



DENTAL Evidence



Review della letteratura internazionale

EVIDENCE BASED DENTISTRY

Dire e fare: la comunicazione medico-paziente

Dal Codice di Deontologia Medica (2006)

Art. 33 - Informazione al cittadino. Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostiche e terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate. Il medico dovrà comunicare con il soggetto tenendo conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima partecipazione alle scelte decisionali e l'adesione alle proposte diagnostiche e terapeutiche. Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta [...]

Qualche anno fa il prestigioso *British Medical Journal* domandò ai suoi lettori quali dovessero essere le caratteristiche del buon dottore (Hurwitz B et al, 2002). Tutte insieme le risposte giunte alla redazione della rivista permisero di formare una lista di 70 qualità, alcune delle quali poco scontate, quali coraggio, creatività, grazia... Dalle numerose lettere pubblicate emerse però un tratto comune, sia che l'autore della risposta fosse un medico, un educatore o un paziente: il buon dottore doveva essere un abile comunicatore, in grado di saper ascoltare e capire quello che il paziente chiede, ma anche capace di parlare in maniera semplice e, quando necessario, di rimanere in silenzio. Con comunicazione infatti non va intesa la semplice veicolazione di informazioni verbali dal medico al paziente, ma un processo molto più complesso, bidirezionale, composto da elementi verbali, para-verbali e non verbali (vedi approfondimento in questa pagina "Gli elementi costitutivi del processo di comunicazione"). Inoltre quando si parla di comunicazione in ambito medico bisogna avere ben presente che questa ha peculiarità assolutamente uniche. Infatti il rapporto medico-paziente non è per sua natura di tipo paritario, per lo più non è volontario (il paziente si trova obbligato ad andare dal medico), avviene in

situazioni di oggettiva debolezza di una delle parti (pensiamo al paziente odontoiatrico in preda a un forte dolore), spesso in ambienti assolutamente inadatti (pensiamo a una corsia di ospedale) e soprattutto riguarda aspetti molto importanti della vita di una persona.

Va sottolineato come una comunicazione medico-paziente adeguata non significhi solamente un buon rapporto, ma più in generale una prestazione medica di maggiore successo. Infatti l'abbondante letteratura sull'argomento ha mostrato come una buona comunicazione significhi maggiore soddisfazione e fidelizzazione del paziente, come influisca positivamente sulla compliance e sulle variabili cliniche e come faccia bene anche al medico, riducendo lo stress e il rischio di contenziosi medico legali.

Nonostante ciò la formazione in tema di comunicazione è stata per lungo tempo trascurata, forse a causa della scorretta convinzione che siano le caratteristiche individuali e la personalità i determinanti della comunicazione efficace. Neanche l'esperienza è così importante se è vero che, nonostante un medico svolga nella sua carriera circa 200.000 visite, una comunicazione insoddisfacente è uno dei più comuni motivi di insoddisfazione dei pazienti. Infatti la comunicazione medica prevede l'acquisizione di tecniche specifiche che dovrebbero essere materia fondamentale del curriculum di qualsiasi figura professionale che si occupi di sanità.

Una ricerca sulla comunicazione medico-paziente

Poche settimane fa la rivista *Archives of Internal Medicine* ha riportato i risultati di una ricerca (Makoul et al. 2007) che aveva come obiettivo uno dei momenti chiave nello stabilire una comunicazione corretta tra medico e paziente (e non solo), ovvero le fasi iniziali della visita. Gli autori dell'articolo, dal titolo esplicativo "An evidence based perspective on greetings in medi-

cal encounters", hanno intervistato un campione di pazienti su aspetti "apparentemente banali della comunicazione medico-paziente, [...] ma che possono stabilire un clima positivo e aumentare le possibilità di una alleanza terapeutica", ovvero se fosse cosa gradita lo scambiarsi una stretta di mano prima di iniziare la visita e come desiderassero che il medico si presentasse e si rivolgesse loro. Riguardo al primo aspetto, circa l'80% degli intervistati ha risposto di aspettarsi che il curante li salutasse con una stretta di mano. Questo conferma quanto indicato in molti manuali di comunicazione medica, nei quali viene sempre enfatizzata l'importanza delle componenti non verbali della comunicazione. Una stretta di mano è un gesto ben codificato, serve a ridurre le distanze tra medico e paziente e stabilisce un primo contatto fisico, precedendo eventuali contatti ben più intimi che possono aver luogo nel corso della visita. La maggioranza dei pazienti inoltre preferirebbe che il medico si presentasse con il proprio nome e cognome

"Buongiorno, sono Lorenzo Milani" piuttosto che con il solo nome "buongiorno sono Lorenzo" o col solo cognome "buongiorno sono il dottor Milani".

Gli autori sembrano suggerire che l'uso del titolo accademico prima del nome possa essere di ostacolo a un rapporto paritario, mentre raccomandano che sia spiegato chiaramente al paziente il ruolo dell'interlocutore, particolarmente in situazioni in cui gli operatori possono avere livelli di formazione diversa. Lo studio odontoiatrico è sicuramente una di queste situazioni, così come una clinica universitaria, in cui spesso per il paziente non è facile orientarsi tra studenti, infermieri, medici e docenti.

Meno chiare sono invece le indicazioni su come i pazienti desiderano essere chiamati, non sembra esserci una preferenza netta a favore di una delle formule proposte dai ricercatori

(nome, cognome, nome e cognome). Il suggerimento degli autori è allora quello di utilizzare nome e cognome nel rivolgersi ai pazienti, sempre allo scopo di diminuire la distanza tra le parti. Curiosamente, a pochi mesi di distanza, veniva pubblicata una ricerca in cui si domandava ai pazienti su quale base stabilissero la professionalità di un medico. Anche in questo caso il fatto di stringere la mano al momento di presentarsi era considerato importante dalla maggior parte degli intervistati, i quali inoltre davano per scontato che il medico se la fosse lavata! (vedi approfondimento in questa pagina "Mani pulite").

G. L.

"MANI PULITE"

Nonostante lavarsi le mani tra un paziente e l'altro sia considerato il più importante singolo comportamento per ridurre le infezioni in ambienti medici, troppo spesso è un gesto che viene trascurato. Anche una revisione sistematica Cochrane che ha recentemente analizzato la letteratura alla ricerca di un intervento capace di promuovere questa semplice pratica non è riuscita a indicare soluzioni efficaci (Chudleigh et al. 2007).

Una proposta è venuta nei mesi scorsi dal Chief medical officer inglese che, denunciando una "intollerabilmente scarsa igiene delle mani" di chi lavora in ospedale, ha indicato l'incentivazione di questa pratica come una delle due priorità del sistema sanitario. Una soluzione attualmente oggetto di studio è che siano i pazienti a offrire ai medici prima della visita delle salviette disinfettanti con cui pulirsi le mani.

GLI ELEMENTI COSTITUTIVI DEL PROCESSO DI COMUNICAZIONE

(modificato da Carrassi, Bellani, Pezzotta. Comunicazione e counselling. Come parlare al proprio paziente. Masson, 1999)

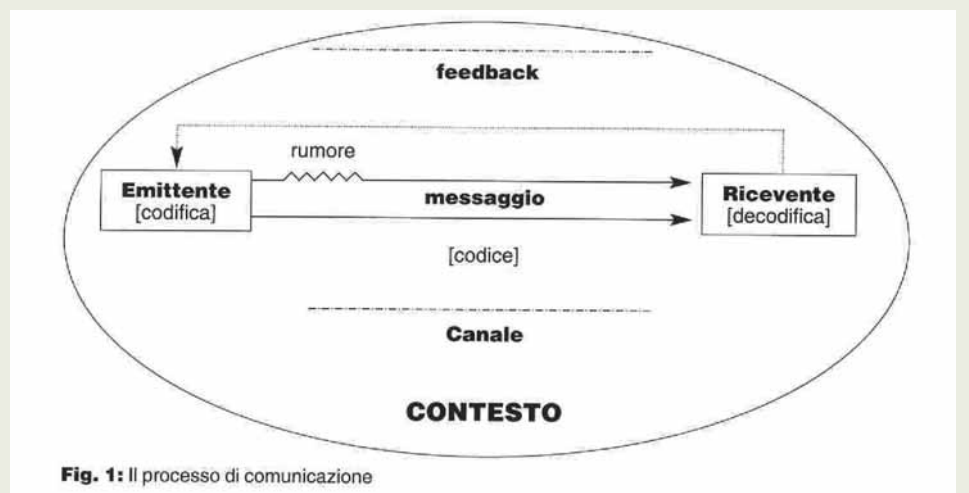


Fig. 1: Il processo di comunicazione

Emittente

L'emittente è colui che invia il messaggio. Prima di essere trasmesso, il messaggio subisce un processo di codifica che lo rende intelligibile al destinatario: un pensiero viene trasformato in una frase di senso compiuto.

Ricevente

Il ricevente è colui che riceve il messaggio e ne interpreta il significato in seguito a un processo di decodifica, di elaborazione e di integrazione con i dati relativi al contesto.

Messaggio

Il messaggio è l'informazione trasmessa. Messaggi diversi possono essere trasmessi contemporaneamente attraverso canali differenti, oppure in sequenza, sfruttando lo stesso canale: essi possono essere tra loro congruenti o incongruenti.

Feedback

Il feedback (o retroazione) è la risposta che il ricevente rimanda all'emittente. Il feedback può raggiungere l'emittente ancora prima che il messaggio sia stato completamente trasmesso, attraverso il medesimo o un altro canale. Sulla base dei feedback che riceve l'emittente è in grado di modificare la forma e il contenuto del messaggio.

Codice

Il codice è l'insieme di segni, di simboli e di regole attraverso cui viene espresso il messaggio. Il codice deve essere condiviso dagli interlocutori: spesso l'utilizzo non condiviso di codici è motivo di incomprensioni e fraintendimenti.

Rumore

Il rumore si riferisce a qualsiasi interferenza nella trasmissione del messaggio. Può derivare dall'ambiente fisico circostante ma anche dalle condizioni fisiche, emotive o cognitive dell'emittente e del ricevente. Anche il comportamento degli interlocutori può determinare un ostacolo nel processo di comunicazione.

Canale

Il canale è il mezzo fisico attraverso cui il messaggio è trasmesso. In un normale scambio dialettico sono utilizzati contemporaneamente almeno due diversi canali di comunicazione: quello visivo-gestuale e quello acustico-vocale. L'esistenza di più canali consente la trasmissione simultanea di diversi messaggi.

Contesto

Il contesto si riferisce non soltanto all'ambiente fisico, al luogo e al tempo in cui il processo comunicativo si svolge, ma anche, e soprattutto, alla situazione relazionale esistente tra le due persone e ai relativi ruoli in tale situazione. Il contesto influenza anche le aspettative reciproche degli interlocutori e queste, a loro volta, interferiscono nell'elaborazione dei messaggi.