

Approccio multidisciplinare alla comunicazione in sanità

Cineas – Consorzio universitario non profit fondato dal Politecnico di Milano nel 1987 e scuola di formazione manageriale sulla gestione dei rischi - ha avviato, a marzo 2017, la seconda fase dei lavori del **Tavolo Cineas: Assicurazione e Sanità** che si è posto l'obiettivo di creare un'occasione di studio e confronto tra professionisti di diversi settori su argomenti di particolare rilevanza e attualità in merito alla gestione del rischio clinico.

Nell'ambito del **Tavolo Cineas: Assicurazione e Sanità 2.0** è stato costituito un Gruppo di Lavoro che ha approfondito il tema **Approccio multidisciplinare alla comunicazione in sanità** ed ha elaborato un documento composto da, 10 statement introdotti da un rationale.

Composizione del gruppo di lavoro

Coordinatori

Avv. Maria Nefeli Gribaudo - Avvocato
Dott.ssa Gabriella Moise - Medico Anestesista

Componenti

Prof.ssa Mariella Bisaccia - Docente ed Executive Coach
Dott. Antonio Bonaldi - Medico, Sanità pubblica
Dott. Mario Cerati - Medico Odontoiatria
Avv. Tobia Giordano - Avvocato Mediatore, Cittadinanzattiva
Dott.ssa Caterina Giovanetti - Magistrato
Avv. Ernesto Macrì - Avvocato
Dott. Luigi Molendini - Medico legale
Dott.ssa Maristella Moscheni - Risk Manager
Prof. Domenico Pulitanò - Professore emerito di diritto penale

RAZIONALE

I pazienti hanno diritto di decidere in modo informato e consapevole su tutto ciò che riguarda la loro salute. Assicurare tale possibilità è segno di rispetto della dignità della persona e rappresenta uno dei principi fondanti dell'etica e della deontologia medica. La cura è il risultato dell'interazione tra il sapere scientifico ed esigenze della vita, che si alimentano di valori, sentimenti, fattori psicologici e spirituali.

Sulla comunicazione col paziente il percorso formativo del medico è carente. Le scienze biologiche e l'uso della tecnologia occupano l'intero ciclo di studi e ciò che riguarda la relazione tra medico e paziente è lasciato al buon senso, al giudizio e alla sensibilità individuale. Questo è uno dei motivi per i quali, soprattutto quando scienza e tecnologia non hanno risposte risolutive, un numero rilevante di pazienti si rivolge alle medicine alternative i cui professionisti, in genere, offrono maggiore attenzione alla persona, alla relazione e all'ascolto.

Vale la pena di ricordare che in medicina, le decisioni sono influenzate da numerosi fattori, alcuni dei quali non sono direttamente collegati alle circostanze in relazione alle quali sono adottate le singole determinazioni. Essi sono, infatti, l'espressione di atteggiamenti culturali - secondo i quali "fare di più è sempre meglio" - e di interessi economici e professionali che orientano i nostri comportamenti e le nostre scelte verso un eccessivo impiego della tecnologia. Le decisioni dipendono poi dalle incertezze della scienza, dal grado di aggiornamento del medico, dal suo livello di alfabetizzazione statistica, dalla presenza di specifici conflitti d'interesse economici e professionali, dal grado di empatia e dal timore di incorrere in contenziosi medico-legali.

Giova poi ricordare che spesso non si tratta di scegliere semplicemente tra interventi efficaci o non efficaci, sulla base di una mera valutazione quantitativa dei benefici e dei rischi associati alle diverse alternative. Può capitare, ad esempio, di dover scegliere tra il mantenimento di una certa disabilità e i rischi associati ad un intervento chirurgico, o di rinunciare, in nome della sicurezza, a piccoli o grandi piaceri della vita (su questo punto, le opinioni possono essere molto diverse), o ancora di anteporre al desiderio di conoscere il proprio stato di salute il rischio di apprendere una notizia indesiderata.

Il medico, in questi casi, dovrebbe aiutare il paziente a esplicitare le sue preoccupazioni, ad esprimere ciò che rappresenta un valore per la sua vita e la rende degna di essere vissuta, a riconoscere i compromessi che è disposto ad accettare, dandogli il tempo necessario per valutare le diverse opzioni possibili.

È sufficientemente provato che la relazione che s'instaura con il professionista, la fiducia nel suo operato e l'aspettativa di un beneficio possono migliorare il decorso di una malattia in modo indipendente dal tipo di intervento utilizzato (1), che i pazienti attivamente coinvolti nelle decisioni che li riguardano sono più propensi a seguirne le prescrizioni e che in fin dei conti una autentica e reale relazione umana influenza positivamente l'esito delle cure (2,3).

Alcuni studi hanno dimostrato, inoltre, che medici e pazienti hanno aspettative molto diverse sui benefici attesi dagli interventi, e che i pazienti, se correttamente informati, possono non di rado cambiare idea su cosa sia meglio fare per sé stessi, scegliendo, in genere, trattamenti meno

aggressivi. Per esempio, un buon numero di pazienti affetti da angina stabile sceglie di essere curato con la terapia medica e non con l'angioplastica, qualora sia stato correttamente informato che il rischio d'infarto e l'aspettativa di vita sono sovrapponibili (4), mentre i pazienti terminali affetti da tumore scelgono interventi meno invasivi, e a parità di sopravvivenza, conseguono una qualità di vita migliore e a costi inferiori (5).

Anche il rischio di ricevere esposti e incorrere in contenziosi medico-legali è meno probabile quando tra medico e paziente si sia instaurata una buona relazione interpersonale, fondata sul dialogo e sull'ascolto (6,7).

Insomma, oltre che per ragioni di ordine etico e deontologico, non c'è alcun dubbio che i pazienti debbano essere coinvolti nelle decisioni che riguardano la loro salute, anche perché questo può comportare molti vantaggi, sia sul piano dell'appropriatezza delle cure, sia in termini (meno nobilmente) economici.

Tra gli strumenti utili per guidare la relazione medico paziente nell'ottica sopra esposta, particolare interesse viene riposto nella medicina narrativa, quale strumento utile ad integrare gli aspetti scientifici della medicina basata sulle prove di efficacia con quelli affettivi, emozionali, familiari, sociali che, non va mai dimenticato, contraddistinguono l'unicità e la complessità della persona che si sottopone alle cure.

La storia della malattia raccontata da chi ne è affetto, accompagnata dalla disponibilità all'ascolto da parte del professionista aiuta, infatti, a costruire un'autentica relazione di cura improntata sull'interazione tra due dimensioni dell'essere (quello scientifico e quello della vita) diversi, ma ugualmente importanti per poter giungere a decisioni informate e consapevoli (8,10).

BIBLIOGRAFIA

1. Benedetti F: Il cervello del paziente. Giovanni Fioriti editore 2012.
2. Hibbard JH et al: Patients With Lower Activation Associated With Higher Costs; Delivery Systems Should Know Their Patients' 'Scores'. Health Aff February 2013 vol. 32 no. 2 216-222.
3. Kelley JM et al: The Influence of the Patient-Clinician Relationship on Healthcare Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. PLoS ONE 2014; 9(4): e94207. doi:10.1371/journal.pone.0094207.
4. Rothberg MB et al: The Effect of Information Presentation on Beliefs About the Benefits of Elective Percutaneous Coronary Intervention. JAMA Intern Med. 2014;174(10):1623-1629.
5. Zhang B et al: Health Care Costs in the Last Week of Life. Arch Intern Med. 2009;169(5):480-488.
6. Hickson GB, Jenkins AD: Identifying and Addressing Communication Failures as a Means of Reducing Unnecessary Malpractice Claims. NC Med J 2007; 68(5); 362-364.
7. Tamblyn R et al: Physician Scores on a National Clinical Skills Examination as Predictors of Complaints to Medical Regulatory Authorities. JAMA 2007; 298(9); 993-1001.
8. Charon R: Narrative medicine: Honoring the stories of medicine. Oxford: Oxford University Press. 2006.
9. Bert G: Medicina narrativa. Storie e parole nella relazione di cura. Roma, Il pensiero Scientifico Editore, 2007.
10. Greenhalgh T, Hurwitz B: Narrative based medicine: Why study narrative? BMJ 1999;318: 48-50.

STATEMENT

- 1) La comunicazione nell'ambito della relazione con il paziente è tempo di cura, quale parte essenziale ed imprescindibile di ogni percorso clinico, nel rispetto della dignità della persona. La comunicazione non si identifica con l'acquisizione del consenso. I professionisti sanitari e l'organizzazione devono fornire al paziente tutte le informazioni relative alla patologia, agli accertamenti diagnostici ed ai trattamenti sanitari proposti nonché alle alternative disponibili evidenziandone i rischi, i benefici e le prevedibili conseguenze sulla qualità della vita. Devono altresì aiutare il paziente a prendere decisioni importanti ed accompagnarlo ad esplorare gli aspetti emozionali, oltre che razionali, della decisione, attraverso il dialogo e l'ascolto empatico.
- 2) Il processo di comunicazione è dinamico, tiene conto della capacità di comprensione dell'interlocutore ed accompagna l'intero percorso di cura del paziente. L'ottimizzazione dei percorsi di cura deve tenere conto della necessità di prevedere tempi adeguati e spazi idonei per la comunicazione efficace con il paziente.
- 3) È opportuno che le strutture sanitarie predispongano strumenti di ausilio alla comunicazione con il paziente, quali video, informative, brochure e "patient decision aids", su supporti informatici e cartacei. Tali strumenti devono essere considerati integrativi e non sostitutivi del dialogo. È importante che nella elaborazione di tali strumenti vengano coinvolte le associazioni dei cittadini.
- 4) È opportuno che nel processo di comunicazione vengano coinvolti anche i familiari, i caregivers od una persona di fiducia indicati dal paziente.
- 5) I pazienti fragili devono essere coinvolti nella comunicazione, tenendo conto delle loro minorazioni e nel limite delle loro facoltà di comprensione.
- 6) I piani formativi delle istituzioni e delle strutture ospedaliere devono perseguire il miglioramento delle competenze comunicative e relazionali di tutti i professionisti sanitari per garantire la miglior qualità della relazione con il paziente. Gli Ordini Professionali (medico e Infermieristico) debbono essere coinvolti in questo processo.
- 7) È interesse del paziente, dei professionisti e dell'organizzazione mantenere traccia dei momenti dedicati alla comunicazione e dei suoi contenuti, in modo da assicurare la possibilità di ricostruire per finalità cliniche, di ricerca e/o medico legali il processo di comunicazione. È opportuno che all'interno della documentazione clinica ambulatoriale e di ricovero siano identificati degli spazi specifici dedicati alle comunicazioni con il paziente.
- 8) L'acquisizione del consenso o del rifiuto deve avvenire dopo avere lasciato al paziente un tempo congruo per elaborare le informazioni ricevute, proporzionato alla invasività e rischi del trattamento nonché al suo impatto, certo o potenziale, sulle sue abitudini di vita.

- 9) È indispensabile che i percorsi di cura sanitari prevedano delle procedure specifiche sulla gestione della comunicazione con il paziente e l'acquisizione del consenso o rifiuto al trattamento, prevedendo anche un set specifico di indicatori.
- 10) È auspicabile che le istituzioni e le strutture sanitarie implementino progetti di medicina narrativa come strumento di relazione.