



Società Italiana di Psicologia della Salute

X Congresso Nazionale di Psicologia della Salute – Orvieto 2013

MISURA DEL GRADO DI ACCORDO TRA MEDICO E PAZIENTE NELLA CONSULTAZIONE MEDICA



Dott. Massimiliano Stocchi
Psicologo, specialista in Psicologia della Salute
Presidente Associazione IGEA C.P.S. di Pescara

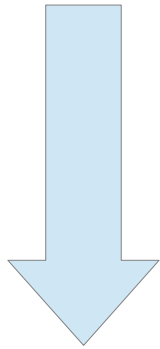


Dott. Stefano Pagliaro
Ricercatore di Psicologia Sociale Seconda Università di Napoli

X Congresso Nazionale di Psicologia della Salute – Orvieto 2013

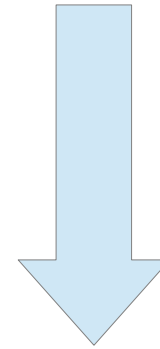
Modelli relazionali Medico - Paziente

Modello Biomedico



Disease-centred

Modello
Biopsicosociale



Patient-centred

Nella consultazione medica basata sul paziente particolare attenzione è posta sulla comunicazione tra i due agenti:

“La comunicazione ...costituisce l’elemento su cui si fonda una relazione in cui la “cronaca” della patologia possa tener conto del vissuto soggettivo, delle emozioni e delle difese psichiche... Le capacità relazionali e comunicative della coppia medico-paziente costituiscono una premessa ineliminabile all’esercizio dell’atto medico nell’interezza della dimensione professionale ed etica, e non una semplice appendice ad esso.” (Gadamer, 1994)

Negli ultimi trent'anni numerose ricerche hanno riguardato il modo in cui la comunicazione ha inciso sull'*aderenza* ai trattamenti, sulla *soddisfazione* dei pazienti a seguito delle visite mediche, sugli *stili comunicativi e relazionali* del medico:

- es. Langewitz et al.(2002) riscontrano che il medico interrompe il proprio paziente mentre riporta i propri sintomi **22 secondi** dall'inizio del racconto e che viene riportato solo il **75% dei sintomi** che il paziente accusa.

Obiettivi della ricerca

- Misurare la percezione della causa psicologica alla base del disturbo oggetto di consultazione medica
- Valutare il grado di accordo tra medico e paziente nell'attribuire causa psicologica al disturbo

Campione

Regioni coinvolte: Abruzzo, Puglia e Lazio

Pazienti = 426 (172 M, 254 F, età media 58.43 anni)

Medici = 13 medici di Medicina Generale

N = 279 valutazioni congiunte Medico – Paziente completate correttamente

Strumenti – Questionario paziente

Anonimo, composto oltre che da una parte socio-demografica, da 6 domande:

- 1) *Per quale disturbo si sta rivolgendo al medico?*
- 2) *Da quanto tempo soffre di questo disturbo?*
- 3) *Che tipo di cura ha seguito per questo disturbo?*
- 4) *Quale potrebbe essere la cura giusta per il suo disturbo?*
- 5) *Quanto secondo lei il suo disturbo ha una causa psicosomatica/psicosociale?*
- 6) *Quanto secondo lei il suo medico percepisce la causa psicosomatica/psicosociale del suo disturbo?*

Per le prime 4 domande le risposte erano aperte, le domande N°5 e 6 prevedevano una risposta su scala likert da 0=*per niente* a 10=*moltissimo*

Strumenti – Questionario Medico

- 1) *Per quale disturbo il paziente si è rivolto?*
- 2) *Quanto secondo lei incide la componente psicosomatica/psicosociale nel disturbo del suo paziente?*
- 3) *Quanto secondo lei il paziente è consapevole della causa psicosomatica/psicosociale del suo disturbo?*
- 4) *Che tipo di prescrizione/consiglio ha effettuato?*

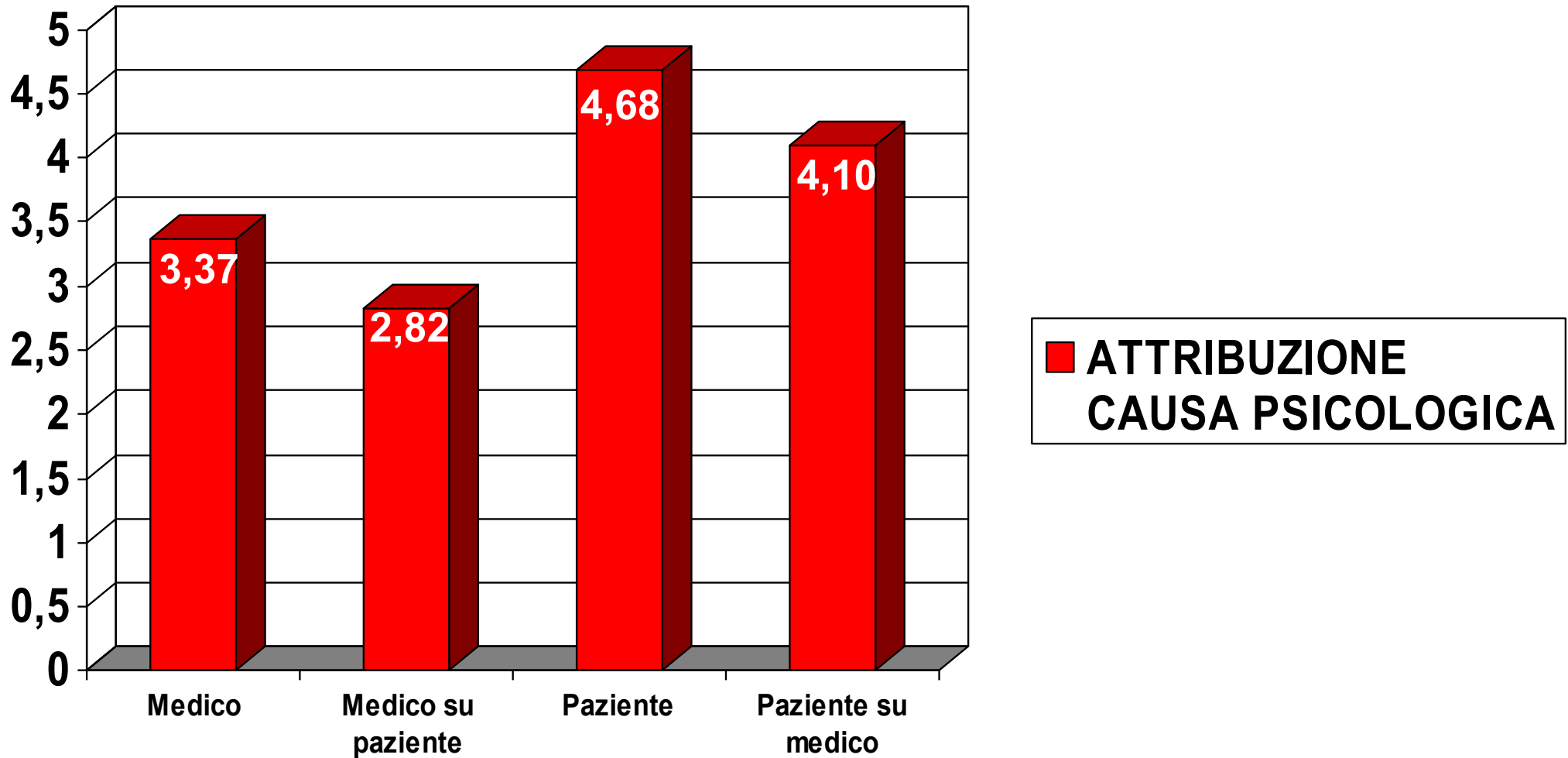
- Per la prima e quarta domanda le risposte erano aperte, mentre le domande N°2 e 3 prevedevano una risposta su scala likert da 0=*per niente* a 10=*moltissimo*

Procedura

Nell'ambulatorio medico, prima della consultazione, al paziente veniva somministrato il suo questionario e gli veniva rilasciato un codice da consegnare al medico. Questo, dopo la visita, compilava il suo questionario apponendo il codice relativo al paziente.

A fine sessione lo sperimentatore accoppiava i due questionari.

Risultati



ANOVA per misure ripetute:

$F(3,276) = 19.39, p < .001, \eta^2 = .17$

Tutti i post-hoc significativi almeno a $p < .01$

Correlazioni

	Paziente	Paziente su medico	Medico	Medico su paziente
Paziente	1.00	--	--	--
Paziente su medico	.77***	1.00	--	--
Medico	.26***	.20***	1.00	--
Medico su paziente	.29***	.21***	.68***	1.00

***p < .001

Discussione

- Il livello di percezione della natura psicologica del disturbo è più alto nel **paziente** (4,68) che nel **medico** (3,37).
- Lo stesso vale per l'attribuzione del paziente sul medico (4,10) rispetto a quella del medico sul paziente, che appare particolarmente bassa (2,82).
- Sia medico che paziente attribuiscono all'altro una minore percezione di causa psicologica rispetto a se stessi.

Questi dati vengono confermati dalle successive correlazioni che mostrano alti valori relativi ai punteggi intraindividuali, mentre laddove incrociamo le due percezioni le correlazioni scendono a valori decisamente più bassi. Questo a dimostrare uno scarso grado di accordo tra le due parti.

Conclusioni

- Lo scarto tra attribuzione di causa psicologica alla base del disturbo (paziente > medico) e tra attribuzione propria e altrui (propria > altrui) denota una reciproca e consapevole distanza di giudizio.
- Elementi utili ad una adeguata formazione dei medici di base, volta ad un migliore riconoscimento delle percezioni e attribuzioni proprie e dei propri assistiti.
- Future indagini sulle motivazioni alla base delle attribuzioni e sulla relazione con le prescrizioni effettuate dal medico e l'aderenza al trattamento da parte del paziente (mediante follow-up).