

## Analisi 4Q

### Analisi Diagnostica a Quattro Quadranti

**Germano Bettoncelli, Giorgio Carlo Monti\*, Italo Paolini\*\***

Responsabile Nazionale Area, Pneumologica SIMG, Brescia; \* Fondazione SIMG, Pavia; \*\* Membro Consiglio Nazionale Presidenza SIMG, Ascoli Piceno

La fotografia dell'attività dei medici di medicina generale (MMG) effettuata attraverso un'analisi dei database nazionali e regionali (Health Search e RRO) evidenzia la necessità di ottimizzare l'approccio clinico e gestionale alle patologie croniche, che sono spesso sotto diagnosticate, non sempre adeguatamente seguite, né correttamente trattate.

Il MMG, che per lo più pratica una medicina di attesa, anche perché sovrachiato dalla pesante routine dell'attività quotidiana, troppo spesso finisce col non porre adeguata attenzione nell'identificare i pazienti potenzialmente affetti da malattia, sottoutilizza le indagini diagnostiche indispensabili per porre diagnosi certa, dimostra scarsa attenzione nel registrare i dati nel proprio database, spesso proprio nei confronti dei pazienti affetti dalle principali malattie croniche quali il diabete, la BPCO, lo scompenso ecc. Accade spesso che, in assenza di metodologie comportamentali allineate alle linee guida ed all'EBM, si tratti il malato farmacologicamente come se fosse affetto da malattia, o si trascrivano prescrizioni altrui, o si registrino sintomi che possono indirizzare verso una giusta e precoce diagnosi senza che si entri criticamente nel merito e quindi senza finalizzare realmente il proprio percorso.

L'analisi delle cartelle cliniche della Medicina Generale evidenzia infatti uno scenario composito costituito da luci ed ombre, che vede alternarsi:

- presenza di patologie note;
- assenza di patologie;
- presenza di sintomi correlabili alla malattia senza diagnosi;
- assenza di sintomi e di diagnosi;
- presenza di terapie farmacologiche in assenza di diagnosi specifica;
- presenza di accertamenti diagnostici specifici senza conclusioni diagnostiche;
- presenza di diagnosi senza opportune terapie.

È la rappresentazione di una realtà professionale dominata spesso dall'incertezza, dall'improvvisazione, dalla difficoltà a governare un sistema di gestione del malato cronico, cui il medico non è stato né preparato né mai pienamente agevolato dal punto di vista normativo, organizzativo e economico.

Del resto l'ampia offerta di linee guida e documenti di consenso, storicamente ha sempre trovato un'oggettiva resistenza all'implementazione nel setting della Medicina Generale. L'abitudine

a costruire tali strumenti attorno alla malattia piuttosto che al malato, la loro scarsa adattabilità alla variabilità e mutevolezza dei fenomeni della vita reale, la non previsione dei mezzi di implementazione e di verifica degli esiti prodotti, sono alcune delle cause della loro scarsa fortuna.

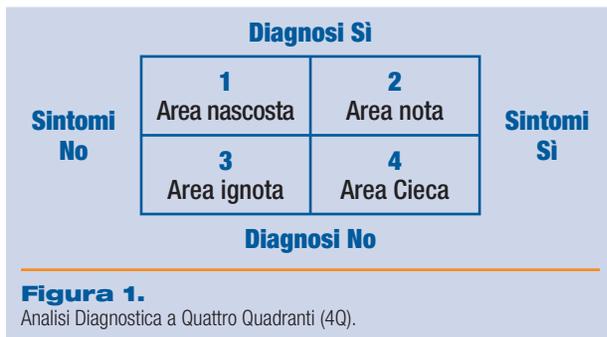
Si avverte oggi da più parti l'urgenza di metter a disposizione del MMG veri supporti e solidi strumenti che lo possano aiutare ad identificare precocemente i soggetti malati, ad evidenziare incongruenze e/o mancanze nell'utilizzo della diagnostica, a porre diagnosi ed instaurare opportune terapie fondate sui criteri stabiliti dalle linee guida e dalle regole di buona pratica clinica. Per poter attuare in modo razionale il comportamento più opportuno il medico deve conoscere le opzioni disponibili e le conseguenze che possono scaturire da ciascuna. Sfortunatamente però, egli spesso non dispone di informazioni complete, ignora talune opzioni o non è in grado di prevedere tutte le conseguenze ad esse associate.

Per consentire al medico di valutare il grado di conoscenza della propria attività ed aiutarlo ad affrontare le problematiche gestionali della professione, abbiamo ideato una nuova metodologia di analisi definita come *Analisi Diagnostica a Quattro Quadranti (4Q)*.

Adattando al contesto medico strumenti e metodologie di analisi quali la "finestra di Johari", metodologia ideata da Joseph Luft e Harry Ingham<sup>1</sup> al fine di indagare gli aspetti relazionali e di comunicazione interpersonale (il conosciuto e lo sconosciuto), e il modello dei Quattro Quadranti di Ken Wilber<sup>2</sup>, abbiamo convenuto di proporre un nuovo strumento che consenta ad ogni medico di analizzare la propria attività e di identificare con la massima sensibilità e specificità possibile i bisogni assistenziali dei pazienti affetti da una determinata patologia.

La 4Q analisi utilizza uno schema composto da un quadrato, suddiviso in quattro quadranti (Fig. 1). Nella dimensione orizzontale si misura la presenza di sintomi o procedure correlati alla patologia, mentre la dimensione verticale evidenzia la presenza o meno di diagnosi. La combinazione di queste due misure porta all'identificazione di quattro aree descritte di seguito:

1. il primo quadrante, chiamato "Area nascosta", rappresenta l'area in cui esiste una diagnosi, ma senza correlazioni sintomatiche o terapeutiche;
2. il secondo quadrante, chiamato "Area nota", rappresenta il contesto in cui esiste una diagnosi ed esistono sintomatologie e terapie correlate;



- nel terzo quadrante, chiamato "Area ignota", non esiste diagnosi né traccia di sintomatologia od altro che possano far ancora pensare alla malattia;
- il quarto quadrante è chiamato "Area cieca", rappresenta l'area in cui non esiste diagnosi, ma presenza di sintomatologia o procedure correlate.

Applicando questo schema di volta in volta alle patologie interessate all'analisi è possibile identificare e raggruppare i pazienti in quattro aree specifiche. Per ognuna di esse andrà successivamente definita una strategia investigativa che consentirà attraverso iniziative proattive, in base a quanto definito dalle linee guida e dall'EBM di:

- confermare la diagnosi per mezzo degli strumenti diagnostici previsti;
- identificare i pazienti affetti da malattia utilizzando le procedure diagnostiche previste e non effettuate;
- approfondire la diagnosi nei pazienti sintomatici;
- identificare i pazienti a rischio di malattia.

Il medico potrà così implementare un'azione correttiva, consapevolmente scelta tra più alternative, valutandone le motivazioni, i pro e contro, la reale fattibilità.

Questo modello sembra descrivere in una maniera abbastanza realistica la modalità di presentazione del paziente e dei suoi problemi clinici, anche se ancora non tiene conto di altre dimensioni quali ad esempio la comorbilità o l'impatto dei diversi livelli organizzativi di cui ogni medico dispone nel proprio studio.

L'applicazione di questo strumento potrebbe tuttavia rappresentare una buona premessa per consentire al medico generale di innescare un processo virtuoso di audit interno, sviluppare attività di medicina di iniziativa, applicare le regole di buona pratica clinica alla propria realtà professionale, contribuire a delineare un nuovo setting per la ricerca in Medicina Generale.

#### Bibliografia

- <sup>1</sup> Luft J. *Introduction à la dynamique des groupes*. Toulouse 1968.
- <sup>2</sup> Cogliani E, Wilber K. *Una sintesi del pensiero*. Alba Magica Edizioni 2005.

