

La Comunicazione con il paziente in Medicina Generale

Communication with the patient in General Practice

Sara Rigon¹, Charilaos Lygidakis¹

¹ Medico di Medicina Generale, Bologna

Correspondence to:

Sara Rigon
blahlahlah@email.it

Published by Edicare Publishing. All rights reserved
IJPC 2011; 3, 3:95-98

ABSTRACT

Patient communication plays an essential role in everyday clinical practice in General Practice (GP). It is possible to observe the communication skills techniques in European countries, during the exchange programmes for GP trainees, which are organised by the Vasco da Gama Movement. The patient agenda often does not match the physician's and sometimes is also neglected or misinterpreted. This may lead to low patient satisfaction and suboptimal clinical practice. Knowing how to approach the patient's problems and fears, besides managing his/hers expectations, is of high importance in order to enhance satisfaction and quality of care. Furthermore, GP's unique position should be considered, as he/she can discuss difficult and sensible topics with his/her patients. The ICE (Ideas, Concerns and Expectations) model is an example of holistic and patient-centred approach, which is appropriate for GPs, and explores the patient's point of view concerning diagnosis and treatment. The importance of medical communication is also emphasised in education. For instance, a correct and consistent assessment of the communication skills in GP is possible with the use of the MAAS-Global scale.

Keywords:

clinical competence; communication; physician-patient relations; general practice; medical education

RIASSUNTO

La comunicazione con il paziente riveste un ruolo fondamentale nella pratica della Medicina Generale (MG). Infatti, nel corso di programmi di scambio interculturale per consisti di MG, promossi dalla sezione Exchange del Vasco da Gama Movement, c'è anche l'opportunità di osservare le tecniche di comunicazione visitando ambulatori di MG di paesi come l'Inghilterra o l'Olanda. Spesso l'agenda del paziente non coincide con quella del medico e a volte viene trascurata o male interpretata con l'effetto di una scarsa soddisfazione del paziente e una pratica clinica non ottimale. Saper approcciare i problemi e i timori del paziente oltre che gestire le sue aspettative diventa di fondamentale importanza per migliorare la soddisfazione del paziente e la qualità delle cure, tenendo anche in considerazione che un MMG si trova nella posizione ideale per intraprendere discussioni con i suoi pazienti che riguardano temi difficili e sensibili. Una metodologia che esemplifica a pieno l'approccio olistico, centrato sul paziente, proprio della MG è il modello ICE (Ideas, Concerns and Expectations) che indica le idee, le preoccupazioni e le aspettative del paziente circa la diagnosi e/o la terapia. La comunicazione in MG viene enfatizzata anche in ambito formativo. Per una valutazione corretta e riproducibile delle abilità comunicative è stato introdotto il MAAS-Global, che valuta le capacità cliniche complessive, globali, di un medico, sia scientifiche che umanistiche.

Parole chiave:

competenza clinica; relazione medico-paziente; Medicina Generale; Formazione Medica

INTRODUZIONE

La comunicazione con il paziente riveste un ruolo fondamentale nella pratica della Medicina Generale (MG) soprattutto in Nord Europa. Infatti, i fautori della comunicazione restano a

tutt'oggi i paesi nordici, dove la tradizione e lo sviluppo di quella che potremmo considerare una vera e propria scienza nella scienza trova le sue radici. Questi paesi hanno sviluppato negli anni particolari tecniche di comunicazione, come

l'ICE britannico e metodi di valutazione dell'efficacia comunicativa quale il MAAS-Global Olandese.^{1,2}

Come consisti in Medicina Generale, abbiamo avuto l'opportunità di partecipare a due programmi di scambio: il primo UK Exchange tenutosi a Glasgow a novembre del 2009 e l'Olandese Dutch Exchange a maggio del 2010. Eventi organizzati entrambi da associazioni di specializzandi in MG dei rispettivi paesi, gli AiTs (Associates in Training) inglesi e il LOVAH olandese. Tali programmi di scambio interculturale sono promossi dalla sezione Exchange del Vasco da Gama Movement, unione di giovani e futuri medici di Medicina Generale (MMG) del WONCA Europe. Questa particolare divisione del movimento annovera tra i propri obiettivi lo sviluppo di una Medicina Generale di respiro Europeo attraverso lo scambio e il confronto di idee e prospettive tra specializzandi e giovani MMG di diversa nazionalità. Nello specifico la nostra partecipazione a questi eventi internazionali è stata resa possibile anche grazie al movimento Giotto (www.movimento-giotto.org), un movimento culturale nato con l'obiettivo di facilitare la discussione e il confronto tra i giovani medici di Medicina Generale Italiani, al fine di creare una "coscienza comune" dei contenuti culturali e scientifici propri della nostra branca.

Questi exchanges ci hanno permesso di conoscere realtà professionali differenti e ci hanno spinto alla riflessione su vari aspetti della Medicina Generale Europea oltre che nostrana. Tali eventi rappresentano, infatti, un'esperienza unica che permette non solo di conoscere il Sistema di Cure Primarie di un altro paese e la sua organizzazione nel modo più diretto e coinvolgente possibile, ma anche di allargare i propri orizzonti e creare contatti con colleghi stranieri.

Nel corso di questi eventi, infatti, abbiamo anche avuto l'opportunità di osservare le tecniche di comunicazione visitando ambulatori di Medicina Generale del posto. Di particolare interessante la giornata presso gli ambulatori dei MMG nei Paesi Bassi che ha fatto emergere lo spiccato atteggiamento collaborativo e partecipativo dei pazienti Olandesi, frutto di una più che buona comunicazione tra medico e paziente. Comunicazione quale base del rapporto medico-paziente, come ci è stato spiegato durante la presentazione del MAAS Global e delle tecniche di comunicazione adottate dalla MG Olandese, anche attraverso il filmato di una reale visita medica, uno dei pilastri del metodo di insegnamento della comunicazione in MG.

LE COMUNICAZIONE CON IL PAZIENTE E LA SUA SODDISFAZIONE

Tra i motivi che incoraggiano i MMG a considerare il punto di vista del paziente durante i colloqui clinici, vi sono la soddisfazione del paziente e la qualità delle cure. Un paziente insoddisfatto, infatti, si caratterizza per una bassa compliance,

scarsi miglioramenti della sintomatologia, tendenza a non rispettare gli appuntamenti e, in ultima analisi, alta probabilità di cambiare medico.

In questo senso, le abilità comunicative e le qualità umane del medico si pongono tra le variabili non cliniche, insieme alla puntualità e la pulizia dell'ambulatorio, capaci di modificare la soddisfazione di un assistito. Ecco, quindi, che saper approcciare i problemi e i timori del paziente oltre che gestire le sue aspettative diventa di fondamentale importanza per il miglioramento della qualità delle cure fornite, sul piano strettamente sostanziale e di cura.

A tal fine è stato pensato il modello ICE -acronimo di Ideas, Concerns and Expectations- che sta ad indicare le idee, le preoccupazioni e le aspettative del paziente circa la diagnosi e/o la terapia. Tutto nasce dalla concezione suggerita da diversi studi scientifici secondo cui i pazienti, spesso, sono spinti a frequentare i nostri ambulatori da una specifica motivazione ('specific agenda'), una particolare situazione che il paziente vorrebbe sottoporre al medico, oltre i timori sulle cause della stessa insieme al desiderio di poter fare qualcosa in merito. Esempificando un paziente si presenta dal medico preoccupato per una tosse che ritiene sospetta (IDEAS: qualsiasi opinione del paziente in merito ad una possibile diagnosi, trattamento o prognosi), è preoccupato perché il fratello di sua moglie è recentemente deceduto a seguito di un tumore ai polmoni (CONCERNS: paure o timori espressi dal paziente sulla possibile diagnosi o trattamento), e spera che il medico gli prescriva una TC in modo da fugare ogni dubbio (EXPECTATION: aspettativa espressa o riportata riguardo a una diagnosi formulata o a un trattamento proposto). A questo punto il medico potrà fare un esercizio di pura clinica visitando il paziente scrupolosamente, raccogliendo un'accurata anamnesi e infine congedandolo, a seconda dei casi, con un antibiotico, la prescrizione di una radiografia del torace o un semplice fluidificante. È altamente probabile che in questo caso il paziente lascerà lo studio medico con un senso di insoddisfazione e, afflitto dagli stessi timori con i quali è entrato nell'ambulatorio, cercherà "un medico che sa fare bene il suo mestiere": prescrivere una TC per una tosse. Se, invece, il dottore sarà capace di far emergere la reale motivazione che, insieme a paure e aspettative, ha spinto il paziente nel suo ambulatorio, potrà fornirgli una più completa assistenza: una risposta personalizzata e globale ai suoi bisogni di salute.

Una tale metodologia esemplifica a pieno l'approccio olistico, centrato sul paziente, proprio della Medicina Generale, quale primo filtro delle esigenze di salute del cittadino. Il Medico di famiglia, infatti, più di altri specialisti deve sapere riconoscere le reali, e a volte nascoste, richieste sanitarie dei propri pazienti. L'utilizzo di questa tecnica può far emergere le ragioni più nascoste di una visita medica, apportare importanti infor-

mazioni per la diagnosi o la cura, oltre a influenzare la scelta terapeutica condivisa (shared decision making) e, con grande probabilità, aumentare la compliance al trattamento.

Un altro esempio di impiego di tali tecniche è il fenomeno di inappropriata prescrizione di antibiotici. Nella nostra società di ritmi rapidi, molti pazienti vogliono essere curati il prima possibile. È opinione comune tra i pazienti a cui è stato prescritto un antibiotico a pochi giorni dall'insorgenza di un mal di gola che questo rappresenti una terapia efficace e veloce e conseguentemente con più facilità richiederanno la prescrizione di antibiotici al ripresentarsi di una tale sintomatologia.^{3,4} In questo contesto le tecniche di comunicazione possono offrire molto, come dimostra un recente studio che ha coinvolto MMG formati sulle tecniche di comunicazione per la gestione di pazienti con infezione del tratto respiratorio inferiore. Secondo questa ricerca pazienti ben informati sui rischi e i benefici di un trattamento antibiotico hanno portato ad una riduzione della prescrizione di circa la metà da parte di MMG formati rispetto ai non formati.⁵

LA FORMAZIONE DELLE COMPETENZE COMUNICATIVE

L'importanza della comunicazione in Medicina si riflette anche in ambito formativo. Molte sono le università e i corsi di specializzazione che prevedono nel loro programma corsi ed esami in questa disciplina. Per una valutazione corretta e riproducibile delle abilità comunicative in Medicina è stato introdotto il MAAS, prima versione dell'odierno MAAS-Global, acronimo di Maastricht History-taking and Advice Scoring consisting of Global items, che deve il suo nome al fiume che attraversa la sua città natale, Maastricht. In principio approntato per valutare gli studenti di Medicina, a seguito della revisione del 1992 viene adottato dalla scuola di Medicina Generale di Maastricht. Nel 1998 il modello viene perfezionato specificatamente per le visite in Medicina Generale, segue, poi, l'ultimo aggiornamento del 2000 tradotto in inglese, a cui si qui fa riferimento.

Il MAAS-Global valuta le capacità cliniche complessive, globali, appunto, di un medico, sia scientifiche che umanistiche e consiste di 3 sezioni: le 'abilità comunicative per ogni fase della visita' seguite dalle 'abilità comunicative generali' ed infine gli 'aspetti clinici'. Soffermandoci sull'esame delle abilità comunicative, questo strumento valuta tutti quei comportamenti, verbali e non, tenuti dal medico che conducono ad una comunicazione efficace con il paziente. Le linee guida del MAAS-Global suggeriscono, quindi, di (i) porre domande aggiuntive, (ii) riassumere quanto riportato dal paziente, (iii) approfondire le rischiate di aiuto e, infine, (iv) cercare di coinvolgere il paziente nel piano terapeutico.

In particolare, durante la fase delle 'domande aggiuntive', il dottore rivolgerà quesiti al paziente con lo scopo di incoraggiarlo ad aggiungere ulteriori elementi al problema (ad esem-

pio, "Questa cosa quanto la disturba?"). Alcune persone tendono ad interpretare queste domande come un invito a parlare, mentre altri la potranno valutare come una conferma della comprensione del medico, in entrambi i casi si dovrebbero sentire compresi e sostenuti.

'Approfondire la richiesta di aiuto' significa valutare le aspettative del paziente e più precisamente cercare di capire quale sia il cambiamento che il paziente si aspetta e quale sia il ruolo del medico in questo cambiamento. In alcuni casi i pazienti, infatti, non hanno avuto modo di riflettere sulla problematica e su cosa vorrebbero che succedesse o come la situazione potrebbe migliorare, in questo caso il medico deve, quindi, aiutarli in questo processo, fornendo tempo e spazio per la riflessione (ad esempio, 'Cosa la ha portata a cercare l'aiuto di un medico?', 'Cosa pensa di questa situazione?', 'Quanto la disturba questo problema?', 'Come ha cercato di risolvere la cosa fino ad ora?', 'Quale impatto ha avuto la cosa sui suoi familiari?'). È bene ricordare che non tutte le situazioni cliniche consentono questo approccio e questa fase, come in urgenza, emergenza o per i consulti telefonici.

Le linee guida del MAAS forniscono, inoltre, suggerimenti per l'esecuzione dell'esame clinico, secondo le quali il medico dovrebbe spiegare al paziente dove avverrà la visita, quali parti del corpo verranno esaminate e quali porzioni dovranno essere, quindi, scoperte e cosa deve fare (stendersi, sedersi) prima dell'inizio dell'esame.

Ai fini di una comunicazione efficace una certa rilevanza assumono anche il riportare i sentimenti del paziente con parole o anche non verbalmente e riassumere quanto espresso dall'assistito al fine di controllare di aver ben compreso il problema che ci è stato presentato, mostrando al contempo partecipazione e sostegno. Le abilità comunicative sono importanti anche durante la formulazione di una diagnosi e il coinvolgimento del paziente nel piano terapeutico, i quali dovrebbero prevedere un riassunto dell'anamnesi e dei risultati degli esami eseguiti ricordandosi di chiedere al paziente dandogli, infine, spazio per esprimere la propria opinione sulle possibili terapie e trattamenti e verificando l'effettiva adesione di questo al programma concordato.

A conclusione della visita il MAAS raccomanda di sondare la soddisfazione del paziente e quanto le sue rischiate siano state tutte considerate.

A ben vedere questo strumento per la valutazione della pratica clinica fornisce suggerimenti accurati e specifici per ogni fase della visita medica, anche se è bene ricordare che nella sua versione completa non è applicabile a qualsiasi situazione, ma per lo più a consultazioni semplici durante le quali il paziente porta un solo problema non complicato. Per questo motivo infatti, sono sviluppate altre scale di valutazione per scenari specifici, come per esempio l'acquisizione del

consenso informato e la comunicazione di brutte notizie al paziente.^{6,7} Eppure il MAAS resta sempre un ottimo esercizio educativo, utilizzabile da e per gli studenti pre e post laurea, ma anche nell'educazione continua, capace di fornire un riscontro sul proprio operato clinico.

CONCLUSIONI

Una Medicina Generale efficiente ed efficace si basa su tre elementi principali la conoscenza, l'abilità nella soluzione dei problemi, e la comunicazione. D'altronde, revisioni sistematiche della letteratura mostrano come una buona comunicazione sia fondamentale per una assistenza sanitaria di alta qualità, confermando l'assioma 'buona interazione medico-paziente - buona pratica clinica'.

Jonathan Silverman sostiene, infatti, che la comunicazione non è semplicemente l'essere gentili con i pazienti o centrati sul paziente, ma una componente essenziale della professione che determina la nostra efficienza clinica come medici.⁸ A riprova di ciò, spesso l'agenda del paziente non coincide con quella del medico e a volte viene trascurata o male interpretata con l'effetto di una scarsa soddisfazione del paziente e una pratica clinica non ottimale. Si consideri, inoltre, il fatto che il nuovo paziente è più informato e a volte meno disponibile ad affidarsi al proprio medico. Come emerge da una recente ricerca, tre quarti degli americani indagano sulla propria condizione o problema su Internet prima di discuterne con un medico e più della metà di quelli che cercano informazioni on-line arrivano ad una auto-diagnosi e sono disposti a cambiare stili di vita seguendo tali informazioni.⁹ Ma anche noi medici spesso pensiamo che il paziente si aspetti da noi l'azione, che sia la prescrizione di un esame o di una terapia, quando, invece, secondo la letteratura nella maggioranza dei casi i pazienti entrano nei nostri ambulatori semplicemente in cerca di informazioni e spiegazioni.

Un MMG si trova nella posizione ideale per intraprendere discussioni con i suoi pazienti che riguardano temi difficili e sensibili, come per esempio la morte, la violenza intrafamiliare e l'uso di sostanze, a patto di adottare un linguaggio adeguato secondo l'età, la scolarizzazione, la cultura, il livello socio-economico e del background del paziente. Ecco, quindi, che la comunicazione e l'ascolto del paziente diventano di fondamentale importanza per l'esercizio della migliore Medicina Generale possibile. E questo è valido a qualsiasi latitudine, come dimostra uno dei primi studi di confronto internazionale sul confronto internazionale sull'opinione del paziente in merito alla qualità della Medicina Generale secondo cui soggetti provenienti da culture diverse possono avere, sì, aspettative diverse su specifici aspetti dell'assistenza, ma hanno anche molte opinioni comuni, soprattutto per quanto riguarda la comunicazione medico-paziente e l'accessibilità alle cure, ma questa è tutta un'altra storia.

BIBLIOGRAFIA

1. Matthys J, Elwyn G, Van Nuland M, et al. Patients' ideas, concerns, and expectations (ICE) in general practice: impact on prescribing. *Br J Gen Pract.* Jan 2009;59(558):29-36.
2. Thiel Jv, Ram P, Dalen Jv. MAAS-Global Manual 2000. 2003; www.hag.unimaas.nl/Maas-Global_2000/GB/MAAS-Global-2000-EN.pdf.
3. Coenen S, Michiels B, Renard D, Denekens J, Van Royen P. Antibiotic prescribing for acute cough: the effect of perceived patient demand. *Br J Gen Pract.* Mar 2006;56(524):183-190.
4. McNulty CA, Francis NA. Optimizing antibiotic prescribing in primary care settings in the UK: findings of a BSAC multi-disciplinary workshop 2009. *J Antimicrob Chemother.* Nov 2010;65(11):2278-2284.
5. Cals JW, Butler CC, Hopstaken RM, Hood K, Dinant GJ. Effect of point of care testing for C reactive protein and training in communication skills on antibiotic use in lower respiratory tract infections: cluster randomised trial. *BMJ.* 2009;338:b1374.
6. Miller SJ, Hope T, Talbot DC. The development of a structured rating schedule (the BAS) to assess skills in breaking bad news. *Br J Cancer.* May 1999;80(5-6):792-800.
7. Wand S, Schildmann J, Burchardi N, Vollmann J. [The "bad news consultation assessment scale" (Aufklärungsgesprächbewertungsskala, AGBS): a tool for assessing communication competencies when breaking bad news to cancer patients]. *Z Arztl Fortbild Qualitatssich.* 2007;101(10):645-651.
8. Silverman J. Teaching clinical communication: a mainstream activity or just a minority sport? *Patient Educ Couns.* Sep 2009;76(3):361-367.
9. Belliveau MA. Health info online: the stakes are higher. 2010. <http://pagingdrugupta.blogs.cnn.com/2010/10/04/health-info-online-the-stakes-are-higher/>.