

## La sfida della nuova medicina «condivisa»

# Dottore perché devo decidere io?

Servizi di **DANILO DI DIODORO**  
e **DANIELA NATALI** alle pagine 56-57

**Nuovi rapporti** Meno paternalismo e più attenzione per i valori personali

## Medicina «condivisa» Il dottore propone il paziente decide

### Ma il malato è contento di scegliere la sua cura?

**D**al dottore che, pentorito, diceva: «questa è la malattia, questa è la cura», allo specialista che suggerisce: «data questa diagnosi, le propongo due strade terapeutiche e le illustro vantaggi e svantaggi di ognuna. A lei la scelta». Così si può sintetizzare il passaggio dalla medicina paternalistica a quella cosiddetta "di condivisione". Ma davvero può esistere un rapporto paritetico tra medico e paziente? E davvero vogliamo sentirci dire che le decisioni toccano a noi?

«Sicuramente, dalla fine degli anni Settanta, c'è stata una crescita culturale generale e sono nati diversi strumenti di tutela del malato: dal consenso informato, ai comitati etici "misti" degli ospedali nei quali sono presenti anche rappresentanti dei pazienti, fino ad arrivare a un monitoraggio della "customer satisfaction", il grado di soddisfazione dei

clienti-pazienti, impensabile anche solo un decennio fa» chiarisce Lucio Maturo, docente di Sociologia della salute all'Università di Bologna —. Oggi, poi, tutti siamo subissati di informazioni - si pensi a Internet -, ma anche questo non significa che si realizzi una vera parità col medico. Ai dati colti in rete manca una gerarchia e ciò è origine di fraintendimenti, tanto è vero che oggi il medico spesso deve "togliere" informazioni al paziente più che darne. Al di là di questo, il rapporto medico-paziente è costituzionalmente asimmetrico e per di più oggi tra i due, a complicare le cose, sta seduto l'avvocato».

«Il medico ha comunque un potere sul nostro corpo, sulla nostra vita (e sul nostro portafoglio) e questo lo rende forte — aggiunge Giuseppina Cersosimo, docente di Sociologia all'Università di Salerno — anche se rispetto a 10, 15 anni fa ha davanti un paziente molto

più consapevole ed esigente, che spesso vuole tutto e subito. D'altronde è ovvio che chi sta male voglia subito star bene. La parziale scomparsa della medicina paternalistica io la legherei però anche al fatto che tra le due parti in gioco si è inserita la tecnica. Tutto è cominciato con la lontana scoperta del fonendoscopio che è stato il primo strumento a frammettersi davvero tra il corpo di chi cura e di chi è curato, tenendo a battesimo la morte della clinica».

Siamo certi di tutta questa crisi di potere nei medici? Non assistiamo invece alla medicalizzazione di tutta la nostra vita? «Questo processo non credo sia partito dai medici: siamo noi ad aver bisogno di trasformare in malattia tutto quello che non ci piace di noi stessi, ossessionati come siamo dal mito della performance e della bellezza. Certo, questo alla fine si traduce anche in un potenziamento del ruolo

del medico» ribatte Giuseppina Cersosimo.

Ma allora che cosa è meglio: paternalismo o condivisione? «È forse una banalità da dire - ma non da realizzare -: bisogna dosare l'uno e l'altra. Tenere conto della specificità di ogni paziente e anche della sua famiglia. Come se non bastasse, bisogna sapersi tenere in equilibrio tra distacco e compartecipazione e, ovviamente, non farsi guidare dal timore di una causa. Il guaio è che nelle facoltà mediche quello che manca è proprio l'insegnamento e l'allenamento al-



l'ascolto e al colloquio con il malato» precisa Cersosimo.

Il paziente vuole davvero sentirsi dire "tutto"? «Ci sono casi in cui il medico deve dire la verità tutta la verità, indipendentemente dalla volontà del malato per mettere in guardia chi si potrebbe ammalare per contagio, pensiamo per esempio all'Aids e, in generale, a tutte le malattie infettive che son una questione sociale — puntualizza Giuseppina Cersosimo —. A parte questo, sappiamo dai nostri studi che più il paziente "sa", più aderisce alla terapia. Ma anche qui si tratta di "saper parlare" e "ascoltare", tenendo ben presente che una cosa è il segno, oggettivo, e un'altra il sintomo, soggettivo, che è ciò che corrisponde al vissuto del paziente rispetto al segno. Il che vuol dire che a un certa malattia, a un certo dolore, ognuno reagisce in modo diverso e non sa comunicare bene il medico che non ne tiene conto».

«Sempre dagli studi di sociologia sappiamo però anche un'altra cosa — riprende Maturo — e cioè che più il paziente

è acculturato, più vuole sapere. E visto che il livello culturale medio aumenta, saranno sempre di più le persone che vorranno giocare un ruolo attivo nella gestione della loro malattia».

«Questo nuovo atteggiamento è però proprio solo di una piccola parte della popolazione mondiale, il 10% circa: vecchia Europa, Stati Uniti, parte del Canada, Australia, Nuova Zelanda. Fuori da questo 10% calcolo anche un Paese ricco, come il Giappone, dove il rapporto totalizzante con le istituzioni costituisce un modello che vale anche nei confronti del medico. Detto ciò — sottolinea Costantino Cipolla, ordinario di sociologia all'Università di Bologna e direttore della rivista Salute e Società — vorrei riflettere sul fatto che sempre più la medicina del "bisogno" fa posto a una medicina voluttuaria, del "miglioramento". Mi riferisco alla chirurgia estetica, ma anche ai farmaci capaci di incidere sulle emozioni, non per curarci ma per farci sentire allegri, ai prodotti che migliorano le per-

formance sessuali, al doping. Qui la posizione del paziente, che per di più paga di tasca propria e pretende, è totalmente diversa. Mette a confronto medici che si fanno una guerra spietata attraverso la pubblicità (ora lecita), decide a chi rivolgersi, decide soprattutto che cosa vuole».

«Anche questo finisce col dare più spazio ai medici, — continua Cipolla — ma non più potere, tanto è vero che al paziente si fa firmare, più che un consenso informato, un "contratto", che prevede certi standard. Il medico sa di più, ma è il cliente-paziente a metterci i soldi e il rapporto si fa più paritario. Ci avete fatto caso: in questo ambito, tutto si fa gentile, carino, anzi tutto finisce in "ino", come "ritocchino". Qui la geisha è il medico. E non sto parlando di cose peregrine: si calcola che, sempre e solo per qual 10% del mondo, tra dieci, vent'anni, metà della medicina si occuperà di questo: farci morire più belli e in forma di come siano nati».

**Daniela Natali**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**In futuro**

**Il medico che ti viene a cercare**

**C'è un radicale cambiamento che si profila nel rapporto medico-paziente. È il passaggio dalla medicina di attesa (è il paziente ad andare dal medico, quando sente che qualcosa non va) alla cosiddetta «medicina d'iniziativa»: il medico sa che il suo paziente ha qualcosa che non va - per esempio, che è sovrappeso, o che fuma, o che ha la pressione troppo alta, o che ha il diabete non ben controllato ... - e prende l'iniziativa per aiutarlo. È un vero e proprio capovolgimento, questo, del rapporto medico-paziente che però non tutti i dottori vedono di buon occhio, sia per l'aumento del carico di lavoro, sia - si sostiene - per la possibile deresponsabilizzazione del paziente, che potrebbe entrare in una condizione di passività rispetto alla salvaguardia e al mantenimento della propria salute.**

**Fallaci e Terzani**

**Due modi opposti di vivere la malattia**



«Il medico — osserva Lucio Maturo, docente di sociologia della salute all'Università di Bologna — per comunicare con chi sta curando deve saper distinguere tra "illness" e "disease" e cioè tra la malattia secondo l'interpretazione che ne dà il malato, e la sua definizione secondo la scienza, perché è evidente che le due non coincidono. Ed è della "illness", cioè della narrazione che fa il paziente, che bisogna mettersi in ascolto. Non si tratta solo di un dovere etico: un malato fiducioso in chi lo cura segue meglio la terapia».

«Per fare due esempi — continua Maturo — che aiutino a comprendere meglio la differenza tra "illness" e "disease", basta pensare a Oriana Fallaci e Tiziano Terzani (nelle foto). Per lei il cancro era un alieno che abitava il suo corpo; per Terzani, la medesima malattia era un amico, addirittura una benedizione che lo aveva salvato dal cadere nella routine della vita».

D. N.

## Che cosa chiedergli

Ecco alcune domande che, in un sistema di scelte condivise, il paziente dovrebbe fare al medico quando questi propone un trattamento \*

- Mi spieghi in che cosa consiste il trattamento (*terapia, intervento*)
- Qual è il possibile beneficio della cura?
- Quali sono i possibili rischi?
- Quali i possibili effetti collaterali?
- Cosa dovrei fare se si manifestassero questi effetti?
- Quali conseguenze il trattamento potrebbe avere sui miei sintomi e sulla mia vita di tutti i giorni?
- Ci sono altri trattamenti eventualmente disponibili?
- Che tipo di supporto lei potrebbe offrirmi se dovessi decidere di non intraprendere alcun trattamento?

\* Domande liberamente ispirate al documento del NICE, National Institute for Clinical Excellence, "You and your prescribed medicines: enabling and supporting patients to make informed decisions"

## Che cosa deve dirti

Prova a confrontare le modalità di comportamento del tuo dottore con quelle considerate "ideali" in un sistema di scelte condivise \*

- Il medico ti dà informazioni usando il meno possibile termini tecnici
- Se ci sono problemi di comunicazione, il tuo medico utilizza disegni o spiegazioni stampate facili da comprendere
- Il medico si preoccupa di capire qual è il livello di condivisione che preferisci
- Se non vuoi seguire il trattamento proposto, il tuo dottore è disponibile ad illustrarti i possibili rischi e benefici conseguenti alla tua scelta
- A intervalli regolari, il medico si preoccupa di controllare che esito ha il trattamento, se riesci a seguirlo senza problemi e se hai ulteriori dubbi

\* Consigli liberamente ispirati alla linea guida NICE "Medicines adherence involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence 2009"

D'ARCO