

## Ascolto Prima di Comunicare

# Medicine *buone*, medicine *cattive* e la comunicazione col paziente



Dr. Bruno Bertone  
 bruno.bertone@virgilio.it

Nell'ambulatorio di un medico di medicina generale, 4-5 persone in sala d'attesa, entra un signore. Una signora seduta in attesa lo saluta cordialmente:

Giovanna: "... *anche tu qui Carlo*"? (tutto il colloquio si svolge in dialetto piemontese).

Carlo: "*Ciao Giovanna. Sono venuto per farmi prescrivere una medicina (dove per medicina bisogna intendere farmaco). Avevo sempre mal di stomaco ma dei dolori che non ti immagini e allora sono venuto dal medico che mi ha prescritto una medicina e, con una pastiglia al giorno, i dolori sono passati. Adesso stavo per finirle e sono tornato. E tu Giovanna come mai qui?*"

Giovanna: "*È per il mio mal di schiena che però non passa, penso che cambierò medico*".

Carlo: "*Vuoi cambiare medico perché non ti passa il mal di schiena?*"

Giovanna: "*Voglio cambiare medico perché questo mi prescrive sempre delle **medicines cattive**, non buone insomma*".

Carlo: "*Scusami ma non capisco ...*".

Giovanna: "*Te lo spiego subito. Tu mi hai detto che ti ha prescritto una medicina che ti ha guarito il mal di stomaco; io son venuta col mio mal di schiena, mi ha dato una medicina, l'ho presa e non solo non mi è passato il mal di schiena, mi è venuto anche mal di stomaco. Hai capito? Tu Carlo gli sei simpatico; ti ha prescritto una **medicina buona** che ti ha guarito, io non gli sono simpatica e a me ha prescritto una **medicina cattiva** che da un male me ne ha fatti venire due. Ora avrai capito perché sono decisa a cambiare medico*".

La storiella, naturalmente, ha un piano di lettura elementare per gli addetti ai lavori. Infatti è facile ipotizzare che un inibitore di pompa protonica abbia risolto i dolori gastrici di Carlo mentre è del tutto plausibile che l'antinfiammatorio assunto da Giovanna abbia manifestato un effetto collaterale senza peraltro diminuire il dolore alla schiena in modo significativo (almeno nella percezione della paziente).

C'è però un aspetto della storia che rimane, credo, oscuro anche alla maggior parte degli addetti ai lavori: cosa siano i **farmaci buoni e quelli cattivi**. Il restante dialogo tra i due pazienti chiarisce quale sia la personale classificazione dei farmaci (*buoni o cattivi*) di Giovanna.

Carlo dichiara: "Non ho capito la faccenda delle *medicines cattive*".

Giovanna spiega: "Il dottore *deve* prescrivere (chissà perché poi debba) le medicine che gli portano i *rappresentanti* (informatori medici) che non sono tutte *buone medicine*. Lui cosa fa: prescrive *le medicine buone a chi gli è simpatico e quelle meno buone o cattive a chi non gli è simpatico*".

Questo dialogo ascoltato qualche anno addietro dimostra quanto difficile possa essere la **comunicazione col paziente**, particolarmente con certuni pazienti. La storia di Giovanna ci dice che spesso e volentieri il medico non ha nella diagnosi e nella terapia il suo principale problema: è la capacità di riuscire a comunicare con il paziente la difficoltà maggiore. Giovanna, quando è andata dal medico la prima volta, con il suo mal di schiena, con ogni probabilità, già pensava di non essergli troppo simpatica: il mal di stomaco successivo ha confermato il suo iniziale pregiudizio.

Non ci è dato sapere cosa si siano detti Giovanna e il suo medico ma ci possiamo chiedere se la paziente si sia congedata definitivamente dal suo curante o se questi sia riuscito a chiarire l'equivoco. Dobbiamo partire da un presupposto: difficilmente il medico era conscio della convinzione di Giovanna di essergli antipatica.

Anche se non eravamo presenti durante la visita possiamo fare un paio di ipotesi su quanto intercorso tra Giovanna e il medico:

- Giovanna si lamenta del permanere dei dolori alla schiena con l'aggiunta dei dolori allo stomaco. Il medico le chiarisce che in alcuni casi gli antinfiammatori possono avere come effetto collaterale dolori gastrici e le prescrive un altro antinfiammatorio. Può essere una soluzione solo temporanea. È probabile, infatti, che possa ripetersi l'effetto collaterale senza una buona risoluzione della sintomatologia. Questa ipotesi avrà spinto Giovanna a cambiare medico. In questo caso dobbiamo pensare che il medico sia rimasto all'oscuro del motivo per cui la paziente avesse deciso di affidarsi a un altro curante. Quanti altri medici avrà dovuto cambiare Giovanna prima che le passasse il mal di schiena?
- Giovanna si lamenta dei dolori, vecchi e nuovi, e del fatto di non essere stata guarita. Al contempo richiede al medico *“la stessa medicina che ha fatto guarire il suo amico Carlo”*. A questo punto il nostro medico di medicina generale, pur avendo un fondato desiderio di torcere il collo a Giovanna, può, ponendo qualche domanda arrivare a sapere delle *“medicine buone e di quelle cattive”*. Il medico potrebbe, forse, provare anche a chiarire a Giovanna le differenze tra i *“due mali”* e le *“due medicine”*. Comunque senza garanzia di successo. Per avere successo il medico dovrebbe riuscire a comprendere l'idea che ha Giovanna:
  - del lavoro di medico,
  - della sua libertà prescrittiva,
  - del fatto che una patologia non è *“male di ...”*,
  - dei farmaci e degli informatori scientifici.

Certo non sarebbe facile, ma solo un'efficace comunicazione potrebbe dare al medico le capacità di comprendere il punto di vista del paziente sulla propria malattia, sui farmaci ed anche sul proprio medico.

Il colloquio col paziente è per il medico un'opportunità da cogliere per comprenderne e soddisfarne le esigenze, non solo diagnostiche e terapeutiche, ma anche comunicazionali e relazionali. Difficilmente la scelta di cambiare medico è dovuta ad una negazione delle sue capacità tecniche ma alla scarsa abilità (del medico) nel soddisfare le esigenze comunicativo – relazionali del paziente.

La storia di Giovanna e Carlo ci dice che le persone, quando incontrano un medico portano con sé quella che in letteratura viene definita: **Agenda del paziente**. Dentro a quest'agenda, che chiaramente non è fisicamente un diario, c'è tutto quello che una persona porta con sé quando va da un medico, nello specifico:

- **I sentimenti** (la paura della malattia).
- **Idee e interpretazioni** (sulla propria malattia).
- **Aspettative e desideri** (rispetto a quella consultazione e nei confronti del medico).

- **Contesto** (familiare, lavorativo, sociale).

La comunicazione medico-paziente e un colloquio centrato sulle esigenze del paziente prevedono *l'apertura dell'agenda del paziente*, ovvero comprendere:

- i sentimenti ai quali va data una risposta sul piano emotivo,
- le idee del paziente sulla sua malattia,
- cosa si aspetti dal colloquio e cosa desideri,
- quale impatto il paziente ritiene che la malattia avrà sul suo contesto.

Nel caso di Giovanna i temi da approfondire avrebbero dovuto essere il secondo e il terzo.

Spesso le idee (opinioni) sulla propria malattia e su ciò che circonda la malattia stessa si formano, nella mente del paziente, attraverso la raccolta di informazioni vere o presunte, discorsi sentiti da altri, articoli di giornale, internet, trasmissioni televisive, il tutto filtrato dalla cultura e distorto dai pregiudizi.

Comunicare col paziente non è cosa di poco conto, non è facile ma si può apprendere. L'acquisizione di quest'abilità dà al medico alcuni formidabili vantaggi, tra i quali: soddisfare i propri pazienti e essere lui stesso più soddisfatto del proprio lavoro.

### Commento al caso di Giovanna e Carlo

#### Cosa possiamo dedurre dal colloquio tra i due:

- Carlo ha visto soddisfatta la sua esigenza: *“il mal di stomaco è passato con una compressa al giorno”*. Difatti torna per una seconda prescrizione. Carlo sembra legare l'assenza dei sintomi alla terapia. Se pensasse *“ora sono guarito”* non tornerebbe per una seconda prescrizione.
- Giovanna
  - Non ha avuto soddisfazione dalla terapia, anzi le si è presentato un secondo sintomo.
  - Sembra avere un suo peculiare concetto di malattia (che lei chiama *male*), in effetti dice che la *medicina* (il farmaco) da un *male* gliene ha fatti venire due. Nel suo caso c'è un elevato livello di identificazione del sintomo con la malattia: il sintomo è la malattia.
  - Classifica i farmaci in buoni e meno buoni o cattivi.
  - Forse ha dei concetti di malattia e di farmaco molto elementari del tipo: *la malattia si cura con il farmaco*. Non c'è una vera classificazione delle malattie né dei farmaci.
  - Paradossalmente potrebbe richiedere al suo medico curante di prescriverle lo stesso farmaco che ha prescritto a Carlo: *“se ha fatto bene a lui può far bene anche a me”*.
  - Ha numerosi pregiudizi e opinioni: *“sono antipatica al medico”*, *“ci sono farmaci buoni e farmaci cattivi”*, *“il medico deve prescrivere ...”*, pensa che il medico agisca

sulla base di simpatie.

Le ipotesi sul colloquio tra Giovanna ed il medico:

- La prima ipotesi intende essere semplicemente “plausibile”: quello che facilmente potrebbe essere accaduto.
- La seconda ipotesi è derivata da dichiarazioni fatte da pazienti in sala d’attesa (ascoltate in altre occasioni). Le dichiarazioni erano: “*Voglio farmi prescrivere il farmaco XY perché ha fatto tanto bene a ...*”. Naturalmente il farmaco menzionato non aveva assolutamente nulla a che vedere con la patologia che affermavano di avere.

La comunicazione medico-paziente

Nel colloquio con un assistito il medico dovrebbe riuscire ad *aprire l’agenda del paziente*. Non accedere all’agenda del paziente significa, in molti casi, non riuscire a soddisfare le esigenze comunicativo-relazionali del paziente stesso.

Per aprire l’agenda del paziente è necessario che questo si esprima, le persone si rivelano parlando. Il medico deve quindi dare spazio al paziente, lasciarlo parlare (dei suoi sintomi e del disturbo che avverte) senza interromperlo. Le domande da porsi al paziente dovrebbero, almeno all’inizio di un colloquio, essere di tipo aperto (che presuppongono una risposta articolata). Le risposte articolate fanno sì che il paziente esprimendosi riveli se stesso, i suoi timori e le sue aspettative. Porre domande chiuse al paziente, all’inizio del colloquio, può consentire al medico, in molti casi, di giungere rapidamente a un’ipotesi di diagnosi ma allo stesso tempo di precludersi l’accesso all’agenda del paziente. Il risultato può essere una diagnosi corretta accanto, però, a una mancata soddisfazione delle esigenze comunicativo-relazionali del paziente: paziente insoddisfatto.

In genere, le persone, quando incontrano il loro medico, non manifestano in modo esplicito le loro paure, le loro aspettative e i loro desideri. Molto di frequente però danno **suggerimenti** e **indizi** (in letteratura “*prompts* e *cues*”). Suggerimenti e indizi si manifestano con:

- Termini che il paziente sottolinea con il tono di voce (accentuandoli).
- Argomenti introdotti dal paziente al di fuori dal contesto specifico.
- Temi reiterati e riproposti (in particolare a fine visita).

Il medico può portare il dialogo sulla tematica accennata dal paziente e, così facendo, ottenere l’apertura dell’agenda.

La comunicazione medico-Giovanna

Non ci è dato sapere se il medico abbia provato ad aprire *l’agenda della paziente*. Se ci fosse riuscito, avrebbe potuto conoscerne le opinioni e forse anche i pregiudizi. Avrebbe anche potuto provare a modificare alcune idee scorrette di Giovanna e farle accettare una nuova terapia. Se, per esempio, nel dialogo Giovanna avesse detto:

- “... certo dottore che quella medicina che mi ha prescritto non ha fatto un gran che”;
  - “... i rappresentanti le portano delle medicine non buone”;
  - con la mano sulla maniglia della porta pronta ad uscire “... mi prescriva medicine migliori”;
- avrebbe fornito al medico un indizio da indagare con una domanda aperta del tipo:
- “... cosa intende dicendomi che la medicina non ha fatto un gran che?”
  - “... cosa c’entrano i rappresentanti e perché le medicine non sono buone?”
  - “... torni a sedersi un attimo e mi chiarisca cosa intende quando mi dice di prescrivere medicine migliori”.

Normalmente aprire *l’agenda del paziente* consente di soddisfarne le esigenze comunicativo-relazionali, una diagnosi corretta e una terapia efficace completano un quadro di soddisfazione reciproca.

*Indirizzo degli Autori:*

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

Per approfondire

- Moja E, Vegni E. La visita medica centrata sul paziente. Raffaello Cortina 2000.
- Diefenbach MA. *Illness Representations*.  
[http://cancercontrol.cancer.gov/brp/constructs/illness\\_representations/illness\\_representations.pdf](http://cancercontrol.cancer.gov/brp/constructs/illness_representations/illness_representations.pdf)
- Fowler C, Baas LS. *Illness Representations in Patients with Chronic Kidney Disease on Maintenance Hemodialysis*. *Nephrol Nurs J* 2006; 33(2).  
<http://www.annanurse.org/download/reference/journal/2006/article33173187.pdf>