

Aderenza alla terapia: un problema di comunicazione

Giorgio Garozzo

Medico di medicina generale
Psicologo
Cremona

I pazienti correttamente informati e attivamente coinvolti nel percorso terapeutico sono motivati ad assumere i farmaci anche dopo le dimissioni ospedaliere. Anche se non senza difficoltà, il rapporto che si crea tra medico di famiglia e paziente, soprattutto in questo frangente, è essenziale come uno strumento di lavoro, diagnostico e terapeutico

Durante un ricovero ospedaliero il paziente non ha altra possibilità che assumere le terapie che gli sono state prescritte; quando però viene dimesso ritorna alla sua veste abituale di consumatore, con l'immediato ripristino delle sue possibilità critiche e di libera scelta. Spesso diventa medico di se stesso (i medici di famiglia lo sanno bene), per cui può decidere di non assumere i farmaci, può scegliere di ridurre la dose, può sospenderli in anticipo, tanto da fare diventare la mancata aderenza alla terapia un importante fattore di rischio.

In questa particolare situazione entrano in gioco le dinamiche del rapporto medico-paziente, proprio perché, una volta a domicilio, il paziente ritorna nella sfera di influenza del Mmg.

In tale situazione il Mmg ha il compito di continuare l'opera dei colleghi ospedalieri, cercando di illustrare al proprio assistito le caratteristiche della malattia, la sua essenza, la sua gravità, così da riuscire a motivare ulteriormente il paziente nel proseguire consapevolmente e attivamente la fase di cura di se stesso. È ovvio che è assolutamente importante che il medico sia profondamente convinto della terapia che prescrive. Ma se il rapporto medico-paziente è buono, è dal rapporto stesso che nasce nel paziente la convinzione, la motivazione, il desiderio di continuare l'assunzione delle terapie.

Infatti, il medico non deve solo preoccuparsi dell'esattezza delle sue informazioni, ma anche dell'effetto che queste hanno sul malato e sulla

turbata situazione emotiva che spesso è presente dopo le dimissioni ospedaliere.

Può coesistere nel paziente una sindrome depressiva intrinsecamente demotivante, a volte sottile e quasi impercettibile, come la depressione sottosoglia, una sorta di stanchezza del vivere, un piccolo male del vivere che viene spesso sottovalutato, oppure una depressione mascherata, che viene presentata al medico sotto forma di sintomi somatici o psicosomatici. Sta al medico interpretare e decodificare queste comorbidità per essere di aiuto al proprio paziente.

Può anche succedere che sia il contesto familiare o sociale a essere inadeguato o che non solo i familiari, ma anche i vicini di casa o gli amici possono condizionare il paziente verso un abbandono della terapia.

In alcuni casi è la terapia stessa che può essere complicata: troppe compresse da assumere, troppi orari da ricordare, modalità differenti di assunzione: prima o dopo i pasti, prima di coricarsi, eccetera. Ne risulta quindi che il Mmg ha un compito importante: motivare e accompagnare il paziente nel percorso terapeutico.

In questo cammino è fondamentale il tipo di rapporto medico-paziente che si instaura e che può condurre a una alleanza terapeutica, dove entrano in gioco fiducia, rispetto reciproco e di conseguenza una più precisa definizione del proprio ruolo. E per rispetto non intendiamo più, come succedeva nel passato, ossequio, riverenza, obbedienza, passività, bensì gli altri valori fondanti, ovvero stima

reciproca, disponibilità non formale, considerazione e sana curiosità e atteggiamento non giudicante.

■ Cambiamenti epocali dei ruoli

Oggi il medico di famiglia non ha l'autorità che gli deriva dal suo ruolo clinico, perché se da un lato svolge la sua professione con ausili tecnologici come il computer, dall'altro quando si trova al letto del malato ha gli stessi strumenti del suo collega dell'Ottocento, anzi forse con meno esperienza e intuizione semeiologica. Insomma, non ha con sé quelle tecnologie che agli occhi del malato rendono il medico più potente e autorevole e non ha neppure quell'autorità che gli può derivare dall'aver alle spalle un'istituzione scientifica, come può essere l'ospedale o l'università: egli è semplicemente un essere umano di fronte a un altro essere umano.

Il paziente invece non è più quello dei secoli scorsi, ma una persona acculturata dai mass-media e dall'utilizzo di internet, è più esigente rispetto al passato, spesso ha atteggiamenti critici o diffidenti piuttosto che collaboranti.

Nel suo intimo il medico di famiglia si trova davanti a un bivio: o si incammina verso un'idea esclusivamente o prevalentemente scientifica della medicina e del suo operare, cercando di difendersi da tutte quelle intrusioni di ruolo e difficoltà di rapporto che lo mettono in crisi, oppure, consapevole dei cambiamenti epocali di ambedue gli attori, comprende che vi è la necessità di

modi diversi di interagire per parlarsi e per comprendersi.

Il Mmg si rende perciò conto di quanto la relazione con il paziente diventi importante, ma al tempo stesso di quanto questo rapporto si giochi su un terreno irrazionale, non esplicito.

Se si accetta che fra il paziente e il suo medico vi debba essere non solo una prestazione d'opera, ma anche un rapporto, bisogna accettare che tale rapporto, come tutte le relazioni, crei anche dinamiche particolari, a volte emotive, quindi irrazionali, e comporti anche il rischio di spiacevoli rotture, di inaspettate delusioni, di sgradite incomprensioni, altrimenti è ipocrita chiamarla relazione.

D'altronde, che la comunicazione con il paziente sia sempre stata ritenuta qualcosa di relativamente poco importante è dimostrata dal fatto che negli ospedali e nelle università l'anamnesi è sempre stata affidata agli studenti e agli specializzandi, in una parola agli ultimi arrivati.

Così l'idea che il rapporto con il malato sia in fondo qualcosa di accessorio si radica fin dall'inizio nella mente del futuro medico, sia esso Mmg o specialista.

Ma oggi per il medico di famiglia non è più così e il rapporto medico-paziente, pur nelle sue difficoltà, diventa uno strumento di lavoro, diagnostico e terapeutico, fatto di sfumature, di detto e non detto, di modi di proporre e di proporsi, perché se gli effetti collaterali di un farmaco di solito sono transitori, un dialogo malamente impostato e condotto può generare danni duraturi o permanenti.

■ Proposta

I medici di famiglia, sempre più assillati da persone che proiettano su di loro aspettative e problemi della più varia natura e dalle richieste di razionalizzare la spesa sanitaria, possono collaborare con i cittadini a una sempre maggiore responsabiliz-

zazione nella gestione delle risorse, a porre un freno a una sempre maggiore medicalizzazione della società, proprio perché il Mmg è l'unico sanitario che ha un rapporto continuativo con i pazienti.

Da parte mia, come esperienza personale, oltre che nel contatto quotidiano individuale cerco di promuovere tale crescita organizzando da alcuni anni incontri mensili con alcuni dei miei pazienti, a cui partecipano diversi colleghi e altre figure sanitarie.

Recentemente sono stati organizzati incontri ancora più allargati, dove hanno partecipato anche medici specialisti, con lo spirito di promuovere una sempre maggiore sensibilizzazione al rapporto medico-paziente e all'interazione fra i vari soggetti che operano nel campo sanitario, così da sperimentare in pratica le difficoltà di queste relazioni e per trovare nuovi modi di rapportarsi nell'interesse della salute di tutti.