professionali, economici ...)**

Sono approcci che si estendono su diversi ambiti: spazio, tempo, comunicazione e linguaggio, strumenti, significato della diagnosi, obiettivi, fasi successive. Ognuna di queste potrebbe essere argomento di una trattazione molto estesa, di una relazione corposa a sé stante. Molte cose poi stanno cambiando, ad esempio per quanto riguarda gli strumenti: non è più vero che la MG ha soltanto a disposizione la semeiotica clinica perché oramai sono molti i MMG che dispongono di strumentazioni o si stanno formando per utilizzare strumenti, in particolare l'ecografia oltre quelli più classici come l'ECG, la spirometria, Holter pressori, etc. Tutte cose che vi consiglio di imparare a fare perché altrimenti si rischia veramente di non riuscire più ad essere un punto di riferimento per i propri pazienti.

*IL MMG/MEDICO DI FAMIGLIA (MdF) COME PRIMO CONTATTO*

**Il MMG/di Famiglia è normalmente il luogo di primo contatto medico all'interno del Sistema Sanitario, fornisce un accesso diretto ed illimitato ai suoi utenti, si occupa di tutti i problemi di salute**, indipendentemente da età, sesso e ogni altra caratteristica della persona. Non è l'unico a figurare un luogo di primo contatto: anche il Pronto Soccorso svolge, pur con delle differenze anche importanti, la stessa funzione.
Primo contatto all'interno del Sistema Sanitario non significa che non esista un *illness behaviour* che precede il contatto con il medico.

Questa è un'immagine presa da un articolo del NEJM del 1961, "L'ecologia delle cure mediche", il cui studio è stato ripetuto nel 2001 con risultati sostanzialmente sovrapponibili.




White KL, et al. The ecology of medical care. N Engl J Med 1961;265:885-92 [1]

L'immagine mostra il comportamento di 1000 persone in un mese rispetto al bisogno e l'offerta di cure mediche. In particolare, almeno 750/1000 (3/4) riportano nell'arco di un mese uno o più problemi di competenza potenzialmente medica; di questi solo ¼ si rivolge ad un medico e quindi a questo livello avviene il primo contatto. Quello che succede prima è questo: si richiede il parere di amici e familiari; si procede con automedicazione o con consultazione di fisioterapisti, osteopati, farmacisti; oggi, in aggiunta, si eseguono sempre più spesso esami diagnostici in privato. Quello che è interessante, anche se non è adesso oggetto di cui occuparci, è che una piccola parte di questi sono ricoverati, quasi la metà vengono visti dallo specialista e 1/1000 può finire in un centro di terzo livello, ad esempio universitario. Sono i centri, questi, dove viene fatta ricerca. Per cui la ricerca viene fatta su un soggetto che difficilmente è rappresentativo del resto ma è filtrato e ultra-filtrato e probabilmente particolare nelle sue modalità di presentazione clinica.

**La MG è quindi l'interfaccia tra la scienza e la gente, tra il paziente e le strutture sanitarie.** Quindi, rispetto all'ospedale, agli specialisti e alle strutture di secondo livello, **la MG è, funzionalmente e culturalmente, un territorio di confine.** Questa metafora di Fabrizio Valcanover mi è sempre piaciuta tanto perché descrive bene quello che avviene da noi: "Nelle zone di confine ci si sente a volte lontani o emarginati, si parlano lingue diverse, c'è bisogno di interpreti, c'è un incontro/scontro di diverse culture, c'è più bisogno di tolleranza, possono insorgere pericolosi conflitti, doganieri e polizia regolano i flussi". Credo che ci si ritrovi abbastanza bene come percezione.

*CURE CENTRATE SULLA PERSONA*

Diceva sempre la definizione europea che la MG/MdF:

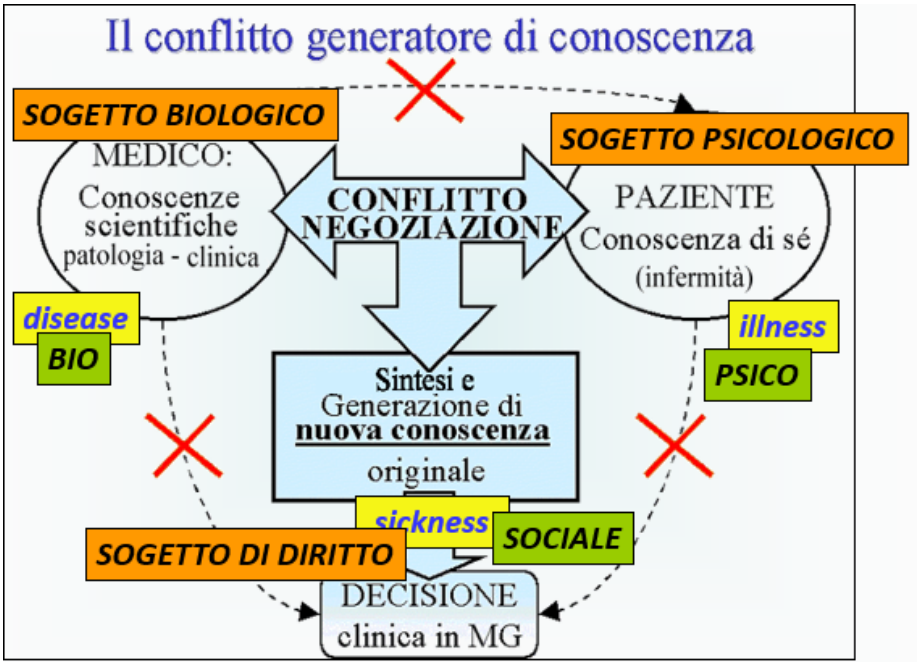
- sviluppa un approccio centrato sulla persona, orientato all'individuo, alla sua famiglia e alla sua comunità;
- si basa su un processo di consultazione unico fondato sulla costruzione di una relazione protratta nel tempo attraverso una efficace comunicazione col paziente;
- eroga cure longitudinali e continue a seconda dei bisogni del paziente.

Proprio **la centralità di un'efficace comunicazione svela l'importanza della parola**. Il MMG lavora sulle parole, sul linguaggio: parole ascoltate, parole dette, storie narrate, storie costruite insieme. So che il Movimento Giotto ha moltissimo interesse nella *Narrative Based Medicine* quindi ne sapete penso più di me dal punto di vista metodologico. Considerate che non c'è differenza tra la fisiopatologia umana e quella animale: quello che differenzia un medico da un veterinario è la parola, oltre che i diritti dell'assistito ovviamente.
Così, mentre un Chirurgo, un Oculista, un Dermatologo, un Ortopedico, potrebbero spostarsi in un qualunque Paese del mondo ed iniziare a lavorare il giorno dopo, un MMG potrebbe iniziare a farlo (esercitando il suo specifico ruolo) solo dopo aver appreso in dettaglio la lingua del posto (questa è una frase di Sergio Bernabé che rende molto bene l'idea dell'importanza della comunicazione e in particolare del linguaggio in MG).

Il MMG non può occuparsi solo di malattie, ma anche e soprattutto del rapporto che il paziente ha con la sua malattia, agendo in modo da favorire le capacità di *coping* del paziente. **Questo è forse l'obiettivo: bisogna mettere il paziente in condizioni di affrontare ciò che sta vivendo.** Questo naturalmente implica anche trattare i problemi strettamente clinici di cui soffre.

La MG è un **contesto di tipo negoziale in cui ogni decisione può essere effettiva solo se condivisa**. La condivisione è quindi un obiettivo clinico, oltre che un obbligo giuridico, e non ha nulla a che vedere con il consenso informato. Vi prego di bandire come MMG la locuzione "consenso informato" dalla vostra mente. È una roba che riguarda altri, noi non ci occupiamo di consenso informato. La negoziazione è il metodo di **comporre conflitti, che vanno intesi come confronto, su punti di vista inizialmente diversi, tra due esperti: uno che è esperto di medicina e l'altro che è - fino a prova contraria - il miglior esperto di se stesso**, l'unico che ha di se stesso davvero una visione olistica.

Nell'ambito della consultazione i due punti di vista differenti sull'infermità, che poi può portare a una diagnosi di patologia, si incontrano e viene generata nuova conoscenza originale. Potrebbe essere la generazione di una nuova storia dove c'è consenso per le modalità in cui verrà affrontata la situazione: questo è uno dei percorsi che portano alla decisione clinica in MG.




Nei box in giallo leggete i termini inglesi *disease*, *illness* e *sickness* che in italiano tradurremmo come patologia, infermità e malattia; nei box in verde i termini corrispondenti al modello bio-psico-sociale. Significa considerare il paziente come soggetto biologico nel momento in cui il medico compie un'operazione scientifica di diagnosi di patologia, come soggetto psicologico che ha conoscenza di sé e come soggetto di diritto per quanto riguarda le decisioni cliniche che si prendono. Ci sono poi dei precorsi relativamente vietati: non si può andare dalla conoscenza scientifica della patologia direttamente alla decisione clinica saltando l'aspetto psicologico, così come non è possibile che il paziente possa decidere qual è la decisione clinica senza confrontarsi con il medico. È chiaro che a volte possono verificarsi situazioni molto banali e semplici in cui questo problema si pone fino ad un certo punto.
Tra i percorsi vietati vi è anche l'impossibilità del medico di mettersi dalla parte del paziente: è il paziente a dover esprimere il suo punto di vista. Il medico può anche sollecitarlo ma non può suggerirgli qualcosa che aumenti l'orientamento del paziente a se stesso o la sua voglia di essere difeso dai presunti "soprusi" della medicina tecnica, perché **non c'è niente di più paternalistico che pretendere dal paziente un assoluto rifiuto del paternalismo**. **Il paziente ha tutto il diritto di affidarsi**, cosa che avviene anche molto frequentemente.

**Le preferenze del paziente vanno esplorate, facendo però attenzione a non trasformare queste esplorazioni in una percezione di incertezza decisionale da parte del medico** perché il paziente rischia di sentirsi in mani non sicure. **Attenzione anche a non compromettere gli esiti della patologia**: ci sono studi per esempio che suggeriscono che un medico fortemente orientato al paziente, ad esempio diabetico, potrebbe ottenere un controllo metabolico del diabete meno buono rispetto a chi assume un atteggiamento più deciso. Ciò non significa fare una scelta tra l'essere orientato alla patologia e l'essere orientato al paziente, ma cercare di essere consapevoli dei rischi che si corrono nei diversi ambiti.

*COINVOLGIMENTO VERSUS DIRETTIVITÀ*

**Coinvolgimento vs. direttività**

**Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes**

Brian McKinstry

*BMJ 2000;321:867-71*

**Table 1** Preference for shared or directed consultations related to age, social class, smoking status, and scenario. Values are numbers (percentages) unless stated otherwise

| | Type of consultation | | |
|---|---|---|---|
| | Shared | Directed | Odds ratio (95% CI)* |
| **Age** | | | |
| 15-60 | 140 (42.9) | 186 (57.1) | 1.00 |
| ≥61 | 23 (27.4) | 61 (72.6) | 2.03 (1.14 to 3.63) |
| **Social class** | | | |
| I | 13 (52.0) | 12 (48.0) | 0.35 (0.13 to 0.94) |
| II | 55 (50.7) | 55 (50.3) | 0.32 (0.17 to 0.63) |
| III | 40 (35.1) | 74 (64.9) | 1.00 |
| IV | 25 (33.8) | 49 (66.2) | 0.86 (0.43 to 1.71) |
| V | 30 (34.5) | 57 (65.5) | 1.05 (0.54 to 2.02) |
| **Scenario** | | | |
| Bleeding mole | 35 (44.3) | 44 (55.7) | 1.62 (0.81 to 3.21) |
| Injured leg | 13 (14.4) | 77 (85.6) | 7.56 (3.4 to 16.7) |
| Rheumatoid arthritis | 30 (36.1) | 53 (63.9) | 1.97 (0.99 to 3.88) |
| Depression | 49 (58.3) | 35 (41.7) | 0.69 (0.35 to 1.36) |
| Smoking advice | 36 (48.6) | 38 (51.4) | 1.00 |
| **Smoker†** | | | |
| Yes | 60 (54.1) | 51 (45.9) | 0.29 (0.17 to 0.49) |
| No | 103 (34.6) | 195 (65.4) | 1.00 |
| Total | 163 (39.8) | 247 (60.2) | |

*Odds ratios and 95% confidence intervals for a preference for directing are shown relative to reference category of each factor, adjusted for other independently significant factors in multiple logistic regression.
†Data missing for one patient.

BMJ VOLUME 321 7 OCTOBER 2000 bmj.com

Quando i pazienti vogliono essere coinvolti nelle decisioni, nella consultazione? Questo è un vecchio studio del 2000 pubblicato sul BMJ che affronta proprio questo aspetto: orientamento al paziente, centratura sul paziente, coinvolgimento. Sono state esplorate le preferenze del paziente, il tipo di consultazione, condivisione verso consultazione più direttiva.
I risultati mostrano che i pazienti più giovani hanno una minore, ma sempre maggioritaria, preferenza per la consultazione di tipo direttivo in cui il medico in sostanza dice: "C'è da fare questo, facciamo questo". I pazienti più anziani invece hanno una maggiore preferenza per una direttività del medico, hanno bisogno con più frequenza di affidarsi e di sentirsi guidati nella decisione.
Esiste inoltre un gradiente per classe sociale (riferendoci alle classificazioni inglesi): la classe più bassa in larga misura preferisce una consultazione direttiva, mentre soltanto i pazienti di prima e seconda classe si spartiscono intorno al 50% la preferenza tra coinvolgimento e direttività.
Le situazioni cambiano molto anche a seconda degli scenari. Pensare di avere un colloquio centrato sul paziente con un'attenzione alla costruzione narrativa quando il paziente si è rotto una gamba sembra abbastanza fuori luogo. In questo caso, quasi tutti preferiscono il medico che dice: "Facciamo questo", "Chiamiamo l'ambulanza per andare in ospedale", oppure "Vai al pronto soccorso e ti fai vedere da un ortopedico". La depressione è l'unico caso in cui i pazienti mostrano una preferenza significativamente più alta per una consultazione che si svolga con criteri di maggiore coinvolgimento anziché di maggiore direttività.

*PROCESSO DECISIONALE*

Nel processo decisionale, i sintomi riferiti dal paziente, che ha deciso di rivolgersi al medico, sono essenzialmente raccolti con un'operazione linguistica. Il paziente descrive e il medico riconosce l'infermità, ovvero gli effetti psicofisici e le limitazioni prodotte dai sintomi. In questa fase **il paziente si autodefinisce**. I sintomi rilevanti vengono mentalmente selezionati, altre informazioni eventualmente date dal paziente ma ritenute non rilevanti per la diagnosi vengono scartate. Si attua cioè quello che chiamiamo *problem framing*. Più precisamente il *problem framing* è una fase quasi inconsapevole di formazione di una prima impressione della situazione appena il paziente entra nello studio e inizia a parlare, un'immagine capace poi di orientare i percorsi successivi. Da questo viene identificato un problema (*problem setting*), che poi viene affrontato, elaborato con un processo cognitivo e possibilmente risolto (*problem solving*) sulla base di dati obiettivi ed eventuali accertamenti raccolti anche in fasi diverse. In questo, attraverso un'operazione scientifica, si arriva a una **diagnosi di patologia attraverso la quale il paziente viene definito dal medico, viene cioè collocato in una categoria nosografica**.

**La diagnosi in MG deve essere uno strumento, non un fine**. Alcune diagnosi non indicano una terapia (sono solo esplicative) e si risolvono in un *labelling*, a volte potenzialmente dannoso. Anche senza impatto sulla terapia, la diagnosi di malattia può però permettere una prognosi, motivare cautele, riconoscere benefici. Tuttavia, spesso il paziente vuole sapere "la causa", "che cosa ho", con implicazioni rilevanti e da esplorare:

- ha bisogno di costruire un senso a ciò che gli sta accadendo;
- spesso cerca un senso "scientifico" (la diagnosi esplicativa), all'interno quindi di un dominio di conoscenza che non gli appartiene;
- anziché definirsi, chiede di essere definito (rassicurazione?).

Si tratta di alfabetizzazione scientifica o di subalternità?
Alcuni esempi: prendiamo il caso del paziente con mal di schiena che il MMG diagnostica come lombalgia meccanica, nella quale il trattamento (stando alle classiche linee-guida) prescinde dalla ricerca di una causa specifica (ernia del disco, sindrome delle faccette articolari, dolore del legamento ileo-lombare, sindrome interapofisaria) e richiede solo una terapia antalgica, fisioterapica e movimento. Il paziente potrebbe chiedere un accertamento per sapere se c'è un'ernia del disco. Oppure la paziente con dolori diffusi, aspecifici, che è soddisfatta della diagnosi di fibromialgia fatta dal Reumatologo, solo un'etichetta messa sui suoi disturbi, e si potrebbe dire che sul suo problema probabilmente ne sa più lei che lo specialista. **Forse la diagnosi – come riconoscimento da parte del medico – può avere un effetto rassicurante perché toglie il paziente da ciò che teme di più, l'ignoto**.

*IL PROCESSO DECISIONALE IN MEDICINA GENERALE*

Secondo la definizione europea di WONCA, la MG/MdF prevede uno specifico processo decisionale determinato dalla prevalenza e incidenza delle malattie in quella precisa comunità. Si potrebbe estendere il concetto parlando di epidemiologia clinica di processi diagnostici ben precisi, di *problem solving*, quindi di fatto in questo modo si cita il processo diagnostico ponendo l'enfasi non sulla diagnosi bensì sulla sequenza che porta alle decisioni, il che mi pare molto giusto.

Secondo quanto diceva McWhinney nel 1983, la diagnosi è un processo di categorizzazione, è un'affermazione probabilistica su ciò che non va nel paziente ma la decisione non può essere probabilistica perché le decisioni operative devono necessariamente essere di tipo aut-aut. Quando il clinico prende una decisione, assume l'affermazione probabilistica e la integra con un gran numero di altre variabili, molte delle quali sono uniche ed esclusive di quel paziente e quindi, **mentre la diagnosi è un processo di riduzione e generalizzazione, il *decision making* - il processo decisionale - è un processo di sintesi su un singolo individuo**.

In realtà in gran parte delle visite in MG non si pone neppure un problema diagnostico perché:

- la diagnosi è già stata fatta e il paziente viene solo monitorato;
- le visite servono per verificare il controllo ottenuto con la terapia soprattutto nei problemi cronici;
- le visite avvengono per riacutizzazioni dei sintomi;
- la diagnosi di patologia non è pertinente al motivo della visita perché il paziente ad esempio viene per avere delle informazioni, o comunque per motivi diversi da un disturbo.

Anche nelle patologie croniche già diagnosticate però possono entrare in gioco processi diagnostici:

- diagnosi di effetti avversi ai farmaci;
- diagnosi di comorbidità;
- diagnosi precoce delle complicanze in cui il processo non va dai sintomi e segni alla diagnosi, ma è opposto, ovvero dall'ipotetica possibile complicanza alla ricerca attiva dei segni e sintomi con cui si può manifestare (es. un diabetico può avere una neuropatia diabetica clinicamente silente, oppure una retinopatia evidenziabili solo ricercandone i segni clinici).

Prevalenza e incidenza della malattia in quella precisa comunità: questo definisce lo sguardo del MMG, laddove lo specialista vede solo il numeratore, i casi. Alle volte ci troviamo a parlare con specialisti e vengono fuori affermazioni quali: "Quanti pazienti ho in unità coronarica, ma cosa fanno i MMG?", "Quanti accessi ho in Pronto Soccorso, ma cosa fanno i MMG?". Se andiamo in ospedale troviamo i nostri fallimenti, al cimitero i morti e a quel punto il custode potrebbe chiedersi cosa facciano i medici. Se andiamo in spiaggia è difficile trovare appassionati di free-climbing o trekking, così come se chiediamo in montagna quanti preferiscono il mare avremo probabilmente un bias di selezione se tentassimo di generalizzare.
**La MG è responsabile anche dei denominatori**: quanti non finiscono in Unità Coronarica, quanti non vanno in Pronto Soccorso, e nei trattamenti con una maggiore aggressività terapeutica, che magari sarebbe apprezzata dagli specialisti, quanti numeri necessari da trattare (NNT) per evitare un evento sono accertati nella prassi corrente della MG rispetto a quella dell'ospedale.

Tanto per fare un esempio, il medico che sta in Unità Coronarica e vede che il suo paziente con infarto aveva 235 mg/dl di colesterolo, ha un'idea sul colesterolo che è dettata dalla sua osservazione, dalla sua cultura e dalla sua esperienza che è difficilmente contestabile.

Dall'altra parte, il MMG non può trattare tutti i pazienti con 235 mg/dl di colesterolo indiscriminatamente perché tratterebbe magari centinaia di assistiti per evitare un evento. Quindi c'è una diversità tra chi lavora sui numeratori e chi lavora sui denominatori.
Da notare che **se il medico lavora bene, in ambito di prevenzione primaria e secondaria, quello che ottiene è che non succede e non si vede assolutamente nulla, il suo prodotto è invisibile**.

## *APPROCCIO INTEGRATO*

Il MMG si occupa di malesseri che si presentano in modo aspecifico e ad uno stadio iniziale del loro sviluppo e che potrebbero richiedere anche un intervento urgente: possono essere sintomi precoci di patologie gravi oppure possono configurare i quadri di "sintomi senza malattia" o "senza diagnosi utile/possibile". McWhinney nel suo trattato del 1993 ha parlato molto dei **sintomi senza malattia che è un destabilizzatore del paradigma biomedico della medicina**.

**Fare diagnosi in MG non è sempre necessario né possibile, bisogna deciderlo**. Decidere quando è corretto non fare nulla, quando preferire un astensionismo sul piano diagnostico o terapeutico, richiede grande professionalità al fine di ottenere una condivisione con il paziente. Il medico è l'unico che deve mettere la stessa professionalità nell'agire terapeutico e diagnostico, quanto nel decidere che non occorre fare nulla dal punto di vista diagnostico-terapeutico nella situazione che è data, e in questo vedo a volte qualche difficoltà per i medici giovani con meno esperienza (ma non solo…).

**Il tempo è un ausilio diagnostico fondamentale, ma richiede capacità cliniche per gestirlo senza rischi, un solido rapporto di fiducia con il paziente e l'importante capacità di tollerare l'incertezza e saper gestire l'attesa/osservazione**.

In MG si riscontra quindi uno specifico processo decisionale: la diagnosi precisa non sempre è necessaria mentre sempre valgono, e spesso sono sufficienti, valutazioni diagnostiche generali e dicotomiche, un triage dei nostri pazienti:

- Grave / non grave
- A rischio / non a rischio
- Infiammatorio / non infiammatorio (es. dolori articolari)
- Batterico / virale, (es. infiammazioni delle prime vie respiratorie)
- Autolimitante / evolutivo
- "Funzionale" / "organico" (tra virgolette perché se non esistono le malattie dell'anima probabilmente di funzionale c'è ben poco, tutto è organico in qualche modo).

Oppure può essere usata anche la sola esclusione di una delle ipotesi diagnostiche: "non è un infarto", "non è una frattura", "non è uno Zoster", "non è un addome acuto". Quindi ci si può fermare ad osservare il paziente, salvo riosservarlo nel tempo. È da considerare inoltre che in una normale consultazione con il proprio medico un paziente possa benissimo presentare diversi problemi anche non correlati tra di loro.

Il medico tradizionalmente è visto come un "risolutore di casi clinici", pensate a serie televisive come Dr. House. Tuttavia, la diagnosi di patologia, che si avvale dell'interpretazione di sintomi, obiettività ed eventuali esami, descrive solo una parte non esaustiva, benché ineludibile, dell'attività del MMG nella consultazione. **In MG infatti l'approccio non è al caso clinico ma al problema presentato**, anche se questo include ed è causato da una patologia. Un problema è cioè una condizione correlata alla salute di cui il MMG è chiamato a farsi carico per quanto gli compete. Qualsiasi risposta al problema deve essere condivisa dal paziente e questa non è una petizione di principio etico ma la condizione necessaria per attuare la risposta stessa. E, per inciso, la non-compliance non è una caratteristica del paziente, ovvero non esistono pazienti non complianti: **la non compliance è conseguenza di una mancata condivisione**.

Studi sono stati fatti a dimostrare che un paziente che non è compliante ad un determinato trattamento può essere perfettamente compliante ad un altro. Cos'è che fa la differenza? La convinzione. Io ho pazienti che pongo in terapia ipolipemizzante o più spesso in terapia ipotensiva con i quali cerco di condividere la necessità della terapia. A volte capisco che questa condivisione l'ho ottenuta fino ad un certo punto e mi trovo molto spesso di fronte ad un "paziente sperimentatore", ovvero quei pazienti che prendono la terapia per qualche tempo, poi la sospendono, si ricontrollano e magari scoprono che quello che gli ha detto il medico è giusto, o magari, perché no, che quello che gli ha detto il medico è sbagliato, e solo a questo punto decidono come andare avanti; è abbastanza frequente, soprattutto nell'ipertensione che può essere anche temporanea, contrariamente a quello che si pensa. Io alla fine glielo dico sempre: "Ha voluto fare la prova e secondo me ha fatto bene, perché così è più convinto".

Il problema si pone per quei pazienti magari giovani o di mezz'età per cui si dà la prima volta un farmaco. Per dirlo con una battuta, l'impatto di un farmaco dato ad un paziente si potrebbe esprimere in termini frazionari, cioè: il farmaco che dai è il numeratore, il denominatore è quanti farmaci sta prendendo il paziente.

$$\frac{x = farmacointrodotto}{y = n°farmacicheilpzhagià \in terapia}$$

Ciò vuol dire che se il paziente non sta prendendo alcun farmaco, la frazione è 1/0 e pertanto tende all'infinito: ha un impatto enorme. Il <u>primo farmaco introdotto</u> significa che è arrivata la tua ora, che oramai ti devi curare, ti devi fidare altrimenti fai cilecca in qualche modo. Il paziente che non ha preso mai nulla a cui devi dare il primo farmaco ipotensivo è una situazione abbastanza complessa da gestire. Il paziente invece che prende già 10 farmaci e a cui devi dargliene un altro, facilmente ti dice: "Dove lo metto, Dottore? Assieme a quelli della mattina o a quelli della sera?". Spesso, paradossalmente, si fa molti meno problemi: è abituato a doversi curare. La diagnosi di patologia prescinde dalla persona in quanto è universale nella sua definizione scientifica: l'ernia inguinale è l'ernia inguinale. Pertanto, ogni medico può diagnosticare qualunque patologia in qualunque paziente, al limite senza neppure parlarci o averlo mai visto. Con una diagnosi il medico definisce il paziente, classificandolo all'interno del sistema nosografico. Il MMG, oltre che fare diagnosi di patologia, deve però tener conto e quindi diagnosticare tutti gli aspetti del caso che richiedono un intervento o che condizionano le decisioni diagnostico-terapeutiche. **Quindi, mentre nella diagnosi clinica di patologia il medico definisce il paziente, nei problemi entra in gioco anche l'autodefinizione (non nosografica) che il paziente dà di se stesso, introducendo elementi psicologici, sociali, esistenziali a cui attribuisce valore e che condizionano le scelte**.

La conoscenza del paziente e la continuità assistenziale nel tempo sono determinanti: il MMG è lo specialista di quella persona che è lì davanti. "È più importante sapere quale paziente ha una patologia, che quale patologia ha un paziente". Il bello è che quanti più tratti individuali vengono considerati pertinenti, tanto più la possibilità di una caratterizzazione oggettiva e scientifica svanisce. Rimane in gioco la professionalità del medico che deve riuscire a personalizzare l'intervento, barcamenandosi tra aspetti categorizzabili e codificabili e condivisione col paziente su aspetti che invece sono perfettamente individuali.

La diagnosi si basa su metodi di *problem solving*, ma prima si deve capire (da quanto il paziente esprime o magari lascia solo intuire al medico attento) qual è il problema con una operazione di *problem setting,* che in larga misura significa identificare esattamente il problema. L'infermità (che non è solo fisica) è una parte importante del problema, perché pertiene alla persona.

**Il MMG è un professionista che si rende disponibile per problemi di salute, inevitabilmente in un contesto negoziale**. I problemi intesi in questo modo, cioè somma di situazione patologica e di ciò che il paziente esprime nell'ambito di quella che abbiamo chiamato infermità, sono sempre unici. L'ernia inguinale dell'agricoltore che vive da solo, che ha animali nella stalla da accudire e non vuole ricoverarsi, non è l'ernia inguinale dell'impiegato comunale. Una cosa del genere a me è capitata non con un'ernia inguinale, ma con un infarto: il paziente non aveva voluto ricoverarsi e alla fine ha avuto ragione lui, perché è morto solo l'anno scorso, dopo diverso tempo, a 95 anni, superando un infarto a domicilio per accudire le vacche e i maiali.

Questo può essere riassunto con una bella espressione di Iona Heath: "La biologia comune a tutti gli esseri umani è modulata dalla biografia unica di ciascuno. […] Il problema è che gli esseri umani non sono semplici passivi consumatori di patologia".

## *MODELLO OLISTICO*

La MG si occupa dei problemi di salute nella loro dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale.

Non so quanti di voi conoscano uno che è stato un precursore assolutamente dimenticato di questa visione: Francesco Salvestroni, medico fiorentino morto a 50 anni nei primi anni '70, è stato il primo a parlare di "*Medico della Persona*" (1968 I ed.), il primo ad illustrarne l'identità e il ruolo, anticipando di 10 anni rispetto ai maggiori testi internazionali alcuni fondamenti della MG, concetti che utilizziamo tuttora per definire le differenze anche di approccio tra MG e medicina specialistica.

Testi che seguirono furono "*Practice*" di McCormak et al. del 1976, che conosco bene perché l'ho tradotto insieme a Gigi Passerini molti anni fa e il "*Textbook of Family Medicine*" di McWhinney del 1983.
Le prime pubblicazioni di MMG su riviste italiane datano quasi 20 anni dopo. Purtroppo, Salvestroni non ebbe alcun seguito all'epoca.

Riprendendo la definizione, il MMG si occupa di salute anche nella sua dimensione sociale, culturale ed esistenziale. Queste dimensioni a mio parere non entrano solo nel rapporto individuale MMG-Paziente. Bisognerebbe fare un'esegesi della definizione di MG di WONCA: si parla solo di rapporto Medico-Paziente oppure può essere un discorso allargato?

Secondo me può essere anche un discorso più allargato nel senso che il MMG deve essere anche un intellettuale e deve imparare a vedere i propri assistiti anche come popolazione oltre che come singoli. Anzi, forse non basta: **bisogna vedere i pazienti anche come società in evoluzione e chiedersi che responsabilità si sta assumendo la medicina, e quindi i medici, nel determinare gli orientamenti delle persone**.

## *IL PROCESSO DIAGNOSTICO E QUALCHE "CASO CLINICO"*

### *Problem framing, problem setting e problem solving*

Si diceva prima che nel processo diagnostico il medico ascolta il paziente, che riferisce i suoi sintomi e la sua infermità, selezionando i dati rilevanti.

***Caso clinico N° 1 (Problem solving: selezionare i dati rilevanti)***

*Lucia, pensionata di 60 anni, separata, nessun precedente patologico di rilievo, viene spesso in studio, ma solo per rinnovare le ricette per il figlio di 26 anni, invalido ed epilettico per un incidente.*
*P: Stavolta purtroppo mi tocca venire per me. Ho una brutta tosse da 4-5 giorni, specialmente di notte, e ... -*
*M: Ha avuto febbre? -*
*P: Qualche linea alla sera, al mattino no, ma mi sento male, come se fosse alta. –*
*M: Raffreddore? Mal di gola? –*
*P: Raffreddore all'inizio e un po' di mal di gola, ma poco; però mi fa male il petto quando tossico ... -*
*M: Mi faccia sentire. -*
*L'esame obiettivo toracico è negativo: è una semplice flogosi delle prime vie aeree. Lucia chiede se non sia il caso di fare una lastra. Il MMG spiega che per un po' di tosse non serve una lastra, semmai si vedrà in seguito.*
*Intuendo dalla domanda che Lucia desideri un antibiotico per guarire al più presto, e consapevole della difficile situazione familiare, prescrive con un certo disagio claritromicina e gocce di paracodina, raccomandandole per l'ennesima volta di non fumare e di farsi risentire se la tosse continua o la febbre aumenta.*

In questo caso, i dati rilevanti per una diagnosi di patologia sono:

- età del paziente (in qualsiasi caso clinico ci vuole l'età oltre che il sesso)
- precedenti patologici: nessun precedente patologico
- motivo dell'accesso: tosse da 4-5 giorni
- sintomi correlati: qualche linea di febbre alla sera, raffreddore all'inizio e un po' di mal di gola
- EO (fondamentale): negativo, è una flogosi delle prime vie aeree
- contesto: per un po' di tosse non serve una lastra. Intuendo però che Lucia voglia l'antibiotico per guarire al più presto, prescrive claritromicina e paracodina, raccomandandole per l'ennesima volta di non fumare.

Come vedete il comportamento del medico, da un punto di vista meramente tecnico, è corretto, (salvo che non si prescrivono antibiotici per infezioni verosimilmente di tipo virale). Tuttavia, non intendiamo fare i censori del comportamento del medico, perché siamo tutti medici e a tutti noi è capitato qualcosa di simile in maniera più o meno evidente.

D: "Secondo voi c'era qualcos'altro da mettere in evidenza per una diagnosi di patologia?"
R: "Il figlio di 26 anni invalido da accudire a casa. Non si tratta di patologia in senso stretto ma di *illness*."
D: "Si, hai ragione, tutto è sempre rilevante."

Il medico deve fare una scelta nel momento in cui decide che tipo di operazione vuole fare: in questo caso, se pensa di potersi limitare ad una operazione scientifica, alla diagnosi di patologia, secondo me i dati rilevanti sono quelli elencati prima. Ci si potrebbe fermare anche a "flogosi delle prime vie aeree".

Si parlava prima di *problem framing*, *problem setting* e *problem solving*:

1. Prima (mentre il paziente parla) si ascolta, si guarda, ci si forma una prima impressione (con un continuo refresh), si individua lo scenario (cornice, *problem framing*) in modo istintivo ed emotivo. Immaginate una persona che arriva e vi dice "*Dottore, mi sta succedendo una cosa un po' strana*". Si drizzerebbero subito le orecchie con una certa attenzione. Questa è una modalità istintiva di risposta con cui, prima ancora di andare a selezionare i sintomi, ci si dispone in un certo atteggiamento; poi, mentre il paziente parla, si fa l'orientamento: "*Si tratta della solita forma di influenza oppure no, magari non è tanto quello il problema, è che vuole dei giorni di malattia*". Questo è un processo inconsapevole, ma da imparare a controllare; in realtà, se vi osservate mentre lavorate vi rendete conto che lo state facendo.
2. Alla fine di questo processo, che avviene tutto mentre il paziente parla, magari non dite niente ma si definisce qual è il problema (o i problemi), nel modo più corretto possibile (*problem setting*).
3. Quindi si agirà per affrontarlo e possibilmente risolverlo in modo razionale, pertinente, appropriato e coerente (*problem solving*).

**Problem framing/setting:**
**i dati "scartati" (non rilevanti?)**

Lucia, pensionata di 60 anni, **separata**, nessun precedente patologico di rilievo, viene spesso in studio, ma solo per rinnovare le ricette per il **figlio di 26 anni, invalido ed epilettico dopo un incidente**.

*- **Stavolta purtroppo mi tocca venire per me**. Ho una **brutta tosse** da 4-5 giorni, specialmente di notte, **e ...** -* ← Qui si è fermato il problem framing

*- Ha avuto febbre? -*

*- Qualche linea alla sera, al mattino no, ma **mi sento male, come se fosse alta**. –*

*- Raffreddore? Mal di gola? –*

*- Raffreddore all'inizio e un po' di mal di gola, ma poco; **però mi fa male il petto quando tossico** ... -*

*- Mi faccia sentire. -*

L'esame obiettivo toracico è negativo: è una semplice flogosi delle prime vie aeree. **Lucia chiede se non sia il caso di fare una lastra**. Il MMG spiega che per un po' di tosse non serve un lastra, semmai si vedrà in seguito. Intuendo dalla domanda che Lucia desideri un antibiotico per guarire al più presto, e consapevole della **difficile situazione familiare**, prescrive **con un certo disagio** claritromicina e gocce di paracodina, **raccomandandole per l'ennesima volta di non fumare** e di farsi risentire se la tosse continua o la febbre aumenta.

*Ciò avviene con un processo negoziale, ovvero concordando la definizione dei problemi e le decisioni da intraprendere. In generale, il problema NON è il "caso clinico" (o almeno non si limita a questo).* Rivediamo il caso. Qui ho evidenziato tutto quello che è stato buttato via: abbiamo una mamma separata con un figlio di 26 anni, invalido ed epilettico, che esordisce dicendo "Stavolta purtroppo, mi tocca venire per me*", definisce la sua tosse "brutta" e viene interrotta dal medico immediatamente dopo - quanto ci vuole a dire questo, 5 secondi? -,* nel medico immediatamente si ferma il problem framing. Infatti, non a caso va completamente fuori dai binari, secondo me. Lucia chiede se non sia il caso di fare una lastra. Il medico percepisce un certo di*sagio ma non capisce perché: non era un disagio legato al fatto che stava per dare un antibiotico, bensì un disagio legato al fatto che il problema era forse di un altro tipo: la paziente ha un timore che non esprime verbalmente. Vuole davvero un antibiotico per guarire subito? È da considerare che il motivo per il quale la paziente era andata dal medico, se si prendono in esame i dati scartati e i fatti considerati a torto n*on rilevanti, appare probabilmente in una luce ben diversa: una donna che era l'unica risorsa di un figlio gravemente invalido, la quale fuma, a cui il medico ha detto mille volte di non fumare raccomandandosi per l'ennesima volta, quindi può essere si senta in colpa perché conosce i rischi che corre, si trova per la prima volta a dire "Stavolta mi tocca venire per me".

Magari la medicina narrativa questo caso lo saprebbe esplorare con più cautela e con più attenzione. Quello che succede è che si rischia di cadere nelle **trappole del pensiero stereotipato**.

Alla fine, consultazioni per problemi di questo genere (problema di tipo rassicurativo celato sotto la richiesta di prescrizione di antibiotico) sono molto comuni e quello che accade è proprio questo. È vero che l'utilizzo degli antibiotici per affezioni che sono quasi sicuramente virali è universale, avviene in tutto il mondo.

Uno studio pubblicato sul BMJ - se non ricordo male - del '94 ha cercato le variabili che erano più influenti nella decisione di prescrivere farmaci a seguito di una consultazione in MG.

L'attesa di prescrizione da parte del paziente, così come percepita dal medico, moltiplica per 5 la propensione alla prescrizione farmacologica ed è altamente significativa dal punto di vista statistico. L'ansia del paziente è pure statisticamente significativa. Quindi altro che processo diagnostico! Qui il medico cerca di capire quello che vuole o che sente il paziente.

A volte accusiamo i medici di essere troppo orientati alla patologia. Attenzione! C'è anche un eccesso di empatia, di vicinanza. Uno dei problemi della MG, soprattutto in Italia, non è quello di essere vicino ai pazienti, ma è **quello di non riuscire a mantenere la giusta distanza tra medico e paziente,** che non si arrivi ad una pura conclusione di tipo amicale, per non dire collusiva.

Come si fa la diagnosi? C'è una scarsa attenzione alla metodologia diagnostica nei testi, nella formazione accademica e in quella specifica dei MMG in formazione. La diagnosi passa attraverso procedimenti formali e informali, incluso l'intuito. "Arte", "intuito", "occhio clinico" sono descrizioni di processi cognitivi i cui passi intermedi sono inconsapevoli; derivano da ricordi (*illness script*), somiglianze e associazioni che si sviluppano con l'esperienza.
Entrano certamente in gioco nella maggioranza dei casi, ma non si possono insegnare in astratto perché richiedono esperienza. Si può insegnare però che **nella generazione di ipotesi va sempre prestata attenzione ad intuito e percezioni indefinite (inclusi disagi e emozioni)** e che ritenere "non scientifici" questi aspetti semplicemente non ha senso: sono processi cognitivi, magari non razionali (il cervello non usa solo la ragione), ma non ispirazioni divine.

Non di rado si prescrivono molti esami in modo quasi casuale, sperando che "emerga" una diagnosi. Accumulare esami, non mirati ad una ipotesi, non facilita la diagnosi ma anzi può anche portare fuori strada per il riscontro di "incidentalomi". Il rischio è quello di attribuire i sintomi ad alterazioni rilevabili, ma che non c'entrano nulla e spesso configurano diagnosi (errate) "di comodo".
Addirittura, si fanno inutili "check up" per vedere se una persona che sta bene non sia per caso malata. I "check up" indifferenziati e generici non hanno nessuna prova di efficacia, perché la maggior parte dei test ha un valore predittivo definito in presenza di un sospetto clinico, e inoltre un esame qualsiasi di laboratorio ha circa il 5% di probabilità di risultare lievemente alterato in un soggetto sano. Più esami si fanno e più aumenta il rischio di trovare alterazioni false positive. Fanno eccezione i (pochi) esami di screening con prove documentate di efficacia in soggetti asintomatici (dove comunque esistono falsi positivi e negativi, oltre che i rischi di sovradiagnosi).

Le conoscenze sulle terapie si basano sull'EBM, fondata metodologicamente sul trial clinico: si tratta di un metodo, in astratto, relativamente semplice.
La diagnosi si fonda -in teoria- sul teorema di Bayes. Implica pertanto la conoscenza di precisi dati di prevalenza della patologia per sottopopolazioni (probabilità a priori), valore predittivo e likelihood ratio di ciascun sintomo o segno o valore di laboratorio o strumentale; il tutto da elaborare con formule matematiche.

Raramente esistono dati attendibili per le patologie, per sottogruppi di pazienti, per ciascuna fase della patologia in cui si trovano, per poter tenere conto della possibile coesistenza di più patologie, etc. Usare in modo rigorosamente formalizzato questa metodologia è quindi un metodo praticamente impossibile. I medici -"bayesiani naturali"- usano però questo metodo in modo empirico (ed inconsapevole), attribuendo probabilità approssimative a ciascun dato clinico rispetto alle ipotesi formulabili. L'articolo pubblicato sul BMJ nel 2005 ("*Why clinicians are natural bayesians*") illustra un po' il ragionamento bayesiano.

***Caso clinico n°2 (Ragionamento Bayesiano)***

*M: "Da quanto tempo ha la febbre?"*
*P: "Tre giorni."*
*M: pensa "Sembra un'infezione acuta, probabilmente solo un raffreddore". "Dove è stato recentemente?"*
*P: "Libreville, in Gabon."*
*M: pensa "Bè, questa potrebbe essere un'infezione tropicale, forse malaria, tifo, tubercolosi, un parassita, o possibile anche uno di quei virus studiati". "Cosa ha fatto là?"*
*P: "Ero parte di un gruppo che prestava aiuto alle popolazioni rurali, tra cui molti morivano con gengive sanguinanti, febbre alta, tosse e rash cutanei."*
*M: pensa "Hmm, il virus è piuttosto plausibile". "Hai anche tu questi sintomi?"*
*P: "Si, le gengive sanguinano quando mi lavo i denti, ho un rash cutaneo doloroso e tossisco sangue.", tossisce.*
*M: pensa "Virus molto probabile. Devo far isolare il paziente e chiamare il Centers for Disease Control and Prevention e il Department of Homeland Security. Sono appena stato esposto al virus Ebola?" .*
Con 4 domande, un sintomo come la febbre che ha migliaia di cause, molte delle quali comunissime ad alta probabilità, viene attribuito ad un'infezione da virus Ebola, che aveva a priori una probabilità pressoché nulla; immaginate la potenza del ragionamento in un caso come questo. Basterà un emocromo per escludere la possibilità di una leucemia acuta (ipotesi alternativa molto improbabile). E attenzione, il metodo si applica ai dati: se uno non sa che cosa sia il virus Ebola non può usare il metodo bayesiano per arrivare impunemente alla fine su questo caso.

*Metodologie diagnostiche*

A confronto poniamo il procedimento sintetico e il procedimento analitico.
Procedimento sintetico: veloce, efficiente, non sempre possibile. La patologia viene "riconosciuta" in base al quadro complessivo.
Procedimento analitico: più lento, meno efficiente, ma a volte necessario. Si giunge alla diagnosi attraverso un processo razionale di elaborazione dei dati (sintomo, segno, risultato di esame), correlandoli probabilisticamente alle possibili diagnosi. Si avvale del metodo bayesiano (solitamente non in modo formale), basato su valutazioni probabilistiche sommarie. Il processo diagnostico sintetico si basa sull'esperienza clinica del medico, quindi può limitarsi alle patologie che il medico osserva più spesso, questo dipende dalla sua specializzazione.

Io ricordo quando nei primi anni '80 frequentavo l'ospedale e l'aiuto medico con il quale lavoravo insieme una volta mi disse, "Ma voi come fate a fare una diagnosi di influenza?". Per lui era una roba assolutamente strana: i pazienti con l'influenza normalmente non vanno in ospedale e inoltre capitava che dovesse sostituire la moglie MMG trovandosi ad affrontare con la cultura del medico ospedaliero delle situazioni che lo spiazzavano completamente. "Questo ha la febbre, tossisce, non posso fare una lastra, non ho gli esami di laboratorio… come fate a fare una diagnosi di influenza???" Riconosciamo dei volti noti!

Il procedimento sintetico si avvale del riconoscimento per pattern (G*estalt*) e del riconoscimento per *illness script* (utilizzando analogie, somiglianze, ricordi, quadri clinici classici memorizzati).

La patologia viene "riconosciuta" in base al quadro complessivo, in genere aggregando dati (sintomi, segni, esami), molto raramente per la presenza di un singolo reperto patognomonico (solo se uno si ricorda dei segni patognomonici, li riconosce); la diagnosi in questi casi è quasi immediata.

C'è il rischio di errore per eccessivo affidamento sulla propria esperienza, non conoscenza dei quadri clinici non abituali e un crollo o una caduta dell'attenzione che si riscontra soprattutto in situazioni particolari (*frequent attenders*, comorbidità, presentazione di più problemi insieme, omessa considerazione di sintomi/segni, stanchezza etc...).

Attenzione anche al rischio di errore per omessa considerazione di qualche sintomo riferito dal paziente, perché ad esempio pregiudica la diagnosi sintetica fatta (tutto combacia con la diagnosi, meno che una cosa, e allora la considero estranea, o non la considero affatto).

Il processo analitico esplicito (formale) è lento e richiede tempo (può svolgersi in più visite). Solitamente è usato stimando le probabilità in modo approssimativo.

I rischi di errore dipendono dalle conoscenze limitate nell'esperienza individuale del medico (salvo effettuare ricerche su testi, letteratura, ecc.) e dalla focalizzazione su alcuni dei sintomi ritenuti più significativi (se il paziente vomita e ha mal di testa, è meglio pensare alle cause di vomito o a quelle di cefalea?)

***Caso clinico n°3 (Processo diagnostico sintetico)***

Un altro caso clinico. Non è di quelli entusiasmanti.

*Marco è uno studente di 17 anni, sempre stato in buona salute. Ha chiamato il MMG a causa di febbre a 39°C insorta da 2 giorni, ad andamento continuo, abbassata a 37,5°C per qualche ora dopo l'assunzione di paracetamolo, con mal di gola, congestione nasale, tosse, artromialgie diffuse, lieve cefalea gravativa e marcato senso di spossatezza. All'esame obiettivo il MMG non rileva dati patologici, salvo febbre e arrossamento della gola, senza essudato. È gennaio ed è in corso un'epidemia influenzale.*

Cosa avrà questo paziente secondo voi? La diagnosi di influenza viene effettuata dal MMG per riconoscimento immediato, come si riconosce un oggetto noto. Il procedimento clinico si può limitare alla ricerca di aspetti inusuali nell'influenza (ad esempio: dispnea, sintomi di infezione urinaria, un dolore addominale localizzato, rash cutaneo, splenomegalia, stagione estiva, ecc.), oppure alla eventuale mancanza di elementi ad alta sensibilità (ad esempio la febbre, obbligatoria nell'influenza).
Sintomi ad elevata sensibilità, cioè sempre o quasi sempre presenti, sono molto utili non per confermare, ma per escludere (quando mancano) la patologia.
Sintomi molto specifici, cioè che non si trovano in altre patologie, sono molto utili per confermare, in presenza di un sospetto fondato, la diagnosi. La loro mancanza non permette in genere di escludere la patologia, perché possono essere presenti solo in una minoranza di casi.

Quindi quando si utilizza un processo diagnostico sintetico di riconoscimento, il rischio da evitare è di non cercare di non smentirsi.

In situazioni come quelle in figura non c'è bisogno di dire niente, le diagnosi sono immediate con la sola osservazione del paziente.

La prima è un Basedow; la seconda un ipotiroidismo, come si vedevano anni fa (adesso nessuno arriva a questo livello); la terza una Sindrome di Down e l'ultima un Herpes Zoster. In questi casi di diagnosi "a vista" quasi non c'è elaborazione cognitiva; occorre però avere la base di conoscenza. La diagnosi medica permette di formulare una prognosi, stabilire un piano di trattamento e un piano di monitoraggio.

Il paziente, soprattutto con problemi cronici, ha però bisogno anche di un **piano assistenziale** e qui entrerebbe la **valutazione infermieristica** (quella che prima si chiamava "diagnosi infermieristica", termine spazzato dall'assalto dei Medici per cui gli infermieri non possono più permettersi di utilizzare termini come "diagnosi"). Proprio la valutazione infermieristica (che rimane tale anche se la fa il medico) è alla base del piano assistenziale. I cardini di un piano assistenziale sono: informazione, empowerment, valutazione di condizioni e rischi non strettamente clinici, consigli comportamentali, trattamenti e prestazioni infermieristiche, controllo infermieristico delle condizioni del paziente su indicazione medica limitatamente alle sue competenze.

**Caso clinico n°4 (Diagnosi e piano assistenziale)**

*Di seguito il caso di una donna pensionata di 84 anni, che vive da sola, autonoma e in buona salute. Assume saltuariamente lorazepam per dormire. È caduta in casa ed ha chiamato il suo medico per un forte dolore alla schiena. All'RX urgente risulta il parziale crollo di D12. È stata vista in Pronto Soccorso dall'Ortopedico che consiglia di stare a letto il più possibile per un mese, un corsetto da indossare quando si alza, clodronato fiale i.m. ed eparina s.c. per un mese. Viene assunta una badante. Il MMG invia l'infermiera per definire un piano assistenziale. La diagnosi clinica ovvia e la terapia esauriscono in minima parte le necessità della paziente; l'infermiera ha molte più cose da fare: istruisce la badante sulla somministrazione dell'eparina e sulle modalità di mobilizzazione della paziente, sulla terapia antalgica da assumere al bisogno e sui possibili effetti avversi da segnalare, verifica se vi siano in casa fattori ambientali di rischio per altre cadute, avverte della possibile stipsi e spiega come affrontarla. Dopo una settimana, torna a verificare le condizioni della signora e il suo rapporto con la badante che è stata appena assunta, controlla su indicazione del medico se vi sono edemi o decubiti, pratica la seconda iniezione di clodronato ed effettua un prelievo per il controllo di emocromo e piastrine.*

Sarebbe bello poter lavorare così. Bisogna avere personale, altrimenti il resto sono chiacchiere. Il lavoro di segreteria, di ripetizione di ricette, di ricezione di telefonate è fondamentale. Il medico non può evitare, se non ha una segretaria, di fare il segretario di se stesso. Quello è il primo livello, poi se ci riesce può fare il medico.

È impossibile realizzare una pratica di Medicina Generale decente senza personale di segreteria, personale infermieristico. Un lavoro come quello mostrato nel caso clinico, per le condizioni che vigono oggi in Italia, si può realizzare solo in una Medicina di Gruppo dove vengono condivise le spese, altrimenti è pura follia. Credo che solo in Italia esistano medici che lavorano senza infermiera; non sono sicuro se ci siano altri Paesi dove capiti questo.

Anche le diagnosi infermieristiche sono raccolte in una nosografia codificata. Per ciascuna diagnosi vi sono provvedimenti e criteri di valutazione degli esiti. Lo spazio di intervento infermieristico, in una collaborazione professionale col MMG, è molto più vario che in un reparto ospedaliero e ci sono maggiori possibilità di esercitare le proprie competenze specifiche.

**Valutazione infermieristica (cod. NANDA-I)**
**(Il processo diagnostico infermieristico è basato su diversi modelli)**

- Deficit nella cura di sé
  - igiene personale, gabinetto (00108, 00110)
- Rischio di stipsi (00015)
  - Attività fisica insufficiente
- Rischio di sindrome da immobilizzazione (00040)
  - Immobilizzazione prescritta (anche se parziale)
- Rischio di lesioni da decubito (00047)
  - immobilizzazione
- Rischio di cadute (00155)
  - Età anziana, storia di cadute, assunzione di benzodiazepine

**Caso clinico n°5 (Processo diagnostico analitico)**

Anche questo, come gli altri, è un caso che è capitato a me; ero piccolo, parliamo di metà anni 80.

*La madre di Elena, 16 anni, chiama il MMG perché la figlia ha da 24 ore un dolore continuo e ingravescente, alla fossa iliaca destra, iniziato gradualmente nella stessa sede. Non ci sono febbre, vomito, epigastralgie, diarrea o sintomi urinari; i cicli mestruali sono irregolari, ma una mestruazione è in corso. L'alvo è libero, la peristalsi intestinale normale. C'è dolorabilità locale, ma l'addome è trattabile e il Blumberg negativo. Il MMG fa effettuare VES, esame delle urine ed emocromo per la conta dei bianchi, con prelievo a domicilio. Uno spasmolitico im non ha effetto. Il giorno dopo, VES, urine e globuli bianchi sono normali, ma il dolore è aumentato e si irradia verso l'ano. Elena viene inviata al Pronto Soccorso.*

La diagnosi non è affatto semplice al momento della visita del MMG. Si può immaginare che il MMG abbia esaminato tutte le possibili cause che gli sono venute in mente di dolore localizzato alla fossa iliaca destra in una ragazza di 16 anni, per valutarne la probabilità. L'ipotesi di appendicite è la prima da tenere in considerazione per la potenziale gravità. In questo caso ha aspetti atipici, soprattutto per gli esami, ma ricordate che **le presentazioni atipiche di malattie comuni sono più frequenti delle malattie rare.**

Le ipotesi possibili sono queste:

- appendicite: non si può escludere, nell'appendicite gangrenosa i globuli bianchi possono non aumentare e il Blumberg può mancare (come nelle appendiciti retrocecali o retrovescicali); la VES è poco sensibile;
- cause intestinali: occlusione intestinale o tumore sono altamente improbabili per l'età; il morbo di Crohn avrebbe una storia di diarrea e la VES sarebbe alta, ma il Crohn può avere esordio acuto e simulare un'appendicite;
- cause urologiche: il quadro è atipico, ma compatibile anche con una colica ureterale;
- cause ginecologiche: torsione o rottura di cisti ovarica, gravidanza extrauterina (la presenza di "flusso mestruale" non la esclude: può trattarsi di metrorragia non mestruale);
- altre cause più rare (?): dovrebbero essere ricercate documentandosi sui testi.

*Al Pronto Soccorso Elena staziona alcune ore come "codice verde", prima di incorrere in una lipotimia ed essere portata in sala visite. Dagli esami risulta un'emoglobina di 7,9 g/dl. Un'ecografia addominale mostra una gravidanza extrauterina nella tuba destra. Viene immediatamente sottoposta a trasfusione e operata d'urgenza. L'ultima mestruazione risaliva a più di due mesi prima, ma il ritardo era stato riferito all'abituale irregolarità dei cicli. Inoltre, Elena aveva fatto un test di gravidanza, negativo, ma pochi giorni dopo un rapporto. Quella che era in atto non era una mestruazione, ma un'emorragia.*

Quando ho presentato questo caso ad un congresso dello CSeRMEG alcuni anni fa, una collega ginecologa mi ha detto che la diagnosi lei l'aveva fatta immediatamente. Questo dimostra come **la capacità di saper effettuare una valutazione e una diagnosi con un processo analitico o sintetico dipende dall'esperienza e dalla formazione del medico**.

**Caso clinico n°6 (Processo diagnostico sintetico… sì e no)**

Sì e no perché non tutto riesce ad essere classificato bene.
*Antonio è un mio paziente di 79 anni. Mi porta le analisi che gli ho prescritto per una febbricola persistente con cefalea e dolori muscolari (spalle e braccia), senza limitazioni funzionali. C'è una lieve anemia normocromica (Hb 10,8 g/dl), VES 104 mm/h e PCR 65 mg/dl.*
M: "*C'è uno stato infiammatorio, Antonio, bisogna capire da dove proviene*". -
P: "*Potrebbe essere un'infiammazione dei denti? Quando mangio mi fa male qui a destra, non riesco a masticare*". -
M: "*hmmm … ... solo quando mastica o anche se si ferma*?" -
P: "*No, quando mi fermo il dolore passa quasi subito*". -
M: "*Ah! … E ha ancora il mal di testa?*" -
P: "*Sì, la Tachipirina non mi ha fatto niente; mi fa solo sudare.*"
*Il medico si alza per osservare il paziente da vicino, poi, di fronte allo sguardo interrogativo del collega in formazione, compila una ricetta: deltacortene compresse da 25mg, quattro compresse al giorno. Che cos'era?*

Diagnosi di arterite temporale di Horton, patologia assolutamente rara in MG, emersa quando il medico ha riconosciuto la claudicatio della mandibola, un segno molto suggestivo, associata a sintomi chiaramente riferibili a una polimialgia reumatica (questa è frequente in MG per cui si impara poi a riconoscerla) e all'osservazione dell'arteria temporale prominente e tortuosa.

Il procedimento diagnostico sintetico in questo caso richiede la conoscenza della patologia, il riconoscimento del sintomo suggestivo e anche un fortunato intuito del MMG. Anche qui, un reumatologo avrebbe probabilmente ipotizzato la diagnosi già quando il medico aveva prescritto le analisi, anche prima. Ci si poteva arrivare con un procedimento analitico, ma rischiando (si può perdere irreversibilmente la vista da un momento all'altro!) perdendo potenzialmente molto tempo.

Curioso che io abbia visto tre casi di arterite temporale di Horton in pochi mesi, uno di seguito all'altro, poi non me ne sono più capitati. Questo è stato quello che mi ha impegnato un po' di più perché ho dovuto prescrivere le analisi arrivando alla diagnosi nel giro di un paio di consultazioni; gli altri due, invece, li ho centrati subito.

Questo spiega anche quanto **il percorso, l'esperienza anche recente, porta a focalizzare l'attenzione su certe cose**.

**Caso clinico n°7 (Sintomi suggestivi)**

Naturalmente è importante il riconoscimento di sintomi suggestivi. Potrei raccontarvi un altro caso in cui proprio il *framing* era peculiare:

*P: "Mi sta capitando una cosa veramente strana che non riesco a capire" -.*
*M: subito sull'allerta, pensa "Vabbè ne ho viste tante, che vorrà…" -.*
*P: "No niente, semplicemente mentre lavoro mi rimane alla vista quello che ho visto prima, cioè non quello che sto facendo adesso. Mi spiego, io guardo il mio collega, poi giro gli occhi davanti al computer e ho metà del campo visivo occupato dal mio collega, mi giro e il collega non c'è." -.*
*M: "Ma è capitato una volta sola?" -.*
*P: "Ma no, in continuazione, anche adesso: sto vedendo metà della sala d'attesa, e cose di questo genere." -.*

Qui la diagnosi è più difficile, il segno patognomonico bisogna proprio conoscerlo, sapere che esiste. Questo segno si chiama palinopsia, dovuto a un deficit a livello parieto-occipitale che provoca rimozione dell'immagine da parte della corteccia visiva.

È in molti casi causato da un tumore al cervello e difatti questa signora aveva metastasi cerebrali di un tumore della mammella. Bisogna sapere che esiste perché altrimenti uno potrebbe inviarla allo Psichiatra, al Neurologo… io l'ho mandata a fare la Risonanza Magnetica immediatamente e poi è andata dal Radioterapista.

## *EQUIVALENTI DEL PROCESSO DIAGNOSTICO ANALITICO*

Ci si può avvalere di regole o scale a punteggio, ad esempio:

- Criteri di Centor per la tonsillite streptococcica;
- Criteri di Ottawa per la distorsione della caviglia o ginocchio;
- Scala di Wells per la trombosi venosa profonda;
- Diverse scale a punteggio per la valutazione di rischi prospettici (es.: CHADS2 per il rischio embolico nella fibrillazione atriale, ABCD2 per il rischio di ictus dopo TIA, Child-Pugh per la mortalità nella cirrosi epatica, PORT per il rischio di morte nella polmonite).

Bisogna però ricordare che si tratta di regole validate solo per i contesti in cui sono state studiate; esprimono stime probabilistiche di rischi o sulla presenza (o assenza) di determinate patologie

**Caso clinico n°8 (e questo...che cos'è?)**

IMAGES IN CLINICAL MEDICINE

A Medical Mystery

Heinrich Kremer, M.D.

N Engl J Med 1997; 336:846 | March 20, 1997 | DOI: 10.1056/NEJM199703203361206

Figure 1 - A single diagnosis explains the unusual findings in this 79-year-old woman.

Si tratta di un mistero medico preso dal NEJM. È semplice, un subittero monolaterale. Peccato però che il monolaterale non esiste… allora che cos'è?

C'è un'unica cosa che può dare quel quadro lì: una protesi dell'occhio destro! Solo uno era l'occhio buono, quell'altro era una protesi. Mi ricordo che quando provai a rispondere, non indovinai. Pensai a un esito di un'ecchimosi sottocongiuntivale che si stava schiarendo e aveva dato quella colorazione giallastra, invece mi risposero "Risposta errata! Riprovi che avrà più fortuna". **Questo è il pensiero laterale, oltre alla diagnosi analitica e sintetica, certe volte bisogna essere capaci di pensiero laterale.**

**Caso clinico n°9 (Chi fa la diagnosi?)**

*Pietro, pensionato di 70 anni, va dal medico per una stipsi insorta da due mesi circa. È preoccupato perché il suo intestino è sempre stato regolare e non ha cambiato alimentazione. Alla visita, il MMG rileva solo una lieve dolorabilità e corda colica in fossa iliaca sinistra. Consiglia di aumentare le verdure, bere molto, e di fare una colonscopia, "per sicurezza": potrebbe essere una diverticolosi, ma va appurato. Alla colonscopia, si rilevano diverticoli del sigma, ma non si procede oltre per una stenosi. L'Endoscopista fa alcuni prelievi e consiglia un clisma opaco. L'esame istologico mostra un adenocarcinoma.*

Chi ha fatto diagnosi? Il paziente che era "preoccupato", il MMG che ha prescritto la colonscopia, l'Endoscopista che ha trovato la stenosi "sospetta" o l'Anatomopatologo che ha letto la biopsia?

Nella copia della cartella clinica, portata al MMG dal paziente dopo la dimissione dall'intervento chirurgico, si legge nell'anamnesi: "A causa di dolori addominali, il paziente ha effettuato una colonscopia che ha rilevato un adenocarcinoma stenosante del sigma". Nelle cartelle, il MMG non esiste. Abituatevi ad avere questo grado di considerazione nel mondo medico.

Vi ringrazio.

Se volete, potete fare domande, ma vorrei anche il vostro parere, le vostre impressioni, interventi, critiche e osservazioni, appunti, qualcosa che vi ha interessato, qualche punto che volete chiedere… o siete stremati, è anche legittimo!

*Domanda (D): Come si può rendere più visibile il lavoro del MMG, soprattutto nei casi che richiedono molta energia mentale, molta conoscenza e molto tempo? Come può essere reso riconoscibile il lavoro fatto dal MMG per chi organizza il sistema e anche per il medico stesso, perché si renda conto dell'utilità del suo intervento?*

Risposta (R): Bisogna riuscire a produrre dati su quello che si fa ed essere presenti nel mondo medico. Bisogna essere *accountable* in modo da dire "Abbiamo fatto questo e questo è quello che abbiamo ottenuto", anche se a volte sono risultati in negativo. Prima parlavo di numeri, parlando di persone da trattare per evitare un evento. Per esempio, in ambito preventivo tratto un iperteso per evitare che si faccia un ictus: per ottenere un risultato di prevenzione di eventi, i trial clinici ci dicono che devo trattare un'ipertensione di grado lieve-moderato in 100 persone per avere in 5 anni un caso in meno di ictus.

Se quel caso viene effettivamente evitato, quel caso noi non lo vediamo: **la prevenzione funziona, infatti, proprio quando non succede niente ed è quindi invisibile per definizione**.

Bisogna essere consapevoli che non si può riuscire a far vedere questo, **però si può riuscire a far vedere il proprio lavoro producendo dati di attività**.

I pazienti riescono a percepire l'impegno che un medico mette nella loro cura, mentre se si guarda da un punto di vista globale, come esperti di Sanità Pubblica, quello che fanno i vari servizi e i vari operatori in MG risulta abbastanza poco.

È però anche una responsabilità quella di non sapersi proporre se non come categoria di lavoratori e non come comunità scientifico-professionale: basterebbe documentare quello che si fa e poi magari un esperto di Sanità Pubblica o di Medicina riesce anche a dire qual è il prodotto.

**Il prodotto in termine di rapporto coi pazienti, invece, lo possono vedere solo i pazienti.**

*D: Però è un lavoro invisibile anche dal punto di vista dei colleghi. Nel caso precedente, è stata fatta la colonscopia per dolori addominali e del lavoro del MdF non è stato fatto accenno. Quindi anche i nostri stessi colleghi vedono il nostro lavoro come invisibile.*

R: Lo vedono come invisibile quando va bene. Il caso peggiore è quando, essendoci tanti accessi al Pronto Soccorso, i colleghi dicono che i MdF non fanno niente. Questo dipende anche dal fatto che siamo considerati una categoria di serie B, mentre questo è falso.

Nell'ambito della Sanità Pubblica, la Medicina Generale viene abbastanza scavalcata. Ha avuto un periodo più favorevole 20 o 30 anni fa quando ancora ci si credeva. Attualmente col passaggio della sanità alle Regioni la rilevanza del lavoro clinico riconosciuta alla MG è a mio parere diminuita parecchio. È impossibile eliminarla, però ci sono evidenti segni di emarginazione. Per esempio, in Lombardia si è tentato di affidare la gestione della cronicità ad altri gestori che non sono i Medici di Medicina Generale.

C'è uno scadimento abbastanza rilevante in termini di considerazione.

Spesso quando io mando un paziente al PS con una relazione clinica e un ECG fatto, vedo il referto del PS all'uscita con scritto "Il paziente accusava palpitazione, veniva in PS con mezzi propri, etc.", senza fare menzione dell'attività del MMG.

Il PS pensa di lavorare troppo per accessi inappropriati per la MG che non funziona mentre spesso è l'ospedale che non funziona: se non ci sono posti letto per i pazienti non è un problema dei medici che lavorano fuori.

*D: Rispetto a come dimostrare il lavoro invisibile, consiglio di leggere lo studio di Tudor Hart. La practice ha portato avanti per vent'anni un progetto di medicina di iniziativa portata in un villaggio inglese. Dopo vent'anni hanno fatto lo studio confrontando il villaggio con quello vicino, avente le stesse caratteristiche socioeconomiche, ed hanno dimostrato il numero di eventi che non sono accaduti. Non è quindi vero che non si possa dimostrare, ma per come è impostata oggi la MG in Italia, che non fa ricerca poiché non ha l'organizzazione per farla, non si può dimostrare. In realtà si può fare, ed è stata fatta, la misurazione dell'invisibile in MG.*

R: È proprio quello che dicevo prima. Bisogna produrre dati. Tudor Hart lo ha fatto. Ha prodotto dati e li ha anche pubblicati. Nella sua epoca era forse più facile produrre dati. Ora siamo sommersi di dati. Ma comunque produrre dati nella MG in Italia potrebbe offrire la possibilità di mettere le mani in un ambito di ricerca indispensabile.

**Se vogliamo definirci specialisti nella nostra disciplina dobbiamo sapere che qualunque disciplina specialistica deve essere in grado di produrre la propria ricerca, altrimenti si può affermare ma con scarsa consistenza.**

*D: Secondo me c'è un problema serio di organizzazione del lavoro: produrre dati è un lavoro che paga meno. Quindi c'è il problema di lavorare come solista. Non si può lavorare come solista. È importante che la MG sia primo contatto. Ma noi possiamo fare primo contatto da soli? O dobbiamo essere inseriti in una rete che fa primo contatto?*

R: Questo non lo so. Probabilmente ci possono essere organizzazioni diverse. Dal punto di vista della ricerca, si può fare ricerca anche su dati retrospettivi non raccolti per progetti ad hoc, però sicuramente è difficile ed è molto meglio fare ricerca avendo un'idea chiara di che cosa si vuole studiare e raccogliendo i dati in maniera mirata. Questo si può fare. Non è che non sia stato prodotto nulla in Italia in termini di ricerca.

Sul sito dello CSeRMEG ci sono copie di lavori di ricerca fin dai primi anni Ottanta. Alcuni sono molto belli da leggere anche per la semplicità con cui uno formula una domanda e cerca di darsi una risposta. Si vede come per darsi una risposta bisogna raccogliere una serie di dati ed è meglio che uno non lo faccia da solo altrimenti c'è un forte bias. Mettendo insieme più medici si riesce ad ottenere qualcosa. Sarebbe bello maturare un po' di esperienza anche in questo.

**Il passaggio più difficile è porsi le domande appropriate, poi le metodologie si trovano.** Lo scopo non deve essere per forza quello di pubblicare sul NEJM ma anche solo quello di fare autoformazione alla ricerca e scoprire cose che non si conoscevano e possono generare altre domande e ricerche anche più vaste. Se un medico ha mediamente 1000 assistiti, 40 medici del Movimento Giotto in rete hanno una popolazione che è 4 volte quella di un grosso trial.

*D: Ma ci sarebbe comunque un bias lo stesso perché ragioniamo in maniera diversa rispetto a tutti gli altri medici sul territorio.*

**In chi fa ricerca c'è sempre un bias di selezione** perché altrimenti non sarebbe uno di quelli che fa ricerca. L'ho detto all'inizio parlando di quanti sono realmente i pazienti su cui viene fatta ricerca nei centri di terzo livello e universitari. Sono una piccola frazione di pazienti che è stata filtrata dai centri di secondo livello, che è stata filtrata dai centri di primo livello, che è stata filtrata dai MMG, che si è autofiltrata rispetto a quello che succede nella popolazione generale.

C'è sempre un bias di cui l'epidemiologia clinica è abbastanza consapevole, per cui poi ci sono gli studi pragmatici e gli studi *real life* e ci sono le osservazioni post ricerca, che potrebbero essere un campo affrontabile per vedere se quello che è stato dimostrato è riproducibile con interventi nella pratica reale.

È un campo interessante perché a volte interventi che hanno una significatività statistica nell'evitare eventi patologici, nel prevenirli o nel determinare guarigione hanno un intervallo di confidenza molto ampio. Allora uno si chiede: se questo intervento di efficacia dimostrata e statisticamente significativa, che ha un gap di intervallo di confidenza, all'interno della struttura dove è stata effettuata la ricerca si colloca al centro di quell'intervallo di confidenza, vale lo stesso per la mia pratica piena di rumori di fondo e bias? O

magari sto al livello minimo dell'intervallo di confidenza, per cui sto talmente vicino alla non significatività statistica che forse tutto sto risultato è difficile che lo ottenga? Quindi posso chiedermi come fare per ottenerlo.

**Oltre che ricerca originale, la MG può anche fare le pulci alla ricerca già pubblicata.** Si tratta solo di **sapersi porre le domande giuste e mettersi nelle condizioni di sapere rispondere**.

Posso anche valutare le interazioni col secondo livello e vedere che succede. Quanti dei miei pazienti che vanno in Pronto Soccorso o che si ricoverano escono con una terapia modificata di condizioni che non erano quelle per cui sono entrate in Pronto Soccorso? Si può valutare quanto questo può essere giustificato o meno. Questo può essere già un'idea di lavoro. Cercare delle spiegazioni sul perché le terapie vengono cambiate, perché questo può anche significare buttare via farmaci che già erano in uso e disponibili a casa del paziente. Oppure significa per il medico dover spiegare che un farmaco è uguale a un altro.

*D: Riprendendo lo spunto che ci aveva fornito sullo studio del NEJM del 1961 ["L'ecologia delle cure mediche"]: 750 pazienti su 1000 avevano una motivazione per rivolgersi al medico ma solo 250 pazienti accedevano al MdF. Probabilmente, nel 1961 quei 500 pazienti con una motivazione di accesso non si rivolgevano ad altri centri/a specialisti, ma aspettavano che la loro problematica arrivasse a un punto tale da necessitare l'accesso all'ambulatorio di MG. Oggi, invece, il paziente fa una miriade di esami diagnostici e prestazioni al di fuori del Sistema Sanitario Nazionale e accede al MdF quando il problema non si risolve. Come si affronta tutta questa "over-medicalizzazione"? Come si affronta, da MdF, il paziente che non viene solo per il processo di cura ma con tutto il bagaglio di esperienze di altre prestazioni eseguite al di fuori del processo decisionale condiviso con il medico?*

R: **Io credo che il medico non riesca a farsi carico di quello che avviene prima della consultazione, può però dare un parere o un suggerimento a posteriori, senza giudicare il percorso del paziente.**
**Qualche volta i percorsi di *"auto-cura"* del paziente sono efficaci**, quantomeno nel gestire un'attesa che risolva il problema. Se su 750 pazienti, 500 vanno dal medico, chiaramente 250 non ci vanno e questo significa che hanno risolto autonomamente il loro problema, sperando che non trascurino situazioni potenzialmente gravi.
Sono stati condotti studi che hanno analizzato quali siano le caratteristiche dei sintomi che portano più facilmente alla consultazione medica: generalmente si tratta di sintomi legati all'**intensità** della sintomatologia stessa, alla **novità** della sintomatologia o al fatto che siano sintomi **inspiegabili, bizzarri**.
Fortunatamente non tutti vanno dal medico, qualcuno se la cava per conto suo. Altre volte arrivano con l'ecografia in mano o l'ecodoppler venoso degli arti inferiori che però non era l'esame appropriato perché ad esempio il male alla gamba era provocato da una sciatica: il medico può intervenire dicendo al paziente che poteva venire prima in ambulatorio per decidere insieme il percorso di cura. Non mi farei un grosso problema di quello che i pazienti fanno prima della visita medica.
C'è un fenomeno di medicalizzazione ma c'è anche la **capacità di autogestione del paziente** che è un fenomeno vitale, ci sono comportamenti che le persone hanno appreso in quanto esperti di se stessi, esperti di vita, persone nate capaci di seguitare a vivere. Non possiamo fare i moralizzatori del contesto medico: l'altro giorno un mio paziente mi ha mandato una e-mail con la spirometria che ha fatto in piazza con un gruppo di volontari che agivano per la sensibilizzazione dei pazienti alle malattie respiratorie. È un paziente di mezza età, che non ha mai fumato e senza sintomi respiratori. Ho risposto al mio paziente che la spirometria è normale, mi dispiace che i volontari vengano occupati, in buona fede, per fare studi su pazienti sani quando potrebbero essere più utili portando le coperte ai barboni di notte (mi era tornato in mente un fatto del genere avvenuto in passato).

Si possono analizzare storie, si può parlare con i pazienti, si può approfondire, però quello che succede nella MG è che c'è una conoscenza di lunga data con i pazienti, il ricambio spesso è relativamente modesto (ho pazienti che seguo da 40 anni) e quando c'è una storia di conoscenza così approfondita, quella consultazione nuova aggiunge 10 minuti a 40 anni di rapporto continuativo quindi **a volte non occorre dare tante spiegazioni**.
Ci sono persone che vengono da me e mi dicono
*"Dottore adesso si arrabbierà"* . Mi sembra difficile, ormai sono abbastanza invulnerabile.
"Mi dica pure"
*"Per il mio compleanno mi sono fatto una visita cardiologica!"*
"Se per lei la visita cardiologica con ECG e test da sforzo è un regalo, mi dispiace, ma che male c'è? Scommetto che era tutto normale."
*"Come ha fatto ad indovinare?" -.*
La MG è fatta anche di questo: è difficile che si possano condividere cose di questo genere. E lascia perplessi Lo specialista che effettua una prestazione, senza alcuna indicazione clinica, a semplice richiesta.

*D: Quando noi attuiamo il processo decisionale seguiamo i flussi dalla probabilità e, a volte, nonostante gli anni di pratica, succede di sbagliare. Anzi, forse si sbaglia molto di più rispetto all'inizio. Per cui mi chiedo: come si può arginare l'errore decisionale?*

R: Questa è una bella domanda e forse meriterebbe un'altra parte di convegno per rispondere. Intanto, **dagli errori si impara per cui se uno sta attento riesce a non fare gli stessi sbagli**.
**Gli errori però sono inevitabili**. Io ho fatto errori, anche pesanti, in qualche caso, quando ho riletto il diario clinico del paziente mi sono chiesto come ho potuto sbagliare.
Non sono sicuro che all'inizio della professione si sbagli di meno, diciamo che all'inizio si va con i piedi di piombo. Il giovane medico poco esperto, se è una persona seria e consapevole, si muove in maniera molto cauta. Se vuole rischiare meno può essere che sbagli meno, al prezzo di dover delegare o chiedere aiuto più spesso rispetto al medico esperto.
Il medico esperto non deve rischiare di essere superficiale e presuntuoso: sbagliare è inevitabile e bisogna valutare entro quali limiti è accettabile l'errore e in quali casi bisogna dire *"No, questo non dovevo farlo"*. Poi, **nei confronti del paziente è fondamentale scusarsi**: i pazienti non accettano la presunzione, l'arroganza, la superficialità; se vedono l'impegno, non dico che ti perdonano proprio tutto, ma ti collocano in una posizione diversa rispetto al medico che ha dimostrato superficialità, arroganza e li ha liquidati.
Non credo si possa evitare di sbagliare.

Ricordo sempre il caso del paziente che mi ha chiamato in piena stagione influenzale, e mi ha detto *"Sento che sto per avere la febbre"* –. "Prenda un paracetamolo e mi richiami lunedì" -. Lo rividi qualche settimana dopo per la strada e mi disse *"Dottore, si ricorda quella volta che lo chiamai per l'influenza? Era Plasmodium falciparum!"*. In effetti si trattava di un paziente che andava periodicamente in Kenya per lavoro, cosa che non ricordavo a quell'ora del sabato; bisogna imparare a gestire in sicurezza le situazioni.

Pensare di non sbagliare non è realistico, bisogna preparare il terreno per poter affrontare eventuali errori, **imparare dai propri sbagli, essere cauti, ascoltarsi durante quei processi di *problem-framing* per sentire se c'è la cosiddetta dissonanza cognitiva, il disagio decisionale** che, a volte, ti manda degli input.

In questo senso ricordo una diagnosi fortunata di un paziente che aveva tutti i sintomi di questo mondo tranne quelli dell'infarto e ho deciso di fare un ECG perché non capivo cosa avesse: riferiva spossatezza e male alla spalla; la moglie, infermiera, gli aveva somministrato un diclofenac. Il paziente era stato a caccia e aveva preso freddo il sabato pomeriggio ed era venuto da me solo il lunedì mattina; qualcosa dentro di me mi ha detto di fare un ECG: il paziente aveva un infarto in atto e ho chiamato il 118. Il signore è morto due giorni dopo perché si è tenuto un infarto anteriore esteso per due giorni. Se non avessi fatto un ECG il paziente sarebbe tornato a casa con il paracetamolo, sarebbe morto a casa e io non ci avrei fatto una figura entusiasmante. Quello che mi ha salvato non è stata la perspicacia ma un'intuizione, qualcosa che mi ha messo a disagio mentre ascoltavo. Un altro caso che ricordo, in cui questo meccanismo non è scattato, è stato il caso di una signora che si sentiva gonfia a livello addominale per cui l'avevo rinviata a casa con i fermenti lattici. Scoprì poi trattarsi di una sindrome nefrosica. Io l'avevo visitata e in quel momento non aveva edemi, ma lei si era sentita gonfia prima: questo ci spinge a ricordare che **bisogna sempre prendere i pazienti sul serio, quello che dice il paziente vale come un emocromo o la glicemia!**

*D: Ci ha mostrato lo schema di Valcanover, dove noi siamo immersi come pazienti e come medici in un sistema complesso, all'interno del quale c'è anche il sistema famiglia. Come si approccia riguardo questo aspetto? Per lei è importante?*

R: Sì, è importante e inevitabile. Capita spesso che una persona venga per conto di un familiare, racconti cose e chieda informazioni.
**Bisogna essere cauti**, ci sono dei limiti in ambito di privacy: bisogna essere sicuri di poter effettivamente dare informazioni al parente che le richiede, il rapporto privilegiato è sempre con il paziente.

Una rete complessa ed intrecciata si verifica con le persone gravemente invalide, che non sono autonome e che hanno familiari o altre figure che ruotano attorno alla gestione della loro persona. Non credo che esista un'educazione medica che ti possa offrire indicazioni su questo: devi sapere che questo è il contesto reale in cui ci si trova e ci si relaziona con tutte le figure che ruotano attorno all'assistito, ricordando che il rapporto privilegiato è quello medico-paziente e prima di tutto bisogna lavorare lì. Però non sempre è possibile limitarsi a questo.

Se il paziente ha una grave demenza, è allettato, ci si relaziona inevitabilmente con i parenti che ti chiedono se sia il caso di mettere un sondino, un catetere o l'ossigeno: in questo caso bisogna confrontarsi con la famiglia e chiedere *"Dove vogliamo andare?",* con molta attenzione e molta cautela perché qualcuno potrebbe interpretare questa domanda come un rifiuto di voler fornire cure.

Tentare di fare di tutto per il paziente, fino all'ultimo, è uno dei motivi più frequenti per i quali si interloquisce con la famiglia, spesso con posizioni divergenti.

*D: Le chiedo un'opinione, un suggerimento: ci sono patologie che noi MMG vedremo poco o mai; magari le abbiamo studiate, possiamo trovarle nella letteratura, ma alcune cose come la vista, il tatto, gli odori sono difficili da acquisire da un testo, il rischio è di non riconoscerli. Capita che magari durante gli anni universitari ne hai fatto esperienza, ma dopo trent'anni anni ti sfugge di mente. Mi viene in mente il caso, visto con la mia tutor, di un'ulcera da linfoma, che sappiamo esistere, ma mi stupì come lei da una foto riuscì a riconoscerla. Io non avevo mai visto un'ulcera da linfoma. Come possiamo evitare l'errore dato dalla scarsa esperienza?*

R: Sono linfomi a cellule T che hanno manifestazioni prevalentemente cutanee, se le conosci le riconosci al volo (ne ho viste 2 o 3), ma a parte questo non è che tutto si possa evitare. Ci sono cose che si acquisiscono solo con l'esperienza, altre che rimangono impresse anche se le hai viste una volta sola perché fanno molto effetto, come un linfoma cutaneo a cellule T.

Bisogna però ammettere che non avere sufficiente esperienza comporta dei limiti, si spera di farsela questa esperienza. Quello che si studia sui libri ha a che fare con tutto lo scibile medico sul quale la memoria ha un effetto di tipo selettivo, permettendo di conservare quello che si usa e perdendo quello che non si usa.

Si può sempre ristudiare: ci sono argomenti che mi sarò studiato venti volte perché mi piacciono, non mi capitano mai e mi scordo sistematicamente dopo un po'. C'è poco da fare: non si può avere la stessa performance in tutti gli ambiti, basta avere un metodo e sapere che alcune cose magari puoi non ricordartele, si ricorre a procedimenti di tipo analitico, **accettare pazientemente e serenamente le limitazioni che uno ha**.

**L'esperienza è limitativa in qualche modo, sia quella che hai che quella che non hai**. L'esperienza che hai a volte è limitativa perché ti spinge a pregiudizi, per esempio: *"Questo è un mio paziente che conosco da molti anni"*. Ho capito che tu lo conosci da tanti anni però è venuto per caso da me una volta, l'ho visto in faccia e aveva un ipotiroidismo di quelli da libro. Il suo medico probabilmente lo aveva visto in una trasformazione talmente lenta nel tempo che gli era sfuggito, mentre uno che lo vede per la prima volta lo riconosce a colpo d'occhio.

L'esperienza e la conoscenza del paziente come limite in tutti i sensi: nel senso di quella che non hai e nel senso di quella che hai e sulla quale fai affidamento.

*D: Penso che medici e studenti di medicina dovrebbero essere anche formati al pensiero che l'errore esiste e bisogna saperlo gestire, il medico non è onnipotente anche se il paziente ti investe di tale desiderio salvifico; questa è una parte molto importante che manca alla nostra formazione. Noi abbiamo il dovere di formarci per offrire il meglio possibile ed evitare l'errore il più possibile, però capiterà di sbagliare. Quello che spesso capita, invece, è che il medico che sbaglia si vergogna, è frustrato e non condivide il suo errore.*

R. È giusto evitare pensieri di onnipotenza e disincentivarli nei pazienti, anche se vi posso assicurare che oggi il paziente non crede più che il medico sia onnipotente.

*D: Resta il fatto che 24 ore al giorno sono poche per fare tutto quello che dobbiamo fare e che vogliamo approfondire. Sicuramente la sua esperienza ci può essere d'aiuto indirizzandoci su che cosa dovremmo focalizzare di più in questa parte iniziale della nostra vita professionale, noi che non abbiamo la convenzione, che non abbiamo i nostri pazienti, o che l'abbiamo da poco. Probabilmente lo studio resta la cosa più importante in questa fase, però mi chiedevo quale fosse, secondo il suo parere, la cosa più urgente da fare.*

R: Per uno che ancora non ha la convenzione, è sicuramente importante **fare manutenzione di quelle che sono le proprie competenze**.

**Evitare di scambiare la Guardia Medica come qualcosa che ha a che vedere con la MG**, perché non ha a che vedere assolutamente niente in quanto si tratta di consulti una tantum e casi clinici acuti cosa che nella MG sono aspetti abbastanza marginali, se disgiunti da un prima e dopo. Fare uno sforzo di comprensione che il lavoro del MdF è un altro. Nel momento in cui uno comincia a darsi un'organizzazione, un metodo, non si può ricordare e sapere assolutamente tutto. Io tengo un foglietto sulla scrivania dove, quando lavoro e su suggerimento delle situazioni che mi si presentano, appunto delle cose che è il caso che vada a rivedere. È pacifico che non possa sapere tutto, che non possa ricordarmi tutto, non possa saper gestire tutto.

**Organizzare il lavoro, avere dei rapporti buoni e validi con i colleghi per costruire una forza d'impatto sul territorio, dove c'è un ecosistema delle cure fortemente inquinato**. Diciamo che tutto è importante quando si comincia.

Un'attenzione particolare va data al fatto che i pazienti non sono tutti uguali, ci sono quelli che hanno molto più bisogno di essere presi in carico e altri molto meno. L'attenzione del medico a volte emerge anche per simpatia, per feeling con certi pazienti. È molto più facile avere feeling, simpatia, un rapporto cordiale e anche gradevole e piacevole con persone con un certo livello culturale, che solitamente sono quelle che hanno molto meno bisogno di cure e assistenza. È più difficile invece interagire con persone che hanno una vita più difficile, un bassissimo livello culturale, che combinano casini di tutti i generi, scostanti, a volte maleducati. Sono persone queste che vanno viste come una popolazione ad altissimo rischio, solitamente vanno incontro ad eventi patologici con molta più facilità, fanno più utilizzo scorretto di risorse sanitarie, sono loro i primi che ci vanno di mezzo.
Bisogna quindi **fare in tempo a riconoscerli e distinguere le categorie di rischio nella popolazione assistita**.
È molto importante rendersi conto di quanta differenza fa la caratteristica della persona a parità assoluta di condizione clinica.
Ci sono un mare di studi, fatti da Marmot e non solo, sulle differenze che le caratteristiche socioculturali ed economiche dei pazienti esercitano sugli eventi patologici; anche semplicemente avere una compliance adeguata ai trattamenti per via di condizioni socioeconomiche e culturali migliori.
Nello studio CHARM si era dimostrato come il Candesartan fosse chiaramente in grado di ridurre la mortalità per scompenso cardiaco. In un bellissimo studio postumo, uno si è divertito a fare la revisione dei dati, dividendo i pazienti non tra placebo e chi prendeva il farmaco, ma tra pazienti che avevano avuto un alta compliance (indipendentemente dal fatto che prendessero il placebo o il farmaco) e i pazienti che avevano avuto una bassa compliance (indipendentemente da quello che prendevano): i pazienti con alta compliance, che prendessero il placebo o che prendessero il farmaco, avevano una mortalità più bassa di quelli con scarsa compliance (indipendentemente dal farmaco che prendevano). Questo dà un'idea, una fotografia dell'importanza delle caratteristiche socioeconomiche delle persone.

Quindi la prima cosa di cui rendersi conto se dovete tenere uno studio da qualche parte in città, è **in che quartiere si trova**, che aria tira da quelle parti. Poi ci sono molte altre cose: l'organizzazione del lavoro è fondamentale, altrimenti non se ne esce vivi!

**Ricordate che quello che si fa dall'inizio è un qualche cosa da cui è difficile tornare indietro**: se uno comincia a lavorare ad accesso libero, tutti i giorni, dalla mattina alla sera sarà molto difficile che poi possa ridurre il suo orario e lavorare per appuntamento, implica uno sforzo notevole. La gente accetta mal volentieri cambiamenti di situazioni consolidate.

*D: Come si dovrebbe organizzare la MG per far fronte alle sfide della cronicità? Da una parte si parla di Microteam, dall'altra di Case della Salute con équipe ampie (Assistenti Sociali, etc.)*

R: Medicina di Popolazione, medicina proattiva. **Credo sia di prioritaria importanza fare medicina proattiva con dei programmi di sorveglianza sulle cronicità in modo attivo nel tempo**.

Uno degli esempi che abbiamo fatto oggi è sul ruolo della figura dell'infermiere e della segreteria. Il medico si deve scordare di lavorare da solo se vuole affrontare la cronicità. Potrà anche fare dei buoni interventi "a domanda" ma comunque è necessaria una struttura organizzativa che permetta la pianificazione proattiva, che essa poi la sia chiami Casa della Salute, Microteam o come volete.

Quello che è importante, è focalizzare che abbiamo bisogno di **un'organizzazione con più personale qualificato e lavorare in maniera coordinata**, non solo il medico.

Il personale farà la maggior parte del lavoro; il medico si dovrà occupare di ricevere le informazioni dal personale, per esempio infermieristico, sul rischio di instabilizzazione e percezioni di problemi dei pazienti cronici che vengono visti periodicamente dagli infermieri. Ad esempio, il paziente con scompenso cardiaco andrebbe visto periodicamente a domicilio monitorandone segni e sintomi ("*Ha preso peso?*", "*Ha edemi?*", "*È dispnoico?*", "*Prende regolarmente i farmaci prescritti?*"). Dobbiamo avere un personale che ci consenta di fare questo, per evitare riacutizzazioni e criticità.

Personale certamente dipendente (così come il personale di segreteria) che dovrà gestire con competenza la mole enorme di richieste burocratiche, filtrare le visite per il medico, etc. Anche perché dovete considerare che per un terzo, o anche più, delle richieste dei pazienti non serve la visita del medico e quindi capite bene che è importante il personale di segreteria che filtri adeguatamente le chiamate ed organizzi gli appuntamenti.

Noi dobbiamo avere un sistema organizzativo (Casa della Salute, Microteam, etc.) che ci consenta di lavorare per ottenere un coordinamento e una condivisione efficace delle informazioni e dei diversi ruoli, soprattutto su questa fetta di pazienti, minoritaria ma importante perché impegna una quota consistente del Sistema Sanitario per l'alto rischio di riacutizzazioni ed aggravamento.

Spesso i colleghi di PS si lamentano perché "mandiamo" i codici verdi: è vero, vedono troppi codici verdi e dobbiamo migliorare, però noi MMG dobbiamo soprattutto evitare che non gli arrivino i codici rossi, siamo noi che dobbiamo lavorare per mantenere stabilità delle situazioni croniche.

*D: Rispetto all'organizzazione della MG, in passato si è parlato di dipendenza e di libera professione. Da un lato abbiamo il libero professionista, che sappiamo può tutelare meglio il paziente a livello individuale (e mi domando se possa fare lo stesso a livello di popolazione), dall'altro abbiamo la tutela della professione. Mi chiedo se libera professione in MG abbia la priorità sui dati dei singoli individui: sarebbe interessante capire come vanno i trend di popolazione da un punto di vista epidemiologico. Quali sono le responsabilità del MMG? Sono 50.000 i MMG in Italia di cui non si hanno dati su cosa avvenga negli anni, che fanno un lavoro abbastanza oscuro, si potrebbe dire, alle cui cartelle nessuno accede. Forse il passaggio alla dipendenza renderebbe più conoscibile, nonché trasparente, anche questo aspetto. La percentuale della ricerca attuale che riguarda la MG è estremamente esigua. Cosa pensa di un cambiamento dello status del contratto della MG? Anche per capire cosa fa la MG che non significa per forza il passaggio dalla libera professione a dipendenza.*

R: Sul passaggio alla dipendenza io sono scettico, preferisco organizzarmi da me. Non so bene, e in che modo, potrebbe migliorare il mio lavoro essere un dipendente. Di chi? Della Regione oppure del SSN? Che cosa cambierebbe? Magari ci darebbero il cartellino da timbrare dentro lo studio. Comunque mi sembra improponibile per motivi di costo, perché poi dovrebbero fornire i MMG di strutture, impensabile.

Detto ciò, io credo che quando uno abbia le capacità di organizzare bene il proprio lavoro, la differenza non la fa la forma contrattuale tra libera professione/dipendenza ma la **collaborazione con il personale che sappia qual è la finalità del proprio lavoro, che sappia ottenere il controllo e la gestione di quel che si vuole controllare in maniera finalizzata**.

Non credo ci siano grandi modifiche da fare nello status giuridico della professione attualmente, sinceramente non credo che possa portare a grandi cambiamenti. Forse uno **status giuridico di team professionale** potrebbe dare dei vantaggi vari (credito delle banche, soggetto giuridico di team a livello culturale riconosciuto come unico soggetto... sarebbe bello), certo diventeremmo delle piccole aziende, ma comunque il fatto non è essere azienda o non azienda: quello che credo sia importante è il valore del lavoro che fai, che può essere potenziato. Bisognerebbe sperimentare quali sono le differenze in termini di salute che i due sistemi organizzativi ottengono. Ma oggi mi sembra più facile altro comunque.

Rispetto ai dati prodotti in MG, bene se i dati venissero lavorati dagli epidemiologi, ben venga.

*D: Questo riconoscimento sarebbe più facile se la MG fosse una disciplina universitaria?*

R: **Certamente la MG è una disciplina che deve ambire ad arrivare all'Università,** ma questo deve essere un passaggio di arrivo non d'inizio.

Mi spiego, se domani aprissero un Dipartimento di MG in Università senza che noi MMG abbiamo prodotto ricerca, chi sarebbero i professori di MG? Probabilmente Geriatri, Igienisti, etc. Rimane il fatto che comunque **la MG è una medicina fuori le mura***,* cioè noi abbiamo una medicina dentro le mura ed una fuori le mura. La medicina dentro le mura è più facile insegnarla in Università. La medicina fuori le mura è più difficile, è sparsa sul territorio, non ha il "reparto" dove vai e impari tutto.

Il fatto che la MG non sia in Università è più un problema dell'Università che non della MG.

*D: Cosa ne pensa della formazione della Medicina Generale e del Core Curriculum promosso dal Movimento Giotto?*

R: Non l'ho letto ancora ma lo farò, so che ci state lavorando e so che ancora non gli ho dedicato il tempo che merita. Vi farò sapere.

*D: Una domanda rispetto ai dati che ci ha fatto vedere sulle preferenze dei pazienti sullo stile di consultazione del medico. La decisione condivisa è preferibile perché consente al paziente di condividere il proprio vissuto e anche di avallare la sua capacità di autogestione del proprio episodio di malattia. Mi chiedo se la decisione condivisa è preferita e preferibile oppure è preferita ma non sempre preferibile. Dobbiamo adottare uno stile di consultazione in base alla tipologia di paziente che abbiamo di fronte oppure la condivisione ha un valore relazionale intrinseco e quindi comunque dovremmo proporci con uno stile di condivisione nel decidere?*

R: Bella domanda, secondo me di fronte a domande come queste **bisogna evitare l'idea di poter arrivare ad una categorizzazione che per forza ci dia delle regole**. Le regole finiscono ad un certo livello.

Quello che ho cercato di dirvi è che **bisogna cercare una negoziazione**. La decisione condivisa non è tanto una scelta. Se il paziente non è d'accordo non c'è condivisione, né decisione che avrà possibilità di essere attuata nella pratica. Invitare il paziente ad esprimere le proprie posizioni? Sì, certo, ma con cautela, dobbiamo sempre chiederci e percepire se è questo che vuole il paziente, se questa è la sua aspettativa.

In quale contesto ci troviamo e qual è l'oggetto della negoziazione con il nostro paziente? Attenzione, perché **la relazione medico-paziente non è un oggetto isolabile dal contesto** di un problema clinico, dalla realtà in cui ci troviamo, quindi **diffidate dalle concettualizzazioni astratte della relazione medico-paziente**. Il medico giovane che ha una conoscenza limitata ed è conosciuto limitatamente dal paziente, quanto può aspettarsi un'apertura o una disponibilità a raccontare il proprio vissuto da parte del paziente? Forse non molto, rispetto ad un medico che ha instaurato un rapporto da più tempo. Forse anche i pazienti hanno bisogno di tempo per conoscere i propri medici.

Anche se ovviamente ogni medico da un punto di vista professionale è autorizzato a fare tutto ciò che crede professionale e lecito per riuscire a prendersi cura di quella persona.

Però bisogna sempre essere accorti nel percepire quanto/quando richiedere ad ogni paziente, quando certe richieste di apertura non sono apprezzate. Attenti anche a fare domande fuori contesto (esempio di un paziente con una gamba rotta e gli facciamo domande su altro "per conoscerlo meglio"). Insomma, il mio invito è a non essere ideologici nel favorire un modello relazionale medico-paziente per forza: va benissimo un approccio aperto di consultazione però non schiaffeggiamo il paziente che vuole il medico paternalista perché questo sì che sarebbe paternalista da parte nostra!

**Ilaria Rossiello:** Grazie a tutte/i per le tante domande, potremmo aprire un canale Youtube "*Tombesi risponde…*"

**Massimo Tombesi (ci saluta sorridendo):**

No, grazie, su Facebook sono obiettore di coscienza, guardo Youtube ma sul mio sito dichiaro che non uso Facebook, né Twitter e ultimamente ho anche dichiarato che il mio ambulatorio è defluorochinolonizzato.

Dal sito di Massimo Tombesi https://www.massimotombesi.org/wp/

Questo sito web è stato realizzato da
Massimo e Simone Tombesi.
Non ha sponsor, finanziamenti o supporti di alcun genere, e non ospita né accetta inserzioni pubblicitarie.

Spiacente, non sono su Facebook né su Twitter,
non uso WhatsApp né i fluorochinolonici
(ambulatorio defluorochinolonizzato)

*Il Movimento Giotto ringrazia i/le soci/socie Andrea Cappetta, Cristina Vito, Giorgio Re, Laura Costa, Riccardo Vaccari, Sara Resi, Viviana Forte e Valentina Paoli per la trascrizione della lectio magistralis del dott. Tombesi che si è svolta durante l'Assemblea dei soci del Movimento Giotto (Macerata, Ottobre 2019).*

*La stesura è stata coordinata e revisionata dalla socia Desiree Barbetta e dalla segretaria Ilaria Rossiello.*

*Un ringraziamento in particolare al dott. Tombesi che ha accolto con entusiasmo il nostro invito e si è reso disponibile ad un lungo scambio di opinioni e domande.*

*Continuate a seguire le nostre attività sul sito www.movimentogiotto.org, sulla pagina Facebook e iscrivendovi all'associazione.*

*Vi invitiamo alla condivisione di questo materiale, mantenendo la sua forma originale.*