

Per capire meglio le cause della a volte non corretta comprensione delle dinamiche sanitarie e le conseguenti non corrette reazioni da parte di alcuni operatori sanitari, pazienti e cittadini bisogna prendere in considerazione anche le loro aspettative: da dove originano, ciò che possono causare e come si potrebbero correggere.

Il livello di soddisfazione (o di insoddisfazione) di un cittadino o di un paziente riguardo una prestazione sanitaria dipende molto anche da cosa si aspetta da quella specifica prestazione, dai sanitari che la eseguono e, più in generale, dal sistema sanitario. In linea di massima se le aspettative sono limitate, l'insoddisfazione sarà verosimilmente modesta; se invece sono alte, anche una piccola delusione sarà facilmente fonte di importante insoddisfazione. Il coinvolgimento emotivo, quale fattore distorsivo di alcuni aspetti oggettivi, è l'altro elemento che influisce in modo rilevante sul grado di soddisfazione e sul tipo ed entità delle reazioni.

Altri importanti fattori che influiscono sulle aspettative sono:

- il desiderio, non sempre realistico ma comprensibile, di ottenere un risultato favorevole;
- la grande diffusione, ad opera dei media, di informazioni riguardo all'accresciuta possibilità di curare della medicina;
- la crescente presa di coscienza del diritto alla salute (e di molti altri diritti cosiddetti 'civili') da parte della popolazione.

Una delle principali fonti di conflitto tra pazienti e operatori sanitari è rappresentata quindi dalle aspettative insoddisfatte; queste possono essere giustificate, se realistiche e scaturite da informazioni corrette, o più o meno ingiustificate, se le informazioni non sono corrette o vengono male interpretate. A volte sono gli stessi medici che, per vari motivi, danno informazioni intrinsecamente fuorvianti o non chiare o soggettivamente interpretabili.

L'importanza di un'informazione corretta

Quando le aspettative (giuste o sbagliate) vengono disattese e si ha la percezione (giusta o sbagliata) che qualche proprio diritto non sia stato rispettato (cioè ci si aspetta una cosa

che poi non accade o accade in altro modo da come previsto) si originano inevitabilmente delusione, insoddisfazione, malumori e, sempre più spesso, anche rabbia ed aggressività. Da qui a pensare che sia stato commesso un errore il passo è molto breve, a volte anche logico ma non sempre vero come invece terribilmente vere, indelebili, lunghe e misconosciute sono le conseguenze di eventuali accuse infondate per gli operatori sanitari. A volte il desiderio legittimo di guarire può comprensibilmente generare un'aspettativa irrealizzabile e quindi non soddisfatta, la cui causa può essere, sull'immane onda emotiva, facilmente interpretata come un errore. In questi casi è di importanza fondamentale e determinante "come" il medico informa il paziente; è oltremodo evidente quindi come il cosiddetto consenso informato non sia un mero e seccante atto burocratico ma uno dei più efficaci strumenti di prevenzione del contenzioso; per molti aspetti ancora più importante invece è il modo e il livello di comunicazione generale tra medico e paziente che non è un optional ma una componente ineliminabile dell'atto medico in quanto, tra l'altro, se mal condotta può incidere anche sugli esiti stessi della malattia.

Tra le naturali aspettative della popolazione c'è quella che in sanità non ci debbano essere errori (e in Italia, a causa di una singolare distorsione psico-culturale, questi debbono accadere sempre agli altri e comunque se ne deve attribuire per forza la colpa a qualcuno da punire esemplarmente). In realtà, essendo gli errori ineliminabili, non si tratta in effetti di una vera aspettativa ma di un *desiderio*; il problema è che la gente (ossia tutti noi) in genere non è in grado di percepire correttamente il rischio oggettivo perché non ha le informazioni giuste e complete, non ha competenze tecniche per meglio capire la dinamica degli eventi, è coinvolta emotivamente e quindi ha un approccio non sempre oggettivo e a volte è indispettita da comportamenti non corretti del personale sanitario. È evidente quindi come nelle aspettative svolgano un ruolo assolutamente determinante la qualità dell'informazione che giunge in vari modi ai pazienti e gli aspetti relazionali medico-paziente.

Per cambiare questo stato di cose è necessario fornire alla popolazione altre e corrette informazioni; visto che i media generalmente – e per vari motivi – non sempre lo fanno, tale compito deve essere svolto (sia per mandato istituzionale e



Management in Cardiologia

Teoria e pratica di governance cardiologica

A cura di Giovanni Gregorio e Quinto Tozzi

Presentazione di Michele Massimo Gulizia



Area Management e Qualità

Il Pensiero Scientifico Editore

Management in Cardiologia

Teoria e pratica di governance cardiologica

A cura di Giovanni Gregorio e Quinto Tozzi

“Il libro prende atto dei repentini mutamenti organizzativi avvenuti nella cardiologia italiana ed entra nel dettaglio del moderno processo di organizzazione strutturale e funzionale dei Centri cardiologici nazionali.

Per la completezza degli argomenti trattati e per la semplicità discorsiva con la quale sono stati approfonditi, *Management in Cardiologia* rappresenta un utile strumento di lavoro per i cardiologi, ma anche per i decisori pubblici a tutti i livelli e per tutti coloro che collaborano all’assistenza e alla gestione sanitaria italiana, favorendone la migliore fruizione da parte dei nostri pazienti”.

Dalla Presentazione di Michele Massimo Gulizia

www.pensiero.it

Numero verde 800-259620

deontologico sia per un molto terreno interesse personale) da tutti i professionisti sanitari che sono nelle condizioni migliori per informare correttamente su questo e su altri importanti temi.

La coscienza dei propri diritti

Aspettare che siano altri a fare le cose che ci interessano è una strategia miope e ampiamente perdente. Se ogni operatore sanitario spendesse ogni giorno pochi minuti del suo scarso tempo per informare correttamente i pazienti su alcuni aspetti importanti e cruciali del caso specifico, si potrebbero realmente eliminare molti pregiudizi e contenziosi e riacquistare quella fiducia che da tempo sta sgretolandosi tra medico e paziente. La mancanza di tempo per farlo – vista l’importanza, la valenza anche etica di un’informazione corretta e la posta in gioco – è quasi sempre un alibi; ciò che serve veramente è la cultura, cioè l’apertura mentale, e la volontà di farlo o, quantomeno, la furbizia di capire che conviene farlo. La coscienza dei propri diritti è un elemento fondamentale e fattore di crescita del vivere civile. In ambito sanitario a volte tale coscienza può essere distorta dal coinvolgimento emotivo che sempre si associa alla condizione vera o presunta di malattia; ciò può far aumentare grandemente e non realisticamente le aspettative (ad esempio, per i pazienti quella di guarire quando oggettivamente non è possibile guarire o avere diritto a prestazioni che non spettano perché non necessarie o, nel

caso dei medici, di continuare a lavorare “come si faceva una volta”, rifiutando gli inevitabili cambiamenti). In questi casi, riportare (nei modi dovuti) alla realtà altro non è che un chiaro dovere di ogni medico nei confronti dei pazienti e di ogni responsabile di struttura sanitaria nei confronti dei propri collaboratori; ciò necessita però, con tutte le oggettive riserve e le giustificazioni del caso, anche del dovere di collaborare dei diretti interessati.

I diritti del singolo e i diritti della comunità

Un altro aspetto in genere poco preso in considerazione nella ricerca della comprensione delle questioni sanitarie è che vivendo in un contesto sociale è anche doveroso, in caso di malattia, tener presente il rapporto tra il diritto del singolo e quello della comunità.

In condizioni di malattia, il livello di “egoismo sanitario” sia involontario e fisiologico (comprensibile e quasi sempre giustificabile) sia deliberato e colpevole (a volte comprensibile ma mai giustificabile) è spesso troppo elevato. Gli “altri” sono sovente interpretati come qualche cosa di astratto, se non talvolta addirittura ostile, e una minaccia ai propri (veri o presunti) diritti. Chissà se costoro prendono mai in considerazione il concetto che tutti noi (e quindi anche loro) siamo gli “altri” di altre persone. La frequente errata percezione (nella cui genesi i media svolgono un ruolo determinante e non privo in alcuni casi di gravissime

responsabilità) da parte dei pazienti e della gente comune delle potenzialità curative della medicina e talvolta anche dei propri diritti peggiora ulteriormente le cose perché aumenta le aspettative ingiustificate e a volte irrealizzabili, favorisce reazioni esagerate e facilita pericolosi errori di comportamento.

Le reazioni del singolo per aspettative non realizzate cambiano anche in relazione alle condizioni di salute; in genere più grave è la malattia, e quindi minori le possibilità di guarire, maggiore è la risposta emotiva e la speranza di guarigione cui aggrapparsi disperatamente e acriticamente. Allo stesso modo, chi crede di stare male ha sovente lo stesso vissuto, cioè vive le stesse reazioni emotive (che inducono gli stessi comportamenti) di chi è malato veramente. Di ciò debbono sempre tener conto gli operatori sanitari quando si rapportano con i pazienti ma anche, con dinamiche un po' diverse, con i loro parenti.

Il rapporto con il paziente

I problemi insorgono quando si confonde la speranza legittima con l'aspettativa illegittima ma non ritenuta tale. Il ruolo dei medici in questo tipo di problematiche è, come detto, cruciale e insostituibile; solo i medici infatti possono stabilire quel particolare rapporto che consente di "rientrare in contatto" con il paziente e fargli comprendere gli errori di valutazione e ridimensionare, rendendole realistiche, le aspettative. I medici (ma anche e soprattutto molti amministratori) non dovrebbero mai dimenticare che il rapporto con il paziente è parte integrante dell'atto medico, condiziona la qualità e l'esito delle cure e non può essere soppresso per effettuare più prestazioni nell'ottica di una concezione ottusamente ragionieristica dell'aziendalizzazione. L'ovvia, ma in realtà non sempre realmente giustificata, obiezione è che per fare tutto ciò occorre quell'elemento che più manca in chi lavora in ospedale: il tempo.

Come sottolineato in precedenza, in quei casi in cui è realmente necessario un chiarimento esaustivo per prevenire ben più gravi problemi, il tempo (e il corretto modo di spiegare le cose), nell'interesse di tutti, deve essere comunque trovato.

Quinto Tozzi

Cardiologo, Roma

BIBLIOGRAFIA

- AAVV (1982). La responsabilità medica. Collana della Rivista Responsabilità civile e Previdenza. Milano: Giuffrè.
- AAVV (1989). Consenso del paziente e trattamento medico-chirurgico. Padova: Liviana.
- AAVV (2001a). In tema di rilevanza penale come delitto doloso contro la vita e l'incolumità individuale del trattamento medico eseguito senza il consenso del paziente. RIML, 219.
- AAVV (2002). La responsabilità medica nei più recenti orientamenti della Corte di Cassazione (www.csm.it).
- Alfano A (2001). La comunicazione della salute nei servizi sanitari e sociali. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Altavilla E (1960). Consenso dell'avente diritto. *Novissimo Digesto Italiano*, IV: 115-24.
- Ambrosetti F, Piccinelli M, Piccinelli R (2003). La responsabilità nel lavoro medico di équipe. *Profili penali e civili*. Torino: UTET.
- Barni M (1999). Diritti-doveri, responsabilità del medico dalla bioetica al biodiritto. Milano: Giuffrè.
- Barni M (2002). Equilibrismi dialettici tra consenso limitato e dissenso esplicito vs l'atto medico. RIML, 402-5.
- Bilancetti M (2003). Le conseguenze di rilevanza penale e civile del consenso invalido. Il consenso informato: un continente ancora da esplorare. *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 6: 946-63.
- Bobbio M (2010). Il malato immaginato. Torino: Einaudi.
- Buonomo G (2008). La responsabilità professionale del medico. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Fallani M (2004). L'errore nell'esercizio delle professioni sanitarie. Bologna: Clueb.
- Gawande A (2008). Con cura. Torino: Einaudi.
- Good BJ (1999). Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente. Torino: Edizioni di Comunità.
- Gregorio G (2008c). Dal rapporto medico-paziente al consenso informato. *Cardiologia negli Ospedali*, 161 (gennaio/febbraio): 53-7.
- Gregory S (2010). Medico-paziente: un rapporto in crisi ([http://www.treccani.it/enciclopedia/medico-pazienteun-rapporto-in-crisi_\(XXI_Secolo\)/](http://www.treccani.it/enciclopedia/medico-pazienteun-rapporto-in-crisi_(XXI_Secolo)/)).
- Grisso T, Appelbaum PS (2000). Il consenso alle cure. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Immacolato M (2002). Appropriatazza delle prestazioni sanitarie: il consenso informato. In: Del Vecchio S, Martelloni M, Martini M, eds. *Le linee guida della medicina legale per il cittadino – persona assistita al centro dei percorsi assistenziali. La responsabilità professionale nel SSN: gestione e prevenzione dei conflitti*. Padova: Essebiemme.
- Introna F (1999). La responsabilità del medico per colpa. In: Giusti G (ed). *Trattato di medicina legale*. Padova: Cedam.
- Kelley JM, Kraft-Todd G, Schapira L, Kossowsky J, Riess H (2014). The influence of the patient-clinician relationship on healthcare outcomes: a systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *PLoS One* 9 (4): e94207.
- Luxford K, Safran DG, Delbanco T (2011). Promoting patientcentered care: a qualitative study of facilitators and barriers in healthcare organizations with a reputation for improving the patient experience. *Int J Qual Health Care*, 23: 510-5.
- Ministero della Salute (2004). Risk management in sanità. Il problema degli errori. Commissione tecnica sul rischio clinico. Roma: Ministero della Salute.
- Ravera E, Palermo V (2005). Il consenso al trattamento. In: Cendon P, ed. *Diritti della persona. Tutela civile, penale, amministrativa*. Torino: UTET Giuridica.
- Sen AK (1999). "Uguali e diversi" davanti alla salute. *Keyron*, 1 (maggio).
- Toscani F (2001). Ancora sul dire la verità ai malati. *Bio*, 3: 510-21.
- Vineis P, Dirindin N (2004). In buona salute. Torino: Einaudi.