- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.217.6 Fri, 11 Jul 2025, 07:35:00

La comunicazione tra medico e paziente con scompenso cardiaco cronico può aiutare ad ottenere gli obiettivi terapeutici. Come renderla efficace?

Marinella Sommaruga, Ornella Bettinardi*, Cristina Opasich**

*Servizio di Psicologia, Fondazione S. Maugeri, Clinica del Lavoro e della Riabilitazione, IRCCS, Tradate (VA), *Servizio di Psicologia San Giacomo, Casa di Cura Privata di Riabilitazione Intensiva Accreditata al SSN, Ponte dell'Olio (PC), **Divisione di Cardiologia, Fondazione S. Maugeri, Clinica del Lavoro e della Riabilitazione, IRCCS, Pavia*

Key words:
Adherence; Assistance; Communication skills; Doctor-patient relationship; Heart failure.

In the management of chronic heart failure there is increasing evidence that effective communication with the patient is an important tool in health care since it permits the achievement of therapeutic goals and the patient's satisfaction in terms of the quality of health assistance received. In fact, the variations in the communication processes relevantly influence the results in some behaviors and attitudes of the patient, such as adherence to the therapeutic prescriptions, understanding and remembering the information received, satisfaction with the medical examination and less worry. The capacity of the patient of co-administering the illness may result in a reduction in the instability due to avoidable concomitant factors, and thus reduce the heart failure morbidity and rehospitalization rate. Building up an effective doctor-patient relationship becomes an important goal to achieve, and the necessary instruments are not only instinctive or the result of experience, but can also be taught and learnt.

The aim of this work was to give a contribution, which, in addition to underlining the theoretic aspects of the communicative process by means of numerous examples taken from everyday practice in patient management, is to induce reflection and to propose ways of intervention for the improvement of the therapeutic relationship between the cardiologist and the patient with heart failure.

(Ital Heart J Suppl 2001; 2 (9): 945-957)

© 2001 CEPI Srl

Ricevuto l'8 gennaio 2001; nuova stesura il 29 marzo 2001; accettato il 26 aprile 2001.

Per la corrispondenza:

Dr.ssa Marinella Sommaruga

Servizio di Psicologia Fondazione S. Maugeri Clinica del Lavoro e della Riabilitazione, IRCCS Via Roncaccio, 16 21049 Tradate (VA) E-mail: msommaruga@fsm.it

Il medico è seduto in ambulatorio, sta compilando schede di dimissione ospedaliera. Una paziente bussa alla porta dello studio ed entra.

"Buongiorno, Dottore, posso? Si ricorda di me?" (aspetto dimesso, tono di voce basso, spalle ricurve, incertezza nell'eloquio e nel cammino)◆1*

"*Sì, certo, Signora R., entri pure* (continua a scrivere e a mantenere lo sguardo sulle carte) *Che c'è?* (espressione seria e accigliata verso la paziente) *Qualche problema?"*◆2

"*Sono passata perché mi sembra che non stia andando tanto bene ... Me lo aveva detto Lei ... di passare"* (sguardo nervoso verso l'alto e poi verso il basso, senza contatto con il medico)◆3

"*Le manca il fiato? Non dorme di notte? Com'è la pressione?"* (ritmo incalzante)◆4

"*No, un po', ... la pressione è la solita, ... non direi, non è questo ... non so ..."* (risposte poco chiare, tono di voce sempre più basso)◆5

"Quanto pesa? È aumentata di peso?"◆6

"Non credo. Le dico la verità Dottore, non mi sono più pesata. Ma tanto ... uhm ... Non ho più fame ..."◆7

"*Ma Lei sta facendo le cose che le ho ripetuto tante volte? Sta prendendo tutte le medicine? Sta a riposo?"* (scuote la testa, sguardo nuovamente rivolto verso le carte, riordina la scrivania)◆8

"Sì Dottore, prendo le medicine, ma ...◆9 *È ormai qualche giorno che ho iniziato la sua nuova medicina, però non sento nessun miglioramento ... e allora ...* (stringe le mani, si tocca i capelli). *Speravo, ma mi sento sempre stanca, non ho più voglia ... mi manca l'entusiasmo ... Migliorerò?"*◆10

"Perché me lo chiede ancora? Ne abbiamo già parlato! Gli effetti del betabloccante non si vedono subito ... Non avrà per caso smesso di prenderlo?"◆11

"*Ma, ... a volte, ... al mattino ... mi sembrava non servisse, mi sentivo sempre uguale*

* I riferimenti ◆ numerici vengono richiamati nel testo.
Contesto: ambulatorio scompenso di un ospedale.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.217.6 Fri, 11 Jul 2025, 07:35:00

... tutte quelle pastiglie! (volto inespressivo, tono di voce monocorde) *Non saranno troppe? Non ho voglia di mangiare"*◆[12]
"Senta, adesso non posso spiegarLe di nuovo tutto quello che deve fare. Intanto, riprenda il betabloccante che le avevo prescritto e ne riparliamo alla prossima visita ... Quando è fissato il prossimo appuntamento?"
... (continua a rimanere seduto)◆[13]

La comunicazione: un mezzo terapeutico non farmacologico nel paziente con scompenso cardiaco cronico

Lo scompenso cardiaco sta diventando rapidamente una delle patologie cardiovascolari prevalenti e ci si aspetta che la sua incidenza continui ad aumentare negli anni a venire. Dati concordanti indicano che l'avanzare dell'età della popolazione e la riduzione della mortalità per eventi coronarici acuti contribuiscono all'aumento dei casi di scompenso cardiaco. Inoltre il trattamento di malattie cardiovascolari croniche come l'ischemia cardiaca, l'ipertensione, e altre importanti malattie come il diabete mellito, possono posporre anziché prevenire lo scompenso cardiaco.

L'esigenza di soluzioni assistenziali nasce, oltre che dalle dimensioni del problema "scompenso", da alcune sue caratteristiche. Sotto il profilo dell'evoluzione clinica lo scompenso cardiaco non ha affatto una storia evolutiva progressiva, graduale e quindi prevedibile, al contrario è per lo più caratterizzata da fluttuazioni, da un succedersi di instabilizzazioni e stabilizzazioni su livelli diversi di sintomaticità. Questo impone una continuità assistenziale che risponda ai bisogni dei malati nelle diverse fasi della loro malattia. Sotto il profilo terapeutico, il bagaglio di opzioni di cui disponiamo per ridurre la progressione della malattia non è vasto e l'efficacia delle varie classi farmacologiche non è in realtà soddisfacente.

È rilevante l'osservazione dell'alto numero di riospedalizzazioni (14-34%)[1,2] e di ospedalizzazioni "a basso rischio", dato facilmente verificabile nella pratica quotidiana. Butler et al.[3] hanno stimato che il 52% delle ospedalizzazioni per scompenso era da considerare a basso rischio e quindi evitabile con una buona gestione del paziente. Tra le cause di instabilizzazione, molte sono prevenibili. Tra queste, la ridotta compliance del paziente alle prescrizioni terapeutiche farmacologiche e non farmacologiche rappresenta la causa precipitante più frequente (40-50% dei ricoveri)[4,5], ma anche la più facilmente correggibile attraverso una buona gestione sanitaria[6]. Parimenti un trattamento inadeguato (ad esempio sospensione dell'ACE-inibitore o del betabloccante, dose eccessiva di diuretico, intossicazione digitalica o amiodaronica) può essere prevenuto attraverso una strategia di continuità assistenziale e di diffusione delle conoscenze al personale sanitario e ai pazienti e loro familiari.

Un altro aspetto importante emerge da uno studio di Philbin e DiSalvo[7] che hanno cercato i predittori di riospedalizzazione in pazienti ricoverati una prima volta per scompenso negli ospedali dello Stato di New York. Tra gli indicatori possibili clinicamente rilevanti: la razza (più frequente riospedalizzazione fra gli afroamericani), il tipo di assicurazione, la presenza di comorbidità e di malattia aterosclerotica coronarica. Nel complesso insomma le variabili "mediche" sembrano in realtà incidere solo in parte nel rischio di riospedalizzazione del paziente. È invece probabile, come le sempre più frequenti esperienze in letteratura stanno ormai dimostrando, che l'*assistenza* costituisca la vera arma terapeutica preventiva. I nuovi modelli assistenziali sviluppati negli Stati Uniti e negli Stati dell'Europa del nord (studi randomizzati e non)[8-28] si sono dimostrati capaci di ridurre le ospedalizzazioni, le giornate di ricovero e (conseguentemente) i costi assistenziali, e di migliorare lo stato di salute soggettivo e la soddisfazione del paziente, con un'efficacia pari o anche superiore a quella ottenibile con i farmaci; e per di più si tratta di beneficio additivo. A buon onore quindi la gestione del paziente va considerata una "terapia". I punti centrali, comuni a tutte le esperienze positive riportate in letteratura, sono la continuità assistenziale, l'approccio integrato e condiviso, l'educazione del paziente ed il suo coinvolgimento. In questo articolo si vuole soffermarsi su quest'ultimo aspetto.

Al paziente con scompenso cardiaco cronico "cogestore" vengono richieste molte capacità e molta pazienza. Alcuni esempi: l'assunzione di una politerapia farmacologica gravosa, una ferrea costanza (ad esempio, durante gli aggiustamenti posologici di ACE-inibitore o di betabloccante, oppure durante lo svolgimento di lunghi programmi di training fisico), l'attuazione di cambiamenti dello stile di vita che spesso equivalgono a rinunce, lo sviluppo di capacità di autocontrollo (ad esempio, capacità di riconoscere il livello di insorgenza dei sintomi, oppure il rilievo del peso quotidiano), la capacità di autogestire la terapia e di decidere sulle dosi di alcuni farmaci (collegare correttamente il peso corporeo e la dose del diuretico), capacità di decidere quando sia il caso di accedere rapidamente al controllo clinico ambulatoriale e quando sia meglio avvisare il medico telefonicamente o chiedergli consiglio, ecc. Insomma ci aspettiamo molto dal paziente per ottenere una riduzione della morbilità e un miglioramento della qualità di vita legata allo stato di salute, non certo una guarigione dalla malattia che, cronica, farà in ogni caso il suo decorso.

Allora l'"efficacia della cura" si basa a) su una struttura gestionale adeguata anche a favorire la cogestione, e b) su un buon rapporto medico-paziente.

La struttura gestionale. La struttura gestionale "adeguata" ha requisiti semplici ma, per rendere fluida la continuità assistenziale e incrementare l'aderenza del paziente, utilizza strategie specifiche che possono co-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.217.6 Fri, 11 Jul 2025, 07:35:00

stituire un deterrente alla mancata aderenza, spesso non intenzionale, del paziente. Tra queste, alcune sono strettamente organizzative, ad esempio lo sviluppo di sistemi di richiamo per gli appuntamenti mancati, oppure la programmazione di regolare follow-up telefonico, l'addestramento di personale infermieristico specializzato, lo sviluppo di archivi informatizzati, l'apertura all'assistenza domiciliare, al supporto sociale, ecc. Altre sono di tipo educativo e rivolte alla non aderenza "intenzionale"; di queste, alcune strategie hanno lo scopo di provvedere all'educazione del paziente, ad esempio fornendo materiale cartaceo, corsi, CD, apertura di siti su Internet, ecc.; altre di sviluppare abilità comunicative e di counseling nel personale sanitario, ad esempio promuovendo training in scienze comportamentali e corsi continui di educazione alla comunicazione (così cita il report dell'American Heart Association pubblicato nel 1997[29]). Costruire una competenza comunicativo-relazionale diventa un obiettivo strategico: l'uso consapevole ed appropriato di tecniche di comunicazione non solo consente un aumento dell'efficacia comunicativa durante l'interazione ma permette l'instaurarsi di una relazione terapeutica ottimale nel tempo. È noto infatti che i processi di comunicazione influenzano in modo rilevante alcuni esiti nei comportamenti e negli atteggiamenti del paziente, quali la soddisfazione circa la visita medica, la comprensione e il ricordo delle informazioni ricevute, l'attenersi alle prescrizioni terapeutiche e una riduzione delle preoccupazioni[30], oltre a permettere lo sviluppo di un rapporto collaborativo con il medico.

Il rapporto medico-paziente. Nel 1956 Szasz e Hollender[31] pubblicarono uno dei primi contributi scientifici all'analisi della relazione medico-paziente, proponendo l'applicazione clinica del modello di mutua partecipazione (adulto/adulto) alle malattie croniche, in cui il ruolo del medico è di aiutare il paziente ad aiutarsi.

Successivamente un tentativo di raccogliere e categorizzare le caratteristiche più ricorrenti del rapporto medico-paziente è stato fatto da Ezekiel e Linda Emanuel[32] e recentemente Bara[33] ha analizzato gli stili comunicativi che caratterizzano i diversi tipi di atteggiamento; noi stessi abbiamo tentato di esemplificarli nella pratica quotidiana dello scompenso[34]. Le caratteristiche principali dei quattro modelli sono riassunte nella tabella I. La motivazione al trattamento indotta nel paziente sembra più forte e stabile quando lo stile comunicativo del medico è cooperativo e tale da coinvolgere il paziente in modo attivo; è ipotizzabile quindi che l'applicazione di modelli interpretativo e collaborativo possa consentire una relazione più stabile nella cura di malattie croniche quali lo scompenso cardiaco. Tuttavia, in base alle risorse culturali ed emotive del paziente e allo stadio e fase di malattia il medico potrà apprendere a modulare lo stile comunicativo che comunque a lungo termine sarebbe bene giungesse ad essere il più collaborativo possibile, abbandonando modelli interattivi in cui il paziente non abbia spazio per esprimere i propri bisogni.

È interessante a questo punto ricordare il lavoro di Roter et al.[35] che hanno confrontato i pattern di comunicazione ricavati da 537 audioregistrazioni effettuate negli ambulatori di 127 medici di famiglia con i modelli di Emanuel[32]. Il pattern "narrowly biomedical" caratterizzato da domande chiuse mediche e discorso-chiacchierata da parte del medico è frequente, presente nel 32% delle visite, e riflette gli elementi essenziali del modello paternalistico: la voce del paziente è quasi assente, vi è scarsa interattività del paziente nella comunicazione, le visite sono sostanzialmente dirette e guidate dal medico. Il pattern "consumerist", caratterizzato in via principale da domande del paziente e informazioni date dal medico, richiama il modello informativo, e si presenta raramente (8% delle visite). Nei frequenti pattern "expanded biomedical" (33% delle visite) e "biopsychosocial" (20% delle visite) progressivamente affiora la discussione e migliora il dialogo. È in quest'ultimo pattern, caratterizzato da domande bilanciate su argomenti non più solo medici, che viene alla luce un modello simile a quello interpretativo di Emanuel[32]: anche le credenze e i valori del paziente associati alla malattia sono indagati e discussi. Il pattern "psychosocial", presente solo nell'8% delle visite, riflette aspetti del modello interpretativo ed anche di quello collaborativo, con preponderanza di conversazione su temi psico-sociali e scambi interattivi, ma elevata leadership da parte del paziente. Questi risultati indicano quindi un frequente ricorso al paternalismo e un modesto utilizzo di modelli collaborativi nella pratica medica quotidiana.

Una relazione collaborativa richiede tempo da dedicare al rapporto con il paziente per discutere a fondo i vari passaggi del processo assistenziale e questo spesso mal si associa con i brevi tempi assistenziali ospedalieri. Ma richiede anche ascolto attivo, osservazione ed empatia (consapevolezza accurata e meditata dei valori del malato); infine capacità comunicative. Le capacità relazionali e comunicative di ognuno non sono solo istintive o frutto di esperienza ma possono essere insegnate e quindi apprese o migliorate. Specifici percorsi formativi dovrebbero essere rivolti anche al paziente: ciò possiede risvolti positivi e in qualche modo garantistici (ad esempio, insegnare al paziente a fare domande scoraggerebbe un colloquio di cui il medico sia il solo regista). Recentemente è stato pubblicato uno studio sugli effetti di un corso di comunicazione rivolto ai pazienti[36]: si trattava della consegna di un opuscolo studiato per istruire i pazienti sulle strategie efficaci per richiedere informazioni e verificare la congruità delle risposte. Questo solo già influenzava positivamente l'aderenza soprattutto alle prescrizioni comportamentali (dieta, esercizio fisico, interruzione dell'abitudine al fumo), e la puntualità agli appuntamenti di follow-up.

Relativamente al paziente occorre poi ricordare come la frequente presenza di disturbi dell'umore (ansia,

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.217.6 Fri, 11 Jul 2025, 07:35:00

Tabella I. I modelli del rapporto medico-paziente di Ezekiel e Linda Emanuel[32] e gli stili comunicativi[33].

Modello	Valori del paziente	Obblighi del medico	Autonomia del paziente	Ruolo del medico	Stili comunicativi	Limiti
Paternalistico Il medico userà le sue capacità per definire le condizioni cliniche del paziente, lo stadio della malattia e identificherà i percorsi valutativi e terapeutici. Quindi il medico presenterà al paziente le informazioni selezionate incoraggiandolo ad acconsentire a quegli interventi che il medico reputa essere i migliori per il paziente	Obiettivi e condivisi tra medico e paziente	Promuovere il bene del paziente indipendentemente dai suoi desideri. Definire obiettivi e strategie	Assenso verso valori obiettivi	Guardiano	L'interazione è caratterizzata da una responsabilità assoluta del medico che interviene direttamente guidando le azioni del paziente e non tenendo conto delle sue intenzioni, né si preoccupa di modificare la sua conoscenza. La stessa motivazione a guarire è data per scontata	Si assume che percezione, desideri e valori del paziente siano esattamente gli stessi di quelli del medico. Non è concesso alcun dubbio né tentennamento. Il paziente percepisce il medico come qualcuno a cui non è possibile obiettare nulla
Informativo Il medico fornisce al paziente tutte le informazioni necessarie sulla sua malattia, gravità, eventuali percorsi e incertezze terapeutiche, perché il paziente possa scegliere l'intervento che preferisce e quindi il medico possa fornire al meglio l'intervento scelto	Definiti, fissi e ben noti al paziente	Offrire informazione puntuale e attuare l'intervento scelto dal paziente. Delegare al paziente	Scelta e controllo del processo decisionale	Tecnico competente	L'interazione è caratterizzata da una delega del controllo da medico a paziente. È quest'ultimo a stabilire le mete e a pianificare la terapia sulla base delle informazioni fornite dal medico, esperto competente ma deresponsabilizzato	Il medico non raccomanda una scelta per paura di essere in qualche maniera impositivo, ma così non trasmette al paziente la sua personale esperienza, il suo punto di vista, il giudizio e il consiglio basati sulla conoscenza dei valori del paziente. Il paziente percepisce il medico come un tecnico distaccato
Interpretativo Oltre a informare il paziente, il medico esprime delucidandoli i valori e i desideri del paziente e lo aiuta a scegliere l'intervento più adatto a realizzarli. Il medico informa sugli interventi suggerendo quelli più adatti. Responsabilità condivisa	Incerti e conflittuali	Chiarire e interpretare i valori del paziente, da lui magari percepiti caoticamente	Comprensione delle mete e strategie. Decisione finale, ma dopo chiarimento delle intenzioni e motivazioni	Consigliere	La definizione della meta e la pianificazione della strategia terapeutica sono realizzate insieme da medico e paziente. Poiché la responsabilità è condivisa, entrano in gioco le motivazioni di entrambi	È necessario tempo per comprendere il paziente; il medico può inavvertitamente "imporre" la sua interpretazione, passando a un modello paternalistico. Il paziente in dubbio e indebolito dalla malattia può finire con accettare, credendola propria, l'interpretazione del medico
Collaborativo Il medico informa, interpreta le aspettative del paziente, ma anche suggerisce quali valori/aspettative sarebbe meglio che egli perseguisse e con quali interventi. Medico e paziente insieme giudicano la rilevanza dei valori correlati con lo stato di salute	Aperti allo sviluppo e alla critica	Articolare i valori e le motivazioni del paziente e persuaderlo su nuovi valori e nuove scelte	Attivo nell'esprimersi e nel comprendere. Autocritico. Il paziente non solo è portato a rivedere le sue preferenze, ma a riconsiderare il loro valore e a verificare l'esistenza di altre, più meritevoli	Amico o maestro	Medico e paziente cooperano a costruire il significato che la malattia ha per il paziente. Sono entrambi impegnati in un processo di comprensione in cui la meta condivisa è che l'intervento medico realizzi i valori del paziente. Entrano in gioco le motivazioni di entrambi. Medico e paziente discutono solo i valori legati alla salute e il medico può cercare di persuadere, mai di imporre il proprio punto di vista	Il medico potrebbe assumersi il diritto di giudicare i valori del paziente e di suggerirne altri. Gli interventi che il medico suggerisce sono quelli relativi ai valori che il medico giudica meritevoli. Si può scivolare in un paternalismo non intenzionale

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.217.6 Fri, 11 Jul 2025, 07:35:00

depressione, disordini psico-fisiologici, negazione o minimizzazione della malattia, paure/fobie) e deficit cognitivi, soprattutto a carico della memoria verbale a breve termine, determinano nel paziente difficoltà nel ritenere le prescrizioni mediche (e di conseguenza ad osservarle) ma anche ostacolano una comunicazione efficace[37-39]. La consapevolezza di ciò dovrebbe condurre alla scelta di specifiche strategie: chiarezza, disponibilità a ripetere i messaggi e/o a scriverli, coinvolgimento sistematico dei familiari e percezione della natura non intenzionale di certe dimenticanze[34].

Tenendo conto di quanto finora detto si evince come la comunicazione possa essere considerata un mezzo terapeutico non farmacologico nel processo assistenziale del paziente con scompenso cardiaco cronico, e quindi le capacità comunicative meritino di essere sviluppate.

L'Area Scompenso dell'ANMCO si è dimostrata attenta nel cogliere questa esigenza e ha già svolto in tutta Italia corsi per gli infermieri professionali, nei cui programmi è stata inserita anche la tematica della comunicazione ed ha promosso corsi al Learning Center per i cardiologi interessati; in pratica ha raccolto il suggerimento dell'American Heart Association lanciato nello Special Report, già citato[29].

Scopi di questo lavoro sono stati:
• analizzare, scomponendolo a scopo didattico, l'altrimenti complesso processo comunicativo;
• fornire strumenti per imparare a comunicare al fine di ottenere il miglioramento della relazione terapeutica cardiologo-paziente.

Per entrambi gli scopi ci si è avvalsi di numerosi esempi tratti dalla pratica quotidiana di gestione del paziente con scompenso cardiaco cronico.

Analisi del processo comunicativo

La comunicazione può essere definita un processo coinvolgente più soggetti sociali in una serie di eventi; si basa soprattutto sull'interazione e sulla relazione fra gli interlocutori considerati soggetti attivi; è caratterizzata da un certo grado di consapevolezza e di intenzionalità nella persona emittente[30] (Fig. 1).

Gli studi sulla comunicazione hanno focalizzato l'analisi sulla circolarità del rapporto emittente-ricevente introducendo il concetto di feedback (retroazione), cioè la risposta del ricevente consente all'emittente di capire se il proprio messaggio è stato recepito e/o se è necessario apportarvi delle modifiche[40]. Questa prospettiva interattiva è paragonabile ad una "partita a tennis" verbale e non verbale, in cui i messaggi vanno avanti e indietro tra le parti interagenti. I sistemi interpersonali (coppie, famiglie, gruppi, ecc.) possono essere considerati circuiti di retroazione, poiché il comportamento di ogni persona influenza ed è influenzato dal comportamento di ogni altra persona. Secondo modelli più recenti si assume che gli interlocutori siano contemporaneamente (e non in momenti diversi) emittenti e riceventi durante l'interazione: diventa difficile quindi isolare un singolo atto di comunicazione da ciò che lo precede e che lo segue[41]. In altri termini la comunicazione può essere vista come il risultato di un complesso intreccio di scambi verbali e non verbali tra due o più soggetti che, interagendo, costruiscono congiuntamente il senso delle proprie azioni, sulla base di una disponibilità alla comunicazione e di un bagaglio di conoscenze comuni o comunque oggetto di negoziazione.

In tabella II[40] sono riassunte ed esemplificate alcune caratteristiche della comunicazione umana.

La comunicazione verbale. Il linguaggio utilizzato durante il colloquio con un paziente, in particolare la scelta del lessico, le modalità utilizzate nel fare domande e fornire spiegazioni sono state oggetto di numerose analisi in letteratura[30,42].

Relativamente al lessico, emerge che affinché la comunicazione sia efficace il messaggio trasmesso deve essere compreso e ricordato dal paziente: la mancata comprensione (linguaggio specialistico, materiale trop-

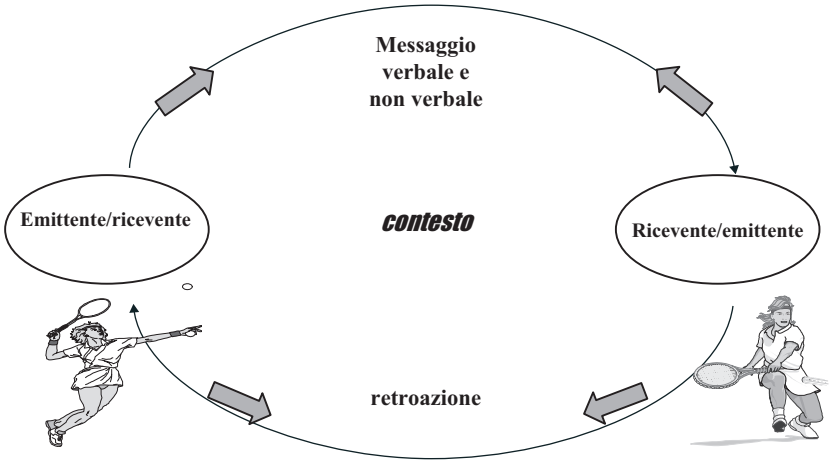

Figura 1. *Schema del processo comunicativo.*

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.217.6 Fri, 11 Jul 2025, 07:35:00

Tabella II. Alcune caratteristiche della comunicazione umana[40].

Non si può non comunicare. Il silenzio, il ritrarsi, l'immobilità od ogni altra forma di comunicazione sono essi stessi comunicazione ed influenzano gli altri interlocutori che non possono non rispondere a questi segnali verbali e/o non verbali.

Tutti gli scambi di comunicazione sono simmetrici o complementari, a seconda che siano basati sull'uguaglianza o sulla differenza. Si ha interazione simmetrica, caratterizzata dall'uguaglianza, quando il comportamento di un membro tende a rispecchiare quello dell'altro (ad esempio operatori a confronto durante una riunione d'équipe). Le relazioni complementari sono caratterizzate dalla differenza esistente tra le persone. Ad esempio il rapporto medico-paziente è asimmetrico sia per quanto riguarda il contenuto (si parla delle condizioni di salute del paziente e non di quelle del medico), sia per la distribuzione di compiti nell'interazione (far domande, investigare, prendere decisioni versus rispondere, accettare, seguire i consigli).

Ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e un aspetto di relazione di modo che il secondo classifica il primo ed è quindi metacomunicazione. Quando una persona comunica con un'altra, il suo messaggio non è soltanto costituito da ciò che la persona letteralmente dice; a questo messaggio letterale si accompagna infatti un'altra comunicazione, detta "metacomunicazione" (comunicazione sulla comunicazione stessa) che può essere definita come un commento sulla natura del messaggio stesso, come una chiave di lettura per la sua interpretazione. Ad esempio se l'operatore chiede al paziente *"Come va?"* e questi risponde *"Bene"*, con volto inespressivo, senza guardarlo in faccia, la comunicazione a livello verbale dice *"Sto bene"*, la metacomunicazione dà un messaggio contrario, di sconforto e distacco.

po difficile) porta a non memorizzare e quindi all'insoddisfazione e alla non aderenza alle prescrizioni[43]. È stato peraltro evidenziato che la scelta di un linguaggio tecnico, con termini specialistici più o meno complessi, può essere usata quando in seno al rapporto medico-paziente si voglia stabilire l'autorità del medico, affermare le sue conoscenze e sottolineare il suo ruolo di terapeuta rispetto al paziente.

Il fare domande è la prassi più utilizzata dai medici nelle visite, infatti circa un quarto di tutto il tempo in cui parla il medico è dedicato al fare domande[44]. Si possono distinguere due tipologie di domande: chiuse e aperte.

Le domande chiuse richiedono solo brevi risposte (*"Si è pesata tutti i giorni?"*, *"Sì"/"No", cenno del capo*) e sono spesso utilizzate nella pratica medica per la raccolta di dati anamnestici. Il limite di utilizzare domande chiuse, sovente concatenate (modalità denominata in letteratura "high control style"[45]), è quello di lasciare poco spazio per l'elaborazione di una risposta e di ridurre l'attenzione del paziente che avrà poi difficoltà a ricordare quel che voleva dire e non ha detto. Il controllo dell'interazione caratterizzato da domande chiuse e risposte brevi, rimane nelle mani del medico che, non fornendo spiegazioni o motivazioni per le domande che pone o cambiando argomento, non consente al paziente di capire il processo di ragionamento che guida le azioni del medico[46,◆4,◆6,◆8,◆11].

Le domande aperte (*"Come mai non sta prendendo le medicine? Mi può parlare di ...? Perché non è riuscita a ...?"*) invece permettono un ampio ventaglio di risposte, spesso elaborate e complesse, e danno al paziente l'opportunità di fornire informazioni su di sé più liberamente.

Le domande formulate da parte del paziente, oltre ad essere generalmente molto rare e poco gradite ai medici[46], dipendono da alcune caratteristiche socioculturali: gli anziani, le persone meno competenti, con bassi livelli di istruzione generalmente tendono a porre pochissime domande[47]. Sembra invece che i pazienti incoraggiati a fare domande tendano ad essere più soddisfatti del loro trattamento. Andrebbero quindi sviluppate strategie comunicative per i pazienti al fine di aiutarli a far domande, comprese quelle relative alla prognosi. In un recente studio qualitativo sulla conoscenza e sulle difficoltà di comunicazione in pazienti con scompenso cronico[39] si mette in rilievo, tra le barriere nella comunicazione con i medici, la credenza che i dottori non vogliano fornire ai pazienti troppe conoscenze per non permettere loro di interferire con il piano di cura. I pazienti spesso hanno poi la sensazione di sprecare tutto il tempo disponibile del medico, omettono quindi dettagli che essi non considerano importanti, sono imbarazzati a parlar di cose che pensano potrebbero metterli in una luce sfavorevole, e possono essere convinti che il medico non abbia ascoltato veramente e quindi non abbia le informazioni necessarie per prendere la giusta decisione sul trattamento[48].

L'utilizzo prevalente di domande aperte, il fornire spiegazioni al paziente anche se non richieste esplicitamente, e rispondere apertamente a domande anche solo abbozzate portano a comprendere il punto di vista dell'altro e consentono l'avvio di un soddisfacente processo relazionale con il paziente.

La comunicazione non verbale. Accanto a quanto noi diciamo con le parole esiste un mondo costituito dall'aspetto esteriore, dai gesti, dalla voce, dall'espressione del volto e dagli sguardi che viene definito comunicazione non verbale. E non sempre è facile riconoscere e avere la consapevolezza del significato e della funzione di questi segnali comunicativi.

Alcuni studi pongono particolare attenzione all'analisi degli aspetti non verbali utilizzati nell'interazione medico-paziente evidenziando che l'abilità di decodificare i messaggi non verbali è collegata alla soddisfazione del paziente ed hanno evidenziato profili caratteristici di comportamenti non verbali, associati alle relazioni di ruolo medico-paziente[49]. I pazienti tendono ad attirare l'attenzione e il contatto visivo con il medico mediante l'uso di pause e di movimenti specifici del corpo prima di iniziare le frasi. In particolare il desiderio di controllo, le relazioni di ruolo e le informazioni di tipo affettivo sono veicolate tramite modalità non verbali.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.217.6 Fri, 11 Jul 2025, 07:35:00

Gli elementi della comunicazione non verbale[30] sono costituiti da:
– l'aspetto esteriore (nelle sue componenti quali la statura, il peso, lo stato della pelle, i tratti del volto, l'abbigliamento e la cura del proprio corpo), il tatto (pelle curata o no) e l'olfatto (odore gradevole o no), che svolgono un'importante funzione di informazione creando una prima serie di impressioni sia nel medico che nel paziente[1];
– il volto, caratterizzato dalla possibilità di assumere una molteplicità di espressioni su cui si può esercitare controllo e che sottolineano, enfatizzano il contenuto verbale e forniscono un feedback durante l'interazione verbale[12];
– lo sguardo, nelle due dimensioni del guardare e dell'essere guardati, influenza gli stati emotivi e i comportamenti e permette di ricavare informazioni di ritorno rispetto all'argomento della conversazione. Essere guardati a lungo spesso può assumere un significato di ricompensa e favorisce atteggiamenti amichevoli e di cooperazione con gli altri; in alcuni casi il contatto oculare mantenuto a lungo può provocare disagio ed ansia. È quindi importante stabilire un equilibrio rispetto agli sguardi reciproci[2,3,8];
– la voce e gli aspetti non verbali del parlato, quali il tono di voce, il volume, le vocalizzazioni (pianto, riso, sbadiglio, suoni come *"uh"*, *"hum"*, le pause) si possono modulare. La voce è il canale su cui si può esercitare minor controllo per quanto riguarda l'espressione di emozioni[1,4,5,7,9,12];
– il comportamento nello spazio espresso da contatto corporeo, vicinanza-distanza, orientazione, postura, rivela il grado di intimità e di confidenza dell'incontro, della disponibilità personale e del ruolo dei partecipanti; anche tali segnali si possono usare intenzionalmente per influenzare comportamenti sociali e per favorire l'interazione[1,8,13].

Il contatto corporeo assume particolare significato nel nostro contesto. Si è dimostrato che è il modo in cui si viene toccati ad essere terapeutico: laddove il contatto di tipo tecnico-procedurale può provocare ulteriore stress, quello di conforto o rassicurazione si rivela benefico per quello che riguarda il rilassamento in generale e la riduzione della frequenza cardiaca in particolare[50]. L'operatore sanitario ha frequenti occasioni durante il lavoro di avere un contatto fisico con il paziente. È importante ricordarsi che con il contatto fisico si invade lo spazio di un altro individuo ed esistono vari modi di stabilire un contatto corporeo: stringere la mano o un braccio, appoggiare il braccio sulle spalle di un altro, dare colpetti sulla schiena, accarezzare. Anche in tal caso è importante la modulazione dell'intensità e la regolazione a seconda del contesto e delle caratteristiche dell'interlocutore.

Gli aspetti più importanti espressi dai segnali di vicinanza-distanza sono quelli che si possono riferire all'intimità, alla dominanza e ai ruoli sociali. Si può verificare che l'eccessiva vicinanza fisica provochi disagio e reazioni di allontanamento; viceversa disagio può essere provato anche da eccessiva lontananza (*"Non mi ha quasi visitato!"*).

L'orientazione del corpo (faccia a faccia, di fianco, ecc.) è un buon segnale per interpretare il rapporto esistente fra le persone. Di solito, la persona di status sociale dominante si pone di fronte a quella inferiore, mantenendo una maggior distanza o utilizzando una scrivania o una posizione più elevata per sottolineare la differenza di status. L'orientazione fianco a fianco è indicativa invece di un atteggiamento cooperativo.

Una postura estremamente rilassata o estremamente rigida può creare disagio; viceversa una postura rilassata ma che presta attenzione indica accoglienza e favorisce il dialogo. Ad esempio una posizione seduta estremamente rilassata potrebbe essere interpretata come mancanza di attenzione e non favorire l'inizio dell'interazione e l'apertura del paziente;
• i movimenti del corpo e i gesti assolvono diverse funzioni in relazione ai messaggi verbali e all'espressione di stati emotivi ed assumono differenti significati a seconda del contesto sociale e culturale. I gesti emblematici (ad esempio salutare con la mano) possono sostituire o ripetere un messaggio verbale. I gesti illustratori, effettuati con le mani mentre si parla (esempio chiudere ed aprire ritmicamente il pugno per simboleggiare il cuore che batte regolarmente/irregolarmente) aumentano in modo considerevole la quantità di informazioni trasmessa dal messaggio verbale, enfatizzando e sottolineando parti del discorso. Vi sono poi gesti che rivelano lo stato emotivo di una persona (ad esempio agitare un pugno in segno di rabbia) ed altri che possono regolare l'interazione, sincronizzando gli interventi di ciascuno, mostrando quando si vuol prendere la parola, indicare l'interesse o l'approvazione-disapprovazione a quanto viene detto (ad esempio cenno del capo). Infine il disagio, l'ansia e lo stress producono movimenti centrati sul proprio corpo (toccarsi i capelli, stringere le mani, serrare le braccia)[10].

I segnali non verbali[30] esprimono e comunicano emozioni molto più efficacemente di quelli verbali e forniscono un maggior numero di informazioni: il volto e in particolare lo sguardo, seguiti dal corpo e dal tono di voce, sono i più importanti veicoli di emozioni. In caso di discordanza fra segnali, ad esempio nel tentativo di nascondere o simulare un'emozione, si fa più attenzione alla componente non verbale.

Attraverso il "non verbale" si comunicano atteggiamenti nei confronti degli altri e si segnalano i mutamenti di qualità nello svolgimento delle relazioni interpersonali[1,2,3,8,12,13]. Ad esempio avvicinarsi ad un paziente con un sorriso spontaneo e cercando vicinanza e contatto fisico è una manifestazione di accoglienza e di simpatia; viceversa l'assenza del sorriso, un'espressione del volto severa, un tono di voce grave, il mantenere una posizione più elevata rispetto a quella del paziente indicano la volontà di voler mantenere un rapporto di dominanza. Anche in questo caso i segnali

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.217.6 Fri, 11 Jul 2025, 07:35:00

non verbali sono molto più efficaci e forniscono un maggior numero di informazioni di quelli verbali nel comunicare gli atteggiamenti. Altro esempio è quello relativo a come presentare se stessi: l'aspetto esteriore fornisce importanti informazioni sullo status sociale, sull'appartenenza ad un determinato gruppo o sull'esercizio di una professione, condizionando in modo positivo o negativo il giudizio degli altri. In particolare l'aspetto esteriore del medico (aspetto ordinato, indossare un camice pulito e chiuso, avere un cartellino di riconoscimento) in quanto rappresentazione di cura e professionalità può essere soggettivamente percepito e condizionare il primo impatto e di conseguenza il giudizio.

L'uso dei gesti e dello sguardo durante un'interazione serve anche a sostenere, modificare, completare, sostituire il discorso e svolge un'azione di feedback. Se per esempio durante un colloquio con un paziente lo si guarda in viso, prestando attenzione allo sguardo, ai movimenti delle sopracciglia e della bocca, ai cenni del capo, si può capire se il messaggio che si sta inviando viene compreso e se viene interpretato bene. Di conseguenza si può regolare il proprio comportamento, ripetendo o sottolineando alcuni passaggi del discorso, o modificandoli.

L'emissione di segnali di feedback non verbale (gesti di assenso, sorrisi) integrata da espressioni come "certo", "sì", "bene" rivela il grado di interesse e approvazione e costituisce un rinforzo rispetto a quanto viene comunicato. L'assenza di questo tipo di segnali o l'uso di segnali di significato opposto (volgere lo sguardo altrove, scuotere la testa, alzare le spalle, riordinare la scrivania) diminuisce invece efficacia alla comunicazione rivelando indifferenza o disinteresse per quanto il paziente sta dicendo◆[8].

Inoltre saper rispettare l'alternanza dei turni in un'interazione riveste importanza perché una comunicazione sia efficace ed evidenzia la capacità di ascolto. Colui che parla dovrebbe cercare di evitare pause e silenzi troppo lunghi, controllare se vengono mantenuti interesse ed attenzione da parte dell'ascoltatore, ed inviare segnali che indichino l'intenzione di chiusura dell'eloquio. A sua volta colui che ascolta dovrebbe rispettare l'alternanza dei turni non interrompendo o sovrapponendosi.

È difficile stabilire con precisione quando e quanto gli interagenti sono consapevoli di emettere o di ricevere dei segnali non verbali. Emerge quindi l'importanza delle capacità di codifica e di decodifica dei messaggi non verbali da parte degli interlocutori, anche in relazione al contesto puntuale, ricordando comunque che la decodificazione deve essere del tutto nell'insieme.

Imparare a comunicare

L'uso corretto dei segnali verbali e non verbali, la capacità di decodificare tali messaggi, l'informazione retroattiva (feedback) inviata e recepita da entrambi gli interlocutori, possono permettere lo sviluppo di una comunicazione efficace.

È importante per il medico imparare ad osservare in se stesso e negli altri i segnali verbali e non verbali perché la consapevolezza che i propri comportamenti possono influenzare gli altri dovrebbe consentire un miglior uso dei segnali attraverso un'attiva modulazione che colga il feedback durante l'interazione.

Riconoscere le proprie modalità abituali di interazione, quelle inefficaci e quelle efficaci può consentire la costruzione di una buona competenza comunicativa attraverso l'uso consapevole ed appropriato di una serie di tecniche di comunicazione.

Se il paziente dall'altra parte deve assumere un ruolo più attivo, la responsabilità di aiutare il paziente a fornire un maggior numero di informazioni, formulare domande di chiarimento o di maggior informazione e a sviluppare strategie di *problem-solving* ricade almeno in parte ancora sul medico o comunque sull'operatore sanitario.

L'analisi della letteratura[42,48,51-56] ci consente di identificare una certa omogeneità negli scopi e nei metodi dei programmi di training per medici.

In primo luogo si sottolinea come il primo passo per la costruzione di un rapporto collaborativo sia costituito dal "riconoscere" che operatori sanitari e pazienti possono avere conoscenze, credenze e valori diversi e ciò permetterà al paziente di sentirsi accettato e di potersi esprimere liberamente con le proprie parole. Inoltre è importante dedicare tempo per valutare con il paziente come superare le difficoltà, incoraggiando i pazienti a raccontare la loro storia e a far venire fuori i dubbi e le preoccupazioni.

In secondo luogo l'emissione di comportamenti ricettivi può creare le condizioni perché il paziente partecipi attivamente nell'interazione. Sono importanti: la capacità di decodificare segnali verbali e non verbali, l'uso appropriato della comunicazione non verbale, soprattutto in modo congruo con il verbale, l'ascolto attivo, la gestione del silenzio, la capacità di chiedere, l'utilizzo del feedback e di tecniche verbali specifiche.

Si suggerisce di utilizzare la comunicazione non verbale ad esempio prestando attenzione al paziente attraverso il contatto oculare, stare seduti piuttosto che in piedi durante la conversazione con il paziente, andare più vicini ed inclinandosi leggermente in avanti per discutere. In generale si è visto come un adeguato utilizzo del non verbale (gesti illustratori, segnali di vicinanza-distanza, cenni del capo, ecc.) può rinforzare il messaggio verbale.

L'ascolto è costituito da atti percettivi attraverso i quali si entra spontaneamente e anche involontariamente in contatto con una fonte comunicativa. Quanto più diventa un processo attivo ed empatico che indica attenzione all'altro, cui viene dato sufficiente tempo e spazio per esprimersi e per mostrare il proprio punto di vista (messaggio metacomunicativo: *"Lei è una perso-*

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.217.6 Fri, 11 Jul 2025, 07:35:00

na che vale, il suo problema è importante, ed io sono pronto a dedicarle del tempo"), tanto più si percepiscono i messaggi con esattezza e completezza, evitando distorsioni dell'informazione. Fondamentale per l'ascolto è l'uso consapevole e strategico del silenzio perché consente al paziente di esplicitare, e al medico di ascoltare, il livello di significato che è più vicino alla sua esperienza con informazioni talvolta del tutto lontane dalle ipotesi del medico. L'ascolto può essere favorito anche da alcune sollecitazioni verbali (*"Ho capito, vada avanti"*) o paraverbali (*"... mmmh"*) del medico che incoraggiano a proseguire. L'incoraggiamento verbale può essere accompagnato da appropriati incoraggiamenti non verbali (un cenno di assenso del capo quando si è d'accordo).

La capacità di chiedere si realizza in particolare con l'appropriato utilizzo di domande aperte (*"Quando beve troppo? Dove? In quali circostanze?"*). È risultata utile anche la tecnica di "eco": ripetizione in forma interrogativa di un termine utilizzato dal paziente, su cui la comunicazione paraverbale (frequenza e intonazione del parlato) o non verbale ha catturato l'attenzione del medico (... *"non sta andando tanto bene?"* ...). L'abilità sta nell'agganciarsi a quei suggerimenti (*prompts*) ed indizi (*cues*) inviati dai pazienti, ad esempio termini su cui il paziente modifica il tono di voce, argomenti introdotti dal paziente e svincolati dal contesto specifico, temi reiterati e riproposti soprattutto al termine della visita, e di utilizzarli per dare l'occasione al paziente di approfondire il discorso su un tema introdotto da lui stesso[5,7,9]. Se si vuole esplorare un campo nuovo sarà più indicato l'uso di una domanda aperta; se si intende approfondire un dato che il paziente ha portato, si utilizzerà una tecnica di eco.

In un rapporto interattivo gioca poi un grosso ruolo la capacità del medico di utilizzare il meccanismo del feedback per: 1) riaffermare (*"Mi sembra di aver capito che ..."*); 2) rispecchiare (*"Che cosa pensa che sarebbe meglio fare?"*); 3) chiarire (*"Intende dire che ..."*); 4) focalizzare (*"Mi spieghi meglio ..."*); 5) riassumere ricapitolando e puntualizzando gli aspetti più importanti emersi durante il colloquio (*"Allora abbiamo individuato quali sono i momenti più a rischio per lei e come fare per cambiare"*); 6) verificare la comprensione di quanto è stato detto durante tutto il colloquio (*"Dunque, come decide quando aumentare il diuretico?", "Perché è importante che lei si pesi regolarmente?"*).

Sono risultate tecniche verbali utili le parafrasi (*"Mi sta dicendo che non ha ben capito perché si deve pesare tutti i giorni"*), le brevi ricapitolazioni di quanto detto dal paziente (*"Dunque abbiamo detto che le manca il respiro quando fa le scale, non si pesa tutti i giorni e ..."*) e le sintesi degli elementi essenziali forniti dal medico stesso *("... allora, abbiamo detto: due pastiglie al mattino, altre due dopo pranzo ..."*).

In terzo luogo i comportamenti interpersonali ed affettivi, strettamente correlati a quelli ricettivi, favoriscono l'instaurarsi di una buona relazione e creano un'atmosfera aperta e che facilita il paziente ad esprimersi liberamente. Sono state evidenziate: 1) le espressioni empatiche, frasi che possono essere utilizzate con lo scopo di parafrasare, interpretare o esplicitare lo stato emotivo del malato (*"Penso che sia un periodo difficile per lei"*, *"Capisco che questo la preoccupi"*, *"La mancanza di respiro deve essere terribile"*); 2) gli interventi di supporto, che comunicano al paziente la presenza del medico accanto a lui (*"Proviamo ad immaginare quale potrebbe essere il momento migliore per fissare un appuntamento e riparlarne con calma"*, *"Proviamo a vedere insieme qual è il modo migliore per affrontare il problema"*); 3) le legittimazioni, che esprimono la legittimità del punto di vista del malato e comunicano al paziente il fatto che il medico abbia capito veramente le difficoltà del paziente (*"È comprensibile che le persone preferiscano usare il meno possibile le medicine, però ..."*).

In quarto luogo i comportamenti informativi ed educazionali sono diretti al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dello scambio di informazioni e consentono la riduzione dell'ansia, l'aumento della soddisfazione e della compliance dei pazienti. Un paziente ben informato può arrivare ad assumere un ruolo più paritario nell'interazione comunicativa e partecipare in modo significativo al processo di *decision-making*.

Le capacità indicate come particolarmente rilevanti nell'informare sono la chiarezza di espressione, lessico semplice, analogie, utilizzazione del *problem-solving*, dare istruzioni per iscritto, fornire le informazioni all'interno di incontri di gruppo. Il messaggio deve essere comprensibile, mantenendo l'informazione completa e scientifica anche esprimendosi in maniera elementare. Il processo sarà tanto più bidirezionale quanto più il paziente sarà stimolato a porre domande e a discutere. È utile favorire l'autonomia del paziente e non la sua dipendenza dall'operatore, cioè non si dovrebbe fornire il problema "risolto". La formulazione del messaggio deve quindi essere fatta in chiave problematica (*problem-solving*) per lasciar spazio alla rielaborazione di chi riceve. Il passo successivo consiste nel verificare come sia avvenuta la restituzione delle informazioni dal ricevente all'emittente (feedback). Possono essere utili incontri in piccoli gruppi per consentire la circolarità delle informazioni e per favorire il coinvolgimento emotivo. Il messaggio unidirezionale (la "lezione") è scarsamente efficace perché non è possibile effettuare una verifica del passaggio dei contenuti dell'incontro e modulare l'incontro a seconda della capacità di comprensione dei pazienti. Il coinvolgimento in prima persona e l'ascolto-condivisione delle esperienze altrui possono aiutare a riconsiderare i propri atteggiamenti e a mettere in discussione le proprie scelte comportamentali. Rivedere e rianalizzare le proprie conoscenze rispetto alla malattia può avere un importante impatto emotivo, soprattutto se si convive con la malattia da diversi anni e le conoscenze di cui il paziente dispone

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.217.6 Fri, 11 Jul 2025, 07:35:00

rappresentano delle certezze e quindi sicurezza. È importante poi rinforzare il messaggio più volte. In tal modo si effettua una corretta educazione del paziente. A scopo esemplificativo, in Appendice 1 è riportato un esempio pratico di utilizzo delle modalità comunicative indirizzate al preciso scopo di aiutare un paziente non aderente intenzionale a modificare la sua posizione, situazione frequente nell'ambulatorio dedicato allo scompenso. È utile ricordare che il processo di cambiamento richiede tempo e che la motivazione può fluttuare da un momento all'altro, da una situazione all'altra, si può influenzare ed è quindi necessario lasciare al paziente il tempo di riformulare le sue conoscenze e maturare nuove decisioni[57,58].

Una comunicazione efficace non dipende soltanto dalle singole tecniche utilizzate ma soprattutto dall'abilità di organizzare in modo organico tali tecniche durante il colloquio con il paziente. La letteratura suggerisce un'articolazione in fasi[30] e una strategia "a cono"[59] per la raccolta dei dati che utilizzino prevalentemente abilità di ascolto e domande aperte inizialmente per poi "stringere" con domande più focalizzate e chiuse soltanto quando l'area dell'inchiesta diventa più chiara.

In Appendice 2 viene fornito un semplice questionario autovalutativo per stimolare nel lettore la riflessione sulle proprie modalità comunicative abituali.

Quesiti conclusivi

Concludiamo con due domande aperte:

1. i medici sono interessati, o sono pronti, ad apprendere e poi ad utilizzare modalità più adeguate di comunicazione con il paziente? Sono disponibili a mettere in discussione se stessi nel modificare l'approccio con il paziente[60] per costruire una relazione collaborativa, centrata sull'"illness" (dimensione soggettiva del vissuto) e non solo sul "disease" (matrice biologica della malattia)[42]?
2. E i pazienti sono in grado di uscire dal ruolo passivo e subalterno[61] per costruire una comunicazione più simmetrica? Sono disponibili a modificare le proprie aspettative e lo stile comunicativo da adottare quando si rivolgono ai propri medici?

Riassunto

Nella gestione dello scompenso cardiaco cronico si sta consolidando il concetto che una comunicazione efficace con il paziente è un importante strumento del sistema di cura perché favorisce il conseguimento degli obiettivi terapeutici e garantisce la soddisfazione del paziente circa la qualità dell'assistenza sanitaria ricevuta. Le variazioni nei processi di comunicazione infatti influenzano in modo rilevante alcuni esiti nei comportamenti e negli atteggiamenti del paziente, quali l'attenersi alle prescrizioni terapeutiche, la comprensione e il ricordo delle informazioni ricevute, la soddisfazione circa la visita medica e una riduzione delle preoccupazioni. La capacità del paziente di cogestire la malattia può portare alla riduzione delle instabilizzazioni precipitate da fattori concomitanti prevenibili e quindi ridurre la morbilità e le riospedalizzazioni.

Costruire una competenza comunicativo-relazionale efficace diventa una meta importante da raggiungere e gli strumenti necessari non sono solo istintivi o frutto di esperienza ma possono essere insegnati ed appresi. In questo lavoro si vuole dare un contributo che, più che sottolineare gli aspetti teorici del processo comunicativo, vuole attraverso numerosi esempi tratti dalla pratica quotidiana di gestione del paziente, aiutare la riflessione e proporre modalità di intervento volte al miglioramento della relazione terapeutica cardiologo-paziente scompensato.

Parole chiave: Aderenza; Assistenza; Comunicazione; Rapporto medico-paziente; Scompenso cardiaco.

Ringraziamenti

Si ringrazia il Dr. Giorgio Bertolotti (Responsabile del Servizio di Psicologia dell'Istituto di Tradate, Fondazione S. Maugeri, Clinica del Lavoro e della Riabilitazione, IRCCS) per i suggerimenti forniti nella fase di revisione del lavoro.

Appendice 1

Esempio pratico di utilizzo di modalità comunicative per aiutare il paziente non aderente

Imparando a riconoscere gli specifici indicatori (prevalentemente verbali) delle fasi in cui il paziente si trova nel processo di cambiamento, si possono adottare differenti strategie comunicative.

Si possono captare ad esempio alcuni indicatori di motivazione carente: per il paziente il problema potrebbe non esistere (*"Dottore, non è come dice lei, io non faccio troppo, non mi stanco, sono abituato"*), o la persona non pensa di poter cambiare le proprie abitudini (*"Guardi dottore lei non conosce i miei problemi, ma io la prossima settimana devo assolutamente tornare ad accudire i miei nipoti, ... non posso proprio assentarmi ..."*) oppure viene rivendicata la libertà di decidere da soli (*"Dottore la ringrazio, ma sono io a dover decidere cosa fare"*).

Inoltre il paziente potrebbe essere sfiduciato da precedenti esperienze vissute come fallimenti (*"Anche l'altra volta avevo iniziato la dieta ma poi non sono proprio riuscito ..."*) o presentarsi ostile, riluttante, oppositivo (*"Anche i medici sbagliano, ma io non sono convinto di quello che dice, ... ma lei sarebbe capace di fare quello che chiede a me?*).

In questi casi viene suggerito al medico di non fornire giudizi (*"Quello che lei sta facendo è sbagliato ..."*), né stereotipati consigli e/o soluzioni (*"Se vuole star meglio lei deve fare come dico io"*). È utile invece fare domande aperte (*"Per che cosa lei pensa di essere stato ricoverato?", "Che rischi intravede nel futuro se continua così?"*), fornire ascolto attivo attraverso riassunti e riformulazioni (*"Mi pare di aver capito che lei ..."*), prestare attenzione selettiva rinforzando la parte più adeguata del conte-

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.217.6 Fri, 11 Jul 2025, 07:35:00

nuto informativo fornito dal paziente (*"Sono senz'altro d'accordo con lei su ..."*, *"È molto positivo che lei stia cercando di capire che cosa sia meglio fare per affrontare il suo problema ..."*).

Che il paziente stia pensando di poter cambiare lo indica una presente parziale consapevolezza del problema (*"Con tutte queste medicine tornerò quello di prima?"*) con tuttavia l'aspettativa di una soluzione magica del problema (*"Dottore se seguo la sua terapia andrà tutto bene, vero? ... Sono sicuro che lei mi aiuterà, ... mi hanno detto che lei è molto bravo"*), senza alcuna pianificazione del cambiamento (*"Non so proprio come ma qualcosa dovrò fare ..."*).

In questi casi chiedere al paziente di elencare i vantaggi e gli svantaggi dei comportamenti scorretti e corretti (*"... Quali pensa possano essere le conseguenze positive legate alla terapia che le indico? Quali le conseguenze negative?" ... "Non seguire i consigli che le do, a suo modo di vedere, che conseguenze positive le darebbe? Che conseguenze negative? ..."*), aiutare il paziente a "pesare" i vantaggi e gli svantaggi individuati, riformulare espressioni di fallimenti come successi parziali (*"Non è riuscito a bere 1.5 l, è vero, ma è riuscito a bere meno di 2 l!"*), indurre nel paziente la convinzione che sia possibile cambiare (*"C'è un altro mio paziente che non riusciva come lei a bere 1.5 l, poi ha provato a sciogliere in bocca il ghiaccio al posto di bere e alla fine ce l'ha fatta"*) rappresentano alcune modalità utili di approccio al paziente.

Atteggiamenti che indicano che il paziente sembra aver preso la decisione di curarsi, ad esempio non pone più continue domande sulla malattia, non polemizza, non interrompe continuamente, appare più tranquillo, rilassato e disponibile all'ascolto, pone domande aperte sulla terapia (*"... Dottore in che modo posso bere meno?"*), permettono al medico di comprendere che il paziente è pronto a iniziare il percorso e concordare un piano di cura, rivedere insieme gli obiettivi e le diverse alternative, riformulare l'intenzionalità espressa dal paziente.

La fase successiva sarà quella dell'azione in cui il paziente metterà in atto comportamenti finalizzati al perseguimento dello scopo. In tale stadio sarà utile stabilire obiettivi a breve termine, rinforzare i successi ottenuti e fornire feedback, anche telefonici, sull'andamento del trattamento.

Infine nel caso di un prevedibile calo di adesione al trattamento, è utile normalizzare l'errore (*"Succede spesso ai pazienti di non riuscire a mantenere l'impegno preso, ... non si preoccupi è importante anche imparare dai propri errori"*), aiutare ad apprendere dall'errore per capire come divenire più competenti nel futuro (*"Cerchiamo di ricostruire insieme quello che è successo ..."*), accrescere la capacità di problem-solving ovvero la capacità del paziente di analizzare le situazioni problematiche che lo hanno indotto ad un calo dell'adesione terapeutica (*"Lei mi dice che ha proprio dimenticato di prendere i diuretici dopo aver avuto una riunione piuttosto impegnativa di lavoro ..."*), far individuare al paziente tutte le possibili strategie che avrebbe potuto utilizzare in quella situazione per non dimenticarsi di prendere il farmaco (*"Mi dica tutto quello che le viene in mente circa quello che avrebbe potuto fare per ricordarsene ..."*).

Il calo di adesione è comunque un momento di ripensamento anche per il medico per rivalutare i vantaggi e gli svantaggi delle strategie fin lì attuate, ed eventualmente individuare la strategia più vantaggiosa e realistica da attuarsi nel futuro.

Appendice 2

Questionario autovalutativo

Istruzioni. Indichi con quale frequenza utilizza nella sua quotidianità clinica le modalità comunicative sotto elencate, quindi individui quali di esse potrebbero essere migliorate.

	Quasi mai	Qualche volta	Spesso	Quasi sempre
1. Utilizzo l'ascolto attivo	❑	❑	❑	❑
2. Mentre parlo con il paziente faccio altro	❑	❑	❑	❑
3. Formulo domande aperte per favorire la raccolta di informazioni	❑	❑	❑	❑
4. Utilizzo domande chiuse e concatenate	❑	❑	❑	❑
5. Verifico che il paziente abbia compreso le mie indicazioni tramite ricapitolazioni, sintesi, parafrasi	❑	❑	❑	❑
6. Mantengo il contatto oculare mentre parlo con il paziente o lo ascolto	❑	❑	❑	❑
7. Modulo il tono della voce	❑	❑	❑	❑
8. Faccio uso di termini tecnici	❑	❑	❑	❑
9. Presto attenzione alla comunicazione non verbale del paziente	❑	❑	❑	❑
10. Aiuto il paziente a formulare domande di chiarimento o di maggiore informazione	❑	❑	❑	❑
11. Uso in modo consapevole la comunicazione non verbale	❑	❑	❑	❑
12. Utilizzo il problem-solving	❑	❑	❑	❑

Bibliografia

1. Reitsma JB, Mosterd A, deCraen AJM. Increase in hospital admission rates for heart failure in the Netherlands, 1990-1993. Heart 1996; 76: 388-92.
2. Cline C, Broms K, Willenheimer R, Israelsson B, Erhardt L. Hospitalization and health care costs due to congestive heart failure in the elderly. Am J Geriatr Cardiol 1996; 5: 10-23.
3. Butler J, Hanumanthu S, Chomsky D, Wilson JR. Frequency of low risk hospital admissions for heart failure. Am J Cardiol 1998; 81: 41-4.
4. Michaelsen A, Konig G, Thimme W. Preventable causative factors leading to hospital admission with decompensated heart failure. Heart 1998; 80: 437-41.
5. Feenstra J, Grobbee DE, Jonkman F, et al. Prevention of relapse in patients with congestive heart failure: the role of precipitating factors. Heart 1998; 80: 432-6.
6. Opasich C, Febo O, Riccardi PG, et al. Concomitant factors of decompensation in chronic heart failure. Am J Cardiol 1996; 79: 354-7.
7. Philbin E, DiSalvo T. Prediction of hospital readmission for heart failure: development of a simple risk score based on administrative data. J Am Coll Cardiol 1999; 33: 1560-6.
8. Opasich C, Tavazzi L. Riflessioni sul problema organizzativo dell'assistenza al paziente con scompenso cardiaco cronico. G Ital Cardiol 1998; 28: 913-9.
9. West J, Miller N, Parker K, et al. A comprehensive management system for heart failure improves clinical outcomes and reduces medical resource utilization. Am J Cardiol 1997; 79: 58-63.
10. Shah N, Der E, Ruggerio C, Heidenreich P, Massie B. Prevention of hospitalizations for heart failure with an interactive home monitoring program. Am Heart J 1998; 135: 373-8.
11. Cline CMJ, Israelsson BYA, Willenheimer RB, Broms K, Erhardt LR. Cost-effective management programme for heart failure reduces hospitalisation. Heart 1998; 80: 442-6.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.217.6 Fri, 11 Jul 2025, 07:35:00

12. Ekman I, Andersson B, Ehnfor M, Matejka G, Persson B, Fagerberg B. Feasibility of a nurse-monitored, outpatient-care programme for elderly patients with moderate-to-severe, chronic heart failure. Eur Heart J 1998; 19: 1254-60.
13. Dahle K, Smith J, Ingersoll G, Wilson J. Impact of a nurse practitioner on the cost of managing inpatients with heart failure. Am J Cardiol 1998; 82: 686-8.
14. Jaarsma T, Halfens R, Huijer Abu-Saad H. Effects of education and support on self-care and resource utilization in patients with heart failure. Eur Heart J 1999; 20: 673-82.
15. Wasson J, Gaudette C, Whaley F, et al. Telephone care as a substitute for routine clinic follow-up. JAMA 1992; 267: 1788-93.
16. Rich MW, Beckham V, Wittenberg C, et al. A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. N Engl J Med 1995; 333: 1190-5.
17. Weinberger M, Oddone E, Henderson W, et al. Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? N Engl J Med 1996; 334: 1441-7.
18. Fonarow G, Stevenson LW, Walden J, et al. Impact of comprehensive heart failure management program in hospital readmission and functional status of patients with advanced heart failure. J Am Coll Cardiol 1997; 30: 725-32.
19. Smith L, Fabbri S, Heywood J, et al. The cost effectiveness of managing patients in cardiomyopathy clinic. (abstr) Circulation 1996; 94 (Suppl): I-169.
20. Hanumanthu S, Butler J, Chomsky D, et al. Effect of a heart failure program on hospitalization frequency and exercise tolerance. Circulation 1997; 96: 2842-8.
21. Opasich C, Cobelli F, Febo O, et al. Unità per lo scompenso cardiaco: un anno di esperienza. G Ital Cardiol 1993; 23: 1063-70.
22. Abraham W, Bristow M. Specialized centers for heart failure management. Circulation 1997; 96: 2755-7.
23. Stromberg A. Heart failure clinics. Heart 1998; 80: 426-7.
24. Erhardt L, Cline C. Heart failure clinics: a possible means of improving care. Heart 1998; 80: 428-9.
25. McMurray JJ, Stewart S. Nurse led, multidisciplinary intervention in chronic heart failure. Heart 1998; 80: 430-1.
26. Erhardt L, Cline C. Organisation of the care of patients with heart failure. Lancet 1998; 352 (Suppl I): 15-8.
27. Stewart S, Marley JE, Horowitz JD. Effects of a multidisciplinary, home-based intervention on unplanned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure: a randomised controlled study. Lancet 1999; 354: 1077-83.
28. Opasich C, Tavazzi L. Di fronte alla nuova pandemia: quale organizzazione per la cura dei pazienti con insufficienza cardiaca? In: Rovelli F, Pezzano A, Moreo, eds. Cardiologia 1999. Atti del 33° Convegno Internazionale del Dipartimento Cardiologico A De Gasperis. Milano: Centro Grafico Ambrosiano, 2000: 554-65.
29. Miller NH, Hill M, Kottke T, Ockene I. The multilevel compliance challenge: recommendations for a call to action. A statement for healthcare professionals. Circulation 1997; 95: 1085-90.
30. Zani B, Selleri P, David D. La comunicazione. Roma: Carocci Editore, 2000.
31. Szasz TS, Hollender MH. A contribution to the philosophy of medicine, the basic models of the doctor-patient relationship. Arch Intern Med 1956; 97: 585-92.
32. Emanuel E, Emanuel L. Four models of the physician-patient relationship. JAMA 1992; 267: 2221-6.
33. Bara BG. Pragmatica clinica. In: Bara BG, ed. Pragmatica cognitiva, i processi mentali della comunicazione. Torino: Bollati Boringhieri, 1999: 311-41.
34. Opasich C, Majani G, Callegari S, Sommaruga M, Tarantini L. Il ruolo del paziente nella comprensione della malattia e nell'aderenza alle prescrizioni: strategie per una comunicazione efficace. In: Cardiologia 2000. Atti del 34° Convegno Internazionale del Dipartimento Cardiologico A De Gasperis. Milano, 2000: 239-50.
35. Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin M, Stiles W, Inui TS. Communication patterns of primary care physicians. JAMA 1997; 277: 350-6.
36. Cegala DJ, Marinelli T, Post D. The effects of patient communication skills training on compliance. Arch Fam Med 2000; 9: 57-64.
37. Giardini A, Febo O, Pierobon A, et al. Chronic heart failure and cognitive impairment. In: Abstracts of the 13th Conference of the European Health Psychology Society. Florence, 1999: 113.
38. Majani G, Pierobon A, Giardini A, et al. Relationship between psychological profile and cardiological variables in chronic heart failure. Eur Heart J 1999; 20: 1579-86.
39. Rogers AE, Addington-Hall JM, Abery AJ, et al. Knowledge and communication difficulties for patients with chronic heart failure: qualitative study. BMJ 2000; 321: 605-7.
40. Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD. Pragmatica della comunicazione umana. Roma: Astrolabio, 1971.
41. Galimberti C. La conversazione. Milano: Guerini, 1992.
42. Moja EA, Vegni E. La visita medica centrata sul paziente. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2000.
43. Ley P. Communicating with patients. London: Creem Helm, 1988.
44. Roter D, Frankel R. Quantitative and qualitative approaches to evaluation of the medical dialogue. Soc Sci Med 1992; 34: 1097-103.
45. Platt FW, McMath JC. Clinical hypocompetence: the interview. Ann Intern Med 1979; 91: 898-902.
46. Ten Have P. Talk and institution: a reconsideration of the asymmetry of doctor-patient interaction. In: Boden D, Zimmerman, eds. Talk and social structure. Cambridge: Polity Press, 1991.
47. Waitzkin H. Information giving in medical care. J Health Soc Behav 1985; 26: 81-101.
48. Clark N, Gong M. Management of chronic disease by practitioners and patients: are we teaching the wrong things? BMJ 2000; 320: 572-5.
49. Hinckley J, Craig H, Anderson L. Communication characteristics of provider-patient information exchanges. In: Giles H, Robinson P, eds. Handbook of language and social psychology. New York, NY: Wiley, 1990.
50. Weiss SJ. Psychophysiologic effects of caregiver touch on incidence of cardiac dysrhythmia. Heart Lung 1986; 15: 495-506.
51. Hulsman RL, Ros WJ, Winnubst JA, Bensing JM. Teaching clinically experienced physicians communication skills. A review of evaluation studies. Med Educ 1999; 33: 655-68.
52. Clark NM, Gong M, Schork MA, et al. Long-term effects of asthma education for physicians on patient satisfaction and use of health services. Eur Respir J 2000; 16: 15-21.
53. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. JAMA 1997; 277: 553-9.
54. Roter DL, Hall JA, Kern DE, Barker LR, Cole KA, Roca RP. Improving physicians' interviewing skills and reducing

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.217.6 Fri, 11 Jul 2025, 07:35:00

patients' emotional distress. A randomized clinical trial. Arch Intern Med 1995; 155: 1877-84.
55. Dugdale DC, Epstein R, Pantilat SZ. Time and the patient-physician relationship. J Gen Intern Med 1999; 14 (Suppl 1): S34-S40.
56. Brown JB, Boles M, Mullooly JP, Levinson W. Effect of clinician communication skills training on patient satisfaction. A randomized, controlled trial. Ann Intern Med 1999; 131: 822-9.
57. Prochaska JO, Di Clemente CC. The transtheoretical approach: towards a systematic eclectic framework. In: Norcross JC, ed. Handbook of eclectic psychotherapy. New York, NY: Brunner-Mazel, 1986.
58. Miller W, Rollnick S. Il colloquio di motivazione. Trento: Centro Studi Erickson, 1994.
59. Cohen Cole AS. The medical interview, the three function approach. St Louis, MO: Mosby-Year Book, 1991.
60. Cleary PD. Changing clinician behavior: necessary path to improvement or impossible dream? Ann Intern Med 1999; 131: 859-60.
61. Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. (editorial) BMJ 2000; 320: 526-7.