

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/265646833>

Atti del X Convegno Annuale AISC 2013 NEAScience ANNO 1 –VOL.2 ISSN–2282 6009 270

Article · January 2013

CITATIONS

0

READS

28

5 authors, including:



Attila Bruni

Università degli Studi di Trento

34 PUBLICATIONS 705 CITATIONS

SEE PROFILE



Alberto Zanutto

Lancaster University

18 PUBLICATIONS 66 CITATIONS

SEE PROFILE



Francesco Miele

Fondazione Bruno Kessler

31 PUBLICATIONS 7 CITATIONS

SEE PROFILE



Enrico Maria Piras

Fondazione Bruno Kessler

42 PUBLICATIONS 83 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



AETAS [View project](#)



TreC Project [View project](#)

All content following this page was uploaded by [Francesco Miele](#) on 16 September 2014.

The user has requested enhancement of the downloaded file. All in-text references [underlined in blue](#) are added to the original document and are linked to publications on ResearchGate, letting you access and read them immediately.

La medicina generale come lavoro di configurazione:
gestire le terapie complesse nel paziente anziano

Francesco Miele
Fondazione Bruno Kessler, unità di ricerca e-Health
miele@fbk.eu

Enrico Piras
Fondazione Bruno Kessler, unità di ricerca e-Health
piras@fbk.eu

Attila Bruni
Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale, Università degli Studi di Trento
attila.bruni@unitn.it

Claudio Coletta
Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale, Università degli Studi di Trento
claudio.coletta@unitn.it

Alberto Zanutto
Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale, Università degli Studi di Trento
alberto.zanutto@unitn.it

1. Introduzione

L'invecchiamento della popolazione richiede che policy makers e servizi sanitari tutelino la salute, il benessere e la qualità della vita di una quota crescente della cittadinanza. Sempre più anziani sono colpiti da una o più malattie cronico-degenerative e quindi chiamati a gestire schemi terapeutici complessi (Bjorkman et al., 2001). Questa è una delle sfide più importanti per i sistemi sanitari occidentali che, seppur in modi differenti, stanno ridefinendo l'offerta di servizi al cittadino, dando una nuova centralità alla medicina di territorio e riservando agli ospedali la cura delle fasi acute o l'erogazione di prestazioni specialistiche.

Nel presente contributo si proporrà una riflessione sui modi in cui i Medici di Medicina Generale (MMG) contribuiscono a garantire l'autonomia della popolazione anziana, supportandola nella gestione di terapie complesse nelle proprie abitazioni. A questo scopo si adopererà il concetto di *user configuration* (Woolgar e Grint, 1997; Oudshoorn et al., 2004), proveniente dagli studi sociali su scienza e tecnologia. Tale concetto porta a concentrarsi su:

4. il processo di configurazione del paziente e degli altri attori coinvolti nella sua cura quotidiana sotteso dalle terapie complesse;
5. le pratiche adottate dai MMG per mettere i pazienti e i loro caregivers in condizione di gestire autonomamente una terapia complessa.

2. Metodo

I risultati presentati provengono da cinque focus group con MMG, condotti in una provincia montana del Nord-Est di Italia e svolti in cinque ambiti territoriali: le due principali città della provincia (entrambe dotate di ospedale) e tre contesti di valle (uno con ospedale, uno vicino ed uno lontano da un centro con ospedale).

La varietà degli ambiti territoriali scelti ha permesso di confrontarsi con realtà aventi pazienti anziani inseriti in reti sociali e sanitarie differenti tra loro. I focus group si sono focalizzati sulle rappresentazioni dei MMG riguardo il proprio operato all'interno del servizio sanitario, i pazienti anziani con terapie complesse e le azioni messe in atto al fine di tutelarne la salute.

3. Risultati

Il primo esito del lavoro di ricerca è l'autorappresentazione dei MMG quali punti di passaggio obbligato nei processi di gestione terapeutica complessa. Questo ruolo deriva dalla loro particolare collocazione nel sistema sanitario, che richiede loro di comprendere e mediare tra le esigenze della medicina specialistica praticata negli ambulatori e ospedali e le concrete condizioni di vita dei pazienti. I MMG, attraverso attività ambulatoriali e visite a domicilio, sviluppano con i pazienti anziani relazioni solide e durevoli e, con esse, una conoscenza approfondita della loro condizione clinica, economica, sociale e cognitiva.

I MMG contribuiscono così al lavoro di configurazione del paziente attraverso quattro pratiche essenziali. Queste sono:

a) Definire gli utenti

Ai pazienti che non hanno problemi particolari, che sono *complianti*, “svegli” e che magari vivono da soli e sono autosufficienti, io di solito le informazioni le do [direttamente] a loro. E' ovvio che se il paziente non è affidabile, ha dei problemi e c'è il parente o chi per lui... informare il paziente o il caregivers dipende dalla situazione che ti trovi davanti. [Dr. White]

Spesso una terapia complessa deriva dalle prescrizioni di diversi specialisti. Il primo compito del MMG è comprendere se il paziente sia in grado di essere il principale “utente” di una terapia complessa. Spesso gli anziani non vengono reputati in grado di distinguere i diversi farmaci, di autosomministrarsi terapie iniettive, di comprendere e mettere in atto i piani terapeutici degli specialisti. In questi casi il MMG può attribuire ad altri attori il ruolo di utenti della terapia. Nel caso in cui il paziente anziano sia dotato di una propria rete sociale, il ruolo di utente viene conferito al partner, ai figli e/o a caregiver (badanti, infermieri privati). In caso contrario il MMG, sfruttando percorsi di azione istituzionalizzati (quali l'Assistenza Domiciliare Integrata o Programmata) favorisce l'ingresso di figure professionali - mediche, infermieristiche e sociali - specializzate nella cura quotidiana del paziente.

b) Addestrare all'uso

L'addestramento [del paziente] avviene su due livelli, uno è l'addestramento proprio alla somministrazione, che in alcuni casi non è facilissimo, per esempio nelle terapie iniettive [...]. C'è anche l'addestramento a trovare gli effetti collaterali dei farmaci. Al paziente con gli ipoglicemizzanti deve essere spiegato come riconoscere un'iperglicemia e come trattarla [...]. Se ha un'emorragia, come deve intervenire... [Dr. Orange]

In seguito, i MMG offrono agli utenti della terapia gli strumenti per gestirla in autonomia. Un primo strumento, di tipo discorsivo, sono i colloqui volti a illustrare i sintomi di una condizione di malessere o gli effetti collaterali di un farmaco; un secondo, di carattere più materiale, riguarda le dimostrazioni pratiche circa il come somministrare una terapia iniettiva. Così facendo, i MMG consegnano ai pazienti e/o ai loro *caregivers* le 'istruzioni per l'uso' di alcune pratiche di cura e li configurano quali 'utenti competenti' della terapia.

c) Associare routine quotidiane a pratiche terapeutiche

Quello che io cerco di fare è proprio fargli lo schemino: allora "prima di colazione mezza pastiglia di questo, dopo colazione eh... prima di pranzo... dopo pranzo [Dr. Pink]

Un altro modo per configurare i pazienti e/o i loro *caregivers* quali utenti capaci di gestire autonomamente la terapia è delegare determinate azioni a questi ultimi e/o ad alcuni artefatti pre-esistenti o creati ad-hoc. Questi artefatti suggeriscono e ricordano dei percorsi di azione (Gagliardi, 1990). Collocati all'interno del setting domestico in modo appropriato (es. il pilloliera nella dispensa, il diario del peso in bagno), questi oggetti legano routine quotidiane (l'igiene personale o la alimentazione) a pratiche di gestione della terapia.

d) Agire sulla terapia

Il paziente viene dimesso senza che il medico ospedaliero abbia nessuna idea della rete familiare [...] ogni volta poi ci troviamo di fronte al paziente anziano che vive dalla pensione minima, che su 7-8 farmaci che ha in lettera di dimissione ne ha 3 che si deve pagare... e non sono da 2 euro [Dr. Brown]

Mi trovo di fronte terapie imbricate, con il fenomeno dei farmaci dimenticati – un esempio per tutti l'amiodarone: un sacco di pazienti ce l'hanno da anni e nessuno sa chi gliel'ha dato... e allora a volte lo tiro via io [Dr. Blonde]

Laddove la tecnologia (ovvero, la terapia) richieda (a giudizio dei MMG) una configurazione troppo complessa in relazione a specifici utenti, è possibile agire su di essa (ad es., riducendo il numero di farmaci). Per valutare la complessità della configurazione i medici ricorrono a diversi elementi, solitamente riguardanti i pazienti: capacità cognitive e pratiche legate alla somministrazione, risorse economiche necessarie per l'acquisto, potenziali effetti collaterali, e così via. Attraverso questi elementi, e nell'impossibilità di configurare diversamente l'utente, i MMG decidono dunque se ridurre la complessità della terapia, così da aumentare la possibilità di una gestione autonoma della stessa da parte dei pazienti e/o dei loro caregivers.

4. Conclusioni: configurare network di cura

Il presente lavoro ha analizzato i modi attraverso cui i MMG intervengono in relazione a pazienti anziani con terapie complesse. Il concetto di *user configuration* ha permesso di evidenziare come i MMG configurino - ossia definiscano, abilitino e vincolino - non solo i pazienti anziani, ma intere reti di attori. Questo processo produce articolati network in cui medicinali, pazienti, familiari e altri artefatti sono messi in continua relazione tra loro. Non soltanto quindi le terapie complesse (al pari di altre tecnologie) sottendono una configurazione dei suoi utilizzatori, ma chiamano i MMG a contribuire a tale configurazione nel corso del loro lavoro quotidiano. I medici dando ai pazienti e/o ai loro caregivers il ruolo di utenti della terapia, addestrandoli a svolgere determinate pratiche di cura e inserendo nella loro vita quotidiana diversi artefatti che li invitano ad agire in una determinata maniera, creano veri e propri sistemi di conoscenza distribuita (Hutchins, 1995). Attraverso il lavoro di configurazione compiuto dai MMG, quindi, emergono network ibridi in grado di mettere al lavoro conoscenze di diverso tipo e, in particolare, di garantire al paziente anziano la gestione delle proprie terapie al di fuori delle strutture ospedaliere.

Ringraziamenti

Questo lavoro è parte del progetto AETAS (Active aging, Empowerment, TecnologiA, Salute) finanziato dalla Fondazione Caritro. Coordinamento: Fondazione Bruno Kessler; partner: Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale (Università di Trento), Scuola di Formazione Specifica in Medicina Generale.

Bibliografia

- Bjorkman, I.K., Fastbom, J., Schmidt, I.K., Bernsten, C.B. (2002), Drug-drug interactions in the elderly. In Ann Pharmacother, Vol. 36, pp 1675-81.
- Gagliardi, P., (1990), Artifacts as pathways and remains of organizational life. In P. Gagliardi (ed.), Symbols and artifacts: Views of the corporate landscape, de Gruyter, Berlin, pp. 3-38.
- Hutchins, E. (1995), Cognition in the wild, Mit Press.
- Oudshoorn, N., Rommes, E., Stienstra, M., (2004), Configuring the user as everybody: gender and design cultures in information and communication technologies. In Science Technology and Human Value, Vol 28 (4), pp 30-63.
- Woolgar, S., K. Grint (1997), The Machine at Work: technology, organisation and work, Polity/Blackwell.