

## La comunicazione Medico-Paziente

### Comunicazione e Marketing

**Fulvio Fiorini<sup>1</sup>, Antonio Granata<sup>2</sup>**

1 UOC Nefrologia e Dialisi, Ospedale Santa Maria della Misericordia, AULSS5 Polesana, Rovigo

2 UOC Nefrologia e Dialisi, Ospedale San Giovanni di Dio, Azienda Sanitaria, Agrigento



Fulvio Fiorini

**Corrispondenza a:**

Fulvio Fiorini  
UOC Nefrologia e Dialisi  
Azienda ULSS5 Polesana – Rovigo  
Viale Tre Martiri, 140  
45100 Rovigo  
Tel +390425393443  
Mail: fulvio.fiorini@aulss5.veneto.it

#### ABSTRACT

Il rapporto tra Medico e Paziente è di fondamentale importanza in Medicina e nei secoli ha subito profonde trasformazioni. Si è passati dalla figura del medico “autoritario”, cui tutto era permesso senza nessun tipo di limite, attraverso quella del medico “paternalistico”, che agiva per il bene del malato, fino al medico “umano” che coinvolge il malato nel processo di cura. Attualmente il malato interagisce attivamente con il medico, che lo informa in modo adeguato e comprensibile, perché questo è l’unico modo per avere una comunicazione efficace che eviti fraintendimenti dovuti al diverso significato che può essere attribuito alle parole, da parte del medico da un lato e del paziente dall’altro. Il medico deve sempre verificare che il paziente abbia compreso correttamente quanto spiegato perché solo a seguito di una corretta comunicazione il paziente può decidere in modo informato quali siano i suoi bisogni. A tal proposito, il Corso di Laurea in Medicina dovrebbe prevedere corsi di comunicazione “ad hoc”.

**PAROLE CHIAVE:** medico, paziente, comunicazione, umanizzazione

## Introduzione

Il rapporto medico-paziente è un libro aperto, un “work in progress”, che nel corso dei secoli ha subito e continua a subire profonde trasformazioni in relazione e parallelamente a quelle della vita sociale.

Sulla problematicità del rapporto comunicativo tra medico e paziente tanto è già stato scritto: molta attenzione è stata dedicata all’argomento sia dai clinici, sia dagli psicologi, sia dai sociologi, ma solo negli ultimi anni il problema è stato affrontato con il metodo della ricerca scientifica.

In questa sede si vuole brevemente porre in evidenza le molteplici caratteristiche di questo rapporto, che è alla base della vita di quasi tutti i cittadini.

## Cenni storici

In tempi arcaici il rapporto medico-paziente era autoritario, così come in genere tutta la vita sociale, e poteva essere definito come il “paradigma dello stregone”. Tale modalità relazionale era basata sul presupposto che la malattia fosse dovuta a fattori soprannaturali individuabili solo dal “medico/sciamano”: in quei tempi, la guarigione o la morte erano merito esclusivo dello stregone [1]. Lo sciamano, depositario di riti magici ed ancestrali, mistico religioso, era l’unico depositario del sapere, l’unico a conoscere il funzionamento del corpo umano, come e perché si ammalava, come la malattia dovesse essere curata e quale fosse la terapia più vantaggiosa ed utile: in altri termini “il bene del paziente” era deciso dal medico/sciamano (“rapporto di tipo autoritario”). Imperava il detto di Erodoto: “Fa tutto quello con calma e competenza, *nascondendo il più delle cose al paziente* mentre ti occupi di lui. Dà gli ordini necessari con voce lieta e serena, distogliendo la sua attenzione da ciò che gli viene fatto; qualche volta dovrai rimproverarlo in modo aspro e risentito, altre volte dovrai confortarlo con sollecitudine e attenzione, *senza nulla rivelargli della sua condizione presente e futura*” [2]. Il medico agiva, pensava, somministrava e ometteva per il bene del malato, senza chiederne il consenso; conscio delle sue conoscenze, si comportava come arbitro indiscusso della salute del malato ed in quanto tale riteneva giusto e opportuno decidere per conto del paziente. Questo tipo di relazione risultava fortemente squilibrata e asimmetrica: il malato era considerato elemento passivo, incapace di capire, di sapere e di agire per la propria salute.

Con l’evoluzione dell’organizzazione sociale, quasi tutti i rapporti di tipo autoritario si sono progressivamente trasformati in rapporti *cooperativi* e così è stato anche per il rapporto medico-paziente. La figura del medico diventa paragonabile a quella del buon padre di famiglia (“rapporto di tipo paternalistico”) che basa il proprio operare su due principi: quello di *beneficenza* (obbligo di agire per il bene del paziente) e quello di *maleficenza* (obbligo di non arrecare danno al paziente). La prescrizione medica è basata sulla “*compliance*” del paziente cioè sul grado, o livello, di collaborazione che il paziente presta nel seguire più o meno scrupolosamente le prescrizioni del medico, anche senza dividerle: *compliance* significa letteralmente accondiscendenza, compiacenza, e si riferisce ad un’osservanza puntuale e acritica delle prescrizioni mediche.

Recentemente la società è diventata più attenta al rispetto della persona, ed ha reso sempre più importante il principio della autonomia dell’individuo o “principio di autodeterminazione”, cioè del diritto di essere correttamente informato, ma soprattutto di essere giudice, arbitro e decisore di ciò che è bene e male per sè stesso. Il malato non è più un soggetto passivo, ma bensì un soggetto responsabile, che interagisce con il medico nella definizione e nella valutazione di ogni intervento sanitario (“rapporto di tipo partecipativo”). Si parla quindi di “*adherence*” al trattamento terapeutico, cioè del coinvolgimento attivo, partecipato e informato del paziente al processo terapeutico e al monitoraggio degli effetti positivi e negativi del trattamento. In questo nuovo tipo

di rapporto il medico non può più permettersi di assumere decisioni che riguardino altri soggetti solo sulla base delle proprie personali conoscenze o dei propri parametri scientifici e professionali. Si tratta di un modo nuovo di intendere la medicina, che diventa più “umana” e consapevole dell’importanza della qualità del rapporto medico-paziente.

### Tipo di rapporto

Tra i due attori della comunicazione medico-paziente, i medici sono quasi sempre convinti di essere abili comunicatori e soprattutto di saper comunicare con il paziente in maniera corretta. È difficile capire da dove derivi questa diffusa convinzione, spesso dovuta allo scarso interesse professionale del medico al problema della comunicazione medico-paziente [3], nella convinzione che le proprie capacità comunicative siano già perfette. Nei corsi universitari, oggi come in passato, l’attenzione ai problemi della comunicazione è del tutto assente o è semmai occasionale: un miglioramento dello stile comunicativo del singolo professionista, se avviene, si manifesta solo parallelamente al susseguirsi delle esperienze professionali.

Su questo tema sembrano esistere anche dati diversi che evidenziano proprio nella mancanza di capacità di comunicare con il paziente uno dei punti di maggior debolezza della preparazione accademica [4].

Nella quotidianità il medico deve tener conto che l’organismo malato è quello di una persona con la propria storia personale, i propri valori, volontà e dignità: in altri termini il medico deve saper collegare la medicina con il resto della cultura scientifica e vedere le relazioni che esistono fra la sua disciplina ed il mondo interiore dei valori umani.

La comunicazione verbale è lo strumento più utilizzato per comunicare [5]. Nell’incontro medico-paziente si confrontano linguaggi diversi e di questo nessuna delle due parti si rende completamente conto: sia il medico che il paziente sono entrambi convinti che chi ascolta attribuisca ad ogni termine lo stesso significato. Il medico usa abitualmente un linguaggio tecnico, anatomo-fisiopatologico che suppone sia comprensibile a tutti: in realtà tale linguaggio è frequentemente difficile da comprendere per il malato e, nella migliore delle ipotesi, crea malintesi e fraintendimenti. Al contrario, il malato utilizza un linguaggio non medico, che prende vita da studi, abitudini, educazione ed esperienze differenti: la conseguenza è che il significato attribuito a molte parole può essere completamente diverso. Ogni malato infatti “legge” ed interpreta gli eventi della propria vita in modo coerente con le proprie conoscenze, con la propria personalità, con la propria organizzazione mentale. Così come ogni situazione della vita, anche le malattie sono soggette ad una valutazione non solo oggettiva. Lo stato di malattia viene infatti interpretato in modo personale, che fa sì che lo stesso fatto possa assumere significati molto diversi in individui differenti, o addirittura per la stessa persona quando mutano le circostanze relative al contesto.

A volte il paziente effettua una selezione involontaria delle nozioni espresse dal medico: si tratta di un processo dovuto all’organizzazione della personalità e alle teorie naturali e personali che ogni singolo individuo utilizza nel processo di attribuzione di significato e di decodifica dei messaggi. L’ovvia conseguenza è un rischio elevato di comunicazione inefficace, con una parziale o errata comprensione da parte del paziente di quanto comunicato dal medico. La corretta comprensione dei messaggi può essere garantita solo se il medico è conscio della possibilità che un tale problema possa verificarsi. Il medico deve assicurarsi che il malato abbia compreso il reale significato delle sue parole, in particolare in questo momento storico in cui la società è divenuta multi-etnica e possono sorgere ulteriori problemi di natura linguistica [6]. Potrebbe per esempio essere utile fare un riepilogo al termine della conversazione, al fine di verificare il grado di comprensione del

malato, accertarsi delle sue esigenze, preferenze e aspettative onde personalizzare la strategia d' ogni intervento: si tratta di momenti indispensabili in ogni incontro medico-paziente che richiedono un ammontare di tempo difficile da quantificare.

Solo dopo un' idonea comunicazione da parte del medico, il malato può decidere in modo veramente informato e concedere il proprio consenso circa la soluzione più consona alle proprie necessità. Il paziente decide dunque quale sia il proprio "bene", che non è necessariamente uguale per tutti gli individui ed è influenzato dalla percezione soggettiva della qualità delle cure propria di ciascun malato, dalle sue conoscenze scientifiche, dalla situazione familiare, sociale ed economica o dalla diversa situazione contingente.

## Conclusioni

La medicina sta acquisendo una nuova dimensione da quando ha cessato di curare solamente il corpo del malato e i processi biologici che descrivono e spiegano la malattia ed ha iniziato a considerare, da un lato, la volontà del paziente e, dall' altro, il significato che la malattia assume per il paziente stesso. Il compito del medico non può essere dunque soltanto quello di spiegare i fenomeni che si stanno verificando in un organismo, ma anche quello di aiutare il malato a dare un senso a quei fenomeni.

L' attenzione del medico deve perciò concentrarsi sul miglioramento della qualità di vita del paziente; una corretta comunicazione tra i due è a tal fine indispensabile. La qualità del rapporto medico-paziente è una variabile importante nel condizionare la vita del malato e la buona comunicazione è un fattore strategico nelle cure. Si ritiene pertanto che sarebbe opportuno inserire corsi di comunicazione fin dai primi anni del corso di laurea in Medicina, con l' obiettivo di migliorare questo rapporto e la qualità di vita dei pazienti [7].

## BIBLIOGRAFIA

---

1. Panini R, Fiorini F. La comunicazione verbale: breve storia e alcune regole. *Giornale Italiano di Nefrologia* 2015; 32(2):1-3.  
[https://giornaleitalianodinefrologia.it/wp-content/uploads/sites/3/pdf/GIN\\_A32V2\\_00204\\_24.pdf?x85047](https://giornaleitalianodinefrologia.it/wp-content/uploads/sites/3/pdf/GIN_A32V2_00204_24.pdf?x85047)
2. Immacolato M. La rivoluzione silenziosa del consenso informato e l'autodeterminazione del paziente. *Quotidiano Sanità* 2017 Dic 4.  
[http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=56579](http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=56579)
3. Mancuso M. Obbiettivi e utilità della prevenzione oncologica: cosa fa il medico e cosa percepisce il paziente. *Dimensione Snamid* 2004; 10:13-5.
4. Plauth WH, Pantilat SZ, Wachter RM, Fenton CL. Hospitalists' perception of their residency training needs: results of a national survey. *Am J Med* 2001; 11:247-54. [https://doi.org/10.1016/S0002-9343\(01\)00837-3](https://doi.org/10.1016/S0002-9343(01)00837-3)
5. Fiorini F, Panini R, Ameri C. La comunicazione verbale. *Giornale Italiano di Nefrologia* 2014; 31(5): 1-3.  
[https://giornaleitalianodinefrologia.it/wp-content/uploads/sites/3/pdf/GIN\\_A31V5\\_00196\\_18.pdf?x85047](https://giornaleitalianodinefrologia.it/wp-content/uploads/sites/3/pdf/GIN_A31V5_00196_18.pdf?x85047)
6. Dames S, Tonnere C, Saint S, Jones SR. Don't know much about history. *New Engl J Med* 2005; 352:2338-42.  
<https://doi.org/1056/NEJMcp041883>
7. Secchi GC, Strepparava MG. The quality of life in cancer patients: a cognitive approach. *Eur J Int Med* 2001; 12:35-42. [https://doi.org/10.1016/S0953-6205\(00\)00129-1](https://doi.org/10.1016/S0953-6205(00)00129-1)