

# Famiglia e Medicina Generale: un'indagine esplorativa.

Alessandro Addorisio<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Affiliation not available

March 07, 2024

## Introduzione

In questi mesi così complicati e tragici in molti cercano di scorgere qualcosa di positivo nella pandemia, ad esempio la presunta maggiore solidarietà fra i cittadini oppure l'inizio di una nuova era di collaborazione sovranazionale per fini sanitari, con l'obiettivo di una salute globale e universale. Una salute universale per la quale però occorre che ogni sistema nazione sia dotato di capacità collaborative ed evolutive. E' triste constatare che occorre una pandemia globale per ricordarci l'importanza per ogni Stato di avere un servizio sanitario efficace e pubblico, in grado di preservare la salute dei cittadini. Inoltre il Covid-19 ha costretto molti Stati, e di conseguenza i suoi cittadini, ad adottare nuove forme di cura e assistenza, dall'aiuto reciproco al distanziamento sociale e all'auto-isolamento per tutelare la salute altrui, oltre che la propria. Un modo di concepire l'idea di salute che si sposta dalla sfera individuale a quella collettiva della comunità e che mette in evidenza la crisi di un'assistenza basata su servizi di tipo aziendalistico come il Servizio Sanitario Nazionale e l'esigenza di nuovi modelli flessibili e sistemici ovvero di un Sistema sanitario Nazionale.

Queste nuove forme di cura dell'Altro, nel senso più ampio del termine, mettono in discussione decenni di riduzione del welfare e della solidarietà, in nome di un individualismo che negli ultimi tempi ha assunto nuove denominazioni e descrizioni, come i concetti di benessere della persona, di autocura e, per ultimo, di resilienza. Quest'ultimo termine in particolare è diventato una sorta di mantra negli ultimi anni per indicare la capacità di riprendersi da eventi dannosi ma che, soprattutto se usato in riferimento all'individuo, lo responsabilizza nei confronti di una mancata capacità di opporsi ad eventi avversi, quasi che la famigerata resilienza sia una dote innata, un talento che si possiede oppure no e non invece una condizione, una contingenza di più fattori, alcuni individuali ed altri sociali, culturali ed economici.

Queste denominazioni, questi concetti nuovi o antichi, vengono promossi da un mondo politico-economico-industriale che, sebbene si debba riconoscere la necessità di tenere i conti pubblici sotto controllo, ha evidenziato i suoi limiti intrinseci, come l'idea di voler ridurre la cura e l'assistenza a qualcosa che si può, o si deve, acquistare secondo le proprie possibilità e non considerarle invece un diritto universale, come garantito dalla nostra Costituzione.

L'altro aspetto "positivo" della pandemia dovuta al Covid 19 è l'aver dimostrato la profonda interdipendenza che esiste in campo medico e sanitario non solo a livello locale ma anche globale. Non sempre questo aspetto viene colto soprattutto dagli organi di informazione e dai social-network, anzi a volte essi concorrono a diffondere pregiudizi e paure che diventano terreno fertile per politiche di protezione nazionalistiche, se non addirittura discriminatorie e razziste. 112021 -Maria Paola Pofi, Leung Wing-Fai, Responses to health risk and suffering: 'China' in the Italian media discourses during the early stage of the Covid-19 pandemic . Journals.sagepub.com.

Se il Covid 19 non sarà reso innocuo a livello mondiale prima o poi le sue varianti torneranno a diffondersi a dispetto di qualsiasi frontiera, fisica o politica. Ma anche a livello locale occorre la collaborazione fra tutti per ridurre i rischi di contagio, come ha dimostrato l'efficacia delle misure di sanità pubblica, integrandole magari con l'uso di metodiche che facilitino il cambiamento culturale nei soggetti più dubbiosi o restii ad

accettare tali misure.

Per valutare e approfondire queste interdipendenze è opportuno avere uno sguardo di tipo sistemico, che non si focalizzi né sull' estremamente ampio né sul particolare circoscritto. Uno sguardo che sappia variare la propria messa a fuoco, così come fa un'ottica zoom in campo fotografico, passando dalla visione grandangolare, ampia e panoramica, al dettaglio minuto che permette un teleobiettivo.

## L'indagine

Abbiamo pensato di utilizzare questo approccio sistemico nell'ambito delle cure primarie avendo come focus la famiglia che per il MMG rappresenta al tempo stesso il contesto in cui vive e agisce il proprio paziente, potremmo chiamarlo lo sfondo per utilizzare la metafora fotografica già citata, ma anche un soggetto in primo piano. Tale approccio consente di guardare alla famiglia non soltanto come la somma delle condizioni dei suoi singoli appartenenti, ma nel suo insieme, come un'unità di analisi i cui orientamenti, atteggiamenti e comportamenti possono fornire un quadro più ampio, ad un livello superiore, della salute degli assistiti di un Medico di Medicina Generale (MMG).

Il tutto assume particolare significato perché nella nostra visione la famiglia può essere considerata come un' emanazione periferica di un sistema sanitario nazionale dedicato alla salute.

Ci può essere una famiglia che, grazie alle proprie risorse emotive, affettive, valoriali, culturali ed anche economiche, riesce a fronteggiare una situazione di salute critica meglio di un'altra famiglia che scarseggia, parzialmente o totalmente, di tali risorse, magari a fronte di problemi di gravità minore, per cui, se da un punto di vista strettamente medico, la situazione della prima risulta più grave, in realtà da un punto di vista più ampio, la situazione è peggiore per la seconda. Ovviamente l'utilizzo di un punto di osservazione diverso, a livello di gruppo familiare, non esclude l'altro, a livello del singolo individuo, anzi, i due punti di vista sono complementari perché arricchiscono le possibilità di analisi e di intervento.

La nostra indagine ha voluto approfondire, per quanto possibile, alcuni aspetti della relazione fra famiglia e salute, in ambito di medicina del territorio, cioè di quella medicina che è più vicina al cittadino e che rappresenta il primo, e a volte unico, contatto fra lo stesso e le istituzioni sanitarie.

## Metodologia

Dopo una breve ricognizione della letteratura scientifica 111990 - C.Ross, J.Mirowsky, K. Goldsteen, The impact of the family on Health , Journal of Marriage and Family 222005- Ferrer, Palmer, Burge, The family contribution to health status: a population-level estimate , Annals of Family Medicine. 332013 - Golics et al, The impact of disease on family members: a critical aspect of medical care , The Royal Society of medicine. riguardante l'argomento, abbiamo organizzato due *focus group* ai quali hanno partecipato una ventina di MMG e della Continuità Assistenziale (C.A.) In seguito alle osservazioni, alle riflessioni ed alle considerazioni emerse dai focus, abbiamo costruito un breve questionario che è stato inviato ad un campione non statistico di MMG. Non è stato possibile, per motivi legati alla privacy, stratificare il campione se non ex-post.

Naturalmente ci sarebbero moltissimi altri aspetti della relazione fra la famiglia, la salute dei suoi membri ed il MMG, che meriterebbero di essere studiati ed approfonditi ma la scelta di limitarci solo ad alcuni è legata allo strumento di indagine, un questionario a risposte chiuse che, se sovraccaricato di domande, rischia di risultare inefficace riguardo all'attendibilità delle risposte.

I rispondenti in totale sono stati 72 e non ci sono state domande senza risposta.

## Il questionario

La prima domanda è stata rivolta con l'intento di indagare, nell'ambito del rapporto fra famiglia e MMG, quante sono le famiglie che in occasione della malattia di un proprio componente supportano l'attività curativa e assistenziale prescritta dal medico, oppure se ne disinteressano o addirittura la contrastano. Non ritenendo opportuno richiedere valori numerici puntuali abbiamo deciso di indicare, nelle opzioni di risposta, intervalli di valori percentuali.

[CHART]

### Grafico 1

Come si vede nel grafico 1, la grande maggioranza dei MMG valuta come **famiglie collaboranti** fra quelle assistite, in percentuali che vanno dal 51 ad oltre il 70%. Un quarto dei MMG assegna una percentuale fra il 25 e il 50% e solo una piccola quota ritiene che le famiglie collaboranti siano comprese fra il 5 e il 24% o addirittura inferiori al 5%.

[CHART]

### Grafico 2

Il grafico 2 visualizza le percentuali di famiglie cd **“inerti”** che i MMG ritengono presenti fra quelle da essi assistite. Circa un terzo (20) dei MMG crede che tali famiglie siano meno del 5%, la metà esatta dei MMG ritiene che questo atteggiamento è assunto da una percentuale di famiglie che va dal 5 al 24%, una quota di 14 MMG afferma che la percentuale oscilla fra il 25 e il 50% e solo 2 MMG ritengono che sia fra il 51 e il 70%. Nessuno dei MMG ha ritenuto la percentuale delle famiglie **“inerti”** superiore al 70%.

[CHART]

### Grafico 3

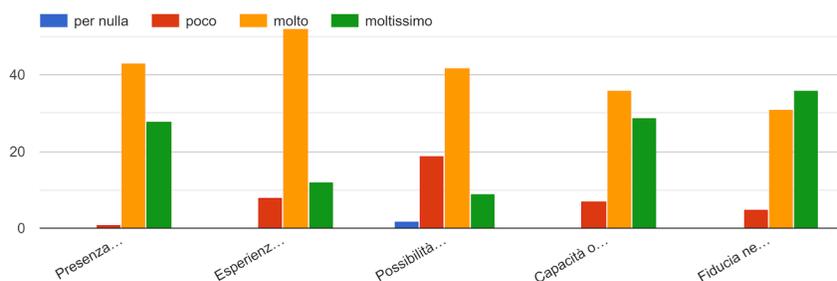
Infine, il grafico 3 mostra le percentuali di famiglie ritenute **“ostacolanti”** l’attività di cura del MMG.

Qui la stragrande maggioranza (57) dei MMG ritiene che questo comportamento sia attribuibile a meno del 5% delle proprie famiglie. Altri 10 MMG affermano che tali famiglie siano comprese fra il 5 e il 24%, mentre 4 MMG valutano questa percentuale fra il 25 e il 50%. Un solo MMG ritiene la percentuale compresa fra il 51% ed il 70%. Nessun MMG la valuta oltre il 70%.

Possiamo concludere che a questa domanda i MMG intervistati hanno risposto che, a loro parere, la gran parte delle famiglie da essi assistite sono collaboranti nell’azione di cura, meno della metà non si attivano e pochissime contrastano l’operato del medico.

Con la seconda domanda abbiamo cercato di approfondire, all’interno delle famiglie collaborative, quanto fossero considerate rilevanti dai MMG alcune caratteristiche

Di seguito sono elencati alcuni aspetti delle famiglie collaborative che possono agevolare l’attività di cura del MMG, indichi, secondo la Sua esperienza, quanto sono rilevanti.



### Grafico 4

Il primo gruppo di colonne del grafico 4 si riferisce alla presenza di legami e riferimenti valoriali forti nella famiglia e sommando quanti hanno attribuito molta e moltissima rilevanza a questo aspetto si raggiunge quasi l’unanimità (71 MMG).

Il secondo gruppo si riferisce alla presenza di esperienze pregresse della famiglia in situazioni analoghe ed anche in questo caso la maggioranza (63 MMG) reputa molto rilevante tale caratteristica della famiglia a fronte di solo 9 MMG che la ritiene poco rilevante.

Il terzo gruppo riguarda la possibilità per la famiglia di personalizzare la cura e qui, pur restando maggioranza, il numero dei MMG (51) che ritengono questo aspetto molto rilevante è il più basso, e di converso è più alto il numero (21) di coloro che lo ritengono per nulla o poco rilevante.

Il quarto gruppo corrisponde alla capacità organizzativa della famiglia in termini di distribuzione dei compiti di cura e 65 MMG hanno attribuito a questa capacità molta e moltissima importanza a fronte di 7 MMG che la ritengono poco rilevante.

Nell'ultimo gruppo del grafico che riguarda la fiducia nelle scelte operative del MMG ben 67 MMG ritengono che tale aspetto sia di assoluta rilevanza e solo 5 MMG pensano ne abbia poca.

Riepilogando, le due caratteristiche della famiglia “collaborante” che sono ritenute più rilevanti dai rispondenti sono la presenza di **legami e valori forti** e la **fiducia** nel proprio Medico, assieme all’aver avuto qualche **esperienza** precedente, mentre l’aspetto della **personalizzazione della cura** riscuote meno consensi, pur restando comunque nel versante della rilevanza.

Con la terza domanda abbiamo voluto invece indagare cosa pensassero i MMG a riguardo delle famiglie cosiddette “ostacolanti”, in particolare l’importanza che essi assegnano ad una serie di fattori. Il grafico 5 illustra le risposte ricevute:

Quanta importanza assegna ai fattori di seguito indicati, nell’essere di ostacolo alla collaborazione con le famiglie degli assistiti malati?

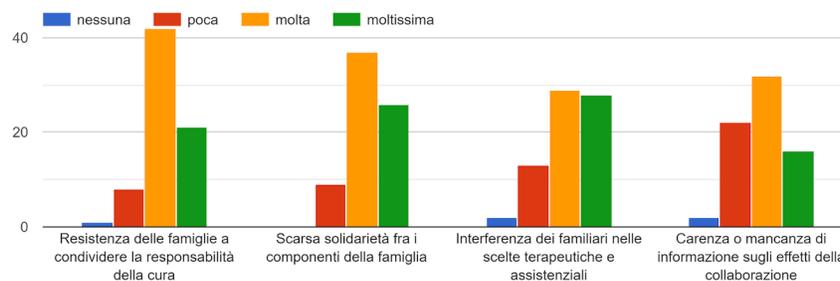


Grafico 5

Il primo dei fattori proposti, la resistenza delle famiglie a condividere la responsabilità della cura, è stata ritenuta molto e moltissimo importante da 63 MMG e poco o per nulla importante da 9 MMG.

Il secondo fattore sul quale esprimere la propria valutazione di importanza era la scarsa solidarietà tra i componenti della famiglia e anche in questo caso solo 9 MMG lo hanno ritenuto poco importante mentre nei rimanenti 63 sono aumentati quelli (26) che lo hanno ritenuto importantissimo.

Il terzo fattore di cui valutare l’importanza nell’essere di ostacolo alla collaborazione era l’interferenza dei familiari nelle scelte terapeutiche e assistenziali, ed in questo caso pur restando in maggioranza (57) coloro che ritengono questo fattore molto importante, ci sono stati 15 MMG che lo ritengono di poca o nessuna importanza.

Infine, l’ultimo gruppo del grafico si riferisce all’importanza della carenza o mancanza di informazione sugli effetti della collaborazione e qui si registra il numero maggiore (24) di MMG che ritiene poco o per nulla

importante questo aspetto, mentre comunque la maggioranza lo ritiene molto o moltissimo importante.

Commentando queste risposte, possiamo affermare che tutti i fattori elencati sono stati ritenuti importanti, molto o moltissimo, dalla maggioranza dei rispondenti con una prevalenza di preferenze per la scarsa solidarietà tra i componenti della famiglia.

La quarta delle domande del questionario era incentrata sull'aspetto culturale della famiglia, intendendo con questo termine non solo il livello di istruzione dei singoli componenti ma anche le tradizioni, i valori di riferimento e le regole comportamentali collegate ad ogni singolo gruppo familiare. La domanda chiedeva di valutare quanto tale aspetto incida nella gestione della malattia di un membro della famiglia.

Secondo Lei, quanto incide la cultura dell'ambiente familiare (intesa non solo come livello di istruzione dei vari membri ma anche come l'insieme...la gestione della malattia di un proprio membro)?  
72 risposte

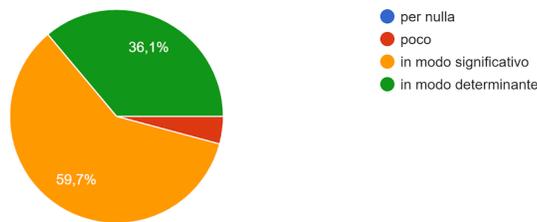


Grafico 6

Come evidente dal grafico 6, quasi il 60% dei rispondenti ritiene tale aspetto **significativo**, il 36% addirittura **determinante** mentre solo il 4% dei MMG ritiene l'aspetto culturale **poco incidente** nella gestione della malattia.

L'ultima domanda del breve questionario ha preso in esame alcuni aspetti di carattere tipicamente sociale e la loro relazione, secondo la valutazione di MMG, nelle decisioni dell'assistito in merito alla gestione della sua salute. Il successivo grafico 7 illustra la distribuzione delle risposte:

Secondo Lei, in occasione di un problema di salute quanto incidono i seguenti fattori sociali nelle decisioni dell'interessato?

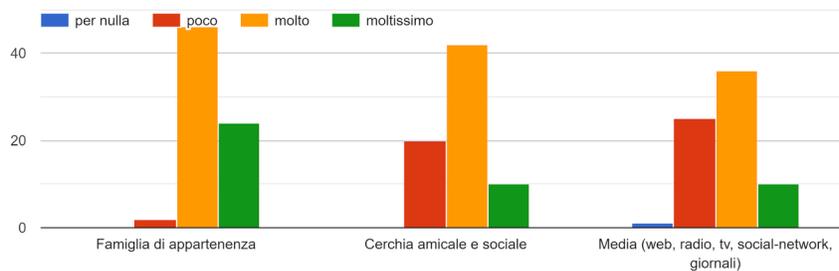


Grafico 7

Il primo aspetto di cui valutare l'incidenza nelle decisioni era la famiglia di appartenenza che ha ricevuto quasi un plebiscito (70 MMG) nel ritenerlo molto o moltissimo rilevante.

Il secondo aspetto, la cerchia amicale e sociale, ha ottenuto risposte più variegata con 42 MMG che ritengono questo aspetto molto importante e altri 10 MMG che ritengono che incida moltissimo nelle decisioni, mentre 20 MMG pensano che lo faccia poco.

Il terzo fattore in grado di influenzare le decisioni dell'assistito sul quale si è chiesto il parere degli intervistati sono stati i Media (web, radio, tv, social-network, giornali). Il grafico 7 mostra che 26 MMG non ritengono rilevanti i media, 36 MMG li ritengono in grado di incidere molto nelle decisioni e 10 MMG moltissimo.

Soprattutto le risposte a quest'ultima domanda sembrerebbero ridimensionare ciò che nel discorso pubblico viene affermato frequentemente, ossia che i media (ed in particolare quelli veicolati dal web) abbiano una notevole capacità di influenzare le decisioni dei cittadini in materia sanitaria. Viene altresì confermato, come riportato diffusamente in letteratura, che la **famiglia di appartenenza** ha una grandissima importanza e influenza nelle decisioni degli assistiti.

In chiusura del questionario, come da prassi, abbiamo posto alcuni quesiti di natura socio-anagrafica per avere un quadro più dettagliato del campione di intervistati che, ricordo, non è stato possibile stratificare ex-ante per motivi legati alla privacy dei dati.

Qui di seguito i grafici, autodescrittivi, delle risposte ottenute.

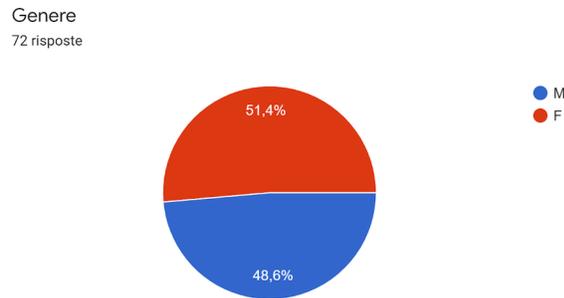


Grafico 8

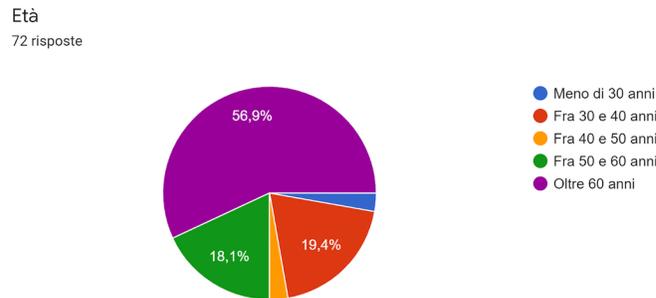


Grafico 9

Anni di professione  
71 risposte

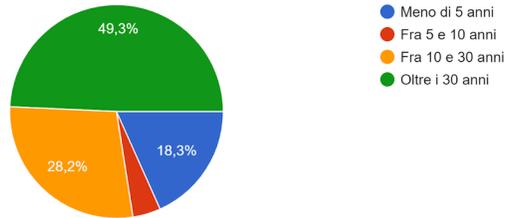


Grafico 10

Numero assistiti  
72 risposte

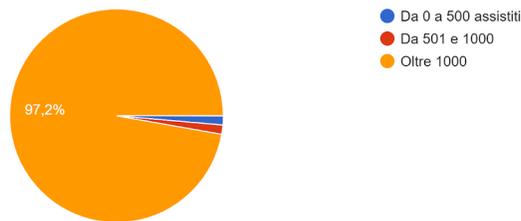


Grafico 11

Popolazione urbana della sede del Suo ambulatorio  
72 risposte

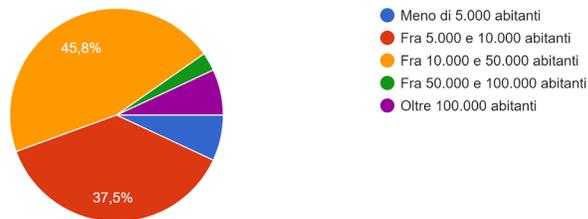


Grafico 12

Di questi grafici vogliamo solo sottolineare che quasi la totalità dei MMG intervistati assiste oltre 1000 assistiti e che la maggioranza assoluta di essi opera in contesti urbani di media grandezza, compresi fra i 5000 e i 50.000 abitanti.

## Conclusioni

L'obiettivo del questionario è stato quello di quantificare, seppure in modo approssimativo, la presenza di alcuni aspetti delle famiglie degli assistiti che sono riportati dalla letteratura scientifica e che hanno avuto

conferma nei *focus group* condotti preliminarmente.

A coloro che si occupano di medicina del territorio è noto che le famiglie, in genere, collaborano con il MMG nella cura e nell'assistenza dei propri membri e per questo ci è sembrato utile ed opportuno tentare di quantificare quanto questo fenomeno sia diffuso all'interno di un campione di MMG. Precisiamo subito che il campione non ha un valore statistico poiché è stato selezionato secondo un criterio di partecipazione spontanea da parte di MMG invitati via mail e non stratificato poiché, come già segnalato, alcuni vincoli legati alla privacy non hanno consentito tale operazione.

Ciononostante, riteniamo che i risultati ottenuti siano interessanti in quanto riguardano quantificazioni e valutazioni fatte da MMG ad un livello diverso dal solito, a mezza strada fra quello individuale, cui sono da sempre abituati e quello di popolazione di cui si occupano più frequentemente altri attori del sistema socio-sanitario. Un livello intermedio che si aggiunge e non si sostituisce agli altri, così come un obiettivo a focale variabile, uno zoom, riesce a mettere a fuoco sia il vicino che il lontano, riprendendo la metafora dell'introduzione. La famiglia rappresenta questo livello intermedio, la cui analisi può aiutare sia i professionisti della salute interessati, sia coloro che, a qualsiasi titolo, prendono decisioni ed agiscono nel contesto della medicina del territorio.

Dalle risposte ottenute, emerge che generalmente il Medico di Medicina generale ritiene la gran parte delle famiglie da lui assistite collaboranti e che i fattori più importanti di tale collaborazione sono rappresentati dalla presenza di legami e valori forti nella famiglia e dalla fiducia nel proprio Medico mentre l'aspetto che più caratterizza le poche famiglie che ostacolano l'operato del MMG è la scarsa solidarietà fra i membri delle stesse.

Sull'importanza della cultura della famiglia, nel senso più ampio del termine, nella gestione della malattia di un familiare i MMG si sono espressi in maniera quasi plebiscitaria graduando tale importanza fra l'essere significativa o addirittura determinante.

Infine, interpellati sulla rilevanza di alcuni fattori sociali, come la famiglia di appartenenza, la cerchia sociale e i mass-media, nell'influenzare le decisioni del paziente, i MMG hanno attribuito grande rilevanza alla famiglia di appartenenza mentre sembrerebbe venire un po' ridimensionata quella dei media, contrariamente all'opinione diffusa.

Altre ricerche sarebbero opportune sia per approfondire ulteriormente questi primi dati presso i MMG che sono sicuramente la fonte informativa più diretta e pertinente ma non si dovrebbe trascurare l'altro versante della relazione sanitaria ossia le famiglie stesse, che potrebbero a loro volta esprimere il proprio punto di vista.

Tutto ciò, come più volte ribadito, non mette in discussione l'assoluta centralità del rapporto medico-assistito, prioritario nel poter stabilire le migliori scelte terapeutiche ed assistenziali ma semplicemente fornisce un'ulteriore chiave di lettura della medicina territoriale.