

La Relazione con il Paziente

Dott. Carlo Andrea Franchini
Garda

Società Italiana di Medicina Generale
Sezione di Verona

Momento fondamentale nel rapporto terapeutico

Ogni domanda di cura racchiude:

- richiesta di aiuto tecnico
- un'esigenza di comunicazione

Relazione Medico Paziente
come
“esigenza di comunicazione”

Si può ignorare questo aspetto?

Rischio è trasformare la Medicina in una

- applicazione di una tecnica
- applicazione di servizi

Relazione è Comunicazione

Il Medico deve saper gestire la relazione/comunicazione

- Setting
- Comunicazione verbale
- Comunicazione non verbale

Contesto

- **Oggettivo**

Coincide con l'ambiente in cui avviene la relazione

- **Soggettivo**

E' costituito da aspettative, speranze, timori, pregiudizi, luoghi comuni dei soggetti comunicanti

Relazione/comunicazione attraverso messaggi verbali e non verbali

- Linguaggio verbale

parole, frasi, discorsi (quello che ci diciamo)

- Linguaggio non verbale

espressioni del viso, atteggiamenti, posture, abbigliamento, piccoli gesti ripetitivi, direzione dello sguardo, distanza dall'interlocutore, ambiente (es. spazi e arredamenti di sala d'attesa e ambulatorio)

Relazione Medico – Paziente: due momenti fondamentali

1. Il momento della presa in carico
2. La comunicazione della diagnosi

Evoluzione del Rapporto Medico Paziente nel tempo

- Modello Paternalistico
- Modello Paritario (*“alleanza terapeutica”*)
- Modello “difensivo” (da parte del Medico)

Fattori che disturbano la Relazione Medico Paziente

- Da parte del Paziente
- Da parte del Medico

Solo dal corretto equilibrio di queste due
componenti può prodursi una
buona relazione....

....ma troppo spesso non è così !

An anatomy of conflicts in primary care encounters: a multi-method study (*Fam.Practice* 2010)

- Registrati 291 incontri
- Conflitti presenti nel 38,8 % (113/291)
- Conflitti relativi a problemi di razionalizzazione delle risorse 21,2 % (24/113)

An anatomy of conflicts in primary care encounters: a multi-method study (*Fam.Practice* 2010)

1. Gestione medica del problema presentato quali farmaci, esami di laboratorio, esami strumentali, diete specifiche, seconde opinioni, approcci tipo “*aspetta e vedi*”
2. Gestione problemi di salute di fondo che comprendono differenti diagnosi, risultati di esami e stili di vita
3. Aspetti burocratici, incluse autorizzazioni e certificati

Fattori che disturbano la Relazione Medico Paziente

- Da parte del Paziente
- Da parte del Medico
- Da parte del Sistema Sanitario

Il Sistema Sanitario
cerca di rappresentare l'interesse pubblico
in termini di
distribuzione delle risorse limitate

Al Medico (in particolare al MG)
viene richiesto di bilanciare
l'interesse pubblico con l'interesse
individuale del paziente

La Relazione “sbagliata” da parte del Paziente

Le informazioni che ha il paziente

- Conoscenti

“l’allenatore di mio figlio mi ha detto di fargli fare una RM al ginocchio...”

“la mia vicina per le stesse cose mie ha già fatto questi esami...”

- Figure pseudosanitarie incontrollate
(naturopata, osteopata, nutrizionista ...)

“la naturopata mi ha detto che sono intollerante a....”

“l’osteopata mi ha detto di fare una RM...”

- Pubblicità (televisione, riviste)

Induzione all'acquisto di molecole potenzialmente a rischio per la salute, senza chiare avvertenze

- Web

Mare magnum di informazioni

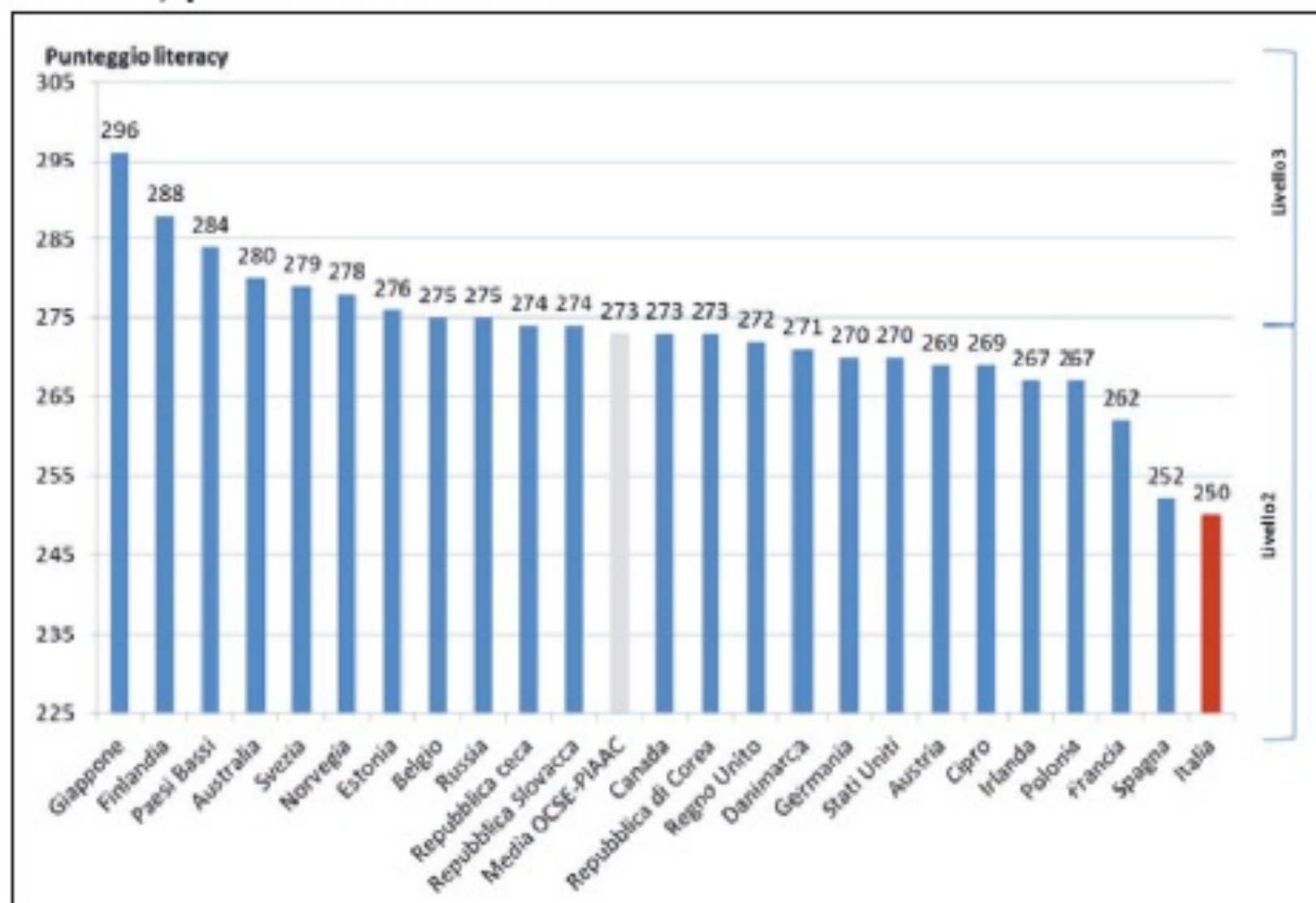
Immettendo una parola chiave si riesce ad avere immediatamente un numero immenso di siti e prodotti attinenti alla richiesta

Necessità di avere filtri di selezione !

Il paziente è sempre in grado di valutare l'utilità
o la futilità delle proposte diagnostiche e/o
terapeutiche attinte da fonti "esterne" ?

Qual è il livello
di
“alfabetizzazione sanitaria”?

Figura 3.4 – Punteggio medio degli adulti 16-65 anni sulla scala di competenze di *literacy* per Paesi OCSE-PIAAC



Fonte: elaborazione ISFOL su dati OCSE-PIAAC 2012 – Tab.A3.6

In totale
il 70% della popolazione italiana
si colloca al di sotto del Livello 3,
il livello
di competenze considerate
necessarie per interagire in modo efficace
nella società del
XXI secolo.

Dati OCSE-PIAAC 2012 Literacy e Numeracy su popol. Italiana 16-65 anni

Figura 3.2 - Distribuzione percentuale della popolazione italiana 16-65 anni nei vari livelli di competenza di *literacy* per macroregioni italiane

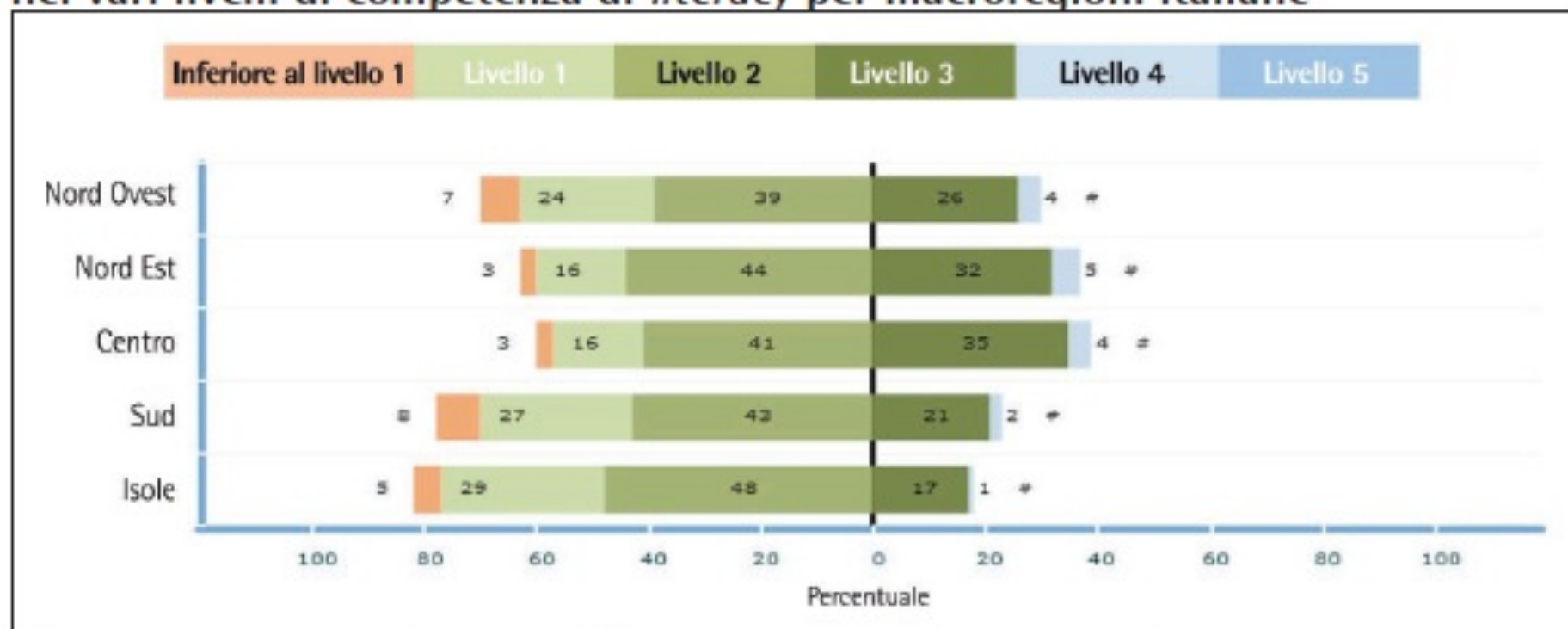
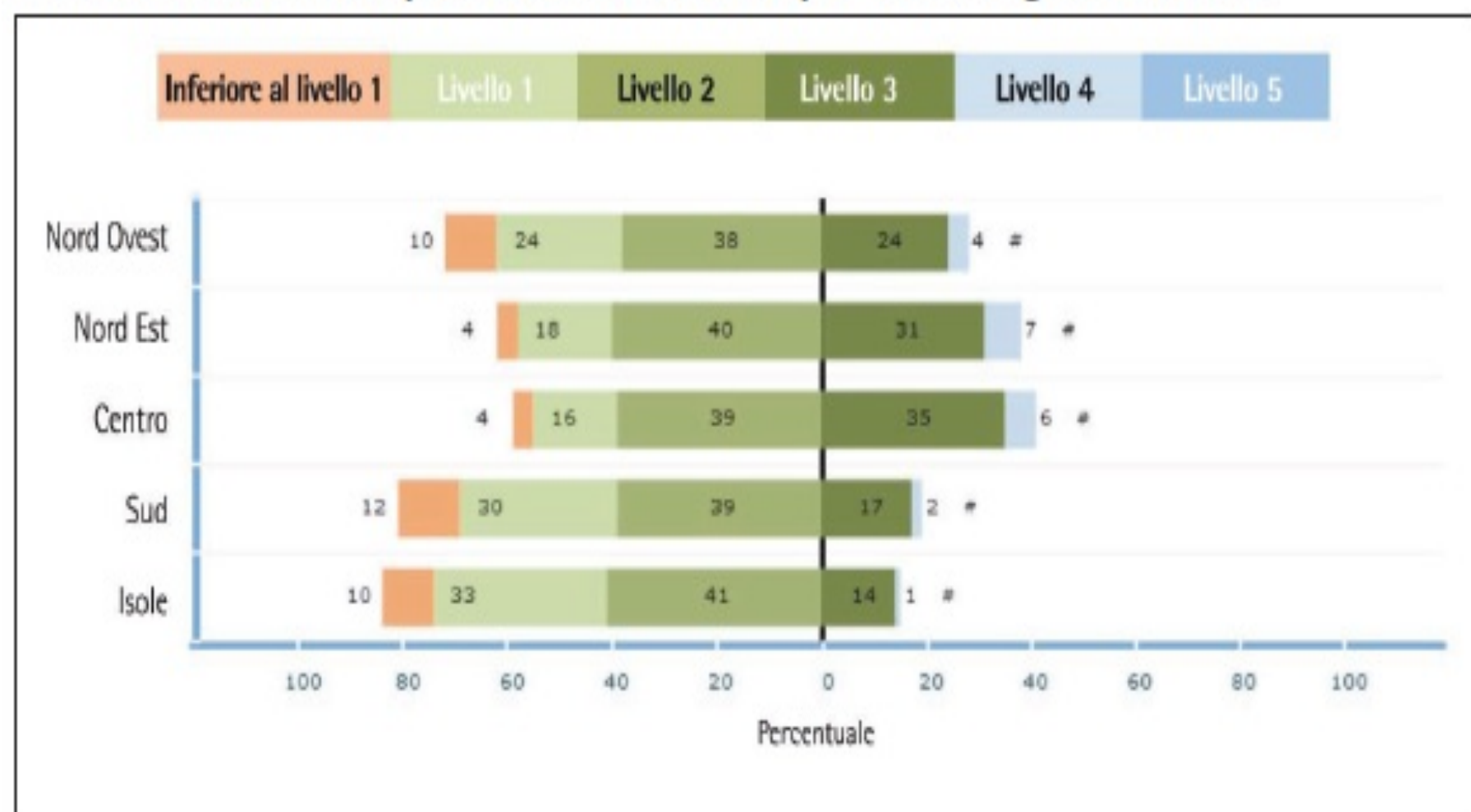
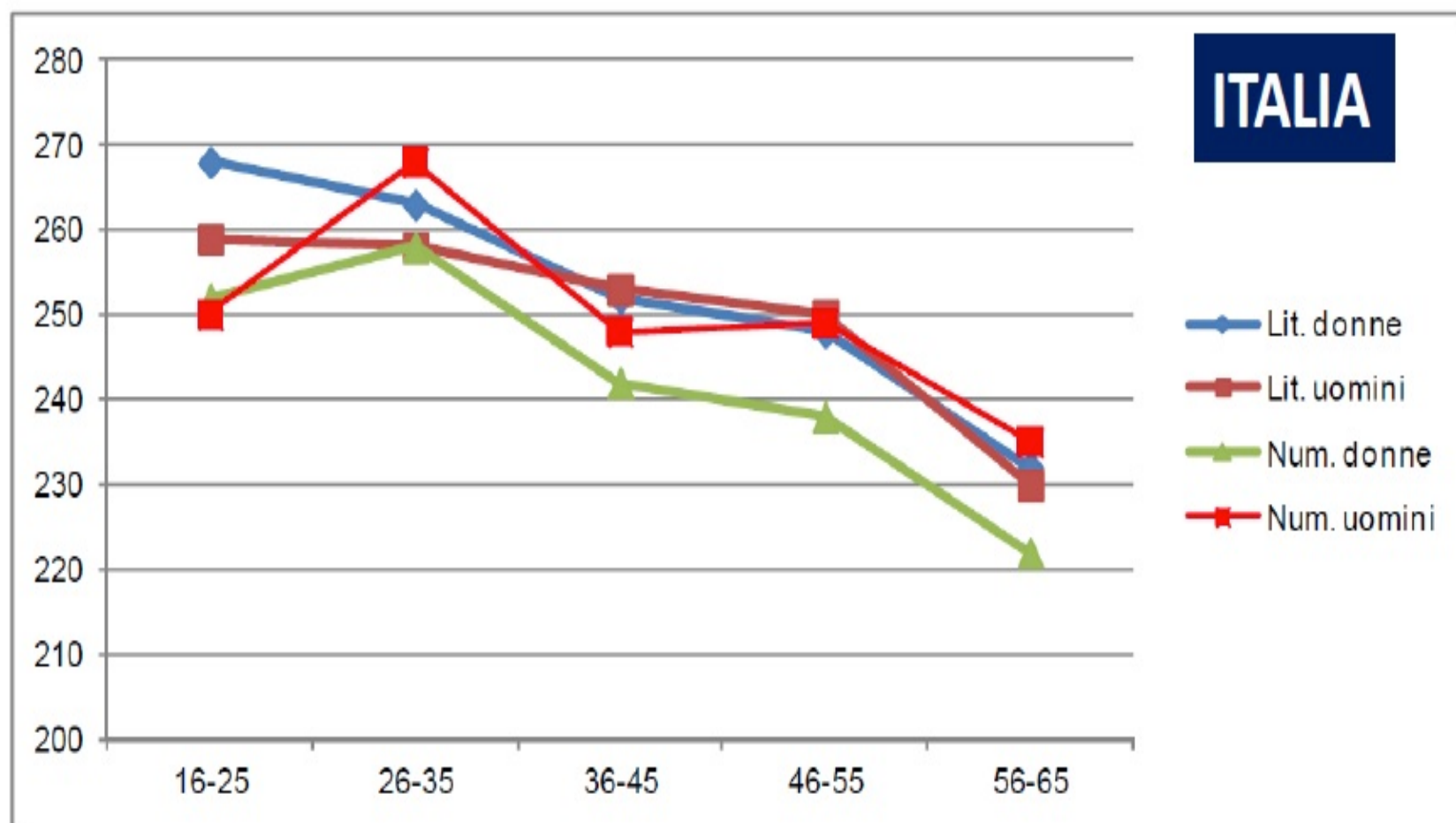


Figura 3.3 - Distribuzione percentuale della popolazione italiana 16-65 anni nei vari livelli di competenza di *numeracy* per macroregioni italiane



Differenze di genere per classi di età nella *literacy e numeracy*



Fonte: elaborazione ISFOL su dati OCSE-PIAAC

“l’alfabetizzazione sanitaria sembra essere inferiore al livello medio necessario per una adeguata comprensione del materiale scritto e per trarre il massimo profitto dalla relazione medico/paziente”

(P.Fabbri, 2014)

Due possibili conseguenze

1. La relazione medico/paziente si mantiene su un rapporto di “*dipendenza passiva*” con perdita di autonomia nella relazione con il medico
2. Il paziente tenta di “imporre” al medico informazioni attinte in modo acritico da fonti non verificabili: la relazione diventa una “negoziiazione” con rischio di atteggiamento “difensivo” del medico

La Relazione “sbagliata” da parte del Medico



La Relazione “sbagliata” da parte del Medico

1- La fretta

La Relazione “sbagliata” da parte del Medico

2- La distrazione

La Relazione “sbagliata” da parte del Medico

3- Il linguaggio

La Relazione “sbagliata” da parte del Medico

4- l'interruzione del paziente

La Relazione “sbagliata” da parte del Medico

5- la strategia difensiva



Quali soluzioni per una equilibrata
relazione Medico-Paziente ?

E' possibile, e come,
riorientare la relazione
conciliando
le aspettative del paziente,
i criteri di evidence based medicine
e l'interesse pubblico ?

1- Aggiornamento e Formazione Continua del Medico

Un Medico non aggiornato è un Medico disarmato !

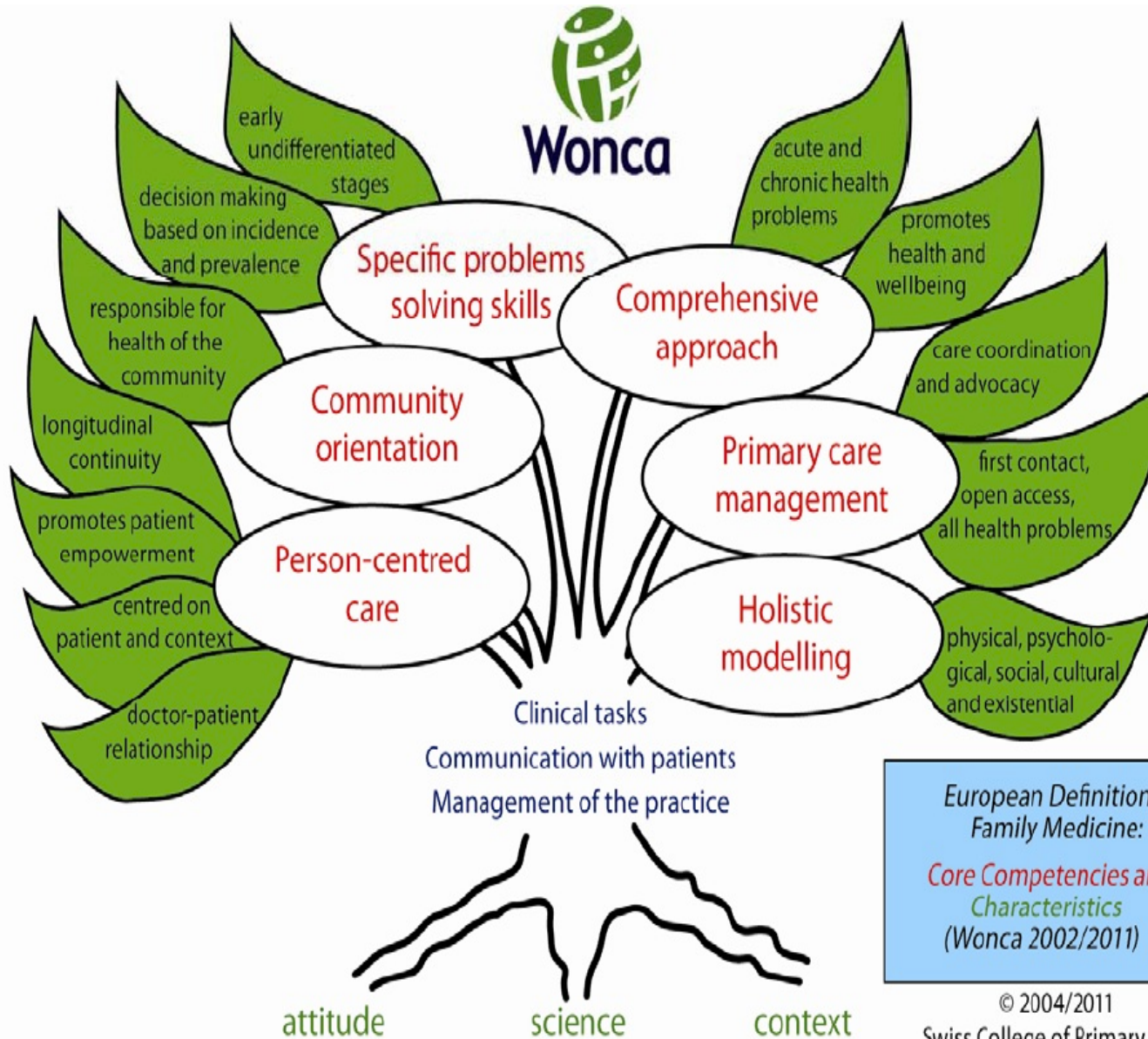


2- Enpowerment

- Partecipazione condivisa al processo decisionale delle cure
- Responsabilizzazione di fronte alla gestione consapevole della propria malattia

Empowerment

- Migliore soddisfazione da parte del paziente
- Migliori risultati clinici
- Migliore aderenza alle scelte proposte e condivise



*European Definition of
Family Medicine:
Core Competencies and
Characteristics
(Wonca 2002/2011)*

© 2004/2011

Swiss College of Primary Care
Medicine / U. Grueninger
www.kollegium.ch

Peculiarità del Medico di Medicina Generale

- Erogare l'assistenza al paziente e non alla malattia
- Saper cogliere il “modello di malattia” del paziente
- Coordinare le cure con gli altri specialisti
- Conciliare i bisogni di salute del paziente con le risorse disponibili
- Gestire l'organizzazione dello Studio Medico in modo da garantire un rapido accesso e la continuità delle cure

(La MG come miniera di competenza-G.Parisi)

- PAZIENTE

Quello che ha osservato, sa o crede di sapere

- MEDICO

Cosa il paziente dovrebbe sapere sul problema specifico

- PAZIENTE

Quello che fa abitualmente, vorrebbe fare o pensa di poter fare

- MEDICO

Cosa dovrebbe fare il Paziente

3- Applicare regole di Appropriatezza

In Sanità è la misura di quanto una scelta o un
intervento diagnostico o terapeutico sia
adeguato
rispetto alle esigenze del paziente
e al contesto sanitario

Appropriatezza

(G.I.M.B.E, Gruppo Italiano della Medicina Basata sulle Evidenze)

Componente della qualità assistenziale che fa riferimento a

- Validità tecnico-scientifica delle prestazioni sanitarie
- Pertinenza delle prestazioni sanitarie (rispetto a persone, circostanza e luogo, stato corrente delle conoscenze)

Accordo Collettivo Nazionale per la M.G.

Art. 15-bis – Appropriatelyzza delle cure e dell'uso delle risorse

1. Il medico di medicina generale concorre, unitamente alle altre figure professionali operanti nel Servizio sanitario nazionale, a:

- a) assicurare l'appropriatelyzza nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione dalla Azienda per l'erogazione dei livelli essenziali ed appropriati di assistenza ed in attesa della definizione di linee guida consensuali, come previsto dal Piano sanitario nazionale 1998-2000 e dall'art. 14, comma 2, lettera i);
- b) ricercare la sistematica riduzione degli sprechi nell'uso delle risorse disponibili mediante adozione di principi di qualità e di medicina basata sulle evidenze scientifiche;
- c) operare secondo i principi di efficacia e di appropriatelyzza degli interventi in base ai quali le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta secondo le evidenze scientifiche e verso i soggetti che maggiormente ne possono trarre beneficio.

2. Le prescrizioni di prestazioni specialistiche, comprese le diagnostiche, farmaceutiche e di ricovero, del medico di medicina generale si attengono ai principi sopra enunciati e avvengono secondo scienza e coscienza.

quali possibilità
per praticare
l'appropriatezza?

1. P.D.T.A. condivisi

2. I Patti Aziendali (?)

3. Choosing Wisely ovvero

“Fare di più non significa fare meglio”



Slow Medicine

la medicina sobria, rispettosa, giusta

[Home](#)[Chi Siamo ▾](#)[La Rete Slow](#)[Fare di più.. ▾](#)[Eventi ▾](#)[Dicono di noi](#)[Aree Tematiche](#)[Il Libro ▾](#)[Diventa Socio ▾](#)[Contatti](#)[Cerca](#)

 fare di più
non significa fare meglio

Pratiche a rischio di inappropriatezza

Pratiche a rischio di inappropriatezza aggiornate a giugno 2014 di cui medici, altri professionisti e pazienti dovrebbero parlare, fornite dalle società aderenti al progetto. Associazione...

LIAMO CC
più non signifi

*Da Fare di più non significa
fare meglio a Scegliamo con
cura*

i più
gnifica far

*Pratiche a rischio di
inappropriatezza*

Sulla mia vita
:0
)

Testamento Biologico

Choosing Wisely

Promuovere un'alleanza tra Medici e Cittadini-Pazienti per **contrastare** l'idea che la salute si possa assicurare unicamente con il consumo di **un sempre crescente** numero di prestazioni ed interventi in particolare se ad alto rischio di **inappropriatezza**

Choosing Wisely : obiettivi

1. Combattere l'inappropriatezza diagnostica e terapeutica (che sottopone i pazienti a rischi supplementari, a sovradiagnosi ed a sovratrattamento) tramite la definizione di pratiche e prestazioni ad alto rischio di essere inappropriate.
2. Evitare lo spreco di risorse in sanità che, quando esse sono limitate, allontana la società dall'obiettivo di assicurare in modo equo ai propri cittadini il massimo livello di salute e di benessere.

Fare di più non significa fare meglio

Le cinque pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

Società Italiana di Medicina Generale (SIMG)

1	Non richiedere di routine esami di diagnostica per immagini in caso di lombalgia senza segni o sintomi di allarme (bandierine rosse o red flag) La lombalgia è nella maggior parte dei casi benigna e a risoluzione spontanea. L'anamnesi e l'esame obiettivo, anche con ricerca di segni neurologici, permettono di escludere situazioni cliniche gravi. In tali casi le tecniche di imaging sono inappropriate, almeno per le prime 6 settimane, poiché non modificano l'approccio terapeutico. Inoltre il riscontro di reperti incidentali induce ansia e ricorso ad ulteriori inutili esami, espone a radiazioni ionizzanti e rappresenta un costo ingiustificato per la collettività.
2	Non prescrivere di routine antibiotici a pazienti affetti da infezioni acute delle vie aeree superiori. Valutarne l'opportunità nei pazienti a rischio di infezioni delle vie aeree inferiori o in caso di peggioramento del quadro clinico dopo qualche giorno. Le infezioni delle vie aeree superiori (otiti comprese) hanno per lo più origine virale e guariscono spontaneamente in pochi giorni. L'uso di routine degli antibiotici espone al rischio di sviluppare resistenze ed effetti collaterali. I pazienti a rischio di infezione delle basse vie aeree o complicanze ed i pazienti con sintomi di peggioramento vanno rivalutati perché potrebbero beneficiare di un antibiotico. Rinite protratta o tosse persistente non sono indicativi di infezione batterica.
3	Non prescrivere di routine inibitori di pompa protonica (IPP) a pazienti senza fattori di rischio per malattia ulcerosa. Nella malattia da reflusso gastroesofageo prescrivere alla più bassa dose in grado di controllare i sintomi, educando il paziente ad auspicabili periodi di sospensione. Gli IPP sono prescritti abitualmente in associazione a terapie di cui si teme un potenziale effetto gastrolesivo, accertato per i FANS (evidenza di tipo A), ma non per steroidi, anticoagulanti, antineoplastici, antibiotici. L'assunzione di IPP è probabilmente correlata ad un aumentato rischio di infezioni intestinali e polmonari già nel breve termine, e di frattura dopo un anno. Nella malattia da reflusso gastroesofageo, gli IPP sono farmaci sintomatici, da assumere quando realmente necessari (con schema "al bisogno") e alla dose più bassa possibile. In questi casi, il principale rischio associato alla sospensione della terapia è l'intensificarsi dei sintomi, che potrebbe eventualmente richiedere una assunzione ciclica. Nell'esofago di Barrett alcuni studi hanno suggerito una possibile utilità della terapia con IPP a lungo termine nella prevenzione della degenerazione neoplastica: in questi pazienti è necessaria una particolare cautela.
4	Non prescrivere terapie con antinfiammatori non steroidei (FANS) senza valutare inizialmente e riconsiderare periodicamente la reale indicazione clinica e il rischio di effetti collaterali in quel momento e in quello specifico paziente. I FANS sono utilizzati prevalentemente in terapie croniche, spesso solo come analgesici, e sono gravati da importanti effetti collaterali, specie a livello gastrointestinale, renale e cardiovascolare. Gli studi disponibili suggeriscono prudenza da parte del medico, sia nella scelta iniziale (se, quale, quanto, come prescrivere), sia nella prosecuzione della terapia. Particolare attenzione va riservata ai pazienti con terapie concomitanti (ad es. antipertensivi, corticosteroidi, anticoagulanti) specie se anziani.
5	Non prescrivere di routine in prima istanza benzodiazepine o Z-drugs nei pazienti anziani in caso di insonnia. Raccomandarne comunque l'uso intermittente e non continuare cronicamente la terapia senza rivalutare periodicamente l'indicazione e l'eventuale comparsa di effetti indesiderati. Numerosi studi dimostrano un aumentato rischio di cadute a terra e di frattura di femore nei pazienti anziani che assumono benzodiazepine e Z-drugs (zolpidem, zaleplon e zopiclone). Tale rischio esiste anche per i protocolli terapeutici più sicuri: quelli con farmaci a bassi dosaggi, a breve emivita o per terapie a breve termine. Il rischio di cadute può essere aumentato, nell'immediato, da un ridotto stato di vigilanza al risveglio. In seguito possono intervenire fenomeni di accumulo con possibili deficit motori e cognitivi, favoriti anche dalla diversa farmacocinetica dell'anziano.

Attenzione: le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del medico. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica è necessario rivolgersi al medico curante.

Quali ostacoli alla realizzazione di questo ?

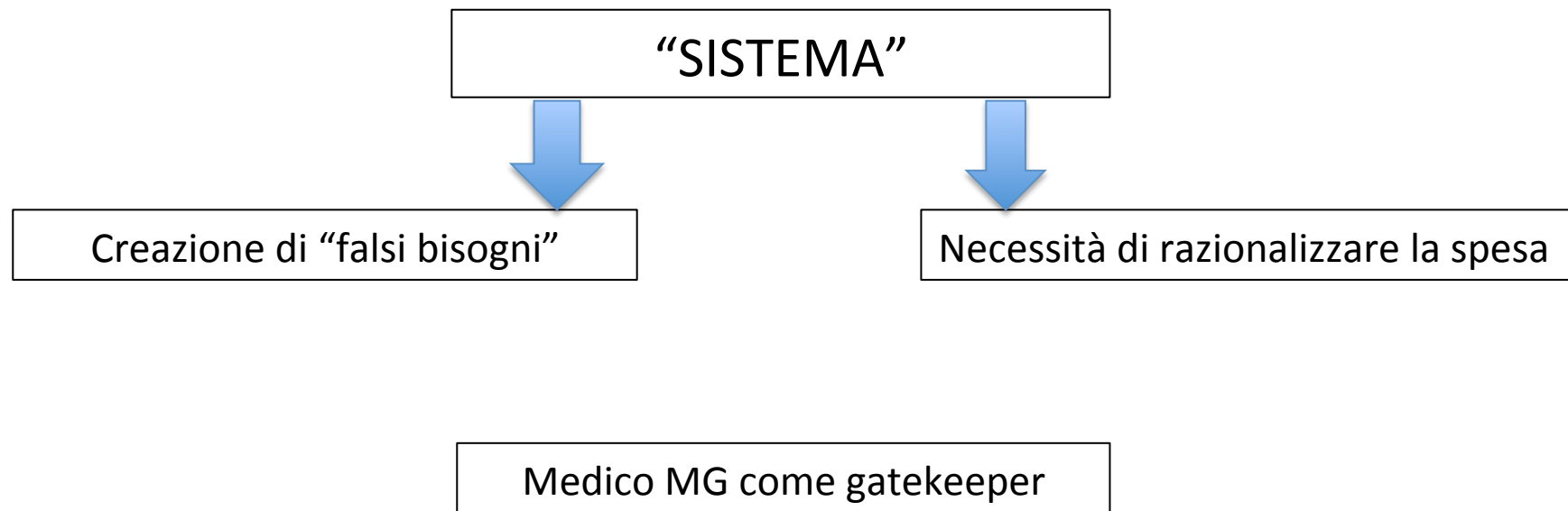
- Da parte del Paziente
- Da parte del Medico
- Da parte del Sistema

Modifica generazionale

- Un tempo si curavano “solo” i malati
- Oggi c'è la “cura del sano”
- Spinta a eseguire esami preventivi su soggetti sani come assicurazione che “non sono malati”
- Creazione di “nuove malattie” spesso indotte dall'industria modificando le soglie di normalità

(Welch, NYT 2009)

Rischio di “medicalizzare” il sano !



1. Responsabile unico della "negazione" derivante dalla razionalizzazione
2. Pressione dalla Medicina Specialistica, incentrata sulla malattia e spesso dimentica della razionalizzazione delle risorse e talora delle pratiche EBM
3. Pressione da parte del cittadino-paziente per ottenere quanto ritiene utile per sé

Svilimento del ruolo Medico



sofferenza del rapporto con il paziente

Dal corretto equilibrio di queste due
componenti può prodursi una
buona relazione....

????

Soluzioni ?

- Ruolo delle Istituzioni (Ministero , Ordini Medici, Università, Società Scientifiche, Associazioni dei Cittadini ...)
- Coscienziosa condivisione delle responsabilità tra MG e Specialisti (PDTA condivisi, formazione professionale sec. criteri EBM condivisi)
- Formazione e aggiornamento continuo di ciascun medico

Di fronte ad un paziente che non sa distinguere la differenza di competenze tra il Medico e altre figure sanitarie e/o che resta disorientato perché non in grado di scegliere ...

... il Medico deve ribadire che il proprio consiglio è il risultato di

- studio
- approfondimento
- aggiornamento
- assunzione di responsabilità ...

“ il Dottore sono io !”

La Medicina è anche conversazione, danza,
ricerca di significati, applicazione di semplici
tecniche che salvano vite umane e alleviano il
dolore ed è una complessa concezione
tecnologica dell'immortalità; è un bene creato
per cui si lotta disperatamente, fors'anche un
“diritto dell'uomo” fondamentale, essendo una
forma fondamentale di rapporto umano.

Byron J. Good – Narrare la Malattia – Einaudi 2006



Grazie per l'attenzione!

Carlo Andrea Franchini