

COSTRUIRE RAPPORTI EFFICACI CON I PAZIENTI: IL RUOLO DELLA COMUNICAZIONE

Alessandra Saggin
Nuoro, 13 maggio 2017

Pensiero critico o istruzioni per l'uso?

- «Gli strumenti concettuali teorici, considerati ormai troppo difficili, sono eliminati dall'insegnamento, che viene ridotto alla mera descrizione di «fatti» e a elenchi di prescrizioni.
- Ma ... **il compito della formazione è quello di fornire strumenti intellettuali** utili per risolvere problemi e **non un insieme di soluzioni già pronte»**

Lucio Russo 2001

Contenuti:

1. La natura della relazione medico-paziente: le specificità del rapporto
2. La competenza nei rapporti come condizione e sostegno di ogni competenza tecnico-professionale
3. Le competenze implicate nell'efficace gestione dei rapporti: comunicazione e negoziazione

La relazione medico-paziente

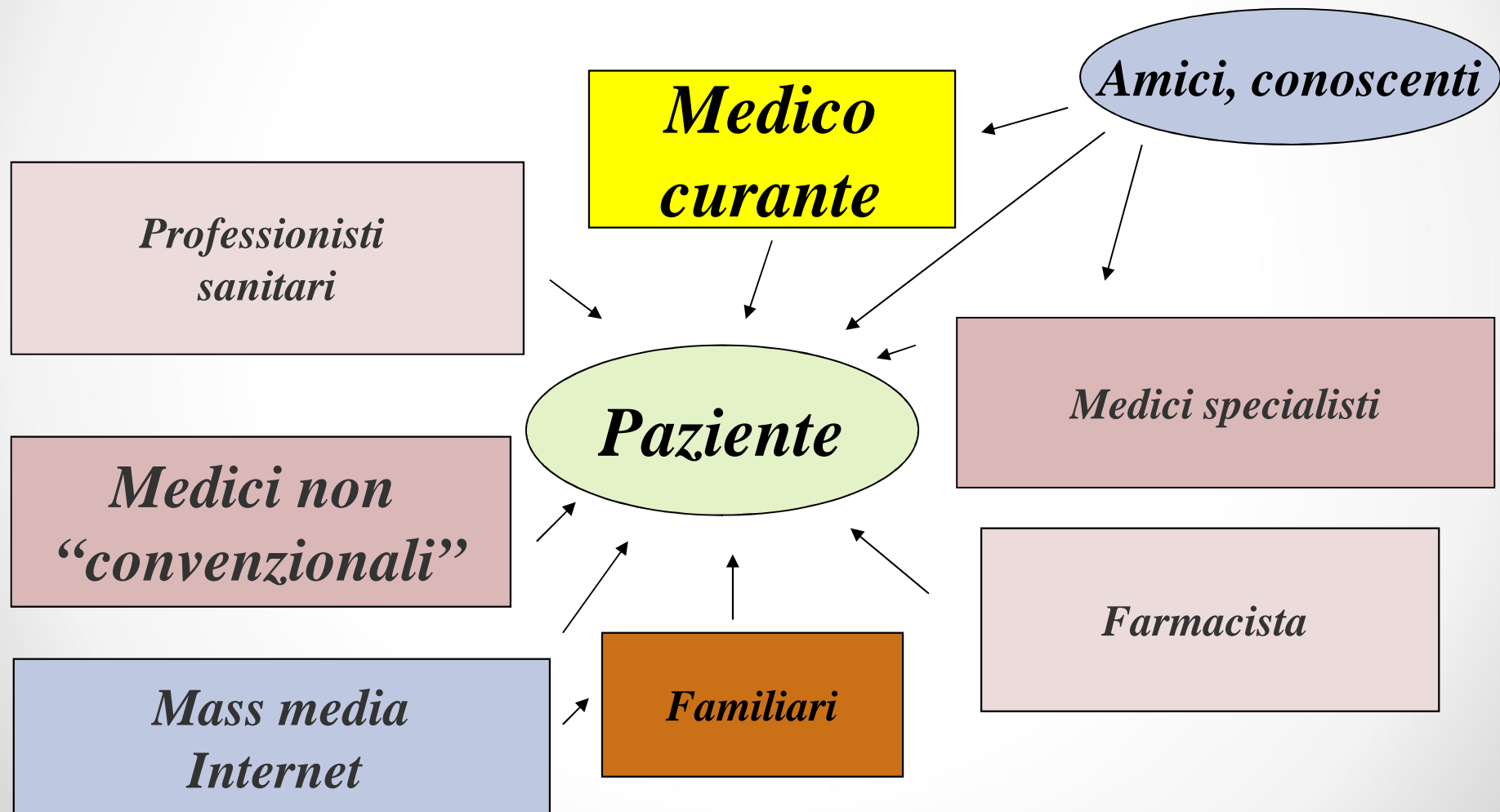
- Il rapporto tra medici e pazienti sta attraversando una fase di cambiamenti importanti e di trasformazioni profonde.
- Le ragioni strutturali sono la crescita della scolarità generale e l'aumento esponenziale degli spazi mediatici dedicati ai temi della salute

Fiducia, dialogo, scelta. La comunicazione medico-paziente nella sanità italiana. Forum per la Ricerca Biomedica 2007.

La relazione medico-paziente

- Evoluzione della domanda in chiave di **crescente consapevolezza ed autodeterminazione** (sviluppo del concetto di libertà ed autonomia delle persone → per ogni atto medico è necessario un consenso libero e informato).
- Crescita progressiva della cultura sanitaria della popolazione.
- Spinte sociali e “storiche” verso una maggiore democrazia della medicina, in precedenza scienza d'élite.
- Aumento della complessità di diagnosi e trattamenti (tecnologia, interventi di più specialisti, uso “appropriato” delle risorse).

Complessità del rapporto



La crisi del ruolo sanitario

*Il sapere medico,
tradizionalmente
esclusivo*

*Viene travolto dalla
moltiplicazione delle fonti e
dalla diffusione delle conoscenze*

*"La centralità del medico non esiste e non esisterà più. **Nessuno è più al centro di nulla!** In uno scambio di informazioni come quello attuale chi può essere al centro? Non è che non è più il referente centrale, non è l'unico referente..."*

*Ne risulta un atteggiamento
generalmente **difensivo e
rivendicativo***

La trasformazione del modello di relazione medico - paziente

- **È messa in discussione la radicale asimmetria che caratterizzava la relazione medico – paziente**, legata proprio al possesso del sapere medico (esclusivo e non condivisibile per definizione), di cui è diretta conseguenza un potere decisionale quasi assoluto in merito alle modalità, caratteristiche e durata
- I pazienti non sempre sono in grado di porre i loro bisogni informativi in modo da riconoscere effettivamente al medico la sua competenza specifica (**autorità del medico soggetta al giudizio del paziente**).

Rapporto di eterodirezione: asimmetria con disequaglianza di attività e di valore

*Colui che sa, decide,
e si prende la responsabilità*

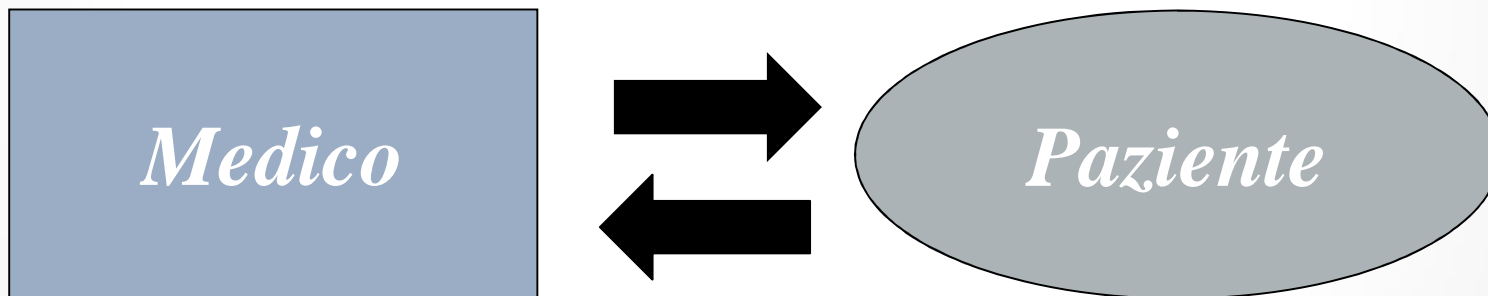


Colui che esegue

La “partita” del cambiamento si gioca sul campo della competenza

- La competenza non è più ritenuta appannaggio esclusivo del medico (non solo la competenza sul proprio malessere, ma anche il “sapere esperto” della medicina).
- Un rapporto tendenzialmente paritetico comporta l’instaurarsi di una dinamica più complessa, in cui è contemplato il **confronto e la discussione fra due partner che occupano comunque “posti” asimmetrici ma si riconoscono reciprocamente pari valore.**
- **Il paziente** non vuole più occupare più il “posto” del ricettore passivo di indicazioni e prescrizioni, ma **richiede uno scambio complesso ed articolato, “contrattuale”, giocato su un piano di maggiore equilibrio e simmetria** (confronto dialettico col medico).

Rapporto di partnership: asimmetria di attività e responsabilità senza disequaglianza di valore



Due diverse idee di rapporto

Partnership

- Asimmetria delle attività ma simmetria di valore
- Il rispetto del pensiero dell'altro e delle regole è fondamentale
- Ciascuno dei partner si sente responsabilizzato nel giudicare il lavoro dell'altro e nel chiedere giudizi

Eterodirezione/comando

- Asimmetria delle attività e del valore
- Il rispetto dei ruoli è fondamentale
- Chi comanda non può essere giudicato da chi esegue; chi esegue non accetta responsabilizzazione e giudizi su ciò che fa

La partnership medico - paziente

- Se il medico è competente sulla malattia, il malato è l'unico competente a dire come la vive e la soffre.
- Se il malato deve saper imparare dal medico le informazioni sulla malattia e la cura, il medico deve saper imparare dal malato le informazioni su come lui vive la malattia e la cura.
- È un **incontro tra esperti con diverse competenze**: quella di ascoltare il più possibile senza pregiudizi e quella di definire in maniera il più possibile precisa il proprio malessere. **La relazione** può, quindi, diventare sempre più **un momento, se non il primo, di cura.**

Il paziente non lo sa, ma il vero medico è quello che ha dentro di sé.

E noi abbiamo successo quando diamo a quel medico la possibilità di fare il suo lavoro.

A. Schweitzer

Un probabile futuro: gli infermieri diventano specialisti quasi-medici

- Nasce la figura dell'infermiere specialista: potrà fare ecografie, esami strumentali, usare apparecchiature, effettuare una somma di prestazioni sanitarie fino ad oggi prerogativa esclusiva del medico. L'infermiere italiano entra finalmente in Europa.
- Una rivoluzione copernicana basata sul concetto di atto medico: secondo la Commissione salute formata dagli assessori regionali alla sanità l'atto medico è “diagnosi e terapia”.
- Tutto il resto dell'assistenza entra, dunque, nell'area professionale dell'infermiere. (09/02/2013)

Watson, computer in corsia: dai quiz alla cura dei tumori (M. Gaggi, CdS 09/02/2013)

«Noi inseriamo nel supercomputer, che ha assimilato milioni di pagine di manuali medici e ha nella sua memoria decine di migliaia di casi clinici risolti, i dati del malato: ciò che sappiamo di lui, della sua patologia, i risultati dei test clinici. La macchina, che ha potenzialità straordinarie grazie alla sua capacità di comprendere il cosiddetto "linguaggio naturale", le parole con le quali ci esprimiamo abitualmente, risponde con la diagnosi e diverse proposte di terapie, ancora approssimative.

Indica anche le percentuali di successo che ha calcolato sulla base della sua esperienza. ».

(Mark Kris, capo del dipartimento di Oncologia toracica dello Sloan-Kettering Cancer Center di New York)

Watson, computer in corsia: dai quiz alla cura dei tumori (M. Gaggi, CdS 09/02/2013)

«Man mano che andiamo avanti, che si manifestano nuovi sintomi e arrivano altri test e i primi dati sull'effetto delle cure, Watson aggiorna tutto in tempo reale e diventa più preciso.

Le probabilità che la terapia suggerita sia quella giusta superano il 90%.

La paziente mi chiama e mi dice che al mattino ha espettorato saliva mista a sangue.

Inserisco il dato e il sistema mi offre un adeguamento della cura».

(Mark Kris, capo del dipartimento di Oncologia toracica dello Sloan-Kettering Cancer Center di New York)

Watson, computer in corsia: dai quiz alla cura dei tumori (M. Gaggi, CdS 09/02/2013)

- «Per i nostri medici Watson è un assistente che aiuta a non sbagliare: inquadri il caso, ma nessuno può essere sempre aggiornato su tutto.
 - Ci sono mutazioni genetiche rare rispetto alle quali qualcuno nel mondo ha scoperto che quel certo farmaco non è efficace. Il medico può non saperlo, ma nel database di Watson l'informazione c'è.
 - Watson raccoglie e aggiorna la storia clinica, prepara le richieste di autorizzazione dei trattamenti da inviare alle assicurazioni. Tempo risparmiato che il medico può destinare al paziente».
- (Chris Coburn direttore esecutivo della Cleveland Clinic).

Watson, computer in corsia: dai quiz alla cura dei tumori (M. Gaggi, CdS 09/02/2013)

- Ma chi garantirà l'infallibilità di Watson? Chi tutelerà la «privacy» del paziente?
- E quale medico, che ha pur sempre l'ultima parola, oserà prescrivere terapie diverse da quelle suggerite della macchina onnisciente?
- «Dubbi legittimi, si troveranno correttivi e garanzie, ma la strada è questa e va percorsa speditamente» risponde Lori Beer, vicepresidente di WellPoint.

«Non si può comunicare bene se non ci si fa carico di coloro a cui si comunica»

«Assistiamo a una sorta di oscuramento del soggetto, a scapito di un'enfasi posta sui prodotti delle sue mani: l'uomo stesso si è reificato, è divenuto un oggetto e un prodotto del suo stesso agire.

Anche **il sapere** ha perso il suo carattere profondamente «personale», cioè la sua connotazione di comunicazione fra persone, per divenire **una sorta di reificata veicolazione di dati.**

Così oggi, nel mondo accademico e scientifico, si parla di «produzione di sapere», si ritiene che la scienza possa essere talmente oggettivata da essere quasi un prodotto da scambiare fra soggetti indipendentemente dal loro stesso essere.»

Gerhard Ludwig Mueller-II Foglio 18_02_14

«Non si può comunicare bene se non ci si fa carico di coloro a cui si comunica»

«Non è tuttavia ciò che realmente accade quando un sapere viene trasmesso.

Infatti, **ogni produzione e trasmissione di sapere non è mera comunicazione di dati, poiché esso è anche e inseparabilmente, lo si voglia e ammetta o no, una comunicazione assiologica, di valori, di visione dell'uomo e del mondo.**

Fra l'altro, quest'ultima è una comunicazione che non avviene senza conseguenze e non lascia indifferenti né chi comunica, né coloro a cui si comunica.

...ogni docente deve assumersi con piena responsabilità quel processo con cui, **trasmettendo una conoscenza comunica altresì un orizzonte di valori ai suoi discenti...**

Gerhard Ludwig Mueller-II Foglio 18_02_14

Comunicare è una competenza della persona

Non è un sapere specialistico, ma anzitutto il **riconoscimento della propria modalità di “regolarsi” nelle relazioni**, cioè della “capacità di porre norme ossia di istituire i propri rapporti secondo soddisfazione”.

G.B.Contri

Le competenze relazionali sono a sostegno di quelle tecniche

Ogni competenza:

- si evidenzia con pensieri e comportamenti
- si valuta a partire da questi
- è il prodotto di due fattori: capacità x esperienze finalizzate
- è sinteticamente definibile come “saperci fare”



*Conoscenze
Capacità
Esperienze*

*Immagine di sé
Tratti - Attitudini
Motivazioni*

La collaborazione

- Passa attraverso la **condivisione**: senza una comunicazione credibile e in “dosi massicce” è praticamente impossibile coinvolgere le persone.
- La comunicazione deve avere le caratteristiche della **credibilità** e della **coerenza**.

La competenza “ comunicazione”

E' fondamentale per il suo rapporto con il comportamento.

Infatti il comportamento non ha un suo opposto, cioè è impossibile che sia un **NON Comportamento**.

Visto che il comportamento in una relazione ha valore di messaggio, ne consegue che ...

I assioma: E' impossibile non comunicare

Corollario:

- Se non esiste la “non comunicazione” **il problema** si modifica, e **diventa quello dell'efficacia** : comunicazione efficace versus comunicazione non efficace.
- Come per qualsiasi altro aspetto della realtà il **giudizio di efficacia può essere dato solo in riferimento agli obiettivi**

II assioma: Ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto ed uno di relazione, di modo che il secondo classifica il primo ed è quindi metacomunicazione

Corollario:

- Le relazioni soltanto di rado sono definite deliberatamente o con piena consapevolezza.
- Tanto più una relazione è spontanea e “sana” tanto più l’aspetto relazionale della comunicazione recede sullo sfondo.
- Viceversa le relazioni “malate” sono caratterizzate da una lotta costante per definire la natura della relazione, mentre l’aspetto di contenuto diventa meno importante

La definizione dell' aspetto di relazione è affidata alla comunicazione non verbale, che comprende:

1. **L'atteggiamento** (postura, gesti, movimenti, orientazione, cenni del capo).
2. **L'aspetto esteriore** (conformazione fisica, volto, look, abiti, simboli)
3. **La mimica facciale** (espressione del volto, direzione dello sguardo)
4. **Il tono di voce**, il ritmo e la velocità dell'eloquio
5. **La distanza interpersonale**

III assioma: La natura di una relazione dipende dalla punteggiatura delle sequenze di comunicazione tra i comunicanti

Corollario:

- **La difficoltà principale di una comunicazione efficace, consiste nel fatto che essa dipende dalla comprensione dell' altro e non è governabile direttamente .**
- Si può però agire in modo da orientare la risposta dell' altro, cominciando con il cogliere/chiedere informazioni di ritorno.

Gli ostacoli alla comunicazione

- Attenzione selettiva
- Percezione selettiva
- Approfondimento selettivo

Quando si comunica a una via

Attivo

- **Voglio dire** **100**
- **Dico** **70%**

Ricevente

- **Sente** **40%**
Attenzione selettiva
- **Capisce** **20%**
Percezione selettiva
- **Ricorda** **10%**
Memoria selettiva

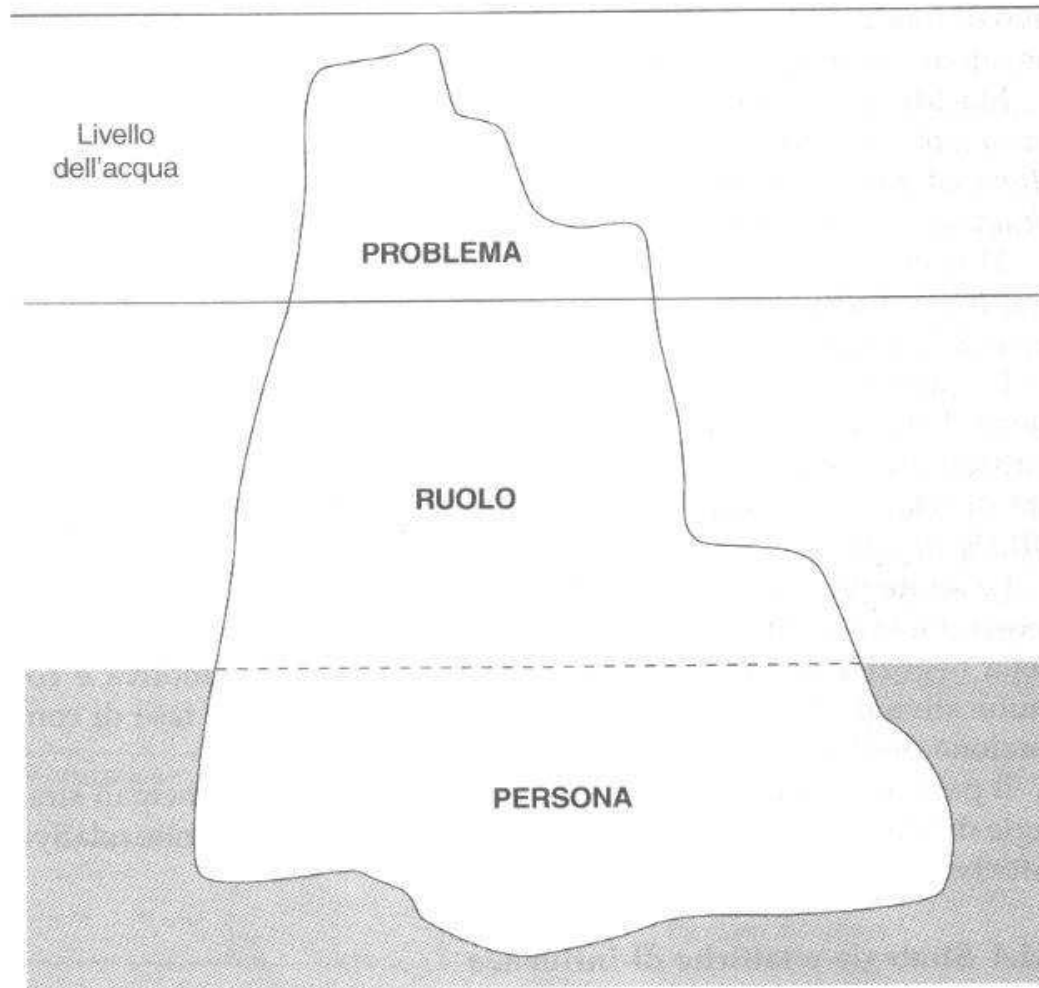
Comunicazione e comportamento nelle relazioni

- **Valutazione:** si esprime un giudizio
se fossi in te lascerei perdere, il gioco non vale la candela...
- **Interpretazione:** si fanno supposizioni senza controllare i fatti
tutto perché...
- **Solidarizzazione:** si offre solidarietà ma non sostegno pratico
lo so, non è facile...

Comunicazione e comportamento nelle relazioni

- **Indagine:** si ricercano maggiori informazioni
quali sono le ragioni principali dei tuoi dubbi?
- **Riflessione:** si rimandano le parole al mittente
sei in crisi?

L'iceberg della relazione negoziale



Comunicazione e ascolto

- Ascoltare non è stare a sentire, ma incoraggiare l'interlocutore a parlare:

ascoltare è fare domande.

- Infatti è esperienza comune che le “buone domande” aiutano a riflettere.

*“Non è affatto difficile dare
delle buone risposte,
difficile è fare delle buone
domande”*

(Oscar Wilde)

Alcune – possibili - “buone” domande

1. **Domande di contatto:** non sottintendono alcuna risposta, ma servono a rompere il ghiaccio. *Bella giornata, vero?*
2. **Domande d'indagine e di approfondimento:** servono a raccogliere informazioni. *Perché? Come mai? Che cosa...? Come? E se...? In che modo? In che misura? Quanto?*
3. **Domande riflesse:** rimandano al mittente le sue parole, come uno specchio. L'uso di queste domande è paragonabile all'atto di sintonizzarsi su una stazione radio. *La sua opinione è che...? A lei sembra che...? Ha l'impressione che...? Lei ritiene che?*

Alcune – possibili - “buone” domande

- 4. Domande riepilogative:** come quelle riflesse rimandano al mittente le sue parole, ma si riflettono non solo contenuto emozionale ma sui fatti.

Mi sembra di capire che...?

Se ho inteso bene...?

Quindi, lei sta dicendo che...?

Segnali di interesse e incoraggiamento

- Incoraggiamento non verbale
- Commenti di supporto: *capisco, continua, interessante, e allora?, mi interessa*
- Ripetizione delle parole chiave
- Domande specchio: si riformula la risposta dell'interlocutore sotto forma di domanda
- La pausa.

Attenzione all'uso di:

- Domande chiuse
- Domande a soluzione obbligata

Solitamente mirano a verificare ciò che noi stiamo pensando, anziché ciò che l'altro sta pensando.

In pratica con queste domande chiediamo al nostro interlocutore di confermare ciò che abbiamo in mente noi, invece di cercare di scoprire cos'ha in mente lui.

I tipici errori nell'ascolto

- **Interrompere**, completare le frasi, “mettere le parole in bocca”.
- Intervenire **cambiando discorso**.
- **Selezionare le informazioni**, concentrarsi sui dettagli, cercare i punti deboli, per poter avere conferma del proprio punto di vista.
- **Assumere un atteggiamento difensivo** quando viene presentata un'idea diversa.

Dottor Sacks, qual è il suo primo obiettivo di fronte a un paziente?

“Dipende dal soggetto, ma in generale tendo a non adottare un metodo rigido, preferisco “seguire” il paziente.

Cerco di capire le sue esigenze: del mio paziente cerco di sapere tutto, vita, biografia, bisogni.

In modo delicato naturalmente, spesso indiretto, lasciando cioè che sia il paziente col suo racconto a portare la mia attenzione sulle aree più cruciali della sua vita”.

Dottor Sacks, qual è il suo primo obiettivo di fronte a un paziente?

“Ovviamente questo richiede **molta flessibilità**: qualcuno ha bisogno di approcci anamnestici più diretti, di domande “precise”, di essere aiutato a cogliere alcune relazioni importanti della propria storia clinica. Con altri, invece, è più fecondo un ascolto attento.

E prima dell'esame obiettivo osservo come il paziente entra nella stanza, come si muove, la mimica del volto, il modo di sedere e di atteggiarsi, in particolare il modo in cui commenta – con il corpo e con la mimica – le cose che dice”.

Dov'è la differenza?

“Forse nell'attenzione maggiore al paziente come persona, piuttosto che come “caso” clinico.

Ma in questo non sono originale, credo piuttosto di collocarmi nella più squisita tradizione medica”.

Oliver Sacks

«Amicizia per il pensiero»

- Un amico ha cura di ciò di cui è amico
(**Rispetto**)
- Un amico non è indifferente a ciò di cui è amico
(**Non indifferenza**)
- Un amico non è ostile a ciò di cui è amico
(**Non ostilità**)

G.B.Contri

In pratica, cosa occorre saper fare?

- fare i conti con persone “vere”
- non basarsi su modelli ideali o standard irrealistici
- abbandonare la teoria dell'automatismo, del “logico”, dell'“ovvio”...
- non stancarsi di “cercare un canale”
- accettare l'incertezza e abbandonare l'illusione che esistano sistemi perfetti

... in conclusione

- La comunicazione non è un sapere specialistico.
- Non c'è una prassi standardizzata: ciascuno deve sapersi “sintonizzare” con il paziente “reale”.
- La competenza nei rapporti è insieme condizione e sostegno di ogni competenza tecnico professionale.