



## Il Manuale di Clinica Pratica

**Titolo** Un vestito a misura d'uomo  
**Data** 15 gennaio 2006 alle 15:11:00  
**Autore** Renato Rossi

Rossi:

Immaginiamo un qualsiasi ambulatorio in un giorno d'inverno: un bambino viene portato dal medico per una sintomatologia respiratoria acuta. Proviamo a chiedere alla madre, prima della consultazione, perché ha portato il bambino dal dottore e che cosa si aspetta dalla visita medica. La risposta è che vuol essere rassicurata che il figlio non ha una patologia grave e che non è necessario usare degli antibiotici. Il medico curante, d'altra parte, dopo aver visitato il bambino, pensa che la madre lo abbia consultato per avere un antibiotico e, sebbene non abbia riscontrato nulla di allarmante e ritenga trattarsi di una banale virosi respiratoria, prescrive l'antimicrobico. All'uscita la madre si dice molto preoccupata perché, se il medico ha trovato giusto prescrivere un antibiotico, vuol dire che l'infezione del figlio è seria.

Ressa:

Non capisco dove vuoi andare a parare.

Rossi:

Le cose sarebbero andate in modo diverso se il medico avesse prima chiesto alla madre che cosa la preoccupava e si aspettava dalla visita. Una consultazione caratterizzata da una mancata comunicazione ha portato a fraintendimenti e prescrizioni inappropriate. L'esempio, che ho tratto da un editoriale del BMJ, pone l'accento su un punto cruciale della relazione tra medico e paziente: la comunicazione. La quale andrebbe intesa nei due sensi (da paziente a medico e viceversa) anche se l'onere principale grava sulle nostre spalle, perché a noi spetta il compito di condurla. Tuttavia, nella pratica, solo pochi pazienti riescono, durante la visita, ad esprimere completamente le loro preoccupazioni, le loro ansie e paure, le loro aspettative.

Ressa:

Quali sono, secondo te, le cause?

Rossi:

Le ragioni sono molte: il paziente può provare timore ad esprimersi compiutamente perché teme di essere giudicato male, oppure può essere reticente su aspetti personali o che coinvolgono la sua famiglia, ancora può egli stesso non aver ben chiaro quali siano i suoi bisogni. Per questo dobbiamo imparare ad incoraggiarlo apertamente ad aprirsi. Purtroppo il tempo tiranno la gioca spesso da padrone, il paziente può sentirsi insoddisfatto, può credere che non gli sia stata rivolta abbastanza attenzione, può capire male le nostre spiegazioni, il che porta spesso a scarsa aderenza alla terapia prescritta e talora a risentimenti o addirittura a cambio del medico.

Ressa:  
Se ho capito bene tu rimarchi il fatto che un comportamento come si aveva fino a pochi anni fa, del tipo "Prenda questa compressa per X giorni" sia da archiviare senza rimpianti.

Rossi:

Recenti ricerche dimostrano che molti pazienti in terapia per malattie croniche non assumono i farmaci prescritti, del tutto o in parte. Una percentuale rilevante di soggetti a rischio cardiovascolare, a cui il medico ha prescritto una statina, finisce con l'interrompere il trattamento dopo due anni. I medici faticano a comunicare e a far comprendere il concetto di rischio e discutono poco i pericoli e i benefici dei trattamenti.

D'altra parte le credenze del paziente, le sue aspettative, la sua visione della malattia, le sue convinzioni e ciò che egli pensa dei trattamenti sono importanti e influenzano la compliance. Il punto di vista del paziente è essenziale ed il medico deve sforzarsi di comprenderlo durante la visita.

Ressa:

Io dico sempre che il miglior medico non è colui che dice le cose giuste e basta ma soprattutto colui che le sa anche far fare al singolo paziente, usando una FLESSIBILITA' di comportamenti che possono far usare alternativamente o in sequenza: risolutezza, arrendevolezza, compromesso accettabile in vista di un altro più aderente agli scopi da prefiggersi, ecc.

E' chiaro che la conoscenza del paziente, della sua psiche, del suo modo di vivere e di pensare aiuta molto, soprattutto nell'adesione a terapie di uso cronico; di solito, per quelle da assumere per brevi periodi, non ci sono grossi problemi se c'è un minimo di fiducia nel rapporto reciproco.

Rossi:  
Trattamenti di provata efficacia corrono il rischio di rimanere lettere morte, confinate nelle pagine patinate di prestigiose riviste, se non sono condivisi e accettati. Gli studi EUROASPIRE I e II dimostrano chiaramente quanto le prescrizioni mediche siano disattese, anche in soggetti che dovrebbero essere particolarmente motivati come gli infartuati.

Per migliorare la relazione con i nostri pazienti dovremmo imparare prima di tutto ad ascoltare. Ma anche i pazienti devono essere coinvolti attivamente. Per esempio alcuni medici americani trovano utile distribuire un pre-stampato, in cui viene chiesto di scrivere quale sia la ragione principale della visita e secondariamente se vi sono preoccupazioni, necessità di chiarimenti, dubbi che ritengono utile discutere durante la consultazione o comunque far presenti al medico.

Ressa:

Mi sembra una scemenza, io cerco invece di affinare le mie armi del dialogo verbale.



Rossi:

E' essenziale riconoscere che medici e pazienti hanno pari dignità e sono entrambi "specialisti": il medico possiede le conoscenze tecniche, il paziente è lo "specialista" di se stesso. Quando porto la macchina dal meccanico costui è quello che sa dove "mettere le mani" ma sono io che gli devo dire quando la macchina fa "quel piccolo sbandamento in curva" o che gli dico che anche se non mi elimina del tutto quel "piccolo rumorino che si sente durante l'accensione" per me fa lo stesso.

Ressa:

Resta pur sempre il fatto che il problema te lo risolve il meccanico, io più che pari dignità parlerei di alleanza, o di gioco di squadra, in realtà spesso lo dico anche ai pazienti "La medicina non risolve tutto, però se io e lei ci passiamo la palla in modo giusto, è più probabile che INSIEME vinciamo la partita" Rossi:

Intendevo dire che dobbiamo passare da una relazione di tipo paternalistico (il medico sa e fornisce le risposte ad un paziente a cui si richiede solo un atteggiamento supino di accettazione) ad una relazione di partnership tra soggetti uguali. In questo sta la sostanziale differenza tra la medicina ospedaliera e quella del territorio. Nella prima l'ammalato è un "caso", visto nell'ambiente asettico dell'ospedale, da studiare e soppesare alla ricerca più o meno difficile della "malattia": gli si richiede unicamente l'accettazione dei trattamenti e degli accertamenti decisi da altri, con al più la firma su un burocratico foglio di consenso informato; ma egli non ha reali poteri decisionali e se per caso non è disposto ad accettare le cure o gli esami proposti lo si dimette sottolineando nella cartella che il paziente rifiuta quanto consigliato dai sanitari. Con il che la relazione si interrompe. La Medicina Generale, al contrario, incontra il paziente nel "suo territorio", spesso nella sua casa: da soggetto pressoché passivo diviene attore e decide della propria salute, può rifiutarsi di fare un esame, decidere di sospendere una terapia, "contrattare" con il medico le decisioni diagnostiche e terapeutiche. E anche in caso di rifiuto verso certi farmaci o certi esami la relazione continua, non possiamo disinteressarcene o scaricarlo.

Ressa:

Da questo punto di vista è molto più difficile operare sul territorio, anche perché, ammettiamolo, il medico di struttura pubblica se perde il paziente non ci rimette denaro, i medici di famiglia, ahimè, sì. Questo, a volte, può addirittura far passare dal PATERNALISMO di una volta, al SERVILISMO di oggi, mi sembrano delle situazioni agli esatti antipodi ed entrambe censurabili con la stessa forza.

Rossi:

In una parola, la Medicina Generale ha come carattere peculiare la "negoiazione", la "contrattazione" delle cure, e le sue fondamenta sono il "patto" che si instaura tra medico e assistito. Perciò il ruolo del paziente non può ormai essere più ignorato perché nessuno "sa" meglio di lui quali sono le sue necessità. Un paziente coinvolto avrà più fiducia e più probabilità di sentirsi soddisfatto delle cure ricevute. Dobbiamo trasformare i pazienti in parte corresponsabile delle decisioni mediche. Arrivarci non è facile.

Dovremo imparare ad usare un linguaggio semplice, accertarci che il paziente abbia capito i vari passaggi, se necessario ripetere più di una volta usando modalità espressive diverse, fornire informazioni scritte, non aver paura di confessare che spesso in medicina non vi sono certezze ma dubbi o che, in determinati casi, semplicemente non sappiamo cosa fare.

Nel caso di malattie croniche o di pazienti con disturbi difficili da curare, può essere utile ammettere che non esiste la "pasticca" magica, ma che non per questo insieme non si potrà gestire la situazione (e comunque mai il paziente sarà lasciato solo con la sua malattia).

Dobbiamo aiutare i malati ad affrontare i loro disturbi e a convivere con essi, quando non è possibile eliminarli. Se volessimo usare un termine difficile, potremmo dire che il medico deve favorire il coping, dove "to cope" significa non solo accettare o convivere con la malattia, ma affrontarla e gestirla in proprio.

Ressa:

Tutto ciò può essere molto logorante per chi non ha doti personali, che non si imparano all'Università, ma che fanno parte delle "dotazioni" che la Natura ci ha dispensato in modo diseguale.

Rossi:

Dunque il coinvolgimento del paziente è essenziale, ma affinché si possa realizzare sono necessari alcuni requisiti:

- bisogna dargli l'opportunità di esprimersi
  - spesso i motivi reali che hanno generato la richiesta di visita non vengono immediatamente riferiti (ansia, intimidazione, paura di essere giudicati, ecc.) e il medico deve farsi parte attiva, deve trasformarsi in "levatrice", esercitando quell'arte maieutica tanto cara ai vecchi clinici
  - il medico deve saper ascoltare il paziente e se lo interrompe deve porre domande di tipo aperto (cioè domande che presuppongono una risposta "di tipo discorsivo") e riservare le domande chiuse (che presuppongono una risposta tipo si/no) alla parte finale del colloquio
  - bisogna fornire sufficienti informazioni, in forme facilmente comprensibili, e accertarsi che siano state comprese
- Ogni decisione medica deve prevedere il coinvolgimento del paziente: è il tanto pubblicizzato "consenso informato" che non deve limitarsi ad una burocratica firma su un foglio di carta, ma deve essere vivo e fruttuoso. Ressa:
- Si può dire che un consenso informato, concepito come un mucchio di fogli che il paziente firma senza leggere, è semplicemente una buffonata?

Rossi:

Direi di sì.

Un malato che si sente ascoltato dal suo medico, informato e coinvolto, porterà ad una relazione meno conflittuale, soprattutto in caso di errori, sempre possibili nella difficile arte della medicina. Si è visto che spesso le cause per "malpractice" vengono intente non tanto per l'errore in sé ma perché il paziente e/o i familiari si sono sentiti non coinvolti o "trattati male".



Quest'estate, durante le vacanze, ho avuto un colloquio con una signora italiana che vive da molti anni in Francia la quale aveva denunciato un cardiologo per la morte del padre per una terapia ritenuta sbagliata: la denuncia (giusta o sbagliata che fosse non so) non era stata fatta per lo sbaglio in sè e per sè (la signora capiva benissimo che anche i medici possono errare) ma perché il cardiologo, dopo la morte del padre, non l'aveva nemmeno ricevuta per esprimerle il suo rammarico, se non le sue scuse.

Mi viene in mente un caso personale di alcuni anni fa che mi fece molto riflettere. Arriva in studio una nuova paziente e, senza che io le chiedessi nulla in proposito, mi dice che ha appena cambiato medico perché non era rimasta soddisfatta di quello precedente. Siccome conoscevo il collega e lo reputavo molto preparato risposi che ero sorpreso di questo ma che di errori possiamo farne tutti. La paziente mi interrompe subito. Non aveva cambiato medico a causa di un errore professionale ma per un altro motivo, che lei riteneva molto più grave: avevano dimesso il padre in fin di vita (cancro polmonare metastatizzato) e la famiglia avevano chiamato il medico a domicilio. Costui c'era andato ma aveva affermato che la situazione era quella che era e non c'era spazio per nessuna terapia (cosa che si sapeva benissimo). Quindi non si era più fatto vedere finché il poveretto era morto dopo una settimana. I familiari avrebbero gradito che il medico si fosse fatto vivo (fosse solo per chiedere com'era la situazione e per misurare la pressione al paziente) almeno qualche altra volta, anche se non c'erano terapie o interventi in grado di modificare l'evoluzione della malattia. Sembrano cose banali, che non toccano i medici supertecnologici, alle quali però i pazienti danno molta importanza e che sono in grado di incrinare o rompere relazioni instaurate da anni. I nostri pazienti non hanno le competenze per capire se gli atti tecnici che facciamo sono corretti o meno ma hanno la capacità di giudicare il nostro comportamento umano.

Si tratta di una sfida difficile, a cui non siamo stati adeguatamente preparati durante il corso di laurea. Ma non si può correre il rischio di perderla.

E' tempo di cambiamenti: gettiamo gli abiti comprati ai grandi magazzini, per vestiti di sartoria più a misura d'uomo!VICIE' (Vincenzo)

Una mia paziente mi ha chiesto di andare a visitare a casa il padre di 94 anni, a me sconosciuto, che aveva febbre alta da tre giorni.

Entrando in camera ho esclamato: " Buongiorno, buongiorno!", lui con lo sguardo perso (quasi completamente sordo e cieco) ha chiesto: " Chi è ?? " e la figlia: " E' il dottore ", e lui "Ah, Vicie' ! (Vincenzo), vieni, vieni".

Una figura piccola, asciutta, mani grosse e forti da agricoltore, l'ho visitato, alla fine gli ho proposto una terapia antibiotica intramuscolare e, come al solito, ho cercato di "spiegare" il perché gliela davo.

Lui ha messo la sua manona sulla mia e mi ha detto: " Vicie' , quello che decidi tu per me va bene, se me la sento ci vediamo domenica alla Messa ".

Sono uscito dalla casa emozionato, Vicie' è il suo medico condotto di paese, quello che noi colleghi damerini delle città guardiamo dall'alto con aria di superiorità, ma per il vecchio contadino è "il dottore", di lui si fida ciecamente e non ha bisogno di spiegazioni.

## Giuseppe RessaSTAVOLTA DECIDO IO

Roberto è un mio paziente settantenne affetto da una modesta forma di ipertensione, compensata dal trattamento. E' stato un operaio di una grossa fabbrica e ora si gode la meritata pensione. E' in buona salute ma ogni tanto, soprattutto perché spinto dalla moglie, un tipo molto apprensivo, esegue degli esami di laboratorio. Nel corso di uno di questi controlli riscontro valori lievemente elevati di creatinina e faccio perciò eseguire un'ecografia renale. Roberto mi porta in visione il referto molto allarmato: in effetti l'ecografista descrive la presenza di numerose cisti a contenuto liquido in entrambi i reni, alcune di 4-5 cm. Inoltre una delle formazioni cistiche presenta un aspetto seppimentato che consiglia ulteriori indagini. Scatta naturalmente tutto l'iter (TAC, RMN, visite urologiche, nefroscintigrafia) che confermano il sospetto ecografico di malignità. Viene prenotato il ricovero per eseguire l'intervento.

Roberto è molto spaventato, arriva in ambulatorio qualche giorno prima della data fatidica dicendo che non ha nessuna intenzione di operarsi, lui sta bene e non vede perché deve togliersi un rene, con il rischio di finire in dialisi perché la funzionalità dell'altro rene sembra abbastanza compromessa. Sono preso alla sprovvista, non so cosa dire.

L'ambulatorio preme per cui faccio venire Roberto alla sera, in modo da poterne parlare con calma. Roberto mi chiede cosa farei io al suo posto. Io tergiverso, gli spiego i vantaggi dell'operazione, se la formazione sospetta è una neoplasia va tolta; Roberto vuol conoscere i rischi, che gli illustro (rischi di complicanze legate all'intervento, rischio di insufficienza renale tale da richiedere la dialisi). Roberto mi chiede brutale. "Ma siete sicuri che sia un tumore? Io sto benissimo". Non posso non rispondere che la sicurezza potrà venire solo dall'esame istologico ma che il sospetto è comunque molto forte. Ritorna la domanda: "Lei dottore che farebbe? Io ho più di settant'anni, non sono mai stato in ospedale".

Sono costretto ad ammettere che non so cosa farei io... Non me la sento però di dirgli che al suo posto e alla sua età io non mi opererei ma che, essendo medico, comprendo benissimo i rischi che corro e me ne assumo la responsabilità.

"Ho capito", mi stringe la mano ed esce. Il giorno dopo telefona in ospedale e disdice il ricovero. Sono passati quattro anni e Roberto continua a venire in ambulatorio periodicamente a misurarsi la pressione e a farsi le sue passeggiate in mezzo ai vigneti. Una volta gli ho chiesto che cosa l'ha fatto decidere.

"Quando le ho chiesto che cosa avrebbe fatto lei, ha fatto finta di non capire, ma io l'ho guardata negli occhi ed ho compreso" è stata la sua risposta.

Ogni tanto la moglie mi chiede se ha fatto bene o ha fatto male a non operarsi. Io non lo so, ma stavolta ha deciso lui.

Renato Rossi