

La medicina *disease e doctor centred* e la medicina *patient centred*

La comunicazione e la relazione con il paziente nell'ambito della medicina e della consultazione clinica sono strumenti necessari all'implementazione e all'efficacia stessa dell'operatività del medico nei diversi ambiti nei quali opera.

Non si tratta di abbandonare l'ottica oggettivista e il paradigma biomedico che si occupa della *disease* (malattia intesa come deviazione dalla norma di variabili biologiche, somatiche misurabili), ma di integrarla e arricchirla con l'analisi e l'esame dell'*illness* (percezione da parte del malato del significato e senso di ciò che gli sta accadendo e dei vissuti soggettivi, emotivi che questo comporta) e della *sickness* (l'interpretazione che il contesto sociale e familiare dà della malattia e le azioni che le persone e la società stessa compiono per supportare il malato).

Il modello *disease centred o doctor centred* risulta essere ancora oggi la struttura teorica e il modello operativo che guida la pratica professionale e costituisce la griglia interpretativa dell'evento malattia definita in termini biologici con caratteristiche più o meno identiche nei diversi malati.

Il modello *disease centred* permea di sé anche la pratica clinica del medico, il quale risulta essere l'esperto della malattia biologicamente intesa per cui, successivamente all'interpretazione dei sintomi e alle indagini diagnostiche conseguenti, il professionista decide la terapia.

Tutte le informazioni connesse con ciò che non attiene ai parametri biologici, il vissuto e l'interpretazione della malattia dal punto di vista del paziente non entrano come componenti del processo diagnostico e clinico.

L'andamento del colloquio tra medico e paziente, basato su questo modello, può essere definito *doctor centred* proprio perché il sanitario controlla l'evoluzione degli scambi comunicativi, caratterizzati da un *high control style* con un eccesso di domande chiuse (si veda la parte sulle tecniche di *counseling*) rivolte al paziente, che svolgono la funzione di conferma/disconferma delle ipotesi del medico.

La comunicazione riguarda quasi esclusivamente la dimensione patologica della malattia, i dati sociali e personali del paziente non vengono integrati nell'anamnesi e il paziente è chiamato a rispondere a domande pertinenti alla malattia, ma dal punto di vista del medico.

L'oggetto di interesse della medicina *disease centred* è il *Koerper*, il corpo conoscibile ed esplorabile, aggregato di parti, oggetto di sapere scientifico, parcellizzato dal sapere medico e dalle iperspecializzazioni.

Karl Jaspers, medico e filosofo, afferma: *“nella pratica dell'intervento biologico, diretta al mero corpo e guidata dal pensiero della sua utilizzabilità come strumento di lavoro, l'uomo va perduto e distrutto”* (1)

Insieme a Jaspers, Balint, Engel e molti altri studiosi hanno riflettuto sull'esigenza di un allargamento dell'approccio biomedico, rigidamente centrato sulla malattia, a un modello che *integrasse la pratica medica* con la medicina *patient centred*, un modello bio-psico-sociale, dunque sistemico, con una implementazione dei dati rilevati dal medico con le informazioni dell'esperto dell'*illness* (malattia interpretata e vissuta dal paziente).

Il colloquio tra medico e paziente si trasforma in un dialogo tra due esperti, il medico, esperto della *disease* e il malato esperto della *illness*, entrambi possiedono dati che si completano a vicenda.

Nella medicina *patient centred* esiste un'integrazione tra la dimensione biologica della malattia e la prospettiva in cui il malato diviene protagonista, viene coinvolto attivamente



dal medico ed esprime il suo punto di vista, in una complementarità delle competenze di entrambi e in questo modo vengono attivate le risorse del soggetto tanto nell'accettazione della diagnosi che nella concordanza ai trattamenti.

L'*agenda del paziente* (2), costituita dal suo linguaggio, dalle metafore che utilizza, dalla sua interpretazione dell'evento morboso, dal vissuto, dalle risorse del contesto sociale che lo circonda, dalla cultura intesa antropologicamente (costituita da *logos, pathos, ethos e methodos*) (3) di cui il malato è portatore, dal contenuto comunicabile al medico diviene parte del processo di comunicazione e di diagnosi.

Non si tratta di compiere un lavoro addittivo e parallelo a quello normalmente svolto nella pratica clinica, ma di integrare, in maniera sostanziale, la peculiarità delle esperienze dei due attori della consultazione medica intorno alla malattia.

La dimensione soggettiva dell'essere e sentirsi malato l'*illness*, al pari della *disease*, può e deve essere indagata attraverso tecniche di comunicazione e di svolgimento del dialogo all'interno della visita medica, pertanto l'obiettivo della medicina, che ha come interesse il *Koerper* e la *disease*, si allarga *includendo e non affiancando semplicemente* l'*illness* e il *Leib* (esperienza soggettivamente provata dal malato dei mutamenti del proprio corpo nell'esperienza di malattia, che include il dolore individualmente sentito e interpretato).

La relazione e la visita medica nel modello *patient centred* richiede, accanto alle capacità tecniche e biomediche del modello *doctor o disease centred*, altrettante capacità tecniche di comunicazione che, nell'azione medica, diano dignità e usabilità ai contenuti espressi dall'esperienza di chi vive la *disease* come patologia organica, non separabile nel malato dalle istanze soggettive, psicologiche, sociali dell'essere malato.

In questo modello al centro della consultazione c'è anche il paziente che non occupa più una posizione passiva, ma sente di poter contare nel processo di diagnosi e cura, mettendo a disposizione quanto sa e conosce di quello che gli sta accadendo, informazioni necessarie al medico stesso per arrivare a una diagnosi e al trattamento della patologia.

Il modello *patient centred* non esautorava il ruolo del medico, né nega il modello *disease centred*, ma lo amplia e afferma la contemporaneità dei due versanti della malattia, quello della spiegazione medico-scientifica e quello antropologico e soggettivo dell'agenda del paziente.

Ogni visita ha una sua *dinamica* costituita dall'insieme dei fenomeni che si producono durante lo svolgimento del colloquio.

Se le *abilità di counseling* aiutano, per le ragioni già descritte, qualunque interazione tra medico e paziente, bisogna anche sottolineare che il medico deve saper decidere quando e con chi utilizzarle.

Nella comunicazione tra medico e paziente, durante la visita, si possono identificare tre macro-funzioni che devono essere garantite:

- 1) la raccolta di informazioni dal paziente,
- 2) la restituzione delle informazioni al paziente,
- 3) la creazione o il mantenimento dell'alleanza e della relazione tra medico e paziente.

Molte ricerche testimoniano la forza del modello *patient centred* sia per quanto concerne la qualità percepita della visita da parte del paziente, sia per la raccolta di maggiori informazioni e consente di potere applicare in maniera più corretta la stessa medicina *disease centred*.

I tempi di una visita medica attuata con le tecniche di counseling non sono più lunghi di una visita normale, al contrario, a parità di tempo, si ottengono maggiori informazioni



cl clinicamente utili dal punto di vista diagnostico e terapeutico, si restituiscono informazioni più chiare (gli outcomes) che vengono comprese e ricordate dai pazienti.

L'adozione del modello *patient centred* garantisce dunque i seguenti vantaggi:

- miglioramento della quantità/qualità dei dati anamnestici raccolti,
- miglioramento della comprensione e memorizzazione del trattamento da parte dei malati, un aumento della concordanza ai trattamenti,
- una maggiore soddisfazione dei pazienti,
- riduzione delle cause di *malpractice*,
- una maggior soddisfazione dei medici rispetto al lavoro svolto.

NOTE

- 1) Jasper k., *Il medico nell'età della tecnica*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1986
- 2) Moja E. A., Vegni E., *La visita medica centrata sul paziente*, Raffaello Cortina Editore, 2000
- 3) Menduno G., Il contributo socio-antropologico nella formazione sanitaria, "*La Salute Umana. Rivista bimestrale di educazione sanitaria*", Editore Fondazione Angelo Celli, Perugia, vol. 131, Settembre-Ottobre 1994, pp.25-26.
Menduno G., La formazione psicologica del medico: il rapporto con il paziente, "*La Salute Umana. Rivista bimestrale di educazione sanitaria.*", Fondazione Angelo Celli, Perugia, n.128, Marzo-Aprile 1994, pp.5-7.
Menduno G., Medici di base e promozione della salute mentale, "*La Salute Umana. Rivista bimestrale di educazione sanitaria.*", Editore Fondazione Angelo Celli, Perugia, vol.130, Luglio-agosto 1994, pp.5-7.
Menduno G., *Medicina di base e psichiatria: un'indagine tra i medici di Perugia*, "*La Salute Umana. Rivista bimestrale di educazione sanitaria*", Editore Fondazione Angelo Celli, Perugia, Novembre-Dicembre 1994, vol. 132, pp. 23- 24.
Menduno G. (a cura), Dossier: Il fantasma del dolore, "*La Salute Umana. Rivista bimestrale di educazione sanitaria*", Editore Fondazione Angelo Celli, Perugia, Gennaio-Febbraio 1995, vol.133, pp. 11-22.
Menduno G., L'incontro medico-malato secondo Balint, "*La Salute Umana. Rivista bimestrale di educazione sanitaria*", Editore Fondazione Angelo Celli, Perugia, Settembre-Ottobre 1995, vol. 137, pp.5-7.
Menduno G., "La promozione della salute mentale nella medicina generale", "*Argomenti di Sanità e Salute*", Trimestrale di Educazione Sanitaria, Politica e Organizzazione Sanitaria, Medicina Sociale, a cura dell'Azienda U.S.S.L.. Regione Lombardia, Anno5°- giugno 1997- numero 11, pp.17-19.
Menduno G., "La formazione psicologica del medico: contributi teorici alla comprensione del rapporto medico-paziente", "*Passaggi. Rivista scientifica dell'Istituto di studi Teologici e Sociali*", Nuova Editoriale Soc. Cooperativa a r.l., Terni, n. 3, 1998, pp.66-72.

