

COME AFFRONTARE LE PROBLEMATICHE OSTEOARTICOLARI IN MEDICINA GENERALE

Formazione

L'approccio didattico della Medicina Narrativa per il Corso di formazione specifica in Medicina Generale

GIULIANA BONDIELLI, ALESSANDRO BUSSOTTI, STEFANO GIOVANNONI

Medici di Medicina Generale;

Corso di formazione specifica in Medicina Generale, Regione Toscana

Per chi si occupa di formazione specifica, nel nostro caso quella per il Medico di Medicina Generale (MMG), si pone il problema di come trasmettere il sapere specifico e di come tradurlo in atti e comportamenti.

È certo che la didattica in Medicina Generale passa principalmente attraverso l'insegnamento tutoriale, sul campo, che meglio riesce a trasmettere i fondamenti bio-psico-sociali, l'importanza della relazione medico-paziente, della componente emotiva, delle variabili di contesto: tutto questo però deve essere affrontato anche nel corso delle attività teoriche, i cosiddetti seminari. Per cercare di dare una risposta a questa esigenza è stato introdotto nel corso di formazione lo strumento della Medicina Narrativa e se ne è sviluppata la metodica partendo dalle problematiche legate all'assistenza alla persona con disturbi osteomioarticolari, che presentano palesi criticità formative e assistenziali che si riflettono anche nella didattica.

Nella nostra era l'aspetto tecnologico è privilegiato nell'approccio al soggetto che manifesta un problema di salute, mentre viene trascurata la componente relazionale e la considerazione del paziente come persona, con il risultato che, nonostante l'efficacia delle prestazioni sanitarie, è andata crescendo l'insoddisfazione dei pazienti.

Il MMG raccoglie l'anamnesi del paziente, ma prima ancora deve saper ascoltare la narrazione che la persona, che sta davanti a lui e a lui si è rivolta, gli offre, mentre tradizionalmente le notizie raccolte sono centrate essenzialmente sui sintomi e segni della malattia e trascurano il contesto umano, familiare, lavorativo, sociale in cui la malattia si inserisce, a volte sconvolgendolo radicalmente.

La "narrazione" è un elemento essenziale per poter raggiungere quello che è lo scopo del MMG: fare diagnosi, ridurre gli errori di interpretazione e attuare una scelta terapeutica concordata e condivisa con il paziente, quindi praticabile.

In questo caso è necessario che il MMG:

- conosca gli elementi fondamentali attraverso cui può svolgersi una "narrazione" che sia mezzo costruttivo per i suoi scopi;
- sappia porre domande esplorative piuttosto che inda-

gatrici, ascoltare il paziente aiutandolo a riordinare le sue ipotesi trovandone una più efficace chiave di lettura;

- sappia "decodificare", fare emergere il vero problema che necessita di intervento, cioè riottenere il significato originario dal codice in cui era stato trasformato;
- sappia restituire al paziente le sue ipotesi invece di limitarsi a interpretarle, per trovare con lui un'alleanza terapeutica.

Pazienti con problemi osteoarticolari affollano ogni giorno gli studi dei MMG, tanto è vero che la patologia osteoarticolare con il suo sintomo principale, il dolore, è di gran lunga la prima causa di consultazione del medico, che si trova ad affrontare direttamente oltre 2000 richieste per problemi osteoarticolari in un anno, richieste che rappresentano quasi il 20% dell'intera attività professionale. Le cause più frequenti sono rappresentate dal mal di schiena, piccola traumatologia, gonalgia, fibromialgia, cervicotalgia, spalla dolorosa, coxalgia e così via, mentre solo pochi accessi sono legati alle patologie reumatologiche più tradizionali, le uniche insegnate durante il corso di laurea, come l'artrite psoriasica, l'artrite reumatoide, la spondiloartrite ecc.

Parlando di assistenza alle problematiche osteoarticolari, non possiamo nascondere importanti criticità di approccio, organizzative, culturali e di sistema, come:

- l'andamento cronico (questo rende ragione dell'elevata prevalenza dei quadri morbosi);
- l'alto costo sociale per inabilità temporanea e permanente e l'elevato uso di risorse per il ricorso a procedure diagnostiche, spesso ad alto rischio di inappropriatazza;
- l'associazione con il naturale e fisiologico processo d'invecchiamento, come l'osteoporosi e l'artrosi, e la difficoltà che ne deriva nel discriminare la "vera" patologia che deve essere curata dalle alterazioni legate all'età e quindi con scarsa possibilità di cura;
- il fatto che esami di laboratorio e strumentali non possiedono elevata penetranza e la valutazione clinica rimane il cardine del processo diagnostico, al contrario di altre discipline;
- l'elevata incidenza di affezioni osteodegenerative e

delle parti molli in contrapposizione alle affezioni reumatiche in senso stretto (cioè artrite reumatoide o spondiloartrite, rare nella popolazione generale);

- la grande variabilità nei percorsi assistenziali e nei processi di cura, suffragata e supportata da scarsi dati di *evidence*;
- lo scarso interesse della Medicina Generale a occuparsi di problematiche che tradizionalmente sono sempre state considerate come ortopediche, e quindi di dignità chirurgica e non internistica;
- la variabilità di risposta ai trattamenti effettuati;
- il ricorso ad automedicazione o trattamenti alternativi, spesso indotti da “mode” e alimentati dalla cronicità delle affezioni, dalla scarsa risposta ai trattamenti tradizionali, dalla mancanza di terapie causali;
- la presenza di più figure specialistiche per le problematiche emergenti nei processi assistenziali.

Di fronte a questi problemi, spesso il MMG, nonostante rappresentino la più frequente causa di accesso in ambulatorio, si presenta:

- con atteggiamento fatalistico/rinunciario (“i dolori sono come le corna e i soldi: chi li ha se li tiene”);
- con scarso bagaglio formativo (“non sono né un ortopedico né un reumatologo”);
- senza la percezione di un ruolo assistenziale ben definito, come invece forse sente di avere nei confronti del paziente iperteso o cardiopatico (“non è compito mio”);
- pronto a delegare a specialisti non selezionati, meno adatti di lui a dare risposte positive;
- pronto a prescrivere o trascrivere terapie fisiche, con l’unico scopo di prendere tempo;
- pronto a prescrivere o trascrivere l’ultimo farmaco sul mercato, magnificandone gli effetti (“proprio ieri mi hanno presentato questo nuovo farmaco e ho subito pensato a lei, è quello che ci vuole per la sua periartrite”);
- propenso a ordinare e colpevolizzare (“vada in palestra!”, “non torni se non è dimagrito 20 kg, o le sue ginocchia glielie raccomando ...”).

Il paziente non può essere soddisfatto. Nella migliore delle ipotesi, anche se si sente compreso, non percepisce nel medico l’autorevolezza di chi conosce la causa del suo male e ha la possibilità di risolvergli il problema.

Se la patologia è cronica o ricorrente, il paziente lasciato da solo finirà facilmente per consultare vari specialisti o prendere provvedimenti alternativi o automedicarsi. La cosa si complica maggiormente se, come spesso accade, a determinare il disturbo, a far percepire il dolore è un processo di somatizzazione legato a condizioni di disagio personale e relazionale.

Se questi sono bisogni e criticità delle problematiche osteoarticolari nelle cure primarie, gli strumenti necessari per delineare obiettivi assistenziali di qualità non possono che passare dalla formazione del medico e dal tipo di relazione che è capace di instaurare col paziente.

FORMAZIONE

La maggior parte delle malattie osteoarticolari richiede un intervento clinico, che esalta la professionalità medica, da sempre fondata sul colloquio col paziente e l’esame fisico, data la scarsa penetranza diagnostica degli esami di laboratorio e strumentali in questo campo.

Tutti i medici sanno auscultare un torace o misurare la pressione arteriosa, perché è stato loro insegnato, mentre un numero sicuramente molto inferiore sa visitare una spalla, una schiena o un gomito dolorante, che siano MMG o internisti. Alla base degli interventi formativi in questo ambito, deve essere stigmatizzato che un MMG che delega allo specialista una spalla dolorosa, una epicondilite o una lombosciatalgia non rispetta il suo ruolo professionale (accogliere, decodificare, assistere)!

Per la sua cultura, poi, uno specialista reumatologo, ad esempio, darà dignità soltanto alle classiche malattie reumatiche, fortunatamente molto rare, e un ortopedico sarà più portato a valutare con maggiore enfasi gli aspetti chirurgici dell’affezione, tralasciando quelli più conservativi.

Ciò comporta che gran parte delle affezioni delegate ritornino comunque nell’ambito della Medicina Generale.

Per quanto concerne la Medicina Narrativa, l’argomento è del tutto nuovo per i giovani colleghi (e forse anche per i colleghi già strutturati ...), ma si ritiene sempre più indispensabile conoscerlo per trasmetterne il metodo, come mezzo essenziale per la costruzione di una buona relazione con il paziente, a sua volta alla base di una buona Medicina Generale.

RELAZIONE

Come per altre affezioni, anche per i problemi muscoloscheletrici la richiesta di aiuto deve essere interpretata e decodificata (e, a questo scopo, la Medicina Narrativa può essere un utile strumento), specialmente quando il dolore e/o il disturbo funzionale si protrae nel tempo.

Il medico deve ascoltare, comprendere gli stati d’animo e come questi possano influenzare la presentazione e le manifestazioni del disturbo stesso; deve tener presente il contesto familiare, lavorativo, socioeconomico e culturale di quella persona; deve instaurare una relazione efficace, non ordinare ma proporre, condividere e negoziare l’obiettivo di salute, chiamando a una responsabilizzazione attiva nella gestione dell’episodio acuto o subacuto e rifiutando deleghe in bianco dallo stesso paziente.

Le energie del medico dovranno rivolgersi anche a cercare di capire che cosa rappresenta la malattia per il paziente e il significato che assume all’interno della famiglia e della sua vita di relazione.

Spesso il paziente arriva alla visita con una “sua” idea riguardo al “suo” problema muscoloscheletrico, idea che si è creata dal contatto con altre persone che hanno presentato un disturbo in apparenza simile e che hanno ricevuto i più disparati consigli in fatto di accertamenti e

trattamenti. Il paziente ci porta le “sue” preoccupazioni, le “sue” aspettative, i “suoi” sentimenti, il “suo” vissuto insomma, elaborando in questo modo personali teorie che influenzeranno sicuramente il suo comportamento. Se il medico non si confronta con queste convinzioni, con “l’agenda del paziente” appunto, le sue prescrizioni potrebbero trovare ostacoli a volte insormontabili e ottenere risultati deludenti.

CONCLUSIONI

Solo con un processo serio di formazione e un’attenzione alla relazione potremo parlare concretamente di ruolo del MMG nell’assistenza al paziente con problemi osteoarticolari, e quindi delineare obiettivi assistenziali definiti, praticabili, misurabili con la costruzione di percorsi di prevenzione, diagnosi e cura dove l’opera del MMG si riconosca con attività e compiti definiti e non delegabili.

“La chiave per un’efficace relazione medico-paziente sta nel riconoscere che anche i pazienti sono degli esperti. I medici sono, o dovrebbero essere, ben informati sulle tecniche diagnostiche, le cause delle malattie, la

prognosi, le opzioni terapeutiche e le strategie preventive, ma solo i pazienti conoscono la loro esperienza di malattia e il loro ambiente sociale, le loro abitudini, il loro comportamento, i loro valori, le loro preferenze. Entrambi i tipi di conoscenza sono necessari per trattare con successo le malattie e le due parti devono essere preparate a scambiarsi le informazioni e a prendere decisioni congiunte” (Coulter A. *After Bristol: putting patients at the centre*. Br Med J 2002;324:648-51).

Ecco quindi che per cercare di applicare una *Evidence Based Medicine* abbiamo assolutamente bisogno di una *Narrative Medicine*, sistema centrato sul paziente, sulle sue esigenze, sul suo vissuto, nel suo contesto di vita. Bisogna acquisire capacità di riconoscere, interpretare e utilizzare una storia di vita, così da poter percorrere tutte le fasi appena descritte attraverso un’adeguata negoziazione con il paziente, con il fine di raggiungere una buona aderenza sia all’iter diagnostico sia a quello terapeutico.

Nel Corso di formazione specifica in Medicina Generale questi aspetti devono essere alla base dell’insegnamento tutoriale, ma devono anche costituire un elemento fondamentale del programma teorico dei seminari.

