

Modelli relazionali tra medico e paziente

Partendo dalla letteratura sui modelli di relazione tra medico e paziente e sui principi etici ad essi sottesi viene avviata una riflessione sulle loro ricadute pratiche

Stefano Alice*, **Fabiana Ciullo****, **Mara Fiorese***, **Artiola Islami***, **Maurizio Ivaldi***

*Medicina Generale, Genova; **Dottore in Scienze e Tecniche Psicologiche, Genova

La relazione tra chi soffre e chi se ne prende cura è talmente complessa e ricca di sfaccettature che ogni tentativo di classificazione finisce con l'essere velleitario o, quantomeno, insoddisfacente. Tuttavia qualche tentativo di schematizzazione è stato effettuato, se non altro a scopo didattico.

Particolarmente utile, anche per la sua semplicità e chiarezza, è la classificazione proposta da *EJ Emanuel e coll* (Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992; 267: 2221-23).

Secondo gli Autori, si sarebbe verificata una evoluzione storica, che ha comportato mutamenti nel modello relazionale tra medico (o, usando una espressione di più ampio respiro, un professionista sanitario) e paziente.

► Modello paternalistico

Secondo tale modello il medico è un controllore che vigila sulla salute del paziente, ne valuta le necessità; decide quale debba essere il percorso diagnostico-terapeutico più appropriato; stabilisce se e quali spiegazioni dare.

Il medico, quindi, agiva od ometteva di agire per il bene della persona malata, che gli era stata affidata, senza che fosse necessario chiederne il consenso.

Si riteneva, infatti, che il medico

avesse la competenza tecnica necessaria per decidere in favore e per conto del beneficiario cioè il paziente, così come farebbe un buon padre per un suo figlio, che, essendo bambino, non fosse capace di scegliere per se stesso.

Alla base del paternalismo vi sono due principi etici: il principio di beneficenza, che prescrive di agire per il bene del paziente ed il principio di non maleficenza ovvero l'obbligo di non arrecare danno al paziente.

In base al modello paternalistico si dava per scontato che il paziente condividesse gli stessi valori del medico riguardo alla salute e che si affidasse al suo discernimento.

Un buon paziente era un paziente docile, remissivo, obbediente, che interferiva il meno possibile; la sua autodeterminazione era molto limitata: nel migliore dei casi poteva scegliere il medico e accettare o non accettare globalmente quanto proposto.

► Modello informativo

Secondo questo modello il medico è un tecnico competente, che informa adeguatamente il paziente sulle possibili scelte e i loro sviluppi e il paziente decide in base ai suoi valori.

Il problema è che spesso il paziente rifiuta le informazioni che gli vengono date dal medico, se sono diverse dai convincimenti, che lui si era già

formato; ci si domanda se sia corretto persuaderlo ad accettarle ed in caso affermativo come si faccia a farlo o se al contrario ci si debba limitare a informarlo, anche se lo scopo della professione medica è la cura.

Gli altri due modelli presentati da Emanuel e coll. non si caratterizzano solo per una maggior accentuazione dell'enfasi sull'autonomia e il diritto del paziente all'autodeterminazione ovvero a ricevere spiegazioni e chiarimenti e decidere a quale trattamento sottoporsi o non sottoporsi affatto; infatti comprendono approcci che tendono a far sì che l'ampliamento delle conoscenze del paziente non resti fine a se stesso.

Il medico, quindi, affianca il paziente durante il processo di acquisizione, elaborazione, interpretazione delle informazioni che gli sono state date; il medico stimola un processo di crescita; la relazione è finalizzata ad aiutare il paziente.

► Modello interpretativo

Secondo il modello interpretativo il medico deve comprendere quali siano i valori in cui crede il paziente, portare alla luce i conflitti, stimolare la presa di coscienza con l'obiettivo di indurre il paziente a comportarsi coscientemente secondo i propri valori. Il medico è quindi consigliere e consulente del paziente (*counselor*). Alla base del modello interpretativo

c'è il convincimento che il paziente debba acquisire autoconsapevolezza e che questo sia rilevante per l'andamento delle cure.

► Modello deliberativo

Il modello deliberativo prevede che il medico sia amico e maestro del paziente, che lo informi, che discuta con lui delle scelte e gliene presenti i vantaggi e gli svantaggi, che precisi la sua posizione e la sostenga senza imporla, accettando le decisioni del paziente.

Dal paziente ci si aspetta altrettanto apertura e capacità di revisione delle sue credenze sulla salute.

Alla base del modello deliberativo c'è il convincimento che sia rilevante per l'andamento delle cure la capacità del paziente di sviluppo e cambiamento.

► Modello negoziale

Lo psichiatra statunitense Richard Botelho descrive un modello negoziale (A negotiation model for the doctor-patient relationship. *Fam Pract* 1992; 9; 210-216).

Secondo tale modello la relazione è negoziata di volta in volta; lo stile di relazione, quindi, non è unico, perché nessuno stile è il più appropriato in assoluto, ad essere costanti sono l'accettazione del conflitto e l'adozione, per risolverlo, di uno stile negoziale, acquisito attraverso un training, che utilizza videoregistrazione e analisi delle consultazioni.

In sintesi la negoziazione è l'unico metodo decisionale possibile.

► Modello etico-contrattuale

Il concetto di agenda del medico (gli obiettivi che si pone e come pensa di raggiungerli anche in relazione ai propri valori personali) e di

agenda del paziente (cosa si aspetta dal medico e cosa desidera nel momento in cui gli si rivolge) che devono essere approfondite e discusse, per giungere ad un *agenda comune*, si deve a *John F. Middleton* (The exceptional potential of the consultation revisited. *J R Coll Gen Pract* 1989; 39: 383-386).

Sotteso ai modelli relazionali che hanno sostituito quello paternalistico è il modello etico contrattuale: medico e paziente sono soggetti autonomi, che negoziano e sottoscrivono liberamente un patto, indipendentemente dal fatto di condividere o meno la stessa visione morale (H.T. Engelhardt Jr. *Manuale di bioetica*, Il Saggiatore, Milano, 1999).

L'introduzione nella prassi medica del consenso informato è ispirata a questi principi.

► Conclusioni

Il problema che il modello contrattuale non risolve è che la relazione medico-paziente non è una relazione simmetrica, per il carico di responsabilità (formulare diagnosi e proporre soluzioni) che investe il medico.

Ad ogni modo, oggi, il buon paziente non è più quello che si limita a tacere e ad acconsentire.

Il buon paziente è quello che fa tutte le domande che gli sono necessarie per comprendere la sua situazione ed essere così in grado di fare le sue scelte con l'aiuto professionale del medico.

Infatti uno degli obiettivi della relazione di cura è oggi considerato l'*empowerment* del paziente ovvero una sua crescita - ottenuta attraverso l'ascolto, l'empatia, il sostegno - che ne faccia emergere tutte le risorse, rendendolo così capace di prendere le decisioni necessarie.

Certamente il paziente avrà diritto ad un supporto da parte del medico e ne avrà bisogno.

Ma si tratterà di un aiuto professionale, che dovrà essere sempre rispettoso della autonomia e della libertà di scelta della persona malata. Val la pena di ricordare le enormi ricadute pratiche di queste considerazioni teoriche.

Dal riconoscimento della centralità della relazione e dalla modalità relazionale adottata, dipendono: la qualità del processo diagnostico a cominciare dal suo primo e fondamentale momento, quello dell'anamnesi; informazione e consenso; le modalità decisionali da applicare ad ogni procedura o strategia diagnostica, terapeutica, preventiva, di follow-up o di regime di vita; la preferenza per una continuità assistenziale relazionale (*personal continuity*) piuttosto che per una continuità di processo (*longitudinal continuity*); il rapporto di fiducia con un medico piuttosto che con una struttura; le modalità con cui viene condotta la consultazione; il tipo di rassicurazione che il medico offre al paziente; l'atteggiamento del medico rispetto al placebo; l'importanza data ai problemi psichici e all'espressione corporea delle emozioni; la gestione dei possibili errori; l'atteggiamento nei confronti dei pazienti "difficili", di quelli con sintomi funzionali, di quelli terminali; le modalità organizzative; il peso che viene dato alla soddisfazione del paziente.

Bibliografia

- Botto ME. Umano, forse troppo. *Genova Medica* 2019; n. 5: 17-18.
- Botto ME. Medici buoni e pazienti cattivi? *Genova Medica* 2019; n.1: 16-17.