

Medici di famiglia e legge 219: quanto la conosciamo e l'applichiamo?

Il 4 dicembre 2017 il Parlamento italiano approvava in maniera definitiva ed all'unanimità la legge 219. L'approvazione ebbe un grande riscontro mediatico soprattutto per la parte relativa alle Disposizioni Anticipate di trattamento che portarono comunemente ad identificare la legge come "legge del biotestamento". Ma a 5 anni di distanza la strada da fare è ancora lunga e in salita

Alessandro Guerroni - Medico di medicina generale, Membro del Coordinamento Regionale della Sicp Lombardia

In realtà la legge si articola su tre punti diversi ma integrati che risultano essere fondamentali per la realizzazione di un percorso condiviso delle cure: il Consenso Informato, le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) e la Pianificazione Condivisa delle Cure.

In particolare l'articolo 1 così definisce il Consenso Informato "è promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico (omissis)... Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura".

L'articolo 4 si occupa delle Disposizioni Anticipate di Trattamento: "Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, può, attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari".

La Pianificazione Condivisa delle Cure viene così delineata nell'articolo 5: "Nella relazione tra paziente e medico

(omissis), rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, può essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico, alla quale il medico e l'equipe sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità".

La legge venne accolta con grande interesse, con toni entusiastici e definita come moderna, europea, sintetica e con obiettivi chiari e facilmente raggiungibili. A cinque anni di distanza è lecito chiedersi se i risultati raggiunti rispettino le aspettative. In particolare ho ritenuto indispensabile verificare il grado di conoscenza da parte dei Mmg operanti nel territorio nazionale e la loro competenza nell'applicarla.

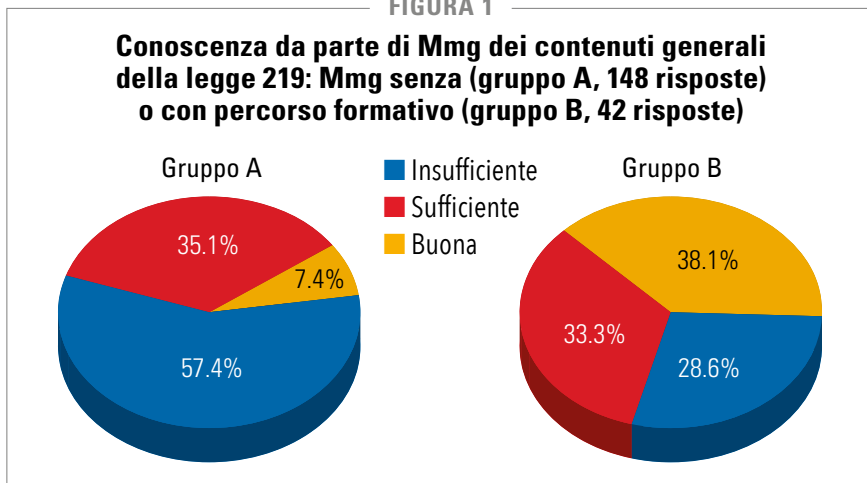
Ricordando che la Pianificazione Condivisa delle cure può migliorare la qualità della comunicazione medico-paziente, ridurre i ricoveri non desiderati, incrementare il ricorso alle cure palliative e aumentare la soddisfazione dei malati e la loro qualità di vita, ho ritenuto utile condurre un'indagine conoscitiva fondamentalmente sul tema della Pianificazione Condivisa delle Cure che dovrebbe vedere il Mmg

coinvolgere tutti i cittadini affetti da "una patologia cronica o invalidante con prognosi infausta".

L'indagine realizzata a fine novembre 2022 ha interessato 148 Mmg (Gruppo A) operanti in tutte le regioni Italiane mettendoli a confronto con 42 Mmg (gruppo B) operanti sul territorio nazionale che avevano ricevuto negli anni una formazione in Cure Palliative da parte di una Società Scientifica (Simg). Ad una domanda sulla generica conoscenza dei contenuti generali della legge 219 il 57.4 % del gruppo A ritiene di avere una formazione insufficiente contrariamente al 28.6% dei Mmg del gruppo B (figura 1). Dalle loro risposte risulta evidente come un percorso di formazione in Cure Palliative abbia permesso di dimezzare il numero dei Mmg che dichiarano un'insufficiente conoscenza della legge 219.

La carenza di conoscenza ha comportato che il 25.7% dei Mmg del gruppo A non abbia affrontato alcun percorso di Pianificazione Condivisa delle Cure con i propri assistiti nel corso dell'anno 2022, contrariamente all'11.9% indicato dai Mmg del gruppo B. Anche in questo caso la formazione ha permesso un dimezzamento della percentuale dei Mmg che non hanno affrontato percorsi di Pianificazione Condivisa delle Cure.

FIGURA 1



Entrambi i gruppi, relativamente ai percorsi affrontati di Pianificazione Condivisa delle Cure, hanno evidenziato una propria inadeguatezza rispetto alle richieste/aspettative dei pazienti. Inadeguatezza segnalata dal 34.5% del gruppo A e dal 24.3% del gruppo B. Questo dato confermerebbe l'esigenza di una formazione dedicata ed approfondita non apparendo sufficiente una generica formazione in Cure Palliative.

La Pianificazione Condivisa delle Cure dovrebbe basarsi su una "buona comunicazione" fra il Mmg, il cittadino ed i suoi familiari. Purtroppo i dati in letteratura indicano che il Mmg ha un colloquio con un malato con "una patologia cronica o invalidante con prognosi infausta" solo nel 6.31% dei casi, con i suoi familiari nel 29.36% dei casi e che prevalentemente comunica aspetti clinici (diagnosi, disturbi fisici e complicanze). Si tratterebbe quindi di una comunicazione inadeguata alla Pianificazione Condivisa delle Cure. È ormai dimostrato da numerosi studi che esiste un significativo gap fra ciò che i pazienti, informati delle loro condizioni cliniche, vogliono realmente (ad es. riguardo alle possibili scelte terapeutiche) rispetto a ciò che invece i medici pensano che i loro pazienti vogliono. Dobbiamo inoltre ricordare che i malati spesso contano sugli altri per

definire e dare un peso ai valori che poi condizionano le proprie decisioni. Questa influenza può essere positiva (chiarire le informazioni in una discussione) o negativa (adottare la prospettiva di un altro come se fosse la propria) e che nelle cure rivolte a pazienti con patologie croniche in fase avanzata e a rischio per la vita è fondamentale garantire percorsi di cura che siano il più possibile concordanti con i valori espressi dalle persone.

In effetti durante tutto il percorso universitario e formativo del Mmg in genere ma anche di tutti i medici, non è prevista una didattica sulla comunicazione e questo ha creato e crea note-

voli difficoltà ai cittadini e l'esigenza da parte dei Medici di un'adeguata formazione. Esigenza confermata anche dalle risposte dei due gruppi (figura 2) della nostra ricognizione, che ritengono molto utile/utile un percorso di formazione sulla "buona comunicazione", sui principi bioetici e sulla legge 219. Non si tratta di una mera esigenza del personale medico ma del rispetto di un'indicazione precisa dell'articolo 1 comma 8 e 9 della legge 219: "Ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale. La formazione iniziale e continua dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie comprende la formazione in materia di relazione e di comunicazione con il paziente, di terapia del dolore e di cure palliative." La legge 219 è molto chiara nel sottolineare l'importanza dell'informazione ai cittadini e della formazione dei sanitari. A distanza di cinque anni dalla sua promulgazione non è stata rispettata e questo ha comportato un grave danno per molti cittadini e per le loro famiglie. Forse è venuto il tempo per iniziare a rispettare legge e cittadini.

FIGURA 2

