

La complessità in medicina

Marzio Uberti

Medico di Medicina Generale, Presidente regionale, SIMG Piemonte

Il tema della complessità è oggetto di analisi da parte delle scienze umane da oltre vent'anni, con produzione di una vasta letteratura; solo recentemente, in un momento di inversione di tendenza, si è affacciato in ambito medico.

Si assiste ad un'insofferenza, quasi che dall'attenzione degli ultimi anni si debba passare con un colpo di spugna alla semplificazione, feticcio e soluzione di ogni problema. Si tende a semplificare a tutti i livelli: politico, economico, culturale, didattico, con la ricerca di soluzioni semplicistiche che, tuttavia proprio in quanto tali, sono immediatamente comprensibili senza grandi sforzi elaborativi.

Manca la capacità di reggere l'incertezza, la sfumatura, il non definito; c'è desiderio di sicurezze, di assoluto, pensiamo ad esempio alla riscoperta del latino a livello religioso/liturgico o alla convinzione che il maestro elementare unico sia in grado di risolvere tutti i problemi della scuola.

Anche l'ambiente medico ne è permeato: forma mentale e formazione accademica ci portano verso la semplificazione, nel nostro iter didattico abbiamo sempre ricevuto certezze: la fisiopatologia base del quadro clinico e la farmacologia o la chirurgia soluzioni *tout court*. La realtà è, come vedremo, molto più ricca e poliedrica.

Tuttavia la semplicità in quanto tale è tutt'altro che inappropriata, lo diviene qualora sia perseguita a scapito di elementi irrinunciabili del problema.

Esiste quindi la necessità di ricercare soluzioni che risultino di facile comprensione o praticabilità senza che, per questo, ne risentano lo spessore e la ricchezza dei contenuti.

È la sfida di questo periodo ed è la sfida della medicina, in particolare della Medicina Generale (MG) che, a dispetto del vissuto collettivo, è la disciplina con il più alto tasso di complessità. Certo una complessità differente da quella di altre discipline mediche, una complessità se così si può dire "orizzontale".

È la nostra sfida.

La complessità è in realtà, ubiquitaria. Anche gli ambiti apparentemente immuni ne sono permeati: i fisici da Galileo in poi (pensiamo ad Einstein con la sua teoria della relatività generale e a Heisenberg

con il suo principio di indeterminazione quali esempi più eclatanti) vivono nella relatività e senza certezze. La stessa matematica, apparentemente quanto di più preciso possa esistere, ha da molto tempo perso la speranza di poter costruire un sistema completo e completamente dimostrabile (teorema di Gödel, 1931)^a.

La complessità all'attenzione della Medicina Generale

A maggior ragione, quindi, la medicina, caleidoscopio di elementi economici, scientifici, relazionali, politici (la definizione di benessere è una definizione politica), industriali, gestionali, di potere (intesa come *potestas*), ed altro ancora, non può prescindere da essa. E, in modo particolare, non ne può prescindere la MG, esposta com'è alla "contaminazione" da parte del mondo reale, senza nessuna protezione istituzionale o strutturale. Ciò può essere un handicap nel momento in cui lo si veda come difficoltà e mancanza di tutela, ma può acquisire una valenza positiva nella plasticità delle risposte possibili.

Comincia ad essere evidente come ogni elemento ed ogni realtà medica presentino elementi definibili come criticità o risorse o opportunità a seconda degli obiettivi che ci si pongono, dei differenti punti di vista, dei diversi protagonisti.

Quando, in occasione del Congresso Regionale della SIMG Piemonte, abbiamo iniziato ad affrontare il tema complessità la prima difficoltà è stata l'impossibilità di definirla con precisione, se non altro per motivi semantici.

Abbiamo quindi chiesto aiuto ad altre discipline cui il tema fosse più familiare.

Antropologi sociologi e psicologi ci hanno fornito una chiave di lettura degli elementi che la compongono e, soprattutto, di come questi elementi intervengano nelle relazioni tra operatori o tra gli enti/strutture che operano in sanità o che si occupano di salute (tra cui anche le associazioni di cittadini in quanto protagonisti in prima persona della loro salute).

In Piemonte, abbiamo vissuto le dinamiche verificatesi a seguito

^a Kurt Gödel (1906-1978), premio Einstein nel 1951. Il suo teorema ("per ogni sistema formale di regole ed assiomi è possibile arrivare a proposizioni indecidibili, usando gli assiomi dello stesso sistema formale") afferma l'indimostrabilità della coerenza di un qualunque sistema matematico, cioè l'impossibilità di costruire all'interno della matematica, procedendo attraverso un numero finito di passaggi logici, sistemi i cui principi o assiomi siano non-contraddittori tra loro. Una trattazione descrittiva del teorema si può ascoltare sul sito di Radiodue nell'archivio delle puntate della trasmissione "Alle otto della sera" nella serie "Vita da logico" (aspetto logico) e "Fermat" (aspetto matematico) svolte da Piergiorgio Odifreddi, docente di logica matematica presso il Dipartimento di Matematica dell'Università di Torino.

degli accorpamenti delle ASL in cui strutture abituate a lavorare con metodologie differenti hanno dovuto uniformarsi.

Ma anche prescindendo dall'ambito regionale, pensiamo (e tanti di noi lo hanno sperimentato in prima persona) a cosa hanno voluto dire la gestione distrettuale, le UCAD, le commissioni di budget, e come i vari funzionari abbiano dato ognuno una diversa lettura delle norme. Certo a volte è colpa di norme non ben scritte, ma spesso differenze di contesto e di realtà locali hanno regalato alibi o occasioni, a seconda degli intenti, a chi volesse dare interpretazioni diverse tra di loro. Alibi o occasioni: di nuovo la stessa condizione di indefinitzza può indurre percorsi e comportamenti virtuosi e propositivi o difensivi e di retroguardia.

Il passo successivo consiste nell'affrontare l'intrico delle componenti che contribuiscono alle scelte cliniche: industria, economia, ricerca, gestione, ecc.

Tra questi elementi l'aspetto scientifico, anche se non è necessariamente quello preponderante nella nostra pratica quotidiana, è quello di più immediata comprensione per tutti noi.

Complessità e conoscenza medico-biologica

Circoscrivendo l'analisi allo sviluppo delle conoscenze biomediche, e trascurando per ora le altre componenti, ci si trova in presenza di una continua e progressiva espansione degli elementi in gioco.

La storia della conoscenza scientifica medico-biologica e della sua sistematizzazione è passata attraverso una serie di fasi a tasso di complessità progressivamente maggiore, senza che tuttavia le nuove acquisizioni soppiantassero le vecchie:

- osservazioni pratiche;
- criterio di "Autorità": l'*ipse dixit* di Aristotele (ma il parere dell'esperto, la famosa evidenza D delle linee guida è poi tanto diverso?);
- metodo scientifico galileiano: ha dato origine ad un nuovo paradigma scientifico che, in ultima analisi, perdura fino ai nostri giorni da cui discendono in successione i trial clinici, gli studi epidemiologici, le metanalisi e le linee guida.

Non sarebbe possibile l'EBM (che del metodo scientifico è il punto estremo di arrivo) se non fosse esistito Galileo.

Le linee guida parrebbero quindi il modello più avanzato dell'epistemologia, ma se riflettiamo sulla loro applicabilità emergono immediatamente tutte le loro criticità.

Applicabilità delle linee guida

1. In primo luogo gli aspetti di *sostenibilità economica* (non solo spesa viva ma di personale e di tempo/operatore), che, tuttavia, non sono il problema maggiore.
2. *Asetticità e integralismo* delle linee guida: siamo arrivati a deliri di "scientificità" (espressi con un bel paradosso dalla sindrome del paracadute)^b, l'EBM, che per Sackett era uno strumento², ha assunto un potere dittatoriale (con aneddoti che ognuno di noi potrebbe raccontare a profusione).

3. *Difficoltà a valutare la portata delle raccomandazioni scientifiche*: siamo abituati ormai ai grafici delle metanalisi (Fig. 1) ma dovremo abituarci a schemi ancora più complessi quali quelli di GRADE (Fig. 2). I limiti delle linee guida derivano, quindi, direttamente dal loro codice genetico: nascono dai trial, dalle metanalisi, dall'EBM che sono una medicina "precisa" ricca di certezze per le modalità di selezione del campione studiato: criteri di inclusione e di esclusione, monopatie, popolazione spesso più giovane e meno problematica di quella che affolla gli studi dei medici di famiglia. La *real life*, o per dirla meglio in italiano, la realtà dei nostri pazienti è molto differente³. Nel 2005, su JAMA, Cynthia Boyd⁴ analizzando il database di Medicare segnalava come il 48% degli utenti presentasse 3 delle 9 patologie croniche più frequenti negli over 65 e il 21% almeno 5. Applicando le linee guida più accreditate ad una ipotetica paziente 79enne con osteoporosi, artrosi, diabete di tipo II, BPCO e ipertensione (ognuno di noi quante ne ha tra i suoi assistiti?) emergeva la necessità di somministrare 12 farmaci in 19 diverse somministrazioni, applicare 18 "attenzioni alimentari", 7 "attenzioni comportamentali" e 10 elementi di performance gestionale da parte del medico curante. Tralascio ogni commento che ognuno è in grado di fare in proprio.

4. *Condivisione delle strategie*: potremmo parlare dell'esempio del PSA nello screening del carcinoma della prostata e della sua inopportunità continuamente disconosciuta; della periodicità dello screening mammografico del carcinoma mammario o di quello citologico del carcinoma del collo dell'utero spesso impropriamente accorciata; delle linee guida sulla diagnostica dell'osteoporosi che la Regione Piemonte ha emanato, dopo averle condivise con tutte le parti in causa (MG compresa)

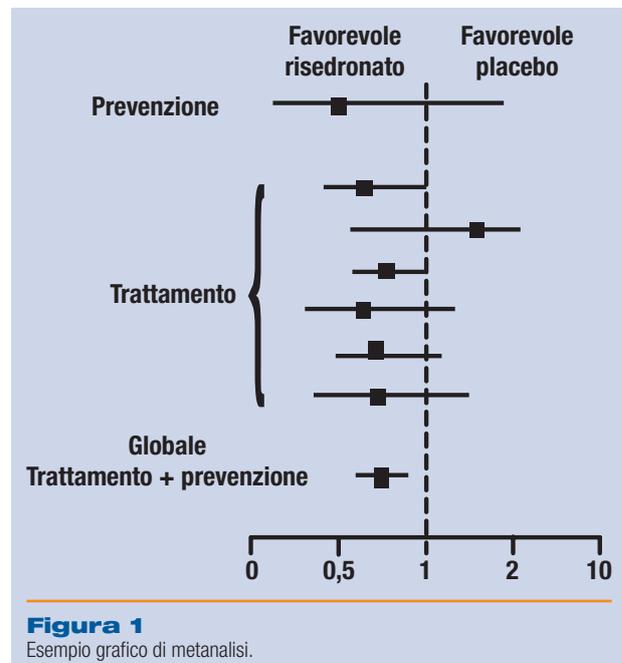


Figura 1
Esempio grafico di metanalisi.

^b La sindrome del paracadute prende il nome da un articolo di Smith e Pell¹ pubblicato sul BMJ nel 2003, i quali svilupparono una revisione sistematica dei trial clinici sull'utilità del paracadute nella prevenzione della morte da "stimolo gravitazionale" (caduta dall'aereo), arrivando alla conclusione che non essendoci evidenze sufficienti (nessuno studio randomizzato controllato) non si può raccomandare l'uso. Gli estensori dell'articolo concludono provocatoriamente (con humor tipicamente britannico) che chi critica a priori l'utilizzo di interventi che abbiano alla base esclusivamente studi osservazionali dovrebbe offrirsi per un trial in cui il gruppo di controllo non utilizzi il paracadute.

QUALITY ASSESSMENT							SUMMARY OF FINDINGS				Importance	
No. of studies	Design	Limitations	Inconsistency	Indirectness	Imprecision	Other considerations	No. of patients		Effect			Quality
							Antigen avoidance diet	Control	Relative (95% CI)	Absolute		
Atopic eczema in first 12-18 months (follow-up 12-18 months)												
2	Randomised trial	Serious ⁸	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ⁹	None	35/157	39/177	RR 1.01 (0.57 to 1.79)	2 more per 1000 ¹¹	⊕⊕○○ low	Critical
Asthma in first 18 months (follow-up 18 months)												
2	Randomised trial	Serious ⁸	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ¹⁰	None	4/157	2/177	RR 2.22 (0.39 to 12.67)	13 more per 1000 ¹¹	⊕⊕○○ low	Critical
Allergic rhinitis/conjunctivitis in first 18 months (follow-up 18 months)												
1	Randomised trial	Serious ⁸	No serious inconsistency	No serious indirectness	Very serious ²	None	0/81	0/82	RR 0 (0 to 0)	0 fewer per 1000	⊕○○○ very low	Critical
Allergic urticaria in first 18 months (follow-up 18 months)												
1	Randomised trial	Serious ⁸	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ^{3,10}	None	3/81	3/82	RR 1.01 (0.21 to 4.87)	0 more per 1000	⊕⊕○○ low	Critical
Any atopic condition in first 18 months (follow-up 18 months)												
1	Randomised trial	Serious ⁸	No serious inconsistency	No serious indirectness	Serious ⁴	None	15/81	20/82	RR 0.76 (0.42 to 1.38)	59 fewer per 1000 ¹¹	⊕⊕○○ low	Critical
Preterm birth												
2	Randomised trial	Serious	No serious inconsistency	No serious indirectness	Very serious ⁵	None	3/98	0/138	RR 10.06 (0.53 to 192.26)	0 more per 1000	⊕○○○ very low	Critical
Birth weight (measured with: grams¹¹; better indicated by more)												
2	Randomised trial	Serious ⁶	No serious inconsistency	Serious ⁷	No serious imprecision	None	98	138	–	WMD -83 (-221 to 55)	⊕⊕○○ low	Important

¹ No relative effect; ² 1 trial with no events; ³ One trial with 163 patients and 3 events; ⁴ Only one trial with 163 patients 45 events; ⁵ Two small trials, one with no events and another with 3 events in in experimental group; ⁶ Method of randomization not described, no information on concealment, serious uncertainty about adherence to the intention-to-treat principle; ⁷ Uncertainty if birth weight is a reliable indicator of malnutrition; ⁸ In one trial concealment not adequate, randomization not described, number of randomized women not reported; ⁹ Wide confidence intervals with conceivable considerable benefits and harms; ¹⁰ Wide confidence intervals with conceivable considerable benefits and harms and few events in both groups; ¹¹ Not significant.

Figura 2

Esempio di un profilo evidente.

costantemente disattese da alcune categorie di operatori professionali. Quanto tutto ciò sia estenuante e demotivante è noto ad ognuno di noi.

- 5. Patient empowerment:** questo è un elemento talmente importante ed innovativo che ha richiesto, in occasione del suo inserimento nella bozza del Piano Sanitario del Piemonte, numerose e accanite discussioni. Si tratta di un contributo peculiare e prezioso che la MG – in quanto contesto in cui l'empowerment può esplicitarsi con più evidenza e con più peso – ha apportato al PSR. Non è un caso che AGREE (che stabilisce le raccomandazioni per la produzione delle linee guida e la loro valutazione), preveda che alla stesura delle raccomandazioni, nell'intento di renderle davvero fruibili, vi debba essere la partecipazione di tutte le componenti sanitarie in gioco e delle stesse organizzazioni dei pazienti.

In queste condizioni diventa necessario creare un circolo virtuoso che comprenda produzione di linee guida, formazione, implementazione, audit e revisione delle stesse linee guida.

Il mancato rispetto di questa procedura comporta lo scollamento tra ciò che accade in ambito accademico, in ambito ospedaliero ed in ambito territoriale.

Ne risentono la relazione medico/paziente e anche e soprattutto quella medico/medico. Operare all'interno della struttura ospedaliera è ben diverso dall'operare nel territorio e non solo per la diversa relazione tra le persone.

L'importanza del setting professionale

La stesso giudizio clinico assume connotati differenti: un sintomo ha un peso e un significato diverso a seconda di dove si colloca: ad esempio un dolore epigastrico trafittivo in uno studio di MG e in un reparto di cardiocirurgia (una formulazione teorica di questo aspetto fu formalizzata dal reverendo Thomas Bayes nel suo celebre teorema). Troppo spesso per comodità, per non conoscenza, per superficialità, per eccesso di specializzazione, si finge di non accorgersene e non si riconosce la specificità del setting ed il suo uso.

L'elemento più dirompente in questo contesto è la relazione negoziale con i pazienti (cittadini/assistiti). Ma proprio questa è una delle basi della *Patient Centered Medicine*.

Non si può prescindere da questa realtà; spesso compare la nostalgia della Medicina dell'Autorità (e non solo per il ruolo sociale che il medico vi riveste, ma proprio per la maggiore semplicità di operare in tale contesto). Spesso senza rendersi conto dell'antistoricità di tale posizione.

Il problema è la transizione. Si cambiano in corsa le regole del gioco: avevamo creduto che fare il medico fosse una cosa e ci si trova in tutt'altra situazione. Nessuno ci aveva insegnato che il gioco deve essere continuamente ridiscusso, che le regole non sono fisse. Ci si trova spiazzati, a volte anche un po' traditi.

Ma è necessario recuperare velocemente una stabilità emotiva e professionale, il mondo non aspetta.

Da tempo l'impegno di SIMG va in tale direzione; finalmente cominciano a interessarsene anche la medicina ospedaliera e specialistica: nascono le prime esperienze che raccolgono la sfida della Medicina *Patient Centered*, nascono i primi lavori scientifici attenti a questo aspetto.

La peculiarità della Medicina Generale

Ma se il ruolo ed il compito del MMG sono così peculiari, anche l'analisi che stiamo facendo deve essere contestualizzata.

Le esperienze di gestione integrata delle patologie croniche che stanno nascendo (come al solito a macchia di leopardo nel paese) ne sono la naturale traduzione. Bisogna dare risposte condivise non banali e *non teoriche* attraverso il confronto ed il coordinamento degli interventi. Interventi costruiti nell'interesse dei cittadini nella loro duplice veste di fruitori diretti e di committenti, e non di una ricerca di potere o di accaparramento delle risorse.

Ma gli ostacoli che si frappongono sono imponenti. Abbiamo già detto che la presa in carico dei cittadini implica la gestione di componenti cliniche, relazionali, sociali, ambientali, economiche, gestionali, organizzative che aggiungono complessità ad un sistema (non solo sanitario) già di per sé molto complesso.

Oltre alle interferenze di cui abbiamo già parlato sono da menzionare:

- la *normativa*: le note AIFA che si applicano solo alla nostra prescrizione, la prescrizione off-label che tutti saremmo tenuti a evitare ma che ad oggi viene contestata solo a noi;
- la *formazione* che spesso (soprattutto dopo l'introduzione dell'ECM) è vissuta come mezzo per gestire la prescrizione; di qui l'interesse da parte dell'industria farmaceutica per promuovere i propri prodotti e da parte delle aziende sanitarie locali come mezzo di controllo della spesa. In alcuni casi i colleghi ospedalieri la utilizzano come occasione di promozione del loro servizio sulla base di programmi e progetti pensati esclusivamente sulla base di interessi ospedalieri;
- l'*informazione*: croce e delizia di ambivalenza per noi e per l'industria farmaceutica. Non può sfuggire il fatto di trovarci in una situazione in cui ognuno ha bisogno dell'altro: i medici hanno bisogno della ricerca che l'industria sola può sostenere e l'industria ha bisogno dei medici come interlocutori (e prescrittori) in una specie di doppio legame in cui si fatica a definire e regolamentare con chiarezza i confini tra correttezza e forzatura;
- la *clinical governance* che più spesso non è altro che governo economicistico della spesa;
- il binomio attenzione all'individuo/alla popolazione tipico degli interventi sul territorio (pensiamo alla gestione degli screening: utilità collettiva, fruizione privata) o alle vaccinazioni (scelte a carico del SSN o dell'individuo – è di questi giorni il dibattito sul vaccino anti-HPV);
- la relazione medico/paziente che si connota in modi completamente diversi (up/down in ospedale, paritaria sul territorio);
- gli aspetti dell'associazionismo e, in futuro, dei gruppi di cure primarie.

Sviluppare strumenti "interni" alla Medicina Generale

In questa situazione abbiamo bisogno di strumenti efficaci per essere incisivi e produttivi.

Strumenti istituzionali, strumenti organizzativi, strumenti per interfacciarsi con gli ospedali e con gli altri operatori.

E poi strumenti interni quali la ricerca in MG (abbiamo bisogno di dati del *nostro setting*) e la formazione, una formazione pensata appositamente per essere utile alla MG.

A fronte di ciò l'esperienza di referee mi porta a valutare un numero esorbitante di eventi ECM con qualità spesso scarsa e spesso con contenuti sbilanciati su competenze specialistiche.

Il comitato scientifico ed il corpo docente di questi eventi è composto esclusivamente da colleghi ospedalieri o universitari; la MG non è rappresentata all'interno dell'università (e solo da qualche anno e a macchia di leopardo esiste una qualche forma di insegnamento della MG all'interno del corso di laurea), di conseguenza la conoscenza della MG al di fuori della stessa è praticamente nulla. Quale paradigma potranno utilizzare ospedalieri o universitari nel corso degli eventi formativi?

La cultura della formazione finalizzata allo sviluppo professionale del MMG, che da anni SIMG persegue, è, numericamente, un granello di sabbia in un mare di proposte formative indifferenziate.

Infine, parlando di paradigma, c'è da recriminare su quello proposto ai cittadini, a tutti i livelli, senza mediazioni. È il paradigma dell'onnipotenza, dell'eterna giovinezza, del benessere assoluto, dell'immortalità. Parallelamente i lacci burocratici spersonalizzano sempre più il rapporto con i cittadini. Di qui nasce il rivolgersi alle medicine non convenzionali con la fuga dalla medicina scientifica, con un atteggiamento schizoide per cui da un lato si richiede l'ultimo farmaco e l'ultimo processo diagnostico e dall'altro si ricorre all'iridologia o alla cromoterapia.

La soluzione potrebbe passare attraverso:

- la definizione di un paradigma delle cure primarie rivalutate nella pubblica opinione e considerate affidabili dalle dirigenze sanitarie e dai referenti politici;
- il miglioramento delle qualità delle cure primarie e della loro capacità di farsi carico delle persone (perché il MMG è al primo posto nelle preferenze e nel gradimento del paziente?);
- la possibilità di dimostrare e contabilizzare il lavoro di qualità che facciamo.

Il nostro impegno in questo senso è noto: l'impegno della SIMG è esplicitato nei 6 principi presentati e orgogliosamente rivendicati in ogni occasione. Ma solo se ci sarà la volontà di creare le condizioni per consentirci di mettere in atto questo nostro impegno riusciremo a percorrere la strada di una semplicità non impoverita e banalizzata, ma ricca degli elementi che contraddistinguono il nostro ruolo professionale.

Bibliografia

- 1 Smith GCS, Pell JP. *Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomised controlled trials*. BMJ 2003;327:1459-61.
- 2 Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. *Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM*. London: Churchill Livingstone 1997.
- 3 Tinetti ME, Bogardus ST, Agostini JV. *Potential pitfalls of disease-specific guidelines for patients with multiple conditions*. N Engl J Med 2004; 351:2870-4.
- 4 Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW. *Clinical practice guideline and quality of care for older patients with multiple comorbid disease*. JAMA 2005;294:716-24.