



Caso Clinico

Medico e stili di gestione del paziente

B. Bertone

COMMUNICATION CONTROL IN PRACTITIONER – PATIENT RELATIONSHIP

Abstract. A job encounter, occurred 30 years ago, with a practitioner (some years ago I used to be a pharma rep) is the chance to discuss different types of communication control in doctor-patient relationship. The article presents four models of doctor-patient relationship: paternalism, consumerism, mutuality and default. Four steps to encourage mutuality model in the clinical encounter are listed.

KEY WORDS. Medical visits, Communication control, Doctor-patient relationship styles



Bruno Bertone

Un ricordo di più di trent'anni fa, quando facevo l'informatore scientifico, è lo spunto per parlare di comunicazione-relazione medico-paziente.

La scena si svolse nell'ambulatorio di un medico di medicina generale: entrai nell'ambulatorio, la sala d'attesa era del tutto vuota, un signore sessantenne corpulento stava uscendo dallo studio del medico. Ero un informatore alle prime armi e mi stupii quando il medico mi parlò del paziente che avevo incrociato: *«Lo ha visto? Grosso, grasso, iperteso con un quadro lipidico da paura e continua a mangiare. Hanno ammazzato il maiale, è una settimana che mangia ciccioli e cotenne. Ha 180 di massima e non prende gli antipertensivi che gli prescrivo! Dica lei se è plausibile un simile comportamento?»*.

Cerco di arginare quel diluvio di parole ponendogli una domanda: *«Dottore ha provato a fargli presente i rischi dell'ipertensione e dell'ipercolesterolemia?»*.

Otengo una risposta che mi lascia totalmente allibito: *«Lui non sa quanto ha di pressione né qual è il suo livello di colesterolo, è sufficiente che lo sappia io!»*.

Vado alla ricerca di un chiarimento: *«In che senso il paziente non deve sapere quanto siano pressione e livello di colesterolo?»*.

«Vede questo (il paziente) è ignorante come una capra e cercare di chiarire servirebbe solo a metterlo in apprensione».

«Già ma lui non assume quanto lei gli prescrive!».

«Lui non deve capire, deve solo fare quello che gli dico io: assumere i farmaci e stare a dieta!».

Quello citato è un esempio di comunicazione-relazione totalmente centrata sul medico, il medico è padrone della vita del paziente: fa la diagnosi, prescrive la terapia e il paziente non ha che da eseguire le disposizioni ricevute. Il colloquio riportato è datato, avveniva, come detto, circa 30 anni addietro, oggi la situazione è cambiata o ci sono stili di comunicazione/relazione medico-paziente che, pur se formalmente diversi, richiamano l'atteggiamento di un medico che esige dal paziente l'esecuzione di quanto da lui deciso?

Come si potrebbe definire il comportamento di quel medico di medicina generale?

Quando il medico abbia il controllo totale, o pressoché totale, della comunicazione-relazione col paziente, nel corso del colloquio clinico, la relazione viene definita paternalistica (Fig. 1).

Il controllo della comunicazione/relazione si esprime (1) attraverso alcuni elementi chiave che comprendono:

- Chi è a definire i temi e gli obiettivi della visita (il medico, il paziente, una negoziazione tra medico e paziente).
- Il ruolo dei valori del paziente (dato per scontato dal medico, preso in considerazione da medico e paziente, oppure non considerato).
- Il ruolo funzionale assunto dal medico (guardiano, consigliere, consulente).

Le espressioni di potere e le dinamiche di negoziazione possono assumere forme diverse, ciascuna porta a notevoli differenze nell'ambito della relazione.

Il modello "paternalistico"

Nel modello definito "paternalistico" (detto anche "sacerdotale") il medico determina la lista dei temi, gli obiettivi e le decisioni. La situazione clinica viene definita in termini biomedici e la voce del paziente è pressoché assente. Il medico si impegna in nome del "miglior interesse del paziente". Questo "miglior interesse del paziente" si basa sull'assunto che i valori e le idee del paziente coincidano con quelli del medico. Il paziente deve cooperare con il medico ed adeguarsi alle decisioni del medico. Il medico prende le decisioni necessarie alla salute del paziente e nel contempo mantiene un distacco emotivo totale dal paziente. In questa visione il medico assume anche un ruolo sociale: infatti il medico diagnostica la malattia e al contempo esenta il paziente dalle sue normali funzioni (per esempio, il lavoro) nell'ambito della società. Il ruolo del paziente è del tutto dipendente e passivo, mentre il ruolo del medico è professionalmente dominante ed indipendente (2).

In questo modello di gestione della relazione col paziente, datato ma probabilmente ancor oggi seguito, non viene, se non marginalmente, presa in considerazione l'autonomia decisionale del paziente; è sempre il medico a condurre il dialogo e a presentare la "sua" soluzione. Il medico sceglie sempre "il benessere del paziente" (nella sua ottica personale) rispetto "all'autonomia del paziente", sempre subordinata o poco considerata.

Il modello "consumistico"

Nel modello "consumistico" il paziente richiede prescrizione di farmaci e altri servizi (analisi, indagini radiologiche ecc.) al medico. Secondo Roter ed Hall il fenomeno del paziente consumatore di sanità, negli Stati Uniti, è sottolineato dal fatto che quello che un tempo era il "doctor", o "physician", è ora divenuto un "health care provider", la differenza non sarebbe solo lessicale ma indicherebbe anche un profondo cambiamento nella relazione sociale tra il mondo medico e le persone. Il paziente-cliente sarebbe diventato un consumatore (3). Non è infrequente sentir dire: «Devo andare dal medico e farmi prescrivere degli esami perché...»; la frase in sé potrebbe apparire innocente ma, a ben pensarci, contiene già un'ipotesi di diagnosi e la prescrizione di esami atti a confermare l'*autodiagnosi del paziente*. In un'ottica di questo tipo il medico diventa l'esecutore dei desideri del cliente-consumatore.

Ci sono anche pazienti disposti a mettere in discussione

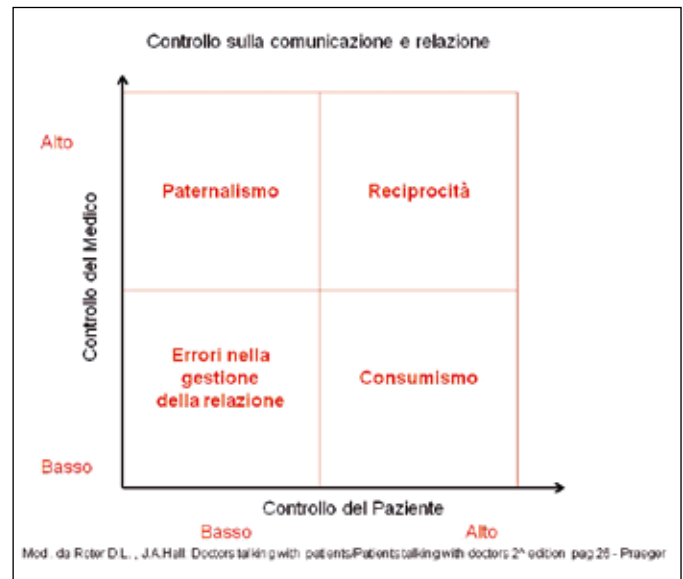


Fig. 1 - Il livello di controllo sulla comunicazione definisce il modello di relazione tra medico e paziente nell'ambito di una consultazione. Un elevato controllo da parte del medico a fronte di un basso controllo del paziente: modello paternalistico. Un elevato controllo del paziente ed uno basso del medico: modello consumistico. Un basso controllo del medico e del paziente causa errori di relazione. Un reciproco elevato controllo sulla comunicazione definisce il modello di reciprocità.

l'autorevolezza del medico e questo avverrebbe quando le cose, riguardo alla loro salute, non vanno bene o quando i pazienti sospettano che il medico non abbia loro prescritto le cure più appropriate (4).

Il modello della "reciprocità"

Il miglior modello nel controllo della comunicazione e della relazione, secondo Roter e Hall, sarebbe quello della "reciprocità" nel quale entrambe le persone coinvolte nella relazione, il medico ed il paziente, apportano un contributo (5).

Se la gestione della relazione è reciproca, né il medico né il paziente si ritraggono al momento di prendere decisioni importanti. Entrambe le persone coinvolte si impegnano nel rispetto reciproco.

Nel 1980 Brody (6) identificò quattro stadi di relazione che portano alla "reciprocità":

- Lo stabilire un'atmosfera che favorisca la partecipazione facendo percepire al paziente che il suo contributo è ben accetto (si noti che l'accettare un contributo non significa necessariamente condivide-



re un'opinione o un'idea, significa, comunque, prenderla in considerazione).

- L'accertarsi degli obiettivi del paziente e delle sue attese (nei confronti della consultazione e del medico).
- L'informare il paziente sulla natura del suo problema di salute, con i pro e i contro di trattamenti diversi e l'illustrazione di quanto il medico intende raccomandare.
- L'ottenere il consenso informato ed il negoziare eventuali punti di disaccordo.

Nel 2006 Beach e Inui elaborarono un modello detto "Relationship centered care" (7), che essendo un modello di reciprocità, enfatizza la dimensione di individualità del paziente e tiene conto delle emozioni che, nell'ambito della relazione, influenzano tanto il paziente quanto il medico.

Errata gestione della relazione

Gli "errori nella gestione della relazione" avvengono quando vi sia una grande distanza tra le aspettative del paziente e la proposta del medico. Le persone coinvolte nella relazione possono avere obiettivi diversi (perché gli obiettivi non sono stati chiariti o vengono contestati). Questa situazione può verificarsi quando la gestione del medico sia scarsamente efficace o quando né il medico, né il paziente abbiano la percezione di un miglioramento della relazione. Il paziente può vedere frustrate le personali aspettative e la relazione di cura può terminare senza essere approdata a nulla. In questo tipo di "mancata relazione", che può anche comportare denunce per negligenza (*malpractice*), il paziente lamenta che le cose vengano fatte in modo affrettato o siano ignorate. Inoltre il paziente ritiene di ricevere spiegazioni inadeguate e che il medico investa poco tempo nelle consultazioni. Nei casi di *malpractice* documentati risulta che i problemi di comunicazione-relazione riguardano più del 70% dei casi (8).

Tirando alcune somme

L'ultimo modello presentato è semplicemente il modello di come una relazione possa non funzionare, evidentemente non va né ricercato né seguito. Medico e paziente hanno visioni differenti, obiettivi ed aspettative che non si incontrano. Il merito, o se si preferisce la colpa, di tutto ciò risiede in errori di comunicazione e relazione. Come riportato, nelle cause, intraprese nei confronti del medico, negli Stati Uniti, è la comunicazione ad essere ritenuta inefficace, non adeguata o valida. Quindi c'è da derivarne che l'impostare una corretta relazione col pa-

ziente e comunicare al meglio possa evitare incomprensioni e contestazioni.

Per quanto riguarda il modello "paternalistico" è, sicuramente, da abbandonare, almeno con la più parte delle persone. In effetti il modello di Parsons è del 1951 (2), stiamo parlando della metà del secolo scorso. Oggi inoltre il medico è tenuto ad ottenere il consenso informato da parte del paziente e quindi deve necessariamente illustrargli il trattamento. Un'eccezione, almeno parziale, potrebbe essere fatta per quei pazienti che dichiarano l'esigenza di una guida e desiderano mettersi nelle mani del curante lasciandogli la responsabilità delle decisioni. Il modello consumistico impoverisce, fino quasi ad annullare, la professionalità del medico, quando questo sia pressoché invariabilmente disponibile a soddisfare le richieste del paziente. Il medico si trasforma in un burocrate che rende possibile al paziente la soddisfazione dei bisogni di salute ma anche dei personali capricci di salute; non è detto che tutte quelle che il paziente crede essere esigenze lo siano realmente. Il paziente non è un tecnico, il tecnico è il medico, sempre che non decida di abdicare al proprio ruolo accondiscendendo a qualsiasi richiesta.

È molto facile affermare che il modello della reciprocità è il migliore, più attuale, perfettamente in linea con le esigenze dell'ottenimento del consenso informato. C'è da chiedersi, però, se sia applicabile nella maggior parte dei casi e con persone di tutte le età e i livelli culturali. È pur vero che il paziente deve essere informato, è anche vero che se per una patologia sono disponibili trattamenti diversi questi vanno illustrati e ancora che alcune cose vanno negoziate, che il paziente deve essere convinto e motivato per avere buone probabilità che seguirà la terapia. Tutto questo è sempre possibile? È facile illustrare qualcosa ad un anziano scarsamente acculturato? Motivarlo? Fare in modo che assuma la terapia nei modi e nei tempi adeguati? La risposta a queste domande potrebbe essere: «È estremamente difficile».

Cosa fare? Come comportarsi?

La proposta non può che essere quella di provare ad adottare il modello della reciprocità che potrà essere messo in pratica con le persone adulte più acculturate e disponibili. Solo molta pratica nel costruire una relazione e nell'impiegare una comunicazione veramente efficace potranno consentire un modello di reciprocità con persone culturalmente poco adeguate, anziane o meno. Trattando il modello di reciprocità si è detto: «... le persone coinvolte si impegnano nel rispetto reciproco». La chiave del successo è nella parola "persone". La relazione, per essere tale, deve realizzarsi tra pari. Perché ci sia

una relazione effettiva e si apra un canale di comunicazione efficace è necessario che le parti coinvolte siano sullo stesso piano. Medico e paziente possono essere su piani (culturali, intellettivi, sociali) differenti, ma le due persone, come tali, possono essere sullo stesso piano. Il primo obiettivo che dovrebbe darsi il medico è: “accettare l’altro come persona”. Subito dopo accettare il fatto che se il medico è l’esperto di “malattie”, il paziente è l’esperto “dell’essere malato”.

Quindi scegliere il modello della reciprocità accettando l’altro come persona.

Riassunto

L’incontro di lavoro con un medico di medicina generale, avvenuto più di 30 anni addietro, offre lo spunto per trattare degli elementi che definiscono il controllo della comunicazione medico-paziente. L’articolo illustra gli stili di relazione col paziente: paternalistico, consumistico, della reciprocità e gli errori nella relazione. Vengono riportati i quattro stadi comunicativo-comportamentali che favoriscono l’instaurarsi della “reciprocità” nell’ambito della consultazione: a) stabilire un’atmosfera che favorisca la partecipazione; b) accertarsi degli obiettivi del paziente e delle sue attese; c) informare il paziente; d) ottenere il consenso informato.

Parole Chiave. Consultazione medica, Controllo della comunicazione, Stili di relazione medico paziente

Indirizzo degli Autori:

Dr. Bruno Bertone
Via Robiolio 119
13825 Valle Mosso (BI)
bruno_bertone@virgilio.it

Bibliografia

1. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992; 267: 2221-6.
2. Parsons T. *The social system*. Glencoe, IL: The free press, 1951; 121-44.
3. Reeder LG. The patient-client as a consumer: Some observations on the changing professional-client relationship. *J Health Soc Behav* 1972; 13: 406-12.
4. Ende J, Kazis L, Ash A, Moskowitz MA. Measuring patients’ desire for autonomy: decision making and information-seeking preferences among medical patients. *JGIM* 1989; 4(1): 23-30.
5. Roter DL, Hall JA. *Doctors talking with patients/Patients talking with doctors*, 2^a ed. Westport, Connecticut: Praeger; 34-5.
6. Brody DS. The patient’s role in clinical decision-making. *Ann Int Med* 1980; 93(5): 718-22.
7. Beach MC, Inui T. Relationship-centered care. A constructive reframing. *JGIM* 2006; 21 (Suppl 1): S3-S8.
8. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, Frankel RM. The doctor-patient relationship and malpractice. Lessons from plaintiff depositions. *Arch Intern Med* 1994; 154(12): 1365-70.