

L'APPROCCIO CENTRATO SULLA PERSONA IN MEDICINA GENERALE

Lettere

TIZIANA MURARI

Medico Generale, SIMG, Bolzano

Considerando il momento storico della Medicina in Italia e nel resto del mondo, risalta subito un'insoddisfazione dilagante da parte sia dei pazienti sia degli operatori sanitari. Oltre a questo, stiamo assistendo ad un continuo aumento delle denunce per *malpractice*. Fortunatamente si parla anche di buona sanità.

Elemento comune delle segnalazioni positive e negative è la relazione medico-paziente, la centralità della persona. Nelle lettere di pazienti che elogiano il buon trattamento avuto si parla molto di accoglienza, di ascolto, di umanità, comprensione ... Dai dati del Tribunale dei Diritti del Malato, risulta che il denominatore comune dei casi di denunce per *malpractice*, è la cattiva relazione medico-paziente.

Negli operatori sanitari la frustrazione dilaga: da una parte le aziende sanitarie che impongono controlli sempre più serrati a spese, note AIFA, tagliano personale, fondi ... dall'altra gli utenti che sono sempre meno pazienti, subiscono l'influenza di Internet e media ... Aumenta il loro bisogno di "benessere", di eterna giovinezza, hanno sempre maggiori informazioni e rincorrono così medici, medicine, accertamenti pensando di poter soddisfare in questo modo i loro bisogni, senza peraltro imparare ad ascoltarsi e capire quali sono i loro veri bisogni profondi. Questo porta ad una spirale diabolica di richiesta, prescrizione, induzione di nuovi bisogni, altre richieste, altre prescrizioni ... Il tutto con insoddisfazione di tutti gli attori: il paziente che imbocca la spirale che è destinata a finire solo quando il suo bisogno profondo viene riconosciuto e trattato, il medico che si infastidisce per gli accessi ripetuti e che si rende conto della relatività dell'efficacia del suo intervento.

Caratteristica comune della formazione dei medici laureati in Italia e in gran parte di Europa è la totale assenza degli aspetti relazionali.

Noi medici arriviamo ad esercitare la nostra professione con una preparazione tipicamente di tipo biomedico. Secondo questa concezione, il corpo umano è visto come una macchina che, una volta compresi il suo funzionamento e dinamiche, si può aggiustare. Secondo questa concezione, il medico prescrive. Questa visione è l'affermarsi della Medicina come scienza. Ma per acquisire una visione scientifica del corpo umano, bisogna oggettivizzarlo, rendendo soggetto l'astratto concetto di malattia. Di qui l'atteggiamento richiesto al paziente di delega al sapere scientifico

del medico. Il progredire delle conoscenze e delle specializzazioni, portano ad una delimitazione del campo di osservazione che viene isolato dal contesto. Si arriva alla dicotomia cartesiana *res cogitans* e *res extensa*. Questo modello non tiene conto delle interazioni mente-corpo, il che costituisce un limite sempre più evidente¹. L'applicazione del modello biomedico porta ad una focalizzazione specialistica, ad una visione tecnologica di organi e sintomi e trascura gli aspetti psicologici, la dimensione umana.

Mettere la persona al centro del processo di cura, non è solo applicare il buon cuore, il buon senso, è fondamentalmente fare buona scienza. L'umanizzazione dei trattamenti, oltre a ridurre le denunce per *malpractice*, aumenta la compliance del paziente a terapie, diete, regole comportamentali, riduce la conflittualità e quindi aumenta la soddisfazione e qualità di vita sia dei pazienti che dei medici. Economicamente la ricaduta è il risparmio di risorse.

Già dagli anni '40 con Balint, Engl, Rogers e Illich si parla di relazione medico-paziente, della funzione terapeutica del medico attraverso l'ascolto, la presenza.

Con Engl arriviamo alla definizione del modello biopsicosociale, che ha portato alla visione olistica del paziente: quando interviene una malattia, il malato non è colpito solo a livello biologico, la malattia si manifesta come alterazione anche a livello psicologico o individuale e a livello sociale, del contesto in cui vive².

Il medico è l'esperto della malattia ma l'esperto di sé è il paziente. Viene riconosciuta oltre alla sua malattia, *disease*, anche il suo vissuto di malattia, *illness*.

Di conseguenza la necessità di un allargamento degli obiettivi dell'agire sanitario che devono comprendere non solo diagnosi e impostazione della terapia, ma anche il confronto con il vissuto di malattia del paziente, ciò che porta con sé alla visita².

Alla base dell'approccio centrato sulla persona o medicina centrata sul paziente, c'è il concetto di *partnership*: nella relazione terapeutica l'utente è considerato partner, i suoi valori, sentimenti, processi cognitivi diventano delle variabili importanti per raggiungere l'obiettivo terapeutico. Mente e corpo sono considerati un'unità, la malattia è il risultato di vari fattori: organici, psicologici, sociali, familiari, stili di vita. Su molti di essi la persona può intervenire e portare cambiamenti. Curare una malattia significa

curare l'intera persona, non solo i sintomi fisici causati dalla malattia.

Attualmente la maggior parte dei nostri pazienti è affetta da malattie croniche, che possiamo solo curare, non guarire. Fondamentale quindi è l'accompagnamento, l'alleanza. Lo stesso vale con chi in seguito ad incidenti di vario tipo vede le sue capacità motorie ridotte: se aiutate possono riuscire a sviluppare altre potenzialità. Molti tra questi pazienti, soprattutto quelli affetti da patologie croniche ingravescenti, si rivolgono a terapie alternative non tanto per fiducia, quanto perché queste sono più rispettose della loro persona, dei loro valori e non vengono vissute come invasive.

Passare da un approccio biomedico ad uno biopsicosociale, ad una medicina *patient centred*, necessita, come aveva detto Balint, di lavorare sui medici: deve avvenire un cambiamento nella formazione professionale di medici, infermieri e tutti gli operatori della sanità.

La speranza è che le istituzioni "vedano" questo cambiamento come necessario e che introducano nella formazione accademica dei medici e di chiunque lavorerà nell'ambito di una relazione di aiuto, gli insegnamenti adeguati con metodologie efficaci. Per chi ha terminato la formazione accademica ed esercita la professione da anni, credo che il punto di svolta sia dato dalla capacità di rivedere in modo critico il suo modo di lavorare, le sue motivazioni e frustrazioni. "Quel che vedi dipende dal tuo punto di vista. Per riuscire a vedere il tuo punto di vista, devi cambiare punto di vista"³.

Se la persona riconosce questo suo bisogno formativo, basta guardarsi attorno e scegliere tra le varie offerte formative che ci sono, e sono molte, e selezionare quelle che maggiormente potrebbero essere adeguate e corrispondenti alle proprie esigenze.

Generalmente nei corsi su tematiche relazionali in medicina, le prime domande riguardano il tempo: ma quanto dura una visita in cui oltre a *disease*, il medico deve porre attenzione all'*illness* del paziente, deve tenere in considerazione la sua agenda? Esattamente come le visite *disease/doctor centred* per quanto riguarda il breve termine⁴. Sul lungo termine non ci sono studi pubblicati, ma i dati attuali parlano di netto risparmio di tempo. Altra cosa certa è la maggior *compliance* dei pazienti a terapie, consigli dietetici, sugli stili di vita ... che non sono più visse come imposte, ma sono condivise, la persona diventa attore, soggetto di un processo.

Una domanda che purtroppo si sente poco è "*quanto ne guadagna la qualità di vita e di lavoro del medico?*".

Condizioni necessarie e sufficienti per creare un *setting* idoneo sono empatia, ascolto attivo, accettazione incondizionata, non giudicante, del paziente, congruenza, autenticità del medico. Fondamentale è l'ascolto, imparare delle tecniche basilari del colloquio, imparare a riconoscere sentimenti e aspettative del paziente. Acquisire le *counselling skills*, vuol dire essere in grado di gestire la relazione col paziente anche in momenti critici, o di fronte a diagnosi infauste, senza doversi arroccare dietro verità scientifiche,

statistiche o usare il "medichese". Avere queste abilità permette di costruire un percorso condiviso, di accompagnamento: il vero consenso informato con scelte conseguenti accolte e accettate anche se alcune volte possono essere diverse da quelle che il medico vorrebbe⁵.

Accettare la persona, la sua cultura, la sua diversità, senza giudicare, cercare un linguaggio comune, comprensibile. Molte volte, nonostante il linguaggio chiaro, il paziente "non vuole capire" ... in questi casi è frequente l'idea che ci sia malafede, poca intelligenza, ignoranza ... molto spesso invece, c'è un sistema culturale diverso che impedisce alla persona di seguire le indicazioni. Tale sistema è strettamente correlato alle sue emozioni. Da qui la necessità del medico di imparare a riconoscere le emozioni, le proprie innanzitutto, aumentare la propria congruenza (quante volte la stizza verso un paziente o un suo comportamento è stato l'effetto della risonanza che aveva in noi, una sorta di specchio di un nostro modo di essere, di sentire "scomodo" o che non ci piace?). Questo non vuol dire che dobbiamo fare i piccoli psicoterapeuti, anzi! Credo sia il modo migliore per creare e mantenere una relazione col paziente, dare un senso ad ogni atto medico, evitare frustrazioni e *burn-out* (che stanno aumentando tra i medici in modo vertiginoso).

Fermo restando che formazione, aggiornamento tecnico-pratico, il rigore nella registrazione dei dati nelle cartelle sono e rimangono basilari, *conditio sine qua non* per un buon esercizio della nostra professione, deve essere il cambiamento del modello di riferimento. Per fare questo ogni operatore sanitario dovrebbe formarsi adeguatamente acquisendo innanzitutto consapevolezza di sé, aumentando la propria congruenza, allenandosi all'ascolto empatico, non giudicante dell'altro.

Per chi, come me, è Medico di famiglia, cambiare il modello di riferimento, acquisire competenze relazionali, sono degli strumenti di lavoro necessari per essere un Medico della persona. Dopo anni di lavoro, sono sempre più convinta che questa sia e sarà una peculiarità della Medicina Generale e credo sia un nostro obbligo morale implementare le nostre abilità in questo campo.

"*Non è possibile conquistare il massimo potenziale di salute se non si è in grado di controllare tutto ciò che la determina*"⁶.

Bibliografia

- 1 Zucconi A, Howell P. *La promozione della salute*. Molfetta: La Meridiana 2003.
- 2 Moja EA, Vegni E. *La visita medica centrata sul paziente*. Milano: Raffaello Cortina 2000.
- 3 Sclavi M. *Arte di ascoltare e mondi possibili*. Milano: Bruno Mondadori 2003.
- 4 Marvel MK, Doherty WJ, Weiner E. *Medical interviewing by exemplary family physicians*. J Family Pract 1988;47:343-8.
- 5 Bert G, Quadrino S. *Parole di medici, parole di pazienti*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore 2002.
- 6 WHO. Ottawa Charter for Health Promotion – Charte d'Ottawa pour la Promotion de la Santé, International Conference on Health Promotion, Ottawa, World Health Organization 1986.