

Approccio e comunicazione con il paziente chirurgico

RIASSUNTO

Questo capitolo é dedicato ad inquadrare alcuni aspetti basilari della comunicazione professionale. In particolare, viene indicato come favorire una buona comunicazione, come comunicare le cattive notizie, quali sono i problemi psicorelazionali più frequenti nelle unità mediche e chirurgiche e quanto può risultare vantaggiosa la applicazione pratica dei principi fondamentali di una comunicazione efficace.

L'esigenza di comunicare bene con il paziente e con i suoi familiari è diventata un aspetto cruciale per sostenere la alleanza medico-paziente nelle scelte terapeutiche. Lo scambio e la condivisione di informazioni tra medico e paziente facilita la comprensione reciproca e, quindi, l'esito reale e percepito del trattamento.

Il modello professionale di approccio ai problemi clinici a lungo imperante è stato definito come "*disease centred*", centrato sulla malattia. La malattia è l'oggetto cruciale dell'agire medico e al clinico sono affidati due grandi compiti: raggiungere una diagnosi corretta e intervenire attraverso strategie terapeutiche adeguate. Tali obiettivi, seppure irrinunciabili non sono oggi sufficienti ad affrontare le difficoltà degli incontri medico-paziente.

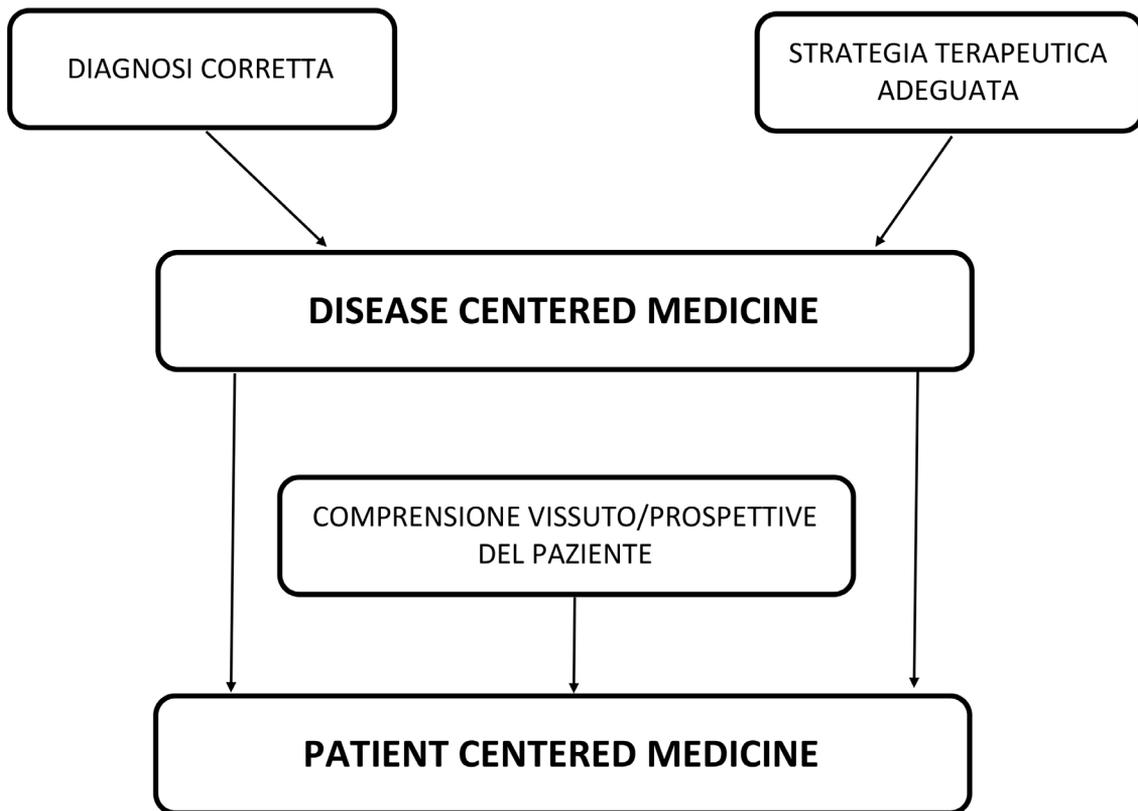
A partire dagli anni '80, è stato progressivamente costruito un modello di medicina, e il relativo metodo, che viene comunemente indicato come "*patient centred medicine*", medicina centrata sul paziente.

La medicina centrata sul paziente pone come scopi della visita medica: il raggiungimento di una diagnosi corretta, la comprensione del vissuto/prospettiva del paziente tramite la comprensione interpersonale e l'intervento attraverso strategie terapeutiche adeguate.

La comunicazione interpersonale con il paziente, punto cruciale del rapporto assistenziale, si attua attraverso quattro tipi di messaggio: verbale (scelta delle parole), tonale (volume e tono di voce, cadenza e modulazione della voce), paralinguistico (suoni o espressioni non verbali), mimico-gestuale (attraverso movimenti, espressioni del volto, postura e gesti). L'insieme contemporaneo di tutti questi messaggi costituisce la comunicazione.

Prendersi cura di un'altra persona non significa rinunciare alla professionalità del rapporto, ma piuttosto potenziare l'efficacia del rapporto servendosi di tutte le risorse della relazione nelle circostanze specifiche. Ciò richiede, accanto alle conoscenze mediche, un approfondimento delle conoscenze relazionali ed emotive. La conoscenza e l'attenzione su questi aspetti possono essere di grande utilità al medico che comincia ad entrare in rapporto con i pazienti: potrà costruire un'esperienza più consapevole e raffinare, con il tempo, la propria abilità di comunicazione. Un secondo aspetto cruciale è rappresentato dalla comunicazione delle cattive notizie. È da considerarsi una cattiva notizia qualsiasi informazione che in maniera seria e negativa colpisce la percezione di sé e del proprio futuro; è qualcosa di indesiderato, di minaccioso per il proprio benessere fisico e mentale, sconvolgente per il proprio stile di vita. Nel 1998 l'American Society of Clinical Oncology (ASCO) ha messo a punto un protocollo (**SPIKES**) relativamente semplice, per la comunicazione delle cattive notizie la cui utilità è stata comprovata con studi su pazienti oncologici, che se correttamente applicato può rappresentare un valido aiuto in queste situazioni.

In questo ambito la comunicazione con il paziente che deve andare in contro ad un intervento chirurgico riveste particolari peculiarità. La chirurgia rappresenta per il paziente, sia in senso reale che simbolico, una minaccia per l'integrità fisica e più in generale per la vita. In conseguenza di ciò la relazione che si stabilisce tra paziente e chirurgo risulta carica di significati affettivi: il chirurgo è l'unico uomo che può "violare" l'integrità del corpo malato per riportarlo al suo primitivo stato di salute. La metafora della terapia chirurgica si ricollega alla rappresentazione, culturalmente diffusa forse perché rassicurante, della malattia come entità estranea, disturbante, localizzata e parziale. Questa idea/desiderio esprime in qualche modo il rifiuto a riconoscere che la persona possa essere minacciata dalla malattia nella sua globalità. Ne scaturisce una visione della guarigione attraverso la simbologia della separabilità della parte malata da un tutto integro e sano, visione che viene drammaticamente messa in crisi quando ci si confronta con la malattia oncologica. vengono qui illustrate le principali strategie comportamentali da adottare in queste circostanze.



COMUNICAZIONE

STANDARD

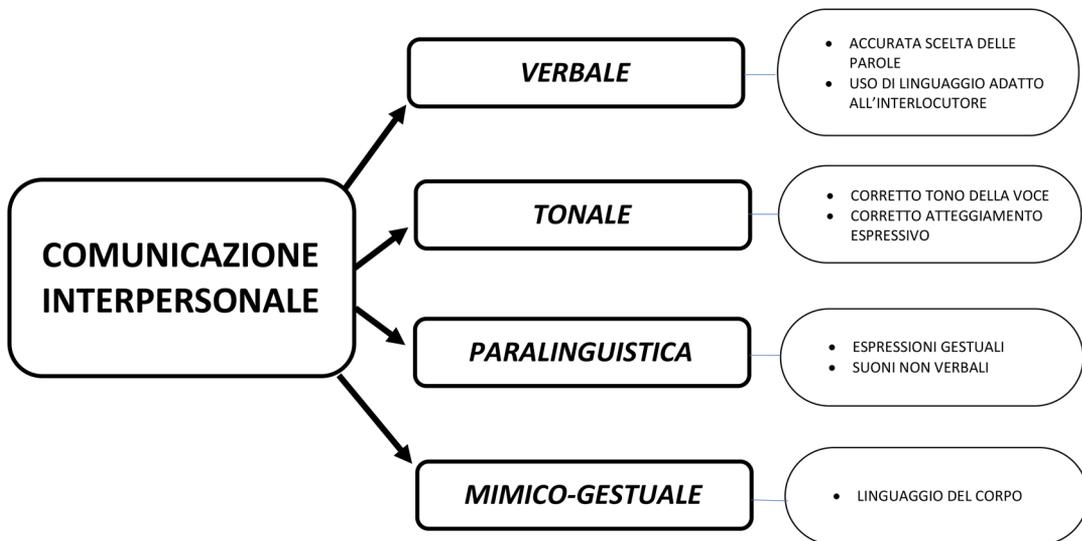
**PROTOCOLLO
C.A.R.E.**

- NO PREGIUDIZI
- NON RIFIUTARE L'ASCOLTO
- NO DISAGIO O SENSI DI COLPA
- SVILUPPARE EMPATIA

CATTIVE NOTIZIE

**PROTOCOLLO
S.P.I.K.E.S.**

- NON ASTENERSI DAL COMUNICARE
- NON PROCRASTINARE
- NON MENTIRE
- NON ELUDERE ASPETTI EMOTIVI O RELAZIONALI



AUTOVALUTAZIONE

1. **Quale intento caratterizza la “*patient-centered medicine*” rispetto alla “*disease-centered medicine*”?**
 - a. il raggiungimento di una diagnosi corretta
 - b. la comprensione del vissuto/prospettiva del paziente
 - c. l'intervento attraverso strategie terapeutiche adeguate
 - d. l'adesione ai desideri e aspettative del paziente

2. **La comunicazione inter-personale non si attua attraverso il messaggio:**
 - a. verbale
 - b. tonale
 - c. emotivo-empatico
 - d. mimico-gestuale

3. **Il linguaggio usato dal medico in fase di comunicazione non deve essere:**
 - a. accessibile
 - b. chiaro
 - c. adeguato al livello culturale del paziente
 - d. tecnico

4. **In fase di comunicazione è importante formulare:**
 - a. domande aperte
 - b. domande chiuse
 - c. domande che non tocchino aspetti personali
 - d. domande generiche

5. **I fattori che interferiscono sfavorevolmente sulla comunicazione sono:**
 - a. la mancanza di tempo
 - b. sofferenza intensa
 - c. sessualità
 - d. tutte le precedenti

6. **La comunicazione non è inibita o influenzata da:**
 - a. la preoccupazione di fallimento professionale
 - b. timore verso le reazioni emotive del paziente
 - c. necessità di demandare o rimandare il colloquio
 - d. necessità di esprimere con decisione e chiarezza quello che è necessario comunicare

7. **Internet viene considerato un utile fonte di informazione sanitaria:**
 - a. dall'88% della popolazione
 - b. dal 58% della popolazione
 - c. prevalentemente dalla popolazione maschile
 - d. per evitare il confronto diretto con il medico

- 8. Cosa si intende con effetto Dunning-Kruger?**
- a. un bias per cui soggetti con poca competenza possiedono l'illusoria convinzione di essere più abili di quel che sono
 - b. un bias per cui soggetti con poca competenza giungono a conclusioni errate e scelte infelici
 - c. un bias caratterizzato da un eccesso di metacognizione
 - d. l'acuirsi della abilità di automonitoraggio in caso di malattia cronica
- 9. Quale abilità interpersonale che il medico dovrebbe possedere, riassunte dall'acronimo "CARE" è errata?**
- a. Comfort
 - b. Accettazione
 - c. Responsabilità
 - d. Empatia.
- 10. Dare una cattiva notizia è particolarmente difficile quando:**
- a. essere causa o latore di sofferenze altrui crea tensioni emotive negative
 - b. la sofferenza altrui ci mette di fronte alla nostra paura della morte e della malattia
 - c. una brutta notizia è un'ammissione di sconfitta nel nostro ruolo di guaritori
 - d. tutte le precedenti
- 11. Secondo il codice deontologico quando il medico è tenuto a informare i congiunti del paziente?**
- a. in ogni caso
 - b. quando non è in grado di comprendere
 - c. quando il paziente esprima il desiderio di rendere i i congiunti partecipi delle sue condizioni di salute
 - d. b + c
- 12. Gli errori più comuni nel comunicare cattive notizie possono essere:**
- a. non essere parsimoniosi sulla verità
 - b. assumere un atteggiamento obbiettivo e tecnico
 - c. riconoscere che l'emozione può bloccare le capacità di comprendere molte informazioni.
 - d. tutte le precedenti
- 13. Quale dei seguenti punti del protocollo SPIKES è errato?**
- a. Predisporre tutto al meglio prima del colloquio.
 - b. valutare le percezioni del paziente
 - c. dire al paziente più di quanto non voglia sapere
 - d. mantenere un atteggiamento empatico

(Risposte esatte: 1/b – 2/c – 3/d – 4/a – 5/d – 6/c – 7/a – 8/a – 9/c – 10/d – 11/d- 12/b – 13/c)

BIBLIOGRAFIA

- Baile WF, Buckman R, Lenzi R et al. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist*. 2000;5(4):302-11.
- Minichiello TA, Ling D, Ucci DK. Breaking bad news: a practical approach for the hospitalist. *J Hosp Med*. 2007 Nov;2(6):415-21
- Dizon DS, Politi MC, Back AL. The power of words: discussing decision making and prognosis. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2013:442-6.
- La medicina narrativa e le buone pratiche nei contesti di cura. Metodologie, strumenti, linguaggi Curatore: F. Marone, Pensa Multimedia Editore 2016 EAN: 9788867604395
- Web 2.0 e social media in medicina. Come social network, wiki e blog trasformano la comunicazione, l'assistenza e la formazione in sanità, Eugenio Santoro, Il pensiero Scientifico Editore, 2011