

Periodico Trimestrale di Ricerca e  
VRQ in Medicina Generale  
**Comitato di Redazione:** Mario Baruchello,  
Alessandro Battaglia, Franco Del Zotti,  
Bruno Franco Novelletto, Daniele Giraldi, Sandro  
Giroto, Giobatta Gottardi, Marco Pietro Mazzi,  
Roberto Mora, Nicolò Seminara, Michele Valente



## La Qualità e le Qualità in Medicina Generale

**Direttore Responsabile:** Roberto Mora  
**Collaboratori Internazionali:** Julian Tudor Hart,  
Paul Wallace  
**Proprietario:** Roberto Mora  
**Direzione:** Via dell'Artigliere, 16  
37045 Legnago (VR)  
**Redazione:** p/so Ordine dei Medici di Vicenza  
Via Paolo Lioy, 13 - 36100 Vicenza  
**Stampa:** Lito-Tipo Girardi Mario srl - Legnago (VR)  
**Stampato con il contributo  
della Società Italiana di V.R.Q.**

## Il progetto veronese sulla Demenza

**Dott. Alessandro Battaglia  
per la Commissione per la Demenza**

Nell'ambito di un progetto Regionale rivolto a sviluppare un piano assistenziale per le persone affette da demenza si è costituito a Verona un Gruppo di Studio per la Demenza rappresentato da esponenti delle SOCIETÀ SCIENTIFICHE della Medicina generale (SIMG, CSERMEG), della NEUROLOGIA dell'AZIENDA OSPEDALIERA (Ospedale maggiore di Borgo Trento), dell'Azienda ULSS 20, della FIMMG, del SUMAI, del CUMI e dello SNAMI.

L'intenzione di questa Commissione è creare un **gruppo pilota multidisciplinare** con lo scopo di elaborare "linee guida" condivise per la gestione della demenza in generale e della malattia di Alzheimer in particolare.

Se l'iniziativa sarà coronata da successo il modello operativo potrebbe essere esportato in un secondo tempo in tutte le strutture assistenziali della Regione Veneto.

Il termine "linee guida" è sostituito in questo documento dal termine "Percorsi Assistenziali". Mentre le "linee guida" rappresentano infatti "raccomandazioni di comportamento clinico prodotte attraverso un processo sistematico allo scopo di assistere medici e pazienti nel decidere quali siano le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche" il termine "Percorso aziendale di cura ed assistenza" (più brevemente qui definito: "percorso assistenziale") identifica "la miglior sequenza temporale e spaziale possibile sulla base delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle risorse professionali e tecnologiche a disposizione su un determinato territorio delle attività da svolgere per gestire una condizione patologica di un paziente o di un gruppo di pazienti". In questa ultima definizione viene fortemente accentuata la **dimensione territoriale delle raccomandazioni**, che essendo riassunte e selezionate dagli

stessi operatori che poi le adatteranno rappresentano un adattamento flessibile dei risultati dei trial internazionali alle risorse umane e tecnologiche di una specifica realtà territoriale. I "Percorsi" rappresentano in altri termini la traduzione operativa delle raccomandazioni contenute nelle Linee Guida nazionali e internazionali.

Il "progetto Demenza" prevede all'inizio l'elaborazione di una versione provvisoria dei Percorsi destinata ad essere successivamente perfezionata tramite il coinvolgimento multidisciplinare di tutte le figure -professionali e non-coinvolute nella gestione di questi pazienti.

Saranno inizialmente analizzati i bisogni formativi e relazionali di tutti questi attori: medici specialisti territoriali, medici specialisti ospedalieri, personale infermieristico, assistenti sociali, personale dei Distretti, Care Givers, familiari dei pazienti, Volontariato. Lo strumento per realizzare ciò è rappresentato da una serie di questionari appositamente strutturati. Il questionario destinato ai medici di medicina generale sarà distribuito nel mese di maggio a tutti i medici dell'ULSS 20 e sarà strutturato in quattro parti: diagnosi della demenza; gestione del paziente demente non istituzionalizzato; terapia farmacologia

della demenza e delle sue complicanze; bisogni formativi direttamente evidenziati dal medico.

In base alla analisi dei bisogni verrà elaborato un documento iniziale (la Bozza) costituito da una serie di raccomandazioni operative che rappresenteranno l'ossatura iniziale dei Percorsi Assistenziali. La selezione delle raccomandazioni sarà effettuata attraverso una rigorosa analisi della letteratura. La ricerca bibliografica sarà eseguita a questo proposito utilizzando criteri espliciti: le modalità adottate per la ricerca delle pubblicazioni, i criteri di inclusione e di esclusione degli studi, la tipologia dei lavori considerati e la qualità dei singoli disegni sperimentali saranno descritti in modo analitico e in modo altrettanto analitico sarà giudicata e quantificata la forza delle raccomandazioni ricavabili dalla letteratura selezionata.

La Bozza iniziale dei Percorsi sarà poi rimodellata e rivisitata alla luce delle esperienze e dei contributi individuali di un pool selezionato di soggetti motivati, rappresentato anche in questo caso da tutte le figure abitualmente coinvolte nei processi assistenziali: medici generici, medici specialisti, assistenti sociali, infermieri, volontariato strutturato, Care givers, Familiari dei pazienti, volontariato non strutturato.

Il confronto delle singole esperienze sarà permesso dalla partecipazione di tutti i soggetti ad un apposito seminario residenziale, che verrà realizzato nell'autunno del 2000. Al seminario saranno presenti anche esperti di esperienza provata e riconosciuta a livello nazionale ed internazionale nell'ambito delle demenze in generale e della malattia di Alzheimer in particolare.

Si sottolinea che lo scopo del seminario non sarà l'istruzione degli operatori da parte degli esperti ma al contrario uno scambio di informazioni nelle due direzioni "top-down" e "bottom-up" che consentirà di confrontare e intrecciare singole esperienze e conoscenze sintetizzandole in un documento finale condiviso (I Percorsi definitivi).

Ai Percorsi definitivi sarà dato alla fine il formato di un manuale operativo.

In una fase successiva l'efficacia dei

## INDICE

- 1 *Il progetto veronese sulla Demenza*
- 2 *Le polmoniti contratte in comunità (CAP): uno studio clinico sull'utilizzo delle linee-guida ATS e della terapia antibiotica parenterale domiciliare nella medicina generale*
- 3 *Il progetto sperimentale di assistenza territoriale dell'Ulss 20 - Verona*
- 4 *Il MMG e lo pneumologo danno la sveglia all'Apneico: CASE REPORT*
- 4 *Quale relazione con gli ISF negli anni 2000?*
- 7 *Curare a casa: le domande difficili dei pazienti*

Percorsi - le cui raccomandazioni saranno disseminate e implementate in modo adeguato - sarà sperimentata entro l'arco di un periodo di tempo ragionevole.

L'iniziativa riassunta nel "progetto demenza" appare importante sia per la dimensione sociale e sanitaria della patologia studiata sia per la rilevanza dei temi trattati, sia per la stessa strutturazione del progetto che vede coinvolte in modo multidisciplinare figure professionali dell'Ospedale e del territorio, dell'Azienda ULSS e dell'Azienda Ospedale, rappresentanti dei pazienti e Care givers.

#### **I Componenti della Commissione per la Demenza sono:**

*Prof. Giuseppe Ferrari e Dott. Giuseppe Gambina per la Divisione Neurologia della Azienda Ospedale di Verona.*

*Dott. Riccardo Massotti per l'Azienda ULSS 20 del Veneto.*

*Dott. Alessandro Battaglia, Dott. Franco Del Zotti, Dott. Fausto Bodini per SIMG Verona.*

*Dott. Guido Danti per CSERMEG Verona.*

*Dott. Paolo Anesi per FIMMG Verona.*

*Dott. Vincenzo Monaco per SUMAI Verona.*

*Dott. Giorgio Rigon per SNAMI Verona.*

*Dott. Paolo Ferrari per CUMI Verona.*

**L**e polmoniti contratte in comunità (CAP): uno studio clinico sull'utilizzo delle linee-guida ATS e della terapia antibiotica parenterale domiciliare nella medicina generale

**Serenella Longhi - Claudio Penco  
Nicolò Seminara (SIMG di Treviso)**

Abbiamo effettuato uno studio clinico della durata di un anno che si proponeva come obiettivi:

- Validare l'utilizzo delle linee guida su diagnosi e terapia delle CAP, nate dalla rielaborazione locale del documento dell'American Thoracic Society (ATS) del 1993.
- Rilevare le attitudini prescrittive dei MMG, i tassi di ospedalizzazione, la mortalità ed i costi terapeutici delle CAP.
- Sperimentare una definizione di "polmonite severa" utile per il MMG.
- Monitorare l'utilizzo delle cefalosporine iniettabili di III<sup>a</sup> generazione come esempio di Terapia Antibiotica Parenterale domiciliare (OPAT).

L'organizzazione dello studio ha previsto le seguenti tappe:

- 1) Pubblicazione di un documento su Diagnosi e Terapia delle CAP nato dalla rielaborazione del documento ATS del 1993.
- 2) Reclutamento di 50 MMG ricercatori, con suddivisione degli stessi in 2 gruppi: 25 al gruppo linee-guida (LG), tale gruppo ha trattato tutti i casi di polmonite diagnosticati, in adulti maggiori di 18 anni, nel periodo Dicembre 1998-Novembre 1999, seguendo le indicazioni contenute nelle linee guida; 25 al gruppo controllo (C), tale gruppo ha curato le polmoniti secondo il suo standard terapeutico.

Sono stati confrontati gli esiti terapeutici tra i due gruppi allo scopo di verificare la convenienza terapeutica dell'utilizzo delle linee-guida.

#### **RISULTATI**

Sono stati rilevati 198 casi di polmonite (56.6% femmine). Centoventisette pazienti (64.1%) maggiori di 60 anni, 29 (14.6%) ospiti di RSA. Dei 198 casi 84 sono stati curati dal gruppo LG e 114 dal gruppo C. Sono stati prescritti 25 principi attivi per un totale di 201 prescrizioni. I 10 principi attivi più prescritti sono stati: Claritromicina 44 prescrizioni (21.8% del totale), Amoxicillina/clavulanato 39 (19.4%), Ceftriaxone 20 (9.9%), Cefotaxime 13 (6.5%), Amoxicillina 12 (5.9%), Levofloxacina 11 (5.5%), Ciprofloxacina 10 (4.9%), Iosamicina 8 (3.4%), Cefotaxime 6 (2.9%), Ceftibuten 5 (2.5%) Le Cefalosporine con 60 prescrizioni (29.8%) sono state la classe farmacologica più utilizzata, seguita da Macrolidi con 59 prescrizioni (29.3%), Penicilline 55 (27.4%), Fluorochinoloni 22 (11.0%), altri 5 (2.5%). Il gruppo LG ha utilizzato maggiormente Macrolidi e Penicilline (65.3%) rispetto al gruppo C (56.3%). Nel gruppo LG tre farmaci (Claritromicina, Amoxicillina/clavulanato e Cefotaxime) rappresentano il 77.2% delle prescrizioni. Nel gruppo C otto farmaci (Claritromicina, Amoxicillina/clavulanato, Ceftriaxone, Levofloxacina, Ciprofloxacina, Iosamicina, Amoxicillina e Cefodizime) rappresentano il 76.7% delle prescrizioni. Sono state eseguite 104 radiografie del torace (52.5% dei pazienti). Il gruppo LG ha eseguito 61 Rx torace (72.6% dei casi), il gruppo C 43 (37.7% dei casi). Trentacinque pazienti su 198 (17.7%) sono stati ospedalizzati al momento della diagnosi. Tredici (6.5%), entro 30 giorni (fallimenti terapeutici). In totale vi sono state 48 ospedalizzazioni (24.2%). Il gruppo LG ha avuto 25 ospedalizzazioni primarie su 84 casi (29.7%) e nessuna ospedalizzazione secondaria. Il gruppo C ha avuto 23 ospedalizzazioni su 114 casi (20.1%) di cui 10 (8.7%) primarie e 13 (11.4%) secondarie. La mortalità globale è stata di 9 casi su 198 (4.5%). La mortalità domiciliare di 3 casi su 150 (2.0%), quella ospedaliera di 6 casi su 48 (12.5%) Il gruppo LG ha avuto 1 decesso su 84 casi (1.2%), il

gruppo C 8 decessi su 114 casi (7.0%). In base alla definizione riportata nelle nostre Linee guida, vi sono stati 60 casi di polmonite "severa" (30.3%), con una mortalità del 10% (6 casi su 60) Il gruppo LG ha avuto 17 casi di polmonite severa (11 ospedalizzati, pari al 64.7%) con una mortalità del 5.9% (1 caso su 17; il gruppo C ne ha avuti 43, con tasso di ospedalizzazione del 25.6% (11 casi su 43) ed una mortalità del 11.6% (5 casi su 43). Quarantatré pazienti su 198 (21.7%) sono stati trattati con Cefalosporine di III<sup>a</sup> generazione. Erano pazienti di età media di 72 anni. Il 55.8% (16 casi) ospiti di RSA, il 76.7% (33 casi) con una o più malattie concomitanti (comorbidità), 22 (il 51.1%) con polmonite "severa". Trentanove pazienti (90.7%) sono guariti, 4 (9.3%) hanno subito ospedalizzazione secondaria, 4 (9.3%) sono deceduti. I principi attivi utilizzati (con numero di prescrizioni) sono stati: Ceftriaxone (20 prescrizioni), Cefotaxime (13), Cefodizime (7), Cefotaxime (6). Il gruppo LG ha trattato 13 pazienti su 84 (15.7%) con Cefalosporine di III generazione; il gruppo C 30 su 114 (26.3%). Nel gruppo LG vi è stato il 100% di guarigioni (13 su 13) con nessuna ospedalizzazione secondaria e nessun decesso; nel gruppo C vi è stato l'86.7% dei guarigioni (26 su 30) con 4 casi di ospedalizzazione secondaria (13.3%) e 4 decessi (13.3%).

#### **DISCUSSIONE**

L'analisi dei dati evidenzia che le CAP sono una patologia particolarmente frequente nei pazienti ultrasessantenni che, nel nostro campione, rappresentano il 64.1% dei casi.

È possibile anche evidenziare come i MMG curano inizialmente a domicilio oltre l'80% dei casi di CAP, con una mortalità molto bassa (2%). Le Cefalosporine con il 29.8% delle prescrizioni, sono la classe terapeutica più utilizzata, seguita dai Macrolidi (29.3%) e dalle Penicilline (27.3). Claritromicina, Amoxicillina/acido clavulanico, Cefotaxime, Ceftriaxone e Amoxicillina sono i principi attivi più utilizzati (nel 63.5%) dei casi.

L'utilizzo delle linee guida ATS modificate si è rivelato vantaggioso nei termini di una riduzione della mortalità rispetto al gruppo di controllo (1.2% contro 7.0%), l'assenza di ricoveri secondari per fallimento terapeutico (0% contro 11.4%), un utilizzo più razionale della diagnostica radiologica rispetto al gruppo di controllo (richiesta di Rx Torace nel 72.6% dei casi rispetto al 37.7% nel gruppo di controllo), ed un uso più omogeneo degli antibiotici. A fronte di ciò, l'utilizzo delle linee guida ha comportato un aumento complessivo del tasso di ospedalizzazione rispetto al gruppo di controllo (29.7% contro 20.1%). Tale fenomeno appare la conseguenza di un utilizzo corretto da parte dei MMG dei criteri generali di ospedalizzazione contenuti nel documento stesso, ed in particolare dell'individuazione di casi con indicatori prognostici più sfavorevoli.

Questo stesso dato può rendere ragione della ridotta mortalità osservata nel gruppo linee guida.

L'uso dei criteri diagnostici di polmonite severa, all'interno dell'utilizzo delle linee guida, ha favorito l'identificazione di un gruppo di pazienti a prognosi nettamente più grave (mortalità del 10% rispetto al 2% di mortalità nei pazienti trattati a domicilio), migliorandone la gestione, tramite un maggior utilizzo della ospedalizzazione nel gruppo LG (64.7% contro 25.6%), con conseguente riduzione della mortalità rispetto al gruppo C (5.8% contro 11.6%).

L'uso delle Cefalosporine iniettabili di III generazione è stato limitato ad un gruppo selezionato di pazienti (21.7% dei casi), anziani (età media 72 anni), con presenza di comorbidità nei \_ dei casi e con quadro clinico di polmonite severa in circa il 50% dei casi. L'utilizzo di questa classe di antibiotici ha comportato un ottimo risultato terapeutico, con oltre il 90% di guarigioni, un tasso di fallimenti terapeutici contenuto (9.3%) ed una mortalità inferiore a quella ospedaliera (9.3% contro 12.5%).

L'uso delle Cefalosporine di III<sup>a</sup> generazione all'interno delle linee guida, ne razionalizza ulteriormente l'utilizzo (15.7% del gruppo LG, contro il 26.3% del gruppo C), comportando una guarigione nel 100% dei pazienti, in assenza di fallimenti terapeutici e di mortalità domiciliare.

Usata in tale contesto, questa classe di antibiotici permette di curare a domicilio, con ottimi risultati terapeutici, molti pazienti che altrimenti avrebbero necessitato di un ricovero ospedaliero. Questo comporta una migliore soddisfazione del paziente ed un netto risparmio per il Servizio Sanitario Nazionale.

## **J**l progetto sperimentale di assistenza territoriale dell'Ulss 20 Verona

**S. Giroto\*, A. Donini\*, G. Lombardo\*  
e G. B. Gottardi\*\***

**\*MMG-Verona**

**\*\*MMG-Vicenza, Società Italiana VRQ**

### **PRESENTAZIONE DEL PROGETTO (a cura di \*)**

Il Progetto Sperimentale di Assistenza Territoriale (denominato "PSAT") è iniziato operativamente il 01.06.1999, dopo 2 anni di studio da parte di una commissione tecnica proposta dal Comitato Consultivo dell'ULSS di Verona, composta da medici di famiglia e da medici dell'ULSS stessa.

L'ULSS 20 di Verona serve 418.000 cittadini ed ha nel suo territorio 7 distretti

dove lavorano 334 medici di famiglia, 53 pediatri, 200 medici dipendenti e 100 medici specialisti. Fanno capo a questa ULSS 2 ospedali, dislocati perifericamente, mentre i 2 grandi ospedali di Verona sono autonomi e raggruppati nell'Azienda Ospedaliera di Verona. Gli elementi caratterizzanti il progetto veronese sono:

• L'offerta di un "pacchetto di servizi" differenziato:

- 1) strutturale,
- 2) preventivo,
- 3) diagnostico-terapeutico,
- 4) assistenziale,

incentivato economicamente ai medici partecipanti con un compenso aggiuntivo rispetto alla convenzione nazionale e agli accordi regionali, di tipo forfettario (12.500 lire/paziente). In questo modo è completamente abbandonata la logica del pagamento a prestazione.

• Gli incentivi sono obbligatoriamente ed esplicitamente slegati dai risparmi ottenuti eventualmente a livello d'azienda.

Qui di seguito ecco elencati i **principali elementi (criteri)** suddivisi per aree e tipologie d'intervento.

1) *Area "strutturale" (i cui criteri hanno costituito il prerequisito per partecipare alle fasi successive):*

1.1) orario di apertura di almeno 1h15' per 5 giorni/settimana. Tale impegno riguarda il singolo medico anche se svolge attività in forma associata;

1.2) orario su prenotazione, per almeno mezza giornata/settimana;

1.3) informatizzazione obbligatoria, con modem;

1.4) disponibilità diurna, dalle 8.00 alle 20.00, nei prefestivi dalle 8.00 alle 10.00, anche organizzandosi in forma associata ed avvalendosi delle attuali tecnologie;

1.5) partecipazione obbligatoria agli appositi corsi di aggiornamento (inerti, cioè, il percorso collaborativo).

2) *Area Prevenzione:*

2.1) vaccinazione antinfluenzale di almeno il 50% degli assistiti over 65 (indicatore obiettivo);

2.2) rafforzare individualmente la partecipazione delle proprie assistite alla campagna degli screening del cancro della cervice uterina e della mammella, contribuendo a raggiungere l'adesione di almeno il 70% nel primo caso e il 60% nel secondo (indicatori obiettivi);

2.3) attività fisica nell'anziano: viene rilevata la quota di assistiti over 65 che praticano attività fisica continuativa.

3) *Area Diagnostico-Terapeutica:*

3.1) costruzione, implementazione con le strutture di II<sup>o</sup> livello e applicazione nella pratica quotidiana di linee-guida sulle seguenti patologie: Diabete Mellito, Ipertensione Arteriosa, Malattia Peptica, Polmoniti, Scemenso Cardiaco; prescrizioni farmaceutiche: contenere l'effetto MIX entro il 2.5 % invece del 5.48 % previsto.

4) *Area Assistenziale:* il MMG è tenuto a partecipare all'ADI secondo le modalità definite nella trattativa aziendale.

Ciascun obiettivo deve essere raggiunto nel suo complesso dal gruppo dei MMG che hanno sottoscritto il contratto e non necessariamente dal singolo. Ogni medico partecipante, comunque, non potrà discostarsi dall'indicatore obiettivo di ciascun punto di più del 20% senza valida giustificazione.

### **COMMENTO (a cura di \*\*)**

Si tratta di un progetto "globale" con interventi migliorativi che hanno la loro base su alcuni presupposti sia di tipo scientifico che di tipo prettamente organizzativo. Le cosiddette "condizioni di accesso" utilizzate per la selezione "a priori" dei partecipanti, in realtà, in chiave VRQ, si possono definire "modifiche normate e/o migliorative" delle strutture e delle procedure. Si riferiscono in particolare all'accessibilità dei cittadini (punti 1.1, 1.2, 1.4), ma anche alle dotazioni (rete informatica, punto 1.3). Queste stesse condizioni di accesso sono in realtà già di per sé stesse uno strumento migliorativo di tipo incentivato, inducono cioè di per sé un cambiamento nella speranza di ottenere da parte del medico un beneficio futuro dalla partecipazione. Alla fine si tratta di una vera e propria azione di cambiamento partecipata di forte impatto e costituisce un obiettivo di miglioramento vero e proprio, per cui si può passarle di "rango". La divisione degli obiettivi specifici in aree è utile dal punto di vista della chiarezza nosografica, ma in chiave VRQ andrebbe pesata diversamente. Meglio mettere in risalto la progettazione "hard" di valutare il progetto ponendosi degli obiettivi di miglioramento degli esiti assistenziali. In questa ottica e più conveniente proporre quindi la seguente divisione:

a) progetti che mirano a migliorare esiti assistenziali: 2.3, 2.2, 2.1, 4 (la cura integrata delle disabilità migliora esiti assistenziali, Bernabei, in un recente RCT fatto a Rovereto -TN, BMJ 1999) e "costringere" i MMG a farla dovrebbe garantire la sua diffusione;

b) progetti che mirano migliorare le procedure assistenziali: 3.1, 3.2, 1.3; c) progetti ad impatto sulle strutture: 1.1, 1.2, 1.3; d) progetti ad impatto sulla qualità percepita dagli assistiti (in parte esiti assistenziali): 1.1, 1.2, 1.4, 4.

Circa gli indicatori proposti, sempre dal punto di vista metodologico, si possono fare le seguenti osservazioni:

1) alcuni indicatori sono di progetto: 2.3 (giustamente non definito nel dettaglio), 3.1, 4 (anche se non definito, ma pare che possa essere un on/off o a criterio esclusivo o 100%);

2) altri si riferiscono ai risultati "insiti" nella progettualità: 3.2, 2.1, 2.2.

In sintesi, si tratta di un ottimo impianto, il cui successo è garantito a patto anche di una forte coesione dei partecipanti, "pressati" come saranno dai non partecipanti.

# JUMMG e lo Pneumologo danno la sveglia all'Apneico: CASE REPORT

Franco Del Zotti (MMG USL 20 Verona)  
Antonio Dezio (Pneumologo USL 20 Verona)

**DATI DI BASE.** Un paziente di 69 anni è ormai al colmo delle sfortune: ha subito prima un ictus emorragico 4 anni fa e 1 anno fa un'amputazione di un arto inferiore per gangrena. Da molti mesi risiede, demoralizzato, sulla sedia. A dicembre del 1999 inizia una febbre persistente con un aggravamento importante della dispnea. Da qualche anno ormai il MMG (Del Zotti) misura mensilmente la saturazione di ossigeno con un ossimetro portatile. Il paziente -ex fumatore- è noto come broncopatico cronico e sino ad allora ha avuto una saturazione appena inferiore alla norma (tra il 94 ed il 95%).

**IL PROBLEMA e lo STRUMENTO del MMG (il Saturimetro):** da quando è iniziata la febbre la saturazione di ossigeno - misurata con saturimetro a dito dal MMG - nei giorni successivi precipita ripetutamente a valori nettamente inferiori alla norma (90-91%). IL MMG decide di consultare i colleghi del pronto soccorso per una valutazione radiografica e clinica. Il paziente torna a casa con prescrizione di antibiotici iniettivi e di una radiografia del torace non dirimente. Nei mesi successivi la febbre scompare ma l'ossimetria non migliora e il paziente appare sempre più sonnolento. Il MMG decide quindi di consultare il suo pneumologo di fiducia (Dr Dezio).

**LO SPECIALISTA E L'APPROFONDIMENTO della PARASONIA:** lo specialista raccogliendo la storia e analizzando il **monitoraggio notturno della saturazione di ossigeno** e la **poli-sonnografia** individua come causa della sonnolenza diurna una **importante sindrome da apnea notturna in russatore**. In effetti, analizzando la storia clinica in profondità, si è visto che il paziente sin da giovane è stato russatore e affetto da apnee notturne con sistematica sonnolenza post-prandiale. Il quadro cerebro-vascolare ha nel tempo aggravato questa situazione.

**L'INTERVENTO.** Lo pneumologo testa un apparecchio di ventilazione notturna e documenta un netto miglioramento dei dati strumentali e clinici. Il collega fornisce, quindi, indicazione di uso dell'apparecchio per 9 ore ogni notte.

**LE DIFFERENZE POST-INTERVENTO:** dopo l'instaurazione del suddetto intervento, il MMG è tornato più volte a visitare il paziente a domicilio. Ormai la media delle saturazioni delle ultime 4 visite domiciliari rispetto ai 3 valori dei mesi precedenti è intorno al 95% (differenza significativa con periodo precedente:  $p < 0,01$ ). E anche clinicamente il miglio-

ramento del paziente appare assai netto: non si addormenta più appena dopo cena e, conseguentemente, il suo umore è molto migliorato.

## I COMMENTI AL CASE REPORT

Spesso i case report vengono snobbati dagli esegeti dell'epidemiologia e dell'EBM. Eppure la forza del loro "racconto" contro gli schemi e paradigmi precedenti ha un valore scientifico indubitabile. Un editoriale di Family Practice (Charlton, 1999) ricorda - a questo proposito - che non è poi vero che i singoli casi non siano apprezzati nel mondo scientifico: paradossalmente essi sono più presenti sulle riviste più prestigiose (Nature, Science e sulle più qualificate riviste di neuroscienze). Tra i consigli forniti a chi si vuole avventurare tra i case report vi è quello di usare in modo rigoroso i dati oggettivi, per bilanciare il rischio ovvio della mancanza di campione statistico. Il nostro case report tenta di rafforzare il racconto clinico mediante l'uso di dati strumentali sia del MMG che dello specialista (la saturazione, ad es.) e, usando il "tono minore", vuole raccontare qualche piccola "parabola".

**A) PARABOLA INTERPROFESSIONALE.** Questo studio non sarebbe stato possibile senza una lunga storia di stima e affetto reciproco tra un MMG ed uno Specialista. Lo specialista anni fa incoraggiò il MMG ad acquistare un ossimetro (ancora raro tra i MMG) e ad approfondire le patologie respiratorie più frequenti. Il MMG, forte dello strumento e dell'incoraggiamento dello specialista, ha potuto documentare un disturbo dell'ossigenazione e poi - sicuro della qualità professionale del collega - ha affidato il caso allo specialista per il successivo inquadramento.

**B) PARABOLA: dalla "BRUTTA ABITUDINE" del paziente al PROBLEMA MEDICO GESTIBILE.** La collaborazione tra MMG e l'uso di tecnologie moderne sia nella borsa del MMG (l'ossimetro ed il Picco di flusso) e la strumentazione specialistica e riabilitativa moderna dei ventilatori hanno potuto far diagnosticare e poi curare un disturbo subdolo, che si confonde con l'astenia o con la depressione; che è poco gestito nella medicina contemporanea e che infine meriterebbe l'adozione di questionari anamnestici ad hoc (Netzer, 1999). Insomma: Relazioni rinnovate, nuove tecniche diagnostiche e la possibilità di terapie efficaci sono in grado da una parte di mettere in evidenza un problema frequentemente misconosciuto, dall'altra di passare da un'accettazione fatalistica di un caratteristica quasi esistenziale del paziente ("è sempre stato russatore") ad un atteggiamento tecnico-professionale

**C) PARABOLA clinico-scientifica.** Un recente editoriale della rivista EBM sostiene che contrariamente alle apparenze i case report non sono solo delle comunicazioni "da clinico a clinico" ma anche delle comunicazioni "da clinico a ricercatore". Ed in effetti nutriamo la spe-

ranza che il nostro case report incoraggi Ricercatori professionisti a coinvolgere vasti gruppi di MMG e Specialisti attrezzati culturalmente e tecnologicamente, al fine di approfondire la tematica della "sleep apnea".

## BIBLIOGRAFIA

- Charlton Bruce Individual case studies in primary health care - Family practice, Vol 16, Num 1, 1999.
- Haines Brian et al. Advances in evidence-based information resources for clinical practice. EBM - Vol 5 - January 2000.
- Netzer NC: Using The Berlin Questionnaire to identify patients at risk for the sleep apnea syndrome. Ann Intern Med, 1999; Oct 5; 131: 485.

*Q*uale relazione  
con gli ISF negli  
anni 2000?

**Net-Consensus dei Medici di Medicina Generale (MMG) della Lista telematica ISFARM**

## INTRODUZIONE

Recentemente è emerso un crescente interesse sui rapporti fra Medici di medicina generale (MMG) e Informatori farmaceutici (ISF), relazioni che sembrano per alcuni aspetti diventare sempre più problematiche. Questo stato di disagio relazionale tra alcuni MMG e gli ISF molto spesso rimane inespresso per consuetudine o per relazioni interpersonali e riconosce numerose cause. Senza voler entrare in una disamina con pretese di completezza, due sembrano essere le principali:

- Una strategia di marketing delle industrie farmaceutiche in un'epoca delicata, che d'altra parte vede misure di "razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica" da parte del S.S.N.
- Una crescita culturale della MG, in particolare verso l'EBM (Evidence Based Medicine) che ha evidenziato l'inutilità od i rischi di alcune consuetudini terapeutiche; inoltre l'accesso al WEB, che permette anche al MMG che lavora da solo un'agevole reperimento di notizie di farmacologia e farmaco-economia in tempo reale<sup>1</sup>.

Gli organismi ufficiali (FNOMCeO, Ministero Sanità), le società scientifiche della MG e i sindacati più rappresentativi della categoria non hanno ancora stimolato appieno un ormai indispensabile dibattito, allargato a tutte le differenti professionalità mediche, sul ruolo dell'informazione scientifica da parte delle Case Farmaceutiche.

È inoltre motivo di diffusa perplessità la mancata creazione di un Albo Professionale degli ISF, che avrebbe concorso a

## ISF E ORGANIZZAZIONE DEGLI INCONTRI

NUMERO Incontri: 3 per anno (massimo 4, in caso di novità importanti)

No a ispettori o capi area, senza preavviso

No ad accesso non regolamentato di ISF di più linee parallele della stessa Azienda

Rispetto del tempo professionale del medico

Libertà per il medico di interrompere la tradizione delle visite periodiche

tutelare la categoria ed a mantenere elevati standard etico-professionali, necessari per veicolare correttamente le informazioni in anni caratterizzati da:

- aumento tumultuoso delle conoscenze e contemporaneamente della richiesta di salute;
- conseguente compressione dei tempi a disposizione dei medici per l'acquisizione di notizie.

Per colmare un vuoto relativo, per analizzare le problematiche sopra citate e per condividere un percorso di cambiamento e modernizzazione della logistica delle relazioni con gli ISF, è nata così, spontaneamente, nell'Ottobre 1999, l'idea di aprire un gruppo di discussione in Rete.

### MATERIALI E METODI

In una prima fase, i MMG aderenti alla mailing list hanno liberamente dibattuto nella Lista ISFARM le loro idee, storie ed esperienze tratte dalla quotidiana relazione professionale con gli ISF.

Nel frattempo cominciavano ad emergere problematiche ed a prendere forma possibili interventi. Comparvero proprio in quelle settimane, sulla letteratura nazionale e internazionale, articoli<sup>2</sup>, editoriali<sup>3-4</sup>, lettere di colleghi<sup>5-6</sup> che hanno permesso di capire gli scenari europei sul tema ed aiutato ad orientare la discussione.

A questo punto si è sentita l'esigenza di sintetizzare il lavoro del gruppo, formulando alcune proposte -per normare gli incontri tra mmg ed isf- sulle quali ogni partecipante alla lista era chiamato ad esprimere consensi e fornire integrazioni. La discussione è proceduta per circa 2 mesi in cui i MMG si sono scambiati più di 200 e-mail.

Al termine del lavoro quattro membri del gruppo si sono assunti il compito di analizzare tutto il cospicuo materiale raccolto con l'obiettivo di recuperare ogni contributo originale emerso.

### RISULTATI

I risultati si possono sintetizzare fondamentalmente in:

- Costituzione di un percorso organizzativo costituito da una serie di raccomandazioni operative, con ampio margine di libertà individuale, per ottimizzare gli incontri tra mmg ed isf;
  - Opportunità di monitorare il rapporto tra mmg e isf mediante la raccolta di dati condivisibili e successiva elaborazione, con ricaduta sui partecipanti.
- Le indicazioni e gli orientamenti che seguono costituiscono l'articolazione del consenso formulato dai partecipanti

alla lista, espressione di una libera e casuale aggregazione inter pares e non d'ampi strati della mg.

I mmg aderenti alla mailing list hanno espresso consenso unanime su alcune premesse **generali**:

- A) Ribadiscono la necessità che l'informazione sui farmaci debba ispirarsi a criteri oggettivi e debba essere incoraggiata e sostenuta anche da enti/istituzioni indipendenti e neutrali.
- B) Riconoscono l'utilità storica del lavoro degli ISF delle Aziende Farmaceutiche, soprattutto quando essa si concentra sull'informazione \*di servizio "intorno al farmaco (informazioni specifiche e innovative sul farmaco; servizi informativi e educativi intorno al farmaco: strumenti formativi legati alla malattia curata dal farmaco; indicazioni utili sui presidi specialistici del territorio connessi ai disturbi curati dal farmaco, ecc); nello stesso i firmatari sono fermamente intenzionati a modernizzare in chiave scientifica le procedure degli incontri.
- C) Gli incontri con gli stessi sono considerati parte di un importante **tempo professionale** del medico.
- D) Ribadiscono che gli isf sono **ospiti** nello studio professionale del medico che, in piena libertà ed in qualunque momento, **può** scegliere di interrompere il rapporto.

### LOGISTICA DEGLI INCONTRI

Più complessa e differenziata è la necessità di organizzare gli incontri.

Ampio consenso è stato raggiunto su alcuni punti:

- Il **numero** ottimale degli incontri è fissato in tre l'anno, comunque non superiore a quattro<sup>7</sup>.
- **Ispettori o capi area**: non è opportuno partecipino agli incontri con mmg.
- **L'organizzazione degli incontri**: è prerogativa del singolo medico che ne fisserà le regole, o su appuntamento o con altre modalità, secondo le esigenze dell'attività ambulatoriale.
- La presenza di **linee parallele** di sin-

### ISF E CONTENUTO DEGLI INCONTRI

Non chiedere dati su stili prescrittivi.

Fornire documentazione scientifica conforme a quanto autorizzato dal Ministero Sanità.

Solo letteratura accreditata: esplicitare più spesso NNT, rischio relativo e assoluto, durata e costi trattamenti.

NON fornire informazione offensiva sui competitori; a richiesta: dati comparativi.

Gradita informazione su effetti collaterali, interazioni, reazioni avverse.

goli gruppi -sia col nome palese del Gruppo Farmaceutico sia come Aziende satelliti di marketing, oggi sempre più frequenti per le fusioni fra aziende- deve comunque evitare che il mmg si trovi costretto ad ascoltare continue ripetizioni di contenuti e notizie.

- È auspicabile che **per gruppi o associazioni di medici** siano adottate modalità di incontro in sedi formali, quali ad esempio i Distretti, talora anche con carattere metodologicamente sperimentale.

**I contenuti degli incontri** raccolgono ampio consenso tra i mmg; in particolare:

- gli isf non devono chiedere dati relativi a stili prescrittivi;
- la documentazione aziendale di carattere scientifico fornita deve essere esclusivamente quella approvata dal Ministero della Sanità. Ogni altra informazione deve far riferimento alla letteratura internazionale accreditata; se possibile, dovrebbero essere esplicitati NNT, rischio relativo ed assoluto, durata e costo del trattamento;
- non dovrà essere fornita spontanea controinformazione su molecole concorrenti, se non richiesta esplicitamente dal mmg; i contenuti dovranno comunque essere esposti in modo neutro ed attenersi a rigore scientifico;
- è ritenuta professionalmente di elevato valore ogni tempestiva e non sollecitata informazione che riguardi effetti collaterali, reazioni avverse e possibili importanti interazioni;
- possono risultare gradite informazioni su nuove indicazioni del farmaco purché sia documentata la fonte e dichiarato in modo esplicito quando non sono comprese in scheda tecnica.

### ASPETTI RELAZIONALI

Fatti salvi i rapporti interpersonali tra isf e mmg, frutto di anni di conoscenza e talora di amicizia, **gli aspetti relazionali** stanno assumendo un'importanza sempre più sentita negli ambulatori.

Ad es: atteggiamenti troppo confidenziali, richieste che invadono la sfera personale del mmg, tanto da evocare la sindrome di Stoccolma, gadgets offensivi o inutili o di valore economico non etico, colloqui eccessivamente prolungati, specie alla presenza di evidente carico lavorativo, inutili conflittualità con i pazienti in sala d'attesa, atteggiamenti supponenti con ca-

## ISF E ASPETTI RELAZIONALI DEGLI INCONTRI

### Non ATTEGGIAMENTI TROPPO CONFIDENZIALI

No a gadget offensivi o inutili o di valore economico non etico

Colloqui che non allunghino troppo la attesa dei pazienti

Cortesìa con i pazienti in sala d'aspetto: non conflittualità

Non atteggiamenti supponenti o con carattere di lezione cattedratica

No a commenti negativi sui colleghi

Presentazione iniziale di rito personale dell' ISF e dell'azienda

Disponibilità a fornire servizi professionali ai MMG

**Ricordare sempre che l'ISF è un OSPITE dello studio medico, senza diritti "ereditari"**

rattere di lezione cattedratica e commenti negativi su colleghi mmg o isf predispongono ad un contatto sterile e carico di aggressività.

### L'ISF E L'AZIENDA HANNO IL DOVERE DI PRESENTARSI AL MMG

Una breve esposizione del curriculum dell'isf, note di politica aziendale, l'esplicitazione preliminare dell'oggetto del colloquio e la disponibilità a fornire supplementi d'informazione renderebbero gli incontri molto più graditi e proficui.

### LA PROPOSTA DEL GRUPPO: IL MONITORAGGIO DELLA QUALITÀ DEGLI INCONTRI

Tutto quanto sopra esposto necessita, ovviamente, se realizzato, di un attento monitoraggio, per cui il gruppo concorda sulla necessità di analizzare alcune specifiche professionali all'interno del delicato rapporto MMG-ISF, al fine di costruire un profilo organico della situazione attuale. Una proposta possibile potrebbe essere quella, sulla falsa riga di quanto già fatto in Francia dai colleghi di Prescrivere, di realizzare una raccolta dati, su apposita griglia -validata dal gruppo e fatti salvi i criteri etici e di riservatezza indispensabili in tale ambito (nessun passaggio di dati sui singoli ISF a Ditte private o Enti pubblici) - su di un numero significativo di incontri tra MMG e ISF. Le tappe sintetiche del processo potrebbero essere:

- Un'analisi della situazione attuale, con raccolta dati attraverso un'apposita scheda, per la rilevazione random degli accessi.
- Una raccolta centralizzata dei dati con elaborazione e successiva diffusione tra i mmg partecipanti.
- Valutazione dei dati e commenti.
- Adozione formale di "regole" accettate dai mmg atte a costituire un gold standard.
- Successiva nuova raccolta dati per verificare gli scostamenti dallo standard prefissato.
- Pianificazione delle modifiche operative da apportare all'organizzazione.
- Eventuale costruzione di **rete di medici sentinella** (accordi con Farindustria, Associazioni e Società Scientifiche, Ministero della Sanità) per una rilevazione periodica dei cambiamenti.

### CONCLUSIONI:

Il dibattito sull'impatto del marketing del farmaco nell'attività professionale del medico presenta luci ed ombre.

Le linee guida in materia di Etica dell'American Medical Association, che orgogliosamente sottolinea come i propri membri siano "phiscians dedicated to the health of America", dedicano almeno 20 pagine a sponsorship, gadgets, gifts collegati all'informazione ai medici<sup>8</sup>.

Per contro la strutturazione liberista dell'economia statunitense ha portato a definire il farmaco **un bene di consumo** e non un prodotto etico.

In Francia un ampio dibattito strutturato, nato nelle pagine della prestigiosa rivista **PRESCRIRE**, seguito da quattro anni di scrupolosa rilevazione e di successiva elaborazione, con ricaduta sugli ordini professionali e sulle Industrie, non è stato in grado di portare un netto miglioramento della qualità dell'informazione.

L'esperienza sembrerebbe quindi difficoltosa in partenza, per la differente filosofia che ispira una medicina basata sulla qualità ed i presupposti economici delle Industrie Farmaceutiche e delle USL.

In questo contesto il quadro italiano potrebbe far pensare che il mmg è come il manzoniano vaso di coccio tra vasi di ferro, rappresentati da un lato dalle esigenze di mercato della Farindustria, dall'altro dalle esigenze di bilancio del SSN e, soprattutto, dalla EBM o dalle pratiche terapeutiche condivise. Appare quindi indispensabile rendere il MMG un **vaso di ferro** inter pares, e, per ottenere questo risultato, sono a nostro avviso indispensabili alcuni passaggi:

### MONITORAGGIO DELLA QUALITÀ DEGLI INCONTRI

Analisi dello stato attuale con strumenti informatici, in rete

Raccolta centralizzata informazioni e Ri-diffusione real time ai partecipanti

Lista di regole come gold standard

Nuovo monitoraggio per valutare adesione / scostamenti

Pianificazione modifiche operative

Accordi con Istituzioni, Enti, Privati per rilevazioni periodiche e flessibilità

Cambiamenti organizzativi

- Non sembra né razionale né utile che il singolo MMG assuma da solo norme per il ricevimento degli isf, senza tentare di raccordarsi con gruppi di MMG; questo comportamento frammenta e rende vani importanti messaggi verso le politiche di marketing delle Case Farmaceutiche.
- È auspicabile formare dei gruppi di lavoro per la rilevazione, a composizione riservata, mediante standards espliciti, obiettivabili e desunti da fonti autorevoli, della qualità dell'informazione scientifica del farmaco.
- Potrebbe essere utile, **in una seconda fase, coinvolgere nella ricerca isf** con curriculum professionale di alto profilo, per un lavoro collaborativo, speculare nei confronti del setting della mg, e magari evolutivo del ruolo professionale degli ISF
- Un maggior rigore degli incontri con gli ISF potrebbe essere assai utile in questa fase storica molto delicata della nostra professione, che vede insperate aperture verso i **TRIAL** sui farmaci di fase 3 e 4; questo periodo, quindi, richiede serietà e professionalità e non cali di tono motivati da benefits o dalla voglia di perpetuare incontri "rituali".
- Una volta elaborati, i dati di tali periodici consensus e survey formeranno una base per una discussione tra Organi Istituzionali, Società Scientifiche della Medicina Generale ed Industria Farmaceutica, con l'obiettivo dichiarato di formulare norme visibili e condivise per la metodologia dell'informazione sul Farmaco e per creare un sistema di monitoraggio permanente sulla qualità della stessa.

I risultati saranno comunque di esclusiva proprietà **del Gruppo di Studio** e -lo ripetiamo- informazioni sui singoli isf non saranno **mai** messe a disposizione a Enti Pubblici, Industrie Farmaceutiche e Ditte di Sondaggi private.

Questa breve disamina, elaborata dai contributi di una mailing list di mmg, è solo una possibile partenza per riflessioni più approfondite e strutturate.

Riteniamo comunque che la moderna e decisiva Area dell'Informazione sui Farmaci renda indispensabile una consapevole presa di posizione da parte della maggioranza dei MMG italiani e delle organizzazioni di categoria. Ci auguriamo che il nostro lavoro possa essere di stimolo.

## MEMBRI DELLA LISTA -ISFARM

- Augruso Angelo - MMG - (Catanzaro)
- Baruchello Mario (\*) - Presidente Società di Ricerca in MG QM (Qualità medica) - Veneto
- Brizio Enzo - Moderatore della Lista Telematica Ippocrate
- Ciacciarelli A. - SIMG e ANCE Verona
- D'Ingianna Antonio P. Vice Presidente SIMG Cosenza
- Dalla Via Attilio - Animatore e Tutor (\*) Prov. di Padova
- Carosino Claudio - SIMG Parma
- Collecchia Giampaolo - MMG - Massa
- Del Zotti Franco (\*) - Segretario SIMG Verona
- Gennari Marcello - MMG Ferrara
- Giobatta Gottardi - Responsabile Nazionale per la MG (\*) - società VRQ
- Giustetto Guido - Comitato Scientifico per l'aggiornamento in Medicina Generale - Medico e Paziente
- Murari Tiziana - Vice Presidente SAMG-Bolzano
- Marchetti Anna R. - SIMG - Resp. Aggiornamento USL22 Verona
- Micchi Alessio - MMG e cardiologo-responsabile ANCE Prov. Verona
- Moretti Salvatore - MMG - Caserta
- Saffi Giustini E. - Responsabile Nazionale Area farmaco SIMG
- Ventriglia Giuseppe - Resp. Nazionale AREA Formazione SIMG Nazionale

(\*) Coordinatori della Lista ISFARM

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Dialogo sui Farmaci, 4-5, Luglio-Agosto 1998, pag. 139-140.
- 2) S. Ovaia, Informatori sui farmaci assai poco formativi, Occhio clinico, Anno V, N. 9, Novembre 1999, pag. 42-43.
- 3) S. Cagliano, Chi ha paura dell'informatore cattivo? Medifax, n. 29, 1999 pag. 7-8.
- 4) JP Walson, Reason for not seeing drug representatives, BMJ 1999; 319:69-70 (10 July).
- 5) D. Busetto: <http://www.bmj.com/cgi/eletters/320/7226/55>.
- 6) E. Maestri, G. Furlani, F. Suzzi et alii: So much time for so little: Italy's pharmaceutical industry and doctors' information needs.
- 7) Istruzioni sulla Informazione tecnico scientifica dei farmaci, n. 157, 18, 11, 72 Direzione Generale Servizio Farmaceutico Ministero Sanità.
- 8) AMA Ethical Opinions on Continuing Medical Education: Guidelines and Interpretation <http://www.ama-assn.org/cmeselec/cmeres/cme-6.htm>

**C**urare a casa: le domande difficili dei pazienti

*T.G. ha 63 anni e da 25 anni è mio paziente. L'ho curato come etilista ed ha avuto una intensa vita di muratore con mille traumatismi. Ora è nel suo letto di casa con un tracheostoma per recidiva di carcinoma inoperabile di laringe ed è nutrito da mesi con una Peg. Abbiamo sempre parlato con grande libertà sin dal momento della prima comunicazione*

## fig. 1

*della diagnosi delle sue condizioni cliniche. Sta peggiorando, respira male, dimagrisce, non dorme e i dolori ingravescenti hanno comportato il posizionamento di un catetere peridurale per analgesia. Ci vediamo giornalmente e possiamo rimanere spesso soli. Non riesce più a parlare uno strano linguaggio che percepivo dai movimenti delle labbra e mi scrive dei piccoli bigliettini su di un piccolo notes quadrettato. Oggi mi chiede di sedermi sul suo letto e mi scarabocchia due foglietti (vedi figura 1 e 2).*

*...QUALE PUÒ ESSERE LA MIA FINE...?...  
... HO SONNO E NON SONO CAPACE DI DORMIRE. QUANTO VIVRO' ANCORA...?...*

Quanti malati terminali soffrono nell'anima dolori più atroci di quelli del corpo perché non possono parlare con nessuno delle loro emozioni di fronte alla fine che sentono imminente?

Il medico di famiglia ha l'obbligo morale di non abbandonare mai il suo paziente e **continuità delle cure** per noi significa la quotidiana esperienza di non sottrarsi ad un dialogo a volte estremamente difficile per il coinvolgimento emotivo.

Solamente a queste condizioni non condanniamo il nostro paziente alla disperata solitudine di una affannosa ricerca di dialogo senza risposte, come tante volte abbiamo visto nelle corsie dell'ospedale ove il cambio di turno garantisce a tanti operatori sanitari la fuga da questa pesante responsabilità etica.

La visita domiciliare non può essere ricondotta, in un contesto ambientale e relazionale così intimo e personale, al routinario controllo di variabili biologiche.

Lo spazio e le circostanze tendono a strutturare il rapporto medico/malato sulle modalità ospite/ospitante imponendo un cambiamento della prossemica e la comunicazione deve rispettare sino in fondo i bisogni cognitivi e affettivi del paziente, non sottraendogli ciò che contribuisce in modo privilegiato alla sua identità.<sup>1</sup>

È comune esperienza che il tempo a disposizione debba essere ben organizzato dal curante perché solo così la attenzione empatica permette di "vedere" dimensioni del

paziente, della sua malattia e delle cure familiari che in un altro setting non avrebbero mai la circostanza di emergere.

Solo così la nostra clinica tradizionale potrà ampliare l'orizzonte di riferimento introducendo criteri decisionali che tengano in considerazione veramente la "qualità della vita" del paziente.<sup>2</sup>

La medicina generale si muove da sempre in una area di "incertezza" costringendoci continuamente a prendere decisioni in conformità con quella che viene definita, sul piano delle scienze biomediche "teoria della decisione razionale" basata sul calcolo delle probabilità; ma essa deve fare i conti, oggi ancor di più del passato, con la dimensione soggettiva del malato e il rispetto della sua autonomia.

"La strada per attraversare quell'oscura regione costituita dalla malattia cancro non è eguale per tutti e i percorsi sono diversi come gli itinerari che si possono scegliere su una carta stradale. C'è una strada diretta che può portare alla guarigione o alla remissione. Ce n'è una più lunga e tortuosa che porta al territorio limite della fase terminale. C'è un'altra via destinata solo ai famigliari che prosegue oltre il confine e conduce alla fase del lutto. Nel percorrere questi itinerari la famiglia e il malato si trovano in un labirinto di difficoltà. Il medico di famiglia può aiutarli a disegnare una mappa del territorio da attraversare, a decidere una strada da seguire, a prevedere le difficoltà che si potranno incontrare, a trovare luoghi di sosta e i supporti necessari."<sup>3</sup>

## BIBLIOGRAFIA

- 1) S. Spinsanti, Curare e prendersi cura, pag.159-160; Istituto Giano, Edizioni Cidas - Roma, 2000.
- 2) Hastings Center, "Gli scopi della medicina: nuove priorità" tr.it.1994,1994 pp.171-178.
- 3) M. Gallucci, L'alleanza con la famiglia di un malato inguaribile "Lega Italiana per la lotta contro i tumori" - Corso di Formazione del volontariato, Milano, 1997.

## fig. 2

# **Pubblicità Glaxo**