

Gian Carlo Secchi

## PER UNA ETICA DELLA COMUNICAZIONE MEDICO-PAZIENTE

Al problema del rapporto comunicativo tra medico e paziente è già stata dedicata molta attenzione da parte di storici della medicina, di clinici, di sociologi, di psicologi, di filosofi. Su questo tema perciò sono già state scritte molte pagine: pagine etiche, filosofiche, poetiche, qualche volta retoriche e, seppure più raramente e solo negli ultimi anni, pagine nelle quali il problema è stato affrontato anche con il rigore metodologico della ricerca scientifica.

In tempi ormai lontani, tutta l'organizzazione della società si ispirava a modelli di tipo autoritario ed anche il rapporto medico paziente era, in quei tempi, di tipo autoritario: il medico, erede in qualche modo di una preesistente fase magica e religiosa della medicina, era l'unico a sapere come funzionava e come e perché si ammalava il corpo del paziente, ne derivava che egli fosse l'unico a sapere non solo come la malattia dovesse essere curata, ma anche che cosa fosse più vantaggioso ed utile fare per il malato: spettava solo a lui, in definitiva, decidere quale fosse il bene del paziente. Dominava in questa fase la norma ippocratica " fa' tutto con competenza, nascondendo il più delle cose al paziente....., distogliendo la sua attenzione da ciò che gli viene fatto...., senza nulla rivelargli della sua condizione presente e futura".

L'evoluzione successiva dell'organizzazione sociale ha gradualmente trasformato tutti, o quasi tutti, i rapporti di tipo autoritario ed anche il rapporto tra medico e paziente si è gradualmente trasformato in un rapporto di tipo cooperativo. L'influenza del medico sul paziente era improntata in questo periodo ad un atteggiamento di tipo paternalistico. Ancora più di recente il rapporto è divenuto di tipo partecipativo: in un rapporto di questo tipo al medico, così come ad altre figure professionali o semplicemente "esperte", non è più concesso di assumere decisioni

che riguardino altri soggetti solo sulla base delle proprie personali conoscenze o solo sulla base dei propri parametri scientifici e professionali. Tutto ciò è consono allo sviluppo generale della nostra società che si sforza di essere sempre più attenta al problema del rispetto dell' Uomo, ed ha reso sempre più importante il principio della autonomia del paziente, cioè del suo diritto non solo ad essere correttamente informato ma anche ad essere giudice, arbitro e decisore di ciò che è bene e male per lui. Certamente nessuno prefigura un medico che sia semplice esecutore delle decisioni del malato, ma il malato non può più essere soggetto solo passivo ma soggetto responsabilmente chiamato ad interagire con il medico nella definizione e nella valutazione di ogni intervento sanitario.

Oggi, però, si argomenta che i nuovi contesti culturali, sociologici e soprattutto economici e tecnologici renderanno definitivamente incerta la possibilità di mantenere un rapporto umano fra medico e paziente o addirittura che la "parola" potrebbe divenire solo un inutile corollario di fronte ad una diagnostica tecnologicamente sempre più sofisticata e capace di scrutare ogni più piccolo particolare del corpo umano e ci si interroga su quanto essa possa aggiungere a ciò che è oggettivamente dimostrato, per esempio, ad una risonanza magnetica o ad un' indagine di biologia molecolare. C'è chi, anche tra i medici, ha suggerito che la "parola" possa divenire persino pericolosa e dannosa perché essa potrebbe distorcere, travisare, offuscare la cristallina nitidezza dell' informazione tecnologica e divenire occasione di negativi fraintendimenti.

E' importante, comunque, constatare che mentre alcuni ipotizzano addirittura una futura "superfluità" della comunicazione medico paziente, nello stesso tempo e per altre vie si assiste al riaffermarsi sempre più imperioso dei diritti dei malati che, al contrario, chiedono che né i fattori economici, né lo sviluppo scientifico e tecnologico siano occasione per creare nuove distanze, nuove disattenzioni, nuove incomprensioni. In tal modo la richiesta di una "medicina umana" è tornato ad essere

tema di diffuso interesse e la consapevolezza dell' importanza della qualità del rapporto medico paziente è cresciuta sempre di più. Non solo dunque per il sopravvivere di aspetti tradizionali, anche se essi non sono privi di importanza, il problema della interrelazione medico-paziente continua ad essere problema attuale.

- Tra i due attori della comunicazione, il medico ed il malato, bisogna convenire sul fatto che, almeno nella maggior parte casi, i medici sono a priori intimamente e sinceramente convinti di essere abili "comunicatori" e soprattutto di saper comunicare con il paziente in maniera corretta. E' difficile dire da dove derivi questa diffusa convinzione di essere abili comunicatori perché in passato nel curriculum degli studi medici l' attenzione ai problemi della comunicazione o è mancata del tutto o è stata occasionale e limitata a non più di qualche ora di insegnamento teorico, utile al massimo per sensibilizzare gli studenti sul fatto che il problema esiste. Si può confidare solamente nel fatto che le successive esperienze professionali possano essere di aiuto a migliorare il proprio stile di comunicazione e questo può anche avvenire, ma solo a patto che non si parta dalla convinzione che le proprie capacità di comunicare siano già perfette. Invece una presunzione positiva su questo tema sembrerebbe davvero esistere tra i nostri medici: in una recente indagine condotta negli USA da Plauth e coll. i medici avrebbero evidenziato come maggior punto debole della loro preparazione accademica proprio la mancanza di capacità a comunicare con il paziente (1); in una indagine ancora più recente e più ristretta, limitata solo all' area oncologica e perciò non rigorosamente comparabile alla precedente, condotta da una Associazione professionale italiana per esplorare le tematiche di maggior interesse per l' aggiornamento professionale il problema della comunicazione medico-paziente è stato classificato solo ad uno degli ultimi posti (2). Non a caso, in molte Facoltà Mediche sono stati recentemente attivati corsi di "medical humanities" che, anche attraverso una conoscenza ed uno studio

riconducibile per lo più alla tradizione umanistica ed alla filosofia morale, si propongono di far conoscere meglio allo studente le emozioni del mondo della sofferenza e si propongono di " formare un medico che non sia abituato a pensare in termini esclusivamente biologici e che sappia tener conto del fatto che dietro l' organismo che si sta indagando vi è una persona con la sua dignità, la sua volontà, la sua storia personale ed il mondo dei suoi valori", a formare cioè "un medico colto che sappia collegare la medicina con le restanti parti della cultura scientifica e che sappia vedere le relazioni che esistono fra la sua disciplina da un lato ed il mondo interiore dell'uomo e il mondo dei valori dall'altro" .

Per quanto riguarda gli strumenti della comunicazione, certamente importante fra essi è il linguaggio: orbene, non vi è dubbio che nell'incontro medico-paziente vengono a confrontarsi due linguaggi diversi e che nessuna della due parti in causa si rende compiutamente conto, in quel momento, di questo fatto. Il medico usa un suo linguaggio biologico, anatomo-fisiopatologico, tecnico che lui stesso non conosceva prima di iniziare i suoi studi universitari ma che gli è ormai divenuto tanto abituale da supporre che esso sia chiaro e comprensibile per tutti. Non si avvede perciò del fatto che tale linguaggio possa, invece, risultare incomprensibile per il malato o che, per lo meno, esso possa essere frainteso da chi lo ascolta. Il malato, qualunque sia il suo grado di cultura, usa un linguaggio che non ha appreso nelle accademie mediche, ma che deriva da altro genere di studi, da diverse consuetudini o da personali esperienze di vita. In questo confronto il valore ed il significato di molte parole può essere assolutamente diverso per i due interlocutori. Chi parla, però, sia esso il medico o il paziente, è sicuro che chi lo ascolta non possa dare a quella determinata parola un valore ed un significato diversi da quelli che lui conosce. E' evidente che spetta innanzitutto al medico il compito di rendersi conto dell'esistenza di un siffatto problema, verificando volta per volta quale sia il reale significato che il malato attribuisce ad un determinato termine. Nel contempo il medico dovrebbe anche verificare se il malato ha apprezzato

il reale significato che egli ha inteso dare alle sue parole. Soprattutto ora che l'espansione di una società multi-etnica aggiunge anche problemi di natura linguistica (3), solo in questo modo è possibile garantire, corretta comprensione dei messaggi: di quelli che il malato trasmette al medico e di quelli che, a sua volta, il medico trasmette al malato. Fare un riepilogo della conversazione, verificare il grado di comprensione del malato, accertarsi delle sue esigenze, delle sue preferenze e delle sue aspettative onde personalizzare la strategia d' ogni intervento dovrebbero essere momenti indispensabili di ogni incontro medico-paziente.

Il secondo attore della comunicazione è il malato

Un primo aspetto critico inerente alla comunicazione tra medico paziente emerge dal fatto che tutti gli eventi della vita, anche le malattie, dal punto di vista di ogni individuo non hanno una valutazione solo oggettiva: ogni individuo infatti "legge" ed interpreta gli eventi della propria vita in modo coerente con la propria organizzazione di personalità ed anche in modo coerente con le proprie conoscenze pre-esistenti. Qualsiasi evento, anche la malattia, viene quindi sottoposto ad un processo di attribuzione di significato e di interpretazione personale che fa sì che lo stesso fatto possa assumere significati molto diversi per diverse persone, o addirittura per la stessa persona quando cambino le circostanze relative al contesto.

Le ricerche svolte nel campo della psicologia clinica e sperimentale sul processo di costruzione, organizzazione e sviluppo della conoscenza hanno portato all'individuazione di due classi fondamentali di conoscenze che fanno parte del bagaglio cognitivo di ogni individuo: le conoscenze esplicite - quali ad esempio le nozioni apprese nel corso degli studi o le informazioni lette su libri, riviste, giornali ecc. - e le conoscenze tacite, costruite attraverso l'interazione diretta con il mondo : esse sono alla base di tante teorie ingenuo o naturali o naive che nella maggior parte dei casi sono state costruite, via via nel corso degli anni, in modo del tutto spontaneo

ed inconscio dalle persone per spiegare le loro esperienze del mondo. Proprio queste conoscenze costituiscono la base di partenza che le persone utilizzano per cercare di comprendere, quando se ne presenta l'occasione, le spiegazioni che i medici forniscono relativamente alla loro salute ed alle malattie da cui sono affetti. Il risultato è la costruzione di spiegazioni dei fenomeni e degli eventi nella maggior parte dei casi non scientifiche; eppure è proprio questa seconda classe di conoscenze - che dal punto di vista della persona sono assolutamente "vere", solide e ben strutturate - a giocare spesso il ruolo più rilevante nel processo di interpretazione dei fenomeni e nell'attribuzione di significato agli eventi.

In effetti i pazienti quando affrontano il colloquio con il medico hanno alcune loro idee personali precostituite su ciò che il medico dovrebbe fare, così come, in altri settori della vita, le hanno sul cosa dovrebbero fare altri personaggi "esperti" (l'avvocato o l'artigiano, per esempio); hanno idee personali sul come funziona il corpo umano, così come le hanno su come funziona una automobile o un elettrodomestico; hanno idee personali su che cosa sia importante fare per eseguire una buona "riparazione" e perciò hanno idee personali anche sulle terapie ed i trattamenti più utili.

Questa costellazione di micro-teorie sui più diversi fenomeni costituisce un filtro cognitivo attraverso il quale vengono di solito ricodificate le spiegazioni del medico sulla malattia e le sue conseguenze, a volte modificandole solo in alcuni elementi, altre volte cambiandone radicalmente il significato. Tutte queste convinzioni possono spesso essere errate o addirittura assurde, ciononostante esse non possono essere ignorate o irrisse: al contrario, per aiutare al meglio il paziente esse debbono essere tenute in considerazione e, se possibile, sfruttate.

I risultati di alcune ricerche che sottolineano la frequente esistenza di un filtro cognitivo nella comunicazione medico - paziente dimostrano che il non tenere in considerazione il ruolo giocato sia dall'organizzazione di personalità sia dalle teorie naturali di ogni singolo individuo nel processo di attribuzione di significato e di decodifica soggettiva dei messaggi ha come conseguenza un elevato rischio di

comunicazione inefficace e può portare molto spesso ad un'errata o solo parziale comprensione da parte del paziente di quanto il medico gli sta comunicando.

Di fronte ad un paziente non più passivo, ma chiamato a collaborare nella definizione degli obiettivi di ogni azione sanitaria anche la più ovvia delle affermazioni, che cioè bisogna orientare la medicina a fare il bene del paziente può divenire una affermazione vuota di contenuti se non ci si preoccupa di integrarla con la definizione che ogni singolo paziente fa del proprio bene e con la percezione soggettiva della qualità delle cure propria di ciascun malato. Anche la definizione del "proprio bene" è ben lontana dall'essere un "assoluto": ogni malato potrà vedere il proprio bene in maniera peculiare e differente rispetto ad altri malati in identica o paragonabile situazione in rapporto, per esempio, alla organizzazione di personalità di ciascun singolo individuo, alle conoscenze, scientifiche o ascientifiche, in suo possesso oltre che in rapporto ad altre variabili: sociali, famigliari, economiche ecc. Ed anche la qualità percepita è ben lontana dall'essere un "assoluto" uguale per tutti i malati in identica o paragonabile situazione: anch'essa sarà prepotentemente influenzata dall'organizzazione di personalità del singolo individuo, dal suo bagaglio di conoscenze, scientifiche o ascientifiche, dalle pregresse esperienze di vita di ogni singolo soggetto: un malato depresso e pessimista che durante tutta la sua vita ha sempre dato valutazioni negative sui fatti e gli eventi che lo hanno riguardato con ogni probabilità percepirà sempre in maniera svalutativa la qualità dell'assistenza ricevuta, a differenza di altri malati con diversa organizzazione di personalità, con diverso patrimonio di conoscenze, con diverse esperienze di vita

Non serve a nulla usare termini innovativi e di recente conio - "appropriatezza", "customer satisfaction" ecc - : se tutte queste operazioni di verifica non vengono metodicamente condotte al termine di ogni colloquio, la conversazione tra il medico ed il paziente può anche durare a lungo ma il reciproco livello di comprensione potrebbe essere nullo o quasi ed i fraintendimenti potrebbero essere grossolani con

ripercussioni negative su ogni successiva opzione diagnostica e terapeutica, sulla gestione complessiva di ogni evento sanitario, sull'ambizione di governare al meglio i problemi di salute in discussione e di educare il malato ad affrontarli.

La medicina ha acquisito una nuova dimensione da quando ha cessato di guardare esclusivamente al corpo malato ed ai processi biologici che descrivono e spiegano la malattia ed è tornata a considerare anche il significato che la malattia assume per la persona malata chiedendo al medico di essere consapevole del fatto che il suo compito non può essere soltanto quello di spiegare i fenomeni che si stanno verificando nell'organismo del suo paziente ma anche quello di aiutare il malato a dare un senso a quei fenomeni. Ciò ha riproposto ai medici il mondo dei valori e ha messo i clinici a contatto con la filosofia morale.

E' per questo motivo che nell'ultimo ventennio l'attenzione al problema della QdV è cresciuta in maniera quasi impensabile appena pochi anni or sono, sino a divenire uno dei principali obiettivi della Medicina del futuro. Orbene, esistono ricerche ben documentate, anche nostre, (4), che dimostrano come la qualità del rapporto medico-paziente sia una variabile importante nel condizionare la qualità della vita del malato e come una buona comunicazione tra medico e malato possa essere un fattore importante per migliorare la qualità di vita del malato, tanto da indurci a proporre che la qualità della comunicazione medico-paziente venisse inserita, accanto all'organizzazione di personalità ed agli aspetti cognitivi, nella definizione stessa di QdV .

*(Pubblicato in forma riassuntiva su: Il Policlinico : vol.112, pag 439-441, 2003)*

### Bibliografia

- 1) Plauth WH, Pantilat SZ, Wachter RM, Fenton CL Hospitalists' perception of their residency training needs: results of a national survey. Am J Med 2001;11:247-54
- 2) Mancuso M Obiettivi e utilità della prevenzione oncologica: cosa fa il medico e cosa percepisce il paziente Dimensione Snamid 2004;10:13-15.
- 3) Dames S, Tonnere C, Saint S, Jones SR Don't know much about history. New Engl J Med 2005;352:2338-42

- 4) Secchi GC, Strepparava MG. The quality of life in cancer patients: a cognitive approach. *Eur J Int Med* 2001;12:35-42.

