

ALIMENTAZIONE E COUNSELING

Il rapporto di relazione tra medico e paziente: agende mentali a confronto

Gallieno Marri

Roma, 04-09 novembre 2013

La percezione soggettiva della malattia è cambiata

Sintomi non riconducibili alla sola sfera organica.

Livello generale di cultura è accresciuto

Scegliere delle cure più appropriate autonoma per se stesso

Il modello di medicina centrato sul paziente.

Una delle più importanti novità della medicina centrata sul paziente è senza dubbio la cosiddetta “agenda del paziente”

Agenda del paziente

Vocabolo derivante dalla letteratura anglosassone

Non corrisponde al suo equivalente italiano.

“Modalità con la quale il soggetto vive la sua malattia e il tipo di bisogni di cui è portatore nel momento in cui incontra l'operatore sanitario (ascolto, comprensione, sostegno ...)”

Si passa dal vissuto, interpretato soggettivamente, al vissuto comunicato al medico.

Agenda del paziente

Quattro dimensioni o aree:

1. I sentimenti
2. Le idee e interpretazioni
3. Le aspettative e i desideri
4. Il contesto

I sentimenti

La malattia evoca sentimenti

I sentimenti sono soggettivi, quindi unici e non omologabili con quelli di altri soggetti

Tutto ciò che è unico non può essere interpretato e valutato secondo schemi aprioristici

Il sentimento statisticamente predominante è la paura.

I sentimenti

Chi si rivolge al medico, lo fa presentandogli i suoi sentimenti, che sono come l'abito di scena dell'attore che sul palcoscenico si presenta allo spettatore e al critico teatrale

Il paziente offre al medico l'immagine di se e della sua malattia

Il medico deve recepire quello del paziente gli presenta e fargli capire di averlo recepito e compreso

I sentimenti sono alla base della comprensione delle altre aree dell'agenda

In sintesi il medico deve riconoscere le emozioni dell'assistito e cercare di capire la loro importanza

Le idee e interpretazioni

“Modello ingenuo” di malattia”

Analisi dello stato, interpretazione dei sintomo, ipotesi diagnostica

Cultura, etnia, provenienza geografica, la religione, ecc.. alla base del modello

Le idee e interpretazioni

Le interpretazioni e i significati del paziente il più delle volte non coincidono con i significati che può dare il medico

Idee e interpretazioni costituiscono l'intelaiatura (frame) sulla quale il paziente costruisce le sue convinzioni

Molti frames sono comuni a molti pazienti, ma ogni paziente li personalizza sulla base della proprio vissuto.

Il medico deve analizzare il livello di conoscenza del malato sulla propria malattia e il modello ingenuo che ne ha costruito

Le aspettative e i desideri

Le aspettative esprimono quella che è la percezione della possibilità che un fatto possa accadere

Anticipazione di ciò che si ritiene possa accadere come conseguenza dell'approccio con il medico

Il desiderio esprime l'augurio che qualcosa accada, pur se non la si ritiene realisticamente possibile

Un evento può essere atteso, ma non desiderato e/o desiderato, ma non atteso

Non si possono generalizzare aspettative e desideri

Il medico deve riconoscere le aspettative e i desideri per i quali il paziente si è rivolto a lui.

Il contesto

Il contesto comprende la realtà familiare, socio-culturale, lavorativa e ambientale dell'assistito

Le tre precedenti aree sono intrinsecamente legate a questa quarta,

L'area del contesto determina le altre tre aree

Il contesto condiziona l'effetto della malattia sul malato

Il medico deve comprendere dell'importanza del contesto e delle conseguenze del proprio operato nel contesto del paziente

L' agenda del medico

Modalità con la quale egli vive la realtà professionale e il tipo di bisogni di cui è portatore nel momento in cui incontra l' assistito.

L' agenda del medico a sua volta può comprendere:

- responsabilità professionali, istituzionali, familiari
- problemi personali che possono interferire con il lavoro
- gratificazione e soddisfazioni lavorative
- benessere e qualità della vita

L' agenda del medico

L' azione terapeutica del medico deve intervenire su tutte e quattro aree dell' agenda del paziente

L' azione terapeutica può essere sintetizzata in quattro momenti:

- comprensione e risposta ai sentimenti del paziente
- sollecitazione dell' espressione delle idee e delle interpretazioni del paziente
- accertamento delle aspettative del paziente
- ascolto della storia del paziente

Colloquio clinico

Fondamentale per il medico la conoscenza e l' utilizzo di tecniche di comunicazione

Nel colloquio clinico occorre attenersi a una “scaletta” operativa che può essere espressa in fasi cinque fasi.

- La prima serve a creare un'atmosfera centrata sul paziente
- Nella seconda il medico dirige il colloquio e definisce i punti da analizzare con il paziente
- La terza, in cui il paziente acquista certezza di essere ascoltato dal medico e il medico riesce a farsi un' idea del paziente
- La quarta, in cui vengono approfonditi i punti che il paziente ritiene principali siano essi sintomi che emozioni
- La quinta, in cui il medico con il suo operato rassicura e sostiene il paziente

Colloquio clinico

Prima fase, che serve a creare un'atmosfera centrata sul paziente:

- accogliere cordialmente il paziente e chiamarlo con il suo nome
- presentarsi nel caso si tratti di nuovo paziente
- mettere il paziente a proprio agio e garantirne la privacy
- fare in modo che non ci siano barriere comunicative

Colloquio clinico

Seconda fase, in cui il medico dirige il colloquio e definisce i punti da analizzare con il paziente:

- definire il timing
- riuscire a fare definire al paziente una sorta di elenco dei suoi problemi e delle sue richieste
- fare una sintesi
- stabilire le priorità

Colloquio clinico

Terza fase, in cui il paziente acquista certezza di essere ascoltato dal medico e il medico riesce a farsi un'idea del paziente:

- porre una iniziale domanda aperta sui problemi emersi
- incoraggiare il flusso delle informazioni con tecniche aperte non direttive
- fare delle richieste aperte e/o commenti nel caso di pazienti reticenti
- porre domande chiuse di chiarimento e/o verifica

Molto importante è fare attenzione al linguaggio non verbale

Colloquio clinico

Quarta fase, in cui vengono approfonditi i punti che il paziente ritiene principali siano essi sintomi che emozioni:

- recepire la soggettività dei sintomi
- capire il contesto in cui si esprime la sintomatologia
- continuare a incoraggiare il flusso delle informazioni
- considerare le emozioni del paziente
- affrontare le emozioni emerse
- concludere quando pensa che il paziente lo abbia calato nella sua storia e che lui abbia sufficienti elementi per svolgere la sua azione terapeutica

Colloquio clinico

Quinta fase, in cui il medico con il suo operato rassicura e sostiene il paziente:

- sintetizzare il colloquio
- valutare con il paziente la validità della sintesi
- concludere l'incontro

In estrema sintesi si potrebbe dire che il colloquio clinico si basa su tre cardini:

- raccolta delle informazioni dal paziente
- restituzione delle informazioni al paziente da parte del medico
- impostazione o rafforzamento della relazione paziente-medico

Raccolta delle informazioni dal paziente

La raccolta di informazioni ha fundamentalmente quattro obiettivi:

1. diagnosi
2. identificazione dell' agenda del paziente
3. valutazione delle modificazioni sia cliniche che del vissuto del paziente
4. valutazione dell' importanza delle informazioni ottenute ai fini terapeutici

Raccolta delle informazioni dal paziente

Il paziente di solito lancia segnali sotto forma di indizi (cues) e suggerimenti (prompts), specifici della sua agenda.

I segnali in cui cues e prompts si esplicitano possono essere:

- ripetizione di sintomi e temi
- argomenti trattati con indifferenza, ma ripresi al termine dell'esposizione
- modificazione del tono vocale quando espone temi significativi
- pause nel discorso in caso di argomenti che ritiene importanti
- introduzione di un argomento non coerenti con quelli trattati nel momento

I pazienti manifestano i problemi per loro più importanti in maniera sfuggente alla fine del colloquio clinico

Raccolta delle informazioni dal paziente

Il medico deve possedere una serie di capacità:

- capacità di porre domande e di sollecitare il punto di vista del paziente (questioning skills)
- la capacità ascolto con acquisizione e utilizzo delle informazioni ricevute (active listening skills)
- capacità di verifica (checking skills)
- capacità di riflessione (reflection skills)

Impostazione o rafforzamento della relazione paziente-medico

Empatia:

capacità di comprendere lo stato d'animo dell' altro, di portare questi nel proprio mondo.

Una relazione empatica è caratterizzata da due fattori:

1. interesse, cioè quello che il paziente vive della sua malattia è importante per il medico e quindi gli interessa
2. rispetto, cioè il medico non giudica il paziente e ciò che esprime

L' empatia è il presupposto per la visione comune del problema

Le emozioni

La comunicazione tra paziente e medico è influenzata dalle emozioni contrastanti dei due soggetti che si confrontano

Le emozioni del paziente e del medico a confronto possono determinare confusione, fraintendimento e non condivisione

L'analisi delle emozioni aiuta il rapporto tra paziente e medico

Le emozioni sono difficili da esprimere, sia per il medico che per il paziente

Le emozioni

Esempi di emozioni del paziente:

- **ignoranza** (non so cosa ho)
- **paura** (temo si tratti di qualcosa da grave)
- **diffidenza e sfiducia nei medici** (le sue terapie approssimative e/o sbagliate, meglio curarsi da soli)
- **rifiuto** (non voglio curami)

Le emozioni

Esempi di emozioni del medico:

- ignoranza (non so cos' ha il paziente)
- irritazione (parla tanto ma capisco poco)
- rabbia (critica la mia diagnosi)
- sfiducia (non farà ciò che suggerirò)
- gelosia professionale (magari si fida più di un altro)
- espulsione (ma vada a farsi curare da un altro)

Le emozioni

Paura del confronto con le emozioni dei pazienti

Esempi di paure comuni del medico:

- se riconosco una mia emozione nella sua, me la farà aumentare
- se ammetto di non sapere e lo dico non si fiderà
- il problema è suo, non mio per fortuna!

Non solo le emozioni, ma anche il ragionamento è contrastante:

- quello del medico è organizzato per sintomi e diagnosi
- quello del paziente per problemi

Se l'agenda del paziente e quella del medico non trovano punti di vicinanza e di assonanza possono verificarsi:

- rischio di sbagliare diagnosi, trattamento e prognosi
- insoddisfazione del paziente
- non collaborazione
- inosservanza del programma terapeutico
- rischio di non-guarigione, di ricadute e/o di cronicizzazione della malattia
- rischio di uno scompenso emotivo del paziente
- ricorso a medicine alternative
- cambio del medico
- denunce

Se l'agenda del paziente e quella del medico entrano in collaborazione senza confusione aumentano,

per il medico:

- probabilità di successo terapeutico
- possibilità di crescita professionale ed economica
- gratificazioni
- accrescimento dell'autostima

per il paziente:

- soddisfazione
- compliance
- possibilità di guarigione
- stima e collaborazione con il medico curante

Conclusioni

Il paziente deve essere centrale nel processo che va dall'esposizione dei sintomi, alla diagnosi e, attraverso la terapia, alla cura, ma, se si fa riferimento alla dimensione relazionale, vanno tenute in considerazione e con la stessa dignità sia l'agenda del paziente che quella del medico

Solo così è possibile il successo relazionale e terapeutico