



SCUOLA DI COMUNICAZIONE IN SANITÀ'



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Rhodense

PERCHE' MEDICO E PAZIENTE SI PARLANO MA SPESSO NON COMUNICANO?

PREMESSA

Tra quello che penso, quello che voglio dire, quello che credo di dire, quello che dico, quello che voi volete sentire, quello che voi volete capire, quello che voi credete di capire, quello che capite

CI SONO ALMENO 8 POSSIBILITA' DI NON CAPIRSI PER NIENTE!

Una premessa che sarebbe già sufficiente per rendersi conto che, se è fondamentale impostare una comunicazione condotta in modo efficace tra persone comuni, lo è a maggior ragione se tale rapporto comunicativo intercorre tra medico e paziente.

Una comunicazione efficace può quindi davvero rappresentare il reale completamento dell'atto terapeutico, ottimizzando le relazioni con assistiti e famiglie, aumentando la consapevolezza, riducendo la distanza medico-paziente, migliorando il grado di soddisfazione e l'adesione ai percorsi terapeutici, riducendo le controversie medico-legali e la medicina difensiva in generale, ma anche contribuendo a prevenire il logorio psico-fisico dei clinici.

Una opportunità per tutti, verso quell'alleanza terapeutica tanto cercata dai pazienti, ma troppe volte disattesa.

E se comunicare una "flogosi delle prime vie aeree" può far cadere in un baratro di ansia e apprensione un paziente a cui si sta semplicemente diagnosticando un banale mal di gola, è altrettanto vero che per un medico risulta particolarmente difficile semplificare non solo la terminologia utilizzata, ma soprattutto l'approccio squisitamente umano al paziente stesso.

Il che diventa ancora più complesso nel caso della comunicazione relativa ad esempio a malattie oncologiche o particolarmente gravi.

Del resto secondo una recente indagine condotta in alcune oncologie italiane, circa il 60% dei clinici ritiene poco adeguata la propria formazione universitaria in questo ambito; il rapporto con il paziente è costruito più in base a caratteristiche personali e alla propria esperienza che non su competenze strutturate.

Diventa così fondamentale, che la comunicazione divenga disciplina di studio e insegnamento anche nei corsi di laurea in Medicina e Chirurgia, e che venga insegnata contestualmente alle discipline cliniche.

Nell'epoca attuale poi il medico deve sapersi rapportare anche a un paziente che verosimilmente arriva da lui già edotto sulla patologia di cui soffre o di cui crede di soffrire: ai primi sintomi si è infatti già rivolto in via preventiva a “dottor Google”, che gli avrà prospettato quasi sicuramente una prognosi alquanto nefasta, rendendo ancora più complesso il lavoro comunicativo del medico, che deve prima eliminare alcune errate convinzioni del paziente e solo successivamente iniziare a costruire una relazione convincente.

Parlare con un adulto non è affatto semplice: gli adulti ascoltano e imparano solo in presenza di determinate condizioni:

- *Se vogliono e se ne hanno bisogno ovvero se desiderano capire il più presto possibile*
- *Se collegano le informazioni alle esperienze passate, presenti e future*
- *Se l'ambiente è gradevole e informale*
- *Se parlate “la loro lingua” (gergo, terminologia, esempi concreti)*
- *Se è a loro chiaro come può essere utile ciò che viene detto all'interno di un quadro strutturato e coerente (chiare premesse e chiare conclusioni)*
- *Se il messaggio viene spesso ricapitolato e se esiste un chiaro collegamento tra la visione d'insieme e i particolari di dettaglio/approfondimento*
- *Se riservate spazio per domande e discussione*

Detto questo salta all'occhio che il 99% delle comunicazioni tra medico e paziente avviene con ben altre modalità.

A ciò si potrebbe aggiungere l'importanza che rivestono in ogni rapporto comunicativo i tre canali che coinvolgono l'occhio e il cervello: il canale verbale cioè il contenuto, cosa viene detto e le parole utilizzate rivestono solo il 7% dell'importanza nella efficace ricezione del messaggio.

Il 38% è riservato alle caratteristiche della voce (volume, ritmo, tono, pausa) e il restante amplissimo 55% a tutto ciò che del parlante si vede (mimica facciale, sguardo, postura, gesti, distanza).

E chiunque può ricordare quanto abbiamo spiato tali segnali provenienti dal medico per cercare di dedurre più che dalle parole la gravità reale della diagnosi che ci stava comunicando.

Tutto questo per dimostrare quanto il giuramento di Ippocrate nell'era di Internet e della comunicazione globale non possa essere sufficiente e come sia necessario apprendere altre competenze al fine di svolgere al meglio la propria importante professione.

IL PROGETTO

Il progetto è quindi quello di attivare un comitato per una “Scuola di formazione” che coinvolga nomi di alto profilo e possa ripetere l’esperienza in modo itinerante in diversi ospedali.

Del comitato promotore, ad oggi, per la prima iniziativa, fanno parte l’**ORDINE DEI MEDICI DI MILANO, ASST RHODENSE, ASSOCIAZIONE ITALIANA GIORNALISMO RESPONSABILE, ASSOCIAZIONE LAMPADA DI ALADINO.**

La scuola di formazione propone quindi un ciclo di lezioni che diano un credito formativo e rivolto ai medici.

Il corso accreditato ECM, sarà articolato in 10 incontri di circa 3 h (2,15 h di parte teorica e 40 min. di dibattito **che sarà moderato da un giornalista dell’Associazione Italiana Giornalismo Responsabile**), con cadenza settimanale, a partire dal mese di Marzo 2017 fino a Ottobre 2017.

Ogni tematica affrontata terminerà con una proposta risolutiva.

Al Termine di tutti incontri è prevista la stesura del decalogo del “buon medico” con 10 proposte risolutive da trasmettere agli organi competenti e da pubblicizzare alla stampa.

Per la Stampa e Comunicazione collaborerà l’agenzia di progettazione e verifica dei processi di informazione pubblica **Servizi Comunicazione Istituzionale.**

Promotori: Martino Trapani, Roberto Bollina;

Comitato Scientifico: R. Carlo Rossi, R. Bollina, M. Trapani, E. Politi, D. Petruzzelli, G. Cattaneo, John Tremamondo;

Attori coinvolti: Università, Psicologi, Medici di MMG, Pediatri di libera scelta, Medici Ospedalieri, Esperti di comunicazione;

Partecipanti: 120, di cui 90 Medici Ospedalieri, Medici specialisti ambulatoriali territoriali ASST RHODENSE e 30 Medici e Odontoiatri OMCEOMI;

Segreteria Organizzativa: Ufficio Formazione Permanente ASST RHODENSE in collaborazione con Ufficio Formazione OMCEOMI;

Provider ECM: Ordine dei medici Milano con supporto Uff. Formazione ASST RHODENSE;

Aula: V. CAPACCHIONE Presidio Ospedaliero Rho (ASST RHODENSE), corso europa n.250 RHO;

LE TEMATICHE DEGLI INCONTRI:

Premessa fondamentale per impostare efficacemente i vari incontri è che anche i relatori conoscano le fondamentali regole della comunicazione a prescindere dai contenuti che esporranno.

Ogni persona che stia dalla parte del pubblico si attende il rispetto di queste regole della comunicazione:

- Che si dica le verità (massimo delle qualità)
- Che si dica quanto basta (minimo della quantità)
- Che lo si dica chiaramente (massimo del modo)
- Che non si vada fuori tema

Solo in questo modo si potrà ottenere la cooperazione del nostro interlocutore.

Il pubblico ascolterà più attentamente anche se gli oratori

- Non si ergono a giudici
- Non esibiscono superiorità
- Non si rifugiano in dogmi

Precisato questo, dagli argomenti trattati sarà estrapolato il **DECALOGO DELLA BUONA SANITA' IN PILLOLE** ovvero 10 proposte per aggiornare, integrare, innovare il rapporto medico-paziente, migliorando l'immagine e la credibilità dell'istituzione sanitaria verso i cittadini, pazienti e non.

Ogni proposta conclusiva alla fine di ogni giornata di corso formativo verrà comunicata alla stampa dandole l'opportuno risalto.

Le proposte del decalogo nascono alla fine di ogni singola lezione e verranno pubblicizzate subito con un documento che sottoscriveranno tutti gli oratori in modo tale che diventi un documento ufficiale significativo.

Tale documento potrà essere portato all'attenzione della Terza Commissione Sanità di Regione Lombardia, affinché valuti e prenda in considerazione le proposte che pervengono dalla scuola di formazione, sottoscritte da dieci e più "esperti".

IL DECALOGO DELLA BUONA SANITA' IN... PILLOLE

PILLOLA 1) LE PATOLOGIE DELLA GLOBALIZZAZIONE

(Dott. Roberto Carlo Rossi, Presidente Ordine dei medici e Odontoiatri Milano e Provincia)

Come adeguare i protocolli di cura alle patologie endemiche presenti in cittadini provenienti da Paesi lontani.

Oggi tali protocolli sono standardizzati sulla casistica delle patologie note principalmente a livello europeo o per le nazioni con tradizioni, usi e costumi simili a quelle europee.

Bisognerebbe invece ampliare gli orizzonti ad altre patologie endemiche di Paesi lontani. Ciò prevede la preliminare conoscenza di tali patologie e la creazione di un nuovo protocollo di cura che non induca il paziente ad immotivati, stressanti quanto costosi accertamenti sanitari, in quanto magari le sue caratteristiche fisiologiche sono per loro natura differenti da quelle di un cittadino europeo.

Proposta:

Confronto di esperienze tra medici in merito alle patologie Endemiche poco note e presenti in pazienti di altre etnie.

Sensibilizzare l'Assessorato al Welfare affinché sostenga e promuova, anche in accordo con le Università e il Ministero della Salute, lo studio e la definizione di un nuovo protocollo di cura.

PILLOLA 2) IL CONTENZIOSO E LA MEDICINA DIFENSIVA

(Prof. Umberto Genovese, Università Statale Milano)

Il medico non è più libero nelle scelte diagnostiche e terapeutiche ma è sempre più condizionato dalla necessità di evitare comportamenti che possano metterlo a rischio di denunce.

La tecnologia ricopre un ruolo decisivo nella pratica della Medicina difensiva: gli specialisti ammettono di utilizzarla per tranquillizzare i pazienti e se stessi.

Più gli specialisti prescrivono procedure diagnostiche inutili o trattamenti aggressivi per condizioni a basso rischio, più questo tipo di approccio tende a diventare lo standard legale per la pratica clinica con conseguente aumento di inutili costi.

L'iter del disegno di legge sulla responsabilità professionale con le nuove disposizioni in materia di responsabilità professionale del personale sanitario che assicurano l'equilibrio tra la tutela dei medici, che hanno bisogno di svolgere il loro delicato compito in serenità, e il diritto dei cittadini dinanzi ai casi di malasanità. Valutazioni e riflessioni.

Proposta:

Esporre, nelle competenti sedi istituzionali, prima regionali e poi nazionali, le esigenze e le specifiche problematiche professionali vissute dai medici. Procedere, preliminarmente, all'elaborazione di un primo documento di indirizzo che tenga conto della valutazione politico-istituzionale risultante dall'analisi della problematica a seguito di un'audizione in aula e dal conseguente verbale di discussione della Commissione Sanità di Regione Lombardia.

PILLOLA 3) DOTTOR WEB: QUANDO IL PAZIENTE ARRIVA GIÀ 'INFORMATO'

(Dott.ssa Paola Mosconi, IRCCS Mario Negri Milano)

Al primo sintomo chiunque accede ai motori di ricerca e si fa una autodiagnosi, spesso nefasta in quanto non possiede le conoscenze/competenze adatte a distinguere le varie casistiche riportate in Internet. La conseguenza è spesso che o il parere del medico viene considerato meno significativo o peggio che il paziente si fidi del tutto della Rete.

Proposta:

Dedicare più tempo nel quotidiano alla condivisione/spiegazione e alla domanda di informazioni sanitarie che sempre più numerose i cittadini pongono ad internet.

Un tempo che può rivelarsi un ottimo investimento sul lungo tempo e sulla credibilità verso il paziente da parte del medico.

Il 'dottor Web', cui sempre più potenziali pazienti fanno ricorso rinviando o, al contrario, esasperando i tempi del ricorso alle cure mediche, è un fenomenale e diffusissimo strumento di informazione che però non ha spesso titoli idonei per spacciarsi o per sostituirsi al medico in carne ed ossa. Da una parte appare utile e indispensabile ricorrere ad un maggiore utilizzo di questo strumento di divulgazione di massa intervenendo sia con la sempre più frequente pubblicazione di studi, esperienze e documentazioni scientifiche riconosciute, sia segnalando abusi, disinformazioni, nonché la pubblicazione di notizie e informazioni prive di fondamento.

PILLOLA 4) LE PAROLE PER DIRLO - OLTRE LA MEDICINA: IL DIALOGO MEDICO-PAZIENTE NELLE CURE DI FINE VITA

**(dott. C. Cacioppo, Direttore Sanitario Hospice S. Maria delle Grazie, Monza
dott.ssa S. Mengo, Medico Palliatore)**

Fino a che punto è giusto e corretto somministrare ai pazienti terminali ricoverati negli hospice dei farmaci palliativi utili solo per tenere in vita il paziente qualche giorno in più? Non si allunga la sua agonia psicologica, dal momento in cui sa che la propria morte è imminente e certa? Far vivere qualche giorno in più un malato terminale con farmaci specifici non significativi sul piano della cura, ma alquanto costosi si può considerare accanimento terapeutico

Proposta:

Attivare una reale interazione tra i servizi oncologici e gli hospice. Formalizzare un PDTA “Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale “End stage” per la gestione delle Cure Palliative Precoci per i pazienti ricoverati nelle strutture per acuti.

(Tale servizio verrà verrà avviato a livello sperimentale, nell’ASST Rhodense, a cura di un gruppo di lavoro dedicato formato da anestesisti, cardiologi, pneumologi, pediatri, intensivisti, infermieri, palliativisti, patologi.).

PILLOLA 5) IL BUON ESITO DELLA TERAPIA PASSA ANCHE ATTRAVERSO UNA EFFICACE COMUNICAZIONE

**(Prof.ssa Maria Grazia Strepparava, Psicologia Della Comunicazione
- Università Milano-Bicocca)**

La comunicazione medico-paziente è un consolidato e sperimentato strumento di successo per migliorare la qualità dell'assistenza come ampiamente dimostrato nella premessa a questo documento.

Proposta:

Comunicazione e ampliamento di una fascia oraria dedicata al colloquio con i familiari nel reparto o nel servizio. Introduzione di una figura professionale specificatamente dedicata al dialogo col paziente e con i suoi famigliari.

PILLOLA 6) IL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE NELLE DIVERSE CULTURE E NELLA MEDICINA ALTERNATIVA. DUE MONDI PARALLELI?

(Dott. Davide Toniolo, Dirigente medico oncologia ASST RHODENSE)

La medicina alternativa è definita tale in quanto le pratiche che ad essa si riferiscono non sono state sottoposte a verifiche sperimentali condotte con metodo scientifico o non le hanno superate. Tanto che potrebbero risultare inefficaci o addirittura dannose per la salute. Ciò nonostante sono sempre di più i pazienti che vi ricorrono anche grazie all'efficace e affascinante metodo olistico praticato dai medici 'alternativi'.

Proposta:

Sottoporre al paziente le varie possibilità di cura, sottolineando gli eventuali rischi, ma anche i vantaggi che la medicina alternativa può portare in alcune patologie .

PILLOLA 7) LA RESPONSABILITÀ DEL MEDICO NELLA STRUTTURA PUBBLICA E PRIVATA. OSSERVAZIONI SULLA LEGGE DELEGA IN FASE DI APPROVAZIONE

(Alessandro Gnani, Magistrato 2° sezione civile Tribunale Monza)

L'iter del disegno di legge sulla responsabilità professionale, modifica infatti la responsabilità del medico sia dal punto di vista penale, poiché il medico non sarà più responsabile neppure per colpa grave se rispetta le linee guida, sia civile, dato che si prevede la natura extracontrattuale della responsabilità dei medici non liberi professionisti di cui bisognerà dimostrare la colpevolezza nel loro operato e il dimezzamento del termine di prescrizione. In questo modo viene introdotta l'azione diretta nei confronti dell'assicurazione; il tentativo obbligatorio di conciliazione che pone un freno al proliferare dei contenziosi giudiziari; viene limitata l'azione di rivalsa della struttura sanitaria nei confronti del medico da un punto di vista quantitativo; viene creato un fondo di garanzia per le vittime di malasanità.

Valutazioni e riflessioni.

Proposta:

I medici, tramite i loro organismi rappresentativi, chiederanno di essere attivamente partecipi nei tavoli di discussione per contribuire alla migliore attuazione della legge.

PILLOLA 8) IL CONSENSO INFORMATO: NON UN ARIDO E IMPERSONALE STRUMENTO DI LEGGE, MA UN ELEMENTO DI UMANIZZAZIONE E INTERAZIONE TRA MEDICO E PAZIENTE.

(Alfredo D'Ari, Dirigente Ufficio III Direzione Generale della Comunicazione e Relazioni Istituzionali - Ministero della Salute).

Il consenso informato attiene al diritto fondamentale della persona all'espressione della consapevole adesione al trattamento sanitario proposto dal medico, e quindi alla libera e consapevole autodeterminazione del paziente. In mancanza di consenso informato l'intervento del medico - al di fuori dei casi di trattamento sanitario per legge obbligatorio o in cui ricorra uno stato di necessità - è pertanto sicuramente illecito, anche quando sia nell'interesse del paziente.

Proposta:

Promozione di uno studio giuridico per la definizione di un 'Consenso informato' uniformato ed efficace:

- a) per il rispetto dei criteri di umanizzazione e interazione tra medico e paziente;*
- b) nella tutela del medico che sottopone il paziente ad esami o interventi di chirurgia o ad altre pratiche per le quali è richiesta la sottoscrizione del consenso informato;*
- c) nella salvaguardia dei diritti del malato di essere curato nel rispetto delle migliori prassi.*

PILLOLA 9) DAL “CURARE” AL “PRENDERSI CURA”: IL PERCORSO POLITICO E GIURIDICO TRACCIATO DAL LEGISLATORE IN MATERIA DELLA LEGGE DI RIORDINO DELLA SANITÀ REGIONALE.

(Dott. Roberto Bollina, Direttore Sanitario ASST RHODENSE)

Con il varo della nuova riforma della sanità di Regione Lombardia, cambia la mission delle strutture sanitarie pubbliche e private.

Non solo nuove sigle, ma dietro di esse si concretizzano le rinnovate risposte alle emergenti necessità e bisogno di cure da parte dei cittadini.

Una di queste è la scarsa se non nulla comunicazione tra medico di base e medico ospedaliero, che va invece incentivata, ad esempio tramite una App e/o attraverso specifiche organizzazioni di Regione Lombardia in modo da ottimizzare le informazioni in possesso di ambedue riguardo al paziente, soprattutto nei casi di emergenza.

Proposta:

Una App per la comunicazione tra medici ospedalieri e medici del territorio.

Il contatto diretto e tempestivo tra il medico di famiglia e quello ospedaliero in condizioni di pronto soccorso, si rivela indispensabile per la sicurezza di un paziente che, in condizioni critiche e con pregresse gravi patologie croniche, necessita di cure urgenti.

Attraverso l'integrazione e l'interazione dei dati tra i diversi CED impegnati nell'assistenza ed emergenza è possibile attivare un servizio che si rivelerebbe prezioso affinché il paziente riceva tempestivamente le cure migliori.

PILLOLA 10) "QUANDO IL PAZIENTE E' UN BAMBINO..."

(Dott.ssa Mariella Enoc, Presidente IRCCS Ospedale Bambino Gesù)

Formalizzare il progetto "Le favole della buonanotte" a cura di AVO (Associazione Volontari Ospedalieri) presso le UUOO di Pediatria (attivo già a Garbagnate dal 2015). Il progetto si inserisce in un contesto di "avvicinamento" del bambino alla malattia, divenendo attore principale della sua favola.

Proposta:

I reparti di pediatria rappresentano la culla in cui i piccoli pazienti posso convivere e crescere con paure e angosce oppure il luogo in cui imparano a comprendere che il rispetto della persona e del proprio prossimo deve essere la priorità di vita dell'essere umano. Tanto è stato fatto con le azioni del volontariato, l'arrivo di Clown in reparto, la Pet Therapy, la lettura delle fiabe e l'utilizzo della multimedialità. E' importante che queste ed altre analoghe iniziative, alle quali è riconosciuto un valore terapeutico, vengano codificate e inserite quali best practice nel piano di organizzazione per l'assistenza e le cure dedicate ai pazienti-bimbi.

*contatto per i giornalisti:
stampascuoladicomunicazione@gmail.com
cell. 3887812167 (portavoce Ettore Politi)*