

DALLA PRESCRIZIONE ALL'ADERENZA TERAPEUTICA. PARTE PRIMA

Professione

PATRIZIA IACCARINO

Medico di Medicina Generale, Psicoterapeuta,
SIMG Napoli

Basterebbe davvero poco tempo per andare a verificare le prescrizioni di farmaci nei nostri computer. Andando a studiare tra quelli a prescrizione limitata (Note AIFA) i più prescritti, ad esempio quelli in nota 13 e 48, potremmo verificare quante delle prescrizioni fatte rientrano perfettamente nei canoni previsti dalla normativa. Escludiamole. Valutiamo poi quelle per le quali la norma è stata "forzata" e chiediamoci: cosa ha influito? E ancora: quanto ha pesato la relazione con "quel" paziente? Potremmo scoprire che "alla fine ho ceduto al più insistente", o magari che "ho tolto al ricco per donare al povero" o, ancora, che mi è stato più facile prescrivere un farmaco che parlare al paziente del suo stile di vita (uno studio pieno di gente!), mi è parso più vantaggioso prescrivere un inibitore di pompa che una gastroscopia o, al di là dal numerico rischio calcolato, ho percepito quella persona "a rischio" e ho voluto proteggerla con una statina ... Basterebbe davvero poco tempo per scoprire quanto di soggettivo ed impalpabile, appartenente al vissuto del medico, del paziente, della loro particolare relazione, rientri in ogni atto della professione, anche nella prescrizione di un farmaco. È questo ciò che fa di noi ancora delle persone e dei professionisti e ci salva dal divenire dei puri e semplici servomeccanismi! Quel che intendo sottolineare è che il "soggettivo", il "relazionale", ciò che non si conta, ma non per questo non conta, fanno parte del comune lavoro del Medico di Medicina Generale, cui paradigmaticamente spetta la pratica di una medicina centrata sulla relazione con la persona. Tutto questo non è scontato se si pensa a quanto di negativo, invece, può essere da questo generato e da noi agito quotidianamente senza che ne siamo consapevoli, determinando effetti dannosi, per noi stessi, ma, soprattutto, per i pazienti che a noi si affidano e per la qualità della cura. Valutare quest'eventualità, per contenerla, può aiutarci a limitare i danni di agiti inconsapevoli ed a migliorare la relazione con il paziente, l'aderenza terapeutica e l'efficacia dei processi di cura.

In questa prima parte del mio lavoro verranno esaminate le situazioni più legate al "versante medico", nella prossima puntata quelle legate più specificamente al paziente.

PROBLEMI DERIVANTI DAL MEDICO

Era veramente necessaria una terapia farmacologica?

Paziente: "Homal digolae 38°C di febbre da tre giorni, dottore. Cosa mi consiglia? Sa, ho un impegno importante domani ..."

Medico: "Prenda una compressa di ... ogni dodici ore per quattro giorni, poi, magari, mi richiama ...".

Fin dai primi tempi dell'Università, ai medici è stato insegnato che, dopo una corretta anamnesi, dopo eventuali indagini, si arriva ad una diagnosi e spesso si prescrive una terapia. La pratica, dopo, insegna che le cose non sono sempre così lineari, che talora i sintomi riportati non sono inquadrabili in patologie definite, sono sfumati, talaltra attraverso un sintomo il paziente cerca di esprimere altro, magari un disagio di cui non è ben consapevole, che non ha radici organiche. Eppure, come se fosse ormai insito, per il medico, nel suo modo di fare, nove volte su dieci il finale di una visita è la compilazione di una ricetta, non importa cosa essa contenga. Spesso è anche il paziente che si aspetta che le cose vadano così, magari per atavica erronea convinzione legata all'uso, ma talvolta egli stesso spera di essere disconfermato. Con i pazienti che tendono a somatizzare, poi, la prescrizione di un farmaco diviene un'ulteriore conferma alla "organicità" del problema, di cui, una volta delegato il disagio al sintomo, non si assumono più la responsabilità. Compito del medico dovrebbe essere quello di aiutare il paziente a "mentalizzare" il problema, invece di somatizzarlo; con il farmaco, invece, si finisce per colludere con il paziente ... fino al prossimo sintomo.

Così facendo, cioè, non si cambia nulla e non si scambia nulla. Tra medico e paziente l'interazione è tesa a mantenere una staticità improduttiva.

Quanti antibiotici inutili, prescritti magari per telefono (così mi evito la visita domiciliare) o per sedare l'ansia del paziente che s'illude di guarire prima, visto i suoi inderogabili impegni, hanno contribuito ad aumentare le resistenze batteriche? Quanti farmaci per i quali non vi sono reali indicazioni ed evidenze hanno la convinta intenzione di "placebo" da parte del medico e quanti, invece, derivano dall'ansia difensiva del medico di "fare", invece di attendere, pur sapendo che l'attesa è spesso risolutiva?

Il farmaco come "cut off" o, peggio, come "terminator"

Paziente: "Questa colite mi sta togliendo la voglia di vivere, dottore, il mio male è tutto qui, nel mio ventre, e non mi fa gioire e ridere come tutti gli altri ..."

Medico: "Prenda questa compressa prima dei pasti principali per quindici giorni, poi torni a controllo".

Si definisce "cut off" un intervento che blocca un tipo di comunicazione, "terminator" un intervento che determina la fine di una conversazione. Talvolta accade che un medico che vive con disagio o difficoltà, se non addirittura con paura, le espressioni emotive di un paziente, o per sue problematiche emotive, o perché teme di non essere in grado

di gestire l'emotività del paziente, dinanzi ad un momento di "apertura" del suo paziente possa usare la prescrizione di un farmaco per uscire dalla difficoltà. Il farmaco s'interpone tra il medico e il paziente per sedare l'ansia del medico. Quante frettolose prescrizioni di ansiolitici e antidepressivi, talvolta di anoressizzanti, diuretici, lassativi, o di vitamine e sali minerali, contribuiscono a celare, invece di favorire, l'espressione di un disagio non risolvibile con un farmaco o, peggio, finiscono per coprire patologie ben più gravi e diversamente interpretabili? A volte, prima di scrivere, basterebbe contare fino a dieci e chiedersi: "Ma è veramente necessaria una terapia farmacologica? A cosa mi serve, allora, questa prescrizione? A cosa serve al paziente?"

Il medico compiacente

Paziente: "Dottore, mi serve X per la mia tosse, Y per la cistite di mia figlia, Z per la pressione di mio marito ..."

Medico: "Va bene, signora, niente altro?"

Paziente: "Per oggi no, grazie, torno domani".

Quando, invece, ad un medico accade di prescrivere, come suo "*modus operandi*", in obbedienza a tutte le richieste dei pazienti, anche se ingiustificate e immotivate, probabilmente si è di fronte ad un problema psicologico legato al rifiuto, che spinge il medico alla compiacenza. "Compiacere" gli altri è legato spesso ad un'ingiunzione interna a non poter dire di no. La persona che compiace tende ad eliminare l'aggressività dalla relazione e, poiché teme che dire di no possa scatenare la rabbia del paziente, accondiscende alle sue richieste. In realtà il medico ha un problema con la sua rabbia, probabilmente negata sia nell'espressione sia nel sentire dalle sue figure parentali. Purtroppo, però, spesso questo atteggiamento determina un aumento della richiesta, come un'escalation che il paziente fa, quasi alla ricerca di un limite. Chi non sa dire di no invero non sa neanche dire veramente di sì, l'altro si disorienta e perde fiducia. La rabbia che il medico evita può in lui accumularsi e portarlo ad esplodere con rifiuti pesanti e non adeguati alla situazione contingente. Certo, dire di no comporta dare una frustrazione, perciò qualunque rifiuto va motivato, spiegato, affinché l'altro possa comprenderlo ed accettarlo, conservando fiducia e comprendendo la reale disponibilità che va oltre il rifiuto motivato.

La competizione

Paziente: "Vede, dottore, questa è la terapia che sto seguendo, me l'ha data il mio medico, ma lui vuole sapere da lei, che è specialista, cosa ne pensa ..."

Medico: "Ora le prescrivo io la terapia giusta".

Accade spesso che un medico, consultato per un "secondo parere", o uno specialista, consultato su richiesta del Medico di famiglia che ha già prescritto una terapia, cambi il farmaco dato senza un valido motivo o, peggio, prescriva la stessa molecola con nome commerciale diverso. Dato per scontato che ciò non avvenga per "poco etici interessi personali", perché il secondo medico sente la necessità di differenziarsi per essere autorevole? Quale meccanismo competitivo scatta in lui? Forse, egli ritiene di non essere considerato importante o utile se si limita a confermare una prescrizione ritenuta valida. Talora la condotta è "stra-

tegica", talaltra inconsapevole. Spesso, però, è il paziente a non informare il "secondo medico" della terapia già prescritta o in atto, per il timore di creare rivalità, o per una sorta di "soggezione" nutrita nei confronti dello specialista e non nei confronti del Medico di famiglia. Dell'altro resta, comunque, la responsabilità di non informarsi prima. Altre volte ancora è come se il paziente volesse mettere alla prova il "suo" medico, per valutarne l'affidabilità.

Quando non si verifica se l'altro ha compreso ...

Medico: "Le ho scritto tutto quanto sulla ricetta, la legga bene e segua la prescrizione. Ci vediamo tra quindici giorni ..."

Paziente: "...???...!!!"

Prescrivere un farmaco, con convinzione e con l'intenzione di determinare una buona aderenza terapeutica, passa necessariamente per la verifica della comprensione da parte del paziente di quanto da noi detto e spiegato. Andrebbe sempre verificato che il paziente abbia compreso l'importanza della terapia, che sia convinto della sua utilità e che sia disposto a aderire alla prescrizione. Ma anche, forse più banalmente, che non abbia dubbi su posologia, modalità e tempi di assunzione, su eventuali precauzioni d'uso e interazioni con altri farmaci, anche fitoterapici, o con cibo e/o bevande. Non verificare l'avvenuta comprensione di tutto quanto detto vuol dire lasciare aperti dubbi, incertezze, paure, che rischiano di interferire con l'aderenza o, addirittura, determinare la non aderenza terapeutica. Quante volte, poi, quello scatolino comprato resta chiuso in un cassetto e soltanto mesi dopo il paziente "confessa" al medico di non averlo mai assunto? Quanti "scatolini" sprecati in fondo ai cassetti dell'incomprensione?

La reazione alla mancata aderenza terapeutica

Medico: "Non ha preso il farmaco? Peggio per lei, ne pagherà le conseguenze!" ... "Un altro farmaco che non va bene? Continuando così non ci sarà per lei possibilità di cura!" ... "La mando da uno specialista, vediamo se lui riuscirà a trovare la terapia idonea per lei ..."

Di fronte alla non aderenza del paziente alla terapia il medico può avere diverse reazioni emotive: può sentirsi frustrato e rifiutato e pensare di non valere, deprimendosi; arrabbiato con il paziente che non "ubbidisce" e diventare punitivo e giudicante e operare minacce, anche se lavate, oppure attendere la vendetta, che deriverà dal peggioramento del paziente non compliant, deluso e sfiduciato e rifiutare proprio il rapporto con il paziente. Se il medico non prende coscienza delle sue reazioni emotive, rischia di compromettere il proseguimento della cura, se non la relazione stessa. Divenendo consapevole, invece, può non agire negativamente e andare ad indagare le reali cause della mancata aderenza, assumendosene anche qualche responsabilità. È altresì importante che il medico s'interroggi anche sui propri vissuti pregiudiziali rispetto al farmaco, che potrebbero influire sull'efficacia della terapia. Prescrivere qualcosa di cui non siamo convinti, verso la quale abbiamo resistenza, diviene come dare al paziente un doppio messaggio incongruente. Basti pensare alle ben note resistenze dei medici alla prescrizione di farmaci per il dolore ...

(segue)