

Approccio a un paziente in precedenza non conosciuto e rapporto medico-paziente

Ma chi è questo paziente?

*Who is this patient?*¹

DEFINIZIONE

Un buon rapporto paziente-medico è componente indispensabile della pratica medica; ha inizio con il primo contatto tra paziente e medico, può essere meglio raggiunto nella medicina generale extraospedaliera che in ospedale, ed è meno paternalistico oggi che in passato.

1. Il primo approccio a un paziente in precedenza non conosciuto
2. Il rapporto fra medici e pazienti in ospedale
3. Il rapporto paziente-medico nel tempo: in ospedale e in medicina generale

1. Il primo approccio a un paziente in precedenza non conosciuto

Lo scenario 1 è un esempio di come un medico *non* dovrebbe comportarsi al primo incontro con un paziente (nel caso specifico una paziente) che si ricovera in ospedale e che lui non conosce. Infatti, il medico:

non saluta e non si presenta; non accenna – con un gesto, una parola, il tocco di una mano – a mostrare partecipazione o comprensione; non cerca di alleviare l'evidente paura e l'emozione della paziente; alla fine, non dà nessuna informazione e si sottrae alle eventuali domande. Questo medico è non solo poco umano, ma anche tecnicamente ipocompetente: un approccio così impersonale alla storia non può non bloccare la paziente nel desiderio di raccontare i propri disturbi in cerca di aiuto, e precocemente stabilisce un rapporto di scorporamento e di sfiducia.

La storia è infatti uno strumento non sostituibile come fonte di informazione clinica e di rapporto paziente-medico, se è costruita insieme da questi due attori, se lascia tempo al paziente di raccontare a suo modo la sua esperienza di malato e se non ne ignora gli aspetti umani.²

Il primo approccio a un paziente in precedenza non conosciuto ha tempi diversi a seconda del setting: in un pronto soccorso deve esaurirsi in un tempo compreso fra pochi minuti e qualche ora; in ospedale si

Scenario 1 ►**Scenario 1. Come non comportarsi³**

Il medico entra senza bussare, non si presenta. Conduce l'intervista stando seduto su una sedia a due metri di distanza dalla paziente. Non mostra alcun accenno a indizi verbali o non verbali di facilitazione o di partecipazione e non cerca un contatto fisico con la paziente (ad esempio, tenendole la mano sul polso o sul braccio). Durante tutta l'intervista solo una volta si rivolge alla paziente chiamandola per nome (che storpia). In più occasioni la paziente esprime preoccupazione e ansia (*emotional distress*), che il medico ignora.

Dottor X: Esattamente dov'era questo dolore?

Paziente Y: È così difficile per me spiegarlo... sto cercando di fare del mio meglio... (*rivolta al marito*): non sto facendo del mio meglio?

Dottor X: Bene, il dolore è in alto nella pancia, o in basso?

Paziente Y: Mi sono sentita sempre più debole... non volevo venire in ospedale... ero così impaurita (*piange*).

Dottor X: Il dolore è venuto prima della debolezza, o dopo?

L'esame fisico è brusco. Il medico non avverte la paziente quando sta per eseguire manovre che possono causare dolore (ad esempio, quando effettua una palpazione profonda dell'addome, benché sappia che la causa del ricovero è il dolore addominale).

Alla fine dell'esame non commenta quel che ha trovato, né dà qualche informazione su quel che si intende fare. Si congeda dicendo "bene, faremo alcuni esami e vedremo qual è il problema", e lascia la stanza prima che la paziente abbia la possibilità di fare qualche domanda.

completa in alcuni giorni; in medicina generale si sviluppa in un rapporto continuo per mesi o anni, e spesso si estende ad altri componenti della famiglia. Aldilà di queste differenze, le caratteristiche di atteggiamento e comportamento che si richiedono al medico sono comuni: il principio base è che il o la paziente è nella vita quotidiana il signor X o la signora Y, una persona che ha affetti, ricordi, attività, interessi, che è spesso preoccupata della propria condizione di malato, e che è legittimamente interessata ad avere informazioni sulla propria malattia.⁴

2. Il rapporto fra medici e pazienti in ospedale

Come il primo, anche lo scenario 2 segnala come i medici non dovrebbero comportar-

si. Le impressioni degli studenti ricoverati con diagnosi false ma credute vere illustrano una serie di comportamenti inappropriati dei medici nei confronti dei degenti: considerarli più come casi che come persone; vederli come contenitori di organi più che come portatori di una sofferenza globale; non rispettarne la privacy; trascurare di informarli dei programmi diagnostici e terapeutici.

La capacità di istituire un rapporto positivo con un o una paziente ha quattro principali componenti: avere competenza sufficiente a ispirare fiducia; avere e mostrare un reale interesse a risolvere il problema clinico e ad alleviare la sofferenza; dare le informazioni necessarie sulla malattia e sugli esami in programma; stabilire e mantenere un'attitudine aperta al colloquio e rispondere alle domande in modo esauriente e comprensibile. La lettera del-

Scenario 2. Pazienti simulati, ma impressioni reali⁵**◀ Scenario 2**

Alcune impressioni di tre piccoli gruppi di studenti in medicina ricoveratisi in ospedale con false storie di disturbi (1. dolore lombare severo con debolezza e parestesie a una gamba dopo incidente d'auto; 2. disidratazione post-vomito, diarrea e HIV-positività; 3. perdita di coscienza di alcuni minuti dopo trauma cranico per caduta da una scala), in uno studio programmato per esplorare i comportamenti umani e professionali dei medici e degli infermieri.

- Ero ignorato dai medici, mentre gli infermieri sembravano davvero occuparsi di me.
- Nessun medico mi chiese mai come mi sentivo, piuttosto mi interrogavano su questa o quella parte del mio corpo.
- (Quando sarò un medico) mi metterò seduto e parlerò al paziente invece di rimanere in

piedi e di obbligarlo a storcere il collo per guardarmi (come evidentemente sta avvenendo nella sua esperienza di paziente).

- Quando fui interrogato sulla mia storia e su quella della mia famiglia i miei compagni di stanza potevano udire le mie risposte. Quando il medico procedette all'esame fisico i miei compagni di stanza potevano vedere ogni parte del mio corpo.
- La comunicazione è importante, e così il rispetto... lo direi "per favore" (*please*) e "posso" (*may I*) molto più spesso di quanto fanno loro (i medici).
- I pazienti dovrebbero essere informati di quel che i medici hanno in programma per loro, e quando ci sono ritardi dovrebbero essere informati del motivo.

lo scenario 3 esprime chiaramente quanto possa essere importante per i pazienti e i loro familiari un rapporto umano con medici e infermieri, anche nel caso di un esito sfavorevole.

3. Il rapporto paziente-medico nel tempo: in ospedale e in medicina generale

Negli anni Trenta mia nonna consultò uno specialista per un melanoma sul viso. Quando durante la visita lei gli fece una domanda, lo specialista la rimproverò duramente, dicendo: "Qui io faccio le domande, qui io parlo" (*do talking*).⁶

Un simile dialogo (o monologo) sarebbe oggi inimmaginabile. Da alcuni decenni si richiede al medico un diverso tipo di rap-

porto con il paziente: dal **paternalismo** (il medico non dà informazioni, e prende le decisioni cliniche senza coinvolgere il paziente) all'**autonomia** (il paziente dev'essere informato sugli interventi in programma, e deve partecipare alla decisione terapeutica); da un approccio centrato sulla malattia ("la polmonite del terzo letto nella sala 2") a un altro centrato sul paziente come individuo, con proprie specificità cliniche e umane (**patient-centered approach**).^{2, 6-10} Questa duplice evoluzione è più evidente nella medicina generale,^{4, 11} che ha caratteristiche differenti da quelle della medicina d'ospedale e specialistica. A differenza del medico d'ospedale, il medico di medicina generale viene scelto dal paziente;¹² vede molto più spesso soggetti con *sintomi senza malattia*^{13, 14} (*medically unexplained symptoms*),¹⁵ nei quali si richiede un approccio diverso da quello della patologia organica; provvede a una

Scenario 3 ►**Scenario 3. Lettera della figlia di una signora con pluripatologia (cirrosi compensata, valvulopatia aortica, diabete), inviata a intervento cardiocirurgico e morta dopo l'intervento**

Solo un grazie a tutti

Solo un grazie a tutti. Lo faccio a nome della mia mamma: lei non può più farlo. Ha sofferto tanto. E non solo negli ultimi mesi a causa delle sue precarie condizioni. Ha sofferto da quando è venuta al mondo perdendo i genitori a pochi anni. Ma volevo ringraziarvi per averla considerata non solo un fegato o un cuore, ma una persona in grado di gioire per le piccole attenzioni. Basta poco a chi è in un letto d'ospedale e sente che la vita ti sta lasciando e allora vuoi salutarla al meglio, lasciando il meglio di te. Lei a letto malata, io al lavoro, le davo da mangiare: è normale, sono la figlia. Però lei guardava il letto accanto, a chi, secondo lei, stava peggio e mi chiedeva di dare aiuto alla vicina.

Vi chiedo a suo nome di non perdere mai il senso di umanità che sempre dovrebbe ac-

compagnare chi fa questo mestiere. Lei lo sentiva, me lo trasmetteva.

Vi ringrazio tutti, medici e infermieri, per la pazienza, la comprensione, la professionalità con cui avete accompagnato ogni vostra cura, per il sorriso e l'affetto che avete saputo darle. Era dispiaciuta quando ha dovuto lasciare l'ospedale per trasferirsi a fare l'intervento, si sentiva protetta. Poi ha avuto paura ma il leone che era in lei ha avuto la meglio e mi diceva che presto, quando sarebbe uscita sarebbe venuta a casa mia a preparare qualche conserva. Mi manca. Mi mancano i suoi baci, il suo sorriso e la sua aria battagliera con cui aggrediva le difficoltà della vita. Vi prego continuate così, non scordate mai di avere a che fare con qualche mamma, qualche papà che si affidano a voi con speranza.

Una figlia

continuità di cura pluriennale; spesso conosce la famiglia, i suoi eventuali problemi, di povertà, di malattia o di isolamento; se visita il paziente a domicilio sa se vive in un'abitazione civile o in un tugurio, se ci sono scale e non c'è ascensore, se vive solo o con chi vive, se è in grado di seguire una terapia, ecc.

Il paziente che si ricovera in ospedale ha un contatto assai meno continuo e profondo con il medico che ha avuto in sorte, e che non ha scelto, e ha ragioni di preoccupazione e di disagio: preoccupazione e timore per quel che sarà la diagnosi, per possibili interventi diagnostici o terapeutici dolorosi o a rischio, per il futuro proprio e della famiglia; disagio a rimanere in pigiama fra persone vestite e a non avere pri-

vacy, a condividere la corsia con pazienti gravemente sofferenti che si lamentano e impediscono il riposo notturno, a dover aspettare un turno per usare la toilette, a ricevere i pasti in orari inconsueti, a essere svegliato a ore impossibili per la pulizia, ecc.^{5, 16}

I disagi sono dovuti in parte a ragioni strutturali (il numero di letti in una corsia; il numero e l'ubicazione delle toilette, ecc.) e in parte a ragioni organizzative e amministrative (gli orari delle pulizie e dei pasti; il numero di infermieri; il vitto) e non sono o sono solo minimamente influenzabili dai medici. Aldilà di questi disagi, come dimostrano i due scenari introduttivi, non sono rare le segnalazioni di un rapporto con i medici umanamente inadeguato. Le princi-

pali ragioni di insoddisfazione sembrano essere: mancanza di empatia e di interesse umano; scarso rispetto; informazione inadeguata.¹⁷⁻¹⁹

Forse a questo tipo di ipocompetenza medica contribuiscono il curriculum prelaurea che è sbilanciato in senso biomedico ignorando la componente umana dei pazienti, e una formazione clinica guidata da docenti più preoccupati di insegnare schemi di malattia e assai meno il rapporto paziente-medico.^{20, 21} Gli attuali curricula prelaurea sembrano infatti incapaci di sviluppare il senso di umanità e un rapporto positivo con i pazienti. Al contrario, non pochi studi documentano che gli studenti di medicina dei primi anni hanno un'attitudine "patient-centered" e di empatia che declina verso una visione medicocentrica del proprio lavoro negli anni successivi:²²⁻²⁶ "La domanda reale non è come creare [negli studenti e nei medici in formazione] qualità umane, ma come mai l'educazione medica le distrugge".²³

I costi delle degenze ospedaliere e la riduzione del numero di posti letto hanno prodotto in molti Paesi la prassi di anticipare le dimissioni, proseguendo a domicilio i trattamenti per cui non è indispensabile la degenza. È abbastanza ben dimostrato che per certe categorie di pazienti questo non peggiora l'esito delle terapie e consente un risparmio economico,^{1, 27} e ci sono pazienti che sollecitano la dimissione o si autodimettono.²⁸ Ma altri pazienti sono danneggiati dalla dimissione anticipata, particolarmente dove non esistono sistemi efficienti e gratuiti di assistenza extraospedaliera²⁹ (vedi anche [Relazione di dimissione](#)); questi i pazienti lo temono, e chiedono: dottore, non mi mandi a casa!³⁰

Nel dilemma dimissione precoce/degenza protratta è frequente che responsabili di unità di degenza allineati alle motivazioni "aziendali" vogliano soprattutto evitare le degenze protratte, dimettendo precocemente pazienti senza garanzie di efficiente assistenza domiciliare.

SUGGERIMENTI

- **Salutare, presentarsi**, non usare il "tu" se si tratta di un adulto. Se il paziente è a letto (com'è la regola in ospedale), mettersi seduti (stare in piedi = avere fretta); ricercare e mantenere il contatto visivo e un minimo di contatto fisico (ad esempio, una mano sul polso o sull'avambraccio del o della paziente).
- **Memorizzare il nome** e usarlo nel colloquio ("mi dica, signor X, o dottor Y, o suor Z") con il titolo appropriato.
- **Ascoltare attentamente**, manifestando interesse e inserendo segnali (verbal e non verbal) di facilitazione; non interrompere il paziente, specie nella fase iniziale della storia.
- **Esplorarne preoccupazioni** e reazioni emotive e mostrare empatia e partecipazione.
- **Evitare di usare gergo medico**, o termini comunque incomprensibili per il livello di educazione del paziente. Non distrarsi parlando con altri, o per rispondere a frequenti chiamate telefoniche.
- **Quando si parla con un paziente**, spegnere il telefonino e, se malauguratamente dovesse suonare, interrompere la chiamata per non dare al paziente l'impressione che il telefonino sia più importante del colloquio con lui.

- **Considerare gli aspetti umani:** lavoro, famiglia, interessi, ricordi (*patient-centered interview*).^{6, 31, 32}
- **Condurre il colloquio** in modo da evitare che altri sentano (e rimandare eventualmente a un momento di maggior privacy domande delicate: alcol, droga, problemi sessuali, problemi familiari).
- **Chiudere il colloquio** spiegando al paziente qual è l'impressione sulla malattia, qual è il programma iniziale di esami diagnostici e di trattamento. Ricordarsi che le domande reali di un paziente – comunque espresse, o inesprese – sono tre: che cosa mi sta accadendo? Che cosa potrà accadermi? Che cosa si può fare per aiutarmi?³³
- **Tenere presente** che molto spesso un paziente ha bisogno di chiarimenti sulle informazioni che riceve o di chiedere altre informazioni, e dare risposta alle sue domande, anche se reiterate e apparentemente non motivate.
- **Se non si è in grado di rispondere** a una domanda del paziente su un dato argomento (ad esempio, di prognosi o di terapia), ammettere la propria ignoranza, eventualmente promettendo che si risponderà alla sua domanda dopo aver consultato la letteratura, o un collega più esperto; non avventurarsi in risposte improvvisate e non sostenute da una reale conoscenza.
- **Programmare i prelievi** di sangue per esami da eseguire al mattino, in modo da evitare le punture multiple.
- **Informare il paziente** del programma di interventi diagnostici o terapeutici in qualche modo dolorosi o a rischio, spiegare perché sono necessari e rispondere in modo esauriente e comprensibile alle eventuali domande.
- **Se si programma un esame** fuori dalla corsia (ad esempio, in radiologia), cercare di non spostarne la data e l'orario, ed evitare che il paziente rimanga posteggiato nella sede dell'esame in attesa che un infermiere vada a riprenderlo.
- **Non mostrare fretta** o fastidio per le richieste d'informazione dei familiari, se compatibili con la privacy del paziente.
- **Dovendo comunicare** una prognosi sfavorevole o fatale, non nascondere la verità, ma non negare la speranza.^{34, 35}
- **Nel dilemma** dimissione precoce/degenza protratta tenere presenti i molti fattori della decisione: quanto è necessario prolungare la degenza per motivi clinici; quali sono le possibilità di assistenza domiciliare; quali sono le possibilità della famiglia di assistere il paziente; qual è l'esigenza di cure di altri pazienti in attesa di ricovero.

BIBLIOGRAFIA

1. Shepperd S, Harwood D, Jenkinson C et al. Randomised controlled trial comparing hospital at home care with inpatient hospital care. I: three month follow up of health outcomes. *BMJ* 1998; 316: 2786-91.
2. Haidet P, Paterniti DA. "Building" a history rather than "taking" one. A perspective on information sharing during the medical interview. *Arch Intern Med* 2003; 163: 1134-40a.
3. Platt FW, McMath JC. Clinical hypocompetence: the interview. *Ann Intern Med* 1979; 91: 898-902.
4. Parisi G. Un nuovo metodo clinico. In: Cai-

- mi V, Tombesi M, eds. *Medicina generale*. Torino: UTET, 2003; 21-6.
5. Wilkes M, Milgrom E, Hoffman J. Towards more empathic medical students: a medical student hospitalization experience. *Med Educ* 2002; 36: 528-33.
 6. Laine C, Davidoff F. Patient-centered medicine: a professional evolution. *JAMA* 1996; 275: 152-6.
 7. Quill TE, Brody H. Physician recommendations and patient autonomy: finding a balance between physician power and patient choice. *Ann Intern Med* 1996; 125: 763-71.
 8. Branch WT Jr, Kern D, Haidet P et al. The patient-physician relationship. Teaching the human dimensions of care in clinical settings. *JAMA* 2001; 286: 1067-74.
 9. Towle A, Godolphin W. Framework for teaching and learning informed shared decision making. *BMJ* 1999; 319: 766-71.
 10. Berry LL, Seiders K, Wilder SS. Innovations in access to care: a patient-centered approach. *Ann Intern Med* 2003; 139: 568-74.
 11. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General practice: time for a new definition. *BMJ* 2000; 320: 326-7, 354-7.
 12. Bornstein BH, Marcus D, Cassidy W. Choosing a doctor: an exploratory study of factors influencing patient choice of a primary care doctor. *J Eval Clin Pract* 2000; 6: 255-62.
 13. Caimi V. Organizzare l'attività ambulatoriale e domiciliare. In: Caimi V, Tombesi M, eds. *Medicina generale*. Torino: UTET, 2003; 131-55.
 14. Kroenke K, Mangelsdorff D. Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy and outcome. *Am J Med* 1989; 86: 262-6.
 15. Smith GR, Monson RA, Ray DC. Patients with multiple unexplained symptoms. Their characteristics, functional health, and health care utilization. *Arch Intern Med* 1986; 146: 69-72.
 16. Cooke AM. On textbooks and medicine. In: Weatherall DJ, Ledingham JGG, Warrell DA, eds. *Oxford Textbook of Medicine*. Second edition. Oxford: Oxford Medical Publications, 1987; 1.1-1.3.
 17. Wofford MM, Wofford JL, Bothra J et al. Patient complaints about physician behaviors: a qualitative study. *Acad Med* 2004; 79: 134-8.
 18. Daley J. A 58-yr old woman dissatisfied with her care. *JAMA* 2001; 285: 2629-35.
 19. Eisenberg L. Good technical outcome, poor service experience: a verdict on contemporary medical care? *JAMA* 2001; 285: 2639-41.
 20. Wright SM, Kern DE, Kolodner K et al. Attributes of excellent attending-physician role models. *N Engl J Med* 1998; 339: 1986-93.
 21. Skeff KM, Mutha S. Role models - guiding the future of medicine. *N Engl J Med* 1998; 339: 2015-7.
 22. Haidet P, Dains JE, Paterniti DA et al. Medical students attitudes toward the doctor-patient relationship. *Med Educ* 2002; 36: 568-74.
 23. Downie R. Towards more empathic medical students: a medical student hospitalization experience. *Med Educ* 2002; 36: 504-5.
 24. Hojat M, Mangione S, Nasca TJ et al. An empirical study of decline in empathy in medical school. *Med Educ* 2004; 38: 934-41.
 25. Spencer J. Decline in empathy in medical education: how can we stop the rot? *Med Educ* 2004; 38: 916-20.
 26. Woloschuk W, Harasym PH, Temple W. Attitude change during medical school: a cohort study. *Med Educ* 2004; 38: 522-34.
 27. Shepperd S, Harwood D, Gray A et al. Randomised controlled trial comparing hospital at home care with inpatient hospital care. II: cost minimisation analysis. *BMJ* 1998; 316: 1791-6.
 28. PDB. Il 3% dei pazienti preferisce abbandonare l'ospedale... ma potrebbe essere una scorciatoia anti-ticket. *24Ore Sanità*, VIII, No. 33. 30 ago-5 set 2005.
 29. Vetter N. Inappropriately delayed discharge from hospital: what do we know? *BMJ* 2003; 326: 927-8.
 30. Dottore, non mi mandi a casa! <http://bandieragialla.it/articolo/1891.html>.
 31. Platt FW, Gaspar DL, Coulehan JL et al.

- Words that make a difference. Tell me about yourself: the patient-centered interview. *Ann Intern Med* 2001; 134: 1079-85.
32. Gask L, Usherwood T. ABC of psychological medicine. The consultation. *BMJ* 2002; 324: 1567-9.
 33. Cohen JJ. Remembering the real questions. *Ann Intern Med* 1998; 128: 563-6.
 34. Ubel PA. Truth in the most optimistic way. *Ann Intern Med* 2001; 134: 1142-3.
 35. Lamont EB, Christakis NA. Complexities in prognostication in advanced cancer. "To help them live their lives the way they want to". *JAMA* 2003; 290: 98-104.