

# Conflitto e negoziazione

Fabrizio Valcanover

## BOX

*Parlare di conflitto e negoziazione in medicina generale vuole dire averne preliminarmente riconosciuto la "centralità relazionale"; questo non significa che il medico di medicina generale sia "un po' psicologo", né che le malattie sono principalmente psicosomatiche, ma semplicemente che nel nostro lavoro viene esperita (nella pratica, con l'azione) tutta la complessità e la ricchezza anche biologica dell'incontro tra due persone.*

## /BOX

La centralità relazionale appare evidente in medicina generale se si riflette sul fatto che la consultazione è solo la fotografia di una relazione più articolata tra il medico, i consulenti, il paziente, i suoi familiari e il contesto socioculturale in cui entrambi sono inseriti e che, inoltre, tutto questo si sviluppa in una dimensione temporale.

Altra necessità preliminare è quella che sia riconosciuta l'esistenza di questi due aspetti che pervadono le relazioni tra gli esseri umani :

- l'esistenza di una diversità biologica che per co-evolvere deve passare attraverso conflitti e tentativi di risoluzione;
- la negoziazione come strumento e/o modalità di relazione nella ricerca di esiti creativi (ed adattativi) ai conflitti.

## 1. Il conflitto

### 2.1 Conflitto come situazione patologica

Innanzitutto il conflitto può essere considerato come uno **stato patologico** e quindi può essere analizzato per trovarne cause e cure; diventa rilevante trovare sistemi di prevenzione che impediscano il sorgere del conflitto.

In questa accezione la contrapposizione è di tipo antagonistico, caratterizzata da forte tensione e coinvolgimento emotivo; spesso, sfocia in una guerra.

Molta letteratura italiana sul contrasto in medicina generale tra medico e paziente sembra riferirsi a questo modo di intendere il conflitto: i contrasti sono spesso attribuiti all'influenza del consumismo sulle richieste del paziente che si scontrano con la pratica razionale e fondata scientificamente del medico di medicina generale: l'immagine di controllore di risorse o di protesi burocratica del SSN aggravano ulteriormente la tensione.

Da un altro punto di vista, la presenza del conflitto viene considerata come un segnalatore del fallimento della relazione medico paziente: in questo caso vengono quasi sempre incolpate le scarse abilità di comunicazione del medico di famiglia.

Un altro ambito in cui è prevalente questa accezione è quello dei conflitti di interesse in medicina che riguardano le modalità e le fonti di finanziamento di medici, operatori ed amministratori in ambito sanitario. (Un'ampia trattazione di questi aspetti si trova nella rivista Arco di Giano N 23 Primavera 2000)

### 2.2 Conflitto come aspetto costitutivo delle relazioni

Un altro modo è quello di considerarlo come **un aspetto sempre presente nelle relazioni sociali** e studiarne i comportamenti ad esso associato e il modo di gestirlo. In questo caso l'approccio si articola: si possono analizzare gli attori nella loro complessità (aspetti razionali, irrazionali, consci ed inconsci, motivazioni...); oppure si può concentrarsi sui comportamenti più razionali consapevoli ed astuti (Schelling 1963).

In questa seconda accezione il conflitto può diventare anche un motore del cambiamento e quindi assumere una connotazione generativa (Morelli 1998). L'etimo latino *cum-fligere* (soffrire assieme, mirare all'incontro), allude ad un incontro che, attraverso lo scambio, ricerca l'armonia, la soluzione condivisa.

Questa accezione valorizza particolarmente le legittime richieste dei pazienti nella nostra società contemporanea di essere adeguatamente informati e di poter scegliere in prima persona il più possibile i propri percorsi di salute.

In conclusione è chiaro che esistono diverse definizioni di conflitto che influenzano le strategie di approccio ma anche gli obiettivi e le metodologie di ricerca su di esso.

Se il conflitto è qualcosa di patologico, di potenzialmente distruttivo, come un accidente esterno che irrompe improvvisamente nel nostro lavoro e nella nostra professione e' un nemico da combattere; in caso diverso e' qualcosa di sempre presente con diverse gradazioni che deve essere gestito e che può portare a innovazione e creazione.

Strettamente legato al conflitto come aspetto costitutivo delle relazioni tra le persone è il concetto di negoziazione.

## 2. La negoziazione

Negoziare richiama alla mente quella pratica tipica dei mercanti che ingaggiano con i loro clienti una disputa sul costo della merce. In effetti una radice etimologica è derivata dal latino *negtiatio-onis*, trattativa di affare, commercio. Un'altra radice etimologica, però, sempre dal latino è dalla parola composta *nec otium* non ozio, laddove per i latini

l'ozio non era solamente l'attività sedentaria bensì l'attività privata, personale, familiare che si contrapponeva all'impegno pubblico, politico, nella *agorà*. Quest'ultima radice etimologica è quella a cui si fa principalmente riferimento in questo capitolo, anche se la resa incondizionata di molti medici di fronte alle richieste consumistiche dei pazienti sembra più riferirsi alla prima. La negoziazione può essere vista sotto diverse prospettive (Tabella 1)

### Tabella 1. – La negoziazione

"Quando due persone interagiscono la negoziazione è già in atto" dice Bothelo, uno degli autori anglosassoni che più si è interessato di negoziazione e che ha proposto un modello didattico di apprendimento per gli studenti e i medici di medicina generale in formazione. Questo è un modello molto articolato che combina in modo originale vari livelli di relazione (autoritarismo paternalismo egualitarismo autonomia), con l'orientamento al medico e orientamento al paziente, il tutto inserito in un ambiente di fondo di tipo negoziale.

Se quindi la negoziazione è una realtà nella relazione medico paziente, diventa indispensabile dedicare ad essa una particolare attenzione perché è un aspetto che influenza in modo significativo la diagnosi, la prognosi, la scelta terapeutica e la complicance.

"... nei dialoghi clinici tra il paziente ed il medico [...] il lavoro intellettuale volto alla diagnosi ed alla prognosi si intreccia con altri obiettivi che non gli sono minimamente subordinati. Questi obiettivi e significati [...] aiutano a determinare quello che il medico ed il paziente si dicono l'un l'altro e pertanto contribuiscono a determinare la diagnosi ed il trattamento." (Evans 1992)

L'atto del negoziare, in medicina generale, si colloca quindi all'interno di un sistema di relazioni complesso e in divenire; è caratterizzato da un agire che comunque venga inteso si pone l'obiettivo di governare una disomogeneità di punti di vista, ma soprattutto di valori e concezione della salute, per giungere possibilmente ad un'intesa.

## 3. Conflitto, negoziazione e teorie in uso

### BOX

*"Caro dottor Vargas,  
ho la bronchite e per esperienza so che se prendo subito degli antibiotici riesco a superarla in tempi brevi, altrimenti mi dura per settimane. Ho preso già due pastiglie di Bronchiten 600 che mi erano rimaste da una precedente bronchite. Avrei bisogno di una ricetta per comprarne una scatola nuova. Se ritiene che per farmi una ricetta devo preventivamente venire a fare una visita, la prego di farmi un colpo di telefono al cellulare (0123 436789)  
Grazie e distinti saluti  
Tempocaliente, 25 gennaio 2001  
Firmato: Monica Salas"*

*La signora Salas, energica andalusa di 65 anni dotata di cellulare ed informatizzata – il bigliettino era scritto con computer - gentile, educata e discreta poco abituale frequentatrice dello studio del dott. Vargas, paziente da diversi anni propone al medico con decisione il suo punto di vista su diagnosi, prognosi terapia ed anche sul tipo di relazione.  
Che fare? Convocare la paziente telefonandole sul cellulare e facendole una predica sul rapporto medico-paziente? Prescrivere e rapidamente liquidare il problema? Convocarla, visitarla e darle, se è il caso, un altro farmaco o solo sintomatici spiegandole che l'antibiotico è proprio inadatto e che le sue sono mitologie popolari?*

### /BOX

Questo bigliettino esemplifica aspetti di conflitto e di strategie negoziali che spesso si presentano nella pratica del medico di medicina generale. E' evidente come la strategia scelta influenza decisamente l'approccio clinico, ma anche crea un precedente di relazione, pone problemi di ruolo professionale. Nella pratica quotidiana spesso ciascuno ha a che fare con problemi di questo tipo e ciascuno elabora, a volte in modo inconsapevole, strategie di risoluzione più o meno ortodosse partendo dal proprio modo di interpretare il ruolo professionale.

Detto altrimenti ogni medico esperto nel corso della propria attività professionale ha elaborato, partendo dalla pratica, **teorie personali** su come risolvere i conflitti e su come modulare pratiche di negoziazione con i propri pazienti, e queste possiamo chiamarle **teorie in uso** su conflitto e negoziazione che vengono costantemente applicate nella pratica professionale con esiti a volte efficaci e a volte inefficaci.

Di solito non esiste consapevolezza di questo anche perché, per formazione scientifica e culturale il medico è chiamato a rispondere in modo consapevole e razionale quasi esclusivamente sulla correttezza della propria pratica

clinica, mentre altri aspetti che comunque pesantemente influenzano questa pratica sono lasciate alla discrezione personale, al massimo entrando nel campo della lamentela sulla degenerazione del paziente moderno, dell'influenza dei media o, per gli aspetti più eclatanti, dell'etica clinica.

A dir il vero negli ultimi anni si è accresciuta la richiesta da parte dei medici e in particolare da quelli di medicina generale di acquisire competenze nel campo della relazione, aspetto tuttora ignorato nell'ambito degli insegnamenti universitari. Questa domanda ha attivato principalmente psicologi clinici e psichiatri soprattutto dell'ambito universitario che hanno proposto percorsi formativi diversificati con una prevalenza per i modelli ad orientamento comportamentista sistemico (counselling) anche perché si avvalgono di tecniche che più sono contigue alla formazione "oggettivante" tipica del medico contemporaneo.

Resta la perplessità se l'ambito psicologico e psichiatrico sia quello che ha più strumenti formativi per la crescita nel medico di medicina generale di abilità relazionali, sia in considerazione della complessità e turbolenza della medicina generale, sia per il forte legame con il contesto di questa pratica medica, che si può avvalere anche di competenze provenienti da altri ambiti come, ad esempio quello sociologico, antropologico ed anche organizzativo. Questo contributo sono rilevanti alla luce del fatto che, in medicina generale il rapporto non è quasi mai con il solo paziente e che la relazione si sviluppa nel tempo in un contesto culturale variegato.

## 4. Il paziente "pieno"

### 4.1 Il paziente e i suoi consulenti

Il processo complessivo della ricerca di aiuto coinvolge tutta una rete di possibili consulenti, dagli angusti e informali confini della famiglia nucleare attraverso persone più scelte, lontane ed influenti, fino al professionista. Questa rete di consulenti, che fa parte della comunità locale e concretizza la ricerca di aiuto, potrebbe chiamarsi *struttura di riferimento profano*. Se si considerano anche le nozioni culturali coinvolte nel processo potremmo definirla come *sistema di riferimento profano* (Freidson, 1960).

Per impostazione metodologica, e per comodità, l'interazione diadica medico-paziente è considerata come l'oggetto privilegiato di indagine in tema di relazione. È bene ricordare che se ciò è utile e a volte indispensabile per parlare di tecniche e stili di relazione e per addestrarsi ad essi, in realtà nella pratica della medicina generale il rapporto non è mai a due ma sono spesso coinvolte diverse altre persone che ben lungi dal costituire un semplice rumore di fondo interferiscono a volte in maniera significativa nelle procedure diagnostiche e terapeutiche della visita medica. Il **contesto culturale** (ma anche quello geografico, economico e politico) in cui si esercita la professione è quindi un aspetto rilevante nella relazione medico paziente e rende comprensibile l'esistenza di conflitti e di procedure negoziali come costituenti rilevanti negli atti clinici del medico di medicina generale.

### 4.2 Il paziente controlla in parte il medico

Nelle premesse a "Il medico generico nella medicina di base", Piperno riporta molti studi di un filone di letteratura americana in campo psichiatrico degli anni 70 e rileva come "*l'utenza ha il potere di spiegare varie forme di controllo volte ad influenzare il tipo, la quantità e la qualità delle cure mediche.*" (Tabella 2)

**Tabella 2. - Modalità di controllo del paziente**  
(Piperno 1980, modificata)

Il paziente è quindi una persona che ha una propria percezione della malattia, che, a modo suo, formula delle ipotesi, delle diagnosi e delle terapie o piani di intervento confrontandosi con persone a lui vicine ed inserite in una qualche forma di tessuto sociale, che, inoltre, più o meno consapevolmente da significati al suo star male guidato dal contesto culturale in cui vive. È un paziente "pieno", che imposta il suo percorso di aiuto (molto frequentemente, anche se non sempre) e che viene dal medico in visita.

È comune riscontro nella letteratura medica internazionale la percezione del cambiamento del paziente che, assieme al mutamento scientifico e culturale dei paesi industrializzati, comporta problemi e innesca conflitti, interferendo sicuramente nei meccanismi decisionali dei medici e soprattutto dei medici che lavorano in ambito territoriale.

### 4.3 Il paziente, valori e potere

Negli ultimi vent'anni, circa, c'è stata una lotta sul ruolo del paziente nel campo delle decisioni mediche che si è caratterizzato come conflitto tra autonomia e salute, fra valori del paziente e valori del medico. Cercando di ridurre il potere del medico molti hanno sostenuto la necessità di un controllo più rilevante del paziente. (Emanuel EJ, 1992).

Il paziente non usa solo la razionalità: la razionalità assoluta non esiste pena identificare l'uomo con la macchina; piuttosto esiste una razionalità limitata, concetto che proviene dalle discipline economiche ed organizzative. Esiste anche l'irrazionale, ma il nostro corpo è dotato anche di organi di senso, di apparati percettivi collegati alla corteccia cerebrale che generano sensazioni soggettive ed emozioni, aspetti biologici indispensabili nello sviluppo della specie

umana, per alcuni, in un ottica evolucionistica, anche generatori, assieme alle mutazioni somatiche, della coscienza e della nostra capacità logico deduttiva (Edelman Tononi 2000).

I valori, come la motivazione, appartengono a questa sfera dell'essere umano e costituiscono precondizioni forti nelle scelte che riguardano il modo di intendere salute e malattia e il loro atteggiamento verso esse.

Probabilmente questo aspetto è sempre esistito nella relazione medico paziente/i, ma mutamenti culturali ed economici hanno reso indispensabile accettarne l'esistenza e l'importanza.

Il paziente, quindi, è portatore di un complesso di punti di vista soggettivi, emotivi culturali e razionali che a volte reclamano controllo e gestione in prima persona e comunque sempre hanno diritto a riconoscimento e rispetto.

Non stupisce che anche il rapporto di potere abbia la sua rilevanza tanto che il diritto sia più contiguo alla medicina rispetto agli anni passati.

## 5. Conflitto, negoziazione, contesto e clinica

### BOX

*“Ma perché deve morire una persona sana!”* così affranto interloquiva un signore mentre il medico si cimentava in una scientifica predizione sulla durata in vita di sua madre (98 anni), che da un mese rifiutava il cibo, a tratti i liquidi, e che da alcuni giorni era in stato soporoso, rantolante, ossuta, lamentosa, sempre indomita.

La prognosi esatta (a prima vista semplice, visto che la paziente era fibrillante, febbrile e dispnoica e non urinava da 12 ore) in queste situazioni si avvicina spesso ad una specie di arte divinatoria e, anche se mancano studi rigorosi in materia, probabilmente le previsioni di uno sciamano tradizionale che interroga le stelle e di un medico che utilizza un sofisticato algoritmo finirebbero per assomigliarsi nell'accuratezza del responso.

Maria Rocca, inoltre, sembrava lo facesse apposta. Donna dura del sud, con tre maschi e cinque femmine, tutti viventi molti con figli, resisteva alla agonia finale tenacemente, smentendo puntualmente le previsioni di illustri colleghi che transitavano al suo capezzale negli ultimi giorni.

### /BOX

Ma **il contesto** è rilevante per capire azioni, decisioni ed emozioni: negli ultimi quindici giorni i fratelli e le sorelle, sempre presenti assieme o a rotazione, hanno un forte **conflitto** sulle strategie terapeutiche da impostare, aggressive per i primi, di conforto per le seconde. Il medico in mezzo, costretto a destreggiarsi tra palliazione e antibiotici, tra presenza ed agocannule. Un sottile rancore tra i figli emerge a tratti, ricordo di una preferenza per i maschi durata tutta una vita.

Ogni visita, allora, non è solo un'attenta scelta terapeutica, una buona parola, una presenza, ma anche una faticosa **negoziazione** con i parenti, in mezzo ai parenti, a fianco della ignara morente.

In pratica non è così facile sposare la causa della palliazione, del non intervento, del rifiuto dell'accanimento innanzitutto perché questo vuol dire spostare equilibri, aumentare la tensione in una situazione già di per se difficile ed angosciante.

Il medico si trova quindi nella necessità di graduare sapientemente le sue conoscenze, utilizzare specialisti, farmaci e parole il tutto quali strumenti di una complessa strategia negoziale, non pianificabile compiutamente e di partecipare, con discrezione, all'evoluzione del conflitto in atto.

### BOX

*“Sa dottore, anche se è ovvio che tutti moriamo, si figuri poi all'età di mia madre, uno sempre pensa che non si è fatto abbastanza, che si poteva fare di più – ma non mi riferisco a lei, anzi grazie, molte grazie-.... Forse bisogna rassegnarsi ....”*. Così si accomiatava dal medico lo stesso paziente, poco dopo il decesso, affranto e sollevato contemporaneamente dalla fine dell'agonia.

E in verità negli ultimi giorni il dolore e la stanchezza hanno unito tutti. Non più specialisti, non più fleboclisi; un po' di acqua con la siringa, metil-bromuro di Joscina per il rantolo, tachipirina per il dolore e, sì, anche un qualche antibiotico per os, per la febbre e la tosse assieme, inutile dal punto di vista terapeutico, ma suggello in qualità di artefatto organizzativo terapeutico, di un accordo ritrovato tra i figli, sancito dalla partecipazione all'agonia della madre.

### /BOX

Questa storia della medicina generale aiuta a comprendere come nella pratica aspetti di contesto, di clinica, conflitto e negoziazione siano contemporaneamente presenti e si influenzino tra di loro. Un medico di medicina generale di esperienza, a prescindere dalle sue conoscenze psicologiche lavora spesso su registri diversi, ciascuno dei quali può essere il più importante a seconda del momento e della situazione. La competenza clinica corretta, guidata dalla EBM, anche se indispensabile non è sufficiente da sola a rispondere alla domanda di aiuto del paziente e del suo nucleo. Un irrigidimento sul solo aspetto clinico potrebbe portare all'abbandono della situazione (venendo meno ad un dovere professionale); di contro, una scarsa abilità negoziale potrebbe avere diverse conseguenze, come lo stimolare l'ottica del consumo proposta dai mass-media, o lo scaricare la responsabilità delle decisioni ad un paziente che chiede di poter delegare, o accentuare l'angoscia e l'ansia spesso presenti in queste situazioni.

## 6. Abilità negoziali e competenze relazionali

Si può ragionevolmente considerare che il conflitto nella relazione tra il medico di medicina generale ed i suoi pazienti è quasi sempre presente, anche se a volte in forme blande e poco perturbanti.

Vista questa costante presenza laddove i conflitti non possono essere evitati o eliminati preventivamente è opportuno trovare strategie praticabili per attenuarli, risolverli o, meglio ancora, utilizzarli nella loro potenziale qualità generatrice.

Anche in quelle situazioni in cui la frattura sembra insanabile si può sempre negoziare la rottura cercando di limitare i danni per se stessi e per il paziente.

Se la letteratura medica italiana negli ultimi anni si è soffermata soprattutto sui conflitti di interesse (economico) o sulle situazioni eclatanti di contrasto e di frattura che appaiono legati ad aspetti burocratici o più prettamente di consumo sanitario, non bisogna dimenticare che l'emergere nei paesi industrializzati di una richiesta di maggior potere e controllo da parte dei pazienti ha moltiplicato quelle situazioni microconflittuali pervasive che mettono in gioco anche l'assunzione di responsabilità ed hanno fatto entrare prepotentemente in ambito sanitario il diritto e l'etica.

### 6.1 Modelli di relazione

I quattro modelli di relazione proposti dai coniugi Emanuel (Tabella 3) (medici americani che lavoravano in campo oncologico nel settore pubblico) propongono un percorso evolutivo nella relazione medico paziente per giungere alla proposta del **modello deliberativo**, che gli autori considerano il più appropriato nel contesto attuale della relazione medico paziente. E' interessante come l'aspetto valoriale viene incorporato nell'analisi della relazione che viene osservata dal punto di vista del medico e del paziente. Questo modello, che propone uno schema gerarchico storico evolutivo, è interessante sia perché il modello finale (quello deliberativo) incorpora aspetti dell'orientamento al paziente e si pone di fatto in un ottica negoziale, sia perché permette di vedere con occhio diverso il percorso italiano che pare solo ora essere approdato da un lato al modello informativo (che comunque lascia al paziente la responsabilità), e dall'altro ad un orientamento al paziente molto ideologico e connotato da interessi consumistici.

**Tabella 3. - Modelli di relazione medico-paziente**  
(Emanuel K.L. 1992)

Diverso e più articolato l'approccio di Bothelo, GP inglese, psichiatra, ora docente e particolarmente interessato alle problematiche negoziali. Per la sua attività didattica l'autore ha sviluppato un articolato **modello negoziale della consultazione** dove tutte le fasi sono connotate da momenti negoziali. La stessa relazione tra il medico e il paziente nel pensiero di Bothelo non si struttura su un unico modello ma è negoziata volta per volta e con ciascun paziente sia nei suoi aspetti di dipendenza autonomia, sia nei suoi aspetti di orientamento al medico o al paziente (Tabella 4).

**Tabella 4. - Il modello negoziale di Bothelo (1992)**

In quest'ottica *la negoziazione è pervasiva di tutta la consultazione* e coinvolge anche le fasi più strettamente cliniche di essa. E' interessante notare come Bothelo *non propone un unico stile di relazione* e neanche come obbligatoria la "centratura sul paziente"; tutte le fasi della consultazione passano attraverso conflitto e risoluzione del conflitto. L'abilità negoziale si acquisisce attraverso un training dove si utilizzano videoregistrazione ed analisi delle consultazioni. Questo modello considera *l'attività negoziale come una presenza costante nella consultazione, e non uno stile di relazione o una tecnica di colloquio* relegata esclusivamente agli aspetti psicologici.

Un accenno merita infine la proposta di Middleton (1989) che introduce il concetto di "ordine del giorno del medico" e "ordine del giorno del paziente" che devono essere approfondite e discusse per giungere ad una agenda comune attraverso un piano di negoziazione. Nell'agenda sia del medico che del paziente, l'autore inserisce non solo l'atteggiamento psicologico o lo stile di relazione da tenere, ma anche la valutazione dei problemi in atto, la diagnosi ed i piani terapeutici.

## 6.2 Tecniche di relazione e strategie negoziali

Il tema della negoziazione è presente in molte discipline da diversi decenni: psicologia (e psicoterapie), antropologia, sociologia, economia, scienze dell'organizzazione e scienze politiche si occupano da molto tempo del conflitto e dei sistemi con cui affrontarlo. In alcuni campi (politico sindacale, economico, organizzativo) la negoziazione ha avuto ampi studi ed approfondimenti.

In campo medico l'interesse è recente: la negoziazione è solitamente vissuta come un atteggiamento obbligatorio di fronte al crescere dei diritti reclamati dal paziente ma non sempre ritenuti legittimi dai medici.

Esemplificativa di questo atteggiamento è la polemica, in campo infermieristico, tra l'americana Susan Roberts della Northeastern University (Roberts ed al 1994), e l'anglosassone Philippa H. Trnobraskhi (Trnobraskhi ed al. 1994)

La Roberts partendo dal concetto di **empowerment** inteso come sviluppo delle potenzialità e del potere (e dell'autonomia) del paziente propone un "modello negoziale" basato sul coinvolgimento in tutte le fasi della consultazione al fine di giungere ad una decisione condivisa; a questo contrappone un "modello paternalistico" basato sul non coinvolgimento e sulla direttività del sanitario. E' bene sottolineare che in ambedue i modelli non è messa in discussione l'empatia e l'umanità del sanitario. L'autrice riporta i risultati di una ricerca in cui si confrontano i due stili e dove quello negoziale pare dare migliori risultati dal punto di vista della compliance e della soddisfazione del paziente.

La Trnobraskhi critica il modello negoziale ritenendolo *orientato al consumismo* nel senso che *sovrastima la capacità del paziente di discriminare in ambito sanitario*: dandogli ampi margini di scelta lo spinge a dialogare direttamente con il mercato e a farsi imbrogliare da fornitori orientati al profitto. Solo chi detiene la conoscenza disciplinare, medico o infermiere, è in grado di proteggere il paziente dall'invasione del mercato.

Altro difetto del modello negoziale sarebbe quello di caricare di responsabilità il paziente e di mettere in discussione il fatto che il sanitario è l'unico che ha competenza su questioni tecnico-scientifiche: a supporto delle sue affermazioni riporta studi effettuati in reparti ospedalieri per acuti gravi, dai quali emerge che i pazienti gradiscono decisamente uno stile direttivo che, in fondo, alleggerisce l'ansia di assumersi responsabilità decisionali in situazioni già critiche per la tenuta psicologica del paziente.

Osserviamo che ambedue le autrici considerano la **negoziazione uno stile di relazione**. La differente posizione trova una spiegazione se collochiamo le ricerche nel contesto in cui sono state effettuate: negli Stati Uniti in ambito territoriale, la prima; in Inghilterra in un Ospedale per persone con patologie acute gravi, la seconda. Si può affermare che probabilmente entrambi gli atteggiamenti sono legittimi: gli esiti negoziali possono essere diversi in relazione al contesto e all'interazione di due o più storie individuali.

La scoperta in epoca recente in Italia dell'importanza della dimensione di relazione (spesso etichettata come competenza psicologica), ha fatto sorgere l'interrogativo di quali siano le competenze indispensabile in ambito di relazione per il medico di medicina generale.

In un panorama che si arricchisce sempre di più di proposte fatte ai medici di medicina generale ai quali sembra tutti vogliano insegnare la corretta relazione con il paziente, si possono segnalare alcune tecniche che sembrano di maggior successo:

- **I gruppi Balint** (ad orientamento psicoanalitico), storicamente i primi, orientati a fornire al medico capacità interpretative ed un atteggiamento di attenzione ai vissuti del paziente e alle reazioni emotive del medico. Questo orientamento non ha mai sfondato forse perché impegnava direttamente il medico in un processo di autoanalisi non praticabile da tutti-
- **Il counselling** ad orientamento sistemico (Bert ed al. 1999), di recente introduzione, basato sull'analisi della comunicazione verbale e non verbale e sugli scambi comunicativi, più praticabile perché simile alla visione pragmatica e scientifica della formazione universitaria e culturale dei medici.
- Tecniche di **colloqui clinici orientati al paziente**, ispirati alle metodologie di approccio pragmatiche e psicosociologiche degli anglosassoni, di recente introduzione in Italia (Moja ed al. 1999)
- **L'approccio Orientato al Problema** con attenzione alle problematiche comunicative, derivato da modelli canadesi (Scardovi A ed al 1997)
- **Un approccio multidisciplinare orientato al paziente** ideato da medici di medicina generale italiani con riferimenti alla scuola pragmatica anglosassone, alla tecnica della rievocazione del processo interpersonale (Interpersonal Proces Recall), al metodo dei gruppi Balint e sensibile all'approccio negoziale. (Parisi G ed alt. 1996, 1997)

Mentre i gruppi Balint lavorano in gruppo sul racconto fatto da ciascun medico dei problemi e delle risoluzioni nella consultazione, condotti da un esperto psicoanalista che guida e propone interpretazioni, gli altri utilizzano preferibilmente strumenti quali la registrazione dei colloqui e la videoregistrazione, con l'analisi anche linguistica delle interazioni e la proposta di linee guida e di atteggiamenti da tenere.

Ciascuna di queste tecniche (differenti nel porre l'attenzione sui vissuti interni o sugli scambi comunicativi) di fatto si propone come strumento di risoluzione (o evitamento) di conflitti, e si pone a fianco (spesso in subordine) all'approccio clinico che comunque viene considerato come gerarchicamente più importante.

In generale possiamo dire che queste tecniche di relazione provengono comunque dall'esterno della medicina generale e dall'ambito psichiatrico, psicologico e psicoterapeutico.



Ciò non toglie che indubbiamente possono costituire un utile ampliamento delle competenze e dell'abilità del medico di medicina generale, che, qualora voglia intraprendere questo percorso, è opportuno scelga con attenzione un indirizzo adatto alle proprie caratteristiche ed attitudini personali.

Rimane il fatto che i modelli degli Emanuel, di Bothelo e di Middleton, si pongono con uno sguardo diverso che presuppone una competenza pluridisciplinare o, meglio, con una pluralità di sguardi, che deborda dall'ambito classico della medicina attingendo ad aree non mediche e che si avvicinano di più alla pratica del territorio, laddove la supremazia della clinica sfuma e si contamina con le richieste forti del paziente, non sempre consumistiche, o di potere.

Le influenze di questi autori sono molto evidenti nell'approccio multidisciplinare proposto da Parisi e alt. (Parisi e al. 1996, 1997), che, introducendo per la prima volta in Italia anche modelli negoziali, ha il vantaggio di essere un percorso dall'interno della medicina generale e quindi con una maggior sensibilità al suo setting complesso e turbolento.

Entriamo quindi in un campo più incerto, dove i conflitti sono una presenza costante (strutturale, non un accidente o incidente di percorso), la relazione centrale e il contesto culturale ed ambientale rilevante.

## 7. Pratiche negoziali e strategie di risoluzione (evoluzione) del conflitto

Anche alla luce di quanto detto fino ad ora possiamo dire che nella pratica della medicina generale il medico si trova quasi sempre di fronte a conflitti di diversa entità, non sempre drammatici e con le caratteristiche di un contrasto o della guerra, ma legati ai vissuti diversi del paziente del suo benessere/malessere, ai valori di salute e malattia, alle componenti culturali ed ambientali, ed alla consapevolezza (non sempre conscia) della possibilità di scegliere i propri percorsi di aiuto. Questi aspetti sono maggiormente evidenti nei paesi industrializzati, ma i sempre maggiori contatti transculturali, sottolineano ulteriormente la singolarità biologica di ogni essere umano soprattutto quando la gestione della salute e della malattia si manifesta in un rapporto individuale e in un contesto non istituzionale (come ospedali, case di riposo, ecc).

La specificità della medicina generale (sintomi invece che malattie, variabilità biologica non sempre riducibile, incertezza conseguente, potere maggiore del paziente di scegliere i propri percorsi di salute in questo influenzato dal sistema di riferimento profano, dagli strumenti informativi di massa, ecc), presuppone comunque una competenza negoziale appresa dall'esperienza: non in tutti, non in eguale grado, ma pur sempre un patrimonio storico della medicina generale.

Oltre ad una competenza clinica, magari ridefinita (McWhinney), ad una capacità di gestire percorsi e risorse a, forse, qualche competenza nel campo della comunicazione, ed altre competenze socioantropologiche, mi pare utile per il medico di medicina generale la conoscenza di alcuni atteggiamenti utili nell'approccio negoziale di base.

### 7.1 Presupposti dell'ottica negoziale

*“I principi ippocratici dell'aiuto e del guarire devono evolvere verso un etica della cooperazione fiduciaria responsabile tra medico e paziente. Va superato ogni dualismo tra paternalismo del medico e autodeterminazione del paziente” (H.M.Saas)*

L'ottica negoziale in ambiti non medici ha da tempo proposto il superamento del paradigma “io vinco tu perdi – io perdo tu vinci” in favore di “noi vinciamo”.

Queste formule stanno a significare che l'ottica opportunistica ripartitiva può essere sostituita da un ottica cooperativa generativa, non necessariamente indolore, ma più rispettosa delle potenzialità costruttive degli esseri umani nel rispetto delle singolarità biologiche.

Alcuni presupposti sono indispensabili per creare le condizioni di un efficace attività negoziale, a prescindere dalle tecniche di relazione e comunicazione usate:

- il riconoscere che il paziente non ha sempre ragione, ma sicuramente ha una sua ragione ed una sua verità che ha il diritto di essere riconosciuta (**relativismo critico**)
- il riconoscere che comunque la relazione è asimmetrica sia in termini di conoscenza che di responsabilità, anche se sulle proprie percezioni e possibilità il paziente è più competente (**asimmetria critica**)
- il rispetto del punto di vista dell'altro contemporaneamente alla consapevolezza del proprio punto di vista (**ottica del doppio binario**)
- la possibilità di avere come **obiettivo** significativo quello **raggiungibile** (puntare al sub-ottimale, politica del minor danno)

### 7.2 Strumenti negoziali nell'elaborazione dei conflitti

A prescindere dalle tecniche psicologiche usate, esistono alcuni strumenti generali che possono essere utilizzati a seconda delle caratteristiche dell'interlocutore e del medico stesso:

- il *ragionamento* nel senso di uno scambio/confronto tramite la conversazione e le argomentazioni
- la ricerca e la valorizzazione di quello che funziona ed è possibile ottenere
- la ricerca di una *modificazione concordata* della relazione, più vantaggiosa per entrambi (anche un distacco ... morbido)

- la proposta (all'interlocutore e a se stessi) di un diverso sguardo sugli eventi tramite la **narrazione**: la ricostruzione diversa degli eventi e la rivisitazione dell'autobiografia del paziente
- la valorizzazione della guida da parte del paziente e dei suoi possibili cambiamenti (valorizzazione del ruolo, anche se i successi scarseggiano oppure non ci saranno)
- l'alleanza per modificare i contesti
- il gioco e l'humor come altro sguardo sul mondo e su se stessi

Le caratteristiche personali utilizzabili per questi scopi, sono:

- ascolto
- curiosità
- capacità di attendere
- capacità di coinvolgere altri

### 7.3 I conflitti critici

Secondo Benincasa, "Il contrasto in ambito sanitario si realizza quando le richieste del paziente risultano inaccettabili". E ancora: Esistono alcuni "conflitti critici" nella pratica del medico di medicina generale, spesso al limite della guerra e della rottura, che vengono anche definiti come contrasti. (Benincasa et al. 2000). Siamo di fronte a criticità in campo burocratico con risvolti medico legali (malattie, note CUF, richieste di accertamenti diagnostici) o clinici (fattori di rischio, stili di vita, terapie non convenzionali, ecc) che mettono a dura prova sanitario e paziente (peraltro bersagliato da un'immagine di salute come merce di consumo).

In queste situazioni, a prescindere dall'utilizzo di tecniche di relazione, è rilevante la valutazione del proprio punto di vista e dei propri limiti invalicabili ed un attento ascolto della richiesta e delle risorse del paziente. Anche il momento estremo di rottura (la riacusazione ad es.) può essere una pratica di civiltà che individua un profondo rispetto nella diversità. Altrimenti in situazioni in cui violenza e profonde fratture attraversano la pratica del medico di medicina generale, rimane sempre "il contenimento del momento di solitudine nei momenti di scelta" (Morelli 2000 da Arsenale: paper su un'esperienza).

## 8. Conflitto e conoscenza

Esiste un altro possibile esito del conflitto non sempre presente e a volte doloroso: **l'apprendere nuova conoscenza** in un processo dinamico di co-evoluzione con il paziente.

La clinica, il metodo e la conoscenza scientifica, strumenti storici e strutturali di ogni medico, non sempre sono in grado di inquadrare e rispondere alla richiesta del paziente che è mosso anche da una sua cultura, da motivazioni, da valori, essi stessi patrimonio biologico e strutturale dell'essere umano.

Molto spesso, inoltre, il lavoro pratico quotidiano porta in territori poco esplorabili ed esplorati dalle rigorose ricerche validate della medicina.

Oltre che valori cultura e motivazione il paziente porta anche la sua esperienza empirica, soggettiva, in relazione con il contesto che, ad esempio, è in grado di far mettere i guanti ai figli quando giocano a costruire un igloo con la neve senza che un medico gli abbia spiegato perché bisogna dal punto di vista scientifico.

Qui può scattare quell'**apprendimento dall'esperienza**, nei suoi aspetti più nobili ed efficaci, bagaglio di cultura empirica ma, a volte, ipotesi per un nuovo ed originale percorso di ricerca, per una nuova voce nosografica, per una metodologia. Laddove scatta una nuova conoscenza in un percorso condiviso, facilmente gli strumenti diagnostici e terapeutici possono trovare una loro collocazione.

Si può ragionevolmente sostenere che un MMG orientato al paziente, con un discreto bagaglio di conoscenze scientifiche, identificato nel suo ruolo e curioso, nella sua attività pratica quotidiana, nell'interazione con il paziente ed il suo mondo, spesso trovi soluzioni di percorsi diagnostici e terapeutici originali che scaturiscono dall'incontro stesso, che possono costituire metodi e conoscenze riproducibili nell'ambito della sua attività lavorativa e comunicabili ad altri colleghi in quelle situazioni di incontro informale e colloquiale tipiche della medicina generale.

Molto frequentemente questa conoscenza si può generare quando l'incontro si muove su un registro narrativo, laddove il medico accoglie e rielabora il malessere del paziente inserito in un contesto storico, addentrando nel linguaggio, nei vissuti proposti, nelle idee, preoccupazioni, paure ed ipotesi di risoluzione proposte dall'assistito.

E' importante sottolineare come la **narrazione** costituisce un importante strumento negoziale e non solo nella relazione medico paziente. Proprio questo aspetto è molto studiato non solo dalla psicologia e dalla scienza dell'educazione ma anche dalle neuroscienze, dove recenti contributi sembrano mostrare come essa sia un potente sistema di sviluppo del pensiero e dell'azione, e quindi una via alla conoscenza attraverso l'apprendimento reciproco. (Bruner J, Feldmann K 2000) 2000).

## 9. Riflessioni finali

Conflitto e negoziazione possono essere quindi *non solamente delle tecniche o degli strumenti* da utilizzare come dispositivi psicologici per ammansire il paziente, modificarne comportamenti, renderlo più compliant, né atteggiamenti



più umani e più rispettosi del moderno cliente/utente della salute, ma, nel punto di vista qui presentato, rappresentano *un clima di fondo pervasivo di tutta la pratica* della MG, che permette di scegliere le priorità in un lavoro collaborativo con il paziente, non per questo privo di conflitti, di momenti critici o drammatici, di piccole tragedie ma anche di grandi soddisfazioni.

Da questo punto di vista la clinica, la EBM, la strumentazione tecnologica, l'accoglienza organizzativa, l'orientamento al paziente ed al servizio, l'utilizzo oculato e razionale delle risorse, costituiscono strumenti e dispositivi (alcuni indispensabili) che vengono modulati dall'ottica negoziale, orientata a sfruttare al massimo la capacità e la possibilità generativa delle situazioni di conflitto, maggiormente nelle relazioni di lunga durata (Parisi et al 2000).

In ogni caso l'ottica negoziale pare dare strumenti di intervento laddove con chiarezza emerge la presenza di più figure coinvolte nei processi di cura ed aiuto; se si riconosce che solo in astratto la relazione medico paziente è relazione duale, *l'ottica negoziale e la capacità di cavalcare i processi di evoluzione dei conflitti* appaiono caratteristiche indispensabili nella pratica della medicina generale e forse anche nella attività medica in generale non solo come strumenti per un raggiungimento di consenso sugli obiettivi, ma anche come possibili potenti *generatori di conoscenza*. (Tombesi M. 2001)

Attualmente non esiste ancora un approccio sistematizzato e scientifico allo studio di queste caratteristiche "qualitative" della pratica medica. Per molto tempo questo terreno è stato abbandonato alla cosiddetta "libertà del medico" troppo spesso arbitrio, o sottoposto a norme morali o etiche prescrittive ed istruttive che poco hanno a che fare con la complessità delle interazioni tra gli esseri umani.

Le nuove frontiere delle neuroscienze, della biologia evuzionistica e lo sviluppo di una nuova dimensione della psicologia cognitivista, dell'antropologia culturale, della sociologia, oltre che dell'etica (nella sua dimensione di etica clinica piuttosto che di bioetica), stanno proponendo nuovi strumenti di ricerca e di indagine che potranno fondare in modo scientifico ma con attenzione alla singolarità, **l'approccio negoziale centrato sulla relazione** caratteristica tipica della medicina generale.

## Bibliografia

- AAVV. I conflitti in medicina. L'Arco di Giano n° 23 Primavera 2000
- Balint M. Medico, paziente, malattia. Feltrinelli, Milano 1961.
- Bert G, Quadri S. Il medico e il counseling Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 1993
- Bernabè S. e al. Il giudizio clinico in medicina generale. Utet Pridici scientifici srl, Milano 1998
- Botelho RJ A negotiation model for the doctor-patient relationship Fam Pract 1992; 9:210-216
- Cataldi G, Benincasa F. Il Medico di Medicina Generale e la questione dei conflitti . L'Arco di Giano 2000; 23: 95-114
- Eelman G.M. Tononi G. Un universo di coscienza. Einaudi Torino 2000
- Emanuel EJ, Emanuel LL, Four Models of the Phycsian-Patient Relationship. JAMA 1992;267:2221-2223
- Evans DA Gylmor C. Pernose AM. Valutazioni obiettivi e dialogo nelle decisioni cliniche. Giornale Italiano di Farmacologia clinica 1992:63-75
- Freidson E. Client Control and Medical Praticce. American Journal of Sociology 1960;65:374-382
- Lax DA, Sebenius JK Saper negoziare, Sperling e Kupfer editori, Varese 1989
- Laazare A, Eisenhart S. Outpatient Psychiatry. A negotiated Approach to the Clinic Encounter: Conflict and Negotiation. Baltimore, MD: Williams & Wilkins 1979; 157-170.
- A.Moja A., Vegni E. La visita medica centrata sul paziente. Milano, R.Cortina, 2000
- McWhinney IR. Why we need a new clinical method. Scand J Prim Health Care 1993; 11: 3-7.
- Middleton JF. The exceptional potential of the consultation revisited. J R Coll General Practitioners 1989; 39: 383- 86.
- Morelli U. Conflict evolution, Arsenale: storia di un esperienza Trento 2000
- Pagliarani U in Morelli U. Conflict Evolution , Arsenale: storia di un esperienza Trento 2000
- Parisi G. Valcanover F. Caimi V. La continuità relazionale in medicina generale. L'Ospedale Maggiore 94, (3): 275-280, 2000.
- Parisi G. Valcanover F. Un percorso formativo sul rapporto medico-paziente nell'ambito del tirocinio in medicina generale. Medic 1996; 4:49-55
- Parsi G., Valcanover F, Dal Ponte A, Taccani S. Un corso sul rapporto con il paziente per medici di medicina generale. Analisi di un esperienza. Medic 1997; 5:23-29
- Piperno A. Renieri A. Il medico generico nella medicina di base. Franco Angeli, Milano 1982
- Roberts J. S. Krouse J. H. Michaud P. Negoziaded and Nonnegotiaded Nurese-Patient Interaction. Clinical Nursing Research 1995;4: 66-67
- Scardovi et al. L'esperienza di training in tecniche di comunicazione medica. In "Il medico di base e lo psichiatra", a cura di Asioli F, NIS 1996
- Schelling TC. The strategy of conflict. New York Oxford Univ. Press 1963
- Tmobranci PH. Nurse-patient negotiation: assumption or reality? Journal of Advaced Nursing 19, 733-737
- Tombesi M. Medici e pazienti: la strategia del negoziato. Janus 2001; n° 2 (Estate):28-39