Il conflitto nello studio del medico di medicina generale

Data 05 settembre 2010
Categoria scienze_varie

Uno studio ha analizzato le dinamiche che possono portare a conflitti tra medico e paziente.

La comunicazione efficace tra i pazienti e i loro medici è ritenuta una delle pietre angolari della cura di alta qualità e vi sono ampie evidenze che essa contribuisca alla diagnosi, agli esiti terapeutici, alla soddisfazione del paziente e del medico e all'uso efficace delle risorse. Tuttavia, le visite mediche sono piene di occasioni di conflitti, che possono distruggere una comunicazione positiva e modificare la relazione medico-paziente. I conflitti possono riguardare un'ampia gamma di problemi; anche se nell'attuale clima economico molti di questi problemi possono derivare dalle pratiche di razionalizzazione dei sistemi sanitari.

Questo studio, realizzato da autori israeliani, esplora la frequenza e il tipo di conflitto medico-paziente presente nella pratica di medicina generale, e in particolare quei conflitti relativi a problemi di razionalizzazione. Esamina anche i problemi di comunicazione associati e le strategie di coping inerenti tali conflitti medico-paziente. L'obiettivo finale della ricerca è capire le dinamiche delle interazioni medico-paziente che includono conflitti, allo scopo di progettare interventi di training che possano migliorare l'efficacia di coping dei medici rispetto ai conflitti per fornire al paziente una cura migliore.

Metodi
Sono stati analizzati 291 incontri medico-paziente videoregistrati di 28 medici di medicina generale, utilizzando un nuovo adattamento del Roter interaction analysis system software; sono stati forniti dati empirici sui conflitti e sui processi di comunicazione. Sette focus groups (56 MMG) hanno prodotto intuizioni qualitative ed hanno guidato l'analisi.

Risultati

Frequenza e tipo di conflitti negli incontri medico-paziente
I conflitti osservati in questo studio erano comuni negli incontri medico-paziente: sono stati trovati in quasi il 40% (113; 38.8%) dei 291 incontri; circa un quinto dei quali (24; 21.2%) è stato trovato relativo a problemi associati a razionalizzazione delle risorse. I conflitti identificati in 113 incontri medico-paziente potevano essere ulteriormente caratterizzati secondo tre argomenti significativi: (a) conflitti riguardanti la gestione medica del problema presentato quale farmaci, esami di laboratorio, esami strumentali (imaging), diete specifiche, psicologi, seconde opinioni, risultati controllati-in-doppio, ed approccio 'aspetta e vedi'; (b) conflitti riguardanti la gestione di problemi di salute di fondo, che comprendono differenti diagnosi, risultati di esami e stili di vita e (c) conflitti riguardanti aspetti burocratici, incluse autorizzazioni e certificati.

Espressione di empatia nelle situazioni conflittuali
Un'analisi delle risposte empatiche dei medici alle domande dei pazienti ha rivelato che vi era una differenza significativa tra situazioni nelle quali il conflitto era associato a problemi di razionalizzazione ed altri tipi di conflitti. Conflitti associati alla allocazione delle risorse erano caratterizzati da dichiarazioni non empatiche da parte dei medici a paragone con conflitti relativi ad altri problemi. E' stata definita una risposta empatica come l'espressione di sentimenti positivi al paziente. Per esempio, "Capisco che lei debba sentirsi frustrato per questo". E' stata codificata come risposta non empatica quando un medico reagisce negativamente al sentimento del paziente; per esempio, il medico che dice "Non mi interessa la tua situazione'; 'Questo non fa parte del mio lavoro." Quando i conflitti riguardavano in maniera specifica la allocazione delle risorse, i medici avevano una probabilità due volte superiore (30%) di non usare espressioni empatiche a paragone con altri incontri conflittuali (18%). Espressioni empatiche sono state identificate nel 17% di incontri conflittuali, con nessuna differenza secondo il tipo di conflitto.

Differenze strutturali tra incontri conflittuali e non conflittuali
Sia in incontri conflittuali che non-conflittuali, i medici hanno dominato la conversazione. In entrambi i casi, hanno parlato più dei pazienti: la distribuzione media della conversazione tra medici e pazienti, rispettivamente, è del 53% versus il 47% ($P < 0.0001$) per incontri conflittuali e del 55% versus 45% ($P < 0.0001$) per incontri non conflittuali. L'analisi secondo le differenti tappe dell'incontro ha rivelato differenze tra incontri conflittuali e non-conflittuali. Le consultazioni sono state analizzate come comprensive di cinque tappe (apertura, storia clinica, esame fisico, counselling e chiusura), le tre sessioni intermedie non si susseguono necessariamente l'un l'altra in maniera strettamente lineare. La fase di apertura è definita come il tempo in cui il paziente presenta il problema prima che il medico intervenga attivamente nella conversazione, e la fase di chiusura è dedicata alla conclusione e al riassunto. Incontri conflittuali hanno tappe di apertura e chiusura significativamente più brevi rispetto ad incontri non-conflittuali e più tempo speso nel counselling ai pazienti.

Tipi di coping del medico rispetto ai conflitti relativi alla razionalizzazione
Estraendo le analisi dei dati dei focus group, sono state identificati quattro tipi di strategie di coping e sono stati classificati con codici RIAS per l'analisi delle consultazioni videoregistrate. Queste strategie di coping possono essere

descritte da due assi intersecantisi, l'uno che descrive quanto a lungo i medici hanno dimostrato una risposta attiva al conflitto, l'altro che descrive il loro livello di accettazione della gestione razionalizzante (vedi Figura 1). Strategie attive hanno comportato che il medico coinvolgesse il paziente in conversazioni circa le regole di razionalizzazione. Sono state identificate come strategie passive quando il medico stesso non sceglieva di coinvolgere il paziente, sebbene il medico stesso avrebbe potuto cercare di manipolare la situazione dietro le quinte. Nelle strategie di accettazione, il comportamento del medico era compatibile con il supportare le regole di razionalizzazione, mentre nelle strategie di rifiuto, era stato detto o fatto qualcosa per criticare o modificare tali regole. Nei dati degli autori, la strategia più comune era di accettazione passiva (41%), mentre il medico non aveva parlato al paziente delle rilevanti opzioni di gestione che non erano offerte dal pacchetto assicurativo. Meno comunemente (25%), i medici hanno scelto di spiegare ai pazienti la necessità di accettare i criteri di razionalizzazione. Nel 22% degli incontri, i medici hanno cercato aggirare il sistema modificando le diagnosi per rispettare i criteri senza renderlo esplicito al paziente (rigetto passivo). Il rigetto attivo era stato scelto solo nel 12% degli incontri conflittuali, dove i medici istruivano i loro pazienti su come formalmente appellarsi contro il sistema o aiutarli a fare questo.

Effetti di Genere
E' stata analizzata l'associazione tra genere dei medici e di tutti i pazienti e conflitti. Per tutti i medici con tutti i pazienti, la odds ratio per conflitti di genere era 1.191, 95% intervallo di confidenza (IC) 0.7214–1.973. Per i medici maschi, a paragone con consultazioni con genere concordante o con genere discordante, la odds ratio per conflitto da genere del paziente era 1.236, 95% IC 0.5762–2.682. Per i medici donne, la odds ratio per conflitto da genere del paziente era 1.864, 95% IC 0.7971–4.606 (vedi Tavola 3).

Discussione

Prevalenza dei tipi di conflitto
L'analisi ha permesso di identificare sia la frequenza sia il tipo di situazioni conflittuali negli incontri di pratica generale e i diversi problemi intorno ai quali si svolge il conflitto. Conflitti aperti tra medici e pazienti sono sorprendentemente prevalenti; nello studio in questione, di circa 300 incontri, sono stati trovati nel 40% degli incontri. E'stato trovato che gli argomenti tra medici e pazienti vertevano più spesso intorno a problemi medici, mentre il paziente e il medico hanno difficoltà a raggiungere un accordo su diagnosi, accertamenti, riferimento o trattamento per malattie attuali. Problemi generali di salute quali necessità di modifica dello stile di vita o test di screening sono frequenti fonti di disaccordo tra medici e pazienti. Gli argomenti sono spesso relativi a problemi burocratici, rilascio di certificati di malattia. Il disaccordo non necessariamente è un fatto negativo nelle consultazioni di medicina generale, poiché fa parte di un processo in cui medici e pazienti sono entrambi coinvolti nel bisogno di raggiungere un piano cooperativo di azione o un approccio condiviso nella gestione. La questione è se i medici sono capaci di mantenere empatia con i loro pazienti nonostante le differenze di opinione e se essi usino il disaccordo per danneggiare la partnership terapeutica. In entrambi i modi, una nuova risorsa di conflitto è sopraggiunta con l'avvento della cura razionalizzata, dove il sistema sanitario cerca di rappresentare il bene comune in termini di distribuzione delle risorse limitate. Al MMG viene richiesto di bilanciare questo interesse pubblico con l'interesse individuale del paziente. Nello studio attuale, uno di cinque conflitti era relativo alle risorse razionate. Questo significa che in media, i medici si confrontano con un conflitto specificamente correlato alla allocazione delle risorse o alla razionalizzazione della cura almeno una volta al giorno. In questi casi, la negoziazione non è solo per il beneficio del paziente, ma per il beneficio di altri, come stabilito dalle regole di razionalizzazione.

Come differisce nelle situazioni conflittuali la struttura dell'incontro
Tradizionalmente, l'incontro medico è stato analizzato come comprensivo di cinque specifici segmenti: aperture e setting di agenda, raccolta dell'anamnesi (raccolta dei dati), esame fisico, counselling e chiusura. In questo studio, si è trovato che mentre la raccolta della storia e il counselling erano i segmenti più ampi, come accade comunemente, negli incontri conflittuali, il counselling è stato trovato essere la parte più ampia della visita. In maniera simile, si è anche trovato che le dimensioni dei segmenti di apertura e di chiusura degli incontri erano significativamente più brevi negli incontri conflittuali. Questo può indicare che quando un incontro include un conflitto, il problema del conflitto domina l'incontro in termini di contenuto e di tempo e spesso emerge immediatamente. Un'interpretazione alternativa è che durante questi tipi di incontro, il paziente viene con la sua agenda e con precisi obiettivi. Pertanto, la durata del setting agenda e le parti relative alla storia dell'incontro sono più brevi del solito. Di contro, le parti relative al counselling o alla negoziazione erano relativamente più lunghe, e il sommario di chiusura era poi comprensibilmente più breve. Pertanto, tali situazioni conflittuali possono essere state predeterminate e rappresentano casi in cui i pazienti seguono la loro agenda e i medici rispondono loro negativamente. Un'altra interpretazione alternativa è che i medici reagiscono ai conflitti su problemi di razionalizzazione cercando modalità di counselling e, quindi, questo consuma una parte relativamente più ampia dell'incontro.

Differenti espressioni di empatia da parte dei medici
Interessante il fatto che i medici si sono differenziati nella maniera in cui hanno espresso empatia nei vari tipi di incontri. Durante i conflitti su problemi di razionalizzazione, i medici hanno mostrato meno empatia per i loro pazienti che in altri incontri conflittuali. E' servito a comprendere questi inusuali risultati
riflettere sui focus group, nei quali i medici hanno descritto il loro disagio nel ruolo di gatekeeper. Nelle interviste videoregistrate in questa parte dello studio, gli autori hanno visto le speciali difficoltà dei medici rispetto ai conflitti.
Questo solleva la questione esplicita: se i medici mostrano meno empatia in situazioni conflittuali relative a razionalizzazione, questo non potrebbe essere possibilmente correlato alla loro ambivalenza nei confronti di questo ruolo? La letteratura relativa a quest'area è molto scarsa, in particolare gli effetti delle condizioni socio-culturali e della tecnologia medica sul comportamento sociale e sui valori e circa il ruolo di gatekeeper dovrebbero essere esplorati ulteriormente.

Tipi di coping dei medici rispetto ai conflitti
Questo studio ha identificato e documentato la relativa frequenza di alcune strategie di coping che i medici usano quando sono forzati a servire da quello che la letteratura ha descritto come un “doppio agente”. Il ruolo di doppio agente in questo contesto rappresenta una posizione difficile del medico sospeso tra l’impiegato/assicuratore e il paziente ed esposto a costrizioni finanziarie dall’uno e a bisogni clinici dall’altro, e pertanto ben descritto dalla definizione di doppio agente. Una considerevole letteratura è cresciuta circa il conflitto di interesse con cui i medici correntemente si confrontano, tesa ad esplorare sia le prospettive dei medici che quelle dei pazienti. In questo studio, è stata studiata la tipologia di risposta di coping rispetto a conflitti circa la razionalizzazione: il modo più comune era per il medico accettare i dettati del sistema pubblico e proteggere se stesso dal porsi tra il paziente e il sistema. La prevalenza relativamente più alta della strategia di coping ‘passivo’ suggerisce che i medici lo hanno ritenuto la minaccia minore nel doversi confrontare sia con il paziente che con il sistema.

Limitazioni ammesse dagli autori
1)L’esempio di questo studio è stato preso dal settore di medicina pubblica di Israele e può o non può essere generalizzabile ad altri sistemi sanitari occidentali con copertura assicurativa universale.
2)Poichè non sono state raccolte informazioni precise, non è possibile paragonare le caratteristiche dei pazienti che hanno rifiutato di partecipare con i partecipanti.
3)Gli insights derivanti da questo studio sono limitati alle prospettive dei medici poiché i gruppi di pazienti non sono stati studiati. Sebbene i focus group abbiano fornito insights circa la complessità della situazione, essi hanno illuminato fattori relativi ai medici e fattori relativi al sistema di cura.
4)L’ampia definizione di conflitto usata in questo studio ha introdotto una grande sensibilità nella ricerca ed ha dato come risultato una prevalenza di incontri conflittuali più ampia di quanto ci si sarebbe potuto aspettare.
5)Non sono stati raccolti ampi dati sui pazienti coinvolti nello studio (quali etnia, informazioni socioeconomiche, condizioni mediche etc.) che avrebbero potuto essere analizzati in termini di incontri conflittuali versus incontri non-conflittuali e in relazione alle variabili dei medici. Sono chiaramente necessari ulteriori studi se si vuole progredire nella comprensione dei problemi di conflitto medico-paziente, in particolare se si vogliono incorporare i fattori relativi-ai-pazienti.

Conclusioni degli autori
Gli autori concludono sostenendo la necessità di ulteriori esplorazioni dei problemi inerenti i conflitti e di interventi che assistano i medici nella gestione dei conflitti attraverso modalità efficaci, tese a migliorare la cura dei pazienti.

Referenze

1. Weingartena MA et al. An anatomy of conflicts in primary care encounters: a multi-method study. Family Practice 2010,27,93-100
2. http://www.pillole.org/public/aspnuke/articles.asp?id=87&page=4
3. http://www.pillole.org/decalogomedico.htm

Commento di Patrizia Iaccarino

Il lavoro ci è sembrato interessante, perché illumina una realtà che, purtroppo, sembra destinata ad accrescersi, con conseguenze negative sulla relazione medico-paziente e, quindi, sulla qualità della cura. Le conclusioni degli autori ci sono apparse, però, parziali e non completamente condivisibili.
Spesso assistiamo, di fronte alla emergenza di nuove problematiche, alla conclusione che il problema possa risolversi esclusivamente agendo sul medico e non sul più complesso sistema che contribuisce al determinismo del problema stesso. In questo caso, quello dei conflitti medico-paziente, infatti, gli attori sono tre: il medico, il paziente e il sistema. Il sistema, pur basandosi su di un principio valido e condivisibile, quale quello della razionalizzazione delle risorse, finisce, delegando totalmente al medico di medicina generale il ruolo di “gatekeeper”, per farlo apparire agli occhi del paziente come il responsabile unico della “negazione” derivante dalla razionalizzazione e svilendo, così, il suo ruolo principale. Il paziente, spinto da un lato da una informazione che tende a seminare ansia rispetto alle malattie e ad ingigantire le possibilità della medicina, dall’altro dalla medicina “specialistica”, incentrata sulla malattia e spesso dimentica non solo della razionalizzazione delle risorse ma anche della pratica basata sulle evidenze, cerca di manipolare il medico per ottenere quanto egli stesso ritiene per lui utile (esasperazione negativa dell’empowerment). Il risultato finale nel quotidiano è che il medico cerca di barcamenarsi alla men peggio nei conflitti che ovviamente ne derivano, giustamente svilito nell’interpretare un ruolo imposto e neppure condiviso. Pensare di risolvere tutto, ancora una volta, con un training dei medici ci sembra non solo riduttivo del problema, ben più complesso, quanto anche di facile risoluzione per tutto il sistema che, delegando la responsabilità, aggredisce il medico di medicina generale fino a portarlo al burn-out. Sarebbe, invece, auspicabile un’analisi più sofisticata e realistica della problematica ed un intervento più adeguato che agisca sul determinismo dei problemi, attraverso una coscienziosa divisione delle responsabilità e, quindi, delle successive possibili risoluzioni.